

Leitlinien zur psychosozialen Betreuung

im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung





Inhalt

Leitlinien zur psychosozialen Betreuung im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung (PSB)

Präambel	3
1. Was ist PSB?	4
1.1 Zielgruppe der PSB	
1.2 Ziele der PSB	
2. Inhalte der psychosozialen Betreuung	5
2.1 Gesundheit	
2.2 Existenzsicherung	
2.3 Fähigkeiten und Kompetenzen	
2.4 Schule, Beruf und Beschäftigung	
2.5 Schwangerschaft, Elternschaft und Kindeswohl	
3. Diagnosen	7
4. Setting der psychosozialen Betreuung	
4.1 Fachliche Voraussetzungen der PSB-Mitarbeiter	
4.2 Strukturelle Voraussetzungen	8
4.2.1 Integriertes Behandlungskonzept	
4.2.2 PSB in den Arztpraxen der niedergelassenen Ärzte	
4.2.3 PSB in den Beratungsstellen	
5. Behandlungsstufen der psychosozialen Betreuung	9
5.1 Eingang und Klärung	
5.2 Stabilisierung	10
5.3 Erhaltung	
5.4 Ablösung und Nachsorge	11
5.5 Antagonistenbehandlung	
5.6 Take Home	
5.7 Behandlungsabbruch durch die PSB	12
6. Qualitätssicherung	13
6.1 Strukturqualität	
6.2 Prozessqualität	
6.3 Ergebnisqualität	
6.4 Dokumentation	
6.5 Datenschutz	14
6.6 Aufbewahrungsfristen	
7. Fazit	15
Impressum	16

Präambel

Substitution¹ und Psychosoziale Betreuung (PSB)² können in besonderem Maße die Lebenswirklichkeit opioidabhängiger Menschen und deren Persönlichkeit beeinflussen und somit auf vielfache Weise zur seelischen, körperlichen, sozialen und wirtschaftlichen Stabilisierung dieser Menschen beitragen.

Seit Beginn der Substitutionsbehandlung in den 1980er Jahren haben sich aufgrund regional unterschiedlicher Finanzierungsmodelle, Trägerstrukturen und fachpolitischer Haltungen sehr differente, teils gegensätzliche Vorstellungen zur PSB als Teil der Substitutionstherapie entwickelt.

Diese Tatsache erschwert es, ein gemeinsames fachliches Verständnis von PSB zu entwickeln und sich über notwendige Behandlungsstandards zu verständigen. Diese ungeklärte Situation hat oft entscheidende Auswirkungen auf die Finanzierung bis hin zur strukturellen Unterversorgung dieses Hilfe- und Betreuungsangebotes.

Auch in den unterschiedlichen Regionen von Nordrhein-Westfalen erleben die Mitglieder des Facharbeitskreises

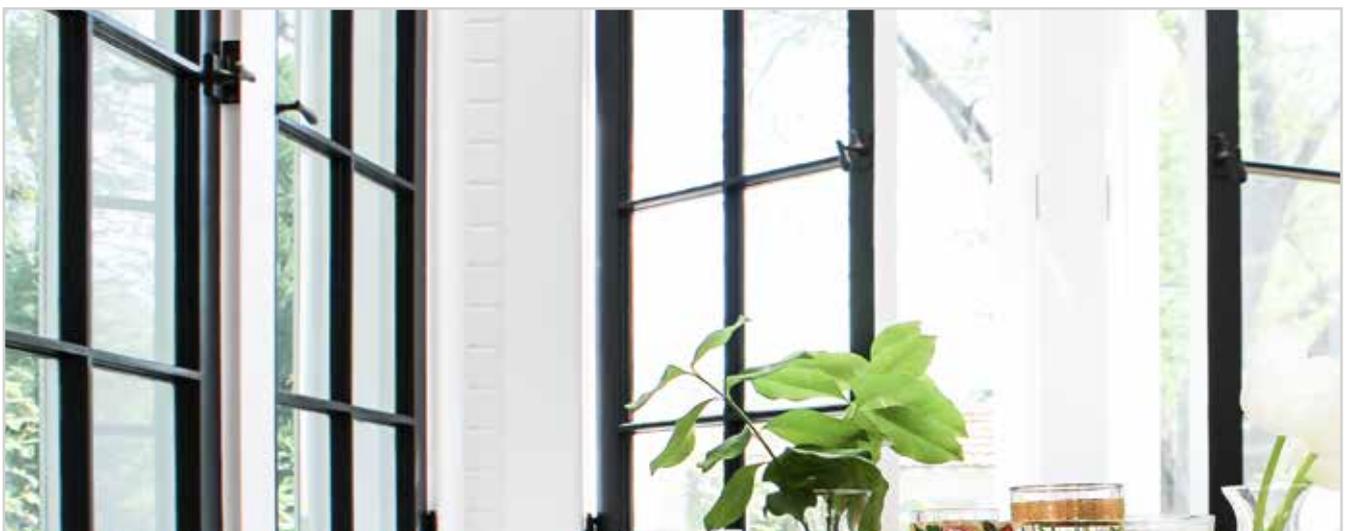
Sucht im Paritätischen Landesverband diesen strukturellen Mangel.

Vor diesem Hintergrund wurden die vorliegenden Leitlinien zur psychosozialen Betreuung im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung verfasst.

Ein Anliegen der Autoren dabei ist es deutlich zu machen, wie wichtig die PSB von Beginn der Behandlung an und darüber hinaus ist, also welche elementare Bedeutung sie für die opioidabhängigen Menschen hat.

Darüber hinaus weisen die Verfasserinnen und Verfasser darauf hin, welche hohen fachlichen Anforderungen aufgrund der vielschichtigen Problematiken der substituierten Menschen an die psychosozialen Betreuerinnen und Betreuer gestellt werden.

Diese Leitlinien dienen somit der Orientierung und sind gleichermaßen Empfehlung wie Arbeitshilfe für alle in diesem Bereich tätigen Fachkräfte. Sie zeigen mögliche Kriterien zu Evaluation, wissenschaftlicher Aufarbeitung, Nachvollziehbarkeit, Transparenz und Leistungsnachweis auf.



¹ Eine Substitutionstherapie Opioidabhängiger (auch: Drogensersatztherapie) ist eine Behandlung von Personen, die an einer Abhängigkeit von Opioiden/Opiaten leiden. Die Behandlung erfolgt mit gesetzes- und richtlinienkonform zu verordneten Medikamenten wie z. B. (Levo-)Methadon, Buprenorphin, retardiertem Morphin, Codein oder Heroin.

² Es ist uns bewusst, dass das „B“ in der Abkürzung „PSB“ unterschiedlich benannt wird und für Begriffe wie „Betreuung“, „Begleitung“ oder auch „Behandlung“ steht. Wir halten den Begriff der Betreuung für passend, nicht nur weil er sich im allgemeinen Sprachgebrauch bis hin zu den gesetzlichen Regelungen durchgesetzt hat. „Betreuung“ beinhaltet nach unserer Auffassung die unverzichtbaren Bestandteile der Begleitung und Behandlung und beschreibt damit die umfangreichen Inhalte dieses Arbeitsfeldes am besten.

1. Was ist PSB – Versuch einer Definition

PSB ist nach den Richtlinien der Bundesärztekammer³ ein regelhaft empfohlener Bestandteil des umfassenden Therapiekonzepts der substitutionsgestützten Behandlung opioidabhängiger Menschen.

Unabhängig davon, ob PSB in einer Substitutionsambulanz, einem integrativen Modell oder einer ambulanten Beratungsstelle vorgehalten wird, sind die multiplen psychischen, körperlichen und/oder sozialen Problemlagen der Klientinnen und Klienten handlungsleitend für ein breites Portfolio psychosozialer Interventionsmaßnahmen.

Dazu zählen niedrigschwellige, an Harm Reduction oder Akzeptanz orientierte Angebote ebenso wie mittel- bis langfristige, teils lebenslange, intermittierende sowie ausstiegs- und abstinenzorientierte Hilfs- und Behandlungsangebote, in denen die Übergänge von psychosozialer Unterstützung bis hin zur Suchttherapie fließend sein können – je nach professionellen Ressourcen und Kapazitäten der Anbieter. Sie sind in einen ganzheitlichen und umfänglichen Behandlungskontext integriert, der zeitlich, räumlich und inhaltlich strukturiert ist. Diese Hilfeplanung orientiert sich nach Art und Intensität prozesshaft und variabel an den individuellen Lebenslagen, den nichtlinearen Krankheitsverläufen und den Ressourcen der Klientinnen und Klienten, immer mit dem Fokus der Förderung, resp. Ermöglichung eines menschenwürdigen selbständigen Lebens unter psychosozialer und gesundheitlicher Stabilisierung im Sinne der Wiedereingliederung und Teilhabe.

Um diese umfassenden Unterstützungs- und Behandlungsleistungen erbringen zu können, ist eine gute Vernetzung der Behandlungsangebote sowohl intern als auch extern – mit benachbarten Fachdisziplinen – eine unabdingbare Voraussetzung.

1.1 Zielgruppe der PSB

Zielgruppe der PSB sind opioidabhängige Menschen, oft mit somatischen und/oder psychischen Erkrankungen. Besonders häufig treten Begleit- und Folgeerkrankungen auf, wie Hepatitis B und C, HIV und Lues (nachfolgend STD = sexual transmitted diseases), Lungen- und Gefäßerkrankungen, verschiedene Formen psychiatrischer Krankheitsbilder wie Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosen sowie Zahnprobleme. Auch Angehörige – insbesondere Kinder – werden nach Möglichkeit in die Betreuung mit einbezogen.

1.2 Ziele der PSB

Die Ziele der PSB ergeben sich aus den unterschiedlichen Persönlichkeiten der Substituierten und ihren individuellen Lebenssituationen. Zusätzlich müssen die Aufgaben und Vorgaben des Hilfesystems im Allgemeinen und der Substitutionsbehandlung im Speziellen Berücksichtigung finden.

Individuelle Ziele können sein:

- Überlebenssicherung/Verhinderung von Verelendung
- Sicherung der existenziellen Grundlagen
- Vermeidung von Straffälligkeit/Beschaffungsprostitution
- Verbesserung und Stabilisierung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes
- Vermittlung von Kenntnissen über Abhängigkeitserkrankungen, deren Folgen und Bewältigung
- Selbständige Lebensführung
- Suchtmittelfreiheit.



³ vgl. Richtlinien der Bundesärztekammer v. 27.04.2017

2. Inhalte der psychosozialen Betreuung

Aufgabe der PSB-Fachkraft ist eine Gesundheitsarbeit mit Klientinnen und Klienten unter Einbeziehung ihrer jeweiligen sozialen Kontexte. Dies geschieht in der Regel durch das Zusammenführen von individuellen und institutionellen Systemen.

Damit ergeben sich vielfältige Handlungs-, Steuerungs- und Unterstützungsbedarfe. Angemessene Interventionen fördern Selbstwahrnehmung und Selbstmanagement der Einzelnen. Sach- und Dienstleistungen werden koordiniert und Kooperations-Beziehungen aufgebaut.

Im Rahmen einer umfassenden Anamnese und fortlaufenden Klärung der aktuellen Lebensverhältnisse ergeben sich erfahrungsgemäß nachfolgende Handlungs-Schwerpunkte aus folgenden Bereichen:

2.1 Gesundheit

- Information zur Substitutionsbehandlung allgemein, einschließlich Beratung über die Unterschiedlichkeit der Substitutionsmittel und Antagonisten wie etwa Nemexin®
- Beratung bzgl. allgemeiner medizinischer Belange (beispielsweise zahnmedizinische und andere fachärztliche Behandlung)
- Informationen zur Körperpflege, Hygiene und Ernährung
- Beratung zu sexuell übertragbaren Erkrankungen
- Safer Use-Aufklärung
- Einleitung von Entgiftungs-/Entwöhnungsbehandlung
- Vermeidung von Suchtverstärkung und -verlagerung
- Unterstützung bei der Entwicklung einer stabilen, möglichst beikonsumfreien Substitution
- Entwicklung und Förderung eines suchtfreien Lebens
- Organisation von Pflegehilfeleistung.

2.2 Existenzsicherung

- Herstellung allgemeiner finanzieller Sicherung
- Überprüfung und ggf. Einleitung einer Krankenversicherung
- Klärung der juristischen Situation
- Schuldenklärung – Einleitung einer Überleitung zur Schuldnerberatung
- Vermittlung von Wohnhilfen und Maßnahmen der Eingliederungshilfe
- Begleitung zu notwendigen externen Terminen (Job-

Center, Gerichte etc.)

- Unterstützung bei gerichtlichen Weisungen/Auflagen.

2.3 Fähigkeiten und Kompetenzen

- Verbesserung der Compliance
- Aufdeckung von Co-Abhängigkeiten und deren Bearbeitung
- Aufbau und Stabilisierung tragfähiger sozialer Beziehungen
- Distanzierung von der Drogenszene
- Herstellung und Erhalt einer Veränderungsmotivation
- Verbesserung von Konfliktfähigkeit und Frustrationstoleranz
- Entwicklung realistischer Ziele und Wünsche
- Aufzeigen der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten
- Hilfestellung bei Beziehungsproblemen und Elternschaft
- Unterstützung beim Erlernen sozial angemessenen Verhaltens.

2.4 Schule, Beruf und Beschäftigung

- Entwicklung und Umsetzung einer förderlichen Tagesstruktur
- (Re-)Integration in schulische und berufliche Ausbildung
- Vermittlung in Arbeits- oder Beschäftigungsprojekte
- Unterstützung im Umgang mit Jobcenter und Arbeitsagentur
- Hilfe bei der Erstellung von Lebensläufen, und Üben von Bewerbungsgesprächen
- Hinweise zu Verhaltensweisen am Arbeitsplatz
- Vermittlung des Wertes von Arbeit
- (Re-)Integration in das Berufsleben.

2.5 Schwangerschaft, Elternschaft und Kindeswohl

Drogenabhängigkeit und Substitution sind nicht zwangsläufig Indikatoren für das Vorliegen fehlender Erziehungsfähigkeiten der Eltern. Allerdings ist erwiesen, dass das Gefährdungspotential für in suchtmittelbelasteten Familien aufwachsende Kinder enorm hoch ist⁴.

Elternschaft bei Substitution kann Ausdruck von Stabilisierung sein und stabilisierend wirken. Sie kann aber

⁴ Ingrid Arenz-Greiving, Marcus Kobe: Metastudie – Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern; Münster 2007

auch ein deutlicher Hinweis auf Desorganisation und fehlendes Körpergefühl sein, wenn bei prekärer Lebenslage eine Schwangerschaftsverhütung nicht mehr organisiert werden kann bzw. wenn einer Schwangerschaft/Elternschaft mit Gleichgültigkeit begegnet wird. Faktoren wie Bildungsferne, Langzeitarbeitslosigkeit oder Armut sowie Komorbiditäten und insbesondere Beikonsum können dazu führen, dass die Elternrolle nicht mit der erforderlichen Verantwortung gestaltet werden kann. Es ist in der PSB daher unerlässlich, die Themen

- Sexualverhalten
- Wahrscheinlichkeitserhöhung einer Schwangerschaft in der Substitutionstherapie
- Verhütung
- Klärung eines Kinderwunsches
- (ggfs. überhöhte) Erwartungshaltung
- Chancen und Risiken von Schwangerschaft und Elternschaft.

frühzeitig zu besprechen, um entweder eine ungewollte Schwangerschaft zu vermeiden oder eine gute Versorgung während der Schwangerschaft zu gewährleisten.

Sollte es zu einer ungewollten Schwangerschaft kommen, muss die PSB Wege aufzeichnen, auf deren Grundlage die Substituierten ihre Möglichkeiten ausloten und die folgenschweren Entscheidungswege planen können.

Hierzu gehören u. a.:

- Erziehungshilfen
- Pflegefamilie
- Adoption
- Schwangerschaftsabbruch
- weitere Unterstützungsmöglichkeiten.

Fällt die Entscheidung für die Fortführung einer Schwangerschaft, soll möglichst frühzeitig mit Geburtsklinik und Hebamme Kontakt aufgenommen werden. Auf das Wahrnehmen von geburtshilflichen Vorsorgeuntersuchungen muss hingewirkt werden.

Auch das Kindeswohl muss in der Betreuung von (werdenden) Eltern thematisiert werden. Gleichzeitig muss die einzelfallorientierte Arbeit um eine familienbezogene Perspektive erweitert werden. Bei erkennbarem Bedarf wirkt die PSB möglichst frühzeitig auf eine Vermittlung in gesetzlich verankerte Hilfen wie:

- frühe Hilfen
- Hilfen zur Erziehung
- Frühförderung
- Erziehungsbeistandschaft
- sozialpädagogische Familienhilfe

hin⁵. Die Hilfen sollten zielgruppenspezifisch und fachlich fundiert durch verbindliche Kooperationen unterschiedlicher Disziplinen wie Medizin, Psychologie, Sozialarbeit und -pädagogik erfolgen. Eine ausreichende, für alle Beteiligten verbindliche und transparente Hilfeplanung ist dabei ebenso unerlässlich wie Checklisten zur Risikoeinschätzung⁶. Dabei ist die Beteiligung der PSB unabdingbar.



⁵ Frauke Schönenberg: Psychiatrische Komorbidität bei Drogenabhängigen als Risikofaktor für die Erziehungsfähigkeit in: Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen; 2014; Heft 3; S. 26–38

⁶ Heinrich A.K. Elsner: Risikofaktoren für die Erziehungsfähigkeit von substituierten Eltern in: Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen; 2014; Heft 3; S. 50

3. Diagnosen

Wie in Gesundheitsfachberufen üblich, ist auch seitens der PSB vor der Bedarfsermittlung bzgl. Betreuung, Behandlung und Begleitung eine diagnostische Festlegung angezeigt, die die Problemfelder beschreibt. Hierzu eignet sich das Kapitel XXI (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen Z00 – Z99) der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD 10.

Die Codierung durch die psychosoziale Betreuung gemäß ICD 10 (ggf. auch unter Einbeziehung der Kürzel V = Ver-

dacht auf, Z = Zustand nach, G = gesichert und A = Ausschluss von) hat neben einer eindeutigen Festlegung die Vorteile, dass eine Vergleichbarkeit hergestellt wird, die sowohl für den Verlauf wie auch für Forschungsarbeiten unabdingbar ist. Die einzelnen Diagnosen sollten bei Bedarf durch einen konkretisierenden Fließtext ergänzt werden. Nicht codierbare Bereiche, Probleme oder Störungen, die auch bei weiter Auslegung unter keiner Z-Nummer eingeschlossen sind, sollen im freien Text vermerkt werden („Z-Diagnosen“).

4. Setting der psychosozialen Betreuung

4.1 Fachliche Voraussetzungen der PSB-Mitarbeiter

Einstellungsvoraussetzung für Fachkräfte ist eine berufliche Qualifikation in der sozialen Arbeit/Sozialpädagogik oder ein gleichwertiger Abschluss an einer Fachhochschule oder Hochschule.

Anforderung an alle PSB-Kräfte sind neben den berufstypischen Kompetenzen:

- Bereitschaft und Fähigkeit zur Selbstreflexion
- Kooperations- und Teamfähigkeit
- Beziehungs-, Konflikt- und Empathiefähigkeit
- Kenntnisse über allgemeinmedizinische und psychiatrische Komorbidität
- Kenntnisse über psychotherapeutische Prozesse und Dynamiken wie z. B. Idealisierung und Entwertung
- Erkennen von Intoxikationen und anderen Drogeneffekten
- Bewältigung von medizinischen Krisensituationen
- Begleitung in schweren Lebenssituationen wie z. B. Gewalterfahrung, Traumatisierung und Siechtum
- Befähigung zu Einzelfallabwägung und Risikoabschätzung hinsichtlich von Erziehungsfähigkeit oder Kindeswohlgefährdung.

Situationen, die rasches und entschiedenes Handeln erfordern, müssen seitens der PSB ruhig und gezielt umgesetzt werden können.

Die besonderen Herausforderungen ergeben sich aus dem Spannungsfeld zwischen fürsorglicher Anteilnahme und Parteilichkeit für Klientinnen bzw. Klienten⁷ auf der einen und professioneller Distanz auf der anderen Seite. PSB muss in der Lage sein, eine respektvoll geführte Balance zwischen den Bedürfnissen nach Selbstverwirklichung und dem Bedarf nach schützender Begrenzung und Kontrolle aufrecht zu halten.

Von essentieller Bedeutung ist daher die Definition einer Mindest-Ausbildungsqualität in Verbindung mit einer nachhaltigen Betreuung durch dieselbe Person. Ein stetiger Wechsel des Personals verringert die Akzeptanz bei den Klientinnen und Klienten und mindert die gewünschte Betreuungsqualität. Damit eng verbunden ist aber auch der Betreuungsschlüssel. Bei einer Zuordnung von mehr als 25 PSB-Betreuten zu einer Fachkraft besteht das Risiko, dass nicht mehr ausreichend Zeit für die individuellen Ansprüche zur Verfügung steht. Auch dies vermindert die Betreuungsqualität nachhaltig.

Gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (Stand: 27.04.2017) ist das Substitutionsmittel auch durch entsprechend qualifiziertes Fachpersonal zum unmittelbaren Verbrauch verabreichbar. Die PSB muss die Kriterien für eine Vergabe bzw. Nichtvergabe des Substituts und die diesbezüglichen BtM-rechtlichen Dokumentationsvorschriften anwenden können.

⁷ Wir haben uns bewusst für den Begriff „Klientin“ bzw. „Klient“ entschieden. Obwohl die PSB auch einen Dienstleistungscharakter hat, halten wir Begriffe wie „Kunde“ oder „Nutzer“ für weniger passend, da unserer Meinung nach die Mündigkeit der Betreuten ebenso ausgedrückt werden soll wie deren Bedürftigkeit an Schutz und Anleitung in einem therapeutischen Rahmen.

4.2 Strukturelle Voraussetzungen

Für die Durchführung einer PSB gelten allgemein folgende Voraussetzungen:

- Gemeinsame regelmäßige Hilfe- und Behandlungsplanung. Dies bedeutet einen zumindest monatlichen Kontakt zwischen Arzt und PSB; abweichende Absprachen sollten begründet und beiderseitig dokumentiert werden
- Regelmäßige Überprüfung, Anpassung und Neuausrichtung von Behandlungszielen im Rahmen sogenannter „Dreiergespräche“ (Arzt/Ärztin-Substituierte/r-PSB)
- Hinwirken auf gute Kooperationsstrukturen zwischen Ärztin/Arzt, Substituiertem und PSB durch die Herstellung von Transparenz, Verbindlichkeit und Vertrauen
- Vorhalten eines Bezugsbetreuungssystems⁹.

Um dies zu gewährleisten, haben sich unterschiedliche Settings etabliert.

4.2.1 Integriertes Behandlungskonzept

Die PSB-Fachkräfte in einer Substitutionsambulanz haben direkten Zugang zum substituierenden Arzt bzw. zur Ärztin und dem weiteren medizinischen Personal. Dieser Zugang ermöglicht eine unmittelbare Kooperation und Kommunikation zwischen den an der Substitution beteiligten Parteien. Darüber hinaus ergeben sich weitere Vorteile:

- doppelte Wege für die Substituierten entfallen
- kontinuierlicher Austausch
- frühzeitige Interventionsmöglichkeiten (Krisensituationen)
- enge Absprachen zwischen den Beteiligten
- erhöhte Transparenz und Verbindlichkeit
- Ein denkbarer Nachteil könnte sein, dass die Szenedistanz erschwert ist.

4.2.2 PSB in den Arztpraxen der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte

Für die aufsuchende Arbeit in den Arztpraxen bedarf es eines Kooperationsvertrages, der Art und Umfang der Zusammenarbeit zwischen medizinischer Behandlung und PSB regelt. Eine Grundlage für die fachliche Ausgestaltung des Kooperationsvertrages bieten diese Leitlinien.

Im Unterschied zum integrierten Modell handelt es sich um die regelmäßige zeitweise Präsenz der PSB Fachkraft beim niedergelassenen Arzt oder bei der Ärztin, wodurch eine verbindliche und förderliche Zusammenarbeit gewährleistet ist.

Die Vorteile sind analog zum integrierten Behandlungskonzept, jedoch mit der Einschränkung der geringeren zeitlichen Präsenz der PSB in der Praxis. Dies kann vor allem in akuten Krisensituationen nachteilig sein.

Bei kleineren Einheiten kann es ein Vorteil sein, dass sich im Umfeld der Praxis keine Drogenszene entwickelt.

Das regelmäßige Aufsuchen einer Arztpraxis ist i. d. R. unauffälliger als ein möglicherweise stigmatisierender Besuch einer drogenspezifischen Schwerpunkteinrichtung.

4.2.3 PSB in den Beratungsstellen

Für die PSB in den Beratungsstellen bedarf es ebenfalls eines entsprechenden Kooperationsvertrages zwischen Ärztin oder Arzt und PSB.

Aufgrund der räumlichen Trennung – Beratungsstelle hier, Vergabestelle dort - besteht für alle Beteiligten eine besondere Herausforderung für das Gelingen des Behandlungserfolges. Diese Form der Zusammenarbeit ist besonders anfällig für Incompliance, Spaltungstendenzen und Mangel an Transparenz. Vorteilhaft ist die Unabhängigkeit der zeitlichen Verfügbarkeit der PSB von den Praxisöffnungszeiten.

Zu der Frage, welches Setting der PSB effizienter ist (auch Mischformen sind möglich) und der Lebenswirklichkeit von suchtkranken Menschen gerecht wird, liegen bisher keine validen, wissenschaftlich fundierten Forschungsdaten vor.

Wir halten es für erforderlich, dass dieser Frage wissenschaftlich nachgegangen wird. Valide Forschungsdaten sollten die Grundlage für Behandlungs- und Finanzierungskonzepte der PSB sein.

⁹ Der Aufbau eines therapeutisch-beraterischen Bündnisses setzt Behandlungskontinuität in einem Bezugsbetreuungssystem voraus. Dieses beschreibt eine ganzheitlich orientierte Vorgehensweise innerhalb einer Einrichtung, bei der eine klare Zuordnung der PSB-Kraft zum Klienten bzw. zur Klientin gegeben ist. Sie stellt eine fixierte persönliche Verantwortlichkeit dar.

5. Behandlungstufen der psychosozialen Betreuung

Aufgrund des nichtlinearen Krankheitsverlaufs ist eine flexible Gestaltung der Interventionsmöglichkeiten im Rahmen der PSB erforderlich. Hierbei lassen sich inhaltlich vier zentrale Handlungsebenen unterscheiden:

1. Eingang und Klärung
2. Stabilisierung
3. Erhaltung
4. Ablösung und Nachsorge

Es handelt sich dabei nicht um eine vorgegebene Abfolge, sondern um zentrale Interventionsbereiche, die sich an den bereits genannten Parametern orientieren. Dabei sind individuelle Unterschiede wie z. B. Alter, Geschlecht, Herkunft oder Konsummuster zu berücksichtigen, da diese strukturelle und inhaltliche Konsequenzen für die PSB nach sich ziehen.

Im Laufe der psychosozialen Betreuung können immer wieder Krisen auftreten, die häufig im Zusammenhang mit einem Suchtmittelrückfall stehen. Dabei ist es Aufgabe der PSB, diese Krisensituationen gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten zu analysieren, ihnen das Verstehen der Situation zu ermöglichen und sie bei der Lösung zu unterstützen. Auch eine Vermittlung in andere Bereiche des Hilfesystems wie Entgiftung, Entwöhnung, Schuldnerberatung, Selbsthilfe, stationär oder ambulant betreutes Wohnen u. a. ist als Möglichkeit in Betracht zu ziehen.

Jeder Rückfall oder Beigebrauch ist somit auch als ein Vorfall zu verstehen, der im Rahmen der PSB ein sensibles Fenster öffnen kann, um mögliche Ursachen der Abhängigkeitserkrankung und tieferliegende Probleme zu thematisieren.

5.1 Eingang und Klärung

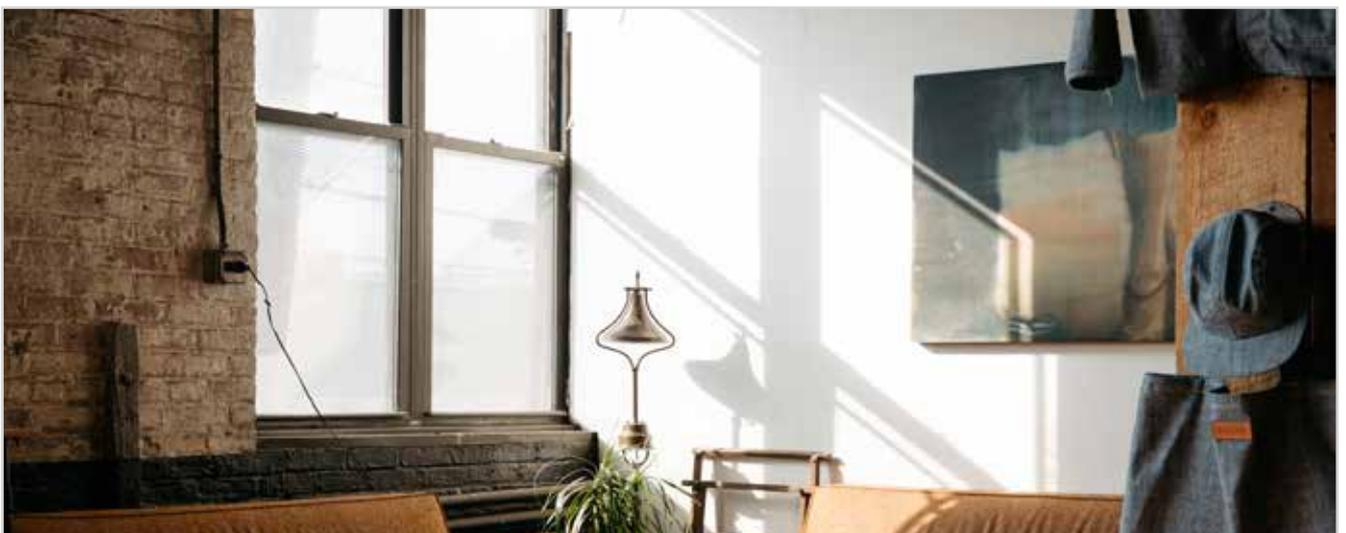
In dieser Phase werden allgemeine Informationen über die Substitutionsbehandlung vermittelt sowie die Rahmenbedingungen (u. a. Behandlungsstandem von medizinischer Behandlung und PSB) und der Ablauf (Kontakthäufigkeit etc.) erläutert und mit den Erwartungen der Klientinnen und Klienten rückgekoppelt. Gemeinsam mit der Abklärung der Beweggründe zur Substitution wird zum einen ein Eindruck von der Behandlungsmotivation gewonnen, zum anderen Verbindlichkeit im Behandlungs- bzw. Betreuungsverhältnis begründet.

Darüber hinaus werden in dieser ersten Phase die Eingangsvoraussetzungen und die Dringlichkeit der Substitution überprüft. Bei Bedarf ist die Einbindung an eine Substitutionsambulanz oder Substitutionspraxis herzustellen.

Ergibt sich aus der ersten Kontaktaufnahme eine Betreuung, so ist zwischen PSB-Fachkraft und Klientin bzw. Klient ein Vertrag zu schließen. Unter Beachtung dieser Leitlinien regelt er:

- Inhalte der PSB
- Rahmenstruktur
- Schweigepflicht und Datenverarbeitung
- Mitwirkungspflicht.

Im Rahmen der Klärungsphase werden anamnestische Daten erhoben, wird die PSB-Diagnostik betrieben und die gegenwärtige Lebenssituation der Klientinnen und Klienten exploriert. Im Austausch mit ihnen und unter Berücksichtigung ihrer individuellen Ressourcen und Fähigkeiten wird gemeinsam eine Hilfeplanung entwickelt und schriftlich festgehalten.



Sollte sich während der Klärungsphase herausstellen, dass keine behandlungsbedürftigen Z-Diagnosen oder sonstigen relevanten Problemfelder vorliegen, so kann nach eingehender Prüfung bescheinigt werden, dass eine PSB zum aktuellen Zeitpunkt nicht notwendig ist. Die PSB wurde in Absprache mit der Klientin/dem Klienten und dem medizinischem Team in diesem Fall eingestellt.

5.2 Stabilisierung

Die Stabilisierungsphase zeichnet sich dadurch aus, dass ein tragfähiges Arbeitsbündnis zustande gekommen ist und individuelle Ziele formuliert werden können.

Im Vordergrund steht die Sicherung der elementaren Lebensgrundlagen, vor allem die medizinische und finanzielle Grundversorgung sowie Suche bzw. Erhalt von geeignetem Wohnraum.

Weitere Schritte innerhalb der Stabilisierungsphase können z. B. auch die Unterstützung bei rechtlichen Problemen sein oder der Beginn einer Schuldenregulierung. Bei Bedarf werden andere relevante Hilfesysteme eingebunden. Ebenso wird eine Stabilisierung der Substitutionsdosis, die Reduzierung des Beigebrauchs und ggf. Rückfallbearbeitung angestrebt. Die Ziele, die in dieser Phase formuliert werden, sind im Wesentlichen kurz- oder mittelfristiger Natur.

5.3 Erhaltung

Langfristige individuelle Ziele charakterisieren die Erhaltungsphase. Hier wird fortlaufend überprüft, ob die Substitutionsbehandlung weiterhin bestehen bleibt oder ob es zu einer vollständig abstinenten Lebensführung kommen kann.

Tragfähige Lebensperspektiven außerhalb von Sucht und Illegalität werden entwickelt und gestärkt. Arbeit, Schule/Ausbildung, Familie und Partnerschaft rücken zunehmend in den Fokus; der Aufbau neuer oder die Wiederaufnahme alter drogenfreier Sozialkontakte werden gefördert. Auch das soziale Umfeld kann in der Erhaltungsphase mit in die PSB einbezogen werden.

Priorität haben die Sicherung der erreichten Behandlungsstabilität und die Verbesserung der individuellen Lebensqualität; hierzu gehören z. B. die Entwicklung des Krankheitsverständnisses ebenso wie das Erkennen und Fördern vorhandener Ressourcen sowie das Erarbeiten von Verhaltensalternativen.

Abdosierung und Rückfallprophylaxe können Thema sein, ebenso wie das Erreichen und Erhalten einer stabilen Maintenedosierung. Auch besteht das Angebot, den Klienten und Klientinnen Wege in die Abstinenz aufzuzeigen und sie dabei zu begleiten und zu unterstützen.

Die PSB kann in dieser Phase unter Umständen reduziert oder sogar ausgesetzt werden; Interventionen können nach Bedarf erfolgen.

Wichtig ist, der Klientin/dem Klienten auch in dieser Phase jederzeit die Möglichkeit zur Krisenintervention zu bieten.

Eine Sonderform der Erhaltungssubstitution ist die palliative PSB.

Süchte sind chronische Erkrankungen, die schwer heilbar sind. Selbst wenn alle Anstrengungen unternommen werden, die Sucht und ihre Auswirkungen zu lindern, zeigt die Realität, dass Krankheitsverläufe und Prognosen infaust bleiben können.



In einigen Fällen ist die psychische Störung durch psychotrope Substanzen in einem Ausmaß fixiert, dass ein kurativer Ansatz aussichtslos ist. Darüber hinaus können auch somatische und weitere psychische Erkrankungen die Prognose insoweit limitieren, dass ein palliativer Ansatz sowohl für die Substitution wie auch für die PSB gerechtfertigt ist.

PSB beschränkt sich dann auf niedrigschwellige Beratungs- und Begleitangebote bis hin zur Sterbebegleitung. Die verbliebenen Ressourcen des Klienten oder der Klientin müssen fortlaufend überprüft werden und Anforderungen bzw. Hilfsangebote diesem besonderen Umstand angepasst werden. Dies bedarf einer sorgfältigen Abwägung und Dokumentation.

5.4 Ablösung und Nachsorge

Wenn sich die allgemeine Situation der einzelnen Substituierten verbessert hat, sind von der PSB Ablösung und Nachsorge zu thematisieren. Situative Verbesserungen können u. a. sein, ein stabiles soziales Umfeld, eine realistische Selbsteinschätzung mit ausreichender Frustrationstoleranz, soziale Kompetenz, gutes Freizeitverhalten, ausreichende Kompetenz bezüglich Suchtstrukturen, ausreichende Belastbarkeit, fortgeschrittene psychosoziale Reintegration und verfügbare Coping Strategien.

Der Ablöseprozess gestaltet sich durch größere Abstände zwischen den Terminen, um das Erlernte in verlängerten Zwischenzeiten zu üben und zu verinnerlichen. Bilanzieren und Reflektieren der zurückliegenden Prozesse sollen helfen, den Transfer auf den Alltag abzusichern. Zukunftsperspektiven und neue Zielsetzungen sollen erarbeitet werden, um die gedankliche und faktische Umorientierung auf die Zeit nach der PSB vorzubereiten. Dazu bedarf es auch der Entwicklung von Strategien zur Rückfallprophylaxe und eines Krisenmanagements.

Gegebenenfalls sind weiterführende Hilfen aufzuzeigen und einzuleiten.

Nach der Beendigung der PSB besteht weiterhin das Angebot für Krisenintervention und nicht weiter terminierte Nachkontakte.

5.5 Antagonistenbehandlung

Ein erfolgreiches Ende der Substitutionstherapie bedeutet nicht, dass eine Heilung stattgefunden hat. Es ist vielmehr ein bedeutender Schritt in Richtung Gesundung, der in

der Regel weiterer Stärkung bedarf. Im Anschluss an eine gelungene Abdosierung vom Substitutionsmittel kann eine medikamentöse Unterstützung durch eine Antagonistenbehandlung (z. B. Naltrexon) die Erfolgsaussichten einer Entwöhnung oder einer Rückfallprophylaxe durch die Blockade der Opiatrezeptoren deutlich verbessern. Voraussetzung für diese Behandlung ist ein umfassendes Therapiekonzept einschließlich psychosozialer Betreuung.

Das während der Substitution und Abdosierung gefestigte therapeutische Arbeitsbündnis zwischen PSB und Klienten bzw. Klientin sollte übergangslos bei der Antagonistenbehandlung fortgeführt werden, um die erreichte Stabilität nicht zu gefährden. Ohne dämpfende Wirkung des Substitutionsmittels und ohne Spannungsregulation durch Beikonsum bei noch begrenzten Ressourcen und mangelnder Resilienz bedarf es in dieser sensiblen Phase mitunter engmaschiger Hilfestellung der PSB für die Abhängigen.

5.6 Take Home

Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (Stand: 27.04.2010) sollen u. a. folgende Kriterien zur Bewertung einer möglichen eigenverantwortlichen Einnahme des Substitutionsmittels im Rahmen einer Take Home Verordnung herangezogen werden:

- regelmäßige Wahrnehmung der erforderlichen Arztkontakte
 - die Einstellung auf das Substitutionsmittel ist abgeschlossen
 - der bisherige Verlauf der Behandlung hat zu einer klinischen Stabilisierung der Patientin/des Patienten geführt.
 - Risiken einer Selbst- und Fremdgefährdung, insbesondere für ggf. mit im Haushalt lebende Kinder, sind soweit wie möglich ausgeschlossen
 - die Substituierten konsumieren stabil keine weiteren Substanzen, die zusammen mit der Einnahme des Substitutionsmittels zu einer schwerwiegenden gesundheitlichen Gefährdung führen können
 - die Substituierten verstoßen nicht gegen getroffene Vereinbarungen
 - eine psychosoziale Stabilisierung ist erfolgt.
- Voraussetzung ist, dass sich die Substituierten in einer stabilen Substitutionsbehandlung befinden.

Vorrangige Kriterien einer psychosozialen Stabilisierung für die Take-Home-Verordnung sind dabei u. a. Compliance, Straffreiheit bzw. Einhalten von Bewährungsauflagen, Berufstätigkeit, Tagesstruktur und Freizeitverhalten, tragfähige

¹⁰ Hauptkriterium für die Psychosoziale Reintegration ist ein angemessener Zielerreichungsgrad entsprechend der unter Punkt 5. benannten individuellen Behandlungsstufen.

hige soziale Beziehungen, adäquater Allgemeinzustand, Einhalten sozialer Normen, Szeneidistanz und Beikonsumabstinz (inklusive Alkohol).

Ein Vorliegen dieser Voraussetzungen kann nur gemeinsam von Arzt oder Ärztin und PSB eingeschätzt werden. Die dokumentierte Einschätzung der PSB muss dem medizinischen Team übermittelt werden und bildet eine Grundlage für deren Entscheidung bzgl. „Take-Home-Verordnungen“. Sollten im Laufe einer bestehenden „Take-Home-Verordnung“ Zweifel an den Voraussetzungen kommen, so müssen diese dokumentiert und zeitnah dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin mitgeteilt werden, um Gefährdungsmomente auszuschließen. „Wegen des Missbrauchsrisikos von „Take-Home-Verordnungen“ obliegt dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin eine besondere Verantwortung bei der Take-Home-Vergabe.“ Die PSB muss hier den Arzt/die Ärztin bei der ärztlichen Versorgung unterstützen.

In Fällen, in denen die Kontinuität der Substitutionsbehandlung nicht anderweitig gewährleistet werden kann, kann eine Verschreibung des Substitutionsmittels für einen Zeitraum von bis zu zwei aufeinander folgenden Tagen pro Woche erfolgen, sobald der Verlauf der Behandlung dies zulässt und Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung soweit wie möglich ausgeschlossen sind. Unter festgelegten Voraussetzungen (Feiertage, Brückentage) sind maximal fünf Tage pro Woche zulässig. Auch diese Risikoeinschätzung kann nur mithilfe der PSB geschehen. Der Arzt oder die Ärztin sind gut beraten, wenn sie die für diese Fälle vorgesehenen „Z-Rezepte“ erst ausstellen, nachdem die PSB keine wesentlichen Bedenken äußert.

5.7 Behandlungsabbruch durch die PSB

Analog den Empfehlungen und Richtlinien im medizinischen Bereich sollte auch aus sozialarbeiterischer Sicht eine vorzeitige Beendigung der PSB und Substitutionstherapie als „letztes Mittel in Betracht kommen, wenn alle übrigen Maßnahmen zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung oder zur Vermittlung des Patienten in ein anderes Behandlungssetting erfolglos geblieben sind“¹¹. Eine hohe Haltequote kann ein Kriterium für die Güte der PSB sein, ist aber nicht das alleinige Maß der Qualität.

Mögliche Kriterien und Gründe für einen Behandlungsabbruch seitens der PSB sollten den Patientinnen und Patienten im Vorhinein bekannt sein und im Behandlungsvertrag Erwähnung finden. Hilfreich kann ein gestuftes Abmahnverfahren sein, bei dem schriftlich auf

Regelverstöße und deren Konsequenzen hingewiesen wird. Ausreichende Anlässe für ein vorzeitiges Betreuungsende können sein:

- wiederholte Verstöße gegen den Behandlungsvertrag
- ein die Ziele der PSB gefährdender Beikonsum
- Verweigerung von Kontrollen
- unzureichende Kooperationsbereitschaft/Mitwirkung
- Weitergabe, Konsum oder Handel von/mit Suchstoffen in der Einrichtung
- Mehrfachsubstitutionen
- Mehrfachbetreuungen
- aggressives Verhalten (Bedrohung/Gewaltanwendung)
- Diebstahl in der Einrichtung
- Zerrüttung des Arbeitsbündnisses
- Verlust des Vertrauensverhältnisses.

Ob und wie eine PSB abgebrochen oder fortgeführt werden soll, ist nach Möglichkeit im Dreiergespräch (Arzt/Ärztin-Substituierte/r-PSB) zu klären. In jedem Fall müssen die Gefährdung und Beendigung der PSB dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin umgehend mitgeteilt werden. Der Arzt oder die Ärztin wird damit vor die Frage gestellt, ob eine medizinische Weiterbehandlung indiziert und möglich ist. Empfehlungen und Einschätzungen der PSB-Fachkraft sollen hierzu gegeben werden. Die Entscheidung über und die Verantwortung für die Vergabe oder Nichtvergabe des Substitutionsmittels verbleiben beim Arzt bzw. bei der Ärztin.

Der Aspekt der Mitarbeiter/-innenpflege muss sehr hoch angesetzt werden. Während einerseits Entwertungen durch die Substituierten gegenüber den Betreuenden im Rahmen der PSB genau wie in anderen psychotherapeutischen Settings normaler Bestandteil des Prozesses ist, darf andererseits ein (auch subjektives) Bedrohungsleben der Mitarbeitenden zu keinem Zeitpunkt ignoriert werden. Eine solche Atmosphäre ist in keiner Einrichtung tragbar und gefährdet die Behandlungsqualität insgesamt. Supervision kann diesbezüglich hilfreich sein. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sollten zudem von der Leitung Unterstützung erfahren, um zu eruieren, welche Alternativen es zum Aufkündigen der Betreuung geben kann.

Nach Möglichkeit sollten Substituierten Anschlusslösungen aufgezeigt werden. Idealerweise besteht zwischen dem Träger der PSB und anderen Einrichtungen des Drogenhilfesystems eine Kooperation, so dass eine Weitervermittlung problematischer Klientinnen und Klienten auch kurzfristig vertrauensvoll möglich ist. Die Zusammenarbeit von Entzugskliniken, Institutsambulanzen, Arztpraxen, PSB-Anbietern usw. sollte vor diesem Hintergrund besonders gefördert werden.

6. Qualitätssicherung

Die Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung wird kontinuierlich unter Beteiligung aller Mitwirkenden¹² weiterentwickelt, dokumentiert, überprüft und verbessert.

6.1 Strukturqualität

Voraussetzungen für die fachgerechte Arbeit der PSB sind:

- Besprechungs- bzw. Gruppenraum, Büro
- Kommunikationsmittel (Telefon, Fax, Internet)
- Alkoholtester
- Zugang zum Dokumentationssystem
- Verwaltung
- Mobilität
- Dienstbesprechungen
- Fortbildung
- Supervision
- Regionale und überregionale Vernetzung
- Einbeziehung von weiterführenden Hilfsangeboten.

Die personellen Voraussetzungen sind unter Punkt 4.1 beschrieben.

6.2 Prozessqualität

Die Leistungen der PSB werden regelmäßig auf den allgemeinen Bedarf sowie auf den Bedarf des zu betreuenden Personenkreises überprüft und abgestimmt. Die fachliche Konzeption wird in geeigneter Weise fach- und bedarfsgerecht fortgeschrieben.

Ein Bezugsbetreuungssystem – bei gleichzeitig klar geregelter Urlaubs- und Krankheitsvertretung – stellt die größt-

mögliche Kontinuität in der Betreuungsarbeit sicher. Den Klienten und Klientinnen wird ein internes und externes Beschwerdemanagement zur Verfügung gestellt.

6.3 Ergebnisqualität

Die geleistete Arbeit in der PSB wird in regelmäßigen Abständen auf ihren Zielerreichungsgrad überprüft (z. B. durch Fallbesprechungen mit dem Betroffenen und/oder im Team). Durch den regelmäßigen Austausch mit dem medizinischen Team erfolgt eine externe Begleitung des Betreuungsverlaufes.

Die fachliche Angemessenheit der laufenden Arbeit wird regelmäßig durch die laufende Qualitätssicherung und ggf. teamintern oder auch in der Supervision überprüft und in der Leistungsdokumentation festgehalten.

6.4 Dokumentation

Die Dokumentation der PSB im Rahmen der Substitutionsbehandlung dient unterschiedlichen Zielen.

Auf der **Mikroebene** (PSB Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen – Substituierte/r – Ärztin/Arzt) sichert sie vor allem die Betreuungsqualität und Betreuungskontinuität. Außerdem wird die Betreuungsarbeit im Einzelfall nachvollziehbar.

Auf der **Mesoebene** (Einrichtungsebene) dient die Dokumentation als Tätigkeits- und Wirksamkeitsnachweis und bietet eine Grundlage für die Finanzierung der erbrachten Leistung. Sie kann bei der fachlichen Weiterentwicklung des Angebots darüber hinaus wichtige Hinweise geben.



¹² PSB-Fachkräfte, Ärzte, Medizinische Fachangestellte, ggfs. weitere externe Stellen.

Auf der **Makroebene** (Verbands- oder Kostenträgerebene) erfüllt die Erfassung und Darstellung der geleisteten Tätigkeit unterschiedlichste Aufgaben:

- Planung und Steuerung
Die in einem umschriebenen Versorgungsgebiet zuständigen Kostenträger und Leistungserbringer können auf der Grundlage empirischer Daten die Versorgung mit Psychosozialer Betreuung inhaltlich und strukturell ausgestalten und an die Gegebenheiten anpassen.
- Darstellung und Vertretung des Arbeitsfeldes
Eine einheitliche Erfassung des Arbeitsfeldes Psychosoziale Betreuung ermöglicht es, diesen Bereich überregional darzustellen und zu vertreten. Fachliche und politische Gremienarbeit ist nur auf der Grundlage belastbarer Daten, auch über die rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, effizient und nachhaltig zu betreiben.
- Evaluierung des Arbeitsfeldes
Es ist sinnvoll und notwendig, das Arbeitsfeld Psychosoziale Betreuung fachlich fortzuentwickeln. Sowohl bestehende als auch neue Konzepte und Ansätze können nur auf der Basis eines hinreichenden Kenntnisstandes über die Tätigkeitsbereiche, die beteiligten Einrichtungen und Akteure verstanden und beurteilt werden.

Entsprechend den dargestellten Aufgaben und Funktionen wird die qualitative und quantitative Dokumentation in folgendem Umfang empfohlen:

- Persönliche Daten (Name, Anschrift, Geschlecht, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit)
- Betreuungsvereinbarung
- Sozialdiagnostische Daten (einschließlich Kapitel XXI des ICD-10)
- Zielvereinbarungen und deren Überprüfung
- Verlaufsdokumentation (Terminaten, wesentliche Gesprächsinhalte, Sachstand bzgl. Betreuungsmaßnahmen etc.)
- Deutscher Kerndatensatz Klienten (KDS-K Suchtkrankenhilfe)
- Schriftverkehr/Dokumentenverwaltung.

6.5 Datenschutz

Im Rahmen der Psychosozialen Betreuung werden in umfassender Weise persönliche Daten der Klientinnen und Klienten erhoben, verarbeitet und genutzt. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten im Sinne von § 3 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Insofern auch

Gesundheitsdaten der Klientinnen und Klienten umfasst sind, was regelmäßig der Fall sein wird, handelt es sich um personenbezogene Daten besonderer Art im Sinne von § 3 Abs. 9 BDSG.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten wird durch die informierte Einwilligung der Klientinnen und Klienten legitimiert. Die Einwilligung ist schriftlich zu geben und muss personenbezogene Daten besonderer Art ausdrücklich einschließen (§ 4a BDSG). Die Daten des/der Betroffenen sollen nach den allgemeinen datenschutzrechtlichen Vorschriften erhoben werden. Auf das Gebot der Datenvermeidung und Datensparsamkeit ist zu achten.

Die im Rahmen der Psychosozialen Betreuung erlangten kundenbezogenen Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Um den Austausch zwischen Psychosozialer Betreuungskraft und behandelndem/r Arzt/Ärztin zu gewährleisten, ist von den Substituierten grundsätzlich eine Schweigepflichtentbindung auszustellen. Eine solche ist unter Beachtung der Besonderheiten des Einzelfalls mit der Klientin/dem Klienten zu besprechen und abzufassen (siehe Seite 16 „Muster Schweigepflichtentbindung“).

Ansonsten kann die Weitergabe von Daten aufgrund gesetzlicher Vorschriften gerechtfertigt sein.

An ihre Grenzen stößt die Schweigepflicht in Fällen erheblicher Selbst- bzw. Fremdgefährdung; zu denken wäre beispielsweise an die Gefährdung des Kindeswohls oder das Führen eines Kraftfahrzeugs in beraushtem Zustand. Auch die Anregung einer gesetzlichen Betreuung kann unter bestimmten Voraussetzungen ohne Einverständnis oder Kenntnis des Klienten bzw. der Klientin notwendig sein. Allerdings ist auch in diesen Fällen zunächst milderer Eingriffsmitteln der Vorzug zu geben. Offenbarungsbefugnisse und -pflichten ergeben sich vor allen aus den §§ 34 und 138 Strafgesetzbuch.

6.6 Aufbewahrungsfristen

Die Aufbewahrungsfristen für medizinische Unterlagen ergeben sich aus dem Ärzterecht, diese betragen in der Regel zehn Jahre. Davon zu unterscheiden sind Aufbewahrungsfristen im Zusammenhang mit der Psychosozialen Betreuung. Hierfür bestehen keine konkreten gesetzlichen oder berufsständischen Vorgaben. Lediglich für Mitglieder der Psychotherapeutenkammer ergibt sich aus § 9 Abs. 1 der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen eine Aufbewahrungspflicht

von zehn Jahren. Ebenfalls davon abzugrenzen sind Klientinnen- und Klientendaten, die im Zusammenhang mit der Führung des Geschäftsbetriebes (etwa Abrechnung mit Kostenträgern) erfasst werden. Hierfür ergeben sich Aufbewahrungspflichten gem. Handelsgesetzbuch und Abgabenordnung.

Ansonsten ist bei der Festlegung von Aufbewahrungszeiten einerseits an den Grundsätzen der Datenvermeidung und Datensparsamkeit Orientierung zu nehmen,

7. Fazit

Psychosoziale Betreuung ist ein essentieller Baustein der Suchthilfe und der Substitutionstherapie, dessen Notwendigkeit allgemein anerkannt ist.

Um die vielfältigen, in den vorliegenden Leitlinien aufgezeigten Aufgaben angemessen erfüllen zu können, bedarf es einer angemessenen personellen und strukturellen Ausstattung. Dies beinhaltet ausdrücklich eine sichere und auskömmliche Finanzierung der PSB; dabei ist auf die Besonderheit des Einzelfalls zu achten¹³.

Unabdingbar für eine erfolgreiche PSB ist eine qualitativ hochwertige Arbeit der eingesetzten Fachkräfte, die durch laufende Fortbildung und Supervision gesichert werden muss. Die Voraussetzungen für Kooperationen mit Ärzten sowie externen Diensten und Personen müssen gewährleistet sein.

andererseits ist das Interesse der Einrichtung wie auch der Klientinnen und Klienten an der Gewährleistung einer kontinuierlichen Versorgung zu berücksichtigen. Noch fehlt eine klare juristische und fachliche Grundlage auf der eine einheitliche Festlegung für die Aufbewahrungsfristen von Akten der Klientinnen und Klienten erfolgen kann. Daher regen wir an, sich an den Vorgaben für Aktenaufbewahrungsfristen für Ärzte/Ärztinnen und Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zu orientieren.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass PSB regelhaft empfohlener Bestandteil der Substitutionsbehandlung ist. Daher besteht hier eine besondere Verpflichtung, die die Städte und Kommunen übernehmen müssen. Die Nichtnotwendigkeit einer PSB sollte wie unter 5.1 geschildert im Einzelfall dargelegt werden.

Um nachzuweisen, welche Settings und Strukturen der PSB besonders effektiv und effizient sind, bedarf es unserer Ansicht nach einer fundierten wissenschaftlichen Evaluation. Zur Entwicklung geeigneter Kennziffern können die vorliegenden Leitlinien dienen. Ziel sollte sein, einheitliche, optimierte und allgemein anerkannte und verbindliche PSB-Standards zu schaffen.



¹³ Unterschiedliche Behandlungsstufen bedingen unterschiedliche zeitliche Intensitäten; so ist in der Regel davon auszugehen, dass bei einem Klienten in der Eingangsphase ein höherer zeitlicher Rahmen anzusetzen ist als z. B. für einen Klienten in der Stabilisierungsphase. Auch in besonderen Situationen wie etwa in der PSB von Substituierten mit Kindern oder mit schweren psychischen Störungen müssen ausreichende, umfangreichere Betreuungszeiten vorgehalten werden.

Impressum

Herausgeber

Der Paritätische NRW
Loher Straße 7 | 42283 Wuppertal
www.paritaet-nrw.org

Facharbeitskreis Sucht

Redaktionsteam

Dr. med. Meinolf Leuchtman
Drogenhilfe Köln gGmbH
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Leitender Arzt Suchthilfezentrum Köln-Mitte

Michael Gierse
Drogenhilfe PUR gGmbH Dortmund
Geschäftsführer
Diplom Sozialarbeiter

Wolfram Schulte
DROBS Dortmund
Einrichtungsleiter, Diplom Sozialarbeiter
und Suchttherapeut (VDR)

Dr. Thomas Hambüchen
Drogenhilfe Köln gGmbH
Geschäftsführer

Verantwortlich im Redaktionsteam

Sylvia Rietenberg
Der Paritätische NRW
Diplom Sozialarbeiterin
Fachreferentin Sucht und Gefährdetenilfe

Lektorat

Fabian Mauruschat | Der Paritätische NRW

Layout

Birgit Klewinghaus | Der Paritätische NRW

Fotonachweis

Freie Verwendung

August 2017

www.paritaet-nrw.org

