

Fachgespräch am 22. und 23. Januar 2013

zur Frage:

„Inwieweit empfiehlt es sich, die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur oralen Substitution Opiatabhängiger anzupassen?“

Statement für die BAG FW

Substitution: Überlebenssicherung – Gesundheitsförderung – Familienhilfe – Teilhabe – Ausstiegsoption

Eine Substitutionsbehandlung kann helfen, die gesundheitliche Situation zu stabilisieren und zu verbessern, ein Leben ohne Beschaffungsstress zu führen und den Drogenkonsum zu reduzieren. Auch die soziale Situation kann stabilisiert und verbessert werden, insbesondere durch die Unterstützung von Familien und einer größeren Teilhabe am Berufsleben. Der Einstieg in die Substitution kann auch ein Einstieg in ein Leben ohne Drogen sein.

In der Diskussion um eine bedarfsgerechte Anpassung der bestehenden betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur oralen Substitution Opiatabhängiger sind zwei Aspekte zu beachten, die besonders nah an der die Substituierten umgebende Lebensrealität heranreichen und gleichzeitig eine hohe Äquivalenz zu vielen Menschen aufweisen, deren Lebensumstände keine Beeinträchtigungen wie die einer Drogenabhängigkeit aufweisen. Gemeint ist zum einen die Situation der **substituierten Menschen mit Elternverantwortung** (und damit selbstredend die des immer vorrangig zu beachtenden Kindeswohls); zum anderen die Frage nach einer **Teilhabe am Arbeitsleben**, gerade und vor allem bei Substituierten ist die Aussicht auf eine sinnvolle Beschäftigung viel mehr als nur ein „Sprungbrett“ in Richtung Ausstieg aus der Abhängigkeit.

Nach dem Reitox-Bericht der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht gibt es mindestens 30.000 Kinder mit opiatabhängigen Eltern (die Dunkelziffer dürfte deutlich höher sein). Laut PREMOS-Studie haben 40,7% der Langzeitsubstituierten mindestens 1 Kind, 12,3% haben 2 und mehr Kinder, die Studie fordert die Verbesserung der Betreuung für Frauen mit Kindern.

Für **substituierte Menschen mit Elternverantwortung** muss zunächst dasselbe gelten, wie für Menschen ohne eine Drogenabhängigkeit: Sie brauchen eine verlässliche und bedarfsgerechte soziale Infrastruktur, das heißt: auch sie müssen die Möglichkeit haben, Ihrer Verantwortung als Eltern nachkommen zu *können*. Dabei spielt es keine Rolle, ob das Kind in der Familie lebt, allein bei einem Elternteil (in der Regel der Mutter), aus der Situation herausgenommen werden muss (in Pflegefamilie, Adoption, Heimunterbringung) oder zum Beispiel nach langer Zeit wieder Kontakt zu den Kindern gesucht oder von diesen selbst hergestellt wird – das Thema Elternschaft bleibt bestehen!

Substituierte Eltern dürfen also nicht per se schlechter gestellt, das Recht auf Elternschaft abgesprochen bekommen oder gar kriminalisiert werden. Gleichzeitig hat aber die jüngste

Vergangenheit mit traurigen Vorfällen (siehe Kevin, siehe Chantal) bestätigt, dass nach wie vor immer das Kindeswohl an erster Stelle stehen muss!

Wir sind der Ansicht, dass beiden Linien Rechnung getragen werden kann, wenn das notwendige Mehr an Kontrolle und Restriktion durch eine verbesserte Betreuung und Begleitung aufgefangen wird.

Was wir benötigen ist ein Konsens an Standards (Minimal-Standards), die im Rahmen der Substitutionsbehandlung von Eltern oder werdenden Eltern mit Opiat- und polytoxikomaner Abhängigkeit flächendeckend umgesetzt werden:

- Deutliche Erhöhung der Standards der Beigebrauchskontrollen bei substituierten Eltern, die Verantwortung für Kinder ausüben.
- Take-Home-Vergabe nur dann, wenn keine Kinder im Haushalt leben oder nach Absprache mit dem Jugendamt.
- Überweisung aller substituierten Patientinnen und Patienten vom behandelnden Arzt an die zuständigen Beratungsstellen zur Ermittlung des psychosozialen Hilfebedarfs.
- Dokumentation des psychosozialen Hilfebedarfs von den beauftragten Suchtberatungsstellen nach zweckmäßigen (und einheitlichen) Standards.
- Innerhalb der Beratung muss dem Kinderschutz Rechnung getragen werden, indem die Versorgungs- bzw. Erziehungsfähigkeit von Kindern in verbindlicher Zusammenarbeit mit dem örtlichen Jugendamt festgestellt wird. Bei festgestellten Mängeln sind geeignete Jugendhilfemaßnahmen vorzusehen.

Eine andere Baustelle ist das Thema der Teilhabe **von substituierten Menschen am Arbeitsleben**. Teilhabe – gerade in Bezug auf den Kontext Arbeit und Beruf – schafft viele Anreize, die Helfen den Verlauf der Substitutionsbehandlung, den grundsätzlichen Krankheitsverlauf „besser“ und „erträglicher“ zu gestalten – das steht außer Frage. Menschen in Substitution unterliegen aber, und hier vor allem die Langzeitarbeitslosen unter ihnen, multiplen Vermittlungshemmnissen und sind mit zunehmender Behandlungsdauer in ihrer Beschäftigungsfähigkeit eingeschränkt.

Die Deutsche Suchthilfestatistik weist 62% der Substituierten als arbeitslos aus, davon 95% seit mehr als einem Jahr. Die Substitutionsbehandlung führt laut PREMOS-Studie zwar insgesamt zu einer Verbesserung der beruflichen Situation –der Anteil der Arbeitslosen sinkt über sechs Jahre Behandlung von 51,6 auf 42% –von den durchschnittlichen Zahlen der Allgemeinbevölkerung ist die Gruppe der substituierten Menschen aber immer noch meilenweit entfernt.

Unabhängig von den individuell natürlich sehr unterschiedlichen Möglichkeiten müssen wir die Substitutionsbehandlung auch als **Förderinstrument** erhalten. Teilhabeorientierung braucht Ziele in der Behandlung – Zielvereinbarungen können individuell gestaltet, verabredet und situativ angepasst werden. Zwar werden auf der einen Seite immer wieder zu Recht fehlende Fördermaßnahmen, zu kurz greifende Integrationsstrategien und ein Hang zur Ausgrenzung moniert – hier ist die Politik gefordert – die Substitutionsbehandlung selbst kann aber – besonders auch bei Menschen mit identifizierten Ressourcen – mit einer individuellen Ausrichtung und Zielorientierung in der Behandlung das ihre zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit beitragen. Die Begleitung der Teilhabeverbesserung und -förderung ist dabei originäre Aufgabe der psychosozialen Betreuung.

Was bedeutet dies nun für unsere Fragestellung hinsichtlich einer möglichen oder gar notwendigen Anpassung der BtMVV?

Zu diskutieren ist eine ausdrückliche Erweiterung der Verordnung, die insbesondere dem Komplex „Familie-Kinder-Elternschaft“ Rechnung trägt. Eine Stärkung sowie der „Einsatz“ von begleitenden psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen in einer engen Verzahnung mit der medizinischen Behandlung wären unseres Erachtens obligatorisch für substituierte Menschen mit Elternverantwortung – vor allem wenn sich Kinder *in* der Familie befinden. Weiter müssen die Ab- und Mitgaberegeln sowie die Urlaubsregelungen für diese Gruppe klar beschrieben werden. Darüber hinaus braucht es in diesen Fällen eine enge Verzahnung mit dem Jugendamt.

Die Substitutionsbehandlung kann zur Verbesserung der Teilhabe substituierter Menschen am Arbeitsleben beitragen. Sie kann ein Förderinstrument sein! Zum einen ist der Aspekt der „Teilhabeförderung“ eng verbunden mit einer die medizinische Behandlung zuverlässig ergänzenden psychosozialen Betreuung, zum anderen brauchen wir bedarfsgerechte Regelungen im Rahmen der Ab- und Mitgaberegeln. Wenn wir individuell formulierte Ziele und Wünsche an und in der Behandlung Ernst nehmen, bedeutet dies auch, dass wir der Verbindlichkeit mehr Raum geben müssen. Die Kombination von medizinischer Behandlung und psychosozialen Maßnahmen kann die Wirksamkeit der Behandlung erhöhen, so rät es auch die WHO. Auch hier schlagen wir zur Optimierung der Verordnung eine deutlichere Berücksichtigung der Teilhabeorientierung vor.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Knut Kiepe
Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe

Für die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege