



Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland

Herausgegeben von der
Aktion Psychisch Kranke

Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person zur integrierten Hilfe im regionalen Verbund

Tagungsbericht
Berlin, 18./19. Juni 2009

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE
Regina Schmidt-Zadel
Niels Pörksen
Andreas Heinz

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Aktion Psychisch Kranke, Regina Schmidt-Zadel, Niels Pörksen, Andreas Heinz (Hg.).
Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person zur integrierten Hilfe
im regionalen Verbund.

1. Auflage

ISBN 978-3-88414-493-0

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Aktion Psychisch Kranke im Internet: www.psychiatrie.de/apk und www.apk-ev.de

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2009

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt,
digitalisiert oder verbreitet werden.

Redaktion: Ruth Forster, Jörg Holke

Umschlaggestaltung: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: CPI – Clausen & Bosse, Leck

Inhalt

Begrüßung und Einführung <i>Regina Schmidt-Zadel</i>	9
Eröffnungsbeitrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung <i>Sabine Bätzing</i>	14

A Versorgungsprobleme und innovative Lösungsstrategien

Was wirkt wirklich? – Interventionsziele und Strategien bei Suchterkrankungen am Beispiel der Alkoholabhängigkeit <i>Andreas Heinz, Anne Beck, Hannah Heimann</i>	22
Was könnte wirklich weiterführen? – Probleme und innovative Lösungsstrategien in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen <i>Günther Wienberg</i>	32
Der Patient geht dahin, wo das Geld fließt – (Fehl-)Steuerung und neue Wege in der Finanzierung der Suchthilfe <i>Heinrich Kunze</i>	54
Konsequent von der Person her denken – was bedeutet das?! <i>Martin Reker</i>	71

B Handlungsfelder und Praxisbeispiele »Von der Evidenz zur Umsetzung – von der Person zur integrierten Hilfe im regionalen Verbund«

I Verbundsystem für (Früh-)erkennung und Kurzintervention (Alkohol) in der medizinischen Primärversorgung

Einleitung <i>Martin Driessen</i>	82
Modell zur Implementierung von Frühinterventionen in Allgemeinarztpraxen <i>Hans-Jürgen Rumpf, Gallus Bischof, Ulrich John</i>	84

Modell zur Implementierung von Frühinterventionen
im Allgemeinkrankenhaus
*Gallus Bischof, Hans-Jürgen Rumpf, Jennis Freyer-Adam,
Beate Coder, Ulrich John* 88

Computergestützte interaktive Risikoanalyse bei
alkoholkranken Patienten nach einem Trauma
Tim Neumann, Claudia Spies 93

Neue Finanzierungsmodelle für alkoholbezogene Interventionen
im Allgemeinkrankenhaus
Martin Driessen 97

II Verbundsystem für Frühintervention und Behandlung für/von Jugendliche/n (stoffgebunden/ungebunden)

Einleitung
Georg Kremer 105

Komatrinken und die Disposition zur Alkoholabhängigkeit
Andreas Heinz, Anne Beck 113

HaLT – Ein Präventionsprojekt zum komatösen Rauschtrinken
bei Jugendlichen – Erfahrungen aus der Praxis
Heidi Kuttler 116

Von der Niedrigschwelligkeit (clean.kick) bis zur Langzeittherapie
(JUST) – eine innovative, integrierte Hilfeform in der Praxis
Renate Schepker 119

BRIA – Brückenintervention in der Anästhesiologie
*Henning Krampe, Léonie F. Lange, Edith Weiß-Gerlach, Jakob Hein,
Andreas Heinz, Nina Seiferth, Tim Neumann, Claudia Spies* 127

III Regionales Verbundsystem – Schwerpunkt: Integrierte Behandlung und Rehabilitation von substanzbedingten Störungen

Einleitung
Thomas Bader 129

Schnittstelle Hausärzte: Wie binden wir die Niedergelassenen
in das Suchthilfenetzwerk ein?
Gerhard Längle, Anne Röhm, Eberhard Böhm-Sturm 132

Schnittstelle Kostenträger: Was ist möglich und was ist wünschenswert im Behandlungsverlauf? <i>Georg Wiegand</i>	139
Schnittstellen bei illegalen Drogen: Qualifizierter Entzug und medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger aus einer Hand <i>Thomas Kuhlmann</i>	150
Das Allgemeinkrankenhaus als »virtueller psychiatrischer Versorgungssektor« – Die Bedeutung der suchtpsychiatrischen Konsil- und Liaisonstätigkeit für den Weg in das Suchthilfenetzwerk <i>Albert Diefenbacher</i>	162
Schnittstelle Akutbehandlung und Rehabilitation: Gelingende Modelle tagesklinischer und tagesrehabitativer Versorgung am Wohnort <i>Harald Rau</i>	177
 IV Regionales Verbundsystem – Schwerpunkt: Was heißt Personenzentrierung und Teilhabeorientierung in der Hilfe für chronisch Abhängigkeitskranke (CMA)	
Einleitung <i>Ulrich Krüger</i>	180
Die Kunst des Machbaren im Umgang mit stark chronifizierten Suchtpatienten <i>Martin Reker</i>	183
»Hilfen wie aus einer Hand« – die personenzentrierte und sozialräumliche Integration von Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie <i>Mechthild Böker-Scharnhölz</i>	189
Hilfeplanung und Netzwerke im Kreis Mettmann <i>Matthias Albers</i>	199
Systeme verbinden – gemeinsames Hilfeplanungsinstrument für Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern: der IBRP-MV 2006 <i>Christina Nerlich, Stefan Paulaeck, Thomas Utermark, Ingmar Steinhart</i>	205

V Unterstützung bei Qualifizierung, Arbeit und Beschäftigung

Unterstützung bei Qualifizierung, Arbeit und Beschäftigung –
eine Pflichtaufgabe

Jörg Holke, Ingmar Steinhart 216

Möglichkeiten der Arbeitsförderung für Suchtkranke
im Rahmen des SGB II

Jörg Holke 224

Zuverdienstprojekte für Suchtkranke in Rostock

Jochen Püttmann 234

VI Sucht und Straffälligkeit – Wer ist eigentlich zuständig? Was müsste passieren, um den Menschen im Strafvollzug/ Maßregelvollzug gerecht zu werden?

Einleitung

Niels Pörksen, Iris Hauth 239

... aus Sicht eines Gefängniskrankenhauses –
Öffnung der §§ 35 ff. BtmG für Alkoholabhängige?

Norbert Konrad 240

... aus Sicht des Maßregelvollzugs

Bernhard Wittmann 247

... aus Sicht des Strafvollzugs

Carl-Ernst von Schönfeld 260

... aus der Sicht der Bewährungs- und Straffälligenhilfe

Peter Reckling 265

VII Zukunft der Selbsthilfe

Sucht-Selbsthilfegruppen als Partner im regionalen Verbund

Rolf Hüllinghorst 275

Wir wollen uns um uns kümmern –
Einmischung von außen unerwünscht

Christa 281

Junge Menschen in der Gruppe – wir haben sie gehegt und gepflegt! <i>Petra Pickert</i>	285
Angehörigenarbeit – man sitzt of zwischen allen Stühlen <i>Renate Dorsch</i>	288

C Kooperation, Verantwortung und Steuerung in der Region

Suchthilfenetzwerke in Baden-Württemberg <i>Gerhard Längle</i>	292
Wie kann man Verbindlichkeit auch für suchtkranke Menschen erreichen? <i>Matthias Rosemann</i>	296
Netzwerkarbeit bei Jugendlichen mit Substanzproblemen <i>Renate Schepker</i>	300
Regionale Steuerung durch das Land Baden-Württemberg <i>Joachim Kohler</i>	305

Statements

Vorstand Ärztekammer Baden-Württemberg <i>Christoph Schoultz von Ascheraden</i>	309
GKV Spitzenverband <i>Volker Wanek</i>	313
Deutsche Rentenversicherung (DRV) Braunschweig-Hannover <i>Georg Wiegand</i>	316
MdL, SPD, Vorsitzender des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW <i>Günther Gabrecht</i>	320
Bundesministerium für Gesundheit <i>Gaby Kirschbaum</i>	323
Zieglersche Anstalten <i>Harald Rau</i>	325

Weitere Texte

Integrierte Versorgung für psychisch Kranke bzw. Suchtkranke –
Versorgungsmodelle der Krankenkassen im Saarland

Armin Lang

327

D Perspektiven

Fazit und Ausblick

Niels Pörksen

338

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

342

Veröffentlichungen und Informationstagungen

347

Begrüßung und Einführung

Regina Schmidt-Zadel

Meine Damen und Herren,
ich freue mich, Sie zu unserer Tagung »Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person zur integrierten Hilfe im regionalen Verbund« begrüßen zu dürfen.

Ganz besonders begrüße ich die Bundesdrogen- und Suchtbeauftragte, Frau Bätzing, die Leiterin des Referates Drogen und Suchtmittelmissbrauch im Bundesministerium für Gesundheit, Frau Kirschbaum sowie die Vertreter der Landespolitik, Herrn Dr. Kohler und die Landesdrogenbeauftragte von Berlin, Frau Köhler-Azara.

Im Vorfeld der Tagung war manch eine Frage zu hören, warum wir gerade jetzt die Zukunft der Suchthilfe als Thema der Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) gewählt haben. Es ist jetzt in der Tagungsgeschichte der APK das dritte Mal, dass die Thematik der Suchthilfe im Mittelpunkt der Jahrestagung steht. Dazwischen sind jeweils 10 bzw. 15 Jahre vergangen. Zentrales Anliegen der Jahrestagungen war und ist es immer, Impulse für die Qualitätsverbesserung in Bezug auf Versorgungsgerechtigkeit, regionale Pflichtversorgung und Nachhaltigkeit der Wirkung der Hilfen zu setzen. Auch wenn im Mittelpunkt der früheren Tagungen mehr die Alkoholabhängigkeit stand, standen und stehen auch die anderen Substanzen damals wie heute mit auf der Tagesordnung.

War es bei der letzten Tagung 1993 die Schnittstelle zwischen medizinischen und psychosozialen Hilfen, so wollen wir heute und morgen gemeinsam mit Ihnen den Blick in die Zukunft der Suchthilfe wagen. Zwei Fragestellungen und deren Beantwortung prägen dabei unsere Beweggründe für diesen Blick in die Zukunft:

Die erste Fragestellung stand bereits vor 15 Jahren im Fokus der damaligen Tagung: Wie erreichen bedarfsgerechte Hilfen die zwar nicht mehr vergessene, aber immer noch nicht adäquat versorgte Mehrheit der Menschen mit Substanzproblemen? Also, die in den Allgemeinkrankenhäusern, die in den Hausarztpraxen, die in der Wohnungslosenhilfe, die im Maßregel- und Justizvollzug. Und somit die, die nicht von der Suchtberatung, den klinischen Fachabteilungen, den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen und der Zielgruppen bezogenen Eingliederungshilfe erreicht werden – *dies ist mehr als zwei Drittel der Zielgruppe!!!*

Fortschritte hat es gegeben, keine Frage. Aber der Handlungsbedarf ist akuter den je, sieht man den Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, die Gesundheitsberichte der Krankenkassen oder die täglichen Meldungen in den Medien. Antworten könnten in dem Ausbau der Früherkennung und Frühintervention in der Arztpraxis und in den Allgemeinkrankenhäusern liegen – aber auch in der Klärung der Zuständigkeit und der Koordination – denken wir an die Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe. Wir werden das in den Symposien heute Nachmittag aufgreifen.

Und Antworten muss auch die Politik mitgestalten – und dies nicht nur aus ihrem gesetzgeberischen Auftrag heraus. Die jährlichen, durch den Alkohol-, Tabak- und Kaffeekonsum bedingten Steuereinnahmen betragen 2007 mehr als 18 Milliarden Euro. Es wäre interessant, zu wissen, wie viel von diesem Geld in die Arbeit mit suchtkranken Menschen fließt.

Ein ganz wichtiger Punkt wäre, die Prävention auszubauen. Hier fehlen gesetzliche Grundlagen, z. B. im Hinblick auf das Komatrinken von Jugendlichen. Auch für ein Werbeverbot für Alkohol habe ich mich bereits in meiner Zeit als Abgeordnete eingesetzt und ich wäre sehr dankbar, wenn dieses Thema in der nächsten Legislaturperiode wieder auf die Tagesordnung käme.

Die zweite Fragestellung hängt eng mit der Entwicklung in der Allgemeinpsychiatrie in den letzten 15 Jahren zusammen, die die AKTION PSYCHISCH KRANKE maßgeblich mitgestaltet hat. Hier hat sich ein Paradigmenwechsel von einer institutionszentrierten Sichtweise hin zu einer personenzentrierten Sichtweise vollzogen. Es ist jetzt zehn Jahre her, dass die AKTION PSYCHISCH KRANKE das Konzept der Personenzentrierten Hilfen vorgelegt hat. Gemeint ist: Die Hilfen werden vom individuellen Bedarf, von den individuellen Zielen bestimmt, integriert und im regionalen Verbund erbracht und jede Region ist der Versorgung aller psychisch Kranker verpflichtet.

Entsprechende Verfahren und Vorgehensweisen zur Bedarfsermittlung, Hilfeplanung und Umsetzung hat die APK entwickelt, erprobt und diese werden in vielen Regionen bereits umgesetzt – auch wenn der Prozess noch nicht abgeschlossen ist. Netzwerke und Verbünde sind entstanden.

Parallel und sich wechselseitig beeinflussend entwickelt sich die Gesetzgebung in diese Richtung. Denken wir nur an die Einführung des Sozialgesetzbuches (SGB) IX und die aktuelle Diskussion um die Zukunft der Eingliederungshilfe. So hat die Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2008 mit 16:0 Stimmen die Umstellung auf den personenzentrierten Ansatz beschlossen.

In den letzten Jahren hat die APK in ihren Tagungen und Projekten untersucht, wie sich das Konzept der personenzentrierten Hilfe auf spezielle Zielgruppen auswirkt, so zum Beispiel psychisch kranke alte Menschen, psychisch kranke Arbeitssuchende, psychisch kranke Pflegebedürftige. Immer wieder sind wir darauf gestoßen, dass es äußerst hinderliche Fragmentierungen gibt. Zwar gibt es viele gute Hilfen, aber immer wieder geraten Menschen mit Hilfebedarf ins Niemandsland.

- zwischen verschiedenen Zuständigkeiten
- zwischen Beratung, ambulanter Behandlung, stationärer Behandlung, medizinischer und beruflicher Rehabilitation, Arbeitsförderung, Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und Pflege.

Wie gestaltet sich die Entwicklung der Hilfen für die Menschen mit Substanz- bzw. Suchtproblemen?

Im Bereich der medizinischen Behandlung gehören die Suchterkrankungen zweifelsfrei zu den psychischen Erkrankungen. Entsprechend sind die Psychiatrischen Kliniken und Abteilungen auch für suchtkranke Menschen zuständig. Durchschnittlich sind mehr als ein Drittel der Patienten in den psychiatrischen Kliniken der Diagnosegruppe F10-F19 zuzuordnen. Die sonstige Anbieterlandschaft differenziert sich bisher überwiegend nach Angeboten für psychisch Kranke und Menschen mit Suchterkrankungen bzw. Substanzproblemen. Diese Trennung führt zu Problemen bei Menschen mit Doppeldiagnosen, sofern sie überhaupt so erkannt und eingeordnet werden. Innerhalb der Suchthilfe gibt es weitere Spezialisierungen, die zu einer Fragmentierung des Hilfesystems führen: Legale/illegale Drogen, abstinenzwillig bzw. -fähig/nicht abstinenzwillige bzw. -fähige Menschen, gemeindeintegrierte bzw. sozialraumorientierte und überregionale Angebote.

Von der Person her zu denken und zu handeln wird erschwert durch die gewissermaßen im Hinterkopf verankerte Prüffrage der Co-Abhängigkeit oder die nur schwer zugängliche Bedarfslage bei chronischen Langzeitverläufen. Die Strukturen bzw. die Steuerung der Leistungserbringung ist noch nicht ausreichend miteinander verbunden organisiert. Netzwerkstrukturen in der Suchthilfe sind nur in wenigen Ländern bzw. Regionen entwickelt bzw. befinden sich erst in den Anfängen. Die Selbsthilfe bringt sich aus unterschiedlichen Perspektiven ein, hat oft aber nicht die Bedeutung in der Region, die es ihr ermöglicht mitzugestalten.

In einzelnen Regionen und insbesondere auch in unseren Projektregionen sind die Menschen mit Substanzproblemen in beschriebenen Paradigmen-

wechsel der Allgemeinpsychiatrie mit einbezogen. Von einem bundesweit gemeinsamen Prozess oder zumindest parallelen Prozess kann nicht die Rede sein.

Aus Sicht der AKTION PSYCHISCH KRANKE ist ein Konzept der Personenzentrierung in der Organisation und Steuerung der Hilfen vor Ort für Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließlich der Menschen mit Substanz- bzw. Suchtproblemen sinnvoll.

Es darf keine Zuständigkeitslücken geben.

Es darf keine Verweigerung von Hilfen geben wegen unklarer Zuständigkeiten geben.

Es darf keine schädlichen Unterbrechungen im Hilfeprozess geben.

Dabei ist bei der Organisation von Hilfen von Bedeutung, dass sich individuelle Unterstützungsformen und entsprechende Angebotsformen bei den beiden Zielgruppen stark ähneln bzw. sich annähern. Die gesetzlichen Grundlagen sind bis auf wenige Ausnahmen, wie zum Beispiel die Psychotherapie, die gleichen. Das soll nicht heißen, dass nicht im methodischen Vorgehen Unterschiede vorhanden sein sollen und diese auch spezifische Angebotsformen begründen können. Auch hängt es von den regionalen Gegebenheiten ab, wie sich die Strukturen der Leistungserbringung und der Steuerung entwickeln – ob parallel oder gemeinsam.

In einzelnen Regionen behandeln Hilfeplankonferenzen beide Hilfebedarfe und nutzen die gleichen Instrumente der individuellen Bedarfserhebung. Manche Träger legen ihre Angebote gewissermaßen zusammen, mit gleichen Personal- und Angebotsformen. Einzelne regionale Leistungserbringerverbände definieren ihre Zuständigkeit für beide Zielgruppen.

Die gesetzlichen Reformen der letzten Jahrzehnte im Bereich der medizinischen Behandlung und die geplanten Reformen in der Eingliederungshilfe eröffnen neue Finanzierungswege, sei es die integrierte Versorgung, die persönlichen oder auch regionale Budgets.

Aber unabhängig davon, wie eine Region sich in der regionalen Steuerung organisiert und welche Finanzierungsformen sich eignen, entscheidend im Sinne der Betroffenen ist, dass

- das Denken und Handeln sich an dem individuellen Bedarf, den Wünschen und Zielen der Person orientiert,
- die Verzahnung bzw. Vernetzung der Hilfen gewährleistet ist,
- und die regionale Sicherstellung von Hilfen für Menschen mit Substanz- bzw. Suchtproblemen voranschreitet.

Diese Tagung soll auch dazu dienen, die Sichtweise der Personenzentrierung und eine verbindliche Kooperation und Vernetzung der Hilfen als Zukunftsperspektive zu erläutern, entsprechende Handlungsempfehlungen vorzustellen und zur Diskussion zu stellen. Wir freuen uns auf die Plenumsvorträge, die Diskurse und gerade auch auf die Symposien, in denen viel Raum für die Diskussion und den Erfahrungsaustausch vorgesehen ist.

Eröffnungsbeitrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung

Sabine Bätzing

Ich freue mich, dass diese Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) hier in Berlin stattfindet und dass sie sich zum Gegenstand gemacht hat, die »Zukunft« der Suchtkrankenhilfe im Orakelglas anzuschauen.

Die APK hat immer schon frische Ideen eingebracht in das Suchthilfesystem, weil hier oft auch »quer« gedacht wurde, nicht so sehr aus dem Verbandswinkel, sondern eher von oben auf das System schauend. Das Hilfesystem wurde z. B. angeschaut als ein notwendiges System für die, die es am nötigsten brauchen und am wenigsten in Anspruch nehmen: die sogenannten »chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken«.

Als 1990 die legendäre Tagung »Die vergessene Mehrheit – chronisch Suchttranke« stattfand und in Folge das vielbeachtete und gleichnamige Buch von Günther Wienberg publiziert wurde, wurde endlich klar, dass bei allem positivem Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Suchtkrankenhilfe lediglich ein Bruchteil von möglichen Betroffenen zur Behandlung in eine Fachambulanz oder -klinik geht oder sich einer Selbsthilfegruppe anschließt. Es bleibt uns allen das berühmte Dreieck in Erinnerung, wo die Eisbergspitze den noch immer schmalen Versorgungsgrad beschreibt. Die Behandlung und Versorgung von Abhängigkeitskranken mit massiven psychischen, sozialen, materiellen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Folgeerkrankungen zeigt wie unter einem Vergrößerungsglas die Mängel und Entwicklungsnotwendigkeiten der Hilfen auf. Noch immer jedoch ist das sozialpsychiatrische Credo, Hilfen an diejenigen auszurichten, die ihrer am meisten bedürfen, nicht flächendeckend umgesetzt. Aber es ist dennoch viel geschehen in der Zwischenzeit. Nicht nur hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass frühzeitige Interventionen – insbesondere in der ärztlichen Praxis – einen verhängnisvollen Suchtkreislauf durchbrechen können, auch die Einrichtung einer Vielzahl sogenannter niedrigschwelliger Hilfen hat dazu beigetragen, dass chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken Zugänge zum Hilfesystem verschafft werden konnten. Das Überleben zu sichern ist die oberste Maxime, dann weitere schwere körperliche und seelische Folgeschäden zu minimieren, die völlige soziale Desintegration verhindern und dann überhaupt erst einmal eine Einsicht in die zugrunde liegende Suchterkrankung ermöglichen, mit der Verarbeitung von Rückfällen und dem möglichen Erreichen von weniger exzessiven Substanzkonsum-

phasen und vielleicht auch der Erreichung einer Abstinenz, im besten Fall sogar einer »zufriedenen«. Diese Prozesshierarchie anzunehmen ist auch für die Suchtkrankenhilfe nicht einfach gewesen und noch immer stehen viele Professionelle ihr mit Skepsis gegenüber. Bedeutet dieser Weg doch, dass er sehr hürdenreich ist, dass Veränderungen oft nur minimal wahrgenommen werden, dass die Sozialarbeit auf ihre Komm-Struktur verzichten muss und dass zudem immer die Gefahr besteht, den Prozess der Chronifizierung der Sucht sogar noch zu verfestigen, statt ihn zu aufzuhalten. Wir wissen, dass dies einen sogenannten »integrativen« Ansatz erfordert, eine Kooperation der unterschiedlichen Beteiligten am Geschehen und damit auch einen Verzicht auf das Wissens- und Heilungsmonopol. Personenzentrierte und institutionsübergreifende Hilfe erfordert zudem eine ständige Überprüfung der Erreichung von Behandlungs- und Betreuungszielen.

Schauen wir uns die Geschichte der Drogenhilfebewegung kurz an, um diesen Weg zu verstehen: In den letzten Jahren mehrten sich die Vierteljahrhundert-Jubiläen von Einrichtungen der Drogenhilfe. Das ist kein Zufall, denn es entwickelten sich zu Beginn der 70er-Jahre des vorherigen Jahrhunderts nicht nur neue Konsummuster bei psychoaktiven Substanzen, sondern auch neue Formen der psychosozialen Hilfen. Das Drogenproblem schreckte die Gesellschaft auf. Als Teil einer Jugend- und auch Protestkultur gehörte sowohl der Cannabisgebrauch zu diesen Mustern als auch das Experimentieren mit Opiaten. Diese Entwicklung ging einher mit der Idee, sich von gesellschaftlichen Zwängen zu lösen. Die Öffentlichkeit reagierte unsicher. Die Schlagzeilen waren geprägt von der Angst vor der »Rauschgiftwelle«, der Drogenkriminalität, den »Herointoten auf der Bahnhofstoilette«. Schon bald zeichnete sich ab, dass der Drogenkonsum immer weniger der Selbstverwirklichung als viel mehr der Flucht aus der Realität diene. Die damals vorherrschende Suchtkrankenhilfe war im Wesentlichen auf alkoholabhängige Menschen ausgerichtet. Die neuen Suchtmittel und die jugendlichen Konsumenten waren diesem Hilfesystem nicht vertraut. Deshalb ging mit der Entwicklung neuer Drogen auch die Schaffung von neuen Hilfeansätzen einher. Diese Projekte kamen oft aus der Jugendarbeit und auch aus der Selbsthilfe und waren geprägt von dem Wunsch, sich in Wohn- und Lebensprojekten nicht nur von der Drogenabhängigkeit zu befreien, sondern auch neue Lebensentwürfe zu erproben. Man wollte sich von der Bevormundung durch Ärzte und Psychiater lösen ebenso von therapeutischen Hierarchien. Diese Gegenentwürfe zu der damals vorherrschenden Unterbringung in der Psychiatrie, medikamentöser Behandlung und stupi-

den Beschäftigungsangeboten waren geprägt von der Idee der Selbsthilfe und der Emanzipation. Unterstützung fanden diese Ansätze bei Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern, die eine solche Arbeit mit »Randgruppen« nutzen wollten, um traditionelle Leitbilder der Hilfe zu überwinden. Dieser Bewegung folgte weitgehende Ernüchterung und Überforderung in dieser experimentellen Arbeit. Tatsächlich hatten die meisten Fixer nur geringe soziale Chancen, um über das Sozialgefüge einer Wohn- und Arbeitsgemeinschaft allein eine notwendige neue Lebensperspektive zu erhalten. Zunehmend begann der Prozess der Professionalisierung der Drogenhilfe, allerdings mit dem Schwerpunkt auf sozio- und psychotherapeutischen Elementen. Die Angebote therapeutischer Gemeinschaften verstanden sich zunehmend als Hilfen zur »Nachreifung« von jugendlichen Fixern mit der Vorstellung, sie wieder in die Übernahme von Verantwortung zu führen. Deshalb gründeten sich solche therapeutischen Gemeinschaften als Teil einer »Kette«, in der die Klienten vom »hilfebedürftigen Kleinkind« zum »eigenverantwortlichen Erwachsenen« begleitet werden sollten. Diese Einrichtungen waren aber auch stark von strikten Regelungen und Unterordnungsritualen geprägt. Mitte der 70er-Jahre schuf dann der Bund über ein Großmodell die Voraussetzungen zur Professionalisierung der Hilfe und Entstehung kooperativer regionaler Verbundsysteme. Die therapeutischen Behandlungseinrichtungen entwickelten allmählich strukturierte Programme und eine verbesserte Dokumentation ihrer Arbeit. Die Zielsetzungen wurden wirklichkeitsnäher, die Schaffung »idyllischer Freiräume« trat dahinter zurück. Viele Mitarbeiter der Drogenhilfe haben diese Entwicklung eher zähneknirschend mitgemacht.

Mitte der 80er-Jahre stand eine neue Herausforderung vor der Tür: hohe Abbruchquoten in der Behandlung, aber vor allem die Infektionsgefahr mit HIV und AIDS zwang die bis dahin weitgehend abstinenzorientierte Hilfe zum Umdenken. Die bisherige Abgrenzung gegenüber der Psychiatrie und Medizin wurde allmählich überwunden, die Substitutionsbehandlung zum neuen zusätzlichen Standbein der Hilfe. Niedrigschwellige und schadensminimierende Einrichtungen kamen hinzu, um das größer werdende öffentliche Drogenproblem angehen zu können.

Mittlerweile gibt es eine gute Kooperation zwischen den verschiedenen Ansätzen und Trägern von Hilfen, die das gesamte Spektrum von Suchtbegleitung bis Ausstiegshilfen anbieten. Ein Hilfesystem, was dieser Herausforderung gerecht werden will, muss die Verbindung zwischen ambulanter Suchtkrankenhilfe und sozialpsychiatrischer Grundversorgung sowie den Hilfen für allein stehende Wohnungslose suchen.

Das Suchtkrankenhilfesystem hat sich lange Zeit schwer getan damit, die Gruppe der Schwerstabhängigen – sei es von Alkohol oder von Opiaten – in ihr Versorgungsangebot einzuschließen. Zu schwierig schien sie erreichbar zu sein, zu problematisch in ihrem Umgang mit ihrer Lebenssituation, zu gering die Motivation zur Veränderung ihrer Lage – kurzum: eine Klientel, die man sich lieber vom Hals hält.

Es ist – auch wenn das im Suchthilfesystem nicht gern gehört wird – dem *psychiatrischen* Versorgungssystem zu verdanken, dass hier in den letzten Jahren Wege aufgezeigt wurden, das Problem nicht nur zu »entdecken«, sondern auch Wege zur Hilfe zu zeigen. Die Anfang der 90er-Jahre entwickelte »Zielhierarchie« der Hilfe – die die Überlebenshilfe ganz nach vorn setzte – ist heute nicht mehr aus dem Hilfesystem wegzudenken und hat sich sogar als eigener Zweig entwickelt. Dabei war das ethisch eigentlich Selbstverständliche weitgehend umstritten, denn es stellte das Abstinenzparadigma in der Behandlung Suchtkranker zwar nicht zur Disposition, wohl aber auf den Prüfstand der Realität.

Die umfassende gemeindenahere Versorgung chronischer Abhängigkeitskranker ist in ihren Zielsetzungen weit bescheidener, als eine »zufriedene Abstinenz« zu erreichen. Können bescheidene Erfolge – wie die Reduzierung von Trinkexzessen – ein aufwendiges System der Hilfe rechtfertigen? Mit der neuerdings geführten Debatte um Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit besteht zudem die Gefahr, dass diese Klientengruppe eine Zuschreibung erhält, sich eigentlich gar nicht helfen lassen zu wollen und das Finanzierungssystem an strukturelle Grenzen zu führen. Das Solidarprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung befindet sich vor einer substanziellen Herausforderung, die Versorgung chronisch Kranker weiterhin angemessen abzusichern.

Vor diesem Hintergrund war die unermüdliche Pionierarbeit in der psychiatrischen Suchtkrankenhilfe wichtig. Sie hat die Frage der qualifizierten Behandlung einschließlich des Entzugs nicht verkürzt auf traditionelle Königswege und gleichzeitig ein bedarfsorientiertes Behandlungsangebot für schwierige Suchtkranke entwickelt, was ambulante, tagesklinische, Akutversorgung und vollstationäres Setting integriert und auf den verloren geglaubten Potenzialen der Betroffenen basiert.

Die personenzentrierte Behandlung im gemeindepsychiatrischen Verbund ist zum Vorbild geworden auch für die qualitative Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe. Das Bundesgesundheitsministerium hat diese Entwicklung 1995 aufgegriffen mit dem Auflegen des Modellprogramms

»Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit«. Mit der Entwicklung eines personenzentrierten Case-Management sollte durch den »Hilfeschwengel« gefunden und das Leistungsspektrum der Hilfen auf individuelle Bedarfe ausgerichtet werden und zwar unter weitgehender Beteiligung der Klienten. Die Hilfeplanung sollte dabei einen strukturierten Gesamtprozess ermöglichen, um Abstimmungsprozesse zwischen den Beteiligten möglichst reibungslos zu gestalten.

Die Erfahrungen mit dem Modell zeigten, dass diese Form der Hilfe zukunftsweisend ist. Auch im Modellprojekt der heroingestützten Behandlung ist es einbezogen und wissenschaftlich ausgewertet worden. Damit kann wichtiges Element der personenzentrierten Hilfe weiterentwickelt werden.

Das Suchtkrankenhilfesystem soll jederzeit allen Suchtkranken Optionen für eine menschenwürdige Lebensführung anbieten. Das zentrale Ziel der Suchtkrankenhilfe ist es, den Betroffenen eine möglichst suchtmittel-abstinente und suchtverhaltensfreie Lebensweise bei bestmöglicher sozialer, familiärer und beruflicher Integration zu ermöglichen. Die Formulierung dieses grundlegenden Zieles schließt suchtbegleitende Ansätze und Betreuungsphasen nicht aus.

Die Optimierung der Behandlung hängt auch von der guten Kooperation und Koordination im Behandlungs- und Betreuungsverbund ab, einschließlich der Kooperation der Leistungsträger.

Insofern kann die Suchtkrankenhilfe von der Umsetzung der Weiterentwicklungen im Gesundheitswesen profitieren. Wir haben ein leistungsfähiges Gesundheitswesen in Deutschland; aber es gibt Fehl-, Über- und Unterversorgung. Das System ist zu teuer, teils wenig wirksam und zu wenig an den Erfordernissen der Patientinnen und Patienten orientiert. Zur Behebung dieser Defizite und zur Erschließung der Wirtschaftlichkeitsreserven können Kernelemente der Gesundheitsversorgung beitragen, die in den letzten Jahren angegangen wurden:

- eine bessere Gesundheitsprävention, eine höhere Behandlungsqualität und mehr Wahlmöglichkeiten.
- Schlechte und überflüssige Leistungen unterbleiben; die knappen Finanzmittel werden dorthin gelenkt, wo sie nötig sind.

Die Qualität der Versorgung soll besser werden, Patienten und Ärzte sollen Partner werden. Dieser Anspruch gilt auch für die Versorgung Suchtkranker. Hilfe im regionalen Verbund zu organisieren, ist eigentlich keine neue Idee. Sie aber effektiv umzusetzen, dazu bedarf es eines langen Atems.

In Deutschland gibt es seit Jahrzehnten Reformen des Gesundheitswesens und auch des Suchtkrankenhilfesystems. Die Bundesregierung und die Sozialleistungsträger haben in den letzten Jahren viele Maßnahmen ergriffen, um mehr Vernunft, Sparsamkeit und Wettbewerb in das System zu bringen.

Angesichts der Komplexität des Gesundheitswesens und der Vielfältigkeit der betroffenen Interessen ist dieser Prozess aber schwierig und von »Rückfällen« bedroht, wie wir das in der Suchtkrankenhilfe schon lange kennen.

Diese Tagung hat eine spannende Tagesordnung. Sie will Antworten geben in verzwickten Problemfeldern: Versorgung im Verbund, Frühintervention und Behandlung von Jugendlichen, integrierte Behandlung, Personenzentrierung, Wiedereingliederung in Arbeit und Beschäftigung, Sucht und Straffälligkeit, die Rolle der Selbsthilfe – fast in allen Themenstellungen sind Pulverfässer verborgen.

Ich wünsche der Tagung einen spannenden Verlauf, fruchtbare Diskussionen und werde wichtige Anregungen von Ihnen mitnehmen.

A Versorgungsprobleme und innovative Lösungsstrategien

Was wirkt wirklich? - Interventionsziele und Strategien bei Suchterkrankungen am Beispiel der Alkoholabhängigkeit

Andreas Heinz, Anne Beck, Hannah Heimann

Suchterkrankungen werden klassifiziert anhand der Frage, ob ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit vorliegt, zu deren Kernsyndrom das Auftreten von Entzugssymptomatik beim plötzlichen Absetzen der Substanz zählt. Die personenzentrierte Behandlung der Suchterkrankungen soll im Folgenden am Beispiel der Alkoholabhängigkeit ausgeführt werden. Richtungsweisendes Symptom einer Abhängigkeitserkrankung sind neben der Entzugssymptomatik die Entwicklung einer zunehmenden Toleranz gegenüber den akuten Substanzwirkungen, welche dem Auftreten der Entzugssymptomatik vorhergehen kann. Denn dann adaptiert sich das Gehirn an den zunehmenden Substanzmittelkonsum im Sinne einer Gegenregulation, sodass beispielsweise Alkohol weniger sedierende Wirkungen aufweist. Das damit verschobene Gleichgewicht gerät aber aus der Kontrolle, wenn plötzlich die sedierenden Wirkungen des Alkohols wegfallen. Dann gibt es eine Art Übererregung, die zur Entzugssymptomatik führen kann. Weitere richtungsweisende Symptome sind das starke Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren sowie die verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch und die Einengung auf den Substanzgebrauch (nach ICD-10, DILLING et al. 1991).

Ein weiteres Kriterium der Abhängigkeitserkrankung ist der anhaltende Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen. Von diesen genannten Symptomen müssen drei oder mehr vorliegen, um eine Abhängigkeitserkrankung diagnostizieren zu können. Liegt ein eindeutig schädlicher Gebrauch vor, beispielsweise im Sinne körperlicher Folgewirkungen, ohne dass eine Abhängigkeitserkrankung diagnostiziert werden kann, gilt dieser schädliche Gebrauch als eigenständige Diagnose. Insgesamt ist bekannt, dass die Zahl der riskant bzw. schädlich konsumierenden Menschen immer deutlich höher ausgeprägt ist, als jene derer, die tatsächlich an einer Abhängigkeitserkrankung leiden. Die Zahl der an Alkoholabhängigkeit erkrankten Menschen in der Bundesrepublik Deutschland liegt bei ca. 2 Millionen (WIENBERG 2002).

Hierarchie der Therapieziele und entsprechende therapeutische Settings

Bei Suchterkrankungen gibt es eine Hierarchie der Therapieziele, die von Sicherung des Überlebens und der Vermeidung von schädlichen Auswirkungen beispielsweise durch Gebrauch infizierter Nadeln über die Förderung der Motivation zur Veränderung des Konsums bis hin zum dauerhaft erfolgreichen Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung reichen (MANN 2002) (Abbildung 1).

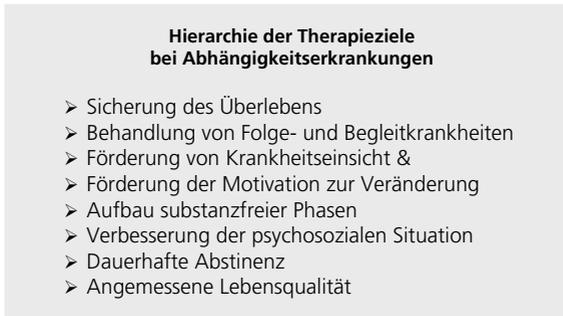


Abb. 1: Hierarchie der Therapieziele bei Abhängigkeitserkrankungen

Gerade bei schädlichem Gebrauch ohne Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung hat beispielsweise die Metaanalyse von WALTERS (2000) gezeigt, dass verhaltenstherapeutische Selbstkontrolltrainings erfolgreich sind und zu einer längerfristigen Reduktion des Alkoholkonsums führen können. Möglicherweise können sie auch bei Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit selbst zur Schadensreduktion beitragen. Ähnlich positiv sieht die Evidenz für den Einsatz autodidaktischer Selbsthilfemanuale aus, nach APODACA und MILLER (2003) ist auch hier eine Wirksamkeit im Sinne der Konsumreduktion belegt mit weitgehend zeitstabilen Effekten und einer sehr guten Kosten-Nutzen-Relation. Bezüglich der Frage des reduzierten Trinkens bei Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit ist in den letzten Jahren eine kontrovers geführte Debatte ausgefochten worden. Bereits ältere Studien (FEUERLEIN und KÜFNER 1989; GUAL et al. 1999; SHAW et al. 1998) zeigten, dass ein kleiner Prozentsatz der Alkoholabhängigen über einen begrenzten Untersuchungszeitraum hinweg reduziert Alkohol konsumiert. Diese Zahl liegt meist bei ca. 10 %, allerdings befindet sich in der Regel etwa ein Drittel auf dem Weg in den Rückfall, ein Drittel auf dem Weg in die Abstinenz und

ein weiteres Drittel schafft es tatsächlich, über einen längeren Zeitraum reduziert Alkohol zu konsumieren. Reduzierter Konsum ist also durchaus eine Perspektive für einen kleinen Teil der alkoholabhängigen Patienten, der bei ca. 3 % aller alkoholabhängigen Patienten liegen könnte. Die Mehrzahl der alkoholabhängigen Patienten sollte jedoch weiterhin Abstinenz anstreben, da beispielsweise in der Studie von VAILLANT (1996) mit einem sehr langen Beobachtungszeitraum gezeigt wurde, dass 80 % aller abstinenten Trinker über weitere 15 Jahre abstinent bleiben konnten, während das nur bei einem Drittel aller (vermeintlich) kontrolliert Alkohol konsumierenden Patienten der Fall war; weitere 14 % von ihnen schafften es, zur Abstinenz überzugehen, 32 % zeigten schwere Rückfälle.

Wenn man sich also für eine abstinenzorienteerte Therapie entscheidet, was bei der großen Mehrzahl der Alkoholabhängigen ratsam ist, stellen sich Fragen nach der Wahl des Settings, beispielsweise im Sinne der ambulanten oder stationären Entgiftung. Die ambulante Entgiftung setzt in der Regel die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, die Bereitschaft zur Abstinenz und Einhaltung des Therapieplans sowie unterstützende Bezugspersonen im häuslichen bzw. näheren sozialen Umfeld voraus. Stationäre Aufnahme wird empfohlen bei beginnendem Delir und bekannten Entzugskrampfanfällen in der Vorgeschichte, bei entsprechend starker Alkoholintoxikation, bei persistierenden Alkoholentzugssymptomen, Begleiterkrankungen, Komplikationen wie der Wernicke-Enzephalopathie oder beim zusätzlichen Gebrauch von anderen psychotropen Substanzen, bei Suizidgefährdung und natürlich bei entsprechendem Wunsch des Patienten (MANN et al. 2009).

Kurzinterventionen und Qualifizierter Entzug

Bezüglich der traditionellen körperlichen Entgiftung, die in somatischen Stationen in der Regel in drei bis fünf Tage durchgeführt wird, zeigt eine Follow-up-Untersuchung von WIESER und KUNAD (1965), dass nach acht Jahren 5 % aller Patienten abstinent lebten, 40 % aber an der Erkrankung verstorben waren. Es empfiehlt sich also dringend, immer wieder weitergehende therapeutische Interventionen anzubieten.

Dabei muss man sich darüber im Klaren sein, dass der Anteil der alkoholabhängigen Menschen in verschiedenen Einrichtungen unterschiedlich ausgeprägt ist. So befindet sich nur ein kleiner Teil (unter 3 %) in Fachkliniken zur rehabilitativen Behandlung, auch in psychiatrischen Fachkliniken wird nur ein kleiner Teil der Patienten behandelt, die große Mehrzahl findet

sich bei niedergelassenen Ärzten oder in Allgemeinkrankenhäusern, sodass Interventionsprogramme hier ansetzen müssten. Eine sehr gut evaluierte Interventionsform ist die Kurzintervention im Sinne der »Brief Intervention«, welche in der Regel eine ärztliche Aufklärung über körperliche Schäden und Folgen des Substanzkonsums beinhaltet sowie als ganz entscheidendes Element einen mehrfachen Nachkontakt, beispielsweise ein bis zwei Mal durch eine Krankenschwester, eine Arzthelferin oder den Arzt oder die Ärztin selbst. Mit dieser Intervention steigen die Chancen der Überweisung eines Patienten beispielsweise von einer allgemeinchirurgischen Station in weiterführende Behandlung von 5 % auf bis zu 65 % (CHAFETS 1961; BIEN et al. 1993) und es konnte in einer Cochrane-Analyse von KANER et al. (2008) ein deutlich reduzierter Alkoholkonsum bei Männern nachgewiesen werden. Allerdings zeigten Frauen keine entsprechend deutlichen Wirkungen bei Anwendung dieser Interventionsform. Die Kurzinterventionen beinhalten im Wesentlichen ein an der Gesprächsführung orientiertes Vorgehen mit Empathie, Wertschätzung und Stärken des Selbstvertrauens des Betroffenen als zentrale Elemente. Hinzu kommt jedoch – anders als bei der traditionellen Gesprächsführung – ein klarer Ratschlag zur Veränderung sowie die Notwendigkeit, dem Patienten mehrere Handlungsalternativen anbieten zu können.

Ein zentrales Element der Behandlung der Alkoholabhängigkeit ist die qualifizierte Entzugsbehandlung, wie sie auf psychiatrischen/psychotherapeutischen Stationen sowie gelegentlich auch auf anderen Fachstationen durchgeführt wird. Diese geht über eine rein körperliche Entgiftung hinaus und klärt den Patienten über die Ursachen seiner Erkrankung auf, arbeitet an einem gemeinsamen Krankheitsverständnis im Sinne der Psychoedukation, motiviert für weitere Behandlungen und identifiziert für den Rückfall besonders gefährliche Situationen und Trinkanlässe, um die Selbststeuerung des Patienten zu steigern. Ein entscheidendes Element aller qualifizierten Entzugsbehandlungen ist die Weitervermittlung in eine Behandlungskette, die als ganz wesentliche Elemente Selbsthilfegruppen und eine weitergehende Beratung, beispielsweise im Rahmen einer Beratungsstelle, beinhaltet. Angehörigenarbeit und Behandlung der psychiatrischen Komorbidität wird als wesentlich angesehen. Nach Untersuchungen in Deutschland sind die Ergebnisse nach qualifiziertem Entzug in verschiedenen Settings gut, die erreichten Abstinenzraten lagen meist bei über 50 %. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass ein Teil der Patienten bei den Follow-up-Untersuchungen nicht teilnahm; aber selbst wenn man diese Fälle generell als

Rückfall wertet, liegen die Abstinenzraten im Laufe eines halben Jahres bis eines Jahres meist bei ca. 36–46 % (MANN 2002).

Ambulante und stationäre Rehabilitation

Entscheidendes Element der Behandlung der Alkoholabhängigkeit ist die Weitervermittlung in eine längerfristige Behandlungsperspektive, welche personenzentriert an den individuellen Bedürfnissen des Patienten ausgerichtet sein sollte. Dazu gehören gemeindenahere Angebote von Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Allgemeinärzten und Psychotherapeuten. Gerade besonders schwer erkrankte Patienten bedürfen einer längerfristigen, intensiven Rehabilitation, die ambulant oder stationär erfolgen kann. Durch die unterschiedliche Kostenträgerschaft bei akutem Alkoholentzug und bei Rehabilitation ergeben sich allerdings häufig erhebliche Schnittstellenprobleme beim Übergang von einer Institution in die nächste, sodass eine Personenzentrierung nicht zustande kommt und institutionelle Rahmenbedingungen die Behandlung erschweren. Auf diesen Punkt wird im Vortrag von Wienberg näher eingegangen.

Schafft es ein Patient, einen Platz in einer Entwöhnungsbehandlung zu erhalten, welche heute zunehmend auch im ambulanten Setting angeboten wird, liegen die Abstinenzraten nach Studien in stationären Settings im Verlauf von sechs Monaten bis zu einem Jahr in der Regel zwischen 60 und 68 % (KÜFNER & FEUERLEIN 1989; MANN und BATRA 1993; MANN et al. 1995; ZEMLIN et al. 1999).

Schlussfolgerungen zur personenbezogenen Entgiftung und Rehabilitation

Aus den genannten Ergebnissen ergibt sich die Forderung, den qualifizierten Entzug als Standardverfahren anstelle einer rein somatischen Entgiftung flächendeckend anzubieten. Die Dauer ist in der Regel drei bis sechs Wochen, häufig jedoch kürzer. Die Abstinenzraten sind etwas geringer als bei der Langzeitbehandlung, könnten aber im Sinne der Versorgungsdichte wesentlich mehr Menschen erreichen, als die Kapazität der Rehabilitationseinrichtungen zulässt. Hinzu kommt, dass im Sinne der personenzentrierten und gemeindenahen Versorgungen immer größeres Gewicht auf alltagsnahe Rehabilitation gelegt wird, sodass sich die ambulante Rehabilitation vor Ort zunehmend als Therapie der Wahl anbietet.

Spezialisierte Psychotherapie und additive Pharmakotherapie

Häufig bestehen Angststörungen und Depressionen zusätzlich zur Abhängigkeitserkrankung. Insbesondere bei Vorliegen solcher Komorbiditäten ist eine gezielte Psychotherapie durch niedergelassene Ärzte oder Psychologen sinnvoll. Project MATCH als sehr große Psychotherapiestudie fand hier im Vergleich einer kognitiv-behavioralen Therapie gegenüber dem »Zwölf-Stufenprogramm« der Anonymen Alkoholiker (AA) und einer Psychotherapie basierend auf motivationaler Gesprächsführung (MET) keine signifikanten Unterschiede; im 3-Jahres-Follow-up fanden sich in allen behandelten Gruppen etwa 30 % abstinenten Patienten, wobei sich im Behandlungsverlauf eine Zunahme der abstinenten Tage sowohl bei den Patienten nachweisen ließ, welche die Abstinenz grundsätzlich durchhalten konnten, als auch bei denen, die häufiger unter Rückfällen litten (Project MATCH, 1998).

Neuere neurobiologische Untersuchungen ergeben zudem Hinweise darauf, dass der Gebrauch von Medikamenten zur Behandlung suchtspezifischer neuronaler Veränderungen im Gehirn als additive Therapie, d. h. zusätzlich zur Vermittlung beispielsweise in eine längerfristige Beratung und in eine Selbsthilfegruppe eingesetzt werden kann. So zeigte sich beispielsweise in Folge der sedierenden, GABAergen (valiumartigen) Wirkungen des Alkoholkonsums eine gegenregulatorische Verminderung der Andockstellen für diese Alkoholwirkung, d. h. der GABA_A-Rezeptoren sowie eine Hochregulierung des erregenden (exitatorischen) glutamatergen Systems (ABI DARGHAM et al. 1998). Diese Dysregulation wird möglicherweise durch das Medikament Acamprosat ausgeglichen, welches NMDA-Rezeptoren moduliert und in Deutschland zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit im Sinne der Unterstützung einer abstinenzorientierten Therapie zugelassen ist (HEINZ und BATRA 2003).

Weitere Veränderungen finden sich im sogenannten opioidergen System, denn Alkohol stimuliert die Freisetzung körpereigener Opiate (Endorphine). Bei Alkoholabhängigen findet sich zusätzlich eine Erhöhung der Andockstellen (Rezeptoren) für diese Opiate (HEINZ et al. 2005). Gegen diese Hochregulation der Opiatrezeptoren wirkt offenbar die Gabe des Medikaments Naltrexon, das Opiat-Rezeptoren blockiert und in den USA, nicht aber in Deutschland, zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit zugelassen ist.

Acamprosat wie Naltrexon erreichen eine Wirkung im Sinne der »Number needed to treat« (NNT) von etwa 10, d. h. dass bei Placebobehandlung die Abstinenzraten meistens nur bei 10 % aller Patienten liegen, d. h. dass

etwa zehn Patienten behandelt werden müssen, damit im Durchschnitt ein Patient deutlich profitiert. Solche Zahlen lassen sich aus klinischen Studien folgern, in denen z. B. 20 % aller Patienten bei Behandlung mit Naltrexon oder Acamprosat abstinent blieben, während dies unter Placebo nur bei 10 % der Fall war (KIEFER et al. 2003; SPANAGEL & KIEFER 2008). Diese relativ niedrig erscheinende Erfolgsrate mag der Grund dafür sein, dass die Medikamente in Deutschland kaum zum Einsatz kommen. Es sei an dieser Stelle aber ganz ausdrücklich daran erinnert, dass die Antidepressiva in einem ähnlichen Wirkungsbereich liegen und viel breiter eingesetzt werden. Hier spielt möglicherweise immer noch das Stigma der Abhängigkeitserkrankungen eine Rolle, bei dem den Patienten eine hilfreiche Medikation deshalb nicht gegeben wird, weil sie vermeintlich selbst an ihrer Erkrankung schuld sind. Dieses ist aber ein veralteter Ansatz und Untersuchungen auch im Bereich des Einsatzes dieser Medikamente zeigen, dass mit ihnen die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und weiterführenden Therapien zu- und nicht etwa abnimmt, sie also tatsächlich im Sinne einer Unterstützung der Behandlung der Suchterkrankungen sinnvoll sind (AWMF 2006).

Spezialprogramme für mehrfach geschädigte Patienten

Besondere Aufmerksamkeit verdienen alkoholabhängige Patienten mit multiplen Einschränkungen. Hier wurden verschiedene Präventionsmöglichkeiten wie der »Community Reinforcement Approach« oder das sogenannte ALITA-Programm entwickelt. Diese beinhalten in der Regel eine persönliche Anbindung und einen sehr verlässlichen und vertrauensvollen Kontakt zwischen Patient und Therapeut, ggf. unterstützt durch Medikamente wie im ALITA-Programm (EHRENREICH und KRAMPE 2003). Auch hier ist im Sinne der Personenzentrierung der Suchthilfe zu gewährleisten, dass sich die einzelnen Behandlungsbausteine auf die speziellen Bedürfnisse des Patienten ausrichten und nicht umgekehrt voneinander isoliert arbeitende Institutionen geschaffen werden, die nicht grundsätzlich auf eine solche Individualisierung und Spezifizierung der Hilfe ausgerichtet sind.

Zusammenfassung

Abschließend und zusammenfassend lässt sich sagen, dass mit den vorgestellten Interventionsmöglichkeiten Instrumente und therapeutische Techniken vorliegen, welche die große Mehrzahl der schädlich konsumierenden und ab-

hängigen Menschen in Deutschland erreichen könnten. Große Versorgungslücken bestehen aber nach wie vor im Bereich der Allgemeinkrankenhäuser und der Allgemeinmedizin; gerade hier wäre mit den Kurzinterventionen ein ganz entscheidendes Instrument gegeben, Patienten zum Einstieg in die weiterführende Behandlung zu motivieren. Das gilt auch und insbesondere für Menschen mit Migrationshintergrund, die zusätzlich häufig durch Unterschiede im Krankheitsverständnis (den sogenannten »Erklärungsmodellen« einer Krankheit) zwischen Therapeuten und Migranten demotiviert werden, sich einer weiterführenden Behandlung zuzuwenden.

Ist der Kontakt zur therapeutischen Einrichtung hergestellt, ergeben sich verschiedenste Möglichkeiten der ambulanten und stationären Behandlung, zu denen als wirksames Instrument der qualifizierte Entzug gehört, welcher flächendeckend die reine Entzugsbehandlung ersetzen sollte, da wiederholter Entzug im Tiermodell ohne weiterführende Behandlung einer der Mechanismen ist, über den eine Abhängigkeit verstärkt und nicht bewältigt wird (SPANAGEL 2000). Trifft also ein Patient mit Abhängigkeitserkrankungen auf eine medizinische Einrichtung, ist diese ethisch gehalten, ihm einen Weg aus der Erkrankung aufzuzeigen und dem körperlichen Entzug mit einer weiterführenden Therapieoption zu verbinden, damit die Maßnahme tatsächlich zum Erfolg führt und nicht nur ein weiteres Lebensereignis darstellt, welches für den betroffenen Menschen frustrierend ausgeht und für sein Gehirn als biologisch vulnerables Organ nachteilig ist. Insbesondere die Trennung der Kostenträgerschaft zwischen akuter Entgiftung und Rehabilitation verhindert häufig eine personenzentrierte, konsequente Planung der Suchtbehandlung, mit hohen Kosten für die Betroffenen und die Gesellschaft.

Literatur

- ABI-DARGHAM, A./KRISTAL, J.H./ANJILVEL, S./SCANLEY, B.E./ZOGHBI, S./BALDWIN, R.M./ RAJEEVAN, N./ELLIS, S./PETRAKIS, I.L./SEIBYL, J.P./CHARNEY, D.S./LARUELLE, M./INNIS, R.B. (1998): Alterations of benzodiazepine receptors in type II alcoholic subjects measured with SPECT and [¹²³I]iomazenil. *Am J Psychiatry*. 155 (11): 1550–5.
- APODACA, T.R./MILLER, W.R. (2003): Meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 289–304.
- AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2006): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): Leitlinien für Diagnostik und Therapie – Suchtforschung und Suchttherapie – Postakutbehandlung alkohol-

- bezogener Störungen (AWMF Reg.-Nr. 076/008; akt. Stand 05/2006; gültig bis 05/2011).
- BIEN, T.H./MILLER, W.R./TONIGAN, J.S. (1993): Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. 88 (3): 315–35.
- CHAFETZ, M.E. (1961): A procedure for establishing therapeutic contact with the alcoholic. *Q J Stud Alcohol*. 22: 325–8.
- DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M.H. (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- EHRENREICH, H./KRAMPE, H (2003): Über den sozialpolitischen Umgang mit innovativen ambulanten Therapiekonzepten am Beispiel von ALITA. *Z Allgemeinmed*. 79: 613–617.
- FEUERLEIN, W./KÜFNER, H. (1989): A prospective multicentre study of in-patient treatment for alcoholics: 18- and 48-month follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*. 239 (3): 144–57.
- GUAL, A./LLIGOÑA, A./COLOM, J. (1999): Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. *Alcohol Alcohol*. 34 (2): 183–92.
- HEINZ, A./BATRA, A. (2003): Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. Kohlhammer, Stuttgart.
- HEINZ, A./REIMOLD, M./WRASE, J./HERMANN, D./CROISSANT, B./MUNDLE, G./DOHMEN, B.M./BRAUS, D.F./SCHUMANN, G./MACHULA, H.J./BARES, R./MANN, K. (2005): Correlation of stable elevations in striatal mu-opioid receptor availability in detoxified alcoholic patients with alcohol craving: a positron emission tomography study using carbon 11-labeled carfentanil. *Arch Gen Psychiatry*. 62 (1): 57–64.
- KANER, E.F./DICKINSON, H.O./BEYER, F.R./CAMPBELL, F./SCHLESINGER, C./HEATHER, N./SAUNDERS J./BURNAND, B./PIENAAR, E. (2008): Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. (2): CD004148.
- KIEFER, F./JAHN, H./TARNASKE, T./HELWIG, H./BRIKEN, P./HOLZBACH, R./KÄMPF, P./STRACKE, R./BAEHR, M./NABER, D./WIEDEMANN, K. (2003): Comparing and combining naltrexone and acamprostate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 60 (1): 92–9.
- MANN, K./BATRA, A. (1993): Die gemeindenahere Versorgung von Alkoholabhängigen. *Psychiatrische Praxis* 1993; 20: 102–105.
- MANN, K./STETTER, F./GÜNTNER, A./BUCHKREMER, G. (1995): Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. *Dtsch Arztebl* 92: 2217–2221 [Heft].
- MANN, KF (2002): Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. *Deutsches Ärzteblatt* 99 (10): A632-644.
- MANN, K./DIEHL, H./HEIN, J./HEINZ, A. (2009): Alkoholabhängigkeit (ICD-10F1). In: *Therapie psychischer Erkrankungen – State of the Art*. VODEROLZER U & HOHAGEN F (Ed.). pp 23–38. Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, München.

- Project MATCH (1998): Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res.* 22 (6): 1300–11.
- SHAW, G.K./WALLER, S./LATHAM, C.J./DUNN, G./THOMSON, A.D. (1998): The detoxification experience of alcoholic in-patients and predictors of outcome. *Alcohol Alcohol.* 33 (3): 291–303.
- SPANAGEL, R. (2000): Recent animal models of alcoholism. *Alcohol Res Health.* 24 (2): 124–31.
- SPANAGEL, R./KIEFER, F. (2008): Drugs for relapse prevention of alcoholism: ten years of progress. *Trends Pharmacol Sci.* 29 (3): 109–15.
- VAILLANT, G.E. (1996): A long-term follow-up of male alcohol abuse. *Arch Gen Psychiatry.* 53 (3): 243–9.
- WALTERS, G.D. (2000): Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behav Ther* 31: 135–149.
- WIENBERG, G. (2002): Versorgungsstrukturen von Menschen mit Alkoholproblemen in Deutschland – eine Analyse aus Public Health Perspektive, in Versorgungsstrukturen von Menschen mit Alkoholproblemen in Deutschland – eine Analyse aus Public Health Perspektive, Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen (MANN K. ed), pp 17–45. Pabst, Lengerich, Berlin, Riga, Rom, Wien. Zagreb.
- WIESER, S./KUNAD, E. (1965): Katamnestische Studien beim chronischen Alkoholismus und zur Frage von Sozialprozessen bei Alkoholikern. *Nervenarzt* 1965; 36: 477–483.
- ZEMLIN, U./HERDER, F./DORNBUSCH, P. (1999): Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? – Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. *Sucht aktuell* 2: 16–32.

Was könnte wirklich weiterführen? - Probleme und innovative Lösungsstrategien in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen

Günther Wienberg

Die deutsche Suchthilfe hat sich in den vergangenen 30 Jahren erheblich gewandelt. Angesichts der damals oft trostlosen Versorgungssituation von Menschen mit Alkoholproblemen ist seither eine Vielzahl von Verbesserungen zu verzeichnen.

Beispielhaft seien genannt:

- Die erhebliche Qualifizierung und Ausdifferenzierung der psychiatrischen Behandlungsangebote bis hin zur qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung.
- Die verbesserten psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten.
- Die Qualifizierung, Differenzierung und zunehmende Gemeindenähe der medizinischen Rehabilitation, die heute auch ambulante und tagesklinische Angebote einschließt.
- Die deutliche Verbesserung der Behandlung und insbesondere der Hilfen zur sozialen Teilhabe für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke.

Im Zuge dieser und anderer Entwicklungen hat die Zahl spezialisierter Dienste und Einrichtungen, die sich mit Alkoholproblemen und ihren Folgen befassen, deutlich zugenommen.

Das qualitative und quantitative Wachstum ist die eine Seite. Auf der anderen Seite haben sich die Grundstrukturen und Kernprozesse der Versorgung in den letzten Jahrzehnten kaum verändert, und es gibt strukturelle Probleme, die sich mit der Spezialisierung der Angebote und der Vervielfachung der beteiligten Akteure eher verschärft haben. Haben wir es bei der Dynamik der Suchthilfe in Deutschland also mit einem Fall von »Verschlimmbesserung« zu tun?

Ausgehend von einer Analyse der wichtigsten Strukturdefizite im Hilfesystem für Menschen mit Alkoholproblemen werden in diesem Beitrag Voraussetzungen und Perspektiven für eine personenorientierte Neuausrichtung des Hilfesystems skizziert.

Strukturelle und fachliche Defizite in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen und ein Anforderungskatalog für eine bedarfsgerechte Versorgung

Fast 35 Jahre nach Vorlage der Psychiatrie-Enquete und gut 20 Jahre nach den »Empfehlungen der Expertenkommission« ist die bundesdeutsche Suchthilfe immer noch geprägt von erheblichen strukturellen und fachlichen Defiziten.

Die wichtigsten Defizite sind:

- **Selektive Wahrnehmung statt Public-Health-Perspektive**
Jede Institution, jede Profession sieht und adressiert nur ihren Ausschnitt des Problems, die Gesamtpopulation der Personen mit Alkoholproblemen ist nirgendwo im Blick. Insbesondere wird zu wenig berücksichtigt, dass es innerhalb dieser Population unterschiedliche Zielgruppen mit unterschiedlichen Hilfebedarfen, unterschiedlichen Hilfezielen und damit unterschiedlichen Anforderungen an das Hilfesystem gibt.

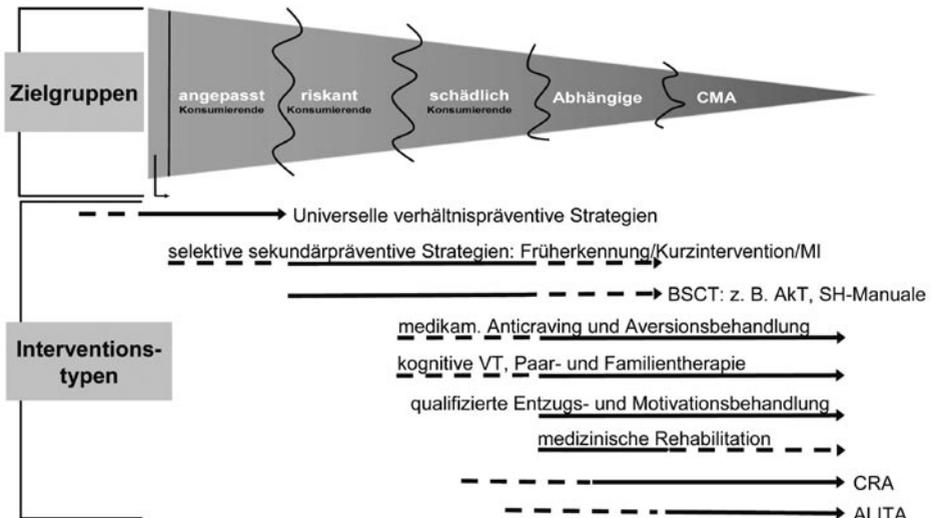


Abb. 1: Zielgruppen und Interventionstypen

Der Schweregrad von Alkoholproblemen und deren Folgestörungen sind in der Population grundsätzlich kontinuierlich verteilt. Das heißt auch, dass die Grenzen zwischen verschiedenen Teilgruppen nicht trennscharf zu ziehen sind und letztlich auf Konventionen der Fachwelt beruhen. Public-Health-basierte Strategien der Versorgung müssen das ganze Spektrum der Zielgruppen in den Blick nehmen und nicht nur diejenigen, die ohnehin entsprechende Fachdienste in Anspruch nehmen (population in need vs. population in contact). Dabei sollten insbesondere jene Gruppen fokussiert werden, für die (präventiv) wirksame und kosteneffektive Interventionen zur Verfügung stehen.

■ Fragmentierung statt Integration

Das Hilfesystem agiert weitgehend »versäult«, die Teilsysteme der Versorgung sind unzureichend vernetzt, Dienste und Einrichtungen sind hoch spezialisiert und agieren überwiegend angebotsorientiert. Es ist unzureichend definiert, welche Hilfsfunktionen in Bezug auf das Alkoholproblem in welchem Teil des Hilfesystems von welchen Diensten und Einrichtungen zu erbringen sind. Insbesondere fehlt es an stabilen Brücken an den Übergängen innerhalb und zwischen den Teilsystemen. So stellen sich diese Übergänge statt als Nahtstellen eher als Schnittstellen dar, an denen viele Betroffene schlicht verloren gehen (s. Abb. 2).

■ Zufall/Chaos statt Steuerung

Es bleibt oft dem Zufall überlassen, welche Personen mit welcher Art von Alkoholproblemen wo, von wem und mit welchen Mitteln behandelt werden. Das gilt für die Hilfe im Einzelfall ebenso wie für die Allokation von Ressourcen auf Systemebene. Für Betroffene ist das System vielfach undurchlässig und intransparent, die Schwelle zu speziell qualifizierten Hilfen ist hoch. So erhalten viele Betroffene solche Hilfen zu spät oder nie. Ein erheblicher Anteil von chronisch Abhängigkeitskranken (CMA) hat nie qualifizierte psychosoziale oder psychiatrische Suchtbehandlung in Anspruch genommen. Mehr als 20 000 Jugendliche werden jährlich in Allgemeinkrankenhäusern ausgenüchtert, ohne dabei ein qualifiziertes Beratungsangebot zu erhalten. Zehntausende Häftlinge in Justizvollzugsanstalten haben ein Suchtproblem, das dort nicht angegangen wird. Hunderttausende Erwachsene mit mehr oder weniger schweren Alkoholproblemen werden jährlich von niedergelassenen Ärzten und in Allgemeinkrankenhäusern behandelt, ohne dass das Alkoholproblem identifiziert oder qualifiziert thematisiert wird. Die Folge sind enorme strukturbedingte persönliche, soziale und materielle Kosten (s. Abb. 3).

Was könnte wirklich weiterführen? – Probleme und innovative Lösungsstrategien in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen

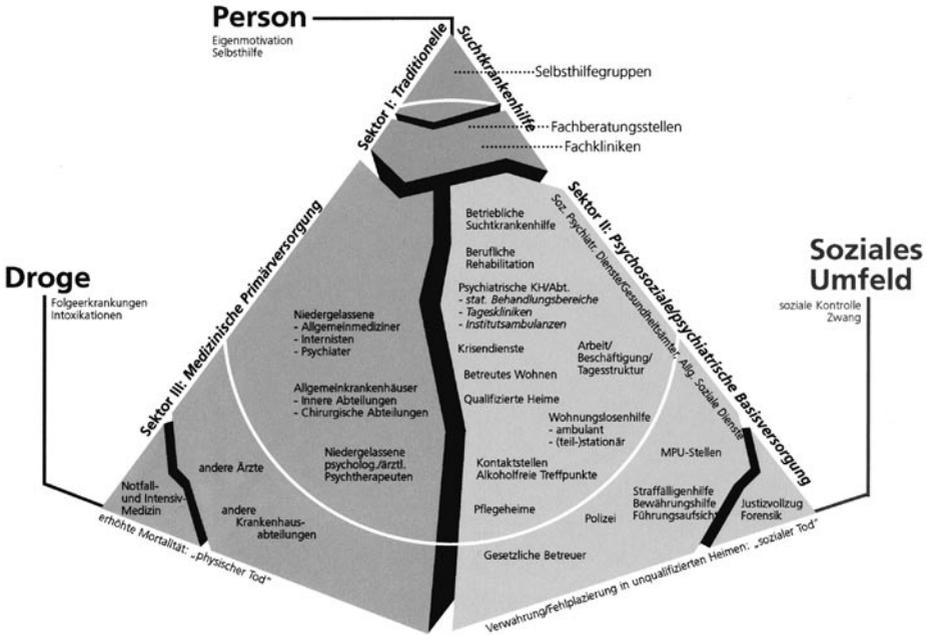


Abb. 2: Das Hilfesystem für Menschen mit Alkoholproblemen (Wienberg 1990 ff.)

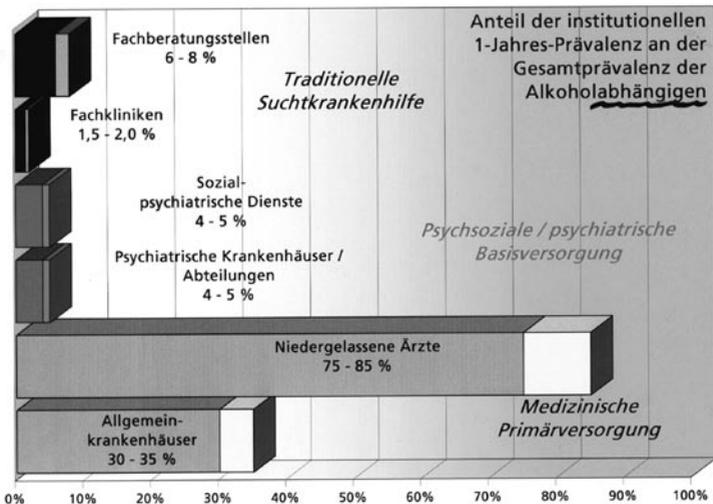


Abb. 3: Anteil der institutionellen 1-Jahres-Prävalenz an der Gesamtprävalenz der Alkoholabhängigen (Wienberg 2001 b)

- **Institutions- statt Personenorientierung**

Das Hilfesystem ist geprägt von institutionellen Eigendynamiken und sozialrechtlichen Vorgaben. Patienten/Klienten nehmen – nacheinander oder sogar gleichzeitig – verschiedene Maßnahmen in Anspruch, die in der Regel von unterschiedlichen Leistungsträgern finanziert werden. Eine personenbezogene Perspektive über die Zeit und über die Einzelmaßnahmen hinweg fehlt. Insbesondere fehlen sektoren- und maßnahmenübergreifende, integrierte Bedarfsermittlung, Hilfeplanung und Case-Management. So ist das System unflexibel und starr, es »reagiert« auf komplexe Problemlagen mit einer bloßen Addition unverbundener Einzelmaßnahmen. Vorherrschend sind Diskontinuitäten und Abbrüche im Hilfeprozess.

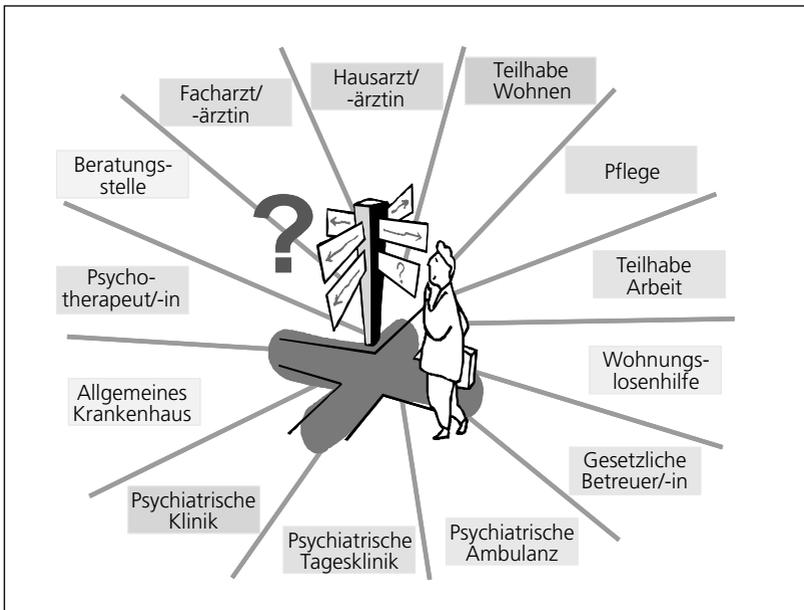


Abb. 4: Der Patient/Klient im Dschungel des Hilfesystems

- **Eklektizismus statt Evidenzbasierung**

Die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen ist insgesamt zuwenig evidenzbasiert. Viele Interventionen sind lediglich »eklektisch« begründet, d. h., es werden die Methoden übernommen, die die jeweilige

professionelle Sozialisation hergibt, die institutionell tradiert sind, die finanziert werden und sich eben »bewährt« haben. Das bedeutet nicht von vornherein, dass sie sämtlich unwirksam sind. Doch es dauert viel zu lange, bis innovative, nachgewiesene wirksame und kosteneffiziente Interventionen von der Fachöffentlichkeit aufgenommen, von Leistungsträgern honoriert und schließlich implementiert werden. Dies gilt z. B. für Strategien der Früherkennung und Kurzintervention bei riskant oder schädlich Konsumierenden oder Strategien zur Behandlung von Menschen mit schweren/komplexen Formen der Abhängigkeit (siehe dazu den unteren Teil von Abbildung 1; vgl. auch Heinz, in diesem Band).

Zusammen genommen machen diese strukturbedingte Defizite das Hilfesystem in einem unverträglich hohen Maß ineffizient, ineffektiv und teuer. Das damit verbundene individuelle und soziale Leid ist kaum abschätzbar. Es handelt sich dabei nicht um eine genuine Besonderheit des Suchthilfesystems, sondern die genannten Probleme finden sich auch in anderen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens. Die Probleme können und müssen jedoch im Suchthilfesystem selbst angegangen werden, Patentlösungen »von oben« oder »von außen« wird es nicht geben.

Aus den o. g. Defiziten lässt sich ein Anforderungskatalog für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen ableiten: Diese ist dann bedarfsgerecht, wenn sie Interventionen zur Verfügung stellt, die

- das gesamte Spektrum von Alkoholproblemen und die entsprechenden Zielgruppen abdecken,
- leicht erreichbar, transparent und untereinander durchlässig sind,
- flexibel und zeitnah im Lebensfeld erbracht werden,
- personenorientiert, d. h. individuell passgenau geplant und umgesetzt werden,
- wirksam, d. h. effektiv und effizient sind,
- im Quer- und Längsschnitt aufeinander abgestimmt und verknüpft = integriert sind.

Bezogen auf das Gesamtsystem der Versorgung in einer definierten Region impliziert dies einen Sicherstellungsauftrag.

In Anlehnung an KRÜGER und PÖRKSEN (2009) sowie KRUCKENBERG (2009) lassen sich folgende allgemeine Voraussetzungen für personenzentrierte Hilfeleistungen in der Psychiatrie formulieren:

- Ein einheitliches Verfahren zur Ermittlung individueller Hilfebedarfe.

- Ein Verbund von flexiblen Leistungserbringern, in dem alle Akteure für Kooperation, Koordination und Qualität gemeinsam Verantwortung übernehmen.
- Ein Finanzierungssystem, das individuell konfigurierte Komplexleistungen und deren Anpassung an wechselnde Hilfebedarfe ermöglicht, sowie einen integrierenden sozialrechtlichen und administrativen Rahmen zur Überwindung der Fragmentierung.
- Die vorrangige Einbeziehung und Förderung von nicht psychiatrischen Hilfen.

Im Weiteren wird am Beispiel der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen im Wesentlichen auf die Punkte 2 und 3 eingegangen.

Die Qualität der »verbindlichen personenbezogenen Vernetzung« und Grenzen bisheriger Vernetzungsstrategien

Die Schlüsselfrage im Hinblick auf die bedarfsorientierte Weiterentwicklung des Hilfesystems lautet: Wie kann das regionale Hilfesystem so organisiert und gesteuert werden, dass für alle Teilzielgruppen die erforderlichen Interventionen individuell geplant und sowohl im Querschnitt als auch im Längsschnitt integriert erbracht werden können?

Dabei meint »integriert« gerade nicht: durch eine Person oder Institution. Denn es gibt praktisch keinen individuellen Suchthilfeprozess, der ohne Übergänge ist. Nur sehr selten ist nur ein Helfer, ein Dienst, eine Einrichtung an der Bewältigung eines Suchtproblems beteiligt. Die Regel sind vielfältige Übergänge zwischen Personen, Diensten und Einrichtungen – im Quer- wie im Längsschnitt. Damit erweist sich die Qualität und Tragfähigkeit des Systems letztlich an den Schnittstellen und Übergängen zwischen Teilsystemen, Leistungsträgern, Diensten, Einrichtungen und Therapeuten. Es gilt: Je ausgeprägter und je komplexer die Problemlage und je weniger integrationsfähig der Klient, desto höher sind die Anforderungen an die Integrationsleistungen des Systems.

Um ein Hilfesystem so zu organisieren, dass es personenorientierte Komplexleistungen erbringen kann, bedarf es der besonderen Qualität der »verbindlichen personenbezogenen Vernetzung«. Es geht also nicht darum, (noch) mehr Ressourcen in das bestehende System zu pumpen, und schon gar nicht darum, diesem System neue Einzelelemente hinzuzufügen. Es ist bereits teuer und überkomplex. Vielmehr geht es um qualitativ neue Struk-

tur- und Prozesselemente im Zusammenwirken der Versorgungsbereiche und -elemente.

Nun sind Kooperation, Koordination und Vernetzung spätestens seit der Enquete ein zentrales Thema der Psychiatrie-Reform. Bisherige Strategien und Modelle der Vernetzung sind jedoch nicht oder nur sehr begrenzt geeignet, die besondere Qualität der verbindlichen personenbezogenen Vernetzung zu gewährleisten. Dies gilt z. B. für:

- Arbeitsgemeinschaften auf regionaler Ebene wie Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften und Arbeitsgemeinschaften der Suchthilfe oder Kooperations- und Koordinationsgremien wie kommunale/regionale Suchthilfenetzwerke und Psychiatriebeiräte: Diese agieren in aller Regel einzelfallübergreifend auf der Systemebene, Zwecke und Mittel sind dort eben nicht unmittelbar klientenbezogen, sondern es geht um institutionelle Zwecke wie gegenseitiges Kennenlernen und Transparenz von Leistungsangeboten, von denen allenfalls mittelbar klientenbezogene Effekte zu erwarten sind.
- Gemeindepsychiatrische Verbände firmieren zwar unter der Zielsetzung der personensorientierten Integration von Leistungen, viele verfügen aber gar nicht über die Strukturen und Prozesse, um diese im Einzelfall wirksam umzusetzen.
- Das Sozialgesetzbuch (SGB) IX kann ja geradezu als »Brücken- oder Verknüpfungsgesetz« verstanden werden, mit dem die unterschiedlichen Leistungen der verschiedenen Sozialgesetzbücher personbezogen verknüpft werden sollen. Das Gesetz gilt aber gerade in diesem Punkt nicht erst seit heute als gescheitert und das Instrument der »Servicestellen« als unwirksam, um die intendierte Verknüpfung zu erreichen.
- Auch das Persönliche Budget nach § 17 SGB IX kann als ein Instrument verstanden werden, unterschiedliche Leistungen unterschiedlicher Träger personbezogen zu verknüpfen und in einem Budget zusammenzuführen. Auch dieser Versuch trägt in dieser Form aus unterschiedlichen Gründen in der Suchthilfe bisher nicht oder ist nur für eine sehr begrenzte Personengruppe nutzbar.

Es muss also ganz neu und grundsätzlich über die Voraussetzungen von »personenbezogener Vernetzung« und die dafür geeigneten Prozesse und Strukturen nachgedacht werden.

Voraussetzungen personenbezogener Vernetzung

Strategien der regionalen klientenbezogenen Vernetzung haben von folgenden Voraussetzungen auszugehen:

- Die zu vernetzenden Teilbereiche und Elemente des Suchthilfesystems insgesamt sind so zahlreich, dass eine klientenbezogene Vernetzung aller mit allen schon aus Komplexitätsgründen gänzlich ausscheidet.
- Sie ist aber auch gar nicht erforderlich: Wenn man von Teilzielgruppen der Versorgung ausgeht, so ist immer auch nur ein Teil der Leistungserbringer potenzieller Teil des jeweiligen Netzwerks. Dies reduziert die Komplexität erheblich.
- Klientenbezogene Vernetzung kann nur in überschaubaren und d. h. auch regionalen Strukturen und Prozessen gelingen. Auch dies reduziert Komplexität.
- Die potenziellen Netzwerkpartner haben in der Regel nicht gleiche, sondern unterschiedliche Interessen. Unterschiedlich sind auch die in der Suchthilfe jeweiligen Refinanzierungsbedingungen, gesetzliche Vorgaben, institutionelle Eigendynamiken und persönliche Besonderheiten. Diese Unterschiedlichkeiten müssen wahrgenommen und anerkannt werden, bevor man daran geht, gemeinsame Ziele und Strategien zu entwickeln.
- Vernetzung schließt Wettbewerb nicht aus, dies gilt sowohl innerhalb von wie zwischen Netzwerken. Vernetzung ist insoweit ein typisches Beispiel von »Koopetition« (vgl. PEUKERT 2009).
- Netzwerke sind weder in der Suchthilfe noch anderswo von außen zu planen, umzusetzen und zu steuern. Es handelt sich vielmehr um sich selbst organisierende und determinierte Systeme: »Wahrscheinlich ist es sinnvoller, sich das Sozial- und Gesundheitswesen als ein emergentes, sich in Teilsystemen selbst organisierendes System vorzustellen und nicht als einen riesigen, durch Verwaltungsstrukturen beherrschten Raum. Ein solches System bedarf angemessener Systemeinstellungen (= funktionaler Zielorientierungen) und sehr allgemeiner interner Regulationsregeln« (PEUKERT 2009, S. 9).

Die regionale Grundversorgung von Menschen mit Alkoholproblemen: Zielgruppen, Netzwerke und deren Verknüpfung

Ein früher und entscheidender Schritt bei der klientenbezogenen Vernetzung ist die Definition der Untergruppen aus der Gesamtpopulation der Personen mit Alkoholproblemen, deren Versorgung vom jeweiligen Netzwerk wahrgenommen werden soll. Das ist/sind die Zielgruppe/n des jeweiligen Netzwerks.

Bei Definition von Zielgruppen sind der Fantasie grundsätzlich keine Grenzen gesetzt. Sie können sich über die Zeit verändern. Auch regionale Besonderheiten und Prioritätensetzungen können berücksichtigt werden.

Ausgehend von den aktuellen epidemiologischen Gegebenheiten ist davon auszugehen, dass folgende Teilgruppen in jeder Region zu berücksichtigen sind:

- Kinder und Jugendliche mit riskantem/schädlichem Konsum, abhängige und/oder akut intoxikierte Kinder und Jugendliche.
- Erwachsene Personen mit riskantem und schädlichem Alkoholkonsum.
- Personen mit einer alkoholbedingten F-10-Störung und entsprechendem Behandlungsbedarf.
- Personen mit einer F-10-Störung und mehrfachen Beeinträchtigungen im sozialen, körperlichen und psychischen Bereich (CMA).
- Personen, die wegen ihrer alkoholbedingten Störung dauerhaft vom allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeschlossen oder vom Ausschluss bedroht sind.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Netzwerkbildung ist die Definition der Region. Diese wird sich u. a. an den Grenzen von kommunalen Gebietskörperschaften orientieren, aber auch die Berücksichtigung der Versorgungsgebiete von Krankenhäusern oder die Zuständigkeitsbereiche von Leistungsträgern können Kriterien sein. Je nach Bedarf und regionalen Gegebenheiten kann es mehrere Netzwerke für die gleiche Zielgruppe innerhalb einer Region geben.

Eine näherungsweise bedarfsgerechte regionale Grundversorgung von Menschen mit Alkoholproblemen würde demnach als notwendige Bausteine mindestens fünf Netzwerke umfassen:

- Krisenintervention, Beratung und Behandlung von riskant/schädlich konsumierenden, abhängigen und/oder akut intoxikierten Kindern und

Jugendlichen (hauptsächlich SGB V, SGB VIII, kommunale Mittel, künftig Präventionsfond?).

- Früherkennung und Kurzintervention bei riskantem und schädlichem Alkoholkonsum (hauptsächlich SGB V, künftig Präventionsfond?).
- Behandlung und medizinische Rehabilitation für Alkoholabhängige (hauptsächlich SGB V, VI).
- Behandlung und soziale Teilhabe von CMA im Gemeindepsychiatrischen Verbund (hauptsächlich SGB V, SGB XII, SGB XI).
- Arbeit, Beschäftigung und Qualifizierung (hauptsächlich SGB II, III und XII).

Weitere denkbare Netzwerke sind: (Nach-)Betreuung/(-)Behandlung von straffälligen Personen mit Alkoholproblemen im Schnittfeld von Justizvollzug, Forensik, Bewährungshilfe und Führungsaufsicht, Straffälligen- und Wohnungslosenhilfe.

Die Netzwerke erbringen unterschiedliche Leistungen für unterschiedliche Personengruppen mit unterschiedlichen Zielsetzungen. Dementsprechend sind unterschiedliche Leistungserbringer und -träger zu beteiligen. Dabei müssen insbesondere Grund- und Spezialversorgung integriert werden, d. h., die Netzwerke verknüpfen Dienste und Einrichtungen der Suchthilfe i. e. S. mit solchen, die eher die sozialen und körperlichen Folgeprobleme von alkoholbedingten Störungen fokussieren.

Die Netzwerke insgesamt bilden den regionalen »Versorgungsverbund Alkohol« (s. Abbildung 5).

Der Verbund stellt eine netzwerkübergreifende Koordinierungsfunktion auf Systemebene dar (ohne Fall- und Leistungsbezug). Aufgabenstellungen, die auf dieser Ebene bearbeitet werden, können z. B. sein:

- Bedarfsgerechtigkeit des Gesamtsystems, (wo) gibt es Über- wo Unterversorgung?
- Schnittstellenprobleme zwischen den Netzwerken.
- Gemeinsame Qualifizierungsstrategien der Netzwerke.
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, z. B. bei Präventionsthemen.

Der Versorgungsverbund sollte von einem Gremium geführt werden, in dem die »Manager«/Koordinatoren der einzelnen Netzwerke und die wichtigsten Leistungsträger bzw. ihre Verbände vertreten sind.

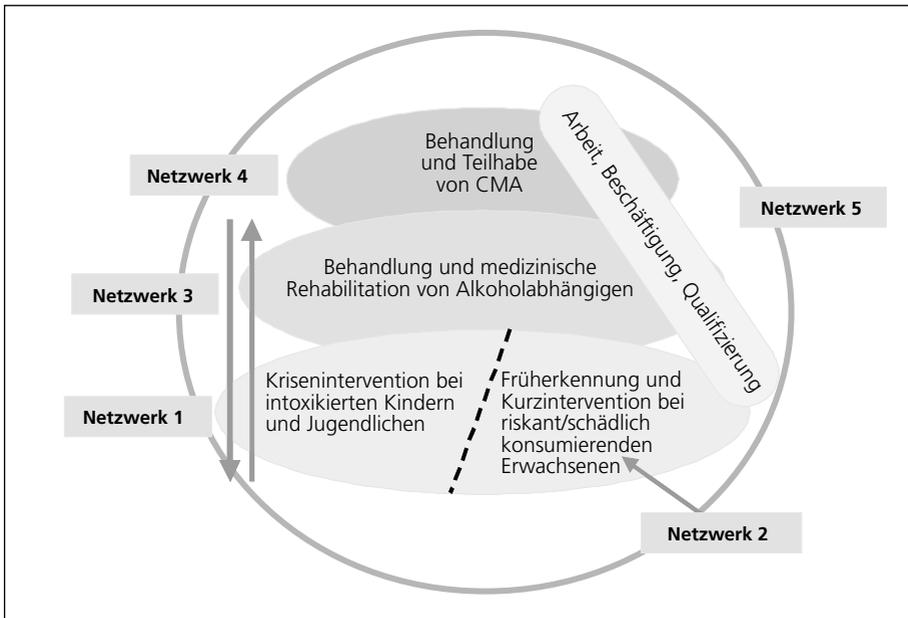


Abb. 5: Regionaler Versorgungsverbund Alkohol

Struktur-/Prozessmerkmale und die Steuerung von Netzwerken

Suchthilfe-Netzwerke müssen anspruchsvolle Struktur- und Prozessmerkmale erfüllen, wie wir sie in der deutschen Suchthilfe bisher so gut wie gar nicht kennen bzw. realisiert haben! Es geht darum, eine ganz neue Ebene von Verbindlichkeit und Professionalität zu erreichen. Nur so wird es möglich sein, die erforderlichen Leistungen bzw. Leistungserbringer für die jeweilige Zielgruppe personenbezogen zu vernetzen und die Leistungen zugleich wirksam und wirtschaftlich zu erbringen. Folgende Struktur- und Prozessmerkmale sollten berücksichtigt werden:

- *Transparenz/Attraktivität:* Das Netzwerk ist für Klienten/Patienten leicht zugänglich und sein Leistungsspektrum ist transparent, die Nutzung des Netzwerks ist mit erkennbaren Vorteilen verbunden (z. B. Boni).
- *SGB- und sektorübergreifendes Leistungsspektrum:* Das Netzwerk hält alle Leistungsarten vor, die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Zielgruppe erforderlich sind; z. B. bei CMA: ambulante und (teil-)stationäre

Behandlung + ambulante Pflege + ambulante Ergotherapie + Soziotherapie + Eingliederungshilfe.

- *Modularisierung*: Das Leistungsspektrum ist klar beschrieben und in Module gegliedert; z. B. bei CMA: Aufnahmeuntersuchung + Quartalsuntersuchung + ambulante Krisenintervention (aufsuchend) + psychiatrische Hauskrankenpflege + stationäre Krisenintervention + hochfrequente ambulante Komplextherapie + Fallmanagement.
- *Evidenzbasierung*: Die Auswahl der Leistungen und ihre Umsetzung orientieren sich an der jeweils besten verfügbaren Evidenz und an aktuellen Leitlinien.
- *Behandlungs-/Interventionspfade*: Es ist definiert, welcher Leistungserbringer im Netzwerk welche Leistungsmodule erbringen kann und wie die Übergänge an den Nahtstellen zwischen den Modulen/Leistungserbringern erfolgen.
- *Case-/Fall-Management*: Der Patient/Klient hat eine zentrale Ansprechperson, die im Bedarfsfalle die Leistungen unterschiedlicher Netzwerkpartner koordiniert und die Kontinuität insbesondere an den Nahtstellen sicherstellt.
- *Prozessoptimierung*: Der Prozess der Leistungserbringung (personenbezogene Vernetzung!) wird fortlaufend überprüft und verbessert.
- *Übergreifende Dokumentation/Evaluation*: Die Dokumentation und Evaluation von Klienten-/Patienten- sowie Leistungsdaten erfolgt standardisiert, auf einheitlicher IT-Plattform und ist für alle Leistungserbringer im jeweiligen Netzwerk zugänglich. Dies setzt selbstverständlich das Einverständnis des Klienten voraus.
- *Rechtsfähigkeit*: Das Netzwerk kann Leistungsverträge mit Leistungsträgern sowie Klienten/Patienten abschließen.
- *Professionelles Netzwerkmanagement*: Die unterschiedlichen Management-Funktionen des Netzwerks werden professionell erbracht – z. B. Anwerbung von Netzwerkpartnern, Patienten-/Klientenverwaltung, Leistungsabrechnung, Controlling, Marketing etc.

Es wird deutlich, dass dieser Katalog eine recht hohe Messlatte definiert. So stellt LEUNE (2006) völlig zu Recht fest, dass es sich bei Netzwerken dieser Art letztlich um (virtuelle) Unternehmen handelt.

Vernetzung in der Suchthilfe ist kein Selbstzweck (»gut, dass wir miteinander gesprochen haben«), sondern sollte sich an konkreten, idealerweise messbaren Zielen orientieren. Die Steuerung von Suchthilfe-Netzwerken

sollte deshalb über diese Ziele/Zielvereinbarungen in Verbindung mit Kennzahlen erfolgen. Auch hier gilt: Die zielorientierte Steuerung des Leistungsgeschehens ist in der deutschen Suchthilfe bisher so gut wie unbekannt! Damit würde ein bisher völlig unbekanntes Maß an Transparenz, Verbindlichkeit und Ergebnisorientierung in die Suchthilfe einziehen.

Im Folgenden werden exemplarisch mögliche Zielbereiche und Kennzahlen aufgeführt:

- Erreichungsgrad der Zielgruppe, z. B.:
 - % von alkoholintoxikierten Kindern und Jugendlichen in stationärer Krankenhausbehandlung, die innerhalb von zwei Tagen eine Kurzintervention erhalten
 - % neuer Patienten in Hausarztpraxen, die ein Alkohol-Screening erhalten
 - % alkoholabhängiger Patienten im Allgemeinkrankenhaus, die einen qualifizierten Entzug machen.
- Intensivierung von ambulanter Versorgung, z. B.:
 - % qualifizierte ambulante Entzugsbehandlungen
 - % ambulante Entwöhnungsbehandlungen
 - % ambulante Klienten in Eingliederungshilfe Wohnen.
- Kostensenkung, z. B.
 - Ø Fallkosten/Jahr
 - Ø Management-Kosten je Fall/Jahr
 - Kumulierte AU-Tage je Fall
 - Kumulierte Krankenhausbehandlungskosten je Fall.
- Verbesserung des Gesundheitsstatus, z. B.:
 - Ausgewählte körperliche Befunde (z. B. Labor-Werte)
 - Ausgewählte psychische Befunde (z. B. BASIC, ASI, Craving-Test, BDI, GAF)
 - Ausgewählte neuropsychologische Befunde (z. B. SkT, TMT).
- Verbesserung der sozialen Teilhabe, z. B.:
 - Wohnen
 - Arbeiten
 - Partnerschaft/Familie
 - Subjektive Lebensqualität, z. B. ...

Die integrierte Versorgung nach § 140 a–d SGB V als Strukturmodell für Suchthilfe-Netzwerke

Das so weit skizzierte Netzwerk-Konzept orientiert sich stark am Modell der integrierten Versorgung (IV) nach § 140 a–d SGB V, und es wird vorgeschlagen, die am weitesten entwickelten Beispiele der IV als »Blaupause« für die Weiterentwicklung der Suchthilfe nach dem Netzwerk-Konzept zu nutzen.

Nun scheint es, dass das Modell der IV in der Psychiatrie bis heute ein eher problematisches Image hat und umstritten ist (vgl. SCHMIDT-MICHEL, KUHN und BERGMANN 2008).

Auch aufseiten von Leistungsträgern war in der Vergangenheit eine deutliche Zurückhaltung gegenüber IV-Modellen in der Suchthilfe wahrzunehmen. Es gibt aber auch andere Stimmen:

»Die DAK setzt auf eine integrierte Versorgung ihrer alkoholabhängigen Versicherten.« (SPÖRKELE 2006)

Und: »Wer einen Gemeindepsychiatrischen Verbund (für Alkoholabhängige) will, muss eine Rechtsgrundlage schaffen, auf der eine verbindliche Zusammenarbeit möglich ist. Der § 140 a–d SGB V ist eine gute Grundlage.« (LANG 2009, S. 30)

In jedem Fall scheint auch hier zu gelten: Die Gesetzeslage ist fortschrittlicher als die Praxis!

Dabei kann das Modell der IV nach dem SGB V für einige Zielgruppen/Netzwerke ohne größere Einschränkungen übernommen werden:

- Dies gilt z. B. für die Netzwerke »Behandlung und medizinische/berufliche Rehabilitation von Alkoholabhängigen«. Hier sind bei der Entzugsbehandlung ausschließlich SGB-V-Leistungen und die entsprechenden Leistungsanbieter gefragt: Haus- und Fachärzte und Ambulanzen, Allgemein- und Psychiatrische Krankenhäuser. Bei der Rehabilitation müssen Rehabilitationseinrichtungen und Suchtberatungsstellen verbindlich einbezogen werden. Dies sieht § 140 b SGB V nicht vor, die Voraussetzungen dafür müssen geschaffen werden. Modelle wie das im Kreis Konstanz zeigen aber, dass auf regionaler Ebene Lösungen gefunden werden können, die auch die Einbeziehung von Beratungsstellen in IV-Modelle ermöglicht.
- Dies gilt auch für das Netzwerk Behandlung und Teilhabe von CMA. Auch hier sind zunächst SGB-V-Leistungen gefragt (z. B. Krankenbehandlung, Soziotherapie, ambulante Ergotherapie), darüber hinaus kön-

nen SGB-XI- (Pflege) und SGB-XII-Leistungen angezeigt sein. Nach einer Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen 2005 wird ambulante psychiatrische Pflege für Suchtkranke allerdings nicht mehr finanziert. Auch die verbindliche Einbeziehung der Sozialhilfeträger in (erweiterte) Modelle der integrierten Versorgung muss ermöglicht werden, § 140b SGB V sieht dies bisher nicht vor.

Netzwerke, die sich an Zielgruppen wenden, bei denen eine behandlungsbedürftige Krankheit i. S. des SGB V (noch nicht) vorliegt, können sich bisher nicht auf der Basis des SGB V refinanzieren. Das gilt etwa für die Früherkennung und Kurzintervention von Personen mit riskantem und schädlichem Konsum. Hier ist die Gesetzgebung gefragt, entsprechende Finanzierungswege zu eröffnen, z. B. über ein künftiges Präventionsbudget.

Auch die Finanzierungsmöglichkeiten von Leistungen für alkoholintoxikierte Kinder und Jugendliche reduziert sich im Rahmen des SGB V auf die somatische Behandlung der Intoxikationsfolgen. Sofern noch keine behandlungsbedürftige psychische Störung vorliegt, müssen psychosoziale (Kurz-)Interventionen über andere Budgets refinanziert werden, etwa aus dem SGB VIII oder aus einem Präventionsbudget. Aber auch hier gibt es bereits regionale Lösungen. So werden in Niedersachsen z. B. die »Brückengespräche« im »Hart am Limit (HaLT)«-Modell von den Krankenkassen finanziert.

Die integrierte Versorgung stellt also ein Modell dar, nach dem Suchthilfenetzwerke funktionieren und refinanziert werden könnten. Die Tragweite und Tragfähigkeit dieses Modells wird sich daran entscheiden, inwieweit es gelingt, auch Leistungen, Leistungsanbieter und Budgetanteile, die bisher nicht »IV-fähig« sind, verbindlich in die Finanzierung von personenorientierten Komplexleistungen einzubeziehen.

Probleme des IV-Modells und Mindestanforderungen an IV-Modelle in der Suchthilfe

Folgende grundsätzliche oder praktische Probleme tauchen auf und gilt es zu lösen, wenn die IV ein erfolgreiches und tragfähiges Paradigma für die Weiterentwicklung der Suchthilfe in Deutschland sein soll:

- Das Hauptproblem: Bestimmte Leistungsträger und Leistungsarten sind bisher formal (im Hinblick auf die Finanzierung) von der »klassischen« IV nach SGB V ausgeschlossen.

- Bisher gibt es in der IV noch viele Klein- und Kleinstverträge. Das Wettbewerbstärkungsgesetz sieht jedoch vor, dass IV-Verträge so anzulegen sind, dass eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung erreicht wird.
- Viele Krankenkassen streben exklusive Verträge mit Leistungserbringern an, d. h. solche, die sich nur auf ihre Kunden beziehen. Viele separate Verträge mit konkurrierenden Kassen sind aber unwirtschaftlich. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung ist diese Praxis aber bereits auf dem Rückzug.
- Auch auf Anbieter-Seite sind Wettbewerbs-Strategien nicht ausgeschlossen. Das heißt, es kann in ein und derselben Region unterschiedliche Netzwerke für die gleiche Zielgruppe geben. Konkurrierende Strategien finden sich z. B. zwischen Haus- und Facharzt-Netzwerken auf der einen Seite und Netzwerken, die sich auf psychiatrische Abteilungen und Ambulanzen stützen. Ist das unbedingt schädlich?
- Bei der IV handelt es sich grundsätzlich um Selektiv- und nicht um Kollektiv-Verträge, d. h., der Patient kann und muss auswählen, ob er dem Vertrag »beitritt« oder nicht (verbunden mit Zustimmung zur Weitergabe persönlicher Daten innerhalb des Netzwerkes). Dies ist unter dem Gesichtspunkt Nutzersouveränität zwar wünschenswert, beeinträchtigt aber die Effizienz erheblich.
- Viele Krankenkassen sehen die IV als »Spar-Modelle«, was die Attraktivität entsprechender Modelle für die Leistungserbringer mindert. Tatsächlich werden von Kassenseite Einspareffekte von ca. 15 % bei IV-Modellen in der Psychiatrie thematisiert. Es muss sich zeigen, ob diese Erwartungen mit auskömmlichen Entgelten und bedarfsdeckender Versorgung kompatibel ist.
- Für Krankenkassen eignet sich das IV-Modell nicht für den Wettbewerb untereinander, weil es mit einem Stigmatisierungseffekt für die Versicherten verbunden ist. Viele Kassen haben Suchterkrankungen aber inzwischen als Problem mit hohem Kostenaufwand erkannt. Und: In Zeiten von Einheitsbeiträgen der Versicherten wird der Wettbewerb um Patienten künftig eher über Versorgungskonzepte als über den Preis laufen.
- Von den Leistungserbringern im Netzwerk müssen umfangreiche Vorleistungen erbracht werden: konzeptionell, infrastrukturell, finanziell. Das heißt, ohne nicht refinanzierte Anschub-Investitionen bzw. Risiko-Kapital läuft nichts.

Aus diesen Problemanzeigen ergeben sich folgende *Mindestanforderungen an IV-Modelle in der Suchthilfe*. Diese müssen sicherstellen, dass

- *alle relevanten Leistungsarten und -anbieter* auch in den finanziellen Teil einbezogen werden können, also einschließlich Rehabilitation, Pflege und Teilhabe-Leistungen. Dies impliziert eine Erweiterung der gesetzlichen Grundlagen von § 140 b SGB V.
- *alle Patienten einer bestimmten Zielgruppe in der Region* einbezogen werden können (Populationsbezug). Dies impliziert ein Abrücken vom Selektiv-Vertrags-Modell.
- sich die Leistungsträger zusammenschließen und *übergreifende Verträge* abschließen. Dies impliziert ein Abrücken vom Wettbewerbs- oder Konkurrenz-Modell.
- sich die *Beteiligung an IV-Modellen für die Leistungsanbieter lohnt*. Sie sind in dem Maße attraktiv, wie sie mit dem Zugang zu angemessenen Leistungsentgelten verbunden sind. Aber auch andersherum wird ein Schuh daraus: Die Beteiligung an Netzwerken kann und sollte zur Voraussetzung für angemessen dotierte Leistungsverträge gemacht werden. So entstünden Win-Win-Konstellationen.

Praxis-Modelle der IV in der Suchthilfe und pragmatische Umsetzungsschritte

Es gibt in Deutschland mehrere Praxismodelle der IV in der Suchthilfe, die exemplarisch die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen dieses Paradigmas verdeutlichen. Tabelle 1 (S. 50) gibt einen Überblick über wichtige Merkmale der Modelle im Saarland, im Kreis Konstanz und in Bonn.

Diese und andere Modelle der IV bei psychischen Störungen zeigen, dass wir von einem Ideal- oder Maximal-Modell der personenbezogenen Vernetzung von Leistungen, Leistungserbringern und -anbietern noch mehr oder weniger weit entfernt sind. Offensichtlich ist es erforderlich, über den Rahmen bestehender Modelle und gesetzlicher Regelungen hinauszudenken. Andererseits sind pragmatische Umsetzungsschritte im jeweiligen regionalen Kontext möglich.

Dabei ist das »klassische« IV-Modell möglicherweise nur eine Variante unter anderen oder ein Zwischenschritt, um von der maßnahmenorientierten Prozessorganisation im Querschnitt in Richtung auf die personenorientierte Prozessorganisation im Längsschnitt voranzukommen.

Andere Varianten auf dem Weg zur personenbezogenen Vernetzung könnten sein:

	Saarland	Bonn	Konstanz
Zielgruppe	Alle Alkohol-Patienten (?), 756 angeschrieben	»high risk«-Patienten = > 4 stat. Aufenthalte in 2 Jahren, 53 aktuell, 72 kumuliert	Patienten in medizinischer Primärvorsorgung mit »problematischem« Konsum, 50 kumuliert
Vertrags- partner	– Psychiatrische Klinik – 49 Vertragsärzte/ Psychotherapeuten – Alle Ersatzkassen* – AOK Saarland* – Überörtlicher Träger Sozialhilfe über Nebenabrede * 70 % der KV-Versicherten	– Rhein. Landesklinik – AOK Rheinland – IKK Nordrhein – BKK – DAK – TK – BEK	– Alle Allg.-Krankenhäuser – Haus- und Fachärzte – ZFP Reichenau – AOK BW – BEK – BKK – IHK – Psychosoziale Ber.-Stellen
Bemerkungen	– Fallmanagement durch Psychiatrische Klinik – Geschäftsstelle in Landesvertretung der Ersatzkassen	– Casemanagement durch PK – Geh-Struktur – Finanzierung über Fallpauschale (bis zu 2 Jahren)	– Management im ZFP – 16 Leistungsmodule – Pauschale 1.700 € für alle Module, abgerechnet in Tagessätzen – 4 – 6 Wochen – Einbindung in regionales Suchtihilfenetzwerk
Evaluation	– Ø-Kosten IV = 1.164 €/Jahr – Ø-Kosten je Patient: 2 Jahre vor IV = 1.846 € nach Eintritt = 367 € – AU-Kosten: 2 Jahre vor IV = 109 T€ nach Eintritt = 22 T€	– Ø Anz. stat. Aufenthalte ½ J. vor Einschreibung: 5,0 2 J. nach Einschreibung: 2,5 – Ø Anz. stat. Behandlungs-Tage ½ J. vor Einschreibung: 3.300 2 J. nach Einschreibung: 2.200	– 31 % mind. 1 J. abstinent – 25 % gebessert – 44 % ungebessert, nicht erreicht

Tab. 1: Übersicht über die IV-Praxismodelle im Saarland, in Bonn/Köln und in Konstanz (vgl. Lang 2009, Banger et al. 2007)

- Kommunale Suchtihilfenetzwerke (z. B. nach dem Baden-Württemberger Modell), sofern sie Vernetzung auf der Personen- und nicht nur auf der Systemebene betreiben.
- Medizinische Versorgungszentren in Angliederung an Psychiatrische Krankenhäuser.
- Bündelung verschiedener Leistungsarten wie ambulante Pflege, ambulante Ergotherapie, ambulante Eingliederungshilfe, Soziotherapie etc. durch Personal- und Aufgaben-Pooling unter dem Dach eines Leistungsanbieters.
- Personal-Sharing zwischen verschiedenen Leistungsanbietern bei fortbestehender betrieblicher Eigenständigkeit.
- Verbindlich vereinbarte personenorientierte Prozesse/Behandlungspfade an den Schnittstellen von Leistungsanbietern bei fortbestehender maßnahmenbezogener Abrechnung.
- Gründung von GmbHs mit mehreren Leistungsanbietern als Gesellschafter.

- Regionale Budgets, z. B. für den SGB V-Bereich (wie im Landkreis Steinburg). Das entspricht praktisch einem IV-Vertrag mit einem Leistungsanbieter (vgl. DEISTER und FORSTER 2009).

Dabei wäre für jedes Netzwerk unter den jeweiligen regionalen Bedingungen gesondert zu prüfen, wie es strukturell und finanziell zum Leben erweckt werden kann (vgl. KUNZE und SCHMIDT-MICHEL 2009, LÄNGLE 2009).

Schluss: »Industrialisierung« und »Reengineering«?

Zum Schluss die These eines Kassenvertreters: Das Gesundheitswesen kommt in die Phase der Industrialisierung, »damit ist ein umfassendes »Reengineering« der Versorgungslandschaft verbunden« (KOCH 2009)! Wenn dies auch nur teilweise zutrifft, wird es auch Psychiatrie und Suchthilfe nicht unberührt lassen.

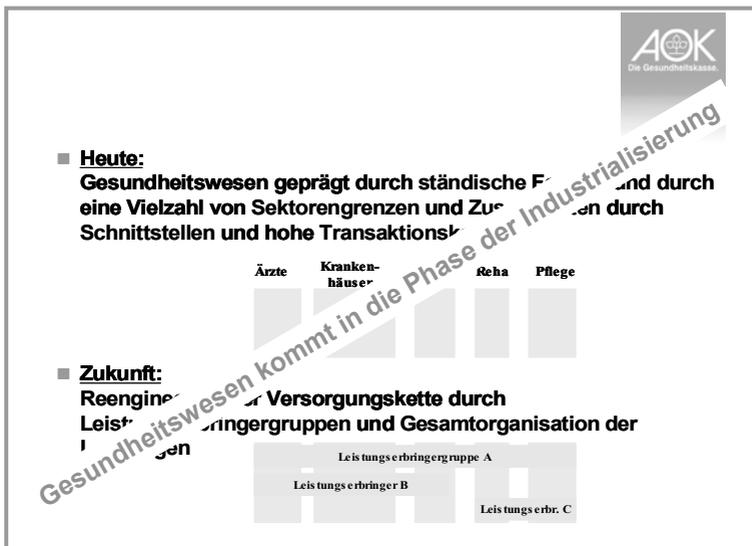


Abb. 6: Reengineering der Versorgungskette (Koch 2009)

Und: Träger von Netzwerken i. S. der IV können nach Koch grundsätzlich alle natürlichen und juristischen Personen sein.

Beispiele:

- Zusammenschlüsse von niedergelassenen Ärzten (Ärztennetze, Ärztenossenschaften)
- Berufsverbände
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
- Krankenhäuser
- Pharmaindustrie
- Consulting-Gesellschaften
- Finanzinvestoren
- Kommunen
- ...

Diese letzten Thesen sind sicher provokativ. Sie sollen verdeutlichen, dass es bei dem Versuch, die Versorgungsprobleme in der deutschen Suchthilfe zu lösen, um alles andere geht als um systemimmanente Korrekturen im Detail. Vielmehr wird es um echte Innovationen gehen, um den Aufbruch zu ganz neuen Ufern und die Entwicklung von Strukturen und Prozessen, die bisher weitgehend unbekannt sind und deswegen möglicherweise heftige »Abstoßreaktionen« hervorrufen werden. Die heutigen Akteure der Suchthilfe sollten sich damit jedoch nicht allzu lange aufhalten. Sonst werden sie möglicherweise erleben, dass andere Akteure und Interessen den »Markt« der Suchthilfe entdecken, sich entsprechend organisieren und innovative Lösungen verwirklichen. Das könnte, müsste aber nicht unbedingt zum Schaden der betroffenen Menschen sein.

Literatur

- BANGER, M./PATERNOGA, D./HOTZ, P. (2007): Der Case Managementansatz bei chronisch Alkoholabhängigen als Einstieg in die Integrierte Versorgung nach §§ 140 ff. SGB V. Suchttherapie, 8, 164–169.
- DEISTER, A./FORSTER, H.-J. (2009): Das Regionale Psychiatrie-Budget im Kreis Steinburg – Erfahrungen aus einem Modellprojekt. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R., KRUCKENBERG P. (Hg.) (2009): Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- KOCH, C. (2009): Erwartungen der AOK Niedersachsen an Managementgesellschaften. Vortrag, Ev. Akademie Loccum.
- KRUCKENBERG, P. (2009): Gemeindepsychiatrie am Scheideweg – wachsende Vernetzung oder unregelte Konkurrenz? In: AKTION PSYCHISCH KRANKE,

- SCHMIDT-ZADEL R., KRUCKENBERG P. (2009): Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- KRÜGER, U./PÖRKSEN, N. (2009): Der Zusammenhang zwischen personenzentrierten Hilfen für den Einzelnen und der Steuerung von Prozessen und Ressourcen in der Region. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R., KRUCKENBERG P. (Hg.): Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- KUNZE, H./SCHMIDT-MICHEL, P.-O. (2009): Personenbezogene Behandlung durch psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken und ihre zukünftige Finanzierung. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R., KRUCKENBERG P. (Hg.): Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- LÄNGLE, G. (2009): Neue Modelle der Vernetzung – »GPZ, SHN, MVZ, APD, IV!?!« . In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R., KRUCKENBERG P. (Hg.): Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- LANG, A. (2009): Die Verantwortung für die Sicherstellung der Gemeindepsychiatrie in der Region. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R., KRUCKENBERG P. (Hg.): Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- LEUNE, J. (2006): Mehr Effizienz durch Vernetzung. In: Fachverband Sucht (Hg.): Integrierte Versorgung – Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation. Neuland, Geesthacht.
- PEUKERT, R. (2009): Wie lässt sich wirtschaftliche Konkurrenz und fachliche Kooperation verknüpfen? Sozialpsychiatr Inform, 1, 6–10.
- SCHMIDT-MICHEL, P.-O./KUHN, F./BERGMANN, F. (2008): Die Integrierte Versorgung per Gesetz ist für die Psychiatrie gescheitert – Pro und Contra. Psychiatr Prax, 35, 57–59.
- SPÖRKEL, K. (2006): Ansätze zur Integrierten Versorgung aus Sicht der Krankenversicherung unter Einbezug neuer Forschungsergebnisse. In: Fachverband Sucht (Hg.): Integrierte Versorgung – Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation. Neuland, Geesthacht.
- WIENBERG, G. (2001 a): Die »vergessene Mehrheit« – Teil I: Ein Blick zurück nach vorn. In: WIENBERG G., DRIESSEN M. (Hg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- WIENBERG, G. (2001 b): Die »vergessene Mehrheit« heute – Teil V: Bilanz und Perspektiven. In: WIENBERG G., DRIESSEN M. (Hg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Der Patient geht dahin, wo das Geld fließt - (Fehl-)Steuerung und neue Wege in der Finanzierung der Suchthilfe

Heinrich Kunze

Aus Berichten erkenne ich gerne die optimistische Tendenz, dass Leistungsträger zunehmend qualifizierte Entgiftung auch ausreichend lange finanzieren und die Reha-Leistungsträger flexible Kombi-Therapien und übergreifendes Fallmanagement bezahlen. Kurz gesagt: Die Wirkung für die betroffene Person gewinnt an Bedeutung, statt Sparen um jeden Preis ohne Rücksicht auf die Folgen.

Aus Gesprächen mit Politikern und Fachleuten aufseiten der Leistungsträger und der Leistungserbringer wissen wir auch um das zunehmende Problembewusstsein. Aus diesen Kreisen kommen auch Referenten, Diskutanten und Teilnehmer zu dieser Tagung.

Ich stelle dies voran mit der Bitte an Sie, zwischen diesen konstruktiven *Akteuren im System* und der *Logik des Systems* und dessen Folgen zu unterscheiden. Die Logik des Systems ist mein Fokus. Ich will die Dynamik der vorherrschenden Fehlsteuerung durch das System erklären, und auf Beispiele und Überlegungen zur konstruktiv steuernden Finanzierung eingehen.

Ich beziehe mich auf den von Herrn Wienberg heute – und zuerst 1992 mit der »Vergessenen Mehrheit« – eingeführten »Public Health«-Ansatz und rufe seine beiden ersten Folien in Erinnerung: Das Spektrum der Zielgruppen von »angepasst Konsumierenden« bis »chronisch mehrfachgeschädigten Alkoholkranken (CMA)« sowie das »Wienberg'sche Dreieck«.

Seine Botschaft seit 1992 ist sinngemäß: Suchthilfe findet nicht nur dort statt, »wo Suchthilfe draufsteht«, sondern auch in den medizinischen Institutionen/Diensten, die sich mit Begleit- und Folgeerkrankungen von Sucht befassen, und den Institutionen, die für Verhaltensabweichungen bis zu Straftaten im Zusammenhang mit Suchtmittelgebrauch zuständig sind – z. B. in den Bereichen Straßenverkehr, Geld, Familie, Betrieb ... (vgl. auch die ICF-Kategorien »Aktivitäten« und »Partizipation« – ICF = Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Gesundheit).

Damit habe ich das verzweigte Handlungsfeld von Suchthilfen markiert.

1. Was steuert professionelles Handeln?

Die Handlungen von Therapeuten und anderen am Versorgungssystem beteiligten Profis werden beeinflusst von Faktoren, deren Impulse oft in verschiedene, gar gegensätzliche Richtungen gehen. Die tatsächliche Handlung ist die Resultante der verschiedenen Handlungsimpulse, je nach Richtung und Stärke (analog dem Konzept der Vektorrechnung). In meinem Vortrag geht es primär um die Handlungsimpulse, die von der Finanzierung ausgehen. Aus Ihrer persönlichen Erfahrung kennen Sie viele Beispiele von Konflikten zwischen den Handlungsimpulsen entsprechend den Ebenen in Abbildung 1.

1. Handlungsziele von Professionellen

werden beeinflusst von

- Humanitären Werten
 - Patienten und Angehörigen: Bedürfnisse und soziale Kompetenz zur Interessenvertretung; Einzel und im Verbund
 - Lehrmeinungen, Leitlinien, Evidenz, Versorgungsforschung, QM
 - Fachöffentlichkeit, regional, national, international
 - Stigma oder Wertschätzung in der Öffentlichkeit, in Medien; regional und überregional
 - Kommunalpolitik, Landespolitik, Bundesgesetzgeber
-
- *Ökonomischen Rahmenbedingungen mit Anreizwirkung / betriebswirtschaftlicher Optimierung bei Leistungsträgern und Einrichtungen*

Abbildung 1

Die zentrale These meines Vortrages: Weil die Betriebswirtschaft so wichtig geworden ist, müssen die Handlungsimpulse durch Finanzierung so ausgerichtet werden, *dass die unterschiedlichen Akteure die therapeutisch und politisch gesetzten Ziele verfolgen, auch wenn sie sich an geltenden betriebswirtschaftlichen Anreizen orientieren.*

Das maßnahmeorientierte Finanzierungssystem

Ausgehend von der »Public Health«-Perspektive kommt das ganze, real existierende System der Finanzierungszuständigkeiten in den Blick, denn Sucht ist ein Querschnittsproblem:

2.1 Zuständige Leistungsträger

<p>SGB V Gesetzliche Krankenversicherung</p> <p>Ca. 250 Kranken- Kassen</p>	<p>SGB VI Gesetzliche Rentenversicherung</p> <p>DRV (Deutsche Rentenversicherung)?</p>	<p>SGB XII Sozialhilfe</p> <p>Örtl./Überörtl. Sozialhilfeträger</p>
<p>SGB II Grundsicherung für Arbeitssuchende ARGE (BA/Kommune)? Optionskommune</p>	<p>SGB III Arbeitsförderung Bundesagentur für Arbeit (BA)?</p>	<p>SGB IX (Teil 2)? Rehabilit./ Teilhabe behinderter Menschen Integrationsamt</p>
	<p>Landesgesetze/ Psych-KG Länder/Kommunen</p>	<p>SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe Örtl./Überörtl. Jugendhilfeträger</p>

2.2 Leistungsbereiche/-angebote

<p>Beratung</p> <p>Suchtberatung Sozialpsychiatrischer Dienst</p> <p>Landesmittel, Kommunale Mittel</p>	<p>Behandlung</p> <p>Arztpraxis, Institutsambulanz, Klinik Stationär, teilstationär, ambulant</p> <p>individuell bedarfsdeckend Krankenkassenfinanziert</p>	<p>Medizinische Rehabilitation</p> <p>Fachklinik, ambulante Reha, (teilstationär)</p> <p>DRV, Krankenkasse beitragsfinanziert</p>
<p>Soziale Teilhabe (Eingliederungshilfe, 7 67 SGB XII)</p> <p>Betreutes Wohnen, psychosoziale Begleitung, Wohnheime etc.</p> <p>Steuerfinanziert, bedarfsdeckungs- bzw. Bedürftigkeitsprinzip</p>	<p>Arbeitsförderung/ berufliche Rehabilitation</p> <p>Qualifizierung, Eingliederungszuschüsse Arbeitsgelegenheiten, etc.</p> <p>Steuerfinanziert beitragsfinanziert</p>	<p>Prävention</p> <p>Primär, sekundär, tertiär, Betrieblich</p> <p>???</p> <p>Präventionsfond (?)</p>
	<p>Pflege</p> <p>Häusliche Krankenpflege, Pflege nach SGB XI</p>	<p>Forensische Klinik/JVA Maßregel-/Strafvollzug</p>

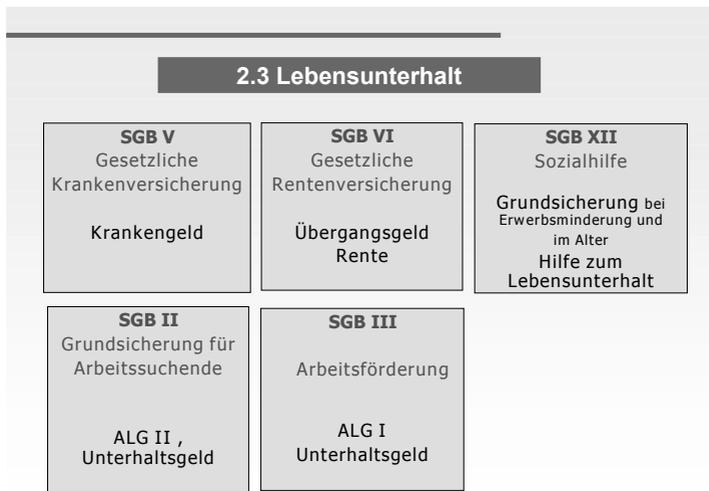


Abb. 2.1–2.3

Die zentrale Logik des historisch entstandenen Systems (KUNZE 2009) besteht darin, dass Maßnahmen finanziert werden, die durch die Institutionen definiert werden, die sie erbringen. Die Leistungsträger erkennen ihre Leistungszuständigkeit primär an der Beschreibung der Institution und ihres Therapieprogramms. Die Einrichtungen und Dienste wiederum richten sich zu ihrer Strukturierung nach den Unterscheidungen im Sozialgesetzbuch (SGB): Behandlung, Rehabilitation, Eingliederungshilfe, Pflege; ambulant – stationär usw. insbesondere dem Leistungserbringerrecht. Und die gesetzlichen Regelungen wiederum richten sich nach der Struktur der Versorgungsinstitutionen. Zwischen den drei Ebenen – institutionell definierte Maßnahmen, Finanzierung der Einrichtungen und gesetzliche Regelungen – besteht seit Jahrzehnten ein sich wechselseitig stabilisierender zirkulärer Zusammenhang. Und mit jeder weiteren Differenzierung nimmt die Fragmentierung zu (s. Abbildung 3).

In Abbildung 3 sehen Sie horizontal die Ebenen, auf denen nach Maßnahmen stark differenziert wird. Aber vertikal ist die Zuständigkeit für Personen kaum oder nicht entwickelt. Institutionalisiert ist die Verantwortung für Maßnahmen und nicht auch die Verantwortung für die Wirkungen der Maßnahmen für Personen.

Verantwortung ist institutionalisiert für Maßnahmebereiche:

- Leistungsträger *sparen* maßnahmebezogen
- Leistungserbringer *expandieren* maßnahmebezogen

Abb. 3: Fragmentierung

	Leistung/Maßnahme für		
	Person 1	Person 2	Person 3
Ausschüsse des Bundestages/Ministerien			
- <i>Gesundheit</i>			
- <i>Arbeit und Soziales</i>			
- <i>Familien, Senioren, Jugend und Frauen</i>			
Bundesministerium für Gesundheit (Abteilungen, Referate für:)			
- <i>stationäre Behandlung</i>			
- <i>ambulante Behandlung</i>			
- <i>Pflege</i>			
Sozialgesetze			
- <i>SGB V Gesetzliche Krankenversicherung</i>			
- <i>SBG XII Sozialhilfe</i>			
- <i>SGB XI Pflege</i>			

Abb. 3.1: Fragmentierung nach Leistungen/Maßnahmen durch Politik und Gesetz

	Leistung/Maßnahme für		
	Person 1	Person 2	Person 3
Leistungsträger			
- <i>Krankenkassen</i>			
- <i>Pflegekassen</i>			
- <i>Sozialhilfeträger</i>			
- <i>Rentenversicherung</i>			
Einrichtungen und Dienste			
- <i>Krankenhäuser</i>			
- <i>Pflegestationen</i>			
- <i>Betreutes Wohnen</i>			
Berufsgruppen			
- <i>Ärzte</i>			
- <i>Krankenpflege</i>			
- <i>Sozialarbeit</i>			

Abb. 3.2: Fragmentierung nach Maßnahmen durch Leistungsträger, Leistungserbringer und Berufsgruppen

Die Spiegelstriche geben nur Beispiele wieder, um das Prinzip zu verdeutlichen. Die Beispiele bezeichnen Bereiche, die noch weiter maßnahmebezogen differenziert sind. *Hellgrau unterlegt*: Maßnahmebezogene Differenzierung von Verantwortung auf den Ebenen von den Tätigkeitsfeldern der Therapeuten bis zur hohen Politik (horizontal). *Dunkelgrau unterlegt*: Maßnahmeübergreifende Zuständigkeit für Personen (vertikal)

Das Versorgungssystem wird angetrieben von den nach Maßnahmen strukturierten Partikularinteressen der konkurrierenden Leistungsträger und Leistungserbringer.

Wir sind mit zum Teil chaotischen Entwicklungen konfrontiert wegen der Egoismen unterschiedlicher Akteure, die ihr Handeln überwiegend an ihren *betriebswirtschaftlichen Partikularinteressen* orientieren, die sich auf Maßnahmen ausrichten.

Zurzeit findet zielgerichtete ökonomische Steuerung nicht statt.

Leistung folgt dem Geld, aber folgt das Geld der richtigen Leistung?

– *Personenorientiertes professionelles Handeln muss dagegen anarbeiten.*

Personenorientiertes professionelles Handeln kommt bei Leistungsträgern noch kaum in den Blick, solange sie sich nach institutionell definierten Maßnahmearten organisieren. Für die Wirkung von verschiedenen Maßnahmen (im Querschnitt und im Längsschnitt) und deren Kosten – nämlich *Effizienz bezogen auf Personen* – sind die Kostenträger bisher blind, denn dafür gibt es keine organisierte Verantwortung, keine Daten und bisher kaum Forschung – außer dem »kleinen Pflänzchen« der Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) nach § 140 a–d SGB V. Deren Bedeutung ist quantitativ betrachtet zu vernachlässigen, aber diese exemplarischen Erfahrungen könnten ja dazu führen, dass der Gesetzgeber sowie die Leistungsträger ihre maßnahmebezogenen Anreizstrukturen mit dem Ziel einer effizienteren Steuerung überdenken.

2. Perspektivwechsel

Ziel: Die Verantwortung für Personen/Personengruppen integriert die Zuständigkeit nach Maßnahmen, möglichst auch leistungsträgerübergreifend (Matrix-Struktur). Das Controlling-Konzept wird auch personen- und nicht nur maßnahmebezogen ausgerichtet.

Institutionalisiert wird die Verantwortung für die *gleichzeitig und nacheinander* von einer Person/Personengruppe in Anspruch genommenen Maßnahmen in Bezug auf

- Wirkung
- Kosten
- Effizienz = Kosten/Nutzen Verhältnis für die einzelne Person/Personengruppe

Nur bei den *Berufsgenossenschaften* gibt es eine lange und erfolgreiche Tradition mit *patientenbezogener Verantwortung*. Behandlung, Rehabilitation und Pflege sind in einer Hand (Finanzierung sowie Behandlungs- und Reha-Management). Dadurch wird die Behandlung, die Bedarf an Rehabilitation und Pflege mindert, sowie die Rehabilitation, die Behandlungsbedarf und Pflege mindert, auch ökonomisch sinnvoll, statt in jedem Maßnahmebereich zu sparen ohne Rücksicht auf die Folgen. Und die *Investition in die konsequente Prävention* von berufsbedingten Krankheiten (z. B. Asbest) und Unfällen spart Kosten für Behandlung, Rehabilitation, Pflege und Rente.

Es geht um maßnahmenübergreifende Steuerungsziele:

- *die Optimierung verschiedener Maßnahmen in der Wirkung, im Nutzen für die Patienten,*
- *die Optimierung der personenbezogenen Effizienz (Verhältnis von Wirkung und Kosten),*
- *die Optimierung des volkswirtschaftlichen Nutzens.*

Wir alle kennen den Druck, den Therapie-/Hilfe-Bedarf von Personen den historisch gewachsenen Finanzierungszuständigkeiten und Einrichtungskonzepten anzupassen. Wenn wir beklagen, dass betriebswirtschaftlich orientiertes Handeln zu nicht gewollten Ergebnissen führt, so ist der Vorwurf *nicht* an die zu richten, die sich an den geltenden Rahmenbedingungen orientieren.

Mit dem *Perspektivwechsel* geht es darum, das Versorgungssystem und seine Finanzierung an den Bedürfnissen und dem Bedarf der Menschen auszurichten:

Anstatt einer Angebotsorientierung, die von institutionell definierten Maßnahmen ausgeht entsprechend Finanzierung, Konzepten, Trägern, muss die Orientierung am Bedarf der Menschen in Regionen ausgerichtet werden und die *Maßnahmen als personenbezogene Therapie-Funktionen definiert werden*, die in die Lebensfelder der Patienten wirken (s. u. Punkt 4).

Insbesondere im SGB IX sind Normen kodifiziert mit dem Ziel, die Nachteile der Fragmentierung durch Leistungsträger- und Leistungserbringer-übergreifende Zusammenarbeit zum Nutzen der Patienten zu überwinden. Aber patientenorientierte Normen und Ziele in Gesetzen wirken nicht, wenn die starke betriebswirtschaftliche Steuerung des Handelns auf allen Ebenen im System der sozialen Sicherung auf Verantwortungsbereiche nach der Maßnahmelogik gerichtet bleibt.

Personen-/Nutzer-Orientierung muss *betriebswirtschaftlich lohnend* werden!

- Der Aufwand für die Zusammenarbeit ist nicht oder unzureichend in den Leistungsentgelten berücksichtigt.
- Die suchtspezifische Behandlung von Personen, die in frühen Phasen ihrer Suchtkarriere in somatische ambulante (Allgemeinärzte) oder stationäre (Krankenhaus-)Behandlung kommen, ist sehr wirksam, aber nicht oder unzureichend finanziert (siehe Vorträge z. B. von Andreas Heinz und Martin Driessen im Symposium 1)
- Mit der Soziotherapie (SGB V § 37 a) sollen ambulante Einzelleistungen für den Patienten integriert werden. Aber in »untergesetzlichen« Regelungen werden Suchtkranke ausgeschlossen, und für Patienten mit anderen Diagnosen wird die Realisierung extrem restriktiv betrieben – entgegen der gesetzlichen Norm »ambulant vor stationär«.

Die patientenbezogene Organisation der Versorgungsprozesse liegt im Interesse der Patienten und ist außerdem eine ökonomische Notwendigkeit. Mein Vortrag beschäftigt sich diesbezüglich primär mit der Finanzierung und ihren Rahmenbedingungen, zur Realisierung sind außerdem weitere Ebenen relevant, auf die ich an dieser Stelle nicht näher eingehen will. Es geht hier um *die Entwicklung konstruktiver ökonomischer Anreize im Finanzierungssystem für personenorientiertes Handeln.*

3. Wege zur personenbezogenen Verantwortung und Finanzierung

Es wird keine große Lösung der Problematik in einem Schritt geben können. Deswegen kommt es darauf an, Einigkeit über das Ziel am Horizont zu erreichen, und dann auf verschiedenen Wegen, vielleicht auch Umwegen, schrittweise voranzukommen. – Auf einige dieser Wege möchte ich nun eingehen.

3.1 Integrierte Versorgung nach § 140 a–d (SGB) V

Die richtige Grundidee hat Herr Wienberg schon dargestellt. Aber die übergeordneten Rahmenbedingungen strukturieren Interessen in andere Richtungen.

Der Wettbewerb unter den Kassen verhindert i. d. R. den *Populationsbezug* und den *Bezug auf die Zielgruppe ohne Risiko-Selektion*. Das immer

noch vorhandene Stigma in Verbindung mit schweren psychischen und Suchterkrankungen bewirkt, dass diese *Patienten von Kassen und Kliniken nicht wie Kunden, die Wettbewerb für sich nutzen und von Politikern nicht wie Wähler* umworben werden.

Diese Zielgruppen interessieren die Kassen nur, wenn die Leistungserbringer deutliche Erlösabschlüsse akzeptieren. Dass die Patienten sich einschreiben müssen, kann unter dem Gesichtspunkt Nutzer-Selbstbestimmung positiv bewertet werden, beeinträchtigt aber die Voraussetzungen für Effizienz. Je kleiner der Anteil nach IV-Vertrag zu behandelnder Patienten in einer therapeutischen Institution, umso größer ist der spezielle Organisationsaufwand pro Person.

Regionale Suchtkrankenversorgung auf der Basis von einem Flickenteppich von IV-Einzelverträgen nach Kassenarten und Diagnosegruppen – mit hohem Bürokratieaufwand? Und wer bleibt übrig? Wie ist die Maßnahmeorientierung in der Organisationsstruktur der Kassen, den Einzelverträgen und dem Wettbewerb unter den Kassen mit dem *Populationsbezug ohne Risiko-Selektion* (= regionale Versorgungsverpflichtung) unter einen Hut zu bringen? Die IV-Verträge müssten mit den letzten, den schwierigsten, den am wenigsten attraktiven Patienten beginnen und deren Versorgung betriebswirtschaftlich attraktiv gestalten – frei nach Klaus Dörner.

3.2 Netzwerke

Integrierte Versorgung kann bisher nicht zentralistisch »top-down« eingeführt werden, sondern gelingt nur soweit die dazu notwendigen Akteure (Leistungsträger und Leistungserbringer bis zu den Patienten) alle gemeinsam das wollen, weil sie darin einen Vorteil je für sich sehen. Das gilt auch für Netzwerke, doch wenn sich nicht alle Akteure auf die beste Lösung einigen können, dann kann man mit dem »Win-Win«-Ansatz auch zweitbeste Lösungen zustande bringen. Vor allem lassen sich Sozialeleistungsbereiche, z.B. Eingliederungshilfe, einbeziehen, die noch außerhalb der Reichweite von IV-Verträgen (§ 140 a–d) liegen.

Der Netzwerk-Ansatz spielt bei dieser Tagung eine zentrale Rolle, im Vortrag von Herrn Wienberg und in den folgenden Symposien (z. B. LÄNGLE 2008). Selbstständige Akteure tun sich zusammen, um Probleme zum Nutzen der Beteiligten zu lösen: nicht nur Akteure in der Suchthilfe, sondern auch Institutionen in anderen Sparten, für die im Netzwerk miteinander

zu kooperieren Sinn macht, weil sie (auch) für suchtkranke Personen mit medizinisch-psychiatrischen sowie sozialen Begleit- und Folgeproblemen tätig sind. Die Kooperation im Netzwerk kann ganz unterschiedlich nach Art, Umfang und Verbindlichkeit gestaltet werden. So kann von unten zusammenwachsen, was zusammengehört, auch ohne einen komplizierten IV-Vertrag abzuschließen oder ohne einen großen zentral gesteuerten Konzern zu schaffen.

Die Netzwerkpartner können unterschiedliche Profile der Kooperation bilden, z. B.:

- Kooperationsabsprachen zur patientenbezogenen Zusammenarbeit
- Abstimmung über Therapie-Konzepte und Patienten-Versorgungspfade über Schnittstellen hinweg
- Fortbildung, z. B. fallbezogene Supervision über die Grenzen von Institutionen hinweg
- Qualitätsmanagement – gemeinsam getragen von den an der Versorgung der regionalen Zielgruppe beteiligten Institutionen
- Personalsharing bei betrieblicher Eigenständigkeit, traditionellen Erlösen und transparenter Personalkostenzuordnung
- Entkoppelung/Matrix von patientenorientierter Therapieorganisation versus Controlling von Erlösen und Personalkosten nach traditioneller Maßnahmeorientierung,
- Partner – intern abgestimmt – verhandeln separat mit Leistungsträgern
- Die Partner bringen Teile ihres Betriebes in eine gemeinsame gGmbH ein, die der Verhandlungspartner im Außenverhältnis wird.

Ich will kurz auf unsere Erfahrungen in Kassel eingehen, um deutlich zu machen, was mit administrativer Fantasie auch schon bei traditioneller Finanzierung erreichbar ist (KUNZE/SCHMIDT-MICHEL 2009). Dass die Lösung der großen Probleme noch aussteht, darf nicht als Entschuldigung dienen, warum man jetzt nichts tun könnte.

Region Kassel – Am weitesten entwickelt ist die Zusammenarbeit in Bezug auf die Zielgruppe Alkoholranke: Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bad Emstal (mit Außenstellen in Kassel und Hofgeismar), und »Das Blaue Kreuz« in Kassel kooperieren auf verschiedenen Ebenen – bei traditioneller maßnahmebezogener Finanzierung: Das Blaue Kreuz hat einen für regionale Suchtkrankenversorgung hervorragend geeigneten Standort neben dem ICE-Bahnhof in »Bad Wilhelmshöhe« und bringt Kapazitäten für Suchtberatung, medizinische

Rehabilitation und Teilhabeleistungen ein. Die Alkoholabteilung der Klinik verfügt über zwei Stationen in Bad Emstal (ungünstiger Standort 20 km außerhalb von Kassel) und die Tagesklinik in Kassel, beide Standorte mit integrierter Ambulanz sowie Betreutes Wohnen. Die Klinik teilt ihren Leitenden Abteilungsarzt (und weiteres medizinisches Fachpersonal) mit der Abteilung medizinische Rehabilitation des Blauen Kreuzes, die Schwierigkeiten hatte, dieses Fachpersonal selbst zu gewinnen. Die Klinik ist (als Mieter) mit der Suchttagesklinik und der integrierten Institutsambulanz Sucht in die verkehrstechnisch hervorragend gelegenen Räume des Blauen Kreuzes gezogen und kauft einige nicht-ärztliche therapeutische und andere Leistungen vom Blauen Kreuz dazu. Die Institutambulanz kooperiert eng mit der Suchtberatungsstelle des Blauen Kreuzes sowie dem Betreuten Wohnen und dem Wohnheim für Suchtkranke. Das jüngste Kind der Kooperation ist die »Ambulante Medizinische Rehabilitation gGmbH« (ganztags ambulant und ambulant im üblichen Sinne) mit den beiden Gesellschaftern Zentrum für Soziale Psychiatrie Bad Emstal und Blaues Kreuz Kassel.

Von besonderer Bedeutung sind die Konzeptabstimmungen, die enge Kooperation und insbesondere die vielfältigen Brücken durch wichtige therapeutische Bezugspersonen über die kostentechnischen Schnittstellen zwischen den Maßnahmen hinweg, die Kontinuität ermöglichen, im Sinne von Herrn Wienberg: »aus Schnittstellen werden Nahtstellen«. Die Zielgruppen bezogene Vernetzung mit Kooperationspartnern funktioniert besser in Verbindung mit Zielgruppen bezogener Abteilungsgliederung in der Klinik.

Die Umorientierung der Suchthilfe zur Verantwortung für die erkrankten und gefährdeten Personen in einer Region wird gelingen, *wenn*

- die Leistungsträger auch Effizienzsteigerungen (Verbesserung des Verhältnisses von Nutzen und Kosten) finanziell belohnen
- die Leistungsträger für Umstellungszeiten Schutz durch Budget-Neutralität zusagen
- die Leistungserbringer sich auch den bisher unterversorgten Zielgruppen – Suchtkranke außerhalb der »Suchthilfe« – zuwenden zum Ausgleich für durch Effizienz freigesetzte Ressourcen und dazu *zielgruppenbezogene Netzwerke* bilden oder *Integrierte Versorgungsverträge* abschließen,
- deren Qualität steigt durch verbindliche Konzepte/Versorgungspfade, bei komplexem Bedarf: Personenbezogene integrierte Hilfeplanung mit Abstimmung in der regionalen Hilfeplankonferenz, Therapeutenbrücken über Einrichtungs-/Leistungsträgergrenzen hinweg, kurz: regionales Qualitätsmanagement

- deren Wirtschaftlichkeit steigt durch Personalsharing, Sharing von Service- und Verwaltungsdienstleistungen, Organisationsoptimierung u. a. m.,
statt miteinander um dieselben nach Maßnahmen definierten Zielgruppen zu konkurrieren.

Informierte Nutzer in der Region und deren kompetente Berater, insbesondere die Profis außerhalb der Suchthilfe werden durch ihre *Nachfrage nach qualifizierter wohnortnaher Hilfe den Schub für die Weiterentwicklung der Suchthilfe verstärken.*

Aber Achtung – Gefahr des Missbrauchs: Die Patientenorientierung pervertiert, wenn sie primär betriebswirtschaftlich als »Wertschöpfungskette« und zur »Kundenbindung« im institutionellen Eigeninteresse missbraucht wird.

3.3 Therapeutischer Nutzen und Finanzierung

Von großem therapeutischen Nutzen ist das Prinzip der *kumulativen Kontinuität der gemeinsamen Erfahrungen* von Patienten (und Angehörigen) und Therapeuten mit der Krankheit, ihrem Erleben, dem Behandeln und dem Bewältigen auch über die Wechselfälle längerer Zeiten hinweg. Dies geschieht möglichst im wirklichen Leben und mit den wichtigen Bezugspersonen im privaten Alltag, in Ausbildung/Arbeit und Beschäftigung sowie Freizeit.

Diese Lebensfelder und realen Beziehungen sind die Medien für die subjekt- und lebensfeldorientierte Diagnostik und Therapie mit psychotherapeutischer Dimension (KUNZE 2005).

Bei den Reha-Leistungsträgern ist dieses Therapieverständnis unter Bezug auf das ICF-Konzept als konzeptioneller Grundlage in der Entwicklung verankert und z. B. in der »RPK (Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte)-Empfehlungsvereinbarung vom 29.09.2005« umgesetzt (www.bar-frankfurt.de >>Empfehlungen).

Strukturelle Voraussetzung dafür ist die Vernetzung der für die regionale Zielgruppe tätigen suchtspezifischen Institutionen einerseits und darüber hinaus die Vernetzung mit den Dienstleistern, für die die Personen mit medizinischen oder anderen Problemen im Zusammenhang mit Sucht »nur« eine Teilmenge ihrer Versorgungsaufgaben sind.

Integration und Normalisierung der Versorgung bedeutet:
Regionaler Suchthilfe-Verbund in *Kooperation* mit

A. *Medizinischer Behandlung:*

- somatisch allgemein-/fachärztlich, ambulant/stationär
- psychiatrisch-psychotherapeutische Fachpraxen u. a.
- psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken, auch tagesklinisch, ambulant

B. *Soziale und Ordnungsfunktionen:*

- Allgemeine Sozialdienste
- Erziehungshilfen für Kinder und Jugendliche
- Eingliederungshilfe/Hilfe zur Teilhabe
- Altenhilfe
- Hilfen für Menschen mit Problemen im Wohnbereich
- Bildung und Arbeit
- Ordnungsamt/Polizei
- Forensik/Justizvollzugsanstalt

C. und den »normalen« Dienstleistern im wirklichen Leben wie Betrieben, Geschäften, Kino, Kirchengemeinden, Vereinen, Sportstadien ...

4. Neuer Maßnahmebegriff: personenbezogene therapeutische Funktionen, die möglichst ins reale Leben hinein wirken

Bei der institutionszentrierten Definition von Maßnahmen (im Bereich Behandlung, Rehabilitation, Pflege, Eingliederung) finden die therapeutischen Aktivitäten *in* einer entsprechend bezeichneten Einrichtung statt, z.B. *Rehabilitation bzw. Eingliederung:*

... in Arbeit *in* einer Einrichtung mit Arbeitstherapie,

... ins Wohnen *in* einem Wohnheim,

... in Freizeit *in* einer Tagesstätte usw. ...

... zur Alltagsbewältigung ohne Suchtmittel *in* einer Suchttherapie-Einrichtung.

Aber dieses Prinzip wird ja schon länger nicht mehr konsequent eingehalten:

Beispiele:

- *Freizeitgestaltung für einen Suchtkranken, der fußballbegeistert ist:*
 - *institutionelle Variante – in der Einrichtung Fernsehen oder Tischfußball;*
 - *traditionelle Fachleistung – Therapeut geht mit Patient ins Stadion oder zum Training;*
 - *Normalisierung fördernde Fachleistung – Therapeut vermittelt Fußball-Freundschaft mit einem Vereinsmitglied (Konzept »Psycho-Paten)*

- Zur Suchttherapie gehört inzwischen die frühe Exposition mit Alltagsanforderungen, bei deren Bewältigung der Patient bisher Suchtmittel konsumiert hat.
- Beim sogenannten Betreuten Wohnen wurden die Rehabilitanden zunächst in dafür bereitgestellte Wohnungen platziert, bis auch zugelassen wurde, sie ohne institutionellen Umweg in ihrer eigenen Wohnung »einzugliedern«.

Offensichtlich führt die Platzierung in eine entsprechende Einrichtung oft zur Ausgliederung aus dem bisherigen Wohnfeld und dem bisherigen Alltagsleben und zur »Abhängigkeit« vom institutionellen Umfeld. – Aus der therapeutischen Erfahrung, insbesondere der Verhaltenstherapie, wissen wir schon lange, wie schwierig der Transfer der psychosozialen Therapiefortschritte von der therapeutischen Institution ins wirkliche Leben der betroffenen Menschen ist (KUNZE 2005).

Für die Rehabilitation von schwer psychisch kranken Menschen in betriebliche Arbeit ist die hohe Wirksamkeit des Prinzips »First place, then train« – statt umgekehrt – mit großen randomisierten Untersuchungen bewiesen (BURNS et al. 2007; RÖSSLER et al. 2008).

Die Hypothese, dass dies auch für die Rehabilitation im Wohnbereich sowie für andere Zielgruppen (z. B. Suchtkranke) gilt, ist auf vergleichbarem methodischen Niveau bisher noch nicht untersucht worden.

Der Bezug zum wirklichen Leben ist auch für die Suchtkranken von entscheidender therapeutischer Bedeutung. Darauf geht Martin Reker in seinem Beitrag in diesem Tagungsband unter Bezug auf den »Community Reinforcement Approach (CRA)« besonders ein (MEYERS & SMITH 2007).

Der sehr erfolgreiche, sorgfältig beforschte ALITA-Ansatz aus Göttingen hat bisher keine Regelfinanzierung erreicht, weil er sich mit dem Konzept zwischen alle bisherigen Finanzierungs-Stühle gesetzt hat. Aber in Hamburg können sich Selbstzahler nach diesem Konzept behandeln lassen (http://www.alita-olita.de/de/index_de.html).

Jedoch zeichnet sich eine Zeitenwende hin zu *personen- und lebensfeldorientierten therapeutischen Funktionen* ab, die die institutionsorientierten Maßnahmen ablösen: Die Arbeits- und Sozialminister-Konferenz (ASMK) hat beschlossen, die Eingliederungshilfe künftig als komplexe Maßnahme personen- und lebensfeldbezogen zu konzipieren – nicht mehr von der Institution her (85. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2008; www.hamburg.de/konferenzen/831788/asmk-beschluesse.html; Vorschlagspapier der

Bund-Länder-Arbeitsgruppe »Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen« der ASMK www.lapkmv.de/richt_files/attachments/fremdeVeroeffentlichungen/vorschlagspapier_eingliederungshilfe.pdf).

Selbstverständlich werden weitere Institutionen benötigt, auch zum Wohnen oder Arbeiten, und sei es zur Organisation der therapeutischen Dienstleistungen in den Lebensfeldern. Mit diesem Ansatz wird aber die Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Eingliederungshilfe überflüssig, mit weitreichenden positiven Folgen. – Dieser konzeptionell zukunftsweisende Ansatz darf aber nicht als Sparmodell in Verruf kommen.

Damit kann die finanzierte Profi-Zeit dazu genutzt werden, den Patienten/Rehabilitanden in seiner Lebenswirklichkeit bzgl. Wohnen, Bildung/Arbeit, Freizeit ... zu befähigen, mit den Anforderungen zurechtzukommen, und die im Lebensfeld relevanten Bezugspersonen einzubeziehen. Dazu gehören ggf. auch die Profis von »normalen« Dienstleistern und Kontroll-Institutionen, die sich mit dem »abweichenden Verhalten« im Zusammenhang mit der Sucht befassen. Es muss also ein erheblicher Anteil der finanzierten Profi-Zeit für die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen in den relevanten Lebensfeldern und den Profis außerhalb der Suchthilfe vorgesehen werden.

Im Bereich *Rehabilitation* gibt es seit dem 29.09.2005 eine neue Empfehlungsvereinbarung für psychisch Kranke (RPK), erarbeitet von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR auf der Grundlage des ICF-Konzepts). Die RPK-Empfehlungsvereinbarung stellt die »ganztags ambulante«, auf das wirkliche Leben der Patienten bezogene Therapie in den Vordergrund, die stationäre RPK-Rehabilitation kommt durch *Ergänzung (!)* des »ganztags ambulanten« Therapieprogramms um therapeutisch angeleitetes Wohnen und Alltagbewältigung in der Einrichtung zustande. – Hier ist es erstmals gelungen, primär von der lebensfeldbezogenen komplexen Tagestherapie auszugehen, statt sie wie bisher von der vollstationären Therapie abzuleiten. Eine der RPK in Bezug auf die »ganztags ambulante« medizinische Rehabilitation analoge Sucht-Vereinbarung wäre ein konkreter Fortschritt.

Wir möchten hoffen, dass diese Orientierung – *das wirkliche Leben als Therapiemedium* wenn immer möglich zu nutzen – auch bei der Finanzierung von Krankenhausbehandlung und der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ins SGB XI zum Tragen kommt.

Die politische Durchsetzung und die praktische Umsetzung dieser grundlegenden Umorientierung der Finanzierung werden große Anstrengungen erfordern, weil oft die politische Lobby des bestehenden Systems einflussreicher ist als die Lobby für ein zukünftiges System. Dafür gibt es verschiedene Gründe, z. B. die bestehenden betriebswirtschaftlichen Interessen (z. B. Verwertung der Immobilien, die immobil machen) sollen nicht gefährdet werden; das materielle Sein bestimmt auch das konzeptionelle Bewusstsein (s. Abb. 1).

5. Die gesellschaftliche und politische Herausforderung

Wettbewerbs- und Berufsfreiheit haben die Angebotsplanung durch die Kommunen und Länder abgelöst.

Allgemeine Aufgabe für Politik und Leistungsträger ist, die Rahmenbedingungen inkl. Finanzierung so zu gestalten, dass die unterschiedlichen Akteure die politisch gesetzten Ziele verfolgen, auch wenn sie sich an den geltenden Rahmenbedingungen und ökonomischen Anreizen orientieren.

Wichtig für die Zukunft ist die Verknüpfung von *Entgeltsystem und regionalem Qualitätsmanagement* mit folgenden zu berücksichtigenden Anforderungen:

- Beteiligung an der regionalen Versorgungsverpflichtung für Zielgruppe
- Wirkungen für Person in ihren Lebensfeldern, Lebensqualität
- individuell modularisierte Therapie statt Standardpakete
- Personenbezogene Steuerung, über Maßnahmegrenzen hinweg
- individuelle integrierte Behandlungs- und Reha-Planung
- Teilnahme an regionaler Hilfeplankonferenz (bei komplexem Hilfebedarf)

Die Politik hat entschieden, dass sie ein Versorgungssystem will,

- das die Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Menschen in den Mittelpunkt stellt,
- das die Hilfen effizient erbringt im Interesse der Betroffenen, der Beitrags- und Steuerzahler,
- das die Belastungen und Kosten der von Krankheit und der nicht davon Betroffenen zu einem gerechten Ausgleich bringt.

Dieses Versorgungssystem zu gestalten, ist die gemeinsame Aufgabe der Bürgerschaft, der Leistungserbringer, der Leistungsträger, der Verwaltungen, der Verbände und Fachgesellschaften – in Verbindung mit der Politik.

Literatur

- BURNS, T./CATTY, J./BECKER, T./DRAKE, R.E./FIORITTI, A./LAIBER, C./RÖSSLER, W./TOMOV, T. BUSSCHBACH, J. van/WHITE, S./WIERSMA, D. for the EQOLIZE Group (2007): The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*; 370: 1146–1152.
- KUNZE, H. (2009): Der Weg von der Psychiatrie-Enquete (1975) bis zu den neuen Versorgungsformen. In: WEATHERLY J.N., LÄGEL R.: *Neue Versorgungsansätze in Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik*. S. 9–20; Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- KUNZE, H. (2005): Psychosoziale Therapie als rehabilitative Behandlungsmaßnahme für psychisch Kranke. In: FRIEBOES R.-M., ZAUDIG M., NOSPER M. (Hg.) *Rehabilitation bei psychischen Störungen*, S. 73–95. Urban & Fischer, München – Jena
- KUNZE, H./SCHMIDT-MICHEL, P.-O. (2009): Personenbezogene Behandlung durch psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken und ihre zukünftige Finanzierung. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE et al. (Hg.) *Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie*, S. 213–229. Tagungsberichte 35, Psychiatrie-Verlag, Bonn. – Der Beitrag wurde gleichzeitig in den *Sozialpsychiatrischen Informationen* 01/2009 publiziert.
- LÄNGLE, G./RÖHM, A. (2008/3): Suchtkrankenhilfe sozialpsychiatrisch organisiert: das kommunale Suchthilfenetzwerk im Modell-Landkreis Reutlingen. *Psychosoziale Umschau*, S. 6–9.
- MEYERS, R./SMITH, J.E. (2007): *CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit*. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- RÖSSLER, W./BÄRTSCH, B. (2008): Supported employment – ein neuer berufsintegrierender Ansatz. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, SCHMIDT-ZADEL R., PÖRKSEN N. (Hg.) (2008): *Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung*. Tagungsberichte 34. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Konsequent von der Person her denken – was bedeutet das?!

Martin Reker

»Von der Person her denken« – das ist ein Anspruch, der in der Arbeit in psychosozialen Arbeitsfeldern so banal ist, dass man sich fragen muss, was eine solche Themensetzung auf einer Tagung für »Vollblutprofis«, zu einem nicht unerheblichen Teil mit Leitungsverantwortung, sprich für die »Macher« im System, eigentlich leisten soll. »Eulen nach Athen tragen«, nennt man das wohl.

Nun ist das speziell in der Arbeit mit Suchtkranken doch nicht so einfach. Schließlich haben Suchtkranke ja das Problem, dass sie etwas wollen, was ihnen nicht guttut, nämlich Alkohol trinken und Drogen konsumieren. Dass sie etwas wollen, was sie eigentlich ja nicht wollen sollen (weil es ihnen nicht guttut) nennt man Sucht.

Was bedeutet das für die Helfer und Therapeuten in der Suchthilfelandtschaft? Sie müssen einschätzen können, was Suchtpatienten gut täte und müssen sie – die Suchtpatienten – dazu bringen, dass die – wieder die Suchtkranken – das auch richtig finden können. Motivation nennen wir das.

Das klappt nicht immer gleich gut. Häufig stimmen einem die Patienten schnell zu, dass sie abstinent leben müssten, schwören manchmal, nie wieder Drogen konsumieren zu wollen, und kaum sind sie aus der Tür raus, sind sie schon wieder rückfällig. Offenbar sind sie entweder zu schwach – das ist dann eben wieder die Sucht – oder sie sind eben doch Lügner und belügen sich am meisten natürlich selbst.

Was folgt daraus? Man arbeitet am besten doch nur mit denen, die es wirklich »ehrlich« meinen oder man muss etwas strengere Seiten aufziehen und die Uneinsichtigen die Folgen ihres Handelns richtig spüren lassen – allein schon, um im eigenen professionellen Verhalten nicht als »co-abhängig« und damit inkompetent in Erscheinung zu treten.

Insofern: »Konsequent von der Person her denken« erscheint zumindest für den Umgang mit Suchtkranken nicht immer der beste Weg zu sein. Besser erscheint es, *für* die Personen zu denken und *für* die Betroffenen Versorgungssysteme zu planen, der Beitrag hätte also eigentlich heißen müssen: »Konsequent *für* die Person denken«.

Zu spät: Das Programm ist gedruckt, der Tagungsband beschlossen, das Versprechen gemacht: Ich werde versuchen, den Beitragstitel wörtlich zu nehmen und zu überlegen, was es bedeuten könnte, »konsequent von der Person

her zu denken«. Was wäre der Anfang von allem? Als Arzt müsste ich sagen: Am Anfang steht die Diagnose. Die Diagnose heißt: Abhängigkeitserkrankung, z. B. Alkohol. International Classification of Diseases: ICD 10 Nr. 10.2. In jedem ordentlichen psychiatrischen oder suchtmmedizinischen Lehrbuch oder auch in den Leitlinien der Fachgesellschaften steht, was da zu tun ist.

Nun ist das was anderes, als »konsequent von der Person her denken«. Die individuellen Personen kategorisieren sich meist nicht in Diagnosen, und Patienten mit Suchtproblemen schon gar nicht. Es kommt relativ selten vor, dass sich Patienten vorstellen und sagen: »Ich habe eine Abhängigkeitserkrankung und möchte mich von Ihnen behandeln lassen!«

»Konsequent von der Person her denken« würde bedeuten, die Personen selbst zu fragen, was sie eigentlich möchten. Ich möchte an dieser Stelle offen lassen, falls Sie mit Suchtpatienten arbeiten, *ob Sie* das regelhaft machen und *wann* im Behandlungsprozess Sie das machen. Sie können sich die Frage ja zunächst einmal selbst beantworten.

Ich möchte mich an dieser Stelle mal etwas aus der Deckung wagen und behaupten: *Es geht in der Suchtkrankenhilfe nicht darum, was die Patienten machen wollen, sondern was sie machen sollen.* Sie, die Suchtpatienten, sollen ihren Suchtmittelkonsum unter Kontrolle bringen, sie sollen entgiften, sie sollen eine Therapie machen und sie sollen zuhören, was Therapeuten ihnen zu sagen haben, damit sie ihr Leben wieder in den Griff bekommen. Es gibt Kollegen, die nennen das Psychoedukation (ich nicht).

Wieder zum Ausgangspunkt zurück: Was würde es bedeuten, Menschen mit Suchtproblemen zu fragen, was sie, die Suchtpatienten wollen. Nun gibt es viele Wege, Menschen mit Suchtproblemen das zu fragen. Es ist ja eigentlich eine sehr einfache Frage. Das Problem könnte höchstens sein, dass die Patienten ihnen nicht glauben, dass Sie als Therapeut wirklich daran interessiert sind, was sie – die Suchtpatienten – wirklich wollen. Insofern könnte es leicht so sein, dass die Patienten ihnen das antworten, was sie als Suchtpatientinnen glauben, dass sie es wollen sollen, dass Sie also Gefälligkeitsantworten bekommen ... Ich bin mir ziemlich sicher, dass das ziemlich häufig vorkommt. Im Jargon bezeichnet man das ja mit der einfühlsamen Formulierung »Therapeuten füttern«.

... was wiederum zum Ausdruck bringt, dass auch Menschen mit Suchtproblemen eigentlich freundliche Menschen sind, denen vornehmlich daran gelegen ist, dass es dem Therapeuten gutgeht, dass er nicht enttäuscht ist, dass er nicht die Hoffnung verliert und von seinem Suchtpatienten einen guten Eindruck hat.

Letzter Anlauf: Was würde es bedeuten, »konsequent von der Person her« zu denken, wie könnte das gehen. Es gibt viele Wege dorthin, ich möchte Ihnen exemplarisch einen Zugang vorschlagen, mit dem ich in den letzten Jahren viele gute Erfahrungen gesammelt habe, und das ist der »Community Reinforcement Approach« (CRA). Dieser, in den USA von Azrin und Hunt entwickelte Behandlungsansatz soll hier nicht im Mittelpunkt stehen, deswegen möchte ich die Interessierten auf das Manual von Meyers und Smith verweisen, das 2007 von unserer Bielefelder Arbeitsgruppe übersetzt im Psychiatrie-Verlag erschienen ist und dessen druckfrische 2. Auflage Sie im Buchhandel erwerben können.

In diesem Behandlungsansatz wird als primärer Ausgangspunkt eine Zufriedenheitsskala genutzt, die im Amerikanischen etwas großspurig, wie ich finde, als »Happiness Scale« bezeichnet wird. Auf dieser sehr einfach gestrickten Skala kann der Patient auf einer Skala von 1 bis 10 seine Zufriedenheit im Hinblick auf 18 verschiedene Lebensbereiche äußern. Im Anschluss wird in einer gemeinsamen Zielbestimmung überlegt, welche Lebensfelder befriedigend geregelt sind und wo es Handlungsbedarfe gibt, zunächst weitgehend unabhängig von dem vorbestehenden Suchtproblem. Letzteres wird separat abgefragt unter dem Gesichtspunkt, wie zufrieden sind *Sie* als Patient aktuell mit Ihrem aktuellen Konsumverhalten?!

Aufgabe des »Therapeuten« ist es nun, bei der Zielbestimmung zu helfen. Um alltagstauglich zu sein, müssen die Ziele kurz, konkret und realistisch sein. Um diese Qualitätskriterien zu erfüllen, bedarf es in der Regel schon einiger Kraftanstrengung. Dann müssen diese möglichst kleinschrittigen Ziele in eine Hierarchie gebracht werden. Bei der praktischen Umsetzung benötigen viele Patienten Ermutigung und Unterstützung, weil der Markt verfügbarer Hilfen zersplittert und unübersichtlich ist. Und dann beginnt die gemeinsame Arbeit mitten im Leben. Am besten ambulant natürlich, wo das Leben stattfindet. Alle Patienten, die für die Umsetzung ihrer eigenen Ziele einen geschützten Rahmen benötigen, werden in stationäre Hilfen vermittelt. Vom Patienten her gedacht ist meist der Wunsch vorrangig, zu Hause bleiben zu dürfen.

Was ist da nun Besonderes dran?!

Ausgangspunkt des Planungsprozesses ist *nicht* das Suchtproblem, sondern der subjektive Wunsch eines Patienten, eine eigene Wohnung zu haben, wieder arbeiten zu können, eine Partnerin/einen Partner zu finden, das Sorgerecht behalten zu können oder den Führerschein zurückzuerhalten. Manchmal ist es auch nur der Wunsch, nicht ins Gefängnis gehen zu müssen.

Ausgehend von *diesem*, vom Patienten selbst bestimmten Ziel wird gemeinsam überlegt, welche Hilfen und Veränderungsprozesse nötig sind, um das zu verwirklichen. Dabei *kann* eine Veränderung des Suchtverhaltens nötig sein, *muss* es aber nicht. In der Regel ist es aber so, dass die gewünschten Ziele nur verfügbar sind, wenn Konsumkontrolle oder Abstinenz zumindest vorübergehend erreicht werden. Ist das gewünschte Ziel auch ohne Konsumkontrolle erreichbar, wollen die Patienten meist auch nicht aufhören zu konsumieren. Das ist dann auch legitim und keine fehlgeschlagene Behandlung.

Zusammenfassend lässt sich hier sagen: Der Therapeut tritt mit keinerlei normativem Anspruch an den Patienten heran, Ausgangspunkt ist immer zunächst der Wunsch des Betroffenen. Die Grenzen dieser Wünsche finden sich – wie bei jedem anderen Bürger auch – bei der Verletzung der Rechte und Bedarfslagen Dritter. Häufig sind solche Grenzen in (Straf-)Gesetzen und staatlichen Verordnungen niedergelegt. Oft ist die Grenze auch das Selbstbestimmungsrecht anderer Menschen oder begrenzt verfügbare Ressourcen. Diese Grenzen müssen natürlich auch Suchtpatienten respektieren lernen – wie jeder Bürger. Das sind die Grenzen des Machbaren.

Beispiele

Stellen Sie sich vor, ein Quartalstrinker, der unter Alkoholeinfluss seinen Führerschein verloren hat, will seine Fahrerlaubnis wieder haben. Eigentlich möchte er sein Konsumverhalten nicht ändern und trotzdem den Führerschein wieder haben. Sie sagen ihm zu, dass Sie ihm helfen wollen, den Führerschein zurückzuerhalten. Gemeinsam befassen Sie sich mit den Anforderungen, die die Führerscheinerlassverordnung (FeV) vorsieht. Da diese Anforderungen höher sind als das, was der Patient einbringen will, geraten Sie mit ihm in eine Diskussion. Dabei geht es um realistische Selbsteinschätzung, Verantwortung gegenüber Dritten, Wahrhaftigkeit gegenüber Behörden, den Zusammenhang von Alkoholkonsum und Unfallgefährdung, den Reiz des Autofahrens überhaupt u. v. m. In diesem hoch dynamischen Prozess, den Viktor von Weizsäcker mal als »Situationstherapie« bezeichnet hat, geht es darum, dass der Patient in einer ernsthaften Auseinandersetzung mit seinem Gegenüber seine eigenen Bedürfnisse gegeneinander abwägt, um dann für sich einen Weg zu beschreiten. Dieser Weg verläuft konstruktiv, wenn der Patient über Konsumkontrolle, Verzicht und selbstkritische Reflexion sein Verhalten ändert und den Führerschein quasi »als Belohnung« zurückerhält. Das ganze kann aber auch schief gehen. Der Patient entscheidet sich, weiter kontrolliert zu konsumieren, vor Laborkontrollen den Alkohol rechtzeitig abzusetzen und dem Medizinisch-Psycho-

logische-Untersuchung-Psychologen nach dem Munde zu reden. Hier würde man sich als Therapeut am besten distanzieren, der Betroffene übernimmt selbst die volle Verantwortung für sein Handeln; der Verlauf bleibt abzuwarten.

Ähnlich könnte es sich mit einer drogenabhängigen Patientin verhalten, deren beide Kinder in Obhut genommen worden sind und die nun um ihr Sorgerecht kämpft. Das Jugendamt hat nach wiederholten Fehlschlägen jegliches Vertrauen in die Mutter verloren. Der Kampf mit dem Suchtdruck ist für die junge Frau jeden Tag wieder ein extrem harter Kampf. Was könnte getan werden? Im gemeinsamen Gespräch miteinander wird deutlich, dass die Patientin nur dann eine Chance hat, die Kinder zurückzubekommen, wenn sie selbst etwas tut, um das Vertrauen des Jugendamtes zurückzugewinnen. Sie muss sich dafür verschiedenen Verbindlichkeiten unterwerfen, die sie auch kontrollieren lassen will, aber nicht, weil Dritte das einfordern, sondern weil sie es benötigt, um bei Jugendamt wieder einen Vertrauensvorschuss zu erhalten, damit sie alleine die Kinder sehen darf. Um das alles überhaupt leisten zu können, benötigt die Frau sehr viel Unterstützung, z. B. Ablehnungstraining, um Konsumangebote in der Szene zurückweisen zu können, Eingliederungshilfe, um mit den überfordernden Schriftsachen fertig werden zu können, einen Psychotherapeuten, um die quälenden Erinnerungen früher sexueller Übergriffigkeiten unter Kontrolle zu behalten. Oft ist das alles für eine drogenabhängige Patientin eine Überforderung und die Patientin muss einsehen, dass sie die Kinder alleine nicht versorgen kann. Dann geht es um alternative Versorgungsmodelle, die die Patientin annehmen können soll. Manchmal gelingt das, manchmal nicht. Viel liegt – auch hier – in der Eigenverantwortlichkeit der Patientin.

All das können die meisten Suchtpatienten aus eigener Kraft nicht bewältigen. Sie brauchen dafür Hilfe und Unterstützung. Zu den Bedarfen gehört:

- Formulierung eigener Bedürfnisse
- Überprüfung der Bedürfnisse im Hinblick auf ihre Realitätstauglichkeit
- Hierarchisierung der Bedürfnisse nach ihrer Dringlichkeit und Bedeutsamkeit
- Erstellung eines kleinschrittigen realistischen Handlungskonzeptes
- Rekrutierung eigener und externer Ressourcen
- Erprobung eigener Grenzen durch »Try and Error«
- Vertretung eigener Interessen und Bedürfnisse in der Außenwelt, insbesondere gegenüber Institutionen, aber auch gegenüber Familie, Arbeitsgeber und Hilfesystem

Ich wiederhole an dieser Stelle: Das Kernproblem bei der Verwirklichung von Hilfen »konsequent von der Person her« ist, dass die betroffenen Menschen in der Regel selbst komplett damit überfordert sind, Ziele für sich adäquat und realistisch zu formulieren, in eine Hierarchie einzubringen, eigene Grenzen akzeptieren zu lernen und die herausgearbeiteten Bedarfe gegenüber der Außenwelt angemessen zu vertreten. Solange das aber nicht gelingt, verlaufen alle Hilfen, die »konsequent von der Person her gedacht« sein sollen, ins Leere.

Was benötigt man hier: Man benötigt nicht nur einen »Fall-Manager«, weil es nicht nur um Management geht, sondern auch um eine intensive kontroverse Auseinandersetzung mit der Person. Man benötigt auch nicht nur einen Psychotherapeuten oder Suchtberater, weil es nicht nur um die seelischen und suchtspezifischen Störungen geht, sondern auch und vor allem um sehr praktische Hilfen. Man benötigt aber auch nicht nur Sozialarbeit, weil es auch darum geht, die besonderen Handycaps der Betroffenen angemessen einzubeziehen, zu fördern und die Interessen der betroffenen offensiv, selbstbewusst und institutionsneutral im Hilfesystem zu vertreten. Und es reicht natürlich auch nicht, gesetzlicher Betreuer zu sein, weil es nicht nur um die formale Vertretung von Rechtsansprüchen geht, sondern um eine sehr anspruchsvolle psychosoziale Tätigkeit, die weit über die Regelung formaler Rechtsfragen hinausgeht. Trotz allem vertreten Fall-Manager, Therapeuten, Suchtberater, Sozialarbeiter und gesetzliche Betreuer natürlich wichtige Aspekte des gemeinten. Letztlich geht es um etwas, was ich hier einmal als »Coach« bezeichnen möchte. Anteile davon sind z. B. im »Primary Nurse« System verankert, dass als Pflegemodell in der Psychiatrie in manchen Kliniken umgesetzt wird. Ich denke auch, dass es Kollegen in der ambulanten Eingliederungshilfe und in der Suchtberatung gibt, die ihre Aufgabe so verstehen. Aus meiner Erfahrung verwirklichen die meisten der Kollegen dabei aber eher einen privaten Anspruch an die eigene Arbeit als einen Auftrag des Hilfesystems. Letzteres – also das Hilfesystem – möchte nämlich – das möchte ich hier mal behaupten – vor allem reibungslos funktionieren. Übermäßig autonome Patienten mit einem selbstbewussten »Coach« an der Seite könnten da schnell Ansprüche an ein Hilfesystem stellen, die das System nicht erfüllen will.

Auch soziale Systeme – gerade wenn sie jetzt auch zunehmend nach marktwirtschaftlichen Prinzipien funktionieren sollen – verkaufen natürlich am liebsten nicht individualisierte Hilfen, sondern Einheitsprodukte. Sonderwünsche machen Dienstleistungen kompliziert, anstrengend und

unrentabel. Zudem wollen hochqualifizierte Fachkräfte gut bezahlte hochqualifizierte Arbeit machen dürfen und nichts, was sie selbst als klassische Sozialarbeit ansehen würden.

Die beschriebene »Coaching«-Tätigkeit müsste also erheblich qualifiziert und aufgewertet werden. Wenn eine Person die oben beschriebenen Tätigkeiten adäquat umsetzen möchte, erfordert das eine klare Aufgaben- und Verantwortungszuschreibung, eine erheblich bessere Qualifizierung und eine starke Position im Hilfeplanungsprozess.

Gehen wir nun noch einmal zur Ausgangsfrage zurück: Konsequent von der Person her denken – was würde das bedeuten? Es würde bedeuten, dass man die hilfesuchenden Patienten durch die Bereitstellung individueller koordinierender Bezugspersonen so stärken und fördern müsste, dass sich ein neues Kräftegleichgewicht zwischen dem Markt psychosozialer Hilfen und den gehandicapten Betroffenen herstellt. Wenn das gelingen würde und die Betroffenen unterstützt durch ihre koordinierenden Bezugspersonen die eigenen Bedürfnisse so klar äußern dürften, dann bedürfte es nach meiner Überzeugung nicht mehr so starker Regulierungsprozesse. Dann würden nämlich tatsächlich die Gesetze des Marktes die Anbieterseite steuern.

Ich persönlich glaube sogar, dass viele der bestehenden Anbieter ihren bestehenden Platz halten könnten, weil unser Suchthilfesystem ja eigentlich fantastisch ist. Die Anbieter müssten sich nur tatsächlich an den Zielen orientieren, die ihnen von den Betroffenen gesetzt werden. Suchtberatungsstellen müssten wirklich zieloffen beraten im Hinblick auf verschiedene Hilfeangebote anstatt immer nur die eigene, für die Refinanzierung essenzielle abstinenzorientierte ambulante Reha, zu bedienen. Entzugsbehandlungen aus der psychiatrischen Pflichtversorgung heraus müssen analog der Daseinsfürsorge existenzielle Fragen der Betroffenen beantworten helfen und langfristige Hilfekonzepte zur Verfügung stellen. Reha-Kliniken müssen Menschen tatsächlich – wie ich das von Lindow oder Wilhelmsburg gehört habe – in sinnstiftende Beschäftigung vermitteln, sei es auf dem ersten, zweiten oder dritten Arbeitsmarkt anstatt anachronistisch am Abstinenzdogma fixiert in die Perspektivlosigkeit zu entlassen. Kommunale Hilfen der Daseinsfürsorge müssen ausreichend verfügbar, kompetent und flexibel sein, um sich sachgerecht auch auf die Bedürfnisse suchtkranker Menschen einstellen zu können.

Wenn das alles so wäre, dann wäre es für den Betroffenen und den »Coach« leicht, sich im Hilfefeld angemessen zu orientieren und frei die Hilfen zu nutzen, die adäquat und verfügbar sind. Es ginge dann eher da-

rum, finanzielle Anreize so zu setzen, dass tatsächlich die Bedarfe der Betroffenen bedient werden. Dabei wird eine angemessene Vertretung der Betroffenen durch die beschriebenen »Coaches« nur gelingen, wenn diese finanziell unabhängig abgesichert sind und im System eine starke Position erhalten. Das könnte z. B. dadurch gelingen, dass es ähnlich dem Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) einen definierten Markt psychosozialer Hilfeangebote gibt, der kollektiv diese »Coaches« finanziert, die ihrerseits dem Hilfesystem zuweisen.

Zusammenfassung

Die mir gestellte Aufgabe bestand darin, zu durchdenken, was es bedeuten könnte, Hilfen für suchtkranke Menschen konsequent von der Person her zu denken. Sie haben dabei bemerkt, dass das Ergebnis ganz anders ausfällt, als wenn man aus der Aufsicht auf eine Kommune Hilfenetze schmiedet. Aus der Perspektive der Betroffenen sind Hilfebedarfe viel individueller und erfordern vom Hilfesystem viel mehr Flexibilität. Das Thema »Sucht« rückt in seiner Dringlichkeit weiter nach hinten als wir vielleicht erwartet hätten. Stattdessen steht als Forderung im Mittelpunkt, den Betroffenen in einer Funktion, die ich als »Coach« oder im Sprachgebrauch der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) als koordinierende Bezugsperson bezeichnet habe, einen Menschen an die Seite zu stellen, der mit den Betroffenen Hilfebedarfe erhebt, analysiert, auf Realitätstauglichkeit prüft, ggf. streitet, ordnet und gegenüber Leistungsträgern und Hilfesystem nach außen vertritt. Dabei handelt es sich um eine extrem anspruchsvolle Rolle, die bisher im bestehenden Hilfesystem in der Regel jeweils nur anteilig oder unzureichend integriert auf viele Personen verteilt wahrgenommen wird. Wenn diese Rolle angemessen besetzt ist, werden Bedarfe viel klarer erkennbar, sodass die verschiedenen, schon jetzt regional sehr leistungsfähigen Hilfeanbieter ihre Angebote entsprechend anpassen können.

Leichter wird es auf diese Weise für das Hilfesystem vielleicht nicht. Aber effizienter wird es ganz sicherlich, weil endlich die Bedarfe bedient werden, die die Leute tatsächlich benötigen: Und das ist eben tatsächlich nicht nur die Kontrolle von Rauschmittelkonsum und Abstinenz.

Literatur

- MEYERS/John, R./SMITH/ELLEN, J.: CRA-Manual zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit, übersetzt von W. LANGE, M. REKER und K. SPITZBERG, Bonn, Psychiatrie-Verlag 2007.
- STOFFELS, H.: Die Situationstherapie Viktor von Weizsäckers in sozialpsychiatrischer Sicht, in: Udo BENZENDÖRFER (Hg.): Anthropologische Medizin und Sozialmedizin im Werk Viktor von Weizsäckers, Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften.

B Handlungsfelder und Praxisbeispiele

**»Von der Evidenz zur Umsetzung –
von der Person zur integrierten
Hilfe im regionalen Verbund«**

I Verbundsystem für (Früh-)erkennung und Kurzintervention (Alkohol) in der medizinischen Primärversorgung

Einleitung

Martin Driessen

»Von der Evidenz zur Umsetzung« hieß der erste Teil des Titels für die Symposien der Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) 2009 zur aktuellen Suchtkrankenversorgung in Deutschland und ihren Perspektiven. Treffender können die Aufgaben kaum beschrieben werden, die auch in der primärmedizinischen Versorgung in der Allgemeinmedizinischen Praxis und im Allgemeinkrankenhaus anstehen – und das nicht erst seit gestern. Rumpf und Kollegen weisen in ihrem Beitrag zu Recht darauf hin, dass seit bald zwei Jahrzehnten bekannt ist: Bis zu 75 % der von Risikokonsum, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit betroffenen Bürger suchen mindestens einmal pro Jahr ihren Hausarzt auf, treten also in Kontakt mit dem primärmedizinischen System. Hinzu kommen all diejenigen, die sich auch oder zusätzlich in Krankenhausbehandlung begeben. Häufig aber nicht immer spielen dabei Folgeerkrankungen erhöhten Alkoholkonsums eine wesentliche Rolle. Besonders ausgeprägt ist dies bei unfallchirurgischen Patienten, wie die eindrucksvollen Ergebnisse von Neumann und Spies in diesem Band belegen.

Damit aber nicht genug. Auch die Effektivität und Effizienz von Kurzinterventionen bei allen Betroffenengruppen sind mittlerweile in zahlreichen internationalen und auch deutschen Studien belegt worden. Aus Gründen der Effizienz sollten die Interventionen in schrittweise ansteigender Komplexität erfolgen (»stepped care«), wie dies wiederholt durch die Arbeitsgruppe um John, Rumpf und Bischof und auch hier wieder gezeigt wurde und wird.

Dennoch hat alle Evidenz nicht erreichen können, dass Diagnostik und Kurzinterventionen in die primärmedizinische Versorgung Einzug gehalten haben. Es dürfte kaum einen Bereich in der Medizin geben, in dem der fachliche Fortschritt seit vielen Jahren so konsequent ignoriert wird. Natürlich liegt auf der Hand, dass Finanzierungsanreize zur Umsetzung fehlen. Daher beschäftigt sich der eigene Beitrag in diesem Buch mit der Frage, ob und inwieweit das System der Diagnosebezogenen Fallgruppen (»Diagnosis Related Groups«, DRG) im Krankenhaus Anreize zur Implementation zulässt. Die Ergebnisse sind nur zum Teil ermutigend.

Letztlich werden Änderungen nur möglich sein, wenn der politische Wille dazu besteht und nachhaltige wirtschaftliche Anreize sowohl für den ambulanten kassenärztlichen Versorgungsbereich als auch für die Allgemeinkrankenhäuser gesetzt werden. Dazu soll das in den letzten zwölf Monaten entwickelte Konsensuspapier beitragen, mit dessen Hilfe die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger motiviert werden sollen, ihren Einfluss wahrzunehmen, damit auch in der Realität eines der großen Gesundheitsprobleme unserer Zeit endlich angemessen angegangen wird. Aber auch alle in der Versorgung Suchtkranker beteiligten Fachleute und Verbände sind aufgerufen, sich bei den ihnen zugänglichen Personen und Einrichtungen für die Umsetzung von Diagnostik und Frühintervention im primärmedizinischen Versorgungssystem einzusetzen.

Modell zur Implementierung von Frühinterventionen in Allgemeinarztpraxen

Hans-Jürgen Rumpf, Gallus Bischof, Ulrich John

Seit mittlerweile etwa 17 Jahren wird in Deutschland über die Notwendigkeit von Frühinterventionsmaßnahmen in Hausarztpraxen bei problematischem Alkoholkonsum diskutiert. Sowohl Personen mit Alkoholabhängigkeit und -missbrauch, insbesondere aber auch riskante Alkoholkonsumenten werden derzeit nicht erreicht. Die Hausarztpraxis bietet die Möglichkeit, große Gruppen der Bevölkerung mit Frühinterventionsmaßnahmen zu versorgen. Hierzu könnten alle infrage kommenden Patienten vom Hausarzt pro-aktiv kontaktiert und damit eine hohe Bevölkerungswirksamkeit erzielt werden. Es liegt sowohl international (z. B. KANER et al. 2007) als auch national (BISCHOF et al. 2008) ein breite Evidenz zur Wirksamkeit entsprechender Interventionen vor. Dennoch ist keine Implementation erfolgt. Auf dieser Basis hat eine Gruppe von Wissenschaftlern ein Konsensuspapier erstellt, welches die Umsetzung der Forschungsergebnisse in die tägliche Routine vorantreiben soll (RUMPF et al., im Druck). Das Papier wird federführend von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) unterstützt; andere Fachgesellschaften und Verbände/Organisationen sollen eingebunden werden.

Dieses Konsensuspapier gibt auf der Basis der wissenschaftlichen Evidenz Handlungsanweisungen zur Durchführung von Frühinterventionen in der medizinischen Grundversorgung. Es umfasst dabei ein übergreifendes Konzept, welches für Allgemeinarztpraxen und Allgemeinkrankenhäuser gilt und jeweils ein Konzept, welches die Spezifika des jeweiligen Settings berücksichtigt.

Übergreifendes Konzept für Hausarztpraxen und Allgemeinkrankenhaus

Um eine bevölkerungswirksame Frühintervention zu ermöglichen, ist es unerlässlich, möglichst alle infrage kommenden Patienten einzubeziehen. Dazu dienen evidenzbasierte Fragebogenverfahren. Das Screening sollen alle Patienten z. B. im Rahmen des Aufnahmeverfahrens erhalten. Kurze Fragebogen-Instrumente, die hierzu eingesetzt werden, sollten neben alkoholbezogenen Störungen auch Risikokonsum erfassen, der bei der Frühintervention von zentraler Bedeutung ist. Im Rahmen einer sich dem Screening anschließenden Kurzdiagnostik wird geprüft, ob alkoholbezogene Störungen

(Missbrauch oder Abhängigkeit) vorliegen oder riskanter Konsum. Hiernach richtet sich auch die Intervention: Während bei riskantem Konsum Kurzinterventionen wirksam sind, sollte bei Alkoholabhängigkeit ein stärkere Einbeziehung der Suchthilfe erfolgen.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Patienten in der Mehrheit keine ausreichende Änderungsbereitschaft aufweisen, sodass Interventionen gewählt werden sollten, welche in der Lage sind, die Änderungsbereitschaft zu erhöhen.

Die Durchführung kann von verschiedenen Berufsgruppen erfolgen (Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern sowie durch geschultes medizinisches Personal z. B. Arzthelferinnen oder Pflegepersonal). Unabdingbar ist in jedem Fall jedoch die Regelung der Vergütung im Sinne eines finanziellen Anreizsystems. Insbesondere in der Anfangszeit sind Maßnahmen, die Training in den Interventionsmethoden, Unterstützung bei der Implementierung sowie Qualitätssicherung beinhalten, von hoher Bedeutung.

Konzept für die Hausarztpraxis

Einige Spezifika des Settings heben die Hausarztpraxis als Ort der Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum heraus. Dazu gehört, dass der Hausarzt oft als Vertrauensperson über einen längeren Zeitraum gilt. Weiterhin besteht hier eine hervorragende Erreichbarkeit der betreffenden Zielgruppe: 74,7 % der Personen aus der Allgemeinbevölkerung, die einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, sind mindestens einmal im Jahr beim Hausarzt (BISCHOF, RUMPF, MEYER, HAPKE, JOHN 2004). Andererseits ist als ungünstige Voraussetzung anzusehen, dass als häufigster Grund dafür, dass Ärzte keine Frühintervention durchführen, mangelnde Zeit genannt wird (KRANNICH, GROTHUES, RUMPF 2006). Das bedeutet, dass bei der Implementierung von Frühintervention die zeitlich knappen Ressourcen bedacht werden sollten. Auch wenn natürlich der Arzt die Bestandteile Screening, Kurzdiagnostik und Intervention eigenständig durchführen kann, bietet es sich aufgrund der knappen Ressourcen an, dass Arzthelferinnen Teile oder die gesamte Frühintervention übernehmen. So kann die Arzthelferin bereits bei der Anmeldung allen neuen Patienten und folgend im Abstand von jeweils einem Jahr die Screeningbögen ausgeben, sodass die Wartezeit für das Ausfüllen genutzt werden kann. Auch die Kurzdiagnostik könnte von ihr übernommen werden. Insbesondere bei der Intervention sollten Aspekte der Ökonomie im Vordergrund stehen. Dazu kann es gehören Minimal-

interventionen durchzuführen, wie z. B. das Aushändigen einer Broschüre. Die Evidenz zeigt, dass bereits hiermit kleine Interventionseffekte zu erzielen sind (APODACA, MILLER 2003).

Weiterhin bietet sich ein gestuftes Interventionskonzept an. Bei einem Vorgehen im Sinne von »Stepped Care« wird mit einer wenig aufwendigen Intervention begonnen (SOBELL, SOBELL 2000). Bei fehlendem Erfolg schließt sich die nächste, etwas aufwendigere Intervention an. So kann der Aufwand der Intervention dem Bedarf der Zielperson angepasst und gleichzeitig eine hohe Ökonomie erreicht werden. In einer randomisierten Kontrollgruppenstudie konnte nachgewiesen werden, dass ein solches Vorgehen wirksam war und sich nicht in der Effektivität von einer Intervention unterschied, bei der alle Patienten das Maximum der Intervention erhielten (BISCHOF et al. 2008). Gleichzeitig war der Aufwand der Intervention beim »Stepped Care«-Vorgehen deutlich geringer und betrug nur 62 % der Zeit der Vergleichsintervention. Gerade bei den wenig aufwendigen Interventionen im Sinne eines gestuften Vorgehens sind die Möglichkeiten von computerisierten Interventionen hervorzuheben. Diese enthalten individualisierte Feedbacks und zeigen Wirksamkeit (BISCHOF et al., submitted for publication; ROPER et al. 2009).

Insgesamt ist es empfehlenswert, dass eine Zusammenarbeit mit der Suchthilfe erfolgt, insbesondere wenn bei Patienten eine Alkoholabhängigkeit vorliegt, bei der Kurzinterventionen oft nicht ausreichend sind (BISCHOF et al. 2008; MOYER, FINNEY, SWEARINGEN, VERGUN 2002) und weitergehende Hilfen notwendig werden.

Fazit

Das Konsensuspapier umfasst den Stand der Forschung und liefert einen Rahmen für die Durchführung von Frühinterventionen in Hausarztpraxen. Es kann genutzt werden, um bei Entscheidungsträgern die Implementierung von Frühinterventionsmaßnahmen bei problematischem Alkoholkonsum voranzutreiben.

Literatur

- APODACA, T.R./MILLER, W.R. (2003): A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 289–304.
- BISCHOF, G./GROTHUES, J.M./REINHARDT, S./MEYER, C./JOHN, U./RUMPF, H.J. (2008): Evaluation of a telephone-based stepped care intervention for alcohol-related disorders: A randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*, 93, 244–251.
- BISCHOF, G./REINHARDT, S./GROTHUES, J./MEYER, C./JOHN, U. /RUMPF, H.J. (submitted for publication): Expert system intervention for inpatient at-risk drinkers: A randomized controlled trial.
- BISCHOF, G./RUMPF, H.-J./MEYER, C./HAPKE, U./JOHN, U. (2004): Inanspruchnahme medizinischer Versorgung bei Rauchern und riskant Alkohol konsumierenden Personen: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. *Gesundheitswesen*, 66, 114–120.
- KANER, E.F./BEYER, F./DICKINSON, H.O./PIENAAR, E./CAMPBELL, F./SCHLESINGER, C./HEATHER, N./SAUNDERS, J./BURNAND, B. (2007): Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*, CD004148.
- KRANNICH, D./GROTHUES, J./RUMPF, H.J. (2006): Einstellungen von Hausärzten zum Thema Frühinterventionen bei Alkoholproblemen. *Sucht*, 52, 133–139.
- MOYER, A./FINNEY, J.W./SWEARINGEN, C.E./VERGUN, P. (2002): Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279–292.
- RIPER, H./VAN STRATEN, A./KEUKEN, M./SMIT, F./SCHIPPERS, G./CUIJPERS, P. (2009): Curbing problem drinking with personalized-feedback interventions: a meta-analysis. *Am J Prev Med*, 36, 247–255.
- RUMPF, H.-J./BISCHOF, G./GROTHUES, J./MEYER, C./HAPKE, U./FREYER-ADAM, J./CODER, B./ULBRICHT, S./JOHN, U./DRIESSEN, M./KREMER, G./WIENBERG, G. (im Druck): Konsensuspapier zu Frühinterventionsmaßnahmen bei problematischem Alkoholkonsum in der medizinischen Grundversorgung. *Sucht*.
- SOBELL, M.B./SOBELL, L.C. (2000): Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 573–579.

Modell zur Implementierung von Frühinterventionen im Allgemeinkrankenhaus

Gallus Bischof, Hans-Jürgen Rumpf, Jennis Freyer-Adam, Beate Coder, Ulrich John

Prävalenz und Versorgungslage

Auf Grundlage des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 (PABST and KRAUS 2008) ist in Deutschland mit 1,3 Millionen Personen in der Gruppe der 18–64-jährigen nicht-institutionalisierten Wohnbevölkerung zu rechnen, die eine aktuelle Alkoholabhängigkeit aufweisen. Weiterhin weisen in dieser Altersgruppe etwa zwei Millionen Personen einen aktuellen Alkoholmissbrauch auf. Insgesamt betreiben 9,5 Millionen Menschen einen riskantem Alkoholkonsum (> 24 g Reinalkohol für Männer, > 12 g für Frauen). Die Kosten der alkoholbezogenen Erkrankungen werden für das Jahr 2002 auf ca. 24,2 Mrd. Euro geschätzt (CODER, MEYER et al. 2009). Ältere Schätzungen gehen davon aus, dass in der Gesamtbevölkerung 1,6 Millionen Personen eine aktuelle Alkoholabhängigkeit und weitere 2,7 Millionen Personen einen aktuellen Alkoholmissbrauch aufweisen. Hinzu kommen noch etwa 3,2 Millionen Personen, die früher einmal die Diagnose der Alkoholabhängigkeit erfüllt haben (BÜHRINGER, AUGUSTIN et al. 2000).

Trotz der bedeutsamen gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Folgen ist die Versorgungslage von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen oder riskantem Konsum defizitär. Eine in Lübeck und Umgebung durchgeführte Bevölkerungsuntersuchung an 4075 Personen ergab, dass von den alkoholabhängigen Individuen nur ein kleiner Teil eine alkoholbezogene Behandlung erhält. Von jenen, die eine aktuelle Alkoholabhängigkeit innerhalb der letzten zwölf Monate aufwiesen, hatten 70,9 % keinerlei Kontakt zu suchtspezifischen Hilfen, 14,5 % wiesen geringfügige Hilfen auf, z. B. drei Kontakte zur Beratungsstelle oder neun Selbsthilfegruppen-Besuche. Bei weiteren 14,5 % ging die Hilfe darüber hinaus (RUMPF, MEYER et al. 2000). Die Daten der gleichen Studie ergaben weiterhin, dass 80 % der alkoholabhängigen Personen mindestens einmal im Jahr Kontakt zu einem Hausarzt, einem praktischen Arzt oder einem Internisten haben. Bei Alkoholmissbrauchern lag diese Rate bei 67,4 %. Weiterhin waren 24,5 % der Abhängigen und 14 % der Alkoholmissbraucher einmal im Jahr in einem Krankenhaus. Die Daten zeigen, dass Einrichtungen der medizinischen Versorgung einen

günstigen Zugangsweg zu Personen mit problematischem Alkoholkonsum darstellen. In Entsprechung hierzu zeigen sich insbesondere im Krankenhaussetting signifikant erhöhte Prävalenzraten von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch gegenüber der Allgemeinbevölkerung (BISCHOF, REINHARDT et al. submitted).

Zudem stellt ein Krankenhausaufenthalt bei vielen Betroffenen aufgrund des Erlebens von Verletzungen oder Erkrankungen eine motivational günstige Ausgangsposition zur Änderung des Trinkverhaltens («teachable moment») und damit einhergehend einer erhöhten Änderungs- und Beratungsbereitschaft dar (RUMPF, HAPKE et al. 1999). Darüber hinaus ergab sich in Studien zu Frühinterventionen eine sehr hohe Teilnahmebereitschaft von Personen mit alkoholbezogenen Störungen und riskantem Konsum sowie eine positive Einschätzung von Beratung bei den meisten Betroffenen (FREYER, CODER et al. 2006). Schließlich lassen sich die Liegezeiten im Krankenhaus gut für die Durchführung von Frühinterventionen nutzen.

Wirksamkeit von Kurzinterventionen im Allgemeinkrankenhaus

Motivationale Kurzinterventionen sind in ihrer Wirksamkeit insbesondere bei riskant konsumierenden Allgemeinanztpatienten gut belegt, während die Wirksamkeitsnachweise bei Alkoholabhängigen und stationär behandelten Patienten weniger konsistent sind (MOYER, FINNEY et al. 2002). Fehlende Wirksamkeitsnachweise bei Alkoholabhängigen wurden auf eine Unterdosierung der Intervention bei den schwer beeinträchtigten Alkoholabhängigen zurückgeführt (SAITZ, PALFAI et al. 2007). Dennoch fanden sich nach einer Studienübersicht von FREYER-ADAM et al. (2008) bei sieben von neun in Allgemeinkrankenhäusern durchgeführten Frühinterventionsstudien bei problematischem Alkoholkonsum positive Interventionseffekte z. B. hinsichtlich Trinkreduktion, erhöhter Motivation oder verringerter alkoholbezogener Probleme gegenüber einer unbehandelten Kontrollgruppe. Die Effekte hinsichtlich Trinkmengenreduktion waren in diesen Studien nur nach sechs Monaten nachweisbar, während die Effekte hinsichtlich motivationaler Faktoren stabil blieben. Studien mit Wirksamkeitsnachweisen hinsichtlich der Trinkmenge nach zwölf Monaten begrenzten entweder in ihren Einschlusskriterien die Problemschwere der Probanden oder führten Nachsorgekontakte nach Entlassung aus dem Krankenhaus durch. Als mögliche Ursachen der fehlenden Effektivität der Kurzinterventionen auf die Trinkmengenreduktion führen die Autoren an, dass i. d. R. nach Krankenhauserlassung keine weiteren Kon-

takte stattfinden und somit die Stabilisierung der erzielten Veränderungen im Alltag ausgeblieben sein dürften. Neuere Studienergebnisse belegen zudem, dass bei Ausschluss von Alkoholabhängigen auch verhältnismäßig unaufwendige Interventionsangebote wie die Ausgabe einer Selbsthilfebroschüre (HOLLOWAY, WATSON et al. 2007) bzw. computergestützte Expertensystem-Rückmeldungen (BISCHOF, REINHARDT et al. submitted) bei Krankenhauspatienten mit problematischem Alkoholkonsum erfolgreich waren.

Praktische Implementierung von Kurzinterventionen im Allgemeinkrankenhaus

Grundsätzlich ist die Implementierung von Frühinterventionsmaßnahmen im Allgemeinkrankenhaus analog zu anderen Settings der medizinischen Versorgung anzustreben. Unmittelbar nach Aufnahme in ein Krankenhaus sollte ein Screening auf problematischem Alkoholkonsum mittels eines Fragebogens erfolgen. Die Akzeptanz von alkoholbezogenen Screening-Maßnahmen im Allgemeinkrankenhaus ist sehr hoch: So nahmen bei zwei groß angelegten Frühinterventionsstudien in Deutschland jeweils über 94 % der infrage kommenden Patienten an der Screening-Befragung teil (FREYER-ADAM, CODER et al. 2008; BISCHOF, REINHARDT et al. submitted).

Bei der Durchführung von Screenings ist darauf zu achten, dass die eingesetzten Fragebogenverfahren sowohl alkoholbezogene Störungen als auch riskanten Alkoholkonsum erfassen können. Als entsprechende Verfahren bieten sich der »Alcohol Use Disorders Identification Test« AUDIT in der Lang- (BABOR, HIGGINS-BIDDLE et al. 2001) oder Kurzform (BUSH, KIVLAHAN et al. 1998) an oder der besonders ökonomisch gehaltene »Brief Alcohol Screening Instrument for medical Care« BASIC (BISCHOF, REINHARDT et al. 2007). Im Krankenhaussetting empfiehlt es sich zudem, den Fokus auf den Alkoholkonsum in den letzten zwölf Monaten zu legen, da oftmals unmittelbar im Vorfeld des Krankenhausaufenthaltes eine Konsumreduktion stattfindet.

Die Intervention selbst kann außer von Ärzten auch von geschultem Pflegepersonal oder einem Liaisondienst durchgeführt werden. Eine Einbeziehung des lokalen Suchthilfesystems erscheint insbesondere für die Behandlung der alkoholabhängigen Patienten angebracht.

Eine Implementierung von Frühinterventionsmaßnahmen setzt folgende Schritte voraus:

1. Screening kurz nach Aufnahme in das Krankenhaus mittels Fragebogen-

- verfahren. Die Ausgabe und Auswertung der Screeningverfahren kann problemlos durch das Pflegepersonal durchgeführt werden.
2. Bei Screening-auffälligen Patienten sollte im nächsten Schritt eine Exploration des Trinkverhaltens erfolgen, um das Vorliegen eines problematischen Trinkverhaltens zu verifizieren. Zusätzlich sollten die diagnostischen Kriterien für Alkoholabhängigkeit erhoben werden, um die Indikationsstellung zu klären. Die vertiefende Diagnostik sollte durch Ärzte oder besonders geschultes Personal erfolgen.
 3. Für Patienten mit auffälligem Alkoholkonsum sollte zunächst eine Beratung nach dem Prinzip des »Motivational Interviewing« erfolgen, wobei der Beratungsfokus bei alkoholabhängigen Patienten stärker auf der Inanspruchnahme weitergehender fachlicher Hilfeangebote liegen sollte. Alternativ können bei Patienten mit riskantem Konsum, aber ohne alkoholbezogener Störung auch EDV-gestützte Interventionen oder die Ausgabe von Selbsthilfebroschüren zur Anwendung kommen.
 4. In Form von Kurzkontakten findet ein regelmäßiges Monitoring des Erfolges statt. Bei fehlendem Interventionserfolg sollten sukzessive aufwendiger gestaltete Interventionen eingesetzt werden (BISCHOF, GROTHUES et al. 2008).

Vor der Implementierung von Frühintervention müssen die einbezogenen Mitarbeiter in den entsprechenden Techniken geschult werden. Entsprechende Vergütungsmaßnahmen sind vonseiten der Leistungsträger zu entwickeln.

Literatur

- BABOR, T.F./HIGGINS-BIDDLE, J.C. et al. (2001): *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care*. Second edition. Geneva, World Health Organization.
- BISCHOF, G./GROTHUES, J. et al. (2008): »Outcome of a telephone-based stepped care intervention for alcohol-related disorders: a randomized controlled trial.« *Drug and Alcohol Dependence* 93: 244–251.
- BISCHOF, G./REINHARDT, S. et al. (submitted): »Differences in patterns of unhealthy alcohol consumption between general hospital patients and the general population.«
- BISCHOF, G./REINHARDT, S. et al. (submitted): »Expert system intervention for inpatient at-risk drinkers: A randomized controlled trial.«
- BISCHOF, G./REINHARDT, S. et al. (2007): »Development and evaluation of a screening instrument for alcohol-use disorders and at-risk drinking: The Brief Alcohol

- Screening Instrument for Medical Care (BASIC):« *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 68 (4): 607–14.
- BÜHRINGER, G./AUGUSTIN R. et al. (2000): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Baden-Baden, Nomos.
- BUSH, K./KIVLAHAN, D.R. et al. (1998): »The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). An effective brief screening test for problem drinking.« *Archives of Internal Medicine* 158: 1789–1795.
- CODER, B./MEYER, C. et al. (2009): Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. Jahrbuch Sucht 2009. D. H. f. Suchtfragen. Geesthacht, Neuland: 21–50.
- FREYER-ADAM, J./CODER, B. et al. (2008): »Brief alcohol intervention for general hospital inpatients: A randomized controlled trial.« *Drug and Alcohol Dependence* 93(3): 233–243.
- FREYER-ADAM, J./CODER, B. et al. (2008): »Kurzinterventionen bei Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. Eine Übersicht über Kontrollgruppenstudien.« *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie* 2: 8–19.
- FREYER, J./CODER, B. et al. (2006): »Krankenhauspatienten mit riskantem Alkoholkonsum sind offen für Beratung.« *Gesundheitswesen* 68 (7): 429–35.
- HOLLOWAY, A.S./WATSON, H.E. et al. (2007): »The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in a general hospital setting.« *Addiction* 102: 1762–1770.
- MOYER, A./FINNEY, J.W. et al. (2002): »Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations.« *Addiction* 97: 279–292.
- PABST, A./KRAUS, L. (2008): »Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006.« *Sucht* 54: 36–46.
- RUMPF, H.-J./HAPKE, U. et al. (1999): »Motivation to change drinking behavior: Comparison of alcohol dependent individuals in a general hospital and a general population sample.« *General Hospital Psychiatry* 21: 348–353.
- RUMPF, H.-J./MEYER, C. et al. (2000): »Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie.« *Sucht* 46: 9–17.
- SAITZ, R./PALFAL, T.P. et al. (2007): »Brief Intervention for medical inpatients with unhealthy alcohol use. A randomized, controlled trial.« *Annals of Internal Medicine* 146: 167–176.

Computergestützte interaktive Risikoanalyse bei alkoholkranken Patienten nach einem Trauma

Tim Neumann, Claudia Spies

Bei ca. jedem fünften Krankenhauspatienten besteht eine alkoholkonsumbezogene Störung. Hier sind Patienten mit riskantem bzw. schädlichem Alkoholkonsum oder mit einer Alkoholabhängigkeit gemeint. In einigen chirurgischen Abteilungen liegt der Anteil deutlich höher, z. B. bei Patienten mit Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes oder bei verunfallten Patienten kann es unter Umständen sogar jeder zweite Patient sein. Im Rahmen von Operationen oder intensivstationärer Behandlung werden hier Komplikationen signifikant häufiger beobachtet: z. B. infektiöse, kardiopulmonale oder Wund-Komplikationen. Dies betrifft Patienten mit einem regelmäßigen erhöhten Alkoholkonsum mit einer Trinkmenge schon unter 60 g pro Tag.

Wenn bei suchtkranken Patienten erhöhte Risiken frühzeitig erfasst werden, können durch eine Reihe von effektiven therapeutischen Maßnahmen Komplikationen vermieden werden bzw. in ihrer Schwere gemildert werden. So können diese Patienten trotz eines erhöhten perioperativen Risikos ausreichend sicher im Rahmen eines interdisziplinären Konzepts behandelt werden. Verschiedene therapeutische Konzepte zeigten Effektivität, wobei die einzelnen Maßnahmen im Sinne eines multimodalen Konzepts miteinander kombiniert werden sollten:

- Screening/Diagnostik: Stufenweise: Anamnese, körperlicher Untersuchung, Fragebögen und Laborwerte
- Kurzintervention: »Motivational Interviewing«, – Kommunikation: Information und Feedback, direktiv, empathisch, ambivalenzorientiert, ressourcenorientiert
- Abstinenz – Körperliche Veränderungen können sich zurückbilden
- Maßnahmen zur Stressreduktion senken Komplikationen
- Therapie (Qualifizierter) Entzug
- Selbsthilfe

Trauma und erhöhter Alkoholkonsum sind miteinander assoziiert. Auch Rettungsstellenkontakte stellen eine gute Gelegenheit dar, bei akut verunfallten Patienten mit riskantem Alkoholkonsum verhaltensmodifizierende Interventionen durchzuführen. Die Anwendung von Computertechnologie kann eine Möglichkeit sein, den Patienten noch in der Rettungsstelle indivi-

dualisiert Information, Feedback und Beratung zu ihrem riskanten Verhalten bzw. einer möglichen Verhaltensänderung anzubieten. Eine computergestützte, individualisierte Beratung (NEUMANN et al. 2006) auf Grundlage der Risikoanalyse führte zu einer signifikanten Reduktion des Alkoholkonsums in dem Jahr nach dem Unfall. Nach sechs Monaten konnte statistisch und klinisch signifikant der Anteil der Patienten mit einem riskanten Alkoholkonsum gesenkt werden: Hier mussten zwölf Patienten eine Intervention erhalten, damit ein Patient nach sechs Monaten profitieren konnte. Von den Patienten in der Interventionsgruppe berichteten 9,1 % (vs. 5,7 % der Kontrollen, $p = 0,093$) weitere Beratung bezüglich riskantem Alkoholkonsum in Anspruch genommen zu haben.

Die Intervention erfolgte bei den Patienten der Interventionsgruppe durch Aushändigen eines Briefes mit einem schriftlichen, nicht-konfrontativen Rat, Information und Feedback in Form einer computerisierten Risikoanalyse. Mit dem alkoholspezifischen Fragetest »Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)« wurden alkoholbezogene Probleme und Risiken wie riskanter Konsum, Abhängigkeit und negative Konsequenzen des Alkoholkonsum erfasst (<http://www.Patienten-information.de/eigeninformationen/alkoholismus/audit>). Ein Software-Algorithmus formulierte die Risikoanalyse auf der Basis des individuellen Risikoprofils nach den FRAMES-Kriterien (s. Beitrag Kremer in diesem Band) unter Berücksichtigung des Motivationsstadiums: Die Selbstverantwortung sowie die bei den Patienten vorhandenen eigenen Möglichkeiten (Selbsteffizienz) wurden hervorgehoben. Die Patienten bekamen klar formulierte Verhaltensratschläge mit klaren Zielen und Verhaltensratschlägen, sowie das Angebot, ein Beratungsnetzwerk in Anspruch zu nehmen.

Beispiel

Frage sieben des AUDITs: »Wie häufig im letzten Jahr hatten Sie Schuldgefühle oder Gewissensbisse, nachdem Sie getrunken hatten? Nie, weniger als einmal im Monat, einmal im Monat, einmal in der Woche oder täglich oder fast täglich?«

Bei positiver Antwort erfolgte die schriftliche Rückmeldung: »... Sie gaben an, schon Schuldgefühle oder Gewissensbisse wegen Alkoholkonsum zu haben. Schuldgefühle oder Gewissensbisse können ein Anzeichen sein, dass der Alkoholkonsum für jemanden nachteilige Folgen (z.B. Missbrauch, Abhängigkeit) hat. Oft führt dies aber auch zu einer Veränderung des Verhaltens.«

**Verletzte Patienten (N=3026) in der Rettungsstelle
Individualisierte Computergestützte Risikoanalyse (→ Alkohol)
≥ 5 AUDIT-Punkte (n=1136, 38%)**

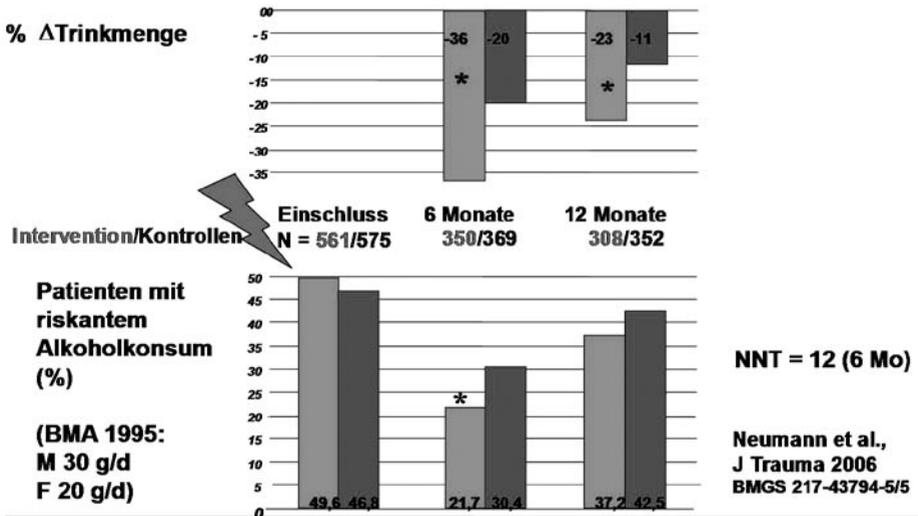


Abb. 1: AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test; BMA = British Medical Association guidelines on sensible drinking; NNT = Number needed to treat (Anzahl der notwendigen Behandlungen, um das gewünschte Therapieziel bei einem Patientinnen und Patienten zu erreichen bzw. um ein Ereignis zu verhindern.).

Ein solches computergestütztes Instrument kann auch die Detektionsraten in Prämedikationsambulanzen steigern (KIP et al. 2008). Dort sind »Best-Practice Guidelines« noch nicht regelhaft in die klinische Routine implementiert. Hier besteht noch weiterer Forschungsbedarf.

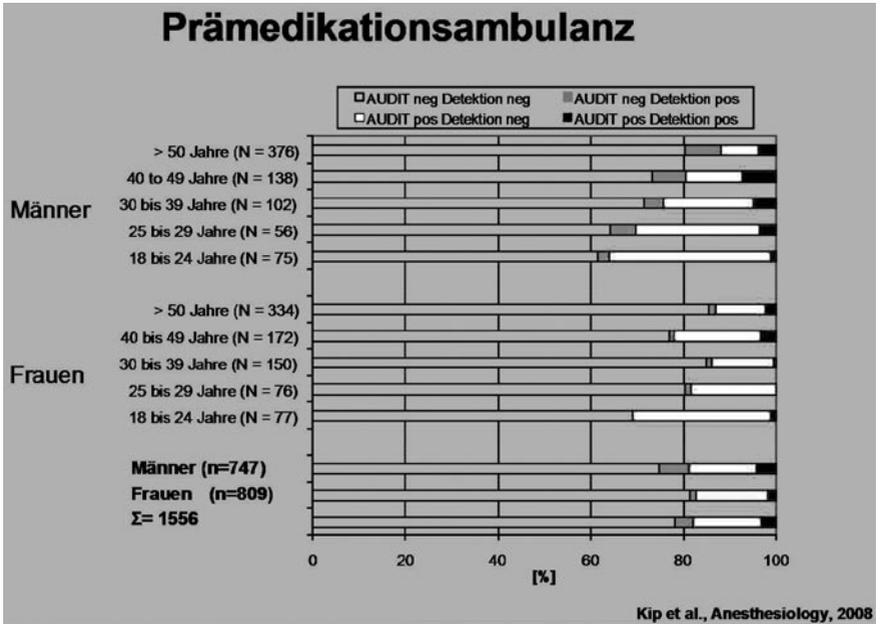


Abb. 2: Anteil der Patienten, die mit dem Alcohol Use Disorders Identification (AUDIT) gescreent bzw. durch die in der Prämedikationsambulanz tätigen Kollegen detektiert (Detektion) wurden.

Literatur

- NEUMANN, T./NEUNER, B./WEISS-GERLACH, E./TÖNNESEN, H./GENTILELLO, L.M./WERNECKE, K.D./SCHMIDT, K./SCHRÖDER, T./WAUER, H./HEINZ, A./MANN, K./MÜLLER, J.M./HAAS, N./KOX, W.J./SPIES, C.D. (2006): The effect of computerized tailored brief advice on at-risk drinking in subcritically injured trauma patients. *J Trauma*, 61: 805–14.
- KIP, M.J./NEUMANN, T./JUGEL, C./KLEINWÄECHTER, R./WEISS-GERLACH, E./GUILL, M.M./SPIES, C.D. (2008): New strategies to detect alcohol use disorders in the preoperative assessment clinic of a German university hospital. *Anesthesiology*. 109: 171–9.

Neue Finanzierungsmodelle für alkoholbezogene Interventionen im Allgemeinkrankenhaus

Martin Driessen

Wiederholt wurde gezeigt, dass ein substanzieller Anteil der Alkoholkranken in der Bevölkerung jedes Jahr im allgemein- bzw. primärmedizinischen Sektor des Gesundheitssystems auftaucht. WIENBERG (2002) geht von einer Kontaktrate von jährlich 75 % der Alkoholkranken in allgemeinmedizinischen Praxen und einer Kontaktrate von 34 % im Allgemeinkrankenhaus aus. MAYLATH et al. (2003) konnten an einem Datensatz der DAK mit 1,26 Mio. Krankenhausfällen aus dem Jahr 2001 zeigen, dass 32,4 % aller psychiatrischen Hauptdiagnosen und sogar 47,2 % aller alkoholbezogenen Diagnosen (ICD 10 F10.x) in somatischen Kliniken, insbesondere in der Inneren Medizin, gestellt werden. Diese Raten waren unabhängig davon, ob eine Psychiatrische Klinik am jeweiligen Krankenhaus vorgehalten wurde oder nicht. In dieser Studie nahmen die Fälle von Patienten mit koronaren Herzkrankheiten mit 4,1 % den ersten Platz ein, alkoholbezogene Fälle wurden zu 2,0 % dokumentiert. Betrachtet man die Krankenhaustage, so nahmen wiederum die Patienten mit alkoholbezogenen Diagnosen mit 3,4 % aller Krankenhaustage Platz eins ein, während die Patienten mit koronarer Herzkrankheit nur 2,6 % der Krankenhaustage ausmachten.

Diese und andere Ergebnisse zeigen, dass es aus einer »Public Health« Perspektive sehr sinnvoll ist, die Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen im Allgemeinkrankenhaus stärker zu beachten, als dies bisher der Fall ist. Grundsätzlich lassen sich in Allgemeinkrankenhäusern neben Screening-Untersuchungen auch ausführlichere diagnostische Prozeduren und neben der Detoxifikation auch Kurzinterventionsbehandlungen oder gar motivationsfördernde Interventionen durchführen sowie weiterführende Therapien planen. Wie die Beiträge von John, Rumpf und Bischoff in diesem Band zeigen, existieren gut konzeptualisierte und evaluierte Programme zur Durchführung von Screening, Diagnostik und Früh- bzw. Kurzinterventionen.

Trotz dieser Erkenntnisse und verfügbaren Interventionsmöglichkeiten findet eine angemessene Diagnostik und Versorgung alkoholkranker Patienten (und allgemein suchtkranker Patienten) in deutschen Krankenhäusern, d. h. in ihren somatischen Kliniken und Abteilungen, bis auf wenige Ausnahmen, nicht statt. Mit anderen Worten, es existierte kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem. Hauptgrund für diesen Missetand

dürfte die ungeklärte Frage der Finanzierung solcher Maßnahmen im Allgemeinkrankenhaus sein. In diesem Artikel wird der Frage nachgegangen, welche Modelle für eine verbesserte Versorgung im Krankenhaus bei den bestehenden Finanzierungsbedingungen denkbar sind und insbesondere, ob innerhalb des DRG-Systems (Diagnosebezogene Fallgruppen) ein zumindest theoretisch ausreichender Finanzierungsanreiz besteht.

Modelle einer Versorgung Alkoholkranker im Allgemeinkrankenhaus

Ausgehend von der Beobachtung, dass die bisher auf somatischen Stationen im Allgemeinkrankenhaus tätigen Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter und andere Mitarbeitenden mit ihren Aufgaben so belastet sind, dass die verfügbaren Ressourcen nicht ausreichen, um eine suchtmmedizinisch ausreichende Diagnostik und Versorgung zu gewährleisten, werden im Folgenden zwei Modelle angesprochen, in denen externes bzw. zusätzliches Personal akquiriert wird.

Modell I

Die Beratungsstellen für Abhängigkeitserkrankte in Deutschland folgen heute in der Regel einer Komm-Struktur, d.h. Betroffene kommen in die Beratungsstellen, entweder auf eigenen Wunsch oder auf die Empfehlung Dritter. Denkbar wäre aber auch, dass Mitarbeiter der Beratungsstellen in ein Krankenhaus kommen und systematische Screeninguntersuchungen und Kurzinterventionen bei Risikopatienten oder Patienten mit bereits eingetretenen alkoholbezogenen Störungen durchführen. Auch die Vermittlung in weitergehende Beratungs- und Behandlungsangebote einschließlich der medizinischen Rehabilitation kann auf diesem Wege realisiert werden. In wenigen Regionen ist dieses Modell mehr oder weniger intensiv bereits umgesetzt.

Modell II

Das somatische Krankenhaus etabliert selbst – in Kooperation mit der örtlichen Fachabteilung oder Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie – ein Team für die qualifizierte Entzugsbehandlung Alkoholkranker, das stations- bzw. klinikübergreifend für die Versorgung dieser Patientengruppe zuständig ist.

Finanzierungsmodelle

Im Modell I (Beratungsstelle) erfolgt die Finanzierung entweder durch Mittel des Landes oder der Kommune, teilweise auch durch Mittel größerer Träger. Denkbar ist aber auch die Finanzierung durch Mittel einer Rehabilitationsklinik (Entwöhnung) mit dem Anreiz einer systematischen Akquirierung von Patienten für die Rehabilitationsbehandlung.

Im Modell II muss das Krankenhaus selbst die Mittel für die Finanzierung eines Teams für die *qualifizierte Entzugsbehandlung (im Folgenden QE)* bereitstellen. Daran schließt sich die entscheidende Frage an, ob eine Gegenfinanzierung im DRG-System möglich ist. Dieser Frage soll im Folgenden ausführlicher nachgegangen werden.

Qualifizierte Entzugsbehandlung im DRG-System

Für die Versorgung bzw. Abrechnung von Leistungen bei alkoholkranken Patienten im Allgemeinkrankenhaus kommen im Wesentlichen die DRGs V60A (alkoholbezogene Störungen mit psychotischen Symptomen), V60B (alkoholbezogene Störungen mit Entzug, aber ohne psychotische Symptome) und V60C (alkoholbezogene Störungen ohne Entzug und ohne psychotische Symptome) infrage, wobei besonders die DRG V60A und m. E. die DRG V60B zu derart nennenswerten Erlösen führen, dass sie für die Refinanzierung einer qualifizierten Entzugsbehandlung (QE) infrage kommen. Die DRG V60A ist allerdings an bestimmte Voraussetzungen geknüpft, nämlich die Erfüllung einer OPS-Prozedur, der OPS 8-985: Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker (QE).

Die Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-985: Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker (QE)

Mindestmerkmale für die Abrechnung der entsprechenden DRG sind

- ein multidisziplinär zusammengesetztes, systematisch supervidiertes Behandlungsteam mit suchtmmedizinischer Qualifikation,
- die Leitung durch einen Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Arzt mit der Zusatzweiterbildung spezielle Schmerztherapie oder durch einen Facharzt für Innere Medizin mit belegter Fachkunde Suchtmmedizinische Grundversorgung,
- im letzten genannten Fall die Verfügbarkeit psychiatrisch-psychothera-

peutischen Sachverstandes (z. B. mehrfach wöchentlich Konsiliartätigkeit eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie).

Auch die Leistungen sind eingehend in der OPS 8-985 beschrieben: Neben somatischer Entgiftung, differenzierter somatischer und psychiatrischer Befunderhebung mit Behandlung der Folge- und Begleiterkrankungen, Aufklärung, sozialer Stabilisierung, Motivierung zur Weiterbehandlung und Einleitung suchtspezifischer Anschlussbehandlungen wird auch ein standardisiertes suchtmmedizinisches und soziales »Assessment« zu Beginn der Behandlung und vor der Entlassung gefordert. Darüber hinaus wird Gruppen- und Einzeltherapie mit mindestens drei Stunden pro Tag gefordert und spezifiziert: Psychoedukative Informationsgruppen, medizinische Informationsgruppen, Ergotherapie, Physiotherapie/Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, Angehörigeninformationen- und Beratung, externer Selbsthilfegruppenbesuch, Informationsveranstaltungen von Einrichtungen des Suchthilfesystems.

Damit sind im DRG-System alle Elemente des QE enthalten, wie sie auch in der Suchtmmedizin gefordert werden (REYMANN und PREISING 2003). Darüber hinaus differenziert die OPS noch nach der Dauer der Behandlung in Stufen bis zu 6 Behandlungstagen (OPS 8-985.0), mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstagen (OPS 8-985.1), 14 bis 20 Behandlungstagen (OPS 8-985.2) und 21 Behandlungstagen und mehr (OPS 8-985.3). Wie die verschiedenen Behandlungselemente bei kurzen Behandlungszeiten von bis zu sechs Tagen erbracht werden sollen, wird nicht näher spezifiziert.

DRG-Modellrechnung

Vorgehen und Stichprobe

Für die folgende Modellrechnung wurde der DRG-Datensatz eines Krankenhauses mit ca. 40 000 Fällen zugrunde gelegt. Analysiert wurden nur die 30 500 DRG-Fälle von Personen über 18 Jahren. Daraus wurden wiederum zunächst die Fälle ausgewählt, die eine alkoholbezogene Haupt- oder Nebendiagnose aufwiesen (ICD-10 F10.X). In einer zweiten Stichprobe wurden auch alle Fälle mit sonstigen substanzbezogenen Haupt- und Nebendiagnosen (F1.X ohne alkoholbezogene Diagnosen). Dabei zeigte sich, dass in 906 Fällen (3,0 %) eine alkoholbezogenen Hauptdiagnose (n = 240; 0,8 %) oder Nebendiagnose (n = 666; 2,2 %) gestellt wurde. Hinzu kamen 1212 Fälle (4,0 %) mit substanzbezogenen Störungen ohne alkoholbezogene Diagnose (Hauptdiagnose n = 321; 1,1 %; Nebendiagnose n = 891; 2,9 %).

Dieses erste Ergebnis zeigt, dass alkoholbezogene Diagnosen nur in 3 % aller Fälle als Haupt- oder Nebendiagnose verschlüsselt wurden, nach den vorhandenen epidemiologischen Daten aber mindestens drei- bis fünfmal so hohe Anteile zu erwarten wären. Es besteht also eine erhebliche diagnostische Lücke, die durch eine systematische Screening-Diagnostik geschlossen werden könnte.

Die Analyse zeigte ferner, dass 35 % aller substanzbezogenen Diagnosen in drei Internistischen Abteilungen/Kliniken und 32 % in zwei Neurologischen Abteilungen/Kliniken gestellt wurden, weitere 12 % auf einer Schmerzstation und ca. 5 % in der Unfallchirurgischen Abteilung/Klinik. Demnach sind in diesem Beispiel die Neurologische und die Internistische Klinik Hauptzielpunkte alkohol- bzw. suchtbbezogener Aktivitäten. Dabei muss berücksichtigt werden, dass in dem analysierten Krankenhaus keine Hals-Nasen-Ohren-Klinik und keine Hautklinik vorgehalten wurde.

Tabelle 1 zeigt, wie häufig DRGs bei der Hauptdiagnose F1.X (alle Substanzen) abgerechnet wurden (angegeben sind nur solche DRGs, die in mehr als 20 Fällen abgerechnet wurden) und die dazu gehörenden ungefähren Fallwerte in Euro. Die mittlere Verweildauer für die Entzugsbehandlung ist nur für ausgewählte DRGs angegeben, sie zeigt aber für die DRG V60A (Entzugsbehandlung) eine sehr kurze mittlere Verweildauer mit 4,6 Tagen.

Tab. 1: Kodierte DRGs unter der Hauptdiagnose F1.X

DRG	Diagnose	Fallzahl	Mittlerer Fallwert (€)^a	Mittlere Verweildauer (Tage)
V60A	Alkoholbez. Störung mit psychotischem Syndrom	17	1823	4,6
V60B	Alkoholbez. Störung mit Entzug, ohne psychotisches Syndrom	50	1160	
V60C	Alkoholbez. Störung ohne Entzugssyndrom	211	687	2,1
I42Z	Multimodale Schmerztherapie	71	3591	
V63Z	Opioidgebrauch oder Opioidabhängigkeit	50	3740	
X62C	Intoxikation	46	-	
B70C	Apoplexie	39	-	
V64Z	Andere medikamenten- oder drogenbez. Störung	24	-	

^a Diese Daten sind Durchschnittsdaten, veröffentlicht unter (Stand Mai 2008):
<http://medizin.soellner.net/drg/drg.php>

Finanzielles Anreizpotenzial?

Da das Krankenhaus in der Regel nur bereit sein wird, fachlich gewünschte, aber nicht zwingend notwendige Mehrleistungen zu erbringen, wenn dem auch mehr Erlöse gegenüberstehen, kann für die QE nur dann ein Anreiz bestehen, wenn die entsprechende DRG (V60A) besser vergütet wird als die sonst zu verschlüsselnde somatische DRG. Im vorliegenden Fall zeigte die Analyse, dass dies nur dann der Fall wäre, wenn die DRG V60A in Zusammenhang mit der OPS 8-985.1 (7 bis 13 Tage Behandlung) einen Fallwert von 2400 Euro erzielt (Beispiel). Auf diese Weise lassen sich für die DRGs V60A bis V60C (die anderen DRGs wurden nicht berücksichtigt) Differenzwerte zu den tatsächlich abgerechneten Fallwerten berechnen.

Tab. 2: Theoretische Mehrerlöse bei Abrechnung der OPS 8-985.1 – nur Hauptdiagnosen

Anzahl Fälle x DRG	Bisheriger Fallwert (€)	Differenz zu 400 €	Mehrerlös in €
17 x V60A	1823	577	9809
50 x V60B	1160	1240	62000
211 x V60C	687	687	361443
Summe			433252

Tabelle 2 zeigt, dass dies tatsächlich der Fall ist, es lassen sich in dem Beispiel theoretische Mehrerlöse von ca. 433000 Euro generieren. Dabei wird unterstellt, dass alle betroffenen Patienten auch bereit wären, an einer qualifizierten Entzugsbehandlung teilzunehmen.

In diesem ersten Schritt der Modellrechnung wurden nur die Fälle mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen analysiert. Darüber hinaus wurde in einem zweiten Schritt mittels einer Simulationsrechnung analysiert, ob die systematische Vernachlässigung versus Berücksichtigung aller substanzbezogenen Nebendiagnosen zu einer Erlösdifferenz führen. Ohne auf die Analysemethoden hier näher eingehen zu können, stellte sich heraus, dass in 891 Fällen durch die Berücksichtigung der Nebendiagnose bei der Kodierung Mehrerlöse von ca. 37000 Euro generiert wurden. Dies bedeutet, dass mit einer Erhöhung der Anzahl substanzbezogener Nebendiagnosen – durch eine systematische Screeningdiagnostik – ebenfalls Mehrerlöse, wenn auch in bescheidenerem Umfang, generiert werden können.

Personal- und Sachkosten bei Etablierung eines QE-Teams

Den nach der Modellrechnung anzunehmenden Mehrerlösen stehen Kosten gegenüber, die sich zum einen aus Personalkosten für ein qualifiziertes QE-Team im Allgemeinkrankenhaus ergeben. Es wurde davon ausgegangen, dass die in Tabelle 3 aufgeführten Personalstellen ausreichen, um eine systematische Versorgung von zehn somatischen Stationen mit jeweils ca. 25–30 Behandlungsplätzen zu gewährleisten. Neben den daraus resultierenden Personalkosten entstehen dem Krankenhaus erhöhte Sachkosten, u. a. durch die Verlängerung der Verweildauer.

Tab. 3: Personal- und Sachkosten bei Etablierung eines QE-Teams und Erfüllung der Behandlungsdauer nach OPS 8-985.1 (7–13 Tage)

	Stellenanteil ohne/mit Ausfallszeiten	Kosten (€)
Personalkosten		
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	0,5/0,7	56 000
Diplompsychologe	0,75/1,0	55 000
Sozialpädagoge/Zusatzqual.	1,0/1,3	50 000
Pflegekraft/spezielle Erfahrung	1,5/2,0	100 000
Sachkosten		
Mehrkosten durch längere Verweildauer		
211 Fälle x 5 Tage		
50 Fälle x 3 Tage	80 € pro Tag	96 400
Summe		357 000

Schlussfolgerung und Diskussion der Einschränkungen

Die Analysen der Mehrerlöse und Mehrkosten zeigen, dass theoretisch bereits unter den bestehenden Diagnose- und Verschlüsselungsgewohnheiten positive Deckungsbeiträge, mindestens aber ein ausgeglichenes Ergebnis zu erzielen sind. Wenn man davon ausgeht, dass ein aktives QE-Team die Anzahl der Haupt- und Nebendiagnosen für alkohol- bzw. substanzbezogene Störungen erheblich steigern würde, können die Ergebnisse für ein Allgemeinkrankenhaus durchaus einen nicht unerheblichen finanziellen Anreiz bedeuten.

Einschränkend ist allerdings hinzuzufügen, dass solche Modellrechnungen für jedes Krankenhaus aufgrund seiner jeweils besonderen Leistungsstruktur durchgeführt werden müssen und der tatsächliche Nachweis an einem Umsetzungsbeispiel noch nicht erbracht ist. Zudem bestehen Risiken

für das Krankenhaus insofern, als nicht sicher ist, ob eine entsprechende Leistungssteigerung, die letztlich zur Erhöhung des »Case-Mix«-Indexes führen wird, von den Kostenträgern anerkannt wird. Da die Leistungen eines QE-Teams aber nachweisbar wären, könnte dieses Risiko als gering bis allenfalls mäßig betrachtet werden. Ein weiteres Risiko besteht allerdings durch mögliche globale Abschläge für Mehrleistungen, die bereits bei ca. 35 % so hoch sein können, dass die Etablierung eines QE-Teams zu mehr Kosten als Erlösen führen würde. Darüber hinaus ist es für die wirtschaftlich Verantwortlichen im Krankenhaus immer schwer, Kosten entstehen zu lassen, bevor die Erlöse sicher gestiegen sind. Zuletzt ist auch die Frage, ob die jeweils Leitenden Ärzte der Somatischen Kliniken eine fachfremde Initiative innerhalb ihrer Kliniken unterstützen würden.

Anmerkung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Joachim Meyer zu Wendischhoff, Medizin-Controller und Facharzt für Kinderheilkunde für seine Unterstützung bei der Modellrechnung.

Literatur

- MAYLATH, E./POLAGE, G./NEHR, R. (2003): Alkoholranke in psychiatrischen und somatischen Krankenhausabteilungen – Aktuelle Situation und Zukunftsprognose. Suchtmedizin.
- REYMAN, G./PREISING, M. (2003): Rahmenkonzept für die stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung alkoholkranker Menschen in Nordrhein-Westfalen. Versicherungsmedizin 55 (1): 27–32.
- WIENBERG, G. (2002): Versorgungsstrukturen von Menschen mit Alkoholproblemen in Deutschland – eine Analyse aus Public Health-Perspektive. In: MANN, K. (Hg.) Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Lengerich: Pabst Science Publishers, 17–45.

II Verbundsystem für Frühintervention und Behandlung für/ von Jugendliche/n (stoffgebunden/ungebunden)

Einleitung

Georg Kremer

In diesem Symposium geht es zum einen um Frühintervention, um möglichst frühe Erreichbarkeit und angemessene, zielgenaue Interventionen bei jungen Menschen mit süchtigen Verhaltensweisen. Zum anderen geht es um Verbundsysteme, ihre tatsächliche Existenz bzw. ihre mögliche Ausgestaltung.

Bevor die einzelnen Referate vorgestellt werden, möchten wir zunächst etwas ausholen, um das Konzept der Frühintervention hier einzuführen und ideengeschichtlich einzuordnen.

Projekte der sog. ersten Generation

»Frühintervention in der medizinischen Basisversorgung – FRAMES«

Aufbauend auf Projekten in den USA, Großbritannien und Skandinavien wurden in den 90er-Jahren in Lübeck und Bielefeld Modellprojekte des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt, die zum Ziel hatten, Menschen, die einen problematischen Alkoholkonsum aufwiesen, frühzeitiger zu erreichen und gezielt auf eine Veränderung von Konsumgewohnheiten hin anzusprechen (JOHN et al. 1996, KREMER et al. 1998). Die Projekte wurden sowohl in Arztpraxen als auch in somatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt. Patientinnen und Patienten wurden ohne Ansehen ihres ursprünglichen Konsultationsgrundes offensiv, aber empathisch zu ihren Konsumgewohnheiten befragt. Bei Bedarf wurde ihnen eine kurze Intervention angeboten. Diese Intervention basierte auf dem Konzept der sog. FRAMES (MILLER & SANCHEZ 1991):

- »Feedback« – Rückmeldung geben
- »Responsibility« – Eigenverantwortung betonen
- »Advice« – Konkreten Rat geben
- »Menu of options« – Nach alternativen Veränderungswegen suchen
- »Empathy« – Empathisch auf die Patientinnen und Patienten eingehen
- »Selfefficacy« – Selbstwirksamkeitsüberzeugung stärken, Ressourcen nutzen

Hier ist nicht der Raum, um diese Projekte im Detail darzustellen, deshalb sei auf eine Übersichtsarbeit von KÜFNER (2000) verwiesen, der zusammenfassend urteilt:

1. Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen (KI) und Kurztherapien ist generell sehr gut nachgewiesen.
2. KI im Sinne einer minimalen Behandlung bis zu drei oder vier Sitzungen eignen sich gut für Änderungen des Risikokonsums von Alkohol.

Die Studien, die in Deutschland zu KI durchgeführt wurden, zeigten darüber hinaus, dass KI zu einer deutlichen Steigerung der Inanspruchnahme weiterführender Hilfen (z. B. Suchtberatungsstellen) bei Alkoholabhängigen führten. Es konnte nachgewiesen werden, dass KI vor allem bei bisher vom Hilfesystem noch nicht erreichten Patienten zu einer deutlichen Veränderung der Konsumgewohnheiten führten, was den sekundärpräventiven Aspekt der KI-Ansätze im Alkoholbereich unterstreicht. Die Studien in der medizinischen Primärversorgung hatten somit gezeigt, dass sekundärpräventive Ansätze außerhalb der traditionellen Suchthilfe praktikabel und effektiv sind. Sie legten darüber hinaus einen wesentlichen konzeptionellen Grundstein für alle weiteren, auch zwei der hier berichteten Projekte: Projekt HaLT in Lörrach (H. Kuttler) und das Projekt BRIA in Berlin (H. Krampe und T. Neumann)

Projekte der sog. zweiten Generation

Jugendhilfe: »Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen (MOVE)«

MOVE startete 1999 als Modellprojekt des Landes Nordrhein-Westfalen und richtet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe (im Folgenden »Kontaktpersonen« genannt). Sie sollen befähigt werden,

- riskante Konsummuster der von ihnen betreuten Jugendlichen zu erkennen,
- kompetente Gesprächspartner in Suchtfragen zu sein und bei Bedarf
- Angebote der Konsumveränderung zu unterbreiten.

Dazu wurde in einem aufwendigen Prozess ein dreitägiges Fortbildungs-Curriculum mit folgenden wesentlichen Bausteinen entwickelt:

- Reflexion der eigenen Haltung,
- Motivation und Veränderung (das sog. Transtheoretische Model nach PROCHASKA & DiCLEMENTE 1982),

- FRAMES und Motivierende Gesprächsführung (nach MILLER und ROLLNICK 1991),
- Training und Umsetzung von MOVE im Alltag.

In einem nächsten Schritt wurden alle Präventionsfachkräfte des Landes NRW zu MOVE-Trainerinnen und -Trainern ausgebildet. Diese wiederum bieten seit einigen Jahren in allen Kommunen in NRW, in anderen Bundesländern sowie in Österreich und der Schweiz MOVE-Trainingskurse für Kontaktpersonen an. Seit 2003 wurden bis heute ca. 2000 Kontaktpersonen der Jugendhilfe mit dem Konzept MOVE fortgebildet.

Das MOVE-Fortbildungskonzept wurde in einem mehrschrittigen Prozess kontinuierlich verbessert, um die Erfordernisse der Kontaktpersonen optimal zu treffen. Im Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung der Universität Bielefeld (MARZINZIK 2004) werden folgende Ergebnisse hervorgehoben:

- Die MOVE-Fortbildung trifft auf einen großen Bedarf bei Kontaktpersonen, wird von ihnen als sehr gut bewertet und lässt sich gut in den Berufsalltag integrieren.
- Jugendliche sind an einem offenen, nicht polarisierenden Dialog interessiert, der sie als Gesprächspartner ernst nimmt und ihre Lebensperspektive thematisiert.
- MOVE erreicht die Zielgruppe der riskant konsumierenden Jugendlichen, trägt zu einer realistischen Risikoeinschätzung bei und motiviert zur Verhaltensänderung.
- MOVE fördert die Kooperation von Jugendhilfe und Suchtprävention.

Justiz: »FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Jugendlichen«

FreD ist ein Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung und zielt auf die Gruppe Jugendlicher bzw. junger Erwachsener, die erstmals im Zusammenhang mit illegalen Drogen polizeilich auffällig werden. Diese jungen Menschen sollen sodann zu einer Problematisierung ihrer Konsumgewohnheiten im Rahmen von regelmäßigen Gruppenabenden gewonnen werden. Die Teilnahme an diesen Gruppenabenden könnte sich positiv auf das schwebende Verfahren auswirken, könnte aber auch beim Einzelnen zu einer verstärkten Auseinandersetzung und letztlich einer Veränderung der Konsumgewohnheiten führen. Träger des Projekts ist der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (www.lwl.org/lwl/Jugend/ks),

die wissenschaftliche Begleitung lag bei der Firma FOGS aus Köln. Beteiligt waren in der Modellphase Drogenberatungs- und Suchtpräventionsfachkräfte aus acht Kommunen in acht verschiedenen Bundesländern. Die Hauptphase des Projekts lag zwischen 2000 und 2003.

Die Leitideen des Projekts lassen sich folgendermaßen zusammen fassen:

- Junge Menschen sollen frühzeitig, d.h. möglichst nahe am Zeitpunkt des Erstkonsums erreicht werden, um möglichst rechtzeitig die suchtpreventiven Ziele (u. a. Risikokompetenz, Abstinenz) umzusetzen.
- Die Interventionen sollten kurz und gezielt ausfallen, da Jugendliche kurze gezielte Angebote eher akzeptieren und gute Erfahrungen mit der Effektivität kurzer Interventionen vorliegen (s. o.).
- In der Kombination aus Freiwilligkeit (kein junger Mensch brauchte das Angebot annehmen) und der durch die polizeiliche Erstauffälligkeit entstehenden Drucksituation wurde eine gute motivationale Basis gesehen.

Nach einer Schulungs- und Vorbereitungsphase – die Inhalte der Kursabende wurden entwickelt, die Fachkräfte u. a. in motivierender Gesprächsführung geschult – wurden in den ersten beiden Jahren des Projektlaufs insgesamt 675 junge Menschen angesprochen, 430 nahmen das Kursangebot an, von denen wiederum 83 % an allen vier Gruppenabenden teilnahmen (GÖRGEN und ROMETSCH 2004). Somit haben 53 % der hier erfassten erstauffälligen jungen Menschen eine Thematisierung und oftmals Problematisierung ihrer Konsumgewohnheiten zugelassen. Daten zur individuellen Konsumveränderung oder zu den jeweiligen Verfahrensverläufen wurden nicht erhoben.

FreD wird mittlerweile in ca. 150 Kommunen in ganz Deutschland angeboten. Es wurde ein Weg gefunden, junge Menschen vor Eintritt in eine »Suchtkarriere« mit einem sekundärpräventiven Ansatz zu erreichen. Kurze und gezielte Interventionen waren der Zielgruppe angemessen. Motivierende Gesprächsführung erwies sich (wiederum) als ein Ansatz, der geeignet ist, junge Menschen für eine Thematisierung ihrer Konsumgewohnheiten zu gewinnen. Die Idee, sozialen Druck zu nutzen und das Prinzip der reinen Freiwilligkeit aufzugeben, ist mit FreD auch in Fachkreisen akzeptiert. Zur Umsetzung von FreD oder ähnlichen Ansätzen ist allerdings eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen Strafverfolgungsbehörden und Drogenhilfe bzw. suchtpreventiven Institutionen unerlässlich.

Schule: »Bekifft in der Schule«

Das Projekt »Bekifft in der Schule« wurde entwickelt vom Suchtpräventionszentrum der Senatsverwaltung Schule der Stadt Hamburg und in den Jahren 2001–2007 durchgeführt in Kooperation mit verschiedenen Suchtberatungsstellen der Stadt. Hintergrund des Projekts sind alarmierende Zahlen über die Häufigkeit des Cannabiskonsums unter Schülerinnen und Schülern. Ziele des Projekts sind:

- Aufbau von Früherkennungs- und Frühinterventionsstrukturen,
- Aufbau von tragfähigen schulischen Regeln und Interventionen im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis, Alkohol, Zigaretten und anderen Suchtmitteln,
- Lehrertrainings zur Wahrnehmungsschulung und Gesprächsführung,
- Eltern- und Schülerprojekte.

Zielgruppen sind v. a. konsumerfahrene Jugendliche im Alter von 14–17 Jahren, junge Erwachsene im Alter von 18–27 Jahren sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Schulen.

Ablauf: Schulen bekunden gegenüber der Senatsverwaltung ihr Interesse, sich an diesem Projekt zu beteiligen. Im nächsten Schritt konstituiert jede teilnehmende Schule eine Projektgruppe und erhält Informationen sowie Unterstützung durch ein begleitendes Projektteam. In einer Basisveranstaltung erhalten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schule Informationen über Konsum und Folgen. In Grundlagentrainings erhalten dann die Lehrerinnen und Lehrer konkretes Handwerkszeug für ein verbessertes Erkennen von problematischen Konsumgewohnheiten sowie für kurze frühzeitige Interventionen (Motivierende Gesprächsführung). In einem Aufbautraining können Gesprächsführungskompetenzen (etwa für schwierige Situationen) weiter ausgebaut werden. In einem vorläufigen Fazit nennt Andrea RODIEK (2006), eine der Initiatorinnen und Initiatoren des Projekts, folgende positive Ergebnisse:

- Über 50 Schulen in Hamburg haben teilgenommen.
- Die Kollegien wurden für das Sucht-Thema sensibilisiert und erlangten Sicherheit im Erkennen von Cannabis-, Alkohol- und anderen Suchtproblematiken.
- Sie erhielten praktisches Handwerkszeug inkl. Informationsmaterialien.
- Es wurden verbindliche Regeln in den teilnehmenden Schulen entwickelt,

die zu mehr Transparenz und Klarheit bei notwendigen Entscheidungen führten.

- Dadurch entstand eine höhere Sicherheit im Umgang mit betroffenen Schülerinnen und Schülern sowie Klarheit an der Grenze von Sanktion und Hilfe.
- Der fachliche Austausch im Kollegium über das Thema Suchtmittelgebrauch an den Schulen wurde initiiert bzw. verbessert.

Spätaussiedler: »SeM – Sekundäre Suchtprävention für spätausgesiedelte junge Menschen in Münster«

Hintergrund dieses Projekts ist die Tatsache, dass Spätaussiedler sich grundsätzlich mit dem deutschen Suchthilfesystem sehr schwertun und hier oft gar nicht oder mit unzureichenden Konzepten erreicht werden. Dies gilt ganz besonders für junge Spätaussiedler. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat deshalb in Kooperation mit der Stadt Münster ein Projekt aufgelegt, das sich zum Ziel gesetzt hat, spätausgesiedelte junge Menschen in Münster, die Alkohol oder »weiche« illegale Drogen in riskanter Art und Weise konsumieren, vor einem Abgleiten in manifeste Abhängigkeiten zu schützen. Zielgruppe des sog. »Mehr-Ebenen-Ansatzes« von SeM sind Jugendliche, Eltern und Angehörige sowie Kontaktpersonen aus der einschlägigen Szene. Die Laufzeit des Projekts war von 2004–2007. Der Zugang zu den Zielgruppen wurde über ein in mehrfachem Sinne »kultursensibles« Vorgehen gewählt:

- Die Jugendlichen wurden von Straßensozialarbeitern mit Aussiedlerhintergrund in ihren Jugendzentren und Treffpunkten aufgesucht.
- Die Kontakt- und Vertrauenspersonen erhielten gezielte Fortbildungsangebote (u. a. MOVE, s. o.).
- Die Eltern und Angehörigen erhielten das Angebot, sich mit ihresgleichen auszutauschen (unter Moderation der SeM-Fachkräfte).

Das Projekt SeM wurde im März 2007 abgeschlossen. Detaillierte Ergebnisse sind nachzulesen unter www.lwl.org.

Zusammenfassung

In der Summe liegt eine Reihe von ermutigenden Erfahrungen mit Ansätzen zur Früherkennung und Frühintervention vor. Deutlich ist allerdings auch, dass die Zielgruppen und die entsprechenden Ansätze sehr heterogen sind, entsprechend der Ausformung süchtigen Verhaltens junger Menschen. Beindruckend sind die Versuche, kultur- und lebensweltsensible Zugänge zu suchen, um die hohe Schwelle der Inanspruchnahme etablierter Hilfeformen zu unterlaufen. Pragmatische und alltagsnahe Ansätze sind gefragt.

Deutlich wird allerdings auch – Stichwort Verbundsysteme –, dass oftmals erst eine funktionierende und von pragmatischen Gesichtspunkten geleitete Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure im Feld den Erfolg des Ansatzes – sowohl auf individueller als auch auf struktureller Ebene – sichert. Jugendämter und Jugendhilfe, Schule, Suchthilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Krankenhaus, Justiz u. v. m. tun gut daran, die Grenzen ihrer jeweiligen institutionellen Rahmenbedingungen aufzulockern, um die unterschiedlichen Zielgruppen angemessen anzusprechen, anzuleiten und zu unterstützen.

Die Impulsbeiträge

Andreas Heinz (Charite-Universitätsmedizin, Berlin) stellt Ergebnisse aus prospektiven Untersuchungen bei 15- und 16-jährigen Schülerinnen und Schülern vor und geht dabei der Frage nach, welcher Personenkreis unter welchen Umständen eher den Weg ins exzessive Trinken einschlägt.

Heidi Kuttler (Villa Schöpflin, Lörrach) berichtet über ein Präventionsprojekt zum komatösen Rauschtrinken bei Jugendlichen: HaLT – Hart am Limit. Dieses Projekt wurde wegen seines innovativen und zeitgemäßen Ansatzes mehrfach ausgezeichnet und wird mittlerweile bundesweit adaptiert.

Renate Schepker (Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Ravensburg-Weissenau) stellt zwei ineinander verzahnte Angebote der Frühintervention bei jugendlichen Drogenkonsumenten vor: Niedrigschwelliger Entzug im Paket mit einer Suchtrehabilitation unter Einbezug von Schule und Jugendhilfe.

Henning Krampe schließlich greift die Projekte der o. g. »ersten Generation« auf und berichtet Ergebnisse aus dem Modellprojekt BRIA mit jungen Patienten mit alkoholbezogenen Störungen im Krankenhaus. Er beleuchtet dabei besonders die Schnittstellen zwischen medizinischer Versorgung, Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe.

Literatur

- GÖRGEN, W./ROMETSCH, W. (2004): Bundesmodellprogramm »Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten – FreD«. Suchttherapie, 5: 76–79.
- JOHN, U./HAPKE, U./RUMPF, H.-J./HILL, A./DILLING, H. (1996): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos.
- KREMER, G./DORMANN, S./WIENBERG, G./PÖRKSEN, N./WESSEL, T./RÜTER, E. unter Mitarbeit von ENGLER, U./SCHLANSTEDT, G. (1998): Erkennung und Behandlung von PatientInnen mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.). Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen. Baden-Baden: Nomos.
- KÜFNER, H. (2000): Ergebnisse von Kurzinterventionen und Kurztherapien bei Alkoholismus – ein Überblick. Suchtmedizin; 2: 181–192.
- MARZINZIK, K. (2004): Wissenschaftliche Begleitung des NRW-Modellprojekts MOVE. Motivierende Kurzintervention in der Schwerpunktprävention mit konsumierenden Jugendlichen. Universität Bielefeld.
- MILLER, W.R./ROLLNICK, S. (1991): Motivational Interviewing – Preparing people for changing addictive behaviors. New York: The Guilford Press, (Dt. Übersetzung: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus, 1999).
- MILLER, W.R./ROLLNICK, S. (2002): Motivational interviewing: Preparing people for change. New York: The Guilford Press, (Dt. Übersetzung: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus, 2004).
- MILLER, W.R./SANCHEZ, V.C. (1991). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: HOWARD, G. (Ed.): Issues in alcohol use and misuse by young adults. University of Notre Dame Press: Notre Dame.
- PROCHASKA, J.O./DICLEMENTE, C.C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. In: Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19: 276–288.
- RODIEK, A. (2006): Besser erfolgreich als »Bekiff in der Schule«. Ein Hamburger Schulprojekt zur Prävention und Frühintervention. In: KOLTE, B. et al. (Hg.): Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird? Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag.

Komatrinken und die Disposition zur Alkoholabhängigkeit

Andreas Heinz, Anne Beck

Exzessiver Alkoholkonsum kann insbesondere bei jungen Menschen problematisch sein, da das Gehirn noch reift und verschiedene Vorgänge wie die Entwicklung des präfrontalen Kortex in den ersten 20 Lebensjahren noch nicht zum Abschluss kommen. Gerade deswegen ist das Auftreten einer alkoholbedingten Nervenzellschädigung, die sich makroskopisch als Hirnatrophie zeigt, bei jungen Menschen besonders bedauernswert (HEINZ/BATRA 2003).

Solche Folgen des exzessiven Alkoholkonsums sind natürlich etwas anderes als die Ursache des Trinkens selbst. Denn diese müsste man eigentlich untersuchen, bevor der Alkohol als nervenschädliche (neurotoxische) Substanz auf das Gehirn eingewirkt hat. Gefragt sind hier also entweder Untersuchungen im Tiermodell oder – was schwieriger ist – prospektive Untersuchungen bei jungen Menschen.

Eine solche Untersuchung wurde von einer Arbeitsgruppe am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim durchgeführt, an der wir auch beteiligt waren. Diese zeigten, dass eine Vielzahl von Faktoren das Trinkverhalten der 15–16-Jährigen beeinflusst, dazu gehören externalisierende und internalisierende Störungen im Sinne des Aufmerksamkeitsdefizits-Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) bzw. von Angst-, und depressiven Verstimmungen, ein geringes Maß an elterlicher Kontrolle sowie das Ausmaß der vermeintlichen »Trinkfestigkeit« (HINCKERS et al. 2006). Letzteres ist besonders bemerkenswert, denn es besagt, dass die akute Wirkung des Alkohols von seiner chronischen Wirkung dringend unterschieden werden muss: Wer akut viel Alkohol verträgt, ist deswegen bei chronischem Gebrauch gerade nicht gegen dessen abhängigkeiterzeugende Wirkungen gefeit. Ganz im Gegenteil, wer akut wenig unangenehme Wirkung des Alkoholkonsums verspürt, ist statistisch gesehen dazu disponiert, häufiger exzessiv Alkohol zu trinken und abhängig zu werden. Offenbar, weil hier ein natürliches Warnzeichen fehlt. Diese Disposition ist mit Besonderheiten im Bereich der serotonergen Neurotransmission verbunden, das weithin bekannt ist, weil auf dieses Botenstoffsystem eben auch Antidepressiva wirken.

Ähnlich wie bei jungen Menschen konnte auch im Tiermodell beobachtet werden, dass eine bestimmte Veränderung der serotonergen Neurotransmission (mit erhöhter Verfügbarkeit der Transporter und vermindertem Sero-

toninumsatz) mit einem exzessiven Alkoholkonsum in Verbindung steht. Im Fall der entsprechenden Primatenstudie (HEINZ et al. 1998; 2003) konnte gezeigt werden, dass nicht nur genetische, sondern auch Umweltfaktoren – in diesem Fall der Stressfaktor der sozialen Isolation – zu einer langfristigen Veränderung serotonerger Nerventätigkeit führt. Tiere, die direkt nach der Geburt dem Stressfaktor sozialer Isolation ausgesetzt waren, zeigten – bei unterschiedlicher individueller Vulnerabilität – Veränderungen in der serotonergen Neurotransmission, die direkt mit der Menge des Alkohols korrelierte, die diese Tiere zu sich nahmen.

Auch beim Menschen ist bekannt, dass Stressfaktoren wie das Aufwachsen in Heimen oder die späte Platzierung in Adoptivfamilien mit einem nachfolgend erhöhten Alkoholkonsum korrelieren. Die genannten Studien bei Primaten sind auch deswegen interessant, weil sie zeigen, in welchem Umfang einfache Befunde aus Tiermodellen und bildgebenden Studien unterschiedlichen Interpretationen zugänglich sind. Diese sozial aufwachsenden Rhesusaffen sollten nämlich ursprünglich als eine Art »Gang-Modell« dienen, d. h., sie sollten das Aufwachsen von sozial vernachlässigten Kindern unter Gleichaltrigen beispielhaft wiederholen. Der damalige Leiter der entsprechenden amerikanischen Untersuchungseinrichtung, Frederic Goodwin, der eine Arbeitsgruppe am »National Institute of Health« leitete, hoffte, mit diesem Modell die Entstehung gewalttätigen und süchtigen Verhaltens erklären zu können. Da er allzu leichtfertig und oberflächlich Vergleiche mit den in den amerikanischen Innenstädten lebenden Minderheiten anstellte, musste er allerdings von seinem Posten zurücktreten bzw. wurde auf eine andere Stelle versetzt. Seine Studien fanden in einer Zeit statt, in der (Anfang der Neunzigerjahre) soziale Faktoren zunehmend an Bedeutung für die Erklärung abhängigen Verhaltens verloren hatten, da die aufkommenden genetischen Kenntnisse einerseits sehr stark beachtet wurden und da andererseits das Vertrauen in die Sozialsysteme abgenommen hatte.

Unter Clinton wurde dann in Amerika eine tiefgreifende Sozialreform durchgeführt, bei der die Sozialhilfe, die bisher nur Alleinerziehende mit Kindern für den Unterhalt der Kinder erhalten haben, weiter reduziert wurde: Seitdem bekommen Alleinerziehende nur noch Sozialhilfe für die Dauer von insgesamt fünf Jahren ihrer Lebenszeit und nur zwei Jahre am Stück. Dies hat dazu geführt, dass eine große Zahl von alleinerziehenden Menschen sich jetzt um die Kinder anderer besser verdienender Menschen kümmern und die eigenen Kinder nicht mehr direkt betreuen können. Die sozialen Kürzungen wurden damals als eine Art »Empowerment« kommuniziert, die

es den von der Sozialhilfe abhängigen Menschen ermöglichen sollte, sich aus dem sozialen Netz zu »befreien« (HEINZ/ROTHENBERG 1998).

Diese hier nur skizzenhaft dargestellten Ereignisse zeigen, dass eine gesellschaftliche Stimmung, in der soziale Kürzungen von einer Mehrheit angestrebt und gewollt werden, den Fokus der neurobiologischen Studien und deren Interpretationen beeinflussen kann. Erst fünf bis zehn Jahre später rückten wieder soziale Faktoren, gerade auch in Interaktion mit genetischer Vulnerabilität in den Vordergrund wissenschaftlichen Interesses.

Literatur

- HEINZ, A./ROTHENBERG, J. (1998): Meddling with monkey metaphors – modernism and the threat of impulsive desires. *Soc Justice* 25: 44–64.
- HEINZ, A./HIGLEY, J.D./GOREY, J.G./SAUNDERS, R.C./JONES, D.W./HOMMER, D./ZAJICEK, K./SUOMI, S.J./LESCH, K.P./WEINBERGER, D.R./LINNOILA, M. (1998): In vivo association between alcohol intoxication, aggression, and serotonin transporter availability in nonhuman primates. *Am J Psychiatry*. 155 (8): 1023–8.
- HEINZ, A./BATRA, A. (2003): Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. Kohlhammer, Stuttgart.
- HEINZ, A./JONES, D.W./GOREY, J.G./BENNET, A./SUOMI, S.J./WEINBERGER, D.R./HIGLEY, J.D. (2003): Serotonin transporter availability correlates with alcohol intake in non-human primates. *Mol Psychiatry*. 8 (2): 231–4.
- HINCKERS, A.S./LAUCHT, M./SCHMIDT, M.H./MANN, K.F./SCHUMANN, G./SCHUCKIT, M.A./HEINZ, A. (2006): Low level of response to alcohol as associated with serotonin transporter genotype and high alcohol intake in adolescents. *Biol Psychiatry*. 60 (3): 282–7.

HaLT - Ein Präventionsprojekt zum komatösen Rauschtrinken bei Jugendlichen - Erfahrungen aus der Praxis

Heidi Kuttler

Die Zahl von 10- bis 20-Jährigen, die im Krankenhaus mit akuter Intoxikation/akutem Rausch (F 10.0) behandelt wurden, hat sich zwischen 2000 und 2007 von 9500 auf 23 000 erhöht. Diese Zahlen wurden von den Medien breit kommuniziert. Dadurch ist in der Bevölkerung in den letzten Jahren ein Bild entstanden, wonach exzessiver Alkoholkonsum vorwiegend ein jugendspezifisches Phänomen darstellt – dies ist jedoch nicht der Fall. Laut Statistischem Bundesamt ist für nahezu alle anderen Altersgruppen ebenfalls ein starker Anstieg dokumentiert (Statistisches Bundesamt 2008, s. Grafik). Diese Zahlen legen die Vermutung nahe, dass sich nicht nur die Trinkgewohnheiten von Jugendlichen verändert haben (Trinken von Spirituosen, Konsum aus der Flasche), sondern dass die Sensibilität bezüglich der Problematik insgesamt zugenommen hat, was zu einer Erhellung des bisherigen Dunkelfeldes führt (z. B. durch schnellere Veranlassung medizinischer Intervention, veränderte Diagnosestellung).

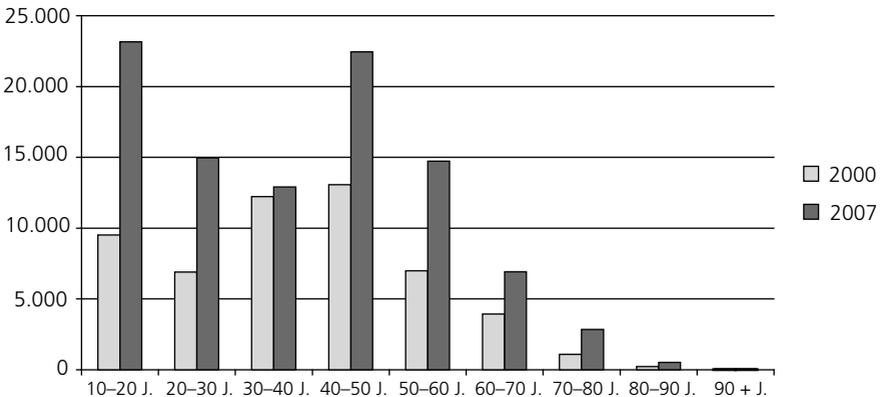


Abb. 1: Anzahl der Fälle, Jahre 2000 und 2007 im Vergleich

Als Reaktion auf steigende Klinikzahlen bei der Gruppe der 10- bis 20-Jährigen wurde vom Präventionszentrum Villa Schöpflin im südbadischen Lörrach im Jahr 2003 das Präventionsprojekt »Hart am Limit – HaLT« entwickelt. Nach einer zweijährigen – vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten – Modellphase an zehn weiteren Standorten, erfolgt aktuell die

bundesweite Verbreitung des Projekts. Etwa 100 Landkreise haben HaLT bisher implementiert (Stand November 09).

HaLT besteht aus zwei Modulen, die sich gegenseitig ergänzen und verstärken. Mit dem sog. »reaktiven Baustein« von HaLT werden Jugendliche nach schwerer Alkoholintoxikation und ihre Familien meist noch in der Klinik angesprochen. Hier bietet sich die Chance für eine wirksame Kurzintervention bzw. die frühzeitige Einbindung von belasteten Jugendlichen in das Hilfesystem. Individuumszentrierte Ansätze allein oder universelle Prävention, die sich nur an Jugendliche wendet, können riskanten Alkoholkonsum in unserer Gesellschaft allerdings nicht eindämmen. Aus diesem Grund wird HaLT reaktiv mit einem »proaktiven Baustein« kombiniert, der eine verhältnispräventive Orientierung hat und Erwachsene anspricht. Damit soll ein verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol im kommunalen Setting gefördert und durch eine breite Palette an abgestimmten Präventionsmaßnahmen Rauschtrinken bereits im Vorfeld verhindert werden. Adressaten sind Verantwortliche bei Kommunen, Festorganisatoren, Vereinen, Verkaufspersonal und pädagogische Fachkräfte, die im Kontakt mit Jugendlichen stehen.

Die HaLT-Intervention ist als Kurzberatung konzipiert und basiert auf dem Konzept der Motivierenden Gesprächsführung. Das Erstgespräch dient auch dazu, bei den Jugendlichen Offenheit für die Teilnahme an einem ein- oder zweitägigen Gruppenangebot, dem Risiko-»Check«, zu schaffen. Dabei haben sich folgende Botschaften als hilfreich erwiesen:

- Es geht um Risikoverhalten, nicht um Sucht.
- Der/die Jugendliche selbst hat die Verantwortung und Möglichkeiten für positive Veränderungen.
- Ein integriertes erlebnispädagogisches Modul (Klettern, Tauchen) macht Themen wie Risiko, Grenzen und Verantwortung für die Jugendlichen konkret erfahrbar.
- Die Teilnahme gemeinsam mit Freunden macht den Risiko-»Check« niedrigschwelliger und ermöglicht es gleichzeitig, in das soziale Umfeld der Jugendlichen hinein zu wirken.

Die sozialpädagogischen Fachkräfte im HaLT-Projekt stellen fest, dass es sich keinesfalls nur um »Problemjugendliche« handelt. Bei der Bewertung des Geschehens spielen folgende Aspekte eine Rolle:

- Geht es um eine akute Gesundheitsgefährdung oder um Suchtgefährdung?
- Wird zum »Spaß« getrunken oder zur Regulierung negativer Affekte?

- Eine Krankenhausaufnahme bei relativ niedrigen Promillewerten kann auch ein Hinweis auf eine geringe Gewöhnung an Alkohol sein.

Die Erfahrung zeigt: Die meisten Jugendlichen verfügen über gute persönliche Ressourcen und wachsen in einem fürsorglichen und stabilen Umfeld auf. Etwa ein Drittel der Betroffenen wird von den Fachkräften jedoch als sehr belastet eingeschätzt. Hier ist die Einbindung in längerfristige und umfassende Hilfen angezeigt. Prognos, verantwortlich für die wissenschaftliche Begleitung der Modellphase von HaLT, hat über 760 Fragebögen betroffener Jugendlicher ausgewertet und fasst die Motive für die schwere Alkoholintoxikation in vier Hauptgruppen zusammen:

1. Wetten und Trinkspiele
2. Exzessives Trinken als Zeitvertreib
3. Naivität und Unwissenheit im Umgang mit Alkohol
4. Trinken, um Probleme zu verdrängen

Weitere Erkenntnisse der Auswertung waren:

- Das Risiko für Alkoholintoxikationen ist unabhängig vom Bildungsgrad. 30 % der Betroffenen besuchen die Realschule, ebenso viele die Hauptschule, 20 % das Gymnasium.
- Mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen im HaLT-Projekt leben nicht mit beiden Eltern in einem Haushalt.
- Zigaretten- und Alkoholkonsum sind überdurchschnittlich hoch, illegale Drogen werden eher selten konsumiert.
- Die große Mehrzahl hat Spirituosen, pur oder gemixt, konsumiert – oft direkt aus der Flasche.

Um diese Informationen zu illustrieren, wurde im Workshop ein Interview mit einem betroffenen Jungen vorgestellt, bei dem er über die Begleitumstände seiner lebensbedrohlichen Intoxikation und seine persönlichen Konsequenzen daraus berichtet. In dem Beispiel wird die Rolle seiner Clique deutlich: es wurde gemeinsam getrunken, aber es bestand wenig Wissen oder Verantwortungsbewusstsein in der Gruppe bezüglich des lebensgefährlichen Zustandes des betroffenen Jugendlichen, auch distanzierten sich die anderen Jugendlichen von ihm aufgrund des Kontrollverlustes/Bewusstlosigkeit. Der Jugendliche nennt die von ihm im Rahmen des HaLT-Projekts entwickelten Regeln für seinen zukünftigen Alkoholkonsum wie nicht aus der Flasche trinken, nicht »ex« trinken und nichts Hochprozentiges.

Von der Niedrigschwelligkeit (clean.kick) bis zur Langzeittherapie (JUST) – eine innovative, integrierte Hilfeform in der Praxis

Renate Schepker

Die Strukturen zur Suchtbehandlung von Kindern und Jugendlichen sind bislang stark unterentwickelt, was den Vorteil hat, dass man sie praktisch neu entwickeln kann. Es gibt erst in den letzten zehn Jahren nennenswerte Strukturen für Suchtbehandlung – an die Jugendliche sich sowieso nicht halten. Sie mäandrieren eher zwischen verschiedensten Angeboten, lassen sich ungern fixieren, probieren verschiedene Möglichkeiten durch und kommen oft auf eine bereits irgendwie positiv erfahrene zurück. Kaum ein suchtgefährdeter Jugendlicher würde brav die »Behandlungskette« durchlaufen. (vgl. « Suchtstörungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen» SCHEPKER et al. 2009).

Auch wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendigerweise überregional gearbeitet, da die Bevölkerungsdichte keine engen kommunal basierten Strukturen erlaubt, sondern allenfalls regional – in unserem Fall landesweit – denken muss. Am Beispiel von Baden-Württemberg lässt sich herleiten, wie es möglich ist, Hilfen gleich integriert und bedarfsangepasst aufzusetzen.

Die Station »clean.kick« leistet seit ihrer Gründung vor sieben Jahren niederschwelligen Entzug für Jugendliche aus ganz Baden-Württemberg und für einige wenige mit besonderer Indikation aus dem angrenzenden Bayern. Sie hat 14,3 Plätze für 14–21-Jährige, wobei über 18-Jährige nur im Falle einer deutlichen Entwicklungsverzögerung aufgenommen werden können. Eine Erweiterung auf 20 Plätze (zwölf plus acht) ist geplant.

Entsprechend der jugendtypischen Konsummuster für alle Substanzen und der Entwicklungsaufgaben ist ein Regelaufenthalt von neun Wochen für Entgiftung und jugendpsychiatrische Behandlung vorgesehen. Dennoch beträgt – wegen der häufig vorzeitigen Beendigung – die durchschnittliche Verweildauer nur 29 Tage. Niederschwelligkeit bedeutet: Suchtberatungsstellen oder Hausärzte weisen direkt zu, es gibt keinen Umweg über die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA).

Als Voraussetzung für eine Aufnahme reicht schädlicher Substanzgebrauch im Zusammenhang mit weiteren Kriterien, z. B. Probleme mit Familie, Schule oder Lehre, mit der Justiz oder selbstschädigendes Verhalten. Eine Abhängigkeitsdiagnose ist nicht notwendig. Wir bemühen uns um kurze

Wartezeiten, die meist ca. vier Wochen betragen. Es erfolgt keine »Motivationsprüfung«, außer dass die Jugendlichen sich regelmäßig nach dem Aufnahmetermin erkundigen sollten. Die Station wird prinzipiell offen geführt. Allerdings verlangen wir bei Aufnahme eine »feste Entlassadresse« – und sei dieses eine Jugendschutzstelle, um niemanden in die Wohnungslosigkeit oder auf die Straße entlassen zu müssen.

Die Leitgedanken von clean.kick sind:

1. Motivation ist nicht Voraussetzung, sondern Ziel der Behandlung.
2. Jeder drogenfreie Tag zählt (Einstieg in den Ausstieg).
3. Transparenz und Partizipation unterstützen den pädagogisch-therapeutischen Prozess – d. h. so viel Verantwortung wie möglich, auch von älteren gegenüber jüngeren Patienten und stetige Begründungen für Regeln und Entscheidungen.
4. Befähigung zu größtmöglicher Selbstverantwortung.
5. Ein Behandlungsabbruch ist kein Beziehungsabbruch (Intervallbehandlung).

Das führt letztendlich zu vielen, die gehen und zu vielen, die wiederkommen. Im Jahr 2006 hatten von den Patienten 62 % ihren ersten Aufenthalt, 25 % den zweiten, 9 % den dritten, 3 % den vierten und 1 % einen noch häufigeren Aufenthalt. Im gleichen Jahr wurden nur 31,7 % der Behandlungen regulär beendet.

Zwischen den verschiedenen Aufenthalten kehren die Jugendlichen in ihre Familie, die Jugendhilfeeinrichtung oder das Berufsbildungswerk, manche auch in eine Justizvollzugsanstalt (JVA) zurück. Einige Jugendliche laufen aus Familie und Jugendhilfe weg und kommen nach einer Zeit auf Trebe wieder. In dieser Zeit erfolgt eine Weiterbetreuung durch die jeweiligen Zuweisenden und das Ursprungsnetzwerk – oft erfolgt ambulante Jugendhilfe, und bereits benannte Probleme und Konflikte tauchen wieder auf, werden dieses Mal aber vielleicht etwas anders gelöst. »clean.kick« kann ein Teil dieser Lösung sein, zumal die Beteiligten es nun kennen.

Kurz zusammengefasst sieht das Konzept der Station »clean.kick« folgende Punkte vor:

- Duale Bezugspersonen, d. h. gleichberechtigtes Zusammenarbeiten von pädagogisch-pflegerischer Bezugsperson und Therapeut.
- Ein Mentorensystem (s. o.).
- Ein Bonuspunktesystem, d. h. jeder startet mit Chancen, kann Punkte verlieren, aber auch wieder aufbauen.

- Schule, Ergotherapie und »Talks« mit dem Jugendpfarrer finden im Haus statt.
- Gesunde- und »clean kicks« werden in der Ritualarbeit und der Erlebnistherapie erfahren.
- Die Jugendlichen erstellen Therapietagebücher.
- Enorm wichtig ist der Familieneinbezug – in aller Regel sind die Familiensysteme überlastet, selbst problembeladen oder kaum noch existent.

Trotz der Niederschwelligkeit weisen bei dann erfolgreicher genauer Diagnostik:

- 77,8 % unserer Patienten eine manifeste Suchtdiagnose F 1x.2 auf (Daten bis Mitte 2006)
- 5,6 % hatten eine schizophrene oder substanzinduzierte psychotische Störung (hierzu ist innerhalb der Station ein hochdifferenziertes Angebot ausgearbeitet, und Patienten mit psychotischen Störungen werden integriert adäquat behandelt)
- und bei 12 % fand sich ein meist bis dahin unerkanntes Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom – Hyperaktivität (ADHS).

Insgesamt 60 % hatten eine psychiatrische Grundstörung, wobei diese quer durch das ganze Spektrum gehen. Häufig waren es aus der Vergangenheit belastende oder traumatische Lebensereignisse, an die sich die Patienten erinnerten.

Seit Gründung der Station sind in zwei Wellen Evaluationen erfolgt, auch eine zweimalige Katamneseuntersuchung (BERNHARDT et al. 2004 und FETZER 2008). Kurz gefasst lässt sich aus der Katamnese ein Jahr nach Entlassung nach durchschnittlich 1,9 Aufenthalten ableiten, dass der Konsum von Alkohol zurückgeht, aber ein Gelegenheitskonsum bleibt. Von illegalen Drogen bleiben mehr Patienten abstinent. Überwiegend gehen sie einer geregelten Tätigkeit an den meisten Tagen des Monats nach. Aber es bleibt ein hoher Teil an fortbestehenden psychiatrischen Problemen. Bei vielen sind noch längst nicht alle sozialen Probleme gelöst. Wir haben in einer genauen Analyse untersucht, dass mindestens zehn, wenn nicht 20 % der Patienten von »clean.kick« eine Langzeittherapie bräuchten.

Das war ein Grund, JUST (Jugend-Sucht-Therapie) als Langzeiteinrichtung zu gründen. Die JUST-Zielgruppe sind Jugendliche mit einer manifesten Suchterkrankung und gleichzeitig einem deutlichen Erziehungsbedarf. Sie weisen (soziale) Entwicklungsrückstände und einen Bedarf an schulischer

und/oder beruflicher Eingliederungshilfe auf. Sie dürfen maximal 18 Jahre alt sein. Die psychiatrische Komorbidität ist ein assoziatives, kein obligates Kriterium.

Bisher wurden 39 Jugendliche mit einem Durchschnittsalter von 17,6 Jahren aufgenommen.

Überwiegend hatten sie polytoxikomanen Konsum. Die meisten Jugendlichen kamen mit einer gerichtlichen Therapieauflage, 100 % hatten eine psychiatrische Komorbidität.

Das Neue an JUST ist, dass hier nicht mehr ein Phasenmodell »Sucht-rehabilitation« durchlaufen wird, das je nach Bundesland für Jugendliche in dieser Form auch kaum existiert (siehe Abb. 1).

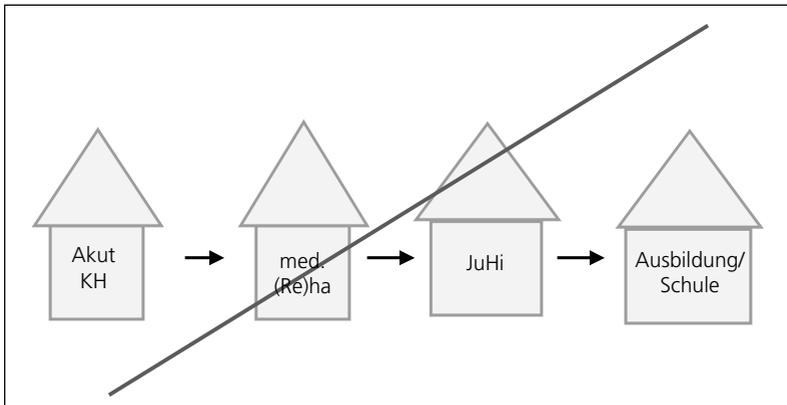


Abb. 1

Vielmehr bietet JUST eine »Paketlösung« an, in der die Leistungen von drei Kostenträgern über einen längeren Zeitraum gemeinsam abgestimmt und in personeller und konzeptueller Kontinuität erbracht werden (s. Abb.2) und die Schule von Anfang an Teil des Angebots ist.

Bei der gemeinsamen Leistungserbringung aus einer Hand wurde in einem längeren Prozess unter Moderation des Sozialministeriums ausgehandelt, dass die Leistung sich aus 60 % Jugendhilfe, 20 % Suchthilfe und 20 % Jugendpsychiatrie zusammensetzt. Das entspricht einer Mischfinanzierung von entsprechenden Anteilen des örtlich zuständigen Jugendhilfeträgers, der Rentenversicherung und der Krankenversicherung. Für dieses Finanzierungsmodell mussten sich alle Leistungsträger etwas außerhalb ihrer eigentlichen

Von der Niedrigschwelligkeit (clean.kick) bis zur Langzeittherapie (JUST) – eine innovative, integrierte Hilfeform in der Praxis

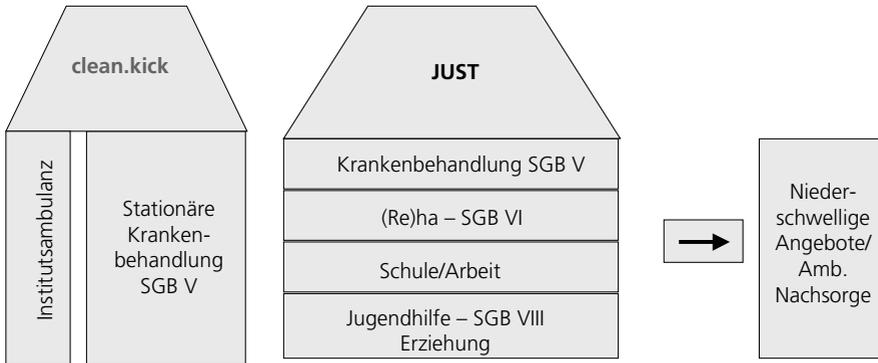


Abb. 2

Kompetenz für zuständig erklären – denn für sich genommen ist jeder der drei Leistungsträger für jugendliche Suchtkranke nur subsidiär zuständig (FEGERT u. SCHEPKER 2009). Seitens des Ministeriums wurde argumentiert, dass, verglichen mit anderen Modellen bundesweit, jeder Leistungsträger in unserem Modell nur das finanziert, wofür er originär zuständig sei, und nicht mehr. Das SGB IX wurde immer wieder neu debattiert. Letztlich wurde eine Projektphase von zwei Jahren Dauer vereinbart (und mittlerweile um drei weitere Jahre verlängert).

Von den Patienten der Station clean.kick kommen dennoch nicht alle mit einer entsprechenden Indikation für eine Langzeitbehandlung infrage, denn das Projekt läuft ohne die Beteiligung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund¹, der Rentenversicherung der Bundesknappschaft (dadurch entfallen rund 35 % der Patienten) und ohne die Private Krankenversicherung (-1 %). Außerdem dürfen nur Baden-Württemberger aufgenommen werden (-2 %). Das derzeitige Verfahren klingt sehr attraktiv, hat aber auch Nachteile. Jeder Jugendliche benötigt drei unabhängige Kostenbewilligungsverfahren. Dabei entstehen Bewilligungsdauern, die zur Hälfte über einem Zeitraum liegen, der noch mit der vereinbarten Behandlungsdauer in »clean.kick« kompatibel ist (Median aller Verfahrensdauern ist derzeit 57 Tage). Außerdem können für die Eltern im Einzelfall drei verschiedene Zuzahlungen entstehen.

1 Diese ist für die zweite Projektphase mittlerweile der Projektvereinbarung beigetreten.

JUST bietet 16 Plätze und neun Monate Regelbehandlungszeit. Im Anschluss ist eine therapeutische Jugendwohngemeinschaft in personeller Kontinuität mit acht Plätzen geplant, die jedoch noch nicht eröffnet wurde. Teile des Konzepts sind auch Familienarbeit, die Vorbereitung des Ziels der Rückkehr in Herkunftsgemeinde und Verselbständigung hinsichtlich einer selbstbestimmten Freizeit. Eine Außenorientierung erfolgt in Stufen je nach Erreichen der dazu vorausgesetzten Selbstverantwortung. Zu Beginn des Programms werden Schule, Arbeits- und Ergotherapie im Haus angeboten. In späteren Phasen werden Partnerschulen und -betriebe außerhalb angefragt. Bisher wurde bereits erfolgreich ein breites Spektrum einbezogen.

Gemeinsamer Alltag findet an 16 Std. pro Tag, überwiegend in der Gruppe, statt. Auch JUST arbeitet mit einem pädagogisch-pflegerischen Bezugspersonensystem. Die Jugendlichen sorgen für ihren Alltag weitgehend selbst und brauchen dabei viel Unterstützung, um Überblick und Selbstfürsorge zu entwickeln. Es findet eine Förderung zunehmend selbst organisierter Freizeitgestaltung statt, z. B. richteten sich Jugendliche in einem alten Schrank ein Tonstudio ein und produzieren »Rap«-Texte über sich, die Sucht und die Welt ... Es finden Elterngruppenwochenenden statt, bei denen Eltern auf dem Gelände übernachten können.

Ein weiteres Prinzip der Arbeit sind die »therapeutischen Moratorien« als vereinbarte Auszeiten im Herkunftsmilieu. Bei Krisen, bei behandlungsbedürftigen Rückfällen oder für psychotische Dekompensationen steht die Station »clean.kick« zur Verfügung, wo die Patienten gut bekannt sind und eine gemeinsame Problemsicht und Strategie über die ganze Behandlungszeit erhalten bleibt; im Falle eines engeren Überwachungsbedarfs ebenso die Regelversorgungsstationen der Abteilung .

Es findet, begleitet durch einen Projektbeirat unter Beteiligung aller Kostenträger, eine innovative Evaluation statt. Wir arbeiten u. a. mit dem in der Jugendhilfe entwickelten Instrument PädZi (Pädagogisches Zielerreichungsinstrument). Die darin enthaltenen Ressourcenziele werden von den Jugendlichen in Therapiesitzungen selbst eingeschätzt. Es kann gut in die Therapie eingebunden werden und unterstützt gleichzeitig eine objektivierende Selbstbetrachtung.

Der JUST-Erfolgsstern (s. Abb. 3) wurde von uns mit visuellen Analogskalen konstruiert. Er enthält die Zielkriterien der Kostenträger, z. T. sind bekannte Instrumente integriert (MELBA, MAS). Der JUST-Stern wird gleichermaßen zur Dokumentation und zur Vorbereitung der Hilfeplankonferenz nach SGB VIII genutzt.

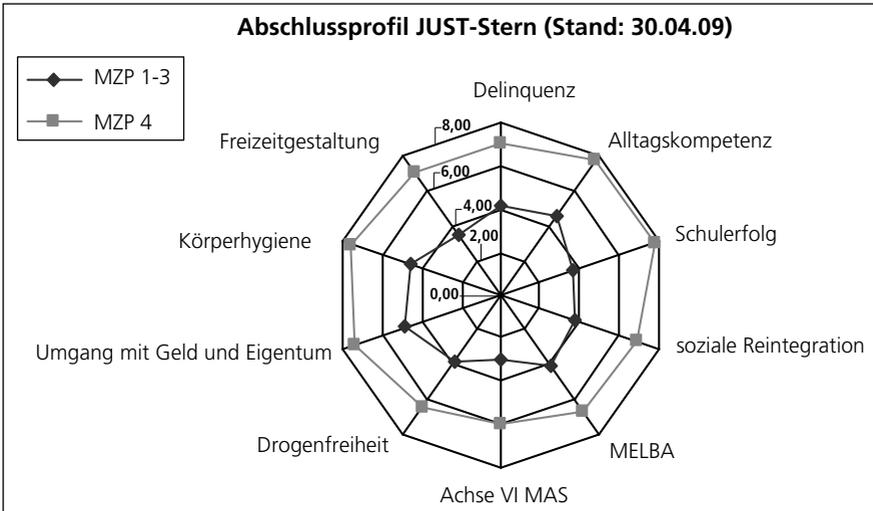


Abb. 3

Nach jetzt 1,5 Jahren Laufzeit können wir folgende Ergebnisse mitteilen: 40 % der entlassenen Jugendlichen beendeten die Maßnahme JUST im neunten Monat. Es wurde von all denjenigen, die noch keinen Schulabschluss hatten und meist Schulabbrecher waren, der Hauptschulabschluss erreicht.

Die »Moratorien« sind für die Arbeit bedeutsam, führen meist zur Wiederaufnahme und zur Verbesserung der Anstrengungsbereitschaft und der Motivation. Die Jugendhilfe als unser wichtigster Partner hat sich auf die komplexe Aufgabe gut eingestellt. Einige Jugendämter werben nach den ersten positiven Erfahrungen von sich aus Jugendliche für die Teilnahme. Auf Ebene der Leistungsträger ebenso wie im Team, dessen Mitarbeiter aus der Jugendhilfe, der Suchthilfe und der Jugendpsychiatrie kommen, konnte eine gemeinsame Sprache entwickelt werden. Dadurch wurde eine Integration der Sichtweisen der verschiedenen Leistungsträger unter Aufrechterhaltung der individuellen Hilfeplanung möglich.

Literatur

- BERNHARDT, D./WEITHMANN, G./METZGER, W./FEGERT, J.M. (2004): 2 Jahre clean kick. Abschlussbericht der Modellphase. Ravensburg: Eigendruck.
- FETZER, A.E. (2008): Behandlungserfolg der Jugenddrogenentzugsstation clean.kick unter den Aspekten Substanzkonsum und soziale Adaption. GRIN, Books on demand, Norderstedt.
- SCHEPKER, R./BARNOW, S./FEGERT, J.M. (2009): Suchtstörungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: FEGERT, J.M., STREECK-FISCHER, A., FREYBERGER, H.J. (Hg): Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Schattauer, Stuttgart – New York, S. 231 ff.
- FEGERT, J.M./SCHEPKER, R. (2009): Alle oder keiner? Zur Bedarfslage und Zuständigkeiten für jugendliche Suchtkranke im Sozialrecht. *Das Jugendamt* 82 (2), 60–67. *Hier finden sich insbesondere differenziertere sozialrechtliche Ausführungen!*

BRIA - Brückenintervention in der Anästhesiologie

Henning Krampe, Léonie F. Lange, Edith Weiß-Gerlach, Jakob Hein, Andreas Heinz, Nina Seiferth, Tim Neumann, Claudia Spies

BRIA, die Brückenintervention in der Anästhesiologie ist ein neues Therapie-Programm, das wir in den Anästhesieambulanzen der Klinik für Anästhesiologie, Campus Charité Mitte (CCM) und Campus Virchow-Klinikum (CVK), Charité – Universitätsmedizin Berlin im Rahmen der Regelversorgung aufbauen. Hintergrund ist, dass wir in den Anästhesieambulanzen eine hohe Anzahl von operativen Patienten versorgen, die unter komorbiden psychischen Belastungen und psychiatrischen Problemen leiden: Schätzungsweise haben 30 % der jährlich 65 000 anästhesiologisch gesehenen operativen Patienten der Charité Universitätsmedizin – Berlin, CCM und CVK, unbehandelte komorbide psychische Beschwerden. Als Störungsbilder liegen im Wesentlichen Depressionen und alkoholbezogene Störungen vor (Alkoholabhängigkeit und -missbrauch), aber auch weitere Suchtprobleme, sowie Angst-, Ess- und somatoforme Störungen. Patienten mit organmedizinischen Krankheiten und komorbiden psychischen Beschwerden haben relevante anästhesiologische Komplikationen, eine schlechtere organmedizinische Prognose und eine längere Krankenhausverweildauer. Sie leiden sehr unter ihren psychischen Problemen und weisen hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten bei der Arbeit auf. Jedoch gelingt es den meisten dieser Patienten aus eigener Initiative nicht, Zugang zum existierenden Versorgungsangebot der Psychiatrie, Psychotherapie und Suchthilfe zu finden.

Die Patienten könnten durch eine adäquate psycho- bzw. suchttherapeutische Versorgung erfolgreich behandelt werden. Trotzdem können wir ihnen auf Nachfrage bisher kein angemessenes Therapieangebot machen.

BRIA soll diese Lücke im Versorgungssystem schließen. Das Ziel dieses Therapie-Programms besteht darin, ein Netzwerk als Schnittstelle zwischen Anästhesiologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für Patienten der Anästhesieambulanzen zu entwickeln.

Die Brückenintervention besteht aus zwei wesentlichen Behandlungselementen:

1. Zu Beginn wird eine computergestützte psychiatrische Screening-Untersuchung mit einer am »Motivational Interviewing« orientierten schriftlichen Rückmeldung durchgeführt.

2. Die Patienten erhalten zusätzlich das Angebot eines sofortigen Beratungsgesprächs und bei Bedarf nachfolgender psychotherapeutischer Therapiekontakte. Diese zielen auf eine Vermittlung in weiterführende sucht- und psychotherapeutische Behandlungseinrichtungen ab.

Die ersten Erfahrungen in der Implementierungsphase von BRIA zeigen, dass viele suchtkranke und depressive Patienten bereit sind, an der psychiatrischen Screening-Untersuchung und dem sofortigen Beratungsgespräch teilzunehmen. Ein relativ hoher Prozentsatz der Patienten mit Depressionen und ein kleinerer Anteil der suchtkranken Patienten entscheiden sich für die weiterführenden Gespräche und den Einstieg in das Psychotherapie- und Suchthilfesystem.

Mit einer dauerhaften Etablierung dieser Überbrückungsintervention in der Regelversorgung könnten die Probleme der Patienten langfristig wirksam behandelt und somit enorme volkswirtschaftliche Kosten eingespart werden.

III Regionales Verbundsystem – Schwerpunkt: Integrierte Behandlung und Rehabilitation von substanzbedingten Störungen

Einleitung

Thomas Bader

Das bestehende Versorgungssystem für Suchtkranke weist trotz seiner zweifellos in den letzten Jahren entwickelten Qualität nach wie vor versorgungspolitisch große Mängel auf. Im Zuge der seit 20 Jahren anhaltenden Diskussion über die bevorzugte Versorgung prognostisch »guter« Patienten hat sich jedoch einiges getan: Die Versorgung Suchtkranker findet sehr viel regionaler und gemeindenäher statt als früher, als das geradezu ausgeschlossen war. Heute werden die Rehabilitationsbehandlungen fast ausschließlich innerhalb der Zuständigkeitsbereiche der regionalen Rentenversicherungsträger durchgeführt. Neben einer Vielzahl weiterer qualitativer Veränderungen im Reha-Behandlungsbereich haben sich Veränderungen bei den Betroffenen und bei den Hilfeanbietern ergeben: Viele Träger der Suchthilfeeinrichtungen sind nicht nur im Bereich der rehabilitativen Versorgung tätig, sondern bieten – insbesondere im Drogenbereich – niederschwellige Hilfen wie Kontaktläden, Beratungsstellen, zum Teil Entzugseinrichtungen und Rehabilitationsbehandlungen sowie Nachsorgeeinrichtungen an. Das heißt, die Träger bieten sowohl substitutionsorientierte stützende Hilfen als auch ausstiegsorientierte und abstinentenorientierte Hilfen gleichermaßen an.

Diese Entwicklung ist Ausdruck der ganzheitlichen Wahrnehmung der Abhängigkeit. Wenn von 150 000 versorgungsbedürftigen Drogenabhängigen mehr als die Hälfte substituiert wird, ist das Ausdruck einer veränderten Lebenssituation der Abhängigen. Der Anteil der Drogenabhängigen mit sogenannter Doppeldiagnose hat nicht nur wegen besserer Diagnostik und Sensibilisierung für die psychiatrischen Krankheitsbilder zugenommen, sondern auch in der Charakteristik der zu behandelnden Klientel. In einer großen niedersächsischen Drogenrehabilitationseinrichtung beträgt der Anteil substituiertes und pharmakotherapeutisch gestützter Patienten bereits bis zu einem Drittel.

Diese Entwicklung verändert auch die Reha-Behandlung. Der medizinische und pflegerische Aufwand nimmt zu, Personalstrukturen müssen verändert werden und schließlich ist eine enge Verzahnung mit dem psychiatrischen Hilfesystem unabdingbar. Die Frage »Wie viele Patienten erreichen

die verschiedenen Behandlungsmodule?» stellen sich zur Beurteilung der Effizienz der einzelnen Module auch die Rentenversicherungsträger. Sie sind gleichermaßen interessiert, Rehabilitationsbehandlung verfügbar zu machen und sicher zu stellen, dass Behandlungsangebote auch von Betroffenen angenommen werden. So hat die DRV Baden-Württemberg z. B. eine Arbeitsgruppe eingerichtet zur besseren Nutzung der Reha-Behandlung für substituierte Drogenabhängige. Eine andere Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit der Verbesserung der Schnittstelle Hausarzt – Reha-Behandlung.

Das in Baden-Württemberg 2007 eingeführte und derzeit in allen 44 Landkreisen und kreisfreien Städten gegründete regionale Suchthilfenetzwerk entspricht dem Gedanken eines regionalen Verbundsystems, das eine institutionell verpflichtende und transparente Verzahnung verschiedener Hilfebereiche sichert. Indiziert durch das Sozialministerium Baden-Württemberg wurden alle Landkreise aufgefordert, mit allen Beteiligten einen Vertrag zur Begründung eines Suchthilfenetzwerkes zu schließen. Teilnehmer eines solchen Netzwerkes sind stationäre und ambulante Träger, psychiatrische Versorgungseinrichtungen, niedergelassene Ärzte und vor allem Vertreter der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger. Mit der noch kurzen Erfahrung der Suchthilfenetzwerke erhoffen wir uns entscheidende Schritte in der Veränderung der Suchthilfestrukturen. Die Versorgungslandschaft wird künftig von dieser neuen Ausgangssituation geprägt sein. Gerade auch deshalb war es wichtig, diesem Thema ein eigenes Symposium auf dieser Tagung zu widmen.

Die in den Verträgen verankerte regelmäßige Teilnahme der Leistungsträger beeindruckt und hebt die Bedeutung und Chance eines solchen Verbundsystems heraus. Viele standen – und stehen vielleicht noch – einer solchen Entwicklung mit einer ordentlichen Portion Skepsis, wenn nicht gar Ängsten, gegenüber, zumal damit verbunden auch die Zuschussverteilung des Sozialministeriums über die Landkreise bzw. Städte abgewickelt wird, was der regionalen Steuerung eine weitere Bedeutung verleiht. Dort, wo Verbände bereits wirksam arbeiten, verändert sich offenbar die Patientenstruktur. Beratungsstellen sehen in Folge ihrer Mitwirkung in der medizinischen Tagesklinik und der dortigen konsiliarischen Einbindung langjährig suchtkranke Patienten, zu denen sie zuvor keinen Kontakt hatten. Wir gehen davon aus, dass auf allen Ebenen die Wahrnehmung für die Wirksamkeit der verschiedenen Bereiche geschärft wird und eine Optimierung der Behandlungsvielfalt erreicht werden kann. Unerlässlich dabei ist die engste Verknüpfung mit psychiatrischen Hilfeangeboten.

Die fünf Schnittstellen eines regionalen Verbundsystems, die hier zur Diskussion gestellt werden sollen, skizzieren deren jeweilige Bedeutung für die integrierte Behandlung von Abhängigkeitserkrankten. Mit diesen fünf Beiträgen werden die zentralen Bereiche der Versorgung Suchtkranker abgebildet. Wenn sich in diesen Bereichen etwas ändern ließe, die Zusammenarbeit auf eine gegenseitig respektierende und akzeptierende Ebene gestellt wird, wird die Versorgung Suchtkranker in Deutschland einen qualitativen Sprung machen.

Schnittstelle Hausärzte: Wie binden wir die Niedergelassenen in das Suchthilfenetzwerk ein?

Gerhard Längle, Anne Röhm, Eberhard Böhm-Sturm

Im Beitrag von Wienberg wird darauf hingewiesen, dass die Hausärzte den Großteil der Abhängigkeitskranken einer Region innerhalb eines Jahres in ihrer Praxis zur Behandlung meist somatischer Erkrankungen sehen. Leider führt dies nicht zu einer frühzeitigen Diagnostik oder, bei gestellter Diagnose, zur unmittelbaren Einleitung einer Behandlungsmaßnahme. Bei kaum einer anderen, letztlich zu einem nicht geringen Prozentsatz tödlich verlaufenden Erkrankung, ist ein vergleichbares Verhalten von Hausärzten zu beobachten, vielleicht mit Ausnahme einer depressiven Erkrankung.

Nicht nur, aber auch dadurch, ist der Zeitraum zwischen Beginn einer Abhängigkeitserkrankung und der ersten stationären Entzugsbehandlung häufig sehr lange. Bei Untersuchungen aus der Universitätsklinik Tübingen bei erstmals hospitalisierten Patienten liegt der Beginn der Abhängigkeit in der Regel zehn Jahre zurück, weitere zehn Jahre waren vergangen zwischen dem Beginn des regelmäßigen Konsums und der manifesten Abhängigkeit. In diesen 20 Jahren wurde wertvolle Zeit für eine Intervention versäumt.

Befragung von Hausärzten im Landkreise Reutlingen

Im Rahmen der Entwicklung eines Suchthilfenetzwerkes im Landkreis Reutlingen, das unten noch näher aufgeführt wird und im Kontext mit dem Aufbau tagesklinischer und tagesrehabitativer sowie ambulanter Behandlungsangebote im Rahmen einer Institutsambulanz wurde eine Befragung von Hausärzten aus dem Landkreis Reutlingen durchgeführt. Der Landkreis hat rund 290 000 Einwohner, etwas über 100 000 Personen wohnen in der Stadt Reutlingen, die übrigen verteilen sich auf die große Fläche der Schwäbischen Alb.

In der Stadt Reutlingen sind 66 Ärzte für Allgemeinmedizin tätig, im gesamten Landkreis sind es 157. Bis zum jetzigen Zeitpunkt konnten 80 Ärzte in die Erhebung einbezogen werden, davon alle aus der Stadt Reutlingen und 14 weitere aus dem umliegenden Landkreis. Das Gespräch wurde, nach telefonischer Anmeldung bzw. Anfrage, in 22 Fällen im Rahmen eines ausführlichen Telefongespräches durchgeführt, in 58 Fällen in der Praxis des/der Niedergelassenen. Die Gesprächsdauer lag bei 5–45 Min., je nach Interessenlage und Praxissituation.

Ziel des Informationsgespräches war zum einen die Erhebung des Informationsstandes der niedergelassenen Allgemeinärzte, zum anderen die Möglichkeit, sich über verschiedene Angebotsstrukturen und das Suchthilfenetzwerk insgesamt zu informieren. Am Beispiel der suchtpsychiatrischen Institutsambulanz und der Suchttagesklinik sowie Sucht-Tagesrehabilitation wurde erhoben, ob diese Einrichtungen bekannt sind und ob Kooperationserfahrungen bestehen. Allgemein wurde erfragt, wie nach Selbsteinschätzung die Kenntnis des Suchtversorgungssystems sei.

29 der Befragten gaben an, sie hätten diesbezüglich gute Kenntnisse, 51 waren der Meinung, das Versorgungssystem nicht genau zu kennen, 37 davon waren jedoch an Informationsmaterial und diesbezüglicher Weiterbildung interessiert. Aus den zusammenfassenden Bewertungen der Interviewerin ergibt sich eine orientierende Einschätzung von rund 28 % der Ärzte als sehr engagierten, kenntnisreichen und an Suchtkranken interessierten. Als grundsätzlich aufgeschlossen und problemorientiert wurden 50 % eingeschätzt, 14 % als schlecht informiert und auch wenig interessiert. Lediglich 9 % der Niedergelassenen waren ausdrücklich an der Versorgung suchtkranker Patienten nicht interessiert.

Wichtiger als diese orientierenden Einschätzungen sind aber die von den Niedergelassenen genannten Problemanzeigen und Wünsche an das Versorgungssystem:

Zunächst wurde in vielen Gesprächen deutlich, dass den Hausärzten keine Zeit zur Verfügung steht für eine ausführliche Exploration ihrer Patienten mit Suchtanamnese und -Diagnostik. Selbst für die Telefonate mit der Klinik zur Einleitung einer Behandlung fehle häufig die Zeit, dies noch verschärft seit der Regelung der Finanzierungsgrundlagen 2009.

Wichtig für die Niedergelassenen sind nach ihrer eigenen Ansicht klare Zuständigkeiten im Versorgungssystem mit einfachen niederschweligen Zugangsmöglichkeiten. Genannt wurde auch das Problem der »Verlässlichkeit«. Wichtig sei, dass Einrichtungen längerfristig unter derselben Nummer, am gleichen Ort und im besten Fall mit hoher Personalkontinuität erreichbar seien. Von entscheidender Bedeutung sei die rasche Rückmeldung bzgl. in die Einrichtung überwiesener Patienten, entweder telefonisch oder per Arztbrief sowie ggf. bei Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme Hilfe bei der Antragstellung.

Angesichts der hohen Zahl an interessierten Niedergelassenen können aus Sicht des Suchthilfenetzwerkes folgende Schlussfolgerungen für den Bedarf von niedergelassenen Hausärzten gezogen werden:

Einfache Strukturen sind notwendig. Im Idealfall gibt es *eine* Anlaufstelle mit *einer* Telefonnummer, an die man sich wenden kann und an die letztlich der Patient abgegeben werden kann. Dabei kann es sich sowohl um eine erstmalige Beratung als auch eine Krisenintervention, im Zweifel aber auch um die sofortige Aufnahme in die stationäre Behandlung handeln. Wichtig ist hierbei eine niedere Schwelle für Informationsgespräche wie für Aufnahmen. Oft ist eine taggleiche Hilfe notwendig. Für die Niedergelassenen ist daher nicht der Name oder die Struktur einer Institution wichtig, sondern der Ansprechpartner, der für sie zuständig ist. Hier wäre eine geringe Fluktuation wichtig. Als hilfreich wird von Hausärzten darüber hinaus die Information über das Versorgungssystem in den Qualitätszirkeln erachtet. Dort besteht Raum und Zeit für eine ausführliche Diskussion. Da die Qualitätszirkel in der Regel sieben bis zehn Ärzte umfassen, ist dies aber mit einem relativ hohen Aufwand für die Mitglieder des Suchthilfenetzwerkes verbunden und muss gut koordiniert werden. Klar wurde auch, dass schriftliche Informationen über Briefe oder Flyer kaum zur Kenntnis genommen werden.

Kommunale Suchthilfenetzwerke in Baden-Württemberg

Aufgrund der allgemein bekannten mangelhaften Koordinations- und Kooperationsituation, bezogen auf abhängigkeitskranke Menschen in den Landkreisen, wurde in Baden-Württemberg, vermittelt durch das Sozialministerium, in einer Expertenrunde das »Landeskonzept Kommunale Suchthilfenetzwerke« in den Jahren 2004–2005 erarbeitet und im Oktober 2005 vom Minister für Arbeit und Soziales den Landkreisen zur Umsetzung empfohlen. Die zentralen Inhalte des Konzeptes sind der Abbildung 1 zu entnehmen .

Im Landkreis Reutlingen wurde schon vor der Veröffentlichung des Landeskonzeptes mit der Realisierung eines kommunalen Suchthilfenetzwerkes begonnen. Als zweiter Landkreis in Baden-Württemberg konnte 2006 der Vertrag durch die Gründungsmitglieder unterzeichnet werden. Im Jahr 2007 kamen weitere Mitglieder – im Wesentlichen die großen Träger und der Landkreis, Selbsthilfegruppen, Bürgerhelfer und verschiedene Kostenträger – hinzu, 2008 einige Träger der sozialpsychiatrischen Versorgung. Unter den Gründungsmitgliedern waren im Gegensatz zu vielen anderen Suchthilfenetzwerken, die sich seitdem in Baden-Württemberg gegründet haben, Vertreter der niedergelassenen Ärzte beteiligt. Je ein Vertreter des Qualitätszirkels der substituierenden Hausärzte, ein Vertreter der niederge-

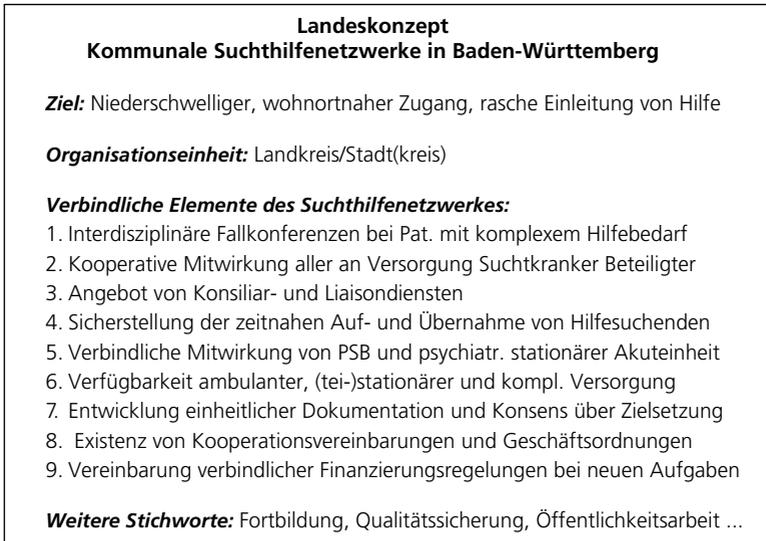


Abb. 1: Landeskonzzept Kommunale Suchthilfenetzwerke in Baden-Württemberg.
Quelle: Landeskonzzept Kommunale Suchthilfenetzwerke Min. f. Arbeit u.
Soziales Baden-Württ. Ministerbrief an die Landkreise 9/2005

lassenen Allgemeinmediziner und ein Vertreter der niedergelassenen Psychiater waren von Anfang an an der Entwicklung des Suchthilfenetzwerkes beteiligt und haben im Steuerungsgremium Sitz und Stimme (Details zur Entwicklung des Netzwerkes sind nachzulesen in: LÄNGLE/RÖHM 2008 sowie in LÄNGLE 2008).

Zukünftige Einbindung der Niedergelassenen in die Suchthilfenetzwerke

Nach Gründung des Suchthilfenetzwerkes und Einrichtung der drei relevanten Ebenen (Steuerungsgremium, Trägerkonferenz und Hilfeplankonferenz, letztlich für die Besprechung komplexer Einzelfälle) zogen sich die Niedergelassenen aus Zeitgründen zunehmend aus der Arbeit im Suchthilfenetzwerk zurück. Dies zeigt, dass die Anbindung bzw. die Bereitstellung von Sitz und Stimme in Gremien für eine gelingende Einbindung von niedergelassenen Hausärzten nicht ausreicht. Dennoch sind die von den Niedergelassenen formulierten Wünsche an das Versorgungssystem natürlich ein wesentlicher Aspekt in der Weiterentwicklung des Suchthilfenetzwerkes und bestätigen

die Ergebnisse der oben angeführten Erstbefragung. Dies soll im Folgenden erläutert werden:

1. Niederschwelligkeit:

Leider bestehen gelegentlich noch mehrwöchige Wartezeiten bis ein Erstgespräch bei einer psychosozialen Beratungsstelle im Landkreis möglich ist. Gesichert werden konnte aber mittlerweile, dass im Rahmen der Suchtpsychiatrischen Institutsambulanz jederzeit ein taggleiches Angebot für ein Krisengespräch oder erstes Informationsgespräch vorgehalten werden kann. Ein regulärer, ausführlicherer Termin in der Ambulanz ist innerhalb von zwei Wochen möglich. Die Behandlung kann im Rahmen des 100-Tage-Programmes mit täglichen Kontakten unter der Woche aufgenommen werden. Die Aufnahme in der Suchtabteilung der Psychiatrischen Klinik im Landkreis ist am selben Tag möglich. Aufgenommen werden auch stark alkoholisierte Patienten, Ausschlusskriterium ist lediglich die Notwendigkeit einer Behandlung auf der Medizinischen Intensivstation oder eine umfassendere chirurgische Versorgungsbedürftigkeit. In der suchtpsychiatrischen Tagesklinik kann nach einem Vorgespräch innerhalb von zwei Tagen aufgenommen werden. Der direkte Übergang von der Tagesklinik in die unter dem selben Dach befindliche Tages-Rehabilitationseinrichtung zur Entwöhnungsbehandlung gelingt in Einzelfällen immer wieder, ließ sich jedoch gegenüber der Deutschen Rentenversicherung leider noch nicht als systematisches Vorgehen durchsetzen.

2. Direkte Rückmeldung:

Eine wichtige Forderung der Niedergelassenen ist die zeitnahe Rückmeldung zum Verlauf bei überwiesenen Patienten. Hierzu wurde festgelegt, dass in der Ambulanz nach einem Einmalkontakt umgehend der Arztbrief geschrieben wird, bei Mehrfachbehandlung nach Ablauf des ersten Behandlungsquartals. Eine Verlaufsinformation wird dem Niedergelassenen am Ende jeden Jahres zugestellt. Kurzbriefe werden per Fax bei Krankenschreibung, Änderung der Medikation oder anderen aktuellen Anlässen dem Hausarzt zugesandt.

3. *Eine* Anlaufstelle, *eine* Telefonnummer:

Die Idee einer Clearingstelle wird derzeit von den Anbietern der Tagesklinik, der Tagesrehabilitation, der Suchtambulanz und den Beratungsstellen geprüft. Vorgesehen ist, zum Herbst 2009 eine solche Clearingstelle im Suchttherapiezentrum einzurichten. Dort sind dann Mitarbeiter der Ambulanz, der Tagesklinik und Tagesrehabilitation sowie der psycho-

sozialen Beratungsstellen vor Ort und können pass-genaue Beratung oder Behandlung anbieten. Geplant ist eine 24-Stunden-Erreichbarkeit, deren Realisierung jedoch aufgrund von Finanzierungsproblemen noch nicht gesichert ist. Zunächst telefonisch soll dies im Jahre 2010 umgesetzt werden. Voraussetzung hierfür ist das Vorhandensein gemeinsamer Räumlichkeiten, ein guter Informationsstand aller Mitarbeiter sowie Einigkeit über die Indikation zu den jeweiligen Maßnahmen.

4. Enge räumliche Kooperation mit Praxen:
Ein Modell dafür ist die in Ravensburg realisierte gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten der Substitutionsschwerpunktpraxis, der psychiatrischen Institutsambulanz und der psychosozialen Beratungsstelle. Ergänzend wird dort ein Angebot zur Tagesstrukturierung an einer Ergotherapiepraxis/Werkstatt für behinderte Menschen (WFB) am selben Standort realisiert.
5. Anteilige Mitarbeit in der Suchtambulanz:
Dies wird derzeit in Reutlingen und Ravensburg umgesetzt. Geeignet ist auch die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) mit Suchtpsychiater und spezialisiertem psychologischen Psychotherapeuten, wie es in unserem Suchttherapiezentrum Ulm unter einem Dach mit Tagesklinik, Tagesrehabilitation und Beratungsstelle zu finden ist. Zu diesem MVZ gehört auch ein niedergelassener Allgemeinarzt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Einbindung der Niedergelassenen durch eine enge Einbindung der Hausärzte in die Strukturen des Suchthilfenetzwerkes, durch verbindliche Abläufe und verlässliche Strukturen und insbesondere durch die Niederschwelligkeit der suchtspezifischen Angebote verbessert werden kann. Wichtig ist das Vorhandensein einer Anlaufstelle, im Idealfall für das ganze Suchthilfesystem. Die Informationen über Flyer, Briefe usw. haben sich in der Zusammenarbeit mit Hausärzten nicht bewährt, eine persönliche Information ist wesentlich effektiver. Dies kann durch die Teilnahme von Suchtpsychiatern an Qualitätszirkeln oder durch aufsuchende Informationsbesuche in der Praxis erfolgen. Wesentlich erscheint die rasche Rückmeldung nach einer Zuweisung, sowohl von den Ambulanzen als auch den Beratungsstellen. Neue Möglichkeiten der Einbindung sind Strukturen wie medizinische Versorgungszentren oder die anteilige Mitarbeit von Niedergelassenen in suchtpsychiatrischen Ambulanzen.

Letztlich ist es jedoch notwendig, dass auch die Mitglieder des Suchtversorgungssystems Verständnis entwickeln für die strukturellen Grenzen einer

Hausarztpraxis und die dort nur sehr eingeschränkten Möglichkeiten der qualifizierten Suchtkrankenbehandlung. Erfreulich und ermutigend ist aber das grundsätzliche Interesse der niedergelassenen Hausärzte an verstärkter Kooperation, wie es in unserer Befragung sehr deutlich erkennbar wurde.

Literatur

- LÄNGLE, G./RÖHM, A. (2008): Suchtkrankenhilfe sozialpsychiatrisch organisiert: Die Umsetzung des Baden-württembergischen Landeskonzeptes »Kommunale Suchthilfenetzwerke« im Modell-Landkreis Reutlingen. *Psychosoziale Umschau* 23/3: 6–10.
- LÄNGLE, G. (2008): Sozialpsychiatrisches Denken – ein Exportschlager? Entwicklungen der Suchtkrankenversorgung von der Psychiatrieenquete bis heute. *Perspektive Rehabilitation BAG RPK*, Nürnberg, 14–24.

Schnittstelle Leistungsträger: Was ist möglich und was ist wünschenswert im Behandlungsverlauf?

Georg Wiegand

Mein folgender Beitrag ist aus der Perspektive eines regionalen Leistungsträgers der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, formuliert. Ich arbeite in dem Bereich »Strategische Ausrichtung der Rehabilitation« und koordiniere die neueren Entwicklungen.

Grundsätzlich möchte ich voranstellen, dass die unterschiedlichen Leistungsträger je nach den durch die Sozialgesetzbücher (SGB) vorgegebenen Abgrenzungen ihre vom Gesetz her vorgesehen, voneinander abgegrenzt budgetierten, jeweils eigenen Zielperspektiven im Auge behalten müssen. Sie sind verpflichtet gegenüber ihren Aufsichtsbehörden Rechenschaft abzugeben.

Im § 12 und den §§ 18–29 des ersten Sozialgesetzbuches sind die Träger sozialer Leistungen definiert.

- Landesämter für Ausbildungsförderung
- Agenturen für Arbeit
- Hauptfürsorgestellen
- Pflegekassen
- Gesetzlichen Unfallversicherungen (GUV)
- Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)
- Gesetzlichen Rentenversicherungen (GRV)
- Versorgungsämter
- Familienkassen
- Kinder- und Jugendhilfe der Kreise und kreisfreien Städte
- Träger der Sozialhilfe

Abb. 1: Sozialleistungsträger

Diese Sozialleistungsträger haben in den jeweiligen Sozialgesetzbüchern verankerte eigene gesetzliche Aufträge mit jeweils eigenen begrenzten Etats. Auch die gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) hat ihren eigenen Etat. So wurden Ende 1996 durch die Kohl-Regierung von November auf Januar die Rehabilitationsetats um ein Drittel gekürzt. Wir mussten damals unsere gesamten Konzepte und die gesamte Finanzierung umstellen auf diese plötzlich geringer gewordenen Etats.

Die GRV hat seit ihrer Gründung vor ca. 120 Jahren eigene Traditionen entwickelt, hat ihre eigene Sprache und ihre eigenen Kontrollinstanzen. Die

nach § 90 SGB IV zuständigen Aufsichtsinstanzen kontrollieren auf Bund und Länderebene unser Ausgabenverhalten. Diese Behörden sind in der Pflicht uns zurechtzuweisen, falls wir Ausgaben tätigen, die nach den gesetzlichen Vorgaben nicht genehmigt sind. Insofern sind wir gehalten, die uns durch das SGB VI und das SGB IX vorgegebene Zielperspektive einzuhalten:

SGB VI: § 9 Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe

(1) Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

Grundsatz: Reha vor Rente

Abb. 2: Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe

Diese Leistungen können erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt werden.

Nach § 16 SGB IX i. V. m. § 33 Abs. 1 SGB IX haben diese Leistungen das Ziel, die Erwerbsfähigkeit der Leistungsbeschäftigten ... zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und die Teilhabe am Erwerbsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

Abb. 3: Voraussetzung und Zielsetzung der Leistungen zur Teilhabe

Die wesentlichen Begriffe, die in diesen Paragrafen enthalten sind, sind die der »Erwerbsfähigkeit« und »Teilhabe am Erwerbsleben«. Abhängigkeitskranke und psychisch kranke Patienten mit anderen Zielperspektiven und Voraussetzungen müssen von anderen Leistungsträgern bedient werden.

Diese Vorgaben setzen uns die Grenzen in Bezug auf das, was wünschenswert und was möglich ist. Wenn unsere Zielperspektiven passgenau getroffen werden, sind wir zum Beispiel jederzeit bereit »Reha sofort« mit zu finanzieren. Leider kommt es sehr häufig vor, dass uns, wenn wir eine gleich aus der Entzugsbehandlung heraus durchgeführte Rehabilitation z. B. in der ganztägig ambulanten Rehabilitation bezahlen sollen, im Antrag zu der oben genannten Zielsetzung nicht passende und uns fremde Begründungen vorliegen. Dann »... ist ein Patient schon so und so lange suchtkrank und der hat eine desolante Situation zu Hause und eine schwere Kindheit und

allerlei komorbide psychiatrische und somatische Störungen und deswegen braucht er eine ganz lange Rehabilitation«. Mit diesen Begründungen ist es dann *nicht* möglich, vom Rentenversicherer eine Leistungsbewilligung zu bekommen.

Würde aber stattdessen im Antrag formuliert sein, dieser Mensch hat aus unserer Sicht der Behandler und des Patienten bei einer zielgerichteten Intervention eine positive Prognose, in absehbarer Zeit wieder auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuß fassen zu können, ist eine Leistungsbewilligung sehr wahrscheinlich. Deswegen ist unsere Bitte an die Leistungserbringer, dass Sie die Bedingungen fürs Gelingen der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt als Sonderform des symbolischen Austausches zwischen Institutionen sehen, diese akzeptieren und auch als solche verwenden bei der Unterstützung von Anträgen zur medizinischen Rehabilitation.

Das heißt, wenn man die Sprache, die Regeln und die Normen des Gegenübers kennt, akzeptiert und anwendet, dann kann man mit ihm kommunizieren und wirkungsvolle Kooperationen eingehen. Wir müssen die gesetzlichen Vorgaben erfüllen, die uns der Gesetzgeber aufgegeben hat, weil wir das Vermögen der Beitragszahler zu schützen haben. Wir haben mit den knappen Mitteln Frühberentung zu vermeiden und insofern nicht Abhängigkeitskranke oder psychisch kranke Menschen zu versorgen.

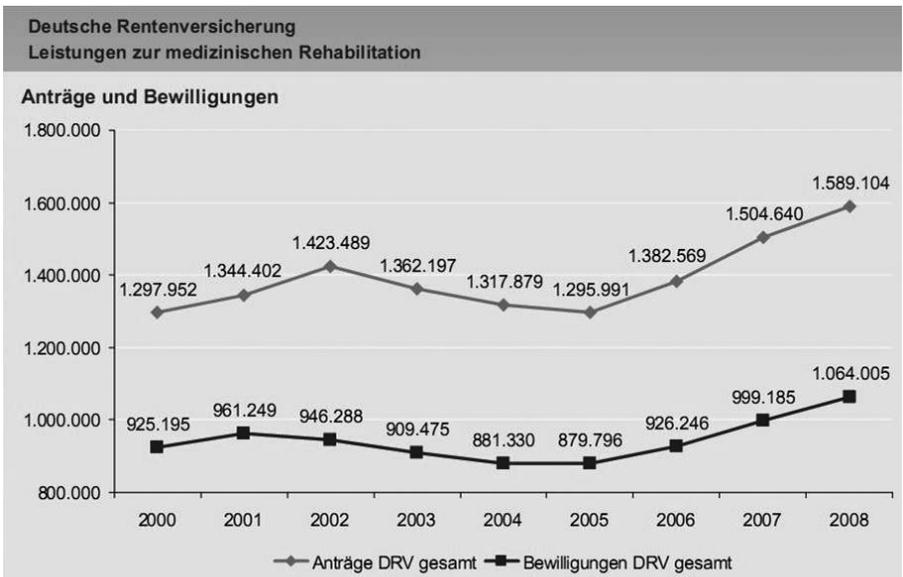
Mit welcher Zielgruppe haben wir es zu tun? Laut Jahrbuch der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2008 haben wir es in Deutschland mit folgenden Zielgruppen zu tun:

- 1,6 Mio. Menschen, die behandlungsbedürftig alkoholabhängig sind,
- 2,7 Mio. Menschen mit einem schädlichen Gebrauch, (Missbrauch) von Alkohol,
- 1,5 Mio. Medikamentenabhängigen,
- 150 000–200 000 Abhängigen von sog. illegalen Drogen,
- ca. 100 000–170 000 vom pathologischen Spielen Abhängige,
- 300 000 Menschen mit einem schädlichen Gebrauch von PC und Internet, und mit,
- ca. 160 000 Menschen die androgene anabole Stereoidoide und ihre Abkömmlinge missbrauchen.

Die letzten drei Spiegelstriche weisen auf eine notwendige Erweiterung der Indikationen für Rehabilitationsmaßnahmen hin. Das pathologische Spielen kann zu den Reha-Indikationen gehören, manchmal auch der schädliche

Gebrauch von PC und Internet. Hier ist unsere Erfahrung, dass wir viele Patienten verprellen, wenn wir hier von Sucht reden. Wir haben das System dafür geöffnet. Diese Patienten kommen aber nicht ins Suchtsystem, wir sagen: »Ihr seid was Besonderes und braucht auch etwas Besonderes«. Deswegen haben wir hier den Begriff »schädlicher Gebrauch« genommen. Auch bei der Medikamentenabhängigkeit zeigen sich Sonderentwicklungen bei Patienten, die ihre Körper übertrainieren und dann anabole Steroide und andere z. B. Dopingmittel nehmen, aber auch Schmerzmittel und z. B. Amphetamine oder EPO-Abkömmlinge zur Unterstützung des Trainings. Das ist ein Gebiet, um das wir uns zukünftig noch zu kümmern haben werden.

Unsere Leistungen sehen insgesamt so aus:



Quelle: ISRV Reha-Anträge Tab.: 1.0 RV

Abb. 4: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

In der gesamten Rentenversicherung werden pro Jahr etwa 1 600 000 Anträge für sämtliche Indikationen der medizinischen Rehabilitation gestellt, 1 064 000 davon werden bewilligt. Wir lehnen die vielen Anträge nicht ab, weil kein Rehabilitationsbedarf besteht, sondern weil sie oftmals beim falschen Leistungsträger gestellt sind. Diese Anträge leiten wir dann weiter.

Schnittstelle Kostenträger: Was ist möglich und was ist wünschenswert im Behandlungsverlauf?

Bei den Leistungen zur Suchtrehabilitation ist 2008 eine leichte Abnahme der Anträge zu erkennen:



Abb. 5: Leistungen zur Suchtrehabilitation – Anträge und Bewilligungen

Wir haben die Möglichkeit, stationär, seit 1991 ambulant und seit einiger Zeit auch ganztägig ambulant in sogenannten Tageskliniken zu rehabilitieren. Die durchgeführten Leistungen gliedern sich wie in Abbildung 6 dargestellt auf.

Deutlich zu erkennen ist der Unterschied zwischen den bewilligten Leistungen und den durchgeführten Leistungen. Wir leiden darunter, dass wir eine relativ hohe Nichteintrittsquote haben, das heißt, die Patienten bekommen einen Bescheid, kommen aber in der Einrichtung nicht an und wir überlegen uns gerade, was wir dagegen tun.

Eine Möglichkeit zur Lösung dieses Problems wäre ein gutes personenbezogenes Case-Management von Anfang an. Wir werden das am Ende diesen Jahres bei uns einführen. Hier geht es um Verknüpfung und Vernetzung und welche Aufgabe dem Leistungsträger Rentenversicherung zuzuordnen ist. Wir haben ein Modell entwickelt, wo wir allerdings noch nicht sektorenübergreifend über die verschiedenen Sozialgesetze hinweg handeln.

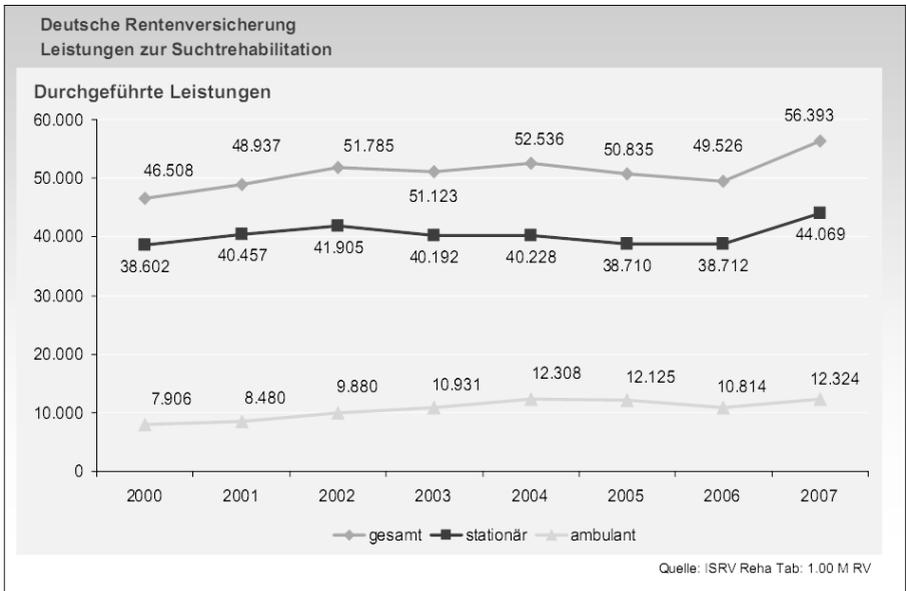


Abb. 6: Leistungen zur Suchtrehabilitation – Durchgeführte Leistungen

Denn nach wie vor – wir haben eine Untersuchung dazu durchgeführt – kommen viele Patienten nicht in der Rehabilitationseinrichtung an, weil sie scham- und schuldbelastet sind. Sie mögen sich nicht in der nächsten Station bewerten lassen, wenn sie z. B. vorher in der Entgiftung waren und anschließend in z. B. eine Einrichtung zur Rehabilitation sollen

Wir haben bereits Erfahrung mit der integrierten Versorgung. So haben wir direkt aus der Entzugsbehandlung eine Überleitung in die Entwöhnungsbehandlung ermöglicht und die Übergangsprobleme dadurch verbessert, dass wir Personal aus der Rehabilitation mit in die Entzugssituation genommen haben. Somit waren diese den Patienten schon aus der Gruppenarbeit bekannt. Die Patienten konnten durch die Tür der Entgiftungsstation gehen und sich die stationären Reha-Station anschauen, aber auch die ambulanten Angebote und die Tagesklinik. So konnten die Patienten mit ihrem Therapeuten ihre Perspektive besprechen, kannten die Angebote und sind dann praktisch »rübergegangen«.

Es bestehen unsererseits auch Erfahrungen mit leistungsträgerübergreifenden Kooperationen.

Für Patienten mit der Doppeldiagnose »Psychose und Sucht« z. B. haben wir mit einer psychiatrischen Station in Osnabrück, einer Suchtfachklinik und drittens mit einer Einrichtung zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) ein Konzept entworfen und praktizieren es seit mehr als zehn Jahren erfolgreich. Auch dort stellt sich die Frage: Welcher Sucht- und Psychosepatient ist tatsächlich rehabilitationsfähig? Wir haben dort im Jahr ca. 40 Fälle, die wir auf diese Weise rehabilitieren.

Weitere Erfahrungsfelder im übergreifenden Bereich sind die Jugendhilfe und die Suchthilfe. Kinder von suchtkranken Familien haben oft ihre eigenen spezifischen Störungen und müssen von den kommunalen Jugendämtern störungsspezifisch stationär versorgt werden. Dafür halten wir eine Einrichtung vor, in der ganze Familien aufgenommen werden können. Für die Kinder werden SGB VIII-Leistungen erbracht, die Eltern werden nach dem SGB VI und SGB IX auf Kosten der Rentenversicherung rehabilitiert. Eine zweite derartige Einrichtung wird jetzt in der Region Hannover eröffnet.

Aber für die primär Suchtkranken mussten wir immer wieder feststellen, dass ein Teil der Patienten

- frühzeitig abbricht,
- immer wieder erneut eine Rehabilitation beantragt ohne wesentliche Ziele zu erreichen
- in der Institution sehr gut dastehen und als erfolgreich beschrieben werden aber außerhalb der Institution überhaupt nichts mehr zu leisten in der Lage sind und regelmäßig scheitern, ganz rasch wieder rückfällig werden bzw. wir sagen eine Abstinenzunterbrechung erzeugt hat, weil die Lebenssituation wieder instabil geworden ist usw.

Für diese Patientengruppe haben wir uns als Leistungsträger ein neues Modell ausgedacht und in der Landschaft Niedersachsen implementiert.

Wir sind stolz darauf, dass dieses Modell mittlerweile auch von Hamburg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern übernommen wurde. Es ist eine modulare Kombinationsbehandlung, die sehr gut erforscht ist und gut funktioniert.

Sie heißt »Kombi-Nord« und sieht eine Behandlungszeit von insgesamt einem Jahr vor. Zwischen den Modulen stationär, adaptiv, ganztägig ambulant und ambulant sind zum individuellen Behandlungsverlauf passende Kombinationen vorgesehen, die mit dem Patienten abgesprochen werden.

Land und Kommune sind vor der Reha für die Beratung und die Motivationsabklärung, die Diagnostik, die Therapievorbereitung und für die

Planung zuständig. An diese vorweggehenden Leistungen sind die Rehabilitationsleistungen angedockt.

Viele unserer niedersächsischen ambulanten Beratungsstellen (60 von 110) sind anerkannt als ambulante Behandlungsstellen im Rahmen der Empfehlungsvereinbarung »Ambulante Rehabilitation Sucht« (ARS). Nach der oben skizzierten vorbereitenden Phase folgt die Entzugsbehandlung bzw. der qualifizierten Entzug. Diese Leistungen sind dem SGB V, als der GKV als Leistungsträger zuzuordnen. Für die sich daran anschließende »Kombi-Nord-Therapie gibt es Kooperationsverbünde zwischen den Rehabilitationsanbietern.

Insgesamt haben wir für jeden Patienten, der eine Kombitherapie beantragt, 52 Wochen Behandlungszeit. Das ist beachtenswert, gerade auch im Zusammenhang mit der aktuell oft zu hörenden Kritik bezüglich Therapiezeitverkürzungen. Wir haben 52 Wochen Behandlungszeit, in der die verschiedenen Module organisiert werden können, nach individuellem Bedarf und durch Absprache und Beratung mit dem Patienten. Über die 52 Wochen hinaus gibt es weitere Leistungen, z. B. solche zur Nachsorge. Aus Sicht der deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover ist es fachlich nicht zu verantworten, ausschließlich stationäre oder ambulante Behandlung anzubieten, die von A bis Z zeitlich und definitiv inhaltlich abgegrenzt sind. Vielmehr muss es sich um ein Fließgeschehen handeln, dass bei instabilen Situationen mit auf den individuellen Bedarf abgestimmten Modulen zu intervenieren in der Lage ist (s. Abb. 7).

Der Patient kann an jeder Stelle einsteigen, entweder ambulant oder stationär oder ganztägig ambulant. Weitere Möglichkeiten bestehen, wenn der Patient

- in eine Krise kommt,
- eine Abstinenzunterbrechung hat, stationär weiterbehandelt wird und dann Leistungen zur Adaption oder zur Teilhabe am Berufsleben in Anspruch nimmt,
- das noch nicht schafft oder noch mehr braucht, z. B. eine hochfrequente ambulante Rehabilitation usw.

Alle Module können so geschaltet und gestaltet werden, dass kein Antrag zwischendurch notwendig ist, sondern nur eine Mitteilung darüber, wo der Patient sich aktuell befindet. Wer eine stationäre Rehabilitation durchläuft, hat in der Regel Anspruch auf Übergangsgeld, das muss über die Verwaltung geklärt werden.

**Schnittstelle Kostenträger:
Was ist möglich und was ist wünschenswert im Behandlungsverlauf?**

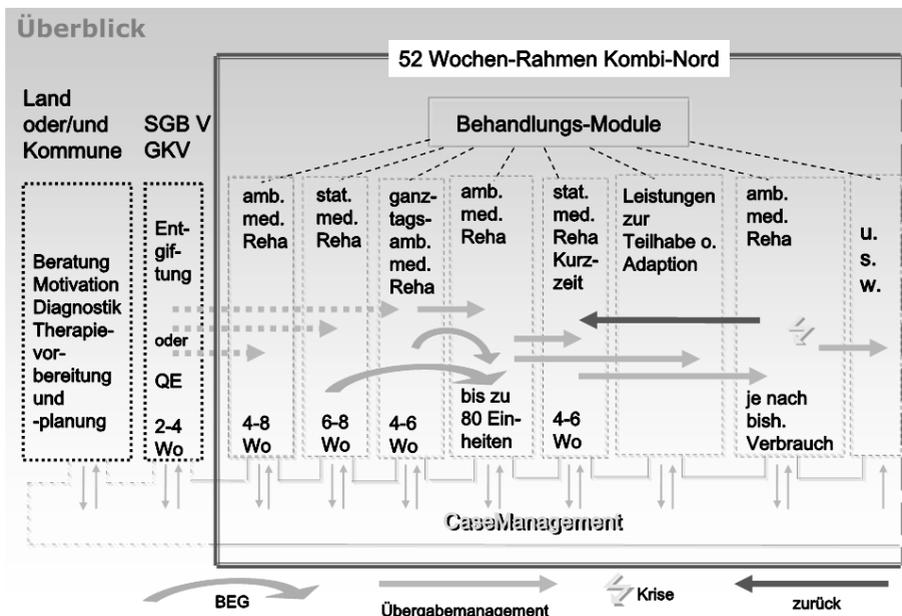


Abb. 7: Überblick Modulare Kombinationsbehandlung

Wenn ein Patient in eine andere Einrichtung, die im regionalen Verbundsystem organisiert ist, wechselt, besteht die Möglichkeit einer Belastungs-erprobungsgruppe (BEG). Wir haben diese BEGs eingeführt, weil wir gemerkt haben, dass viele Patienten ängstlich sind. Sie wollen nicht dahin gehen, wo sie sich nicht auskennen. Sie haben Angst, bewertet zu werden. Über das Instrument der BEG ist es für die Patienten möglich, an ihren Ängsten und Befürchtungen mit ihren Therapeuten zu arbeiten.

Wir haben zusätzlich ein Case-Management installiert, das wir auch noch verstärken wollen und das in jedem Modul die Übergänge sichert. Und wir haben ein Übergabemanagement organisiert, in dem bei einem Wechsel der Module also oft auch der Einrichtung z.B. aus der Klinik in die ambulante Reha am Wohnort der aufnehmende Therapeut mit dem abgebenden Therapeut und dem Patienten sowohl die Strecke, die der Patient hinter sich gelegt hat, erörtert, als auch die Ziele und die Dinge, die der Patient künftig benötigt.

Elf solcher Therapieverbände haben wir in Niedersachsen gegründet bzw. deren Gründung unterstützt.

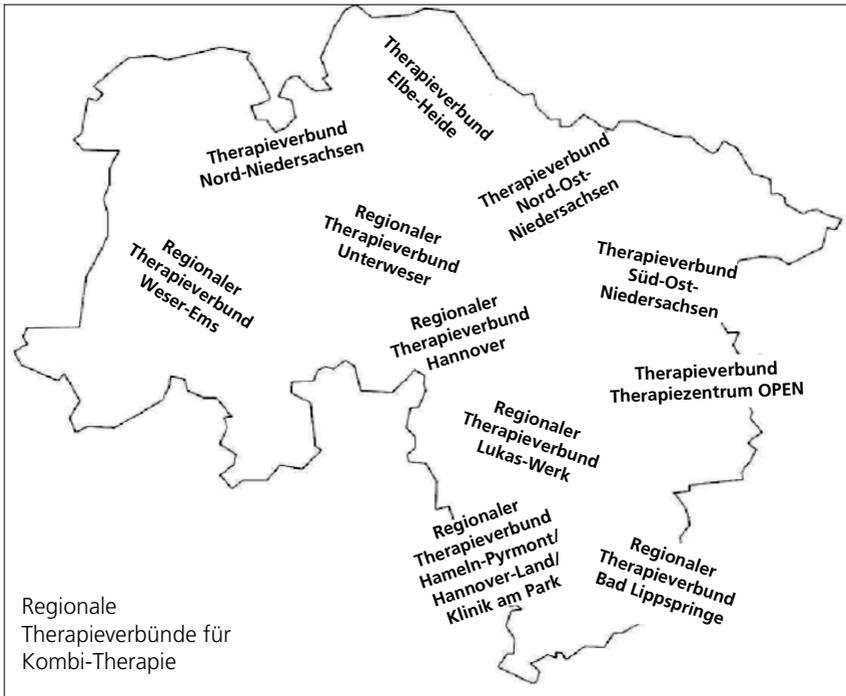


Abb. 8: Regionale Therapieverbände

In diesen regionalen Therapieverbänden sind in den definierten Regionen stationäre, ganztägig ambulante und ambulante und adaptiv arbeitende Einrichtungen so miteinander vernetzt, dass sie nach einem kohärent aufeinander abgestimmten Konzept arbeiten. Der Abschlussbericht wird gemeinsam erstellt.

Abschließend möchte ich noch auf eine große Chance hinweisen. Wir haben das biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) hiermit weitgehend umgesetzt! (s. Abb. 9)

Über den ICF können wir eine gemeinsame Sprache nutzen und brauchen möglicherweise die Sondersprachen einzelner Sozialleistungsträger zukünftig nicht mehr. Das kann zu einem guten Gelingen einer gemeinsamen Zielsetzung einer erfolgreichen Rehabilitation wesentlich beitragen. Hier liegen noch spannende Entwicklungen vor uns. Ich wünsche Ihnen und uns gemeinsam einen guten Weg dorthin.

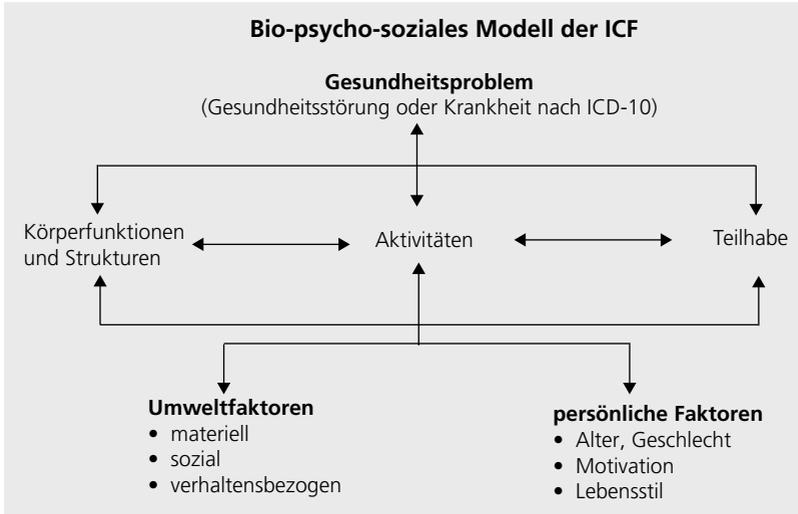


Abb. 9: Bio-psycho-soziales Modell der ICF¹

1 Die »Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit« (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person. Die ICF steht in der vollständigen Textversion unter www.dimdi.de kostenlos Downloaden zur Verfügung.

Schnittstellen bei illegalen Drogen: Qualifizierter Entzug und medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger aus einer Hand

Thomas Kuhlmann

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach hält umfassende Behandlungs- und Betreuungsangebote für drogenabhängige Personen vor. Um die gegenwärtige Struktur der Hilfsangebote und das zugrunde liegende therapeutische Konzept zu erläutern, ist ein kurzer Rückblick auf die Entwicklung der Klinik sinnvoll (KUHLMANN et al. 2005).

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach: Geschichte und therapeutisches Konzept

Die Psychosomatische Klinik ist 1980 gegründet worden als psychiatrische Fachklinik zur medizinischen Rehabilitation alkohol- und medikamentenabhängiger Patienten, nachdem zuvor auf demselben Gelände eine private gynäkologisch-geburtshilfliche Klinik betrieben wurde. 1981 wurde eine zweite Rehaabteilung zur medizinischen Rehabilitation drogenabhängiger Patienten aufgebaut. In beiden Abteilungen wurde frühzeitig konzeptionell versucht, zumindest einzelfallbezogen mit rückfällig gewordenen Patienten weiter zu arbeiten und dies als Herausforderung für die Fortsetzung der medizinischen Rehabilitation zu betrachten. Außerdem wurde versucht, Patienten mit über die Sucht hinausgehenden allgemeinpsychiatrischen Störungen soweit erforderlich psychopharmakologisch mit zu behandeln und sie dadurch in den therapeutischen Prozess zu integrieren. Anders ausgedrückt: Das Vorliegen einer weiteren behandlungsbedürftigen psychiatrischen Störung über die Sucht hinaus wurde frühzeitig nicht als Kontraindikation angesehen.

Als in den 80er-Jahren die fachliche und politische Diskussion bezüglich der Verbesserung sowohl der Drogenentzugsbehandlung als auch ambulanten Behandlung Drogenabhängiger an Intensität zunahm und neue Behandlungsansätze in Modellprojekten erprobt wurden – wie die qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger – zeigte die Psychosomatische Klinik von Beginn an Interesse, selbst ein entsprechendes neues Behandlungsangebot aufzubauen.

Am 01.10.1990 wurde schließlich die erste Station zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger im rheinischen Teil Nordrhein-Westfalens eröffnet, ursprünglich als klinische Rückendeckung für das inzwischen um die Standorte Köln und Bielefeld erweiterte Modellprojekt Methadon-

substitution aber auch zur besseren Vorbereitung Drogenabhängiger für die medizinische Rehabilitation gedacht.

Die Nachfrage und Akzeptanz dieses neuen Behandlungsangebots in der Region war so groß, dass sowohl seitens des NRW-Gesundheitsministeriums (MAGS), der Kosten- und Leistungsträger als auch des regionalen Hilfesystems der dringende Bedarf formuliert wurde, zwei weitere Akutstationen aufzubauen und dabei anteilig die regionale Pflichtversorgung für Köln und den Rheinisch-Bergischen Kreis zu übernehmen (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 2001, KUHLMANN et al. 1994 [1], KUHLMANN et al. 1994 [2]). Der Aufbau dieser beiden neuen Akutstationen, die Übernahme der psychiatrischen Pflichtversorgung für Drogenabhängige für Köln und den Rheinisch-Bergischen Kreis zum 01.04.1994 und die aus räumlichen Gründen erforderliche Verlagerung der Drogen-Rehaabteilung aus der Hauptklinik – die unmittelbar an der Stadtgrenze zu Köln gelegen ist – an die 21 Kilometer entfernte Dhünntalsperre in Wermelskirchen-Dabringhausen bilden eine Zäsur in der Entwicklung der Klinik.

Die Verlagerung der bisher auf dem Klinikgelände beheimateten Drogen-Rehaabteilung an die im ländlichen Rahmen gelegene Dhünntalsperre stellte zum einen eine Herausforderung dar bezüglich der realen, also nicht nur auf dem Papier bestehenden, sondern auch in der Praxis gelebten Anbindung der Drogen-Rehaabteilung an die Klinik und den Großraum Köln/Rheinisch-Bergischer Kreis. Zum anderen kamen mit der Übernahme der Pflichtversorgung und dem ungefähr zeitgleich gestarteten Modellprojekt »Behandlung sofort« neue Patientengruppen auf die Akutstationen, die zuvor allenfalls in Einzelfällen in der Klinik auftauchten: chronisch intoxikierte psychosozial desintegrierte, psychiatrisch vielfach an komorbiden Störungen leidende Patienten mit häufig völlig oder seit Jahren fehlender Anbindung an das bestehende Hilfesystem.

Bezüglich der eigenen Drogen-Rehaabteilung konnte mit dem Aufbau der adaptiven Phase auf dem Gelände der Hauptklinik im Sinne einer integrierten Adaption ein wirksames Instrument geschaffen werden, die drogenabhängigen Patienten während der medizinischen Rehabilitation in die vielfältigen Arbeits-, Wohn-, kulturellen und weiteren Angebote des Großraums Köln/Rheinisch-Bergischer Kreis einzubinden.

Das Modellprojekt »Behandlung sofort« wurde initiiert vom MAGS und getragen von der Landesversicherungsanstalt (LVA) Rheinprovinz, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) – also in heutiger Sprache der

Deutschen Rentenversicherung (DRV)-Rheinland und der DRV-Bund – sowie dem Landschaftsverband Rheinland. Es diente der Verbesserung des Kontakts zu bisher nicht oder kaum erreichbaren Gruppen Drogenabhängiger an das Hilfesystem. Dabei bildeten die drei Stationen zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger in der Psychosomatischen Klinik und die im Oktober 1994 aufgebaute entsprechende Akutstation in den Rheinischen Kliniken Köln den Dreh- und Angelpunkt dieses Projekts: Durch frühzeitige Aufnahme auf die Akutstationen sollte mittels des Konzepts der qualifizierten Akutbehandlung, also der Integration von entzugs- und motivationsfördernder Behandlung eine dem Einzelnen gerecht werdende nahtlose Anschlusslösung sichergestellt werden von ambulanter Substitutionsbehandlung über Kontakt zur Drogenberatung, stationäres betreutes Wohnen bis hin zur medizinischen Rehabilitation. Die beteiligten Leistungsträger entwickelten ein entsprechendes Antragsverfahren, welches während der Akutbehandlung bearbeitet und binnen drei Arbeitstagen entschieden wurde, so dass auch für Patienten aus den vorgenannten Zielgruppen ein nahtloser Antritt der Langzeittherapie im Anschluss an die Akutbehandlung möglich wurde (Landschaftsverband Rheinland, Koordinationsstelle Sucht 2000).

Die Psychosomatische Klinik beteiligte sich sowohl über die Akutstationen als auch die Drogen-Rehaabteilung an diesem Modellprojekt. Während alle anderen an dem Projekt beteiligten Reha-Kliniken die Aufnahme von Patienten mit noch laufender psychopharmakologischer Medikation ablehnten, versuchten wir die im Bedarfsfall auf der Akutstation oder bereits zuvor begonnene psychopharmakologische Behandlung bei Verlegung in die eigene Rehaabteilung dort fortzusetzen und damit auch diese Patientengruppe in den therapeutischen Prozess der medizinischen Rehabilitation zu integrieren. Aufgrund des erfolgreichen Verlaufs dieses Modellprojekts nahm die Zahl psychiatrisch komorbider behandlungsbedürftiger und behandlungsbereiter Drogenabhängiger erheblich zu mit der Folge, dass der Anteil dieser Gruppe sowohl auf den Akutstationen als auch der eigenen Rehaabteilung deutlich wuchs.

Damit verbunden war die nächste Herausforderung: Um vor allem der Gruppe psychiatrisch komorbider Drogenabhängiger eine Anbindung an das Hilfesystem zu ermöglichen, haben wir seit 1994 ein eigenes Substitutionsangebot aufgebaut – über persönliche Ermächtigung meiner Person – und seit 1996/97 das Angebot des Aufsuchenden Betreuten Wohnens zunächst für den Rheinisch-Bergischen Kreis, dann auch für Köln. Während dieses

Hilfsangebot von den Betroffenen in der Regel psychiatrisch komorbiden Drogenabhängigen gut angenommen wurde, reagierten Teile des Hilfesystems zunächst skeptisch mit Einschätzungen wie co-abhängigkeitsfördernd und besorgt aufgrund des Missverständnisses, es handele sich um ein Angebot für eine bereits von der ambulanten Drogenhilfe gut versorgte Zielgruppe. Diese Missverständnisse ließen sich in der konkreten Zusammenarbeit schnell und konstruktiv klären. Inzwischen ist dieses Angebot sowohl seitens der Klinik als auch der ambulanten Drogenberatungsstellen weiter ausgebaut worden.

Die Folge des deutlich verbesserten Kontakts zu sonst schlecht erreichbaren Zielgruppen war die Herausforderung, diese Patienten auch nach der qualifizierten Akutbehandlung und/oder der Langzeittherapie angemessen weiter zu betreuen und zu behandeln. Mit der Eröffnung der Institutsambulanz 1998 gelang es uns, eine wesentliche Lücke im Hilfesystem zu schließen und durch Aufbau verschiedener Einzel- und Gruppenangebote den Kontakt sowohl zu betroffenen Erwachsenen und in vielen Fällen auch jugendlichen Drogenkonsumenten als auch deren Angehörigen zu verbessern. Während mittels des Instruments des Aufsuchenden Betreuten Wohnens alltagsbegleitende Unterstützung möglich ist und gerade psychiatrisch komorbiden Patienten erheblich bei der sozialen Reintegration helfen kann, findet diese Gruppe nach wie vor schlechten Zugang zu Angeboten des stationären betreuten Wohnens.

Das seit neun Jahren konzipierte »Soziotherapeutische Wohnheim« wird zum 01.08.2009 eröffnet, damit kann eine weitere wesentliche Lücke im regionalen Hilfsnetzwerk geschlossen werden; denn die einzigen beiden Einrichtungen der Region, die sich dieser Zielgruppe nicht verschließen, haben inzwischen Wartezeiten von bis zu einem Jahr (KUHLMANN 1996).

Interne Vernetzung der Behandlungsangebote (Akutbehandlung)

Die Akutabteilung, also die drei Stationen zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger, ist ebenso wie die Institutsambulanz regional ausgerichtet und in die psychiatrische Pflichtversorgung integriert.

Die integrative Behandlung aller Subgruppen Drogenabhängiger inklusive psychiatrisch komorbider Betroffener ermöglicht, dass sowohl im Einzelfall Patienten aus dem Kölner Heroinprojekt, die zur Krisenintervention aufgenommen worden sind, substituierte Patienten, die wegen erforderliche Beikonsumentzugsbehandlung aufgenommen worden sind, Patienten vor

der geplanten Verlegung in die medizinische Rehabilitation als auch Partydrogen-Konsumenten etc. auf einer Station gemeinsam behandelt werden. Dazu kommen auch ehemalige oder akut rückfällig gewordene Patienten der medizinischen Rehabilitation unserer Rehaabteilung oder auch anderer Fachkliniken.

Diese integrative Behandlung unterschiedlicher Subgruppen auf einer Station ist einerseits eine Herausforderung, den mitunter unterschiedlichen Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden, den jeweiligen Erfahrungshorizont zu erweitern und Spannungen unter den Patienten angemessen zu begegnen. Andererseits wird dadurch die Auseinandersetzung mit einer weitreichenden Perspektive strukturell sichergestellt, sowohl für die Mitarbeiter als auch für die Patienten: Sei es die Herausforderung für substituierte Patienten, sich mit der Perspektive der Langzeittherapie auseinanderzusetzen oder auch für Patienten, die einer geplanten Langzeittherapie noch ambivalent gegenüberstehen, sich mit dem Problem der erneuten Beikonsumentsbehandlung bei laufender Substitution konfrontiert zu sehen.

Medizinische Rehabilitation

Die Abteilung zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger, intern D-Abteilung genannt, ist regional und überregional ausgerichtet: In »Haus Lindscheid« an der Dhünnaltalperre in Wermelskirchen-Dabringhausen werden die ersten drei Behandlungsphasen durchlaufen, die vierte (adaptive) Behandlungsphase wird auf dem Gelände der Hauptklinik in Bergisch Gladbach selbst durchgeführt. In dieser letzten Behandlungsphase absolvieren die Patienten acht- bis zwölfwöchige Betriebspraktika in einer von ca. 20 Praktikumsgebern (Handwerkerbetriebe, Einrichtungen des öffentlichen Dienstes, Ingenieurbüros, Altenheime etc.) bei fortlaufender therapeutischer Unterstützung inklusive Einzel- und Gruppentherapie etc. durch das multiprofessionelle Team.

In der medizinischen Rehabilitation werden Patienten aller Subgruppen Drogenabhängiger, inklusive psychiatrisch komorbider Drogenabhängiger, gemeinsam behandelt. Das verbindliche Therapiekonzept bildet den Rahmen für den therapeutischen Prozess. Über indikative Gruppeninterventionen wird die therapeutische Bearbeitung individueller und etlicher anderer, jedoch nicht die Gesamtgruppe betreffenden relevanten Fragestellungen, sichergestellt. Seit 2005 nehmen wir auch, entsprechend der Anlage 4 der »Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen« vom 04.05.2001, unter Substitutionsbehandlung stehende Patienten zur medizinischen Rehabilitation auf.

Bei Erörterung der Erweiterung des Behandlungskonzepts um diese Patientengruppe wurde die heterogene Wahrnehmung dieser Indikationserweiterung unter den Patienten deutlich. Während ein Teil der Gruppe sich zunächst besorgt äußerte, diese Patienten seien nicht abstinent, sondern aufgrund ihrer aktuellen Substitution als noch als intoxikiert zu betrachten, unterstrich die andere Hälfte der Patientengruppe, dass sie froh sei, die Entzugssymptome der zuvor methadongestützten Akutbehandlung inzwischen gänzlich überwunden zu haben; denn dieser letzter Schritt – die Überwindung der auch nach Absetzen der letzten Methadongabe noch fortbestehenden Entzugssymptome – stehe dieser Gruppe noch bevor.

Der offene Umgang mit den Chancen und Grenzen dieser Behandlungsindikation, die deutliche therapeutische Haltung, das alle medizinisch angeordneten Medikamente therapeutisch sinnvoll und angemessen, jegliche ohne ausdrücklich auf ärztliche Anordnung eingenommene psychotrope Substanz hingegen als Rückfall gewertet werde, trug wesentlich zur Reduzierung der bestehenden Unruhe bei. Zudem zeigte sich schnell, dass der seit Jahren bestehende offene Umgang mit dem individualisierten Vorgehen bezüglich länger dauernder medikamentöser Verordnung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation vorrangig aufgrund psychiatrischer Komorbidität den Patienten einen vergleichsweise gelassenen Umgang mit der neuen Zielgruppe ermöglichte.

Zur Sicherstellung der erforderlichen Rahmenbedingungen, sich auf diese neue Zielgruppe einstellen zu können, begrenzten wir die Aufnahme dieser neuen Zielgruppe zunächst auf maximal vier Patienten: Binnen weniger Wochen meldeten sich bundesweit viele Patienten zur Inanspruchnahme dieses neuen Zugangs an, von denen dann die Mehrzahl zu unserer Überraschung ohne Substitutionsmittel zum Therapieantritt kamen. Die bloße Möglichkeit, im Zweifelsfall auch noch unter fortlaufender Substitution die Rehabilitationsbehandlung starten zu können, scheint etlichen Patienten geholfen zu haben, sich dann doch auf die Komplettabdosierung einlassen zu können. Während die mit der vorübergehend weiteren Gabe des Substitutionsmittels verbundene Unruhe in der Patientengruppe sich nach einigen Monaten nahezu völlig legte und nur einzelfallbezogen wieder aufflackerte, stellt die Auseinandersetzung mit dem Spannungsfeld zwischen psychiatrisch komorbiden Drogenabhängigen auf der einen Seite und vor allem intensiv dissozial agierenden Drogenabhängigen auf der anderen Seite eine ständige therapeutische Herausforderung dar. Die Aufarbeitung bestehender Spannungen erfordert eine intensive kontinuierliche Kommunikation

sowohl innerhalb des therapeutischen Teams als auch zwischen Mitarbeitern und Patienten auf Basis der therapeutischen Haltung des »Motivational Interviewing« unter der Voraussetzung klarer äußerer Rahmenbedingungen (KUHLMANN 2005).

Während manche dissozial geprägte Patienten ein offensives therapeutisches Intervenieren, mitunter auch autoritäres Durchsetzen elementarer Regeln, einfordern und zur Klärung der eigenen Orientierung benötigen, um sich überhaupt auf den therapeutischen Prozess einlassen zu können, erleben etliche psychiatrisch komorbide Patienten eben dieses therapeutische Auftreten selbst als bedrohlich und verunsichernd und zeigen auch nach etwaiger Entlassung eines aktuell nicht integrierbaren dissozial agierenden Patienten massive Irritationen. Durch den Aufbau weiterer indikativer Angebote speziell für dissozial agierende, häufig durch langjährige Hafterfahrung geprägte Patienten, haben wir einen Teil dieser Spannungen abbauen können.

Insgesamt haben wir jedoch feststellen müssen, dass unsere Haltekraft bezüglich dissozial agierender Patienten deutlich geringer geworden ist, bei gleichzeitiger Integration einer großen Gruppe psychiatrisch komorbider Patienten. Aufgrund der vielfältigen internen Angebote der Klinik kann auch Patienten, die im Rahmen unserer medizinischen Rehabilitation nicht mehr integrierbar sind, eine Anbindung an das Hilfesystem über die eigene Klinik oder über andere Institutionen des regionalen Hilfsnetzes in der Regel nahtlos angeboten werden (KUHLMANN/REUTER 2007).

Schnittstelle Langzeittherapie – Anschlussbehandlung

Wesentlich für den therapeutischen Prozess ist die Entwicklung einer individuell sinnvollen fachlich angemessenen weiteren Perspektive im Anschluss an die Langzeittherapie. Die begründete Zuversicht des Therapeuten, dass der betroffene Patient die erforderliche Hilfe zur Sicherstellung der erreichten Stabilisierung erhalten kann und wird, ist ein entscheidender therapeutischer Faktor, der gerade in Phasen ausgeprägter Ambivalenz dem Patienten hilft, sich auf die Fortsetzung der Behandlung einzulassen.

Dabei spielen neben der Wohnungsfrage und der Tagesstruktur – gerade nach Abschluss eines Betriebspraktikums – die alltagsbegleitende Unterstützung über das aufsuchende Betreute Wohnen der Psychosomatischen Klinik oder anderer Anbieter sowie auch weitergehende Hilfen, die möglichst nahtlos zur Verfügung stehen, eine entscheidende Rolle. Wir sind überzeugt, mit dem ab dem 01.08.2009 eröffneten »Soziotherapeutischen Wohnheim« für

psychiatrisch komorbide Drogenabhängige ein wesentliches weiteres Modul zur Verfügung zu haben, welches gerade psychiatrisch komorbiden Patienten helfen kann, sich nachhaltig zu stabilisieren und sozial zu integrieren einschließlich der Aufnahme sozialversicherungspflichtiger Tätigkeiten.

Vernetzung in der Region

Während die Klinik ursprünglich klassisch als Reha-Fachklinik überregional ausgerichtet war, mit darüber hinaus gehenden Kontakten auch zum regionalen Netzwerk, ist seit Aufbau der ersten Station zur qualifizierten Akutabteilung Drogenabhängiger, dem Modellprojekt »Behandlung sofort« und der Übernahme der psychiatrischen Pflichtversorgung für Drogenabhängige die Vernetzung in der Region kontinuierlich gewachsen: Inzwischen sind alle Abteilungen der Klinik intensiv verzahnt mit den vielfältigen regionalen Hilfsangeboten und Netzwerken im Großraum Köln/Rheinisch-Bergischer Kreis sowie den angrenzenden weiteren Einrichtungen.

Die Akutabteilung und die Institutsambulanz sind in besonderer Weise in das regionale Hilfsnetz eingebunden: Über Notaufnahmen, stationäre Entzugsbehandlung vor bereits ambulant beantragter medizinischer Rehabilitation, das Konzept »Soforthilfe für Drogenabhängige« (als Anschlussprojekt von »Behandlung sofort«/Rheinland und »Therapie sofort«/Westfalen), erforderliche kurzfristige Kriseninterventionen von Patienten, die von anderen Institutionen des regionalen Netzwerks betreut werden, insbesondere psychiatrisch komorbider Patienten, je nach Einzelfallabsprache auch die ambulante und stationäre Behandlung jugendlicher Drogenkonsumenten sowie erforderliche Beikonsumentzugsbehandlungen während laufender Substitutionsbehandlungen inklusive der Diamorphinbehandlung mit anderen Institutionen aus dem regionalen Netzwerk, also mit allen Bereichen und Arbeitsfeldern, die im biopsychosozialen Konzept der WHO abgebildet sind und allen im Netzwerk tätigen Berufsgruppen.

Um die intensiv verfolgte Zielsetzung in allen Abteilungen der Klinik, in besonderer Weise jedoch der Akutabteilung, allen Patienten eine individuell angemessene nahtlos in Anspruch zu nehmende Anschlussperspektive zu sichern, zu erreichen, ist bereits während der stationären Akutbehandlung ein kontinuierlicher Austausch mit vor- und nachbehandelnden oder -betreuenden Institutionen fester Bestandteil der täglichen Arbeit.

In der Abteilung zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger werden sowohl Patienten aus regionalen als auch überregionalen Einrich-

tungen aufgenommen, also sowohl der eigenen Drogenakutabteilung als auch anderen regionalen Kliniken mit vergleichbaren Akutstationen und allgemeinspsychiatrischen Stationen (psychiatrisch komorbiden Patienten) sowie je nach Herkunft auch aus anderen Regionen. Sowohl bei regionalen als auch überregionalen Aufnahmen sind wir stets bestrebt, den kontinuierlichen Austausch mit den vorbehandelnden Institutionen während der hiesigen Behandlung sicherzustellen. Gerade bei psychiatrisch komorbiden Drogenabhängigen streben wir stets an, im Falle einer erforderlichen stationären Krisenintervention im allgemeinspsychiatrischen Rahmen, sofern sich verstärkende allgemeinspsychiatrische Symptome einen anderen Behandlungsrahmen erfordern als in unserer Klinik möglich, dass diese Patienten in der vorbehandelnden allgemeinspsychiatrischen Institution wieder aufgenommen werden, um eine Destabilisierung durch ständigen Wechsel des therapeutischen Settings und der Bezugspersonen vorzubeugen.

Entscheidend ist stets der Einzelfall.

In der Ambulanz werden in anderen regionalen Institutionen betreute Drogenabhängige vor allem bei psychiatrischer Komorbidität mitbehandelt, sofern nicht über niedergelassene Ärzte möglich. Die stabile Integration psychiatrisch komorbider Drogenabhängiger über niedergelassene Ärzte lässt sich nur in wenigen Einzelfällen realisieren. Bezüglich jugendlicher und adoleszenter Drogenabhängiger hat sich die Behandlungssituation durch Aufbau einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik an den Städtischen Kliniken Köln einerseits verbessert, andererseits ist die Nachfrage und der Bedarf betreuender Institutionen für diese Zielgruppe unverändert hoch. Unsere Hilfsangebote v. a. der Ambulanz finden seit Jahren intensiven Anklang, sowohl bei Angehörigen Jugendlicher und adoleszenter Patienten, als auch anderer Patienten unserer Klinik.

Der strukturierte Austausch über Versorgungslücken und deren Überwindung hat sich in den letzten Jahren bei fortschreitender Vernetzung in der Region deutlich weiter entwickelt. Seit Jahren ist die Klinik in engem Austausch mit anderen regionalen Institutionen des Netzwerks für Drogenabhängige bestrebt, gemeinsam Lösungen zur Überwindung bestehender Lücken im Hilfsnetz zu entwickeln. So ist über die Initiative der Klinik mit den anderen großen Trägern der Drogenhilfe im Großraum Köln – der Drogenhilfe Köln e.V., dem größten Träger für Drogenhilfeangebote in NRW, und dem Katholischer Verband für soziale Dienste in Deutschland (SKM) e. V. aus dem Caritas-Verband – eine gemeinsame Initiative erwachsen, auf die ARGE (*Arbeitsgemeinschaft nach dem SGB II*) in Köln als Kooperati-

onspartner zur Integrationsunterstützung für drogenabhängige Arbeitssuchende zuzugehen. Der diesbezügliche Kontakt mit der ARGE hat sich in den letzten drei Jahren kontinuierlich weiterentwickelt. Inzwischen erörtern wir unter Einbeziehung auch des Gesundheitsamtes Köln Arbeitsprojekte für substituierte Patienten auf- und auszubauen, um auch diese Zielgruppe mittelfristig zielgerichtet über Belastungserprobungen gezielte Unterstützung und Betriebspraktika noch unter Substitution stehend in sozialversicherungspflichtige Arbeitsmaßnahmen integrieren zu können. Ein sinnvolles Projekt, welches angesichts der Vielfalt zu berücksichtigender Schnittstellen, politisch wechselnder Vorgaben nicht zuletzt im Zusammenhang mit dem Auslaufen von Legislaturperioden erhebliches Durchhaltevermögen aufseiten der Träger erfordert.

Fazit

Vernetzung birgt Chancen und Herausforderungen. Sowohl interne als auch externe Vernetzung der Hilfsangebote ist wichtig und unverzichtbar. Die interne Vernetzung ist durch die Existenz verschiedener Angebote im Rahmen der Klinik strukturell gegeben, sofern das jeweilige neue Angebot, sei es die Akutstation, die Institutsambulanz, das aufsuchende oder bald auch neue stationäre Betreute Wohnen vorhanden ist. Diese strukturelle Vernetzung muss jedoch mit Leben gefüllt werden: Das erfordert aktive kontinuierliche und gerade bezüglich ungeklärter Fragestellungen konstruktive Kommunikation. Die Auseinandersetzung mit der Arbeitssituation der jeweils anderen Abteilung erweitert den eigenen Blickwinkel, damit das Verständnis für den jeweils anderen und bietet den erheblichen Vorteil, die eigene Wahrnehmung der Patienten kritisch zu reflektieren und die eigene Sichtweise enorm zu erweitern.

Mit dem Aufbau der Institutsambulanz und dem aufsuchenden betreuten Wohnen ist das Verständnis der Mitarbeiter sowohl der Akutabteilung als auch der Drogenrehabilitationsabteilung für die Möglichkeiten und Grenzen Patienten nach abgeschlossener Behandlung ambulant zu unterstützen und auch für die Herausforderungen, mit denen sich die Betroffenen in ihrem Lebensalltag konfrontiert sehen, enorm gewachsen.

Bezüglich der externen Vernetzung arbeiten wir stets mit dem Anspruch, konstruktive Kooperation im Netzwerk bei bestehenden Konkurrenzsituationen zu leben, jedoch keine aggressive Konkurrenz zu entwickeln und zu fördern, sondern im Gegenteil wesentlich bestehende Probleme soweit möglich

im Miteinander zu klären einschließlich möglicher konkreter Kooperation und Vereinbarung. Gerade, wenn manche Patienten im Anschluss entweder an die stationäre Akutbehandlung oder auch die medizinische Rehabilitation Unterstützung benötigen, die noch nicht im regionalen Netzwerk vorhanden ist, lassen sich tragfähige Kompromisse und Übergangskonstruktionen nur dann entwickeln, wenn konstruktive und belastungsstabile Arbeitsbeziehungen sowohl zwischen den verschiedenen Abteilungen der eigenen Klinik als auch mit externen Institutionen bestehen, um einzelfallbezogen erforderliche Behandlungen, Betreuungen oder tagesstrukturierende Angebote zu ermöglichen, die im Regelfall noch nicht möglich sind – wie z. B. die Aufnahme eines psychosekranken Drogenabhängigen in ein betreutes Wohnen unter engmaschiger Rückendeckung durch die Institutsambulanz etc. (Fachtagung »Drogenhilfe – was tun?!« 2008).

Eine sinnerfüllte Tagesstruktur hat für jeden Menschen, insbesondere für Menschen in Krisensituationen und damit auch für Drogenabhängige eine besondere Bedeutung. Nachdem vor neun Jahren in unmittelbarer Nähe der Klinik von ehemaligen Drogenkonsumenten ein neues Projekt aufgebaut worden ist mit unterschiedlichen Arbeitsfeldern und weit über 60 Arbeitsplätzen, konnten wir mit dieser Integrationsfirma durch Betriebspraktika sowie Inanspruchnahme bei entsprechenden Arbeitsmaßnahmen, die in der eigenen Klinik erforderlich wurden (z. B. Zimmerrenovierung, Beseitigung von Sturmschäden nach Entwurzelung von Bäumen auf dem Klinikgelände etc.) kooperieren. Inzwischen ist eben dieses Modellprojekt aufgrund interner Spannungen, die zum Teil über die Medien öffentlich ausgetragen wurden und dadurch bedingten Rückgängen der Nachfrage großer regionaler Kunden, in die Krise geraten und hat Insolvenz anmelden müssen. Damit verbunden ist die konkrete Erfahrung, dass externe regionale Vernetzung auch bedeutet, unmittelbar in die Krise regionaler Institutionen einbezogen zu werden mit den entsprechenden Folgen für die eigene Arbeit.

Für das zum 01.08.2009 startende Projekt »Soziotherapeutisches Wohnheim für Drogenabhängige« und für die gemeinsam mit den anderen Trägern geplanten Arbeitsprojekte für substituierte Drogenabhängige, stellt die konkrete gelebte innere und externe Vernetzung eine entscheidende Voraussetzung dar, die Akzeptanz der Weiterentwicklung der Angebote der Klinik auf Seiten der anderen ins regionale Netzwerk integrierten Institutionen sicherzustellen, die Schnittstellenarbeit zu bewältigen und auch für andere Institutionen bezüglich deren neuer Behandlungsangebote

weiterhin ein verlässlicher belastungsstabiler Partner zu sein. Vernetzung birgt Chancen und Herausforderungen – diese angemessen zu bewältigen ist unser Ziel.

Literatur

- KUHLMANN, Th./MÜLLER, J./MIGGE, M. (2005): Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach – Dokumentation der Festveranstaltung 25 Jahre Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach am 3. Juni 2005.
- MINISTERIUM FÜR FRAUEN, JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT des Landes Nordrhein-Westfalen (2001): Landesprogramm gegen Sucht Teil 1 (Illegale Drogen, Alkohol, Medikamente), Düsseldorf, Februar 1999; Landesprogramm gegen Sucht Teil 2 (Tabak, Glücksspielsucht, Exkurs: Essstörungen), Düsseldorf.
- KUHLMANN, Th./HASSE, H.E./SAWALIES, D. (1994): Harm-Reduction und niederschwellige Drogenhilfe in NRW – über die Anforderung an eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger; Sucht 1, S. 50–56, Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH.
- KUHLMANN, Th./HASSE, H.E./SAWALIES, D. (1994): Die qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW; Psychiatrische Praxis 1, S. 13–18, Stuttgart-New York: Georg Thieme Verlag.
- LANDSCHAFTSVERBAND RHEINLAND, Koordinationsstelle Sucht (2000): Implementierung der Soforthilfe für Drogenabhängige in NRW – Erster Zwischenbericht zur Programmentwicklung im Rheinland; Köln.
- KUHLMANN, Th. (1996): Harm reduction – zum Paradigmenwechsel in der Drogenarbeit; Psychiatrische Praxis Heft 4, S. 157–160, Stuttgart-New York: Georg-Thieme-Verlag.
- KUHLMANN, Th. (2005): Motivational Interviewing und Frühintervention; Suchttherapie 6, S. 35–38, Stuttgart-New-York: Georg-Thieme-Verlag.
- KUHLMANN, Th./REUTER, M.(2007): Drogenabhängigkeit und Psychose – Integrative stationäre Rehabilitation Drogenabhängiger mit Psychoseerkrankung mit anderen Drogenabhängigen; Veranstaltung des Suchtforschungsverbund NRW am 19. Oktober 2007 – Die Behandlung von Suchterkrankungen – eine interdisziplinäre Herausforderung.
- LANDSCHAFTSVERBAND RHEINLAND (Hg.) (2008): Drogenhilfe – was tun?! KOoperation in Zeiten wachsender KONkurrenz und zunehmender KOmmunalisierung; Dokumentation der Fachtagung vom 29.10.2008, Köln
- Vereinbarung Abhängigkeitskranker der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung (04.05.2001), Anlage 4.

Das Allgemeinkrankenhaus als »virtueller psychiatrischer Versorgungssektor« - Die Bedeutung der suchtpsychiatrischen Konsil- und Liaisontätigkeit für den Weg in das Suchthilfenetzwerk

Albert Diefenbacher

Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Suchterkrankungen werden in den seltensten Fällen primär von Psychiatern oder Nervenärzten oder gar in psychiatrischen Abteilungen oder psychiatrischen Fachkrankenhäusern behandelt. Wichtigster Ansprechpartner sind vielmehr Hausärzte, Freunde oder Familienangehörige und Nervenärzte (vgl. Abbildung 1).

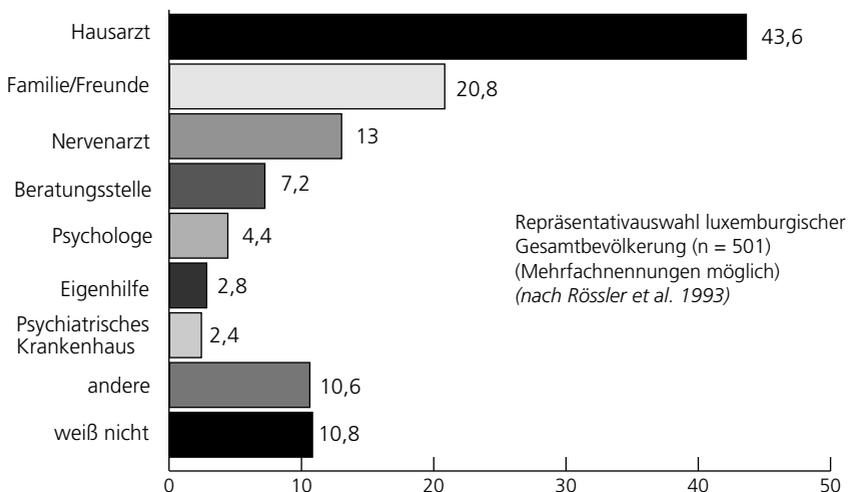


Abb. 1: Potenzielle Ansprechpartner bei psychischen Problemen in der Gesamtbevölkerung (%)

Während sich das Wissen um die Bedeutung von Hausärzten für die Zuweisung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in fachspezifisch psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung deutlich erweitert hat und eine Reihe von Veröffentlichungen den Anspruch haben, die psychosoziale Kompetenz von Hausärzten bei der Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen zu verbessern (z. B. SCHNEIDER & NIEBLING 2008; ELSTNER et al. 2007), ist die Bedeutung des Allgemeinkrankenhauses als »Filter« für die Vermittlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder solchen mit somato-psychischer Komorbidität in fachspezifische

Behandlung in Deutschland erst in den letzten Jahren vermehrt ins Bewusstsein gelangt.

Insbesondere eine Analyse der Krankenhausfälle im Vorfeld der Einführung der Diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) durch eine der größten deutschen Krankenkassen – der DAK – hatte ergeben, dass 32,4 % der psychiatrischen Hauptentlassungsdiagnosen (Kapitel F der Internationale Klassifikation der Krankheiten [ICD-10]) nicht in psychiatrischen, sondern in somatischen Abteilungen vergeben wurden (MAYLATH et al. 2003). Dies ist nichts Neues, denn bereits anlässlich einer Stichtagsanalyse somatischer Krankenhäuser im November 1983 im Rahmen der Patientenstrukturanalyse »Psychiatrie in Bayern« wurden ähnliche Zahlen für AOK-Versicherte veröffentlicht: 51,4 % aller psychiatrischen Diagnosen wurden hiernach in somatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern vergeben (BÖCKER 1993).

Es handelt sich dabei wohlgemerkt nicht nur um Menschen, die etwa nach einem Suizidversuch oder infolge einer Alkohol- oder Drogenintoxikation wegen medizinischer Komplikationen in einer Rettungsstelle oder einer Intensivstation eines Allgemeinkrankenhauses behandelt werden, sondern vielmehr um Menschen, die zusätzlich zu einer körperlichen Erkrankung oder auch primär wegen einer rein psychiatrischen Erkrankung aus dem gesamten Spektrum des in Kapitel 5 der ICD-10 aufgeführten psychiatrischen Störungsgebietes nicht in einer psychiatrischen Abteilung, sondern auf somatischen Abteilungen behandelt werden (AROLT/DIEFENBACHER 2004).

Zwar hat die Integration psychiatrischer Fachabteilungen in die Allgemeinkrankenhäuser grundsätzlich die Berührungspunkte zwischen somatischen und psychiatrischen Fachabteilung erhöht; dies hat aber nicht unbedingt zu einer verstärkten Integration der Psychiatrie in das Allgemeinkrankenhaus geführt. So wird eine psychiatrische Abteilung, trotz eines sichtbaren Trends zur verbesserten Zusammenarbeit, nicht so selten hinter vorgehaltener Hand vielleicht doch noch als ein »Miniatur-Irrenasyl« wahrgenommen, wobei in Extremfällen dann sogar separate Eingänge für psychiatrische Patienten gefordert werden. Andererseits sind es aber nicht nur die »somatischen« Ärzte, sondern auch Psychiater selber, die dieses Bild des »Miniatur-Irrenasyls« dadurch ungewollt unterstützen, dass sie eine gewisse Scheu haben, sich auf das als unsicher erlebte Terrain somato-psychischer Komorbidität zu begeben.

Die Integration psychiatrischer Abteilungen in die Allgemeinkrankenhäuser bedarf also einer Institutionalisierung von organisatorischen Koo-

perationsformen, wie sie durch psychiatrische Konsiliar-Liaison-Dienste zunehmend angeboten werden.

Psychiatrische Konsiliar-Liaison-Dienste – Transmissionsriemen für die Integration der Psychiatrie in die Allgemeinkrankenhäuser

Selbstverständlich gibt es konsiliarpsychiatrische Aktivitäten seit psychiatrische Abteilungen in den Allgemeinkrankenhäusern gegründet worden sind (DIEFENBACHER 2002). Unter Konsiliarpsychiatrie im engeren Sinne versteht man dabei die Hinzuziehung eines Psychiaters durch einen nicht spezialisierten Arzt, wobei der Psychiater, vermittelt über den anfordernden Kollegen, nicht aber von sich selbst aus tätig wird. Die Verteilung psychiatrischer Diagnosen bei konsiliarpsychiatrisch untersuchten Patienten zeigt dabei Unterschiede im Vergleich zur Zusammensetzung psychiatrischer Diagnosen in einer psychiatrischen Fachabteilung: so sind hier insbesondere Diagnosen aus den Gruppen F2, aber auch F3 unterrepräsentiert (vgl. Abb. 2).

Verteilung psychiatrischer Diagnosen (%) bei konsiliarpsychiatrisch untersuchten Patienten		
Diagnosen	Berlin	Lübeck
Organische Psychosynndrome	35,7	21,3
Schizophrenie	5,7	6,2
Affektive Psychosen	17,1	9,3
Neurologische Belastungs- und somatoforme Störungen	20,4	32,9
Alkoholerkrankungen	6,9	20,1
Andere Suchterkrankungen	3,9	3,1
Keine psychiatrische Diagnose	6,4	3,6

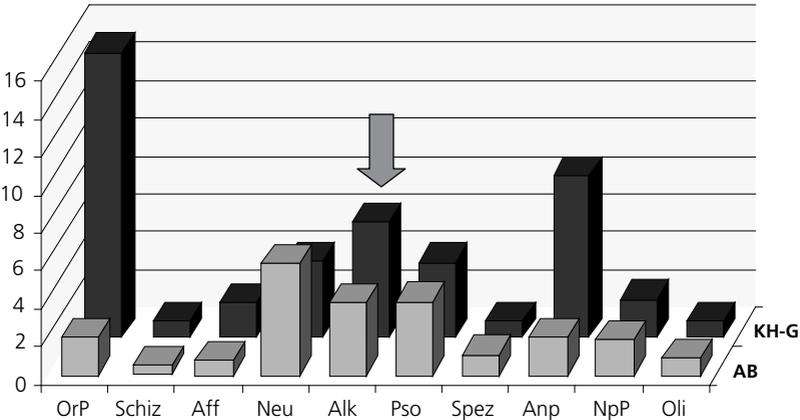
(Arolt et al. 1995 [N = 1000]; Saupe, Diefenbacher & ECLW 1996 [N = 280])

Abb. 2:

Diese Zusammensetzung ergibt sich aus dem Vorkommen komorbider psychiatrischer Diagnosen bei Patienten, die primär wegen einer körperlichen Erkrankung in ein Allgemeinkrankenhaus aufgenommen worden sind, wie dies exemplarisch in der »Lübecker Allgemeinkrankenhausstudie« demonstriert werden konnte (AROLT et al. 1995, vgl. Abb. 3).

Organische Psychosynndrome, alkoholverbundene Diagnosen und Anpassungsstörungen, vorwiegend mit depressiver Symptomatik, stehen hierbei im Vordergrund.

**Das Allgemeinkrankenhaus als »virtueller psychiatrischer Versorgungssektor«:
Die Bedeutung der suchtpsychiatrischen Konsil- und Liaisontätigkeit**



Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen (ICD-9)

bei Krankenhauspatienten (KH-G) und in der Allgemeinbevölkerung (AB)
vgl. Fichter 1990; Krankenhausbezeichnungen (einschl. ICD-9-Nummern):

<i>OrP</i> organische Psychosen (290 – 294)	<i>Pso</i> psychosomatische Erkrankungen (306, 316)
<i>Schiz</i> Schizophrenie (295)	<i>Spez</i> spezielle Syndrome (307)
<i>Aff</i> affektive Psychosen (296 – 299)	<i>Anp</i> Anpassungsstörungen (308, 309)
<i>Neu</i> Neurosen (300)	<i>NpP</i> nicht-psychotische Psychosyndrome (310)
<i>Alk</i> Alkoholabhängigkeit (291, 303 – 305)	<i>Oli</i> Oligophrenie (317 – 319)

Abb. 3: Lübecker Allgemeinkrankenhausstudie (Arolt et al. 1995)

Die eingangs erwähnte verbesserungsbedürftige Integration der Psychiatrie in die Allgemeinkrankenhäuser zeigt sich nun allerdings auch an den Überweisungen an psychiatrische Konsiliardienste zum Zwecke einer psychiatrischen (Mit-)Behandlung: Während nach konservativen Expertenschätzungen eine fachspezifische psychiatrische Mitbehandlung begleitend während des Indexkrankenhausaufenthaltes bei ca. 10 % der wegen einer somatischen Erkrankung aufgenommenen Patienten für indiziert erachtet wird, liegt die tatsächliche Überweisungsrate an psychiatrische Konsildienste weltweit bei lediglich 1 – 2 % (AROLT/DIEFENBACHER 2004).

Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Neben organisationssoziologischen Überlegungen (BRÄUTIGAM 1988), spielen auch – aus Sicht der Psychiater fehlgeleitete – Erwartungen an die Konsiliarpsychiater eine nicht hilfreiche Rolle, wie eine ältere amerikanische Studie gezeigt hat, bei der einer der »Hauptwünsche« an den Konsiliarpsychiater in einer raschen Verlegung des vorgestellten Patienten in die Psychiatrie bestand (KARASZU 1988, vgl. Abb. 4).

Erwartungen an den Konsiliarpsychiater (nach Karaszu 1988)	
Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit ➤ Verlegung in die Psychiatrie ➤ Psychopharmakabehandlung
Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Regelmäßige Folge-Konsultationen ➤ Beratung im Umgang mit Patienten auf der Station ➤ Verlegung in die Psychiatrie

Abb. 4:

Ähnliches wurde in einer jüngeren deutschen Studie berichtet, wonach bei geriatrischen Patienten die überweisenden Ärzte eine Übernahme auf eine psychiatrische Abteilung in 71,6 % der vorgestellten Patienten erwarteten, wogegen die Konsiliarpsychiater aber lediglich bei 12,9 % der Patienten eine Indikation zur Übernahme gegeben sahen (DELIUS et al. 1993).

Solche Erwartungen werden möglicherweise schon früh im Medizinstudium geprägt, wo Studierende der Medizin nicht in dem von uns Psychiatern erhofften Umfang über die Möglichkeiten psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie informiert werden, wie eine Düsseldorfer Studie gezeigt hat (STREBEL 2000, vgl. Abb. 5).

Einstellungen von Studierenden der Medizin zur Psychiatrie	
	Mittelwerte
• Psychiater reden viel und tun wenig	3,6
• In letzter Zeit wurde die psychiatrische Behandlung ziemlich effektiv	2,9
• Meiner Meinung nach sind Psychiater nicht immer Ärzte wie andere Ärzte auch	2,8
<i>Skalierung</i>	
1 = starke Zustimmung	
3 = neutral	
5 = starke Ablehnung	
<i>(nach Strebel et al. 2000)</i>	

Abb. 5:

Es ist angesichts der hektischen Betriebsamkeit in einem Allgemeinkrankenhaus äußerst unwahrscheinlich, dass ein viel beschäftigter Stationsarzt sich ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Konsil zur Unterstützung seiner Patientenbetreuung holt, wenn er der Meinung ist, dass die Angebote unseres Fachgebietes bestenfalls als »neutral« zu werten sind.

Vor diesem Hintergrund soll nun im folgenden Abschnitt spezieller auf die Bedeutung suchtpsychiatrischer Konsil- und Liaisontätigkeit für den Weg in das Suchthilfenetzwerk eingegangen werden.

Alkoholverbundene Diagnosen im Allgemeinkrankenhaus – die Aufgabe suchtpsychiatrischer Konsil- und Liaisondienste

Aus dem oben Gesagten ergibt sich, dass die Erwartung, ein psychiatrisches (oder suchththerapeutisches) Konsil möge aus Gründen der Sekundärprävention für jeden Patienten mit der Komorbidität einer Alkoholkrankung, der auf einer somatischen Station behandelt wird, angefordert werden, illusorisch ist. Vielmehr ist es erforderlich, den »somatischen« Ärzten zu vermitteln, dass Alkohol als Noxe z. B. die perioperative Komplikationsrate erhöht, wobei:

- es durch Alkoholkonsum zu Gerinnungsstörungen mit vermehrter Blutungsneigung kommen kann – eine Komplikation, die sich durch ca. dreiwöchige Abstinenz verringern lässt, bzw.,
- dass es durch Alkoholkonsum zu kardiovaskulären Störungen kommen kann (z. B. Hypertonie, Arrhythmien und einer Dekompensation geringgradiger Kardiomyopathien unter chirurgischem Stress), Komplikationen, die sich ebenfalls unter zwei- bis vierwöchiger Alkoholkarenz vermindern lassen (TØNNESEN et al. 1999).

Hier muss also am »intrinsischen Interesse« des somatischen Arztes angeknüpft werden, dem es ja um die bestmögliche Behandlung seines Patienten geht (LANGELOTZ/VIVIANO 2009).

Was nun eingangs allgemein für psychiatrische Komorbidität im Allgemeinkrankenhaus festgestellt wurde, gilt insbesondere für alkoholverbundene Diagnosen: Ihre Prävalenz auf den somatischen Stationen ist sehr hoch, wie eine Untersuchung aus dem Klinikum Nürnberg zeigt (vgl. Abbildung 6).

Die Arbeitsgruppe um Günter Niklewski aus Nürnberg hat dann in einem weiteren Schritt die Verteilung alkoholbezogener Hauptdiagnosen in den psychiatrischen Kliniken Mittelfrankens untersucht und mit den F10-

Prävalenz von Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch im Allgemeinkrankenhaus		
	Lübeck	Nürnberg
Abteilungen	<i>Allgemein- und unfallchirurgische sowie medizinische Abteilungen eines Allgemeinkrankenhauses</i>	
Patientenalter (Jahre)	18 – 64	18 – 64
F1-Dx (%)	18,25	16,75

NB. SCAN bzw. F10.X Kodierung (PröBl et al. 2007)

Abb. 6:

Kodierungen sämtlicher somatischer Abteilungen im Klinikum Nürnberg (im Jahr 2004) verglichen (vgl. Abb. 7).

Alkoholbezogene Hauptdiagnosen in den psychiatrischen Kliniken Mittelfrankens		
»Top-Ten-Diagnosen« Qualitätsberichte 2004	Diagnose	Fälle
Bezirkskliniken		
Engelthal	F10.2	1003
Erlangen	F10	1312
Ansbach	F10.2	1100
Uniklinik Erlangen	F10	90
Abteilung für Psychiatrie Nürnberg	F10	408
Gesamt		3913
F10-Kodierung sämtliche somatische Abteilungen, Klinikum Nürnberg 2004		
Hauptdiagnose	F10	1405
Nebendiagnose	F10	4400
Gesamt		5805

(PröBl et al. 2007)

Abb. 7:

Es zeigt sich eindrücklich, dass auf den somatischen Abteilungen des Klinikums Nürnberg viele alkoholranke Patienten behandelt worden sind, mehr als in den psychiatrischen Fachkliniken Mittelfrankens zusammen.

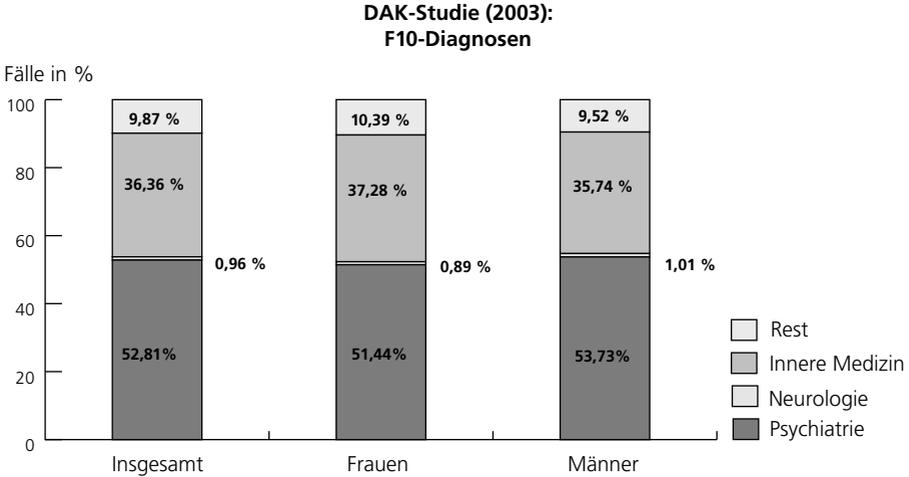


Abb. 8:

Dass dies kein singulärer Befund ist, sondern den regelhaften Zustand widerspiegelt, zeigt erneut die bereits eingangs zitierte DAK-Studie von MAYLATH et al. (2003), die ein ähnliches Verhältnis ausweist (vgl. Abb. 8).

Nun hat aber bereits der Vergleich der psychiatrische Konsiliardienste von Berlin und Lübeck (vgl. Abb. 2) gezeigt, dass sich die Häufigkeit in der Überweisung von Patienten mit Alkoholkrankungen an einen Konsiliarpsychiater deutlich zwischen einzelnen Konsildiensten unterscheiden kann (während in Lübeck der Anteil an Überweisungen von Patienten mit Alkoholkrankungen bei 20,1 % lag, belief sich dieser in Berlin auf 6,9 %). Zwar spielen bei solchen Diskrepanzen immer auch lokale Gegebenheiten, insbesondere die Personalausstattung der Konsildienste eine große Rolle, grundsätzlich ist hier aber auch auf ein Problem des Konsiliarmodells hinzuweisen: In diesem Modell kann lediglich der Patient überwiesen werden, bei dem der somatische Primärbehandler eine psychiatrische Begleiterkrankung vermutet bzw., wenn er diese vermutet hat, eine Überweisung an den Psychiater auch für sinnvoll hält. Dass dies aus verschiedenen Gründen schwierig sein kann, wurde bereits erörtert.

An dieser Stelle setzt nun das *psychiatrische Liaisonmodell* ein. Unter Liaisonpsychiatrie versteht man die zeitlich intensivere Integration des Psychiaters in einen Bereich der somatischen Medizin, wo er *regelmäßig*, also auch ohne direkte Anforderung, präsent ist. Ein Ziel dieser Integration eines Psychiaters

(oder Suchttherapeuten) auf einer somatischen Station ist dabei, das sogenannte »Eisbergphänomen« in Angriff zu nehmen: Hiernach erkennt der somatische Arzt lediglich den »über der Wasseroberfläche« schwimmenden Anteil an psychiatrischer Komorbidität und dies auch nur dann, wenn er überwiegend mit (für den Stationsablauf) »störendem« Verhalten verbunden ist.

Der Liaisonspsychiater schaut dagegen, im Rahmen seiner integrierten Funktion auf der somatischen Station, gewissermaßen »unter die Wasseroberfläche«, um die weniger spektakulären Fälle zu identifizieren, die aber durchaus erfolgreich – auch mit Blick auf den Verlauf der somatischen Grunderkrankung – behandelt werden können. Die Implementierung und Organisation eines psychiatrischen Liaisondienstes ist nicht einfach und eine umfassende Darstellung würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen (vgl. genauer z. B. DIEFENBACHER 1999).

Eine wichtige Aufgabe des Liaisonspsychiaters ist die Unterweisung und Unterstützung des »somatischen Personals« (d. h. Ärzte und Pflegepersonal) im Erkennen und adäquaten patientenbezogenen Ansprechen von möglicher psychischer Komorbidität (DIEFENBACHER/AROLT 2004). Wenn auch der Einsatz von Screeninginstrumenten für das Erkennen von psychischer Komorbidität im Allgemeinkrankenhaus noch umstritten ist (WANCATA et al. 2004), so gibt es doch erfreulicherweise gerade für den Bereich alkoholverbundene Diagnosen evidenzbasierte Hinweise, dass hier der Einsatz von Screeninginstrumenten gut begründbar ist. Entsprechende Vorschläge finden sich etwa in einer vom englischen psychiatrischen gemeinsam mit dem englischen internistischen Fachverband erstellten praktischen Handreichung für die »psychologische Betreuung medizinischer Patienten« (Royal College of Psychiatrists 2003; vgl. auch DIEFENBACHER/GAEBEL 2008). In Deutschland wäre hier an den Einsatz des Lübecker Alkoholismus-Screeningtest (LAST), des AUDIT, aber auch des CAGE zu denken (VELTRUP & WETTERLING 1999; KREMER et al. 2004).

Für die Entwicklung eines entsprechenden »Sensoriums« bei somatischen Ärzten und Pflegepersonal sind dabei insbesondere die CAGE-Fragen günstig, die, nach entsprechender kurzer Unterweisung, z. B. im Rahmen einer ärztlichen Visite elegant in das Visitengespräch eingefügt werden können und keines großen Zeitaufwandes bedürfen. Die CAGE-Fragen sind in der Abbildung 9 aufgeführt.

Den nicht-psychiatrischen Ärzten muss dabei vermittelt werden, dass es bei der Stellung dieser Fragen nicht darum geht, einen Patienten wegen übermäßigem Alkoholgenuß »zu überführen«, sondern dass diese Art vor-

Alkohol-Screening (CAGE-Fragen)			
		ja	nein
C ut Down Drinking	<i>Haben Sie jemals daran gedacht, Ihren Alkoholkonsum einzuschränken?</i>		
A nnoyance	<i>Haben Sie jemals bei anderen Menschen Anstoß erregt, weil Sie nach deren Meinung zu viel trinken?</i>		
G uilt	<i>Haben Sie sich jemals schuldig gefühlt wegen Ihres Trinkens?</i>		
E ye-Opener	<i>Haben Sie morgens jemals als Erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden?</i>		

Kommentar: Wenn alle vier Fragen mit »Ja« beantwortet werden, kann dies als ein Hinweis auf das Vorliegen eines Alkoholproblems angesehen werden. Zwei oder drei positive Antworten als verdächtig.

Abb. 9:

urteilsfreier und nicht herabwürdigender Gesprächsführung vielmehr den Einstieg in das dann z. B. vom Suchttherapeuten im Liaisonsteam durchzuführende motivationale Gespräch darstellt.

Des Weiteren muss vor und immer wieder während der Durchführung eines solchen liaisonpsychiatrischen Konzeptes den somatischen Kooperationspartnern erklärt werden, dass, entgegen vielfältiger Vorurteile, gerade im Bereich der motivationalen Arbeit mit alkoholkranken Patienten auch im Allgemeinkrankenhaus durchzuführende Kurzinterventionen ein hohes Evidenzlevel (hinsichtlich ihrer Effektivität) aufweisen (Evidenzlevel I). Zahlreiche Patienten, insbesondere mit riskantem Alkoholkonsum, können durch solche Kurzinterventionen dazu veranlasst werden, den Konsum von Alkohol zu reduzieren. Darüber hinaus sind solche Kurzinterventionen auch als in hohem Maße kosteneffizient einzustufen (RIST et al. 2004). Unter Kurzinterventionen werden z. B. 1–4 Sitzungen motivationaler Therapie à 5–15 Min. verstanden (KREMER et al. 2004; KANER et al. 2007 [Cochrane Review]).

Wichtig ist, dass solche strukturierten Kurzinterventionen auch von nicht-ärztlichem Personal wie z. B. Suchttherapeuten oder entsprechend ausgebildeten Konsiliar-Liaison-Pflegepersonal durchgeführt werden können (GRUNOW et al. 2009).

Finanzierung

Allerdings muss an dieser Stelle der Hinweis erfolgen, dass die Finanzierung solcher Liaisonpsychiatrischen Dienste bislang nicht geklärt ist. Festzuhalten ist: Die Erbringung von Konsiliardiensten für andere Abteilungen des eigenen Krankenhauses durch eine Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie ist nicht in den Minutenwerten der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) enthalten. Diese Leistungen müssen vielmehr über *Leistungsaufschriebe* gesondert ermittelt, berechnet und gemäß § 3 Abs. 4 zum internen Budget der psychiatrischen Abteilungen hinzugerechnet werden (vgl. Psych-PV, 4. Aufl. 2003, S. 147).

- Grundsätzlich gilt, dass komorbide psychische Störungen und die Leistungen psychiatrischer CL-Dienste auch im deutschen Fallpauschalensystem derzeit ökonomisch nicht ausreichend abgebildet sind.

Für Allgemeinkrankenhäuser ohne eigene psychiatrische Abteilung kann u. U. eine »komplexe Alkoholmotivationstherapie« interessant sein, die als »qualifizierter Entzug« gesondert abgerechnet werden kann und etwas besser vergütet ist (vgl. Abb. 10).

Alkohol-Motivationstherapie
Kodierung: 8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]
Bedingung: Behandlung durch ein multidisziplinär zusammengesetztes, systematisch supervisiertes Behandlungsteam (Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenpflege mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation wie z.B. Fortbildung in motivierender Gesprächsführung) unter Leitung eines Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie , eines Arztes mit der Zusatzweiterbildung »Spezielle Schmerztherapie« oder eines Facharztes für Innere Medizin mit belegter Fachkunde bzw. Zusatzweiterbildung »suchtmedizinische Grundversorgung«. Im letztgenannten Fall muss das für den qualifizierten Entzug zuständige Team über kontinuierliche psychiatrisch-psychotherapeutischen Sachverstand verfügen (z.B. mehrmals wöchentliche Konsiliartätigkeit eines Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie) ...

Abb. 10:

Wie ersichtlich, wird hier ein multidisziplinär zusammengesetztes Behandlungsteam gefordert, das von einem Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden sollte.

Fazit

Zusammenfassend werden im Folgenden einige Thesen formuliert.

1. Ein Allgemeinkrankenhaus der Schwerpunktversorgung sollte angesichts der hohen psychiatrischen Komorbidität der dort behandelten körperlich kranken Patienten als »virtueller« psychiatrischer Versorgungssektor betrachtet werden.
2. Angestrebt werden sollte der Konsens, dass eine *relative Konsilrate von 5%* unerlässlich für die Aufrechterhaltung einer guten psychosozialen Versorgung im Allgemeinkrankenhaus ist, und dass
3. bei Unterschreitung dieser Rate ein *externes Audit* erfolgen sollte, um die Fallfindung durch nicht-psychiatrische Ärzte zu verbessern (DIEFENBACHER/AROLT 2004).
4. In den *Qualitätsberichten der Allgemeinkrankenhäuser* sollte verpflichtend aufgeführt werden:
 - Wird ein psychiatrischer Konsil(-Liaison-)Dienst vorgehalten?
 - Wie hoch ist die relative Konsilrate?
5. Zur Identifikation von alkoholverbundener Komorbidität sollten *Screening-Protokolle* unter konsiliar-liaison-psychiatrischer Anleitung auf den somatischen Stationen implementiert werden.
6. Es sollten *Protokolle für die Behandlung häufiger Probleme* wie z. B. die (psycho-)pharmakologische Behandlung des Alkoholentzugs eingeführt werden, wie dies z. B. erfolgreich im Ludwig-Noll-Krankenhaus in Kassel durchgeführt werden konnte (mündliche Mitteilung von Thomas Wagner, Leiter des Konsiliar-Liaisonpsychiatrischen Dienstes am Ludwig-Noll-Krankenhaus in Kassel).
7. Innerhalb des psychiatrischen Fachgebietes ist das Interesse an konsiliar-liaisonpsychiatrischen Fragen im Zunehmen begriffen, wie sich dies auch in der Publikation des *Zertifikates »Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Konsiliar- und Liaisondienst«* der Psychiatrischen Fachgesellschaft DGPPN zeigt (vgl. http://www.dgppn.de/de_verhaltensmedizin_70.html#cl). Der Erwerb dieses Zertifikats durch Psychiater sollte ermutigt werden (vgl. auch LOBO et al. 2007).
8. Zur Intensivierung des Verständnisses für psychosoziale Aspekte in der

Betreuung ihrer Patienten und damit für die Gestaltung eines ganzheitlichen Zugangs zu ihren Patienten sollte überlegt werden, ob Chirurgen, Internisten etc. nicht angeregt werden könnten, z. B. für sechs Monate in Abteilungen für Psychiatrie zu rotieren, was selbstverständlich für den Erwerb des jeweiligen Facharztes anzuerkennen ist.

9. Mit Studierenden der Medizin sollte im Psychatrieunterricht darüber gesprochen werden, ob es unter Umständen von Interesse sein könnte, das dritte PJ-Tertial (Wahlfach) in einer Abteilung für Psychiatrie oder in einem Psychiatrischen Fachkrankenhaus abzuleisten.

Abschließend ist zu betonen, dass gerade für den Bereich der sich in Allgemeinkrankenhäuser befindlichen zahlreichen Patienten mit Alkoholkrankungen als Komorbidität die Einrichtung von psychiatrischen Liaisondiensten lohnen dürfte. Diese Liaisondienste sollten multidisziplinär angelegt sein und Suchttherapeuten und Pflegepersonal umfassen. Das Allgemeinkrankenhaus würde somit vom »virtuellen« zum tatsächlichen psychiatrischen Versorgungssektor, in dem der Weg in das Suchthilfenetzwerk sehr früh gebahnt werden kann. Die integrierte Versorgung dieser Patienten muss vor ihrer Entlassung aus der somatischen Behandlung auf den somatischen Stationen beginnen.

Literatur

- AROLT, V./DIEFENBACHER, A. (Hg.) (2004): Psychiatrie in der klinischen Medizin. Steinkopff, Darmstadt.
- BÖCKER, F. (1993): Psychisch Kranke in somatischen Krankenhausabteilungen. *Psycho* 19: 363–366.
- BRÄUTIGAM, W. (Hg.) (1988): Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Aufgaben – Erfahrungen – Konflikte. Springer: Berlin.
- DELIUS, P./SCHÜRMAN, A./AROLT, V. et al. (1993): Indikation psychiatrischer Konsile: Eine fallbezogene Parallelbefragung von Psychiatern und behandelnden Ärzten. *Psychiatrische Praxis* 20: 218–223.
- DIEFENBACHER, A. (1999): Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie. In: HELMCHEN H. et al. (Hg.) *Psychiatrie der Gegenwart*. 4. Aufl., Bd. II, Allgemeine Psychiatrie, Springer, Berlin – Heidelberg, S. 433–456.
- DIEFENBACHER, A. (2002): Konsiliarpsychiatrie im Allgemeinkrankenhaus – Geschichte, Aufgaben und Perspektiven eines psychiatrischen Arbeitsbereichs. Habilitationsschrift zur Erlangung der Lehrbefähigung für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie, vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin (Online-Bibliothek der HU: <http://edoc.hu-berlin.de/habilitationen/diefenbacher-albert-2002-07-02/HTML/>).

- DIEFENBACHER, A./AROLT, V. (2004): Konsiliarpsychiatrische Versorgung – Entwicklung und Perspektiven. In: AROLT V., DIEFENBACHER A. (Hg.) *Psychiatrie in der klinischen Medizin, Handbuch der Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie*. Steinkopff Verlag, Heidelberg, S. 54–85.
- DIEFENBACHER, A./GAEBEL, W. (2008): Leitlinien in der Konsiliar-Liaisonpsychiatrie. *Die Psychiatrie* 5: 101–108.
- DIEFENBACHER, A./BURIAN, R./KLESSE, C./HÄRTER, M. (2009): Konsiliar- und Liaisondienste für psychische Störungen. In: BERGER M. (Hg.) *Psychische Erkrankungen Klinik und Therapie*, 3. Auflage, Urban- & Fischer Verlag, S. 1026–1052.
- DRIESSEN, M./VELTRUP, C./WETTERLING, T. (2004): Alkoholabhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus-Epidemiologie, Diagnostik und Intervention. In: AROLT V., DIEFENBACHER A. (Hg.) *Psychiatrie in der klinischen Medizin*, Steinkopff, Darmstadt, S. 309–322.
- ELSTNER, S./BURIAN, R./DIEFENBACHER, A. (2007): Depression in der hausärztlichen Praxis. *Med Klin*; 102: 141–50.
- GRUNOW, R./BURIAN, R./BARRETT, B./KÖNIG, J./BARTELS, P./DIEFENBACHER, A. (2009): Establishing C/L nurse-based service in the emergency room of a general hospital. *Journal of Psychosomatic Research* 66 (2009) 563 [Abstract].
- KANER, E.F.S./BEYER, F. et al.: Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.
- KREMER, G./BAUNE, B./DRIESSEN, M./WIENBERG, G. (2004): Alcohol-related interventions in General Hospitals in Germany: Public Health and Consultation-Liaison Psychiatry Perspectives. In: DIEFENBACHER, A. (Ed) *Consultation-Liaison-Psychiatry in Germany, Austria and Switzerland*. Karger, pp 118–127.
- LANGELOTZ, C./VIVIANO, E. (2009): Wie sieht das optimale perioperative Vorgehen bei alkoholkranken Patienten aus? *Perioperative Medizin* 2009; 1 (2): 107–111.
- LOBO, A./LOZANO, M./DIEFENBACHER, A. (2007): Psychosomatic Psychiatry: a European View. *Eur. J. Psychiat.* 2007; 21 (2): 153–168.
- MAYLATH, E./SPANKA, M./NEHR, R. (2003): In welchen Krankenhausabteilungen werden psychisch Kranke behandelt? Eine Analyse der Krankenhausesfälle der DAK im Vorfeld der DRGs. *Gesundheitswesen* 65: 486–494.
- RIST et al. (2004): Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. Leitlinien der AWMF. *Sucht* 50: 102–112.
- Royal College of Psychiatrists (2003): *The Psychological Care of Medical Patients: A practical guide* <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/collegereports/cr/cr108.aspx> (letzter Zugriff 03.07.2009).
- KUNZE, H./KALTENBACH, L. (Hg.): *Psychiatrie Personalverordnung*, Kohlhammer Verlag Stuttgart, 4. Auflage 2003, S.147.
- SCHNEIDER, F./NIEBLING, W. (Hg.) (2008): *Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis*. Springer Verlag, Heidelberg.

- TØNNESEN, H./ROSENBERG, J./NIELSEN, H.J./RASMUSSEN, V. et al. (1999): Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcohol misusers: randomised controlled trial. *BMJ* 1999; 318: 1316–20.
- VELTRUP, C./WETTERLING, T. (1999): Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie: Früherkennung und Frühintervention bei alkoholkranken Patienten in der medizinischen Basisversorgung. In: DIEFENBACHER, A. (Hg.) Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie. Thieme, Stuttgart, S. 33–70.
- WANCATA, J./WEISS, M./MARQUART, B./ALEXANDROWICZ, R. (2004): Screening Instruments for General Hospital and Primary Care Patients. In: DIEFENBACHER, A. (Ed.) Consultation-Liaison-Psychiatry in Germany, Austria and Switzerland. Karger, pp 74–97.

Schnittstelle Akutbehandlung und Rehabilitation: Gelingende Modelle tagesklinischer und tagesrehabitativer Versorgung am Wohnort

Harald Rau

Meine folgenden Überlegungen folgen einer zentralen einfachen Prämisse:
Aufzubauende Versorgungsstrukturen sollen sich vorrangig an Entstehung, Erscheinungsform und Verlaufsscharakteristika der zu behandelnden Erkrankungen orientieren.

Wesentliche – aber nicht ausschließliche – Charakteristika von Suchterkrankungen sind:

- Sie verlaufen in der Regel chronisch.
- Sie betreffen zunehmend viele Bereiche des Alltagslebens.
- Konsum wird durch Gewohnheiten, also durch Wahrnehmungs- und Handlungsautomatismen, aufrecht erhalten und kann deshalb nicht durch einfache Willensakte unterbrochen oder verhindert werden.
- Diese Gewohnheiten sind Teil des impliziten Gedächtnisses, des sprachlich weitgehend nicht zugänglichen Gedächtnisses, das sich insbesondere durch Intensivtraining konsolidiert.
- Auch ein wie auch immer verstehbares »Suchtgedächtnis« stellt die impliziten Gedächtnisaspekte des Konsumverhaltens und der Konsumbedingungen dar.

Aus diesen Charakteristika lassen sich für Beratung, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge folgende Aussagen ableiten, die wiederum wesentlich, aber nicht vollständig sind und teilweise den Charakter von Hypothesen haben:

- Wesentlicher Wirkfaktor einer Therapie und Rehabilitation sind konkrete und möglichst nachhaltige Veränderungen in zentralen Lebensbereichen.
- Weniger hinreichende – teilweise jedoch wohl notwendige – Elemente einer Therapie oder Rehabilitation sind Verständnis und Einsicht in die Suchtdynamik allgemein und in den eigenen biografischen Bezug.
- Veränderungen sind dann nachhaltig, wenn sie zur Etablierung neuer Gewohnheiten führen und dann ohne weitere Aufmerksamkeits- und Willensleistung in vielfältigen Situationen zur Verfügung stehen.

Was bedeuten diese eher theoretischen Ausführungen für die Gestaltung unserer Versorgungsstrukturen?

- Gewohnheiten, die häufig mit dem Konsum einhergehen, wollen wir schwächen, während wir alternative, angemessenere und besser funktionierende Gewohnheiten aufbauen und stärken wollen. Oft wird ein Einstieg in diesen Prozess eine Art »Intensivtraining« erfordern, in dem – wie beim Training üblich – Kontrolle, Anleitung, Rückmeldung, Ausprobieren alternativer Strategien intensiv zur Anwendung kommen. Eine Initialphase einer Therapie – wie zum Beispiel die qualifizierte Entzugsbehandlung, egal ob stationär oder teilstationär durchgeführt, wird als eine solche Intensivphase zu verstehen sein.
- Veränderungen von Gewohnheiten brauchen Zeit und im Sinne eines fortgeführten Trainings weitere Anleitung und Begleitung – allerdings in vielleicht ausschleichender Intensität. Die unterschiedlichen Formen der Entwöhnungsbehandlung, die in unserem Versorgungssystem als medizinische Rehabilitation durchgeführt wird, kann verstanden werden als eine Fortsetzung dieses Intensivtrainings mit verschiedenen ausgeprägter Therapiedichte: Vollstationäre, ganztägig ambulante und ambulante Formen der Entwöhnungsbehandlung stehen für diese unterschiedlichen Therapiedichten.
- Ein wirksames Training sollte möglichst wenig unterbrochen werden, sondern die gleiche Trainingsstrategie möglichst lückenlos fortgesetzt. Unterbrechungsfreie Übergänge zwischen den Trainingsphasen sind deshalb anzustreben, ebenso wie ein möglichst stringent durchgehaltener Trainingsplan.

Dieses Verständnis führt zwangsläufig zu dem Ideal gut vernetzter Bausteine in der Suchtbehandlung. Gerade die Notwendigkeit, Wahrnehmungs- und Verhaltensgewohnheiten im Alltag zu verändern, verdeutlicht die Wichtigkeit therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen im und um das Lebensumfeld sowie die Wichtigkeit einer koordinierenden und steuernden Struktur, zum Beispiel im Sinne eines Case-Managements.

Und nun komme ich auf Aspekte des Beitrags von Herrn Kunze, zu Fragen des Geldes und der Finanzierbarkeit einer »idealen« Suchtversorgungsstruktur. Und da ist pauschal zu sagen: Die wohnornahen Institutionen, also die wesentlichen Akteure eines Suchthilfenetzes, sind unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten äußerst schwer zu betreiben. Beratungsstellen, wirkliche Tageskliniken (im Gegensatz zu eingestreuten Tagesklinikplätzen in Kliniken), allein stehende Tagesrehabilitationen geraten wirtschaftlich zunehmend in die Defensive bzw. haben diese nie verlassen.

Wir von den Zieglerschen und die Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg haben die skizzierten fachlichen und wirtschaftlichen Merkmale dazu genutzt, an derzeit zwei Standorten Suchttherapiezentren zu etablieren. In diesen werden unter einem Dach ganz unterschiedliche Institutionen der wohnortnahen Suchthilfe zusammengefasst. Betreiben wir in Ulm eine psychiatrische Institutsambulanz, ein medizinisches Versorgungszentrum, eine akutmedizinische Tagesklinik und eine Tagesrehabilitation unter einem Dach und durch ein gemeinsames Behandlungs- und Rehabilitationsteam. Eng einbezogen und in den gleichen gemeinsamen Räumlichkeiten beheimatet ist darüber hinaus die Psychosoziale Beratungsstelle, die von Caritas und Diakonie Ulm betrieben werden. In Reutlingen wurde ebenfalls ein solches Suchttherapiezentrum etabliert, das allerdings bisher nicht die Beratungsstelle einschließt.

Einige Synergieeffekte in einem solchen Suchttherapiezentrum sind:

- Gemeinsame Verwaltung, Schreibdienst, Terminkoordination, Telefonnummer, Anmeldung
- Gemeinsame Räume und Verpflegung
- Gemeinsame Ergotherapie
- Therapeuten-Kontinuität – aber: ALITA, Wirkfaktor Therapeutenrotation

Ich möchte aber auch noch auf einige wenige Hürden eingehen, die aus meiner Sicht nach Veränderung schreien:

- Die Kosten- und Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation verfolgen derzeit noch die Vorstellung, dass eine Veränderungsmotivation notwendige Grundlage einer Entwöhnungsbehandlung ist. Eine mindestens vierwöchige Abstinenzphase nach dem körperlichen Entzug musste deshalb in die Konzeptionen unserer Tagesrehabilitationen als notwendiges Aufnahmekriterium aufgenommen werden.
- Nicht hinreichend finanzierte Beratungsstellen sind wirtschaftlich zunehmend darauf angewiesen, Zusatzerlöse zu generieren. Eine Quelle ist die Ambulante Rehabilitation, die aber aus unserer Sicht häufig institutionszentriert und nicht personenzentriert initiiert wird.
- Manche Beratungsstellen kommen ihrem Anspruch, niederschwellig und jederzeit erreichbar zu sein, noch nicht ganz nach und arbeiten weiterhin mit Wartelisten.

IV Regionales Verbundsystem – Schwerpunkt: Was heißt Personenzentrierung und Teilhabeorientierung in der Hilfe für chronisch Abhängigkeitskranke (CMA)

Einleitung

Ulrich Krüger

Das traditionelle und überwiegend aktuelle Hilfesystem ist einrichtungszentriert organisiert. Dabei werden Einrichtungstypen und Maßnahmeangebote geplant, verhandelt, bewilligt und bei Inanspruchnahme finanziert. Suchtkranke Menschen werden den Einrichtungen oder Maßnahmen zugeordnet, deren Angebot am besten zum Bedarf des Einzelnen passt.

Daraus ergeben sich folgende Probleme:

- Spezialisierung
- Zuordnungsprobleme
- Versorgungslücken (»nicht zuständig«)
- Probleme beim Übergang
- hoher Abstimmungsbedarf
- Hilfen überwiegend in spezialisierten Einrichtungen bzw. speziellen »Maßnahmen«
- Sondermilieus für Menschen mit chronischer Suchterkrankung oder Behinderung
- Trennung von Leistungen

(Behandlung, medizinische Rehabilitation, Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben, Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Pflege usw.)

Dagegen stellt das Konzept der personenzentrierten Hilfen den individuellen Bedarf in den Vordergrund. Zwischen dem suchtkranken Mensch und dem Suchttherapeuten werden zunächst individuelle Ziele abgestimmt und dann ermittelt welche Hilfen erforderlich sind, diese Ziele zu erreichen. Die *individuelle* Hilfe wird wie folgt erbracht:

- individuell passgenau
- flexibel (dem jeweils aktuellen Bedarf entsprechend)
- integriert (alle Hilfebereiche umfassend)
- zeitnah
- im Lebensfeld (Wohnung, Arbeitsplatz, Nachbarschaft)
- unter abgestimmten Zielen
- im Verlauf koordiniert

- in personeller Kontinuität
- verlässlich

In diesem System wird so lange verhandelt, bis sich der zuständige Leistungsträger und der Klient – oder sein Vertreter – über den individuellen Hilfeplan geeinigt haben. Ein Leistungserbringer muss die Hilfeleistung gemäß individuellem Hilfeplan übernehmen. Im Einzelfall wird also entschieden, *welche* Hilfe ein Klient erhält – nicht *ob* er das standardisierte Angebot einer Einrichtung oder eines Dienstes in Anspruch nehmen darf. Art und Umfang der Hilfe werden individuell verhandelt. Die Vorabfestlegung von möglichen Hilfeformen und Hilfeorten ist störend.

Daraus ergibt sich folgender Paradigmenwechsel:

- Nicht Aufnahmeverfahren, sondern individuelle Hilfeplanung.
- Nicht Zuordnung zu einer Zielgruppe, sondern Ermittlung eines individuellen Hilfeziels.
- Nicht Finanzierung von Einrichtungen oder Maßnahmen, sondern von individuellen Hilfen.
- und in Bezug auf die Region: Nicht Angebotsplanung, sondern Sicherstellung.

Dieses letztgenannt Prinzip wirft Probleme auf. Es setzt nämlich voraus, dass ein Hilfesystem besteht, dass in der Lage ist

- die individuellen Hilfebedarfe übergreifend und einvernehmlich festzustellen,
- kurzfristig und verlässlich vielfältig kompetente Hilfen zu leisten,
- Hilfen flexibel an die jeweils aktuellen individuellen Bedarfe anzupassen.

Dazu sind Instrumente entwickelt und in etlichen Regionen eingeführt worden. Wir benötigen:

1. ein einheitliches Verfahren zur Ermittlung individueller Gesamthilfebedarfe,
2. einen Gemeindepsychiatrischen Verbund von flexiblen Leistungserbringern, die unter personenzentrierten Qualitätsstandards eine regionale Versorgungsverpflichtung übernehmen,
3. ein Finanzierungssystem, dass individuell konfigurierte Komplexleistungen und deren Anpassung an wechselnde Hilfebedarfe ermöglicht.

Damit wird ein System möglich, dass einzelfallbezogene Steuerung über individuelle Bedarfsermittlung mit regionaler Sicherstellung bedarfsgerechter Hilfen koppelt.

Ein solches System ist insbesondere bei den Menschen unverzichtbar, die aufgrund langer und schwerer Sucht unter Krankheitsfolgen leiden, die ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erschweren. Dazu gehört neben einer adäquaten medizinischen Versorgung (psychiatrische und somatische Behandlung) auch Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und Hilfe zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung, sowie ggf. Pflege, wenn die Fähigkeit zur Selbstversorgung und Alltagsbewältigung erheblich eingeschränkt ist.

In den Beiträgen dieses Symposiums werden Wege gezeigt, die in die Richtung personenzentrierter Hilfen für Menschen mit chronischer Abhängigkeit gehen. Herr Reker verdeutlicht ausgehend von der individuellen Zielbestimmung den Kern personenzentrierter Herangehensweise. Es folgen von Frau Böker-Scharnhözl und Herrn Albrecht Beschreibungen regionaler Konzepte zur Planung, Organisation, Sicherstellung und kooperativen Steuerung personenzentrierter Hilfen. Ergänzend fasst der Beitrag von Nerlich et al. über die gemeinsamen Hilfeplanungsinstrumenten für Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie die Erfahrungen in Mecklenburg-Vorpommern zusammen.

Literatur

AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (Hg.) (2006): Personenzentrierte Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund – Bericht zum Forschungsprojekt 2 »Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung«, Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Die Kunst des Machbaren im Umgang mit stark chronifizierten Suchtpatienten

Martin Reker

Seit dem Expertenbericht aus dem Jahre 1988 sind chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte (CMA) zunehmend in den Mittelpunkt versorgungspsychiatrischer Überlegungen gerückt. Dabei ist es relativ schnell gelungen, die Personengruppe zu definieren und sogar zu quantifizieren, Handlungskonzepte sind aber weiterhin Mangelware geblieben. Letztlich schien eindeutig, dass ein Konzept der »Harm Reduction« vermutlich die einzige Option wäre. Ein Blick auf das einzelne suchtkranke Individuum oder gar eine personenzentrierte Herangehensweise an diese Personengruppe sucht man in der wissenschaftlichen und therapeutischen Literatur (fast) vergeblich.

Dabei ist die Praxis hier weiter als die Wissenschaft. Insbesondere bei der Erstellung des Hilfeplanes mit Hilfe der Integrierten Behandlungs- und Reha-Planung (IBRP) werden individuelle Bedarfe chronisch mehrfach beeinträchtigter Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen differenziert personenzentriert erhoben. Zu den erhobenen Helfefeldern gehören die Bereiche Wohnen, Arbeiten, Freizeitbeschäftigung, soziale Kontakte, Finanzen und Gesundheit. Interessant und anschaulich wird der Hilfeplanungsprozess freilich erst, wenn man diese Helfefelder auf die Wünsche der einzelnen Person hinunterbricht. Wir wollen das kurz an einem fiktiven Beispiel durchdeklinieren:

<i>Hilfefeld</i>	<i>Wunsch des Patienten</i>
Wohnen	»Ich will alleine und selbstständig wohnen!«
Arbeit	»Ich will meine Ruhe haben!«
Freizeit	»Ich will Leute meines Alters um mich haben!«
Finanzen	»Ich brauche mehr Geld zu meiner Verfügung!«
Gesundheit	»Ich will wieder besser laufen können!«
Mobilität	»Ich möchte unbegrenzt den ÖPNV nutzen können!«
Familie	»Ich möchte meine Tochter mal wieder sehen!«
Partnerschaft	»Ich brauche keine Frau mehr!«

Verfügbarkeit formulierter Zielvorstellungen

Wünschen darf man sich alles. Dieser altkluge Vorsatz ist manchem schon in Kindheit und Jugend auf die Nerven gegangen. Er gilt weiterhin, auch für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke. In der Zusammenarbeit kommt es im Verlauf darauf an, die Wünsche und Bedarfe der Betroffenen zunächst auf Ihre Qualität hin zu überprüfen.

Leicht verfügbare Ziele betreffen Bedarfe, die unmittelbar und weitgehend unlimitiert zur Verfügung stehen. Dazu könnte z. B. die Suppenküche in einer Stadt gehören, die dem Betroffenen dabei hilft, eine gesunde Ernährung zu sichern. Aufseiten des Helfers reicht hier oft ein Hinweis.

Andere Ressourcen können dem Betroffenen nur mit Unterstützung von außen verfügbar gemacht werden. Dazu gehören z. B. Hilfen aus der Eingliederungshilfe. Die Betroffenen benötigen einen Sozialarbeiter, der mit ihnen den Antrag auf Eingliederungshilfe formuliert und sie ggf. in der Hilfeplankonferenz unterstützt.

Manchmal ist es für den Patienten noch schwieriger, sich das gewünschte Ziel verfügbar zu machen. Das gilt z. B. dann, wenn die gewünschte Ressource nur limitiert verfügbar ist und eine Verfügungsgewalt über die Ressource nur im Wettbewerb mit anderen Mitkonkurrenten gelingen kann. Dazu können z. B. Arbeitsgelegenheiten gehören, also 1-Euro-Jobs, die von der ARGE meist nur in begrenztem Umfang zur Verfügung gestellt werden können.

Manche Wünsche, die der Patient hat, kann er/sie nur verwirklichen, wenn er vorher sein Kompetenzspektrum erweitert. Dazu gehört z. B. der (Wieder-)Erwerb des Führerscheins. Die meisten Patienten benötigen dafür Training und Unterstützung.

Letztlich gibt es Ressourcen, die den Betroffenen zunächst nicht zur Verfügung stehen, die aber über den Rechtsweg erstritten werden können. Dazu könnte z. B. die Aufnahme eines chronifizierten Patienten in eine Rehabilitationsklinik gehören oder der Erwerb einer Rente wegen Erwerbsminderung. Manchmal entscheidet erst der Rechtsstreit vor dem Sozialgericht über die abschließende Ressourcenverteilung.

Für die Verfügbarkeit gewünschter Ressourcen ist es häufig entscheidend, ob und ggf. in welchem Umfang sich Helfer bereit finden, den Betroffenen die gewünschte Ressource zugänglich zu machen.

Das wiederum liegt am Engagement und an der Fachlichkeit des beteiligten Professionellen. Ob und ggf. in welchem Umfang er oder sie dann

Verantwortung übernimmt, wird für den weiteren Verlauf von entscheidender Bedeutung.

Ressourcen des Patienten

Patienten sind auf dem Weg zur Erreichung ihrer Ziele mit unterschiedlichen Ressourcen ausgestattet. Dazu gehören kognitive Leistungsfähigkeit, körperliche Fitness, Kommunikationsvermögen und ein stützendes soziales Umfeld. Ein Mangel an diesen Ressourcen entsteht aus hirnorganischer Beeinträchtigung, gesundheitlichen Schädigungen und Beeinträchtigungen sozialer Kompetenz. Alle diese Variablen wirken sich auf die Chancen des Betroffenen aus, eigene Ziele aus eigener Kraft verwirklichen zu können.

Einengende Rahmenbedingungen

In besonderer Weise einschränkend sind für die Betroffenen häufig die Grenzen der Ressourcen in den helfenden Institutionen sowie begrenzte Finanzvolumen, die grundsätzlich sinnvolle Hilfen begrenzen. Gelegentlich stehen auch ideologische Grenzen im Weg, wenn es darum geht, spezifische Hilfen für sich zu nutzen.

Der »Community Reinforcement Approach« (CRA) als Paradigma für personenzentrierte Hilfen: Eine Machbarkeits-Prüfung

Der CRA-Ansatz, der seit 2006 von unserer Bielefelder Arbeitsgruppe im deutschsprachigen Raum beworben wird, wählt als ersten Schritt in die Behandlung eine Zufriedenheitsskala, in der aus Sicht des Patienten die Hilfefelder bestimmt werden, in denen aus subjektiver Betroffenensicht Hilfebedarf besteht. Andere Hilfefelder, bei denen der Therapeut Handlungsbedarf sieht, der Klient aber nicht, bleiben zunächst unberücksichtigt. In einem zweiten Schritt werden aus der Zufriedenheitsskala heraus individuell relevante Ziele bestimmt und kleinschrittig erarbeitet.

Der praktische Umgang mit Zufriedenheitsskala und Zielbestimmung lässt schnell erkennen, dass es sich hier nicht um ein reines Wunschkonzert handeln kann. So müssen initial Ziele auf ihre Legitimität hin untersucht werden. Insbesondere die Achtung der Bedürfnisse Dritter sowie deren Recht auf Selbstbestimmung setzt den Wünschen der Klienten Grenzen. Zudem muss geklärt werden, ob die formulierten Ziele tatsächlich realistisch

sind. Selbst wenn der Wunsch nach Wiederbeschäftigung nachvollziehbar ist, so kann es doch unrealistisch sein, auf dem ersten Arbeitsmarkt einen Arbeitsplatz zu bekommen. Es gehört also zum Behandlungsprozess dazu, dass die Betroffenen lernen müssen, realitätstaugliche und legitime Wünsche zu formulieren, an denen im weiteren Verlauf tatsächlich mit Optimismus gearbeitet werden kann.

-
- Patient formuliert Zielsetzung (z.B. Wohnraum)
 - Überprüfung, ob die Zielsetzung legitim ist.
 - Überprüfung, ob das Ziel realistisch ist.
 - Überprüfung, was der Patient einbringen muss, um sich sein Ziel zugänglich zu machen.
 - Überprüfung, welche Hilfen erforderlich sind, um das Ziel zu erreichen.
 - Erstellung eines Handlungskonzeptes, inkl. Zeitplan.

Abb. 1:

In einem weiteren Schritt geht es nun darum, Aufgaben und Verantwortung bei der Erarbeitung des angestrebten Zieles zu verteilen. Dabei ist es wichtig, Klienten nicht zu überfordern, aber auch nicht zu unterfordern. Was Patienten und Patientinnen selbst können, sollen sie auch selbst erledigen. Trotzdem sollen gerade die ersten Schritte in dieser Hinsicht nicht als Motivationsproben hochstilisiert werden. Der erste Anruf beim Suchtberater oder beim Arbeitgeber kann sehr aversiv besetzt sein. Hier lohnt es sich meist eher, eine Anschubmotivation zu leisten und den ersten Anruf gemeinsam zu tätigen, um die Eingangsschwelle zu überwinden. Bei der Verselbstständigung brauchen viele Klienten Hilfe und Ermutigung. Die angemessene Mischung aus gerechter und angemessener Forderung und authentischer Ermutigung sind die Grundlage für erfolgreiches Handeln. Wo tatsächlich Grenzen und Möglichkeiten einer Person liegen und wie sich das in der Verantwortungsverteilung widerspiegelt, muss oft erst im Verlauf erprobt und entsprechend angepasst werden. Am schwierigsten ist meist nicht die Frage, was jemand tatsächlich leisten kann, sondern was er wollen kann.

Wenn klar ist, was der Klient selbst kann, wird auch deutlich, wobei er/sie Hilfe benötigt. Diese Hilfe kann vom Therapeuten kommen. Perspektivisch tragfähiger ist es oft, wenn aus dem sozialen Umfeld Hilfe rekrutiert werden, die den Klienten von dem Therapeuten unabhängig halten. Hier können erste Ansätze für ein Netzwerk entstehen, das sich auf Dauer wechselseitig stützen lernen kann. Im letzten Schritt geht es schließlich darum, einen konkreten Hilfeplan zu erstellen. Die kleinschrittigen Zwischenziele werden in eine Reihenfolge gebracht, Verantwortlichkeiten notiert und verbindliche Zeitfenster festgelegt, in denen die Aufgaben erledigt sein sollen. Es werden Rückmeldeschleifen besprochen und Verbindlichkeiten hergestellt, damit alle Beteiligten »bei der Stange« bleiben und Korrekturen möglich sind. Zudem müssen Krisen und Fehlschläge bedacht werden. Krisenabsprachen und »Worst-Case-Szenarios« können eine große Hilfe dabei sein, mit den Füßen auf dem Boden der Tatsachen und des Machbaren zu bleiben.

Chronifizierte Patienten und Menschen mit komplexem Hilfebedarf stellen für einzelne Helfer und Institutionen oft eine Überforderung dar. Wenn z. B. chronische Suchtprobleme, starke körperliche Beeinträchtigung, Straffälligkeit bzw. Gewaltbereitschaft und/oder Sprachprobleme und ein fremder Kulturhintergrund in einer Person zusammentreffen, müssen sich verschiedene Fachlichkeiten und Institutionen zusammenfinden, um diesem Hilfebedarf gerecht zu werden. Mancher große Träger kann das aus eigener Kraft leisten, die meisten können das nur in Verbindung mit anderen. Somit ergibt sich der Bedarf für umfassende Verantwortungsgemeinschaften, die sich gemeinsam und abgestimmt um die Probleme eines solchen Klienten bemühen.

Zu einer solchen Verantwortungsgemeinschaft könnte der betreuende Mitarbeiter aus der ambulanten Eingliederungshilfe, der gesetzliche Betreuer, der Psychiater aus der Psychiatrischen Institutsambulanz, der Suchtberater und ein Angehöriger aus der Familie, vielleicht auch der zuständige Vormundschaftsrichter gehören. In anderen Konstellationen würden andere Helfefelder hinzukommen, andere fern bleiben können, z. B. die Bewährungshilfe, die Jugendhilfe oder der Fallmanager der ARGE.

Es gibt verschiedene Matrizen, auf denen sich diese Verantwortungsgemeinschaften organisieren können, am besten etabliert sind die Gemeindep psychiatrischen Verbände. Ansatzpunkt können aber auch regionale Suchthilfenetzwerke oder Netzwerke aus der Selbsthilfe sein. Es gibt nicht nur einen Weg, solche Verantwortungsgemeinschaften zu bilden. Allerdings ist es nicht nötig, das Rad in jeder Region neu zu erfinden.

Das »Netzwerk People First Deutschland e.V.« hat ein Arbeitsbuch für behinderte Menschen verfasst, das den Prozess, um den es hier geht, in eine auch für behinderte Menschen leicht lesbare Form gebracht hat. Das Arbeitsbuch trägt den Titel »Käpt'n Life und seine Crew«. Der behinderte Mensch stellt sich hier als Person mit eigenen Wünschen und Ansprüchen an das eigene Leben vor, der für die große Fahrt eine Mannschaft benötigt, die ihn unterstützt. Dafür muss er gut wissen, was er selbst kann und welche Aufgaben mit Unterstützern besetzt werden müssen. Diese Unterstützer sucht er sich, ggf. mit Beratung, selbst aus. Draußen auf dem Meer des Lebens gibt es ruhige Tage und schwere Unwetter. Wer schlecht vorbereitet ist und keine gute Mannschaft hat, ist leicht in Gefahr, unterzugehen. Gut vorbereitet und mit starker Mannschaft sind eigentlich fast alle Aufgaben zu meistern. Fast.

»Hilfen wie aus einer Hand« - die personenzentrierte und sozialräumliche Integration von Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie

Mechthild Böker-Scharnhölz

Dies ist ein Bericht über den Versuch des Stiftungsbereichs Integrationshilfen der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel, konsequent individuelle Hilfen für unterstützungsbedürftige Menschen zu organisieren. Die Hilfen richten sich an Bielefelder Bürger mit komplexem Hilfebedarf aus den Arbeitsbereichen Psychiatrie, Sucht (CMA) und Wohnungslosenhilfe. Die neue Organisation bezieht sich nicht auf ein kleines Modellvorhaben, sondern schließt den größten Teil der in Bielefeld vorhandenen Hilfen für diesen Personenkreis ein, das sind fast alle stationären Eingliederungshilfeangebote und ca. 40 % der ambulanten Hilfen. 700 Klienten und 400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden ab 2010 mit der neuen Organisation Erfahrungen machen. Es geht um die Transformation der alten institutionell geprägten und an der Refinanzierungsstruktur ausgerichteten Institution in ein neues System, das die Hilfen für den Einzelnen zur wichtigsten Grundlage der Gestaltung erhebt.

Die Fragen am Anfang

Die letzten zwei Jahrzehnte waren geprägt von neuen Begriffen und den zugrunde liegenden neuen Ideen. Wesentliche Stichworte waren: Regionalisierung, Normalisierung, Teilhabegerechtigkeit, gesellschaftliche Partizipation, Recovery und Kundenorientierung, Empowerment, Sozialraumorientierung, Inklusion, Personenzentrierung, passgenaue Hilfen, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und auch Leitsätze wie »Konzepte dienen den Menschen, nicht die Menschen den Konzepten«.

Die neuen Leitideen sind sehr inspirierend für die Arbeit im Stiftungsbereich gewesen. Unsere Vorstellung war lange Zeit, dass sich durch konsequente Hilfeplanung und zuverlässige Durchführung der vereinbarten Hilfen der neue personenbezogene Ansatz in der Praxis realisieren würde. Die ersten Mittel zur Umsetzung waren die Qualifizierung der Hilfeplanung und die Fokussierung auf den individuellen Hilfeprozess. Die Schulung der Mitarbeitenden in Hilfeplanung und die Kontrolle der Ergebnisse wurden zum wichtigen Schwerpunkt. Parallel wurden verschiedene therapeutische Verfahren weiterentwickelt und ausgebreitet, dazu gehörten Psychoeduka-

tive Verfahren, Betreuungsvereinbarungen, Gruppen zum Training sozialer Fähigkeiten («Skills-Training») und im Suchtbereich speziell der Community Reinforcement Approach-Ansatz.

Die Erfolge der Maßnahmen waren aber mittelmäßig und blieben hinter den Erwartungen weit zurück. Die regelmäßigen Überprüfungen der Hilfeplanung und der Hilfestellung ergaben, dass über 50 % der Planungen nicht aktuell waren und dass die vereinbarten Maßnahmen oft nicht durchgeführt wurden. Die Klienten wurden an Hilfeplangesprächen nicht zentral beteiligt. Trotz der vielen Initiativen und Maßnahmen war in der Praxis die Grundhaltung der individuellen Hilfen nicht angekommen. Die beiden beliebten Erklärungen – kein Personal und zu viel Dokumentation – konnten das negative Ergebnis nicht ausreichend erklären. Zunächst waren wir hilflos. Wir haben uns gefragt: Warum zündet der Funke der individuellen Hilfe nicht? Sind die Mitarbeiter oder die Klienten zu hospitalisiert? Sind wir zu theoretisch, zu ideologisch?

Es gibt ein wunderbares Zitat von Sybille Prins. Sie ist eine Aktivistin im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) und lebt in Bielefeld. Über das Gemeindepsychiatrische Netz in Deutschland hat sie gesagt: »Es gibt weder Notwendigkeiten noch Anlass, vielleicht auch keine Gelegenheit mehr, außer-psychiatrische Bezüge zu suchen ... Betroffene, aber auch Mitarbeiter, verlieren immer mehr den Kontakt und den Bezug zu dem, was außerhalb dieses besonderen Rahmens geschieht ... Mitarbeiter, denen ja eigentlich nur die Funktion von befristeten ›Ersatzspielern‹ zugeordnet war, werden zum dauerhaften Familien-, Partner- und Freundesersatz ... Verhaltensweisen und Spielregeln werden nicht nur entwickelt, sondern auch für das außerpsychiatrische Leben empfohlen, die dort nicht gängig sind und mit Befremden betrachtet werden.« (PRINS 2006)

Wenn also die Absonderung und Isolation in besondere Wohnformen und künstliche Lebenswelten für Klienten und Klientinnen und für Mitarbeitende vermieden werden soll, greift die Sicht auf das jeweilige Individuum und die Förderung seiner Anliegen zu kurz. Auch die grundsätzliche Struktur des Systems muss sich verändern, denn die aktuelle Organisationsform unterstützt die neuen Werte nicht. Wertewandel realisiert sich nur, wenn das System sich mit verändert. Das (neue) System muss die Umsetzung der neuen Werte erzwingen.

Die neuen Leitideen

Auf dieser Basis sind folgende Anforderungen und Grundsätze für die Entwicklung der neuen Struktur und für die Leistungserbringung festgelegt worden:

- Die konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf durch
 - die Ermittlung des Hilfebedarfs mit unverstelltem Blick,
 - eine individuelle, zielgenaue Maßnahmenplanung,
 - die Trennung von Hilfeplanung und Hilfeleistung und
 - Trennung der individuellen Unterstützung und »Hotelleistung«.
- Die Realisierung von Teilhabe und Inklusion durch die grundsätzliche Erschließung und Nutzung von »normalen«, in der Stadt Bielefeld vorhandenen Angeboten.
- Zusätzliche eigene Angebote werden nur dann entwickelt, wenn ohne sie eine bedarfsgerechte Hilfe nicht gewährleistet ist.
- Die Aufhebung der Versäulung der Hilfen in Bezug auf
 - die Arbeitsfelder (Psychiatrie, Wohnungslosenhilfe, Sucht) und
 - die Leistungsart (ambulant/stationär).
- Die Entwicklung spezifischer Settings und Milieus
 - orientiert am Bedarf, aber
 - nicht begründet durch institutionelle Bedingungen.
- Die Erhaltung langfristiger wirtschaftlicher Stabilität.
- Die Bereitstellung interessanter Arbeitsplätze.

Zwischenbemerkung: Ein Blick auf die Entwicklung der Institution und der neuen Idee

Dass es möglich ist, die Hilfen in diesem Stiftungsbereich so radikal umzugestalten, hat mit der besonderen Struktur der Institution zu tun. Schon seit 1990 befindet sich der Bereich in einem Umwandlungsprozess vom bundesweiten Anbieter von Wohnheimplätzen zum Mitgestalter und Anbieter differenzierter Hilfen im stationären und ambulanten Setting unter Beachtung der regionalen Pflichtversorgung. Dabei werden die stationären Plätze in der Eingliederungshilfe und der Wohnungslosenhilfe auf den regionalen Bedarf zurückgeführt. Zurzeit stammen noch ca. 40 % der Eingliederungshilfeempfänger im längerfristigen stationären Psychiatriebereich nicht aus der Stadt Bielefeld. Die Regionalisierung wird dazu führen, dass in zwei Jahrzehnten faktisch nur noch Bielefelder Bürgerinnen und Bürger durch die Angebote

des Stiftungsbereiches versorgt werden. Die Eingliederungshilfeleistungen des Stiftungsbereiches haben sich in der Vergangenheit differenziert: Neben der stationären Eingliederungshilfe Psychiatrie sind schon vor Jahren die stationäre Eingliederungshilfe Sucht und eine wachsende Abteilung für ambulante Eingliederungshilfe entstanden. Im Aufbau befinden sich stationäre Hilfen für Menschen mit erworbenen Hirnschäden.

Neben dem notwendigen Abbauprozess wurde als positive Vision 2003 das Konzept der drei Zentren entwickelt. Der stationäre Bedarf psychisch kranker Bielefelder Bürger soll in kleinen Wohneinheiten in Bielefeld überwiegend außerhalb der traditionellen Anstaltsorte Bethel und Eckardtsheim befriedigt werden.

Die Auseinandersetzung mit den Konzepten in diesem Entwicklungsprozess erweiterte die Sichtweise. Im Jahr 2003 waren nur die psychisch kranken Menschen, die einen Heimplatz benötigen, im Blick. Ab 2006 wurde das Konzept erweitert: In die Neugestaltung der Hilfen wurden auch die Heimplätze im Suchtbereich und der ambulante Dienst einbezogen. Besondere Vorteile wurden dabei für die Klienten und Klientinnen gesehen. In internen Papieren wurde dazu festgehalten: »Es ist möglich, für sie sanftere und genauere Hilfeplanungen zu entwerfen. Im Alltag können die Angebote zwischen dem ambulanten Bereich und dem Heimbereich verbunden werden. Darüber hinaus kann die Vertrauensperson bei einem Wechsel des Systems erhalten bleiben. Und es wird helfen, neue Ideen zu entwickeln und dem ›institutionellen‹ Denken entgegenzuwirken.«

Mit der Neuordnung der Helfefelder in der Organisation der v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel kam der Bereich der Wohnungslosenhilfe in den Blick. Bei der genauen Analyse wurde deutlich, dass die Einbeziehung der Hilfen für Bielefelder Wohnungslose in das Konzept sehr sinnvoll ist. Die mehrfachen Problemlagen der Klienten fordern die Überwindung der Grenzen der Fachgebiete auch im Leistungsbereich »Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten«. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass ein großer Teil der Menschen aus dem Bereich an chronischen Suchterkrankungen leiden und viele auch chronisch psychisch erkrankt sind (SALIZE et al. 2003).

Deutlich wurde: Die Menschen passen nicht in sozialrechtliche Schubladen. Niemand braucht »ambulante Eingliederungshilfe«, sondern allenfalls Begleitung bei der Verarbeitung einer Depression oder bei der Bewältigung seiner Alkohol- und Haschischsucht. Benötigt werden Informationen darüber, wie man an eine bezahlbare Wohnung kommt und Hilfe, um in einer

Mietwohnung mit den Nachbarn klarzukommen. Die Eingliederungshilfe oder die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, die Krankenversicherung oder die Pflegeversicherung – alles das sind nur Bezeichnungen für Finanzierungswege. Jede dieser Leistungsarten grenzt sich von der anderen ab. Die Einsortierung in diese Schubladen sowie die Zuordnung der Hilfen zu Arbeitsfeldern (Sucht, Psychiatrie oder Wohnungslosenhilfe) und Hilfearten (ambulant oder stationär) sind weitere Grenzen und oft unüberwindliche Hürden bei der Planung des persönlichen Unterstützungsprogramms.

Die neue Praxis

In der Eingliederungshilfe sind individuelle Bedarfsermittlung und Hilfeplanung Standard im Prozess der Kostensicherung mit dem Leistungsträger und der Erbringung der Leistungen durch Einrichtungen. In Bielefeld folgt dieser Prozess für die Psychiatrie und die Sucht dem Raster der Integrierten Behandlungs- und Reha-Planung (IBRP). So ist es nach dem Projekt der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) mit dem überörtlichen Kostenträger, der Kommune und den Leistungserbringern abgesprochen. Zu Beginn der Hilfen und in regelmäßigen Abständen zur Überprüfung wird der Plan in der Hilfeplankonferenz abgestimmt. Der Hilfeplan ist ein Gesamtplan, er beschreibt die Ziele des Klienten und alle Unterstützungsleistungen, die benötigt werden damit die Ziele auch erreicht werden können. Die Ziele und die Hilfen und Maßnahmen sind mit dem Klienten abgestimmt, idealerweise hat er sie selbst formuliert und erkennt sie als seine eigenen Ziele an.

In der Praxis ist der Hilfeplan oft ein ungeliebter Papiertiger, der produziert wird, weil der Kostenträger es so will. Er ist nicht das Protokoll einer Vereinbarung zwischen Hilfeempfänger, Kostenträger und Leistungserbringer und Leitlinie für die gemeinsame Arbeit. Symptome dafür sind abstrakt formulierte Maßnahmen wie »Ich brauche Tagesstruktur« oder auch »Ich brauche Hilfe bei Behördengängen«. Ursache für diese sozialpsychiatrischen Leerformeln ist die fehlende Übersetzung in die Lebenswirklichkeit des Klienten. Er wurde an der Hilfeplanung nicht ausreichend beteiligt. Das wollen wir mit der neuen Organisationsform ändern.

Die Frage ist, wie wir das konkret gestalten, wie wir unsere hehren Ziele umsetzen können. In der folgenden Abbildung sehen Sie ein schematisches Bild von der neuen Organisation.

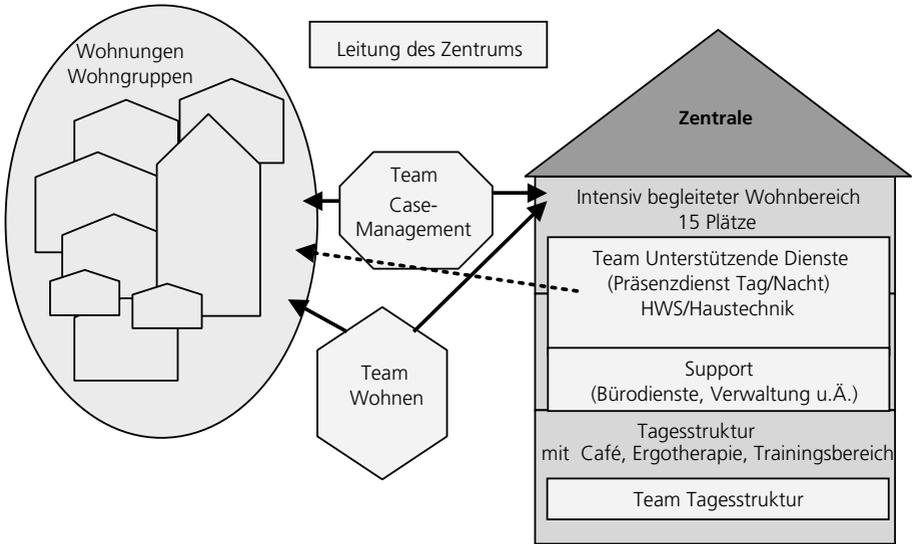


Abb.: 1

Zum Zentrum direkt gehören Angebote in zwei Lebensbereichen, dem Wohnbereich und dem Bereich Tagesstruktur. Alle anderen notwendigen Unterstützungen werden bei Bedarf von anderen Trägern oder Einrichtungen geleistet.

■ *Wohnbereich*

Im Zuge der Enthospitalisierung haben wir in der Stadt Wohnungen angemietet und kleinere Häuser gekauft. Schon jetzt existieren also vielfältige Möglichkeiten, in Einzelapartments und auch in Wohngruppen in der Stadt zu wohnen. Einige Häuser auf dem Anstaltsgelände werden wir noch aufgeben. Wenn wir in den Sozialraum gehen und das neue Konzept greift, hoffen wir, dass noch mehr Unterstützung in der Mietwohnung des Klienten geleistet werden kann und die eigene Wohnung erhalten bleibt auch wenn intensive Hilfe (z. B. nachts) benötigt wird. Der linke Teil des Bildes symbolisiert also unterschiedliche Wohnbereiche und Formen.

Weiterhin gibt es einen kleinen intensiv begleiteten Wohnbereich. Hier werden rund um die Uhr Mitarbeitende präsent sein. Niemand soll ausgeschlossen werden, deshalb wird hier auch Hilfe für die Menschen vorgehalten, die intensivere Pflege oder die ständige Ansprache oder auch Überwachung benötigen.

■ *Bereich für Tagesstruktur*

Dieser Bereich wird unterschiedliche Funktionen erfüllen. Er dient als Kontaktstelle. Hier gibt es kleine Zuverdienstangebote für Menschen, die nicht oder noch nicht von einer anderen Arbeit profitieren können und von hier aus sollen Freizeitangebote für die Menschen organisiert werden. Zusätzlich wird ein kleiner Cafébereich aufgebaut.

In den Zentren arbeiten vier verschiedene Teams. Gemäß den Leitideen trennen wir die Hilfeplanung von der Unterstützung und getrennt sind auch die personenbezogenen Unterstützungen und die Hotelleistungen. Alle Funktionen, die wir jetzt schon haben, werden wir auf der Basis der Leitideen neu organisieren. Die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten werden flexibilisiert und sind je nach den individuellen Bedarfen zu nutzen. Menschen, die jetzt noch »ambulant« unterstützt werden, haben, wenn nötig, Zugang zu Leistungen, die eigentlich nur für Heimbewohner bestehen und »Heimbewohner« müssen keine Komplexleistungen mehr nehmen. Die Leistungen in den Kategorien ambulant und stationär werden aufgelöst zugunsten eines differenzierten Hilfeensembles, dessen einzelne Elemente je nach individuellem Bedarf zum Tragen kommen.

Die Entwicklung und Konkretisierung des vorgestellten Konzeptes bearbeiten wir im Rahmen eines großen Projektes. »Wir« – das sind fast 80 Mitarbeiter und ca. 10 % der Klienten, die von diesem großen Projekt als zukünftige Nutzer betroffen sind.

Wir werden also die Versäulung ambulant/stationär sowie Sucht/Psychiatrie/Wohnungslosenhilfe aufheben. Wir trennen Hilfeleistung und Hilfeplanung, in dem der Case-Manager die Hilfeplanung macht und die Hilfeleistung von den anderen Teams erbracht wird. Wir trennen die individuelle Hilfe von der Hotelleistung und die Teams arbeiten unabhängig von den Immobilien. Und das Ganze machen wir nach dem Sektorprinzip. Wenn wir also in Bielefeld mit seinen 328 000 Einwohnern über Gemeindepsychiatrie reden, dann denken wir immer in drei Sektoren: Süd, West, Ost und in jedem Sektor wird es eine Einheit, ein Zentrum geben.

Es gibt in den Zentren:

■ *Case-Management*

Das Case-Management kümmert sich um individuelle Hilfeplanung. Die Case-Manager unterstützen den Klienten in der Entwicklung und Umsetzung des Gesamthilfeplanes. Sie koordinieren und überwachen die Maßnahmen in den unterschiedlichen Bereichen (Wohnen und Tages-

struktur), organisieren regelmäßige Hilfeplangespräche, initiieren Hilfen aus Bereichen, die nicht im Zentrum vorgehalten werden, unterstützen beim Zugang zu medizinischen Leistungen, sorgen für die materiellen Grundlagen, haben im Blick das Primat der nichtpsychiatrischen Hilfen. Sie sind erste Ansprechpartner für Klienten und auch Angehörige. Idealerweise bleiben sie solange zuständig wie der Klient Hilfe im Zentrum braucht – egal aus welchem Bereich.

■ *Team Wohnen*

Die Mitarbeitenden dieses Teams sind für die persönlichen Hilfen im Alltag zuständig. Ihre Assistenzleistungen werden im Hilfeplangespräch abgesprochen. Das Team definiert sich nicht mehr über die Zugehörigkeit zu Stationen oder Wohngruppen oder ein Wohnhaus, sondern jedes einzelne Mitglied dieses Teams bleibt dauerhaft zuständig für eine Gruppe von Klienten, egal wo diese wohnen, ob im Intensivbereich oder in einer eigenen Wohnung.

■ *Team für unterstützende Dienste*

Dieser Bereich wird vorläufig »Hotelleistung« genannt. Durch diese Abteilung wird der notwendige 24 Std.-Dienst organisiert. Er ist zuständig für alle Aufgaben, die neben den individuellen personenbezogenen Hilfe notwendig sind. Tagsüber gibt es den Präsenzdienst/Springerdienst, der im wesentlichen für die intensiv begleitete Wohneinheit tätig ist. Von hier aus wird aber auch in den Wohnungen und Wohngruppen unterstützt. Weiter wird ein Nachtdienst, evtl. von einer Schlafbereitschaft unterstützt, vorhanden sein. Zum Team gehören auch die Hauswirtschaftsmitarbeitenden und die Haustechnik. Ein kleines Sekretariatsteam (Support genannt) unterstützt die Mitarbeitenden vor Ort, indem es organisatorische Dinge erledigt, die zentral einfacher und zeitsparender getan werden können. Dazu gehören Telefondienst, verschiedene Verwaltungsaufgaben und diverser Schreibverkehr usw.

■ *Team für die Tagesstruktur*

Und es gibt den Bereich der tagesstrukturierenden Maßnahmen, in den die Klienten dann gehen, wenn eine Nutzung externer Angebote nicht angebracht ist.

Kooperation im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Die beschriebenen Veränderungen finden innerhalb der Organisationsgrenzen eines einzigen Trägers (des Stiftungsbereichs Integrationshilfen) statt. In Bielefeld gibt es vielfältige weitere Angebote anderer Träger. Einige wenige beschränken sich auf einzelne Sektoren der Stadt; die meisten Träger konzentrieren sich auf eine Hilfeform (z. B. ambulante Eingliederungshilfe). Seit elf Jahren gibt es einen Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV). Wie überall gibt es deutliche wirtschaftliche Konkurrenz trotz der fachlichen Kooperation im Verbund. Die unterschiedlichen Strukturen der Träger verhindern zurzeit die Übertragung unseres Modells auf den gesamten GPV. Schon die Anfangsschwierigkeiten würden die Realisierung eines integrativen Modells auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verzögern. Für die neuen Teams in den Zentren gibt es aber eine absolute Verpflichtung, von sich aus aktiv die anderen Träger anzusprechen und zu einer verbindlichen Zusammenarbeit auf regionaler Ebene zu kommen.

Erste Angebote gibt es. Der Träger für Arbeit und Beschäftigung wünscht sich in jedem der Zentren ein Büro und mit der psychiatrischen Klinik wird darüber gesprochen, in welcher Weise die Zusammenarbeit in den Sektoren gestaltet werden könnte. Die Entwicklungsschritte und die Erfahrungen werden regelmäßig in die GPV-Arbeit eingebracht und die Zusammenarbeit ist ausbaufähig. Insofern ist die Beschränkung auf zunächst einen Träger ein pragmatischer Schritt, um anfangen zu können.

Finanzierung

Die Struktur von Organisationen im sozialen Bereich folgt der Logik des Sozialrechts. Da wird unterschieden in ambulant, stationär, Behindertenhilfe, soziale Hilfen usw. Jeder der Teilbereiche hat eigene Abrechnungsregelungen, Einkommensgrenzen und Verwaltungsverfahren. Mit Ausnahme des persönlichen Budgets existiert zurzeit kein Modell, um integrative Leistungen abzubilden. Wie es zu einer flexibleren Finanzierung kommt, wissen wir zurzeit noch nicht genau. Der Hauptkostenträger (Landschaftsverband Westfalen-Lippe) kennt das Modell, findet es außerordentlich spannend und ist bereit, mit uns neue Wege zu suchen. In ungefähr einem Jahr kann ich Ihnen (hoffentlich) berichten, zu welcher Lösung wir gekommen sind. Die Idee, die wir bisher diskutiert haben, ist eine Vereinbarung von so etwas wie einem Trägerbudget für einen befristeten Zeitraum. Das würde uns Zeit

geben, die neuen Organisationsformen zu überprüfen und Preise für die einzelnen Elemente zu finden.

Ich glaube, dass es im Moment in diese Richtung gehen wird, aber sicher bin ich nicht. Manche offizielle Verlautbarungen und Konzepte der Landschaftsverbände oder der Bund-Länder-Arbeitsgruppe¹ unterstützen unserer Überlegungen, sodass wir in den Verhandlungen mit den Kostenträgern und der Kommune darauf verweisen und sagen können »Das genau ist der neue Weg und da müsst ihr uns folgen!«

Zusammenfassung

Wertewandel realisiert sich nur, wenn das System sich mit verändert. Das (neue) System muss die Umsetzung der neuen Werte erzwingen. Berichtet wird über ein Modellvorhaben, das eine Organisation nach personenbezogenen individuellen Gesichtspunkten neu ordnet. Das Case-Management garantiert die konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf, die Mitarbeitenden orientieren sich an den Klienten und nicht mehr an den Immobilien und ihren Bewohnern und nur die notwendige und gewünschte Hilfe wird erbracht. Wir versuchen unsere eigenen Angebote möglichst knapp zu halten, sodass es erst gar nicht solch einen Sog gibt, doch alles lieber selbst zu machen. Die Orientierung auf den Sozialraum wird für die Klienten die Chance zur Teilhabe am echten Leben in der Gemeinschaft verbessern und hoffentlich die drohende ambulante Hospitalisierung der Gemeindepsychiatrie verhindern.

Literatur

- PRINS, S. (2006): Leitlinien der psychiatrischen Arbeit in Bielefeld – aus Sicht der Nutzer. Unveröffentl. Typoskript, Bielefeld. Im Internet auf der Seite [www. Integrationshilfen-Bethel.de](http://www.Integrationshilfen-Bethel.de), als Download verfügbar.
- SALIZE, H.J./DILLMANN-LANGER, C./KENTNER-FIGURA, B. (2003): Alkoholabhängigkeit und somatische Komorbidität bei alleinstehenden Wohnungslosen, SUCHT AKTUELL 2, 52–57.

1 Vorschlag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe »Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen« der ASMK, Stand September 2008.

Hilfeplanung und Netzwerke im Kreis Mettmann

Matthias Albers

Einer der ersten Schritte bei der Entwicklung von Verbundstrukturen im Kreis Mettmann war, die bis dahin getrennten Hilfesysteme für psychisch kranke und suchtkranke Menschen zusammenzuführen. Dies war, wie ich meine, ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Weiterentwicklung der Angebote unseres regionalen Suchthilfesystems. Dadurch wurde eine stärkere Gewichtung in Richtung auf Hilfen für suchtkranke Menschen ohne eindeutige Abstinenzorientierung ermöglicht.

Ausgehend von einem politischen Beschluss des Kreistages vom Mai 1999 wurde zunächst ein einheitliches Finanzierungs- und Steuerungssystem für die schon seit Langem vom Kreis geförderten Kontakt- und Beratungsstellen und Patientenclubs für psychisch kranke Menschen einerseits sowie die Suchtberatungsstellen, die niederschweligen Kontaktläden für suchtkranke Menschen, das Streetwork sowie die Suchtprävention eingerichtet.

Zu diesem Zeitpunkt waren die Träger dieser Einrichtungen zugleich auch die einzigen Anbieter des damals vom überörtlichen Sozialhilfeträger noch pauschal finanzierten ambulant betreuten Wohnens mit einem Schlüssel von 1 : 12, für Suchtkranke auch von 1 : 6.

Zu den Qualitätsanforderungen des Kreises an die Leistungserbringer gehörten unter anderem die Teilnahme an einer Qualitätssicherungsgruppe, die Unterstützung der Entwicklung eines gemeindepsychiatrischen Verbundes, die Ausbildung ihres Personals in personenzentrierter Hilfeplanung, die Anerkennung der trägerübergreifenden koordinierenden Bezugsperson und die verbindliche Teilnahme an den Hilfeplankonferenzen in den vier Versorgungsregionen des Kreises. Ein wesentliches Element war, von vornherein zu klären, dass die jeweilige Hilfeplankonferenz sowohl für psychisch kranke wie für suchtkranke Menschen zuständig sein sollte.

Parallel wurde über die Gesundheitskonferenz des Kreises (sie ist in § 24 des ÖGDG NRW geregelt) am 21.06.2000 eine Arbeitsgruppe »Einrichtung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV)« gegründet. Am 8.11.2000 wurde dort die Einrichtung von Hilfeplankonferenzen beschlossen. In jeder der vier Versorgungsregionen wurde zusätzlich vom Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamts ein »Regionaler Runder Tisch« eingerichtet, zu dem Wohnungslosenhilfe, Allgemeine Soziale Dienste, Hausärzte und gesetzliche Betreuer eingeladen wurden. Dies beruhte auf dem Wissen, dass

ein erheblicher Teil der psychisch kranken und die Mehrzahl der suchtkranken Menschen keinen Kontakt zu den spezifischen Hilfen haben, sondern eher allgemeine soziale wie medizinische Dienste nutzen bzw. Hilfen für Menschen in besonderen Lebenslagen als Eingliederungshilfe für Behinderte. Der Regionale Runde Tisch sollte auf regionaler Ebene die Arbeit der Hilfeplankonferenzen begleiten und die Beteiligung derjenigen lokalen Akteure sicherstellen, die nicht zum gesetzlich festgelegten Teilnehmerkreis der Gesundheitskonferenz zählen.

Im Mai 2001 nahmen die Hilfeplankonferenzen ihre Arbeit auf. Aus der Arbeit der »AG GPV« resultierte ein Gremium, das sich dann im Verlauf des Landesimplementationsprojektes »Personenzentrierter Ansatz in der psychiatrischen Versorgung NRW« so weit entwickelte, dass am 24.11.2005 die formale Gründung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes erfolgen konnte.

Spezielle Aspekte bei der Entwicklung der Hilfen für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke mit dem Schwerpunkt chronisch alkoholabhängige Menschen

Zum Projektbeginn zog sich so etwas wie ein Graben durch die Suchtkrankenhilfe. Auf der einen Seite die Suchtberatungsstellen, mit klarer Abstinenzorientierung und Komm-Struktur. Das (quantitativ kleine) bei ihnen verortete ambulant betreute Wohnen für Suchtkranke richtete sich ausschließlich an erfolgreiche Absolventen einer Entwöhnungsbehandlung, die noch einer Begleitung zur Sicherung der Abstinenz bedurften. Auf der anderen Seite die Suchtkontaktläden und Streetworker, die überwiegend mit von Alkohol und illegalen Drogen abhängigen Menschen mit einem aktiven Konsum arbeiteten. In der früheren Arbeitsgruppe »ambulante Suchtkrankenhilfe« der freien Wohlfahrtspflege hatte der Schwerpunkt bei den Suchtberatungsstellen gelegen, die »akzeptierende« Arbeit in Kontaktläden und »Streetwork« war dagegen in Rechtfertigungsnotstand.

Die jahrelangen Verhandlungen über einheitliche Leistungsbeschreibungen und Qualitätskriterien in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe im Vorfeld der Unterzeichnung der Leistungskontrakte hatten hier zu deutlichen Veränderungen geführt. In dieser vom Gesundheitsamt moderierten Arbeitsgruppe herrschten andere Mehrheitsverhältnisse: Hier waren durch die Anwesenheit der Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch kranke Menschen die niederschweligen Angebote in der Überzahl und der im Gesetz über den

öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) NRW (§ 2, 2, § 14) vorgegebene Auftrag an das Gesundheitsamt, die Versorgung gesellschaftlicher Randgruppen mit schlechtem Zugang zum Regelsystem besonders zu fokussieren, gab diesem Ansatz weiteres Gewicht. Ohne den Wert von abstinenzorientierten Maßnahmen zu schmälern, konnte sich erstmals eine allgemeine fachliche Wertschätzung für akzeptierende und aufsuchende Arbeit mit konsumierenden Abhängigkeitskranken entwickeln. Zum 01.01.2003 nahm dann die Qualitätssicherungsgruppe der Kontraktnehmer des Kreises im Bereich Sozialpsychiatrie ihre Arbeit auf.

Ein weiterer wichtiger Faktor war die Transparenz der Arbeitsweisen, die sich schon zuvor schnell über die Beratung der Hilfepläne in der Hilfeplankonferenz entwickelt hatte. Das Kennenlernen der Arbeit im ambulant betreuten Wohnen (BeWo) für psychisch kranke Menschen (die oft eine bedauerlich geringe Bereitschaft zur medizinischen Behandlung haben und bei denen man eher mit der Symptomatik gehen muss als das fachlich Optimale stringent durchzusetzen) hatte einen starken Effekt auf die Arbeit der Suchtkrankenhilfe (wie umgekehrt deren Ernstnehmen von Substanzkonsum die Gleichgültigkeit der psychiatrischen Leistungserbringer gegenüber sog. »sekundärem Suchtmittelmissbrauch« veränderte).

Dieser Prozess gewann noch einmal massiv an Dynamik, als es nach der Neuregelung der Zuständigkeit für die ambulante Eingliederungshilfe zu einer Entdeckelung der ambulanten Hilfen kam und BeWo plötzlich zeitnah verfügbar war. Einerseits beantragten Anbieter von Hilfen nach § 67 Sozialgesetzbuch (SGB) XII auch Entgeltvereinbarungen für ambulant betreutes Wohnen nach § 53 SGB XII, um jetzt auch offiziell die Hilfen erbringen zu können, die ihre chronisch psychisch kranken und chronisch abhängigkeitskranken Klienten brauchten und dies vor allem auch so lange wie erforderlich. Andererseits drängten neue Anbieter auf den Markt, denen es vor allem darum ging, rasch einen möglichst großen Marktanteil für sich zu sichern und die sich deshalb an gesetzliche Betreuer und Kliniken wandten, ambulant betreutes Wohnen für schwerst Abhängigkeitskranke anboten und zum Teil ohne Bedenken auch den Einkauf von Schnaps und anderen Suchtmitteln in den Hilfeplan mit aufnahmen.

Dies stellte höchste Anforderungen an Konfliktfähigkeit und -bereitschaft aller Teilnehmer der Hilfeplankonferenzen. Es gab erbitterte Auseinandersetzungen darüber, ob unter allen Umständen nur der Wunsch des Klienten zählt oder ob eine ambulante Hilfe die bewusst den Tod des Klienten in Kauf nimmt, ohne zu intervenieren, überhaupt zulässig ist. Diese mühsame

Debatte schärfte den Blick für das unübersichtliche Grenzgebiet zwischen »Hilfe zum Schnapsholen« und »Hilfe zum selbstständigen Wohnen«.

Nach Einführung des SGB II lehnte der überörtliche Sozialhilfeträger systematisch Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung für erwerbsfähige Abhängigkeitskranke ab (die Mehrzahl ist, zumindest solange der Fallmanager keine Begutachtung veranlasst, erwerbsfähig) und verwies an die ARGE (*Arbeitsgemeinschaft* nach dem SGB II), um diese zu motivieren, ihre Angebote bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Diese hatte ihrerseits zuvor das bisherige Angebot an Beschäftigungsprojekten, in dem in der Vergangenheit viele Menschen mit einem Suchtproblem wieder einen Einstieg ins Arbeitsleben gefunden hatten, stark redimensioniert, nachdem schon die Gründung der ARGE durch Wegfall der »Hilfe zur Arbeit« nach SGB XII und damit verbunden die flächendeckende Zerstörung der über Jahre gewachsenen Kooperationsstrukturen die Chancen auf eine Integration in Arbeit stark gemindert hatte. Dadurch wurde der schon vorher spürbare Mangel an Hilfen zur Beschäftigung für suchtkranke Menschen so unübersehbar, dass nun auch Schritte zur Lösung unternommen wurden, allerdings im Wesentlichen vonseiten der Leistungserbringer. Hier wurden vor allem die Möglichkeiten der Integrationsfirmen genutzt, um an diese Beschäftigungsmaßnahmen nach § 16 Abs. 2 SGB II und § 11 SGB XII anzugliedern, wobei in beiden Bereichen keine nachhaltige Finanzierung erreicht werden konnte. Als Folge der Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente sind fast alle dieser zielgruppenspezifischen Projekte für SGB II-Kunden zum Erliegen gekommen.

Das einzige zuverlässige und zugängliche Angebot liegt im Bereich der Eingliederungshilfen nach § 53 SGB XII. Es ist das ausgelagerte Beschäftigungsangebot der stationären Wohneinrichtungen (Leistungstyp (LT) 24 der Landesrahmenvereinbarung NRW über stationäre Eingliederungshilfe), das auch von Personen, die ambulante Hilfen zum selbstständigen Wohnen bekommen, genutzt werden kann. Hier hat sich das erste einrichtungsübergreifende Hilfeangebot im Suchthilfebereich entwickelt: Drei Träger im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) haben sich dafür zur gemeinsamen Leistungserbringung zusammengeschlossen. Sie alle sind Anbieter von ambulant betreutem Wohnen für suchtkranke Menschen, einer ist darüber hinaus Träger eines sozialtherapeutischen Wohnheims, der zweite eines Suchtkontaktladens mit »Streetwork« und Mit-Gesellschafter einer Integrationsfirma, der dritte einer Suchtberatungsstelle mit »Streetwork«, sodass hier nicht nur suchtbefugte, sondern auch im Hinblick auf behinderungsgerechte Arbeit auf

dem allgemeinen Arbeitsmarkt viel Know-how gebündelt ist und diese Kooperation für die Klienten einen wesentlichen Gewinn an Qualität gegenüber sonstigen Beschäftigungsangeboten darstellt. Es gibt mittlerweile grundsätzliche Aussagen der Geschäftsführung der ARGE, diese Angebote auch zur Ausräumung von Vermittlungshemmnissen von erwerbsfähigen suchtkranken Kunden zu nutzen. Jetzt bleibt deren Umsetzung abzuwarten.

In jedem Fall hat dies dazu beigetragen, dass die ARGE als Kostenträger jetzt regelmäßig einen Vertreter in die Hilfeplankonferenz entsendet. Wir sind zuversichtlich, dass diese Gelegenheit zum praktischen Kennlernen der fachlichen Aspekte im Einzelfall, so wie in der Vergangenheit schon bei den Mitarbeitern des überörtlichen Sozialhilfeträgers, einen wesentlichen Qualitätszuwachs in der Fallbearbeitung auslösen wird.

Die wichtigsten Ergebnisse dieses Entwicklungsprozesses bis zum heutigen Tag:

- Die Suchtkrankenhilfe hat sich auf breiter Front fachlich wie pragmatisch auf das Problem von Hilfen für nicht-abstinenzmotivierte und nicht-abstinenzfähige Klienten eingelassen.
- Die Arbeit mit chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken ist deutlich von der Peripherie ins Zentrum der fachlichen Diskussion getreten.
- Die Wohnungslosenhilfe ist kein Bermuda-Dreieck mehr, in dem unpassende Klienten spurlos verschwinden, sondern ein wichtiger Kooperationspartner, der zu wesentlich mehr Niederschwelligkeit fähig ist als das Eingliederungshilfesystem.
- Der ambulante LT 24 (das ausgelagerte Beschäftigungsangebot der stationären Wohneinrichtungen, das auch von Personen, die ambulante Eingliederungshilfen zum selbstständigen Wohnen bekommen, genutzt werden kann) ist ein wichtiger Baustein geworden, der gerade Suchtkranken eine Hilfe gibt, die dringend eine Tagesstruktur benötigen, um Abstinenz oder kontrollierten Konsum zu halten. Diese Menschen sind einer Arbeitsgelegenheit bzw. gemeinnützigen Tätigkeit noch nicht gewachsen, ohne die sie nicht weiter kommen auf ihrem Weg in eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit.
- Das Thema Arbeit und Beschäftigung wird stärker bei der Hilfeplanung berücksichtigt, nachdem vorstellbar ist, dass auf einen feststellbaren Bedarf auch mit einer Hilfe geantwortet werden kann.
- Die Fallmanager der ARGE kommen in die Hilfeplankonferenz, wenn Hilfepläne für ihre Kunden vorgestellt werden.

Aber es gibt auch weniger erfreuliche Entwicklungen:

- Für die Allgemeinärzte war die Mitarbeit in den regionalen Gremien unattraktiv. Obwohl Vertreter offiziell von der Kreisstelle der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) benannt worden waren, haben sie nach der Auftaktsitzung nicht mehr teilgenommen. Der persönliche Nutzen einer Kooperation wird offensichtlich als zu gering eingeschätzt, da jeder einzelne Allgemeinarzt nur wenige Patienten hat, die Hilfen von Anbietern im GPV brauchen.
- Nicht jede an der Versorgung des Kreises beteiligte Suchtabteilung wählt für chronisch Abhängigkeitskranke eine sozialtherapeutische Einrichtung in Wohnortnähe. Manchmal zählt nur die sofortige Verfügbarkeit und einige scheinen Wohnortnähe grundsätzlich als Risiko für einen Rückfall zu sehen.
- Der Spielraum der ARGE, Beschäftigungsangebote für Menschen, deren Vermittlungshemmnis in einem Suchtmittelkonsum besteht, zu machen, welche tatsächlich geeignet sind, eine dauerhafte Integration in Arbeit zu unterstützen, scheint eher ab als zu zu nehmen. Erfolgreiche zielgruppenspezifische Maßnahmen für suchtkranke wie für andere Personenkreise wurden 2008 infolge neuer Vorgaben der Bundesagentur für Arbeit ersatzlos eingestellt.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass der wesentliche Faktor für die Entwicklung vernetzter Strukturen war, möglichst alle Akteure des Hilfesystems in Kontakt miteinander zu bringen und zu motivieren, die sich daraus ergebenden kontroversen und mühsamen Aushandlungsprozesse auszuhalten. Die Grenzen dieses Vorgehens liegen dort, wo es für Akteure attraktiver erscheint, sich diesem Diskurs zu entziehen. Die Herausforderung besteht darin, die jeweils passenden Anreize zu finden, um einem solchen Hinausgehen aus dem Dialog entgegenzuwirken.

Systeme verbinden - gemeinsames Hilfeplanungsinstrument für Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern: der IBRP-MV 2006

Christina Nerlich, Stefan Paulaeck, Thomas Utermark, Ingmar Steinhart

Ausgangssituation

Eine qualifizierte leistungsträger- und zielgruppenübergreifende landeseinheitliche individuelle Hilfeplanung sollte selbstverständlich auch die Maßnahmen für suchtkranke Menschen umfassen. Auch wenn dieser Anspruch in vielen Gebietskörperschaften des Landes Mecklenburg-Vorpommern im Jahre 2009 mittlerweile eingelöst ist, entsprach dies nicht der Ausgangssituation.

Im Jahre 2002 wurde der von der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) entwickelte Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) in Mecklenburg-Vorpommern (MV) als Hilfeplanungsinstrument flächendeckend zunächst nur für erwachsene Menschen mit wesentlichen psychischen Beeinträchtigungen, eingeführt und im Landesrahmenvertrag als einziges Hilfeplaninstrument für diese Zielgruppe verankert. Seit dem Jahr 2004 ist die regelmäßige Durchführung von Hilfeplankonferenzen in allen 18 Gebietskörperschaften des Landes als Standard vereinbart. In neun Gebietskörperschaften wird der IBRP mittlerweile auch für Menschen mit einer Suchterkrankung angewendet – hier finden Hilfeplankonferenzen auch für diesen Personenkreis statt, obwohl noch keine rechtsverbindliche, landesweite Grundlage im Landesrahmenvertrag für ein standardisiertes Hilfeplanverfahren für Menschen mit einer chronischen Suchterkrankung geschaffen werden konnte.

Unklar, ja sogar umstritten war seit der Etablierung der Hilfeplankonferenzen und der Anwendung des IBRP, ob dieses Instrument in seiner »klassischen« Form für die Zielgruppe der Suchtkrankenhilfe überhaupt geeignet ist oder ob der IBRP einer Modifizierung bedarf.

Parallel dazu waren im Bereich der SGB XII-finanzierten sozialpsychiatrischen Angebote verstärkt Zugänge von Menschen mit komorbiden Störungen (z. B. Psychose und Sucht) in das Hilfesystem zu verzeichnen, deren Ausgangslage nicht adäquat in den zur Verfügung stehenden Bögen dargestellt werden konnte. Es gab also neben den grundsätzlichen »Abnei-

gungen gegenüber gemeinsamen Instrumenten« zwischen Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie »Druck von der Basis«, die Instrumente den im Hilfesystem existierenden Klienten anzupassen.

Das Sozialministerium des Landes MV beauftragte vor diesem Hintergrund das Institut für Sozialpsychiatrie MV e. V. an der Universität Greifswald (ISP), die Anwendung des IBRP im Bereich der Hilfen für chronisch suchterkrankte Menschen zu untersuchen und einen praxistauglichen Vorschlag für die Modifizierung des Instrumentes inklusive angepasstem Curriculum für die Schulungen zur Anwendung zu erarbeiten. Ausgehend von den für den IBRP zentralen Prinzipien der Personenzentrierung und Lebensfeldorientierung sollte das Instrument weiterhin eine Klientengruppen unabhängige Zielplanung ermöglichen und unterschiedliche Hilfesysteme mit einbeziehen.

Vorgehen

Zu Beginn des Projektes »Entwicklung des IBRP MV 2006« erfolgte eine vorbereitende Recherche über den landes- und bundesweiten Stand der Anwendung des IBRP in der Suchtkrankenhilfe mit folgenden Elementen:

- Experten aus dem Bundesgebiet, welche den IBRP selbst mit entwickelt haben, wurden befragt. Ihre Empfehlungen bezogen sich auf die fachlichen, aber auch auf die formellen Aspekte einer möglichen Modifizierung des Instrumentes. Anregungen von ausgewiesenen Experten der Suchtkrankenhilfe wurden aufgenommen.
- Mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus Stralsund und Demmin, welche den IBRP bereits seit zwei Jahren im Suchthilfebereich anwendeten, wurden Tiefeninterviews durchgeführt, aus denen Vorschläge für konkrete inhaltliche Veränderungen am Instrument hervorgingen.
- In anderen Bundesländern bereits entworfene Hilfeplaninstrumente auf Basis eines modifizierten IBRP sowie bewährte Instrumente der Suchthilfe-Dokumentation lieferten Anregungen zur weiteren Veränderung des Instrumentes.

Der insgesamt neunmonatige Prozess der Überarbeitung des IBRP erfolgte in enger Abstimmung mit den Mitarbeitern in der Praxis und der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. Hierzu gehörte u. a. ein Auswertungsworkshop nach der projektvorbereitenden Recherche, wozu sich eine Arbeitsgruppe aus Suchthilfeexperten, Praxis-Mitarbeitern und Mitarbeitern des Instituts für Sozialpsychiatrie MV traf.

Notwendige Modifikationen

Die in der Recherche befragten Mitarbeiter schätzten, die Hilfeplanung und die personenorientierte Planung an sich zwar als sinnvoll ein, jedoch empfanden sie die suchtspezifischen Fragestellungen im IBRP als nicht ausreichend repräsentiert. Der IBRP wurde als »fremdes Instrument« empfunden, das aus dem Bereich der »Psychiatrie« in das eigene Arbeitsfeld gekommen sei und nicht adäquat auf die Themen in der Suchtkrankenhilfe eingehe. Daher war die Motivation der Mitarbeiter, am Veränderungsprozess des Instruments mitzuwirken, sehr stark ausgeprägt. In die im Ergebnis angepassten Bögen flossen im Schwerpunkt die Erfahrungen der Mitarbeiter in der Praxis, die seit zwei Jahren mit dem IBRP gearbeitet hatten, ein. Erkenntnisse aus den Zwischenberichten der Heroinstudie, des Bundesmodellprojektes »Kooperationsmodell Nachgehende Sozialarbeit«, des »Bundesmodellprojektes Ambulante Versorgung für CMA in Bochum« und der Überarbeitung des IBRP in Hessen waren darüber hinaus unterstützend. Zudem wurde versucht, suchtspezifische Fragestellungen aus dem Einrichtungsbezogenen Informations-System (EBIS) zu berücksichtigen.

Nun konnte ein erster Entwurf an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Suchtkrankenhilfe zur kritischen Prüfung durch die Praxiserprobung des Instruments gegeben werden. Parallel dazu gingen die modifizierten Bögen durch die strenge Zensur der »Väter« des IBRP bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE, sodass Ende Juni 2006 die ersten Ergänzungen und Korrekturen eingearbeitet werden konnten. Gleichzeitig überarbeitete die Projektgruppe die Curricula für die IBRP-Schulungen. Im Oktober führte das Institut für Sozialpsychiatrie MV zwei Aufbauschulungen für Fortgeschrittene in der Anwendung des IBRP in Demmin und Stralsund durch. Stärker als erwartet, erwiesen sich diese Schulungen als Instanzen in der Korrektur der neuen Instrumente, sodass anschließend bereits eine dritte überarbeitete Version der neuen Bögen präsentiert werden konnte.

Trotz der anfänglichen Skepsis und nach vielfältigsten, aber stets konstruktiven Diskussionsschleifen reifte bei allen Prozessbeteiligten die Einsicht darüber, dass der Bogen A 1 (Mantel- bzw. Übersichtsbogen) in der ursprünglichen Version im Sinne einer probaten, zielgruppenübergreifenden, offenen Zielplanung erhalten werden muss. Vielmehr sollten die vorhandenen Bögen D1 (Assessment) und D2 (Evaluation) adäquat ergänzt werden. Eine Begründung hierfür war, dass die relevanten Bereiche inhaltlich dort am besten verortet werden konnten. Ein weiterer Grund, nicht den Über-

sichtsbogen (A1) zu verändern, war, dass die Einheitlichkeit und Struktur des IBRP-Übersichtsbogen erhalten werden sollte. Wie eingangs erwähnt, sollte das überarbeitete Instrument nutzer- und arbeitsfeldübergreifend angewendet werden können und eine möglichst einheitliche Basis für die inhaltliche Kommunikation auch zwischen den verschiedensten Orten der Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe (von Beratungsstelle bis Klinik, von niedrig-schweligen Hilfen bis Reha-Einrichtung) ermöglichen.

Der Assessmentbogen des IBRP MV 2006® (Bogen D1)

In der Recherche war deutlich geworden, dass sich spezifische Bereiche, die oft bei Menschen mit einer chronischen Suchterkrankung relevant sind, in der Anamnese/Assessment nicht ausreichend wieder finden. Im überarbeiteten Bogen D1 sind diese nun eingefügt worden:

Neben ergänzenden Items zur Wohnsituation und den Einkommensverhältnissen wurde der *Suchtanamnese* als zentrale Planungsgröße nun ausreichend Raum gegeben. Sie findet sich im Anschluss an die psychiatrische Krankengeschichte, zu der nun auch die *Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung* zählt. Auch erfolgte *Substitutionsbehandlungen* können nun mit erfasst werden. *Sozialmedizinische Angaben*, die in der Suchtkrankenhilfe häufig begleitende Problemsituationen deutlich machen wie z. B. Infektionskrankheiten, schlechter Ernährungszustand, hirnorganische Störungen lassen sich nun detailliert berücksichtigen. Dem *Motivationsstatus* des/der Klienten/-in wurde ebenfalls eine bedeutende Rolle eingeräumt. Des Weiteren wird die *rechtliche Situation* (eventuelle Straffälligkeiten, Auflagen, Inhaftierungen, Bewährungszeit etc.) mit dem Zusatzbogen nun erfasst (s. Abb. 1–3).

Evaluation statt Berichterstattung

Der Evaluationsbogen des IBRP-MV 2006® (Bogen D2)

Da sich erfahrungsgemäß bei der Zielgruppe der Suchtkrankenhilfe unvorhergesehene Änderungen im Therapieverlauf auf allen Ebenen oftmals recht schnell vollziehen, sollten sich diese mittels der neuen IBRP-Version verstärkt abbilden lassen. Zu diesem Zweck wurde der Zusatzbogen D2 in seiner Form verändert und erweitert. Hiermit sollte die längst überfällige Möglichkeit einer konkreten Evaluierung der für den laufenden oder vergangenen Unterstützungszeitraum im IBRP-MV 2006® vereinbarten Ziele ermöglicht werden und ein roter Faden im Therapieverlauf erhalten bleiben.

Systeme verbinden – gemeinsames Hilfeplanungsinstrument für Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern: der IBRP-MV 2006

IBRP MV ©

Assessmentbogen

Krankengeschichte, Rehabilitationsverlauf, Suchtanamnese, Sozialmedizinische Angaben, Sichtweisen
und Motivationsstatus

1. Psychiatrische Krankengeschichte

In welchem Alter erfolgte erstmals eine stationäre, teilstationäre oder ambulante psychiatrische Behandlung?

Mit Jahren

Zurückliegende (teil-) stationäre Behandlungen	Anzahl	davon:	
		vorzeitig abgebrochen	planmäßig beendet
Psychiatrie und Psychotherapie			
(Qualifizierte) Entgiftungsbehandlung			
Entwöhnungsbehandlung			

In welchem Jahr war der letzte stationäre Aufenthalt?

Wie viele Wochen dauerte dieser?

Besteht oder bestand ein Suchtmittelmissbrauch oder eine – abhängigkeit?

Ja (bitte mit Pkt. 2 fortfahren) Nein (bitte mit Pkt. 3 fortfahren - nächste Seite)

2. Suchtanamnese

Alter bei erstem häufigerem Suchtmittelkonsum: Jahre

Substanzkonsum in den letzten 12 Monaten (Mehrfachnennungen möglich, Hauptsubstanz bitte markieren)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Cannaboide | <input type="checkbox"/> andere Substanzen: |
| <input type="checkbox"/> Opioide | <input type="checkbox"/> Kokain/ Crack | <input type="checkbox"/> Halluzinogene | |
| <input type="checkbox"/> Stimulantien und Designerdrogen | <input type="checkbox"/> Nikotin | | |
- andere Diagnosen (z.B. Essstörungen, Spielsucht etc.):

Applikationsform(en): oral nasal Rauch
 nicht i.v.- injiziert i.v.- injiziert

mittlere tägliche Konsummenge:

Gibt es hochriskante Konsumphasen? mehr als 1x pro Woche wöchentlich seltener
 monatlich täglich

Gibt es Erfahrungen mit Abstinenz und (fremd-) kontrolliertem Konsum außerhalb von stationären Einrichtungen und Kliniken?

- | | | |
|---|----------|------------|
| <input type="checkbox"/> z. Zt. Abstinenz seit Monaten | | |
| <input type="checkbox"/> frühere Cleanphasen von mehr als 8 Wochen: | Wie oft? | Wie lange? |
| <input type="checkbox"/> Phasen des kontrollierten/ reduzierten Konsums: | Wie oft? | Wie lange? |

Ergänzende Angaben: z.B. aktueller Konsum (die letzten 30 Tage), Anlass für Abstinenz oder kontrollierten Konsum oder Aufgabe des polyvalenten Konsums? Gründe für Wiederaufnahme des Konsums? Funktion des Konsums?

Klient (in) erstellt am:

**Abb. 1: Auszug aus dem Assessmentbogen des IBRP-MV 2006® –
Psychiatrische Krankengeschichte und Suchtanamnese**

3. Psychopharmakologische und/ oder Substitutionsbehandlung

In welchem Jahr erstmalig pharmakol./ substituionsbehandelt:

Seitdem behandelt worden mit: (Mehrfachnennungen möglich, alle Stoffgruppen angeben)

- Neuroleptika
- Antidepressiva
- derzeit in Umstellung
- Tranquilizer
- Lithium/Carbamecepin
- Methadon/ Polamidon
- Acamprosat/ Clomethiazol

ggf. aktuelle Medikation:

- Medikament: a) Dosis/Tag:
b)
c)

4. Sind bereits Rehabilitationsversuche vorausgegangen?*

* Hier sind alle Maßnahmen mit einer rehabilitativen Zielsetzung anzuführen und soweit bekannt Angaben über Art, Zeitpunkt und Dauer der Maßnahme zu machen. Neben Rehabilitationsversuchen in speziellen Einrichtungen sind hier auch zu berücksichtigen: z.B. Hilfen im Rahmen von betreuten Wohnangeboten; Tagesstätten und (Pflege-) Heimen der Sozialpsychiatrie, Wohnungslosen-, Straffälligen-, Suchtkranken- oder allg. Behinderten- und Altenhilfe; ambulante psychotherapeutische, soziotherapeutische und ergotherapeutische Behandlungs- und Hilfsangebote von Suchtberatungsstellen.

5. Medizinische Angaben

(Infektionskrankheiten, körperliche Erkrankungen z.B. Diabetes, Leberzirrhose, kritischer Ernährungszustand, Hauterkrankungen, extrem schlechter Zahnstatus, komorbide Störungen, Minderbegabung)

Ist eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI bekannt?

- beantragt, wann?
- anerkannt
- Pflegestufe

6. Motivationsstatus und Sichtweisen des/ r Klienten /in

(u.a. Angaben zum Selbstkonzept, zur Veränderungsbereitschaft und Compliance):

Klient (in) erstellt am:

Abb. 2: Auszug aus dem Assessmentbogen des IBRP-MV 2006® – Substitutionsbehandlung, sozialmed. Angaben und Motivationsstatus

Rechtliche Situation

1. Justitielle Belastung:

ist nicht bekannt

Stand:

Aktuell:

- laufendes Verfahren
- Bewährung
- Kontaktadresse:

- Führungsaufsicht
- Kontaktadresse:

- Inhaftierung
- Maßregelvollzug
- Gerichtliche Schuldentitel
- private Insolvenz seit:
- Betreuung beantragt
- seit:

- Scheidungsverfahren
- Führerscheinentzug

in der Vergangenheit:

- Vorstrafen
- Anzahl bisheriger Inhaftierungen

- Gesamtdauer bisheriger Inhaftierungen in Monaten:
- Enddatum letzte Inhaftierung

- Anzahl bisheriger Unterbringungen im Maßregelvollzug

- Gesamtdauer bisheriger Unterbringungen im Maßregelvollzug in Monaten

- Enddatum der letzten Unterbringung im Maßregelvollzug

2. Ergänzende Angaben zur rechtlichen Situation

(z.B. Bewährungsaufgaben, Haftverfahren, Erfahrungen mit Maßregelvollzug, Deliktsspezifika, Schuldner; Zusammenhänge mit Suchtproblematik, Chronologie eventuell bisheriger justizieller Belastungen)

Klient/in erstellt am:

Abb. 3: Auszug aus dem Assessmentbogen des IBRP-MV 2006[®] – Rechtliche Situation

Eine weitere Intention für diese erweiterte »Umfunktionierung« des Bogens D 2 war die Schaffung eines Instrumentes, das die bisherigen, eher informellen Sozialberichte über die Betreuungsverläufe ablöst und perspektivisch eine strukturierte und wirkungsorientiertere Retrospektive ermöglicht (s. Abb. 4).

Zwischenstand 2009

Nach der erfolgreichen Erprobung und einer letztmaligen Überarbeitung wurde der veränderte IBRP im Dezember 2006 auf der landesweiten Tagung »Verantwortung für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke in Mecklenburg-Vorpommern« des Landesverbands Sozialpsychiatrie MV e. V. einem breiten Fachpublikum vorgestellt. Die jetzt mögliche gemeinsame Hilfeplanung fand viel Zustimmung.

Heute wird der IBRP-MV 2006[®] von den Mitarbeitern der Praxis und auch durch die Leistungsträger vor Ort als eine fachlich sehr gut geeignete Grundlage für die Hilfeplanung für chronisch suchterkrankte Menschen anerkannt. Wo der IBRP-MV 2006[®] angewendet wird, finden auch Hilfeplankonferenzen für suchterkrankte Menschen statt. Diese sind unterschiedlich in ihrer Ausgestaltung. In vielen Fällen nimmt ein Vertreter der Suchtberatungsstelle in beratender Funktion teil. Vertreter der Leistungserbringer sind in den meisten Fällen mit am Tisch, wenn auch in unterschiedlicher Anzahl und Art der Beteiligung. Durch die Tatsache, dass diese Hilfeplankonferenzen von den selben Personen moderiert werden wie die Hilfeplankonferenzen in der »Sozialpsychiatrie«, und weil sich auch die Besetzung der HPK in vielen Regionen nicht stark von der sozialpsychiatrischen HPK unterscheidet, kommt es hier zu sinnvoller Annäherung und Vernetzung der beiden Bereiche. Umsetzungsprobleme gibt es, wie auch im sozialpsychiatrischen Bereich, unbenommen. So erhielten wir insbesondere durch die Suchtberatungsstellen die Rückmeldungen, dass ein zusätzliches Dokumentations- und Planungsinstrument neben EBIS wenig gewünscht und in der täglichen Arbeit eingeschränkt einsetzbar ist. Dass in der Begleitung suchterkrankter Menschen oft die Grenzen enger gesetzt werden müssen und gleichzeitig flexibel und bei allem auch personenorientiert auf ungeplante Veränderungen der Situation der Menschen reagiert werden muss, ist eine Herausforderung für die Gestalter der Hilfeplanprozesse und auch für die Einrichtungen und Dienste. Wie immer werden in der Hilfeplanung die charakteristischen Umstände eines Systems »wie unter einem Brennglas« deutlich. Hierzu gehört auch, dass in der Suchtkrankenhilfe das Hilfesystem für den Einzelnen nicht regional, sondern landesweit organisiert ist und er im Gegensatz zu vielen sozialpsychiatrischen Angeboten die Gebietskörperschaften wechseln »muss«.

Auch diese z. T. überregionale Ausrichtung der Suchtkrankenhilfe trägt dazu bei, dass die tatsächliche Vernetzung der Psychiatrie und Suchthilfe vor Ort noch nicht ausreichend gelingt.

Nach den nunmehr mehrjährigen Erfahrungen der Beteiligten in MV sind ein gemeinsames Planungsinstrument und die Durchführung von Hilfeplankonferenzen jedoch sinnvoll, um zu einer Kultur der Vernetzung und Zusammenarbeit von Psychiatrie und Suchthilfe zu gelangen. Auch die 2008 im Auftrag des Sozialministeriums gegründete, institutions- und kostenträgerübergreifende Arbeitsgruppe Hilfeplanung/Hilfeplankonferenz des Landesverbands Sozialpsychiatrie M-V bezieht sich in ihrer Ausrichtung auch ausdrücklich auf Menschen mit einer Suchterkrankung, wenn sie Anspruchsberechtigte nach § 53 SGB XII sind. Hier arbeiten Mitarbeiter der Suchthilfe und Sozialpsychiatrie gemeinsam an der Optimierung der Hilfeplanverfahren und spezifischen Fachthemen zu diesem Gebiet.

Nach den mehrjährigen Erfahrungen in MV kann festgestellt werden, dass, trotz aller Spezifika der jeweiligen Zielgruppe, Strukturen und Prozesse im Suchtkrankenhilfebereich, ein personenzentriertes und lebensfeldorientiertes Hilfeplanverfahren mit Beteiligung der relevanten Akteure und der Klienten hier seinen sinnvollen Platz gefunden hat.

Erfreut stimmt uns, dass der Vorstand der Landesstelle für Suchtfragen MV in seinem Positionspapier zur Anwendung des IBRP MV 2006 im Bereich der Suchtkrankenhilfe »die Einführung eines einheitlichen Hilfeplaninstrumentes, das die Grundsätze der personenzentrierten Hilfeplanung berücksichtigt«, und die Etablierung »landeseinheitlicher Leistungstypen« begrüßt (Positionspapier der Landesstelle für Suchtfragen, Juni 2008).

Im Gegensatz zum Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern kann sich die Landesstelle bislang leider nicht für die Empfehlung einer breiten Anwendung des IBRP-MV[©] entscheiden, was aus unserer Sicht nicht mit der guten Akzeptanz des Instruments an der Basis in der Praxis der Suchtkrankenhilfe korreliert.

Auch die sich in der Konkretion befindliche neue Psychiatrie-Entwicklungsplanung des Landes Mecklenburg-Vorpommern wird eine einheitliche Hilfeplanung für beide Zielgruppenempfehlen, dem die dort beteiligten Vertreter der Suchthilfe ausdrücklich zugestimmt haben. Hier sollen dann auch – wie bereits heute in zahlreichen Regionen üblich – weitere Leistungsträger z. B. aus dem Bereich Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung (ARGEn, Agentur) sowie die Servicestellen nach SGB IX als »Standard der Hilfeplanung« eingebunden werden. Gleiches gilt für den Zusatzbogen 3 a/b zum Thema Arbeit, der in Mecklenburg in Psychiatrie und Suchthilfe bereits eine hohe Verbreitung gefunden hat.

Nachdem die ersten Schritte der Annäherung zwischen Sozialpsychiatrie und Suchtkrankenhilfe in einigen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern erfolgreich bewältigt wurden, sind wir der festen Überzeugung, dass der für die Suchthilfe angepasste Individuelle Behandlungs- und Rehabilitationsplan IBRP-MV 2006 eine gute Grundlage für eine integrierte Hilfeplanung auch für suchtkranke Menschen nicht nur darstellt, sondern dass sich darüber hinaus landesweit auf Basis gemeinsamer Hilfeplanungen mit dem Klienten zukünftig mehr Gemeinsamkeiten entwickeln werden.

Weitere Informationen

Download (sämtliche Bögen des IBRP-MV 2006® und die Inhalte der Fachtagung vom 02.12.2006) finden Sie auf der Internetpräsenz des Institutes für Sozialpsychiatrie MV e. V. www.sozialpsychiatrie-mv.de unter »Aktuelles«.

V Unterstützung bei Arbeit, Beschäftigung und Qualifizierung

Unterstützung bei Arbeit, Beschäftigung und Qualifizierung – eine Pflichtaufgabe

Jörg Holke, Ingmar Steinhart

Langzeitstudien belegen, dass der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung bzw. der beruflichen Eingliederung ein hoher Stellenwert in Bezug auf die Bewältigung der Suchterkrankung zu kommt. Jedes Beschäftigungsverhältnis stellt einen höchst wirksamen Integrationsfaktor dar, da darüber eigenes Einkommen, Kontakt, Zugehörigkeit, Tages- und Wochenstruktur sowie Aktivierung erreicht wird.

Bei den individuellen Wegen in Arbeit und Beruf kann Qualifizierung ein entscheidender Faktor sein. Die Arbeitslosenquote bei Erwerbsfähigen ohne Qualifizierung ist dreimal so hoch wie bei Qualifizierten. Berufliche Qualifizierung ermöglicht zudem Anrechte auf bestimmte Einkommensbereiche, eine bestimmte soziale Stellung in der Arbeitswelt und damit mehr Kontroll- und Einflusschancen auf die Zufriedenheit im eigenen Arbeitsalltag.

Der Grundsatz »erst platzieren dann qualifizieren bzw. rehabilitieren« und damit das betrieblichen Training kann hier die Erfolgchancen in Richtung der Erlangung und des Erhalt eines Arbeitsplatzes noch erhöhen (RÖSSLER/BÄRTSCH 2008).

Bei einem chronischen Verlauf und bei massiven Substanzproblemen können Leistungseinschränkungen die Folge sein. Diese können sich bis zu länger andauernden Leistungsminderungen ausweiten. Minderleistungsausgleiche, Kombilöhne und die Schaffung von Arbeitsplätzen in Marktnischen bzw. alternative Beschäftigungsformen können auch Leistungsschwächeren Möglichkeiten eröffnen.

Die Unterstützung bei Arbeit, Beschäftigung und Qualifizierung bzw. bei der beruflichen Eingliederung Suchtkranker ist eine Aufgabe, bei der viele Akteure in verschiedenen Hilfesystemen mit unterschiedlichen Aufträgen tätig sind.

So ermöglichen die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) II Arbeitsuchenden mit verschiedenen Förderinstrumenten bis hin zu unbefristeten Minderleistungsausgleichen verbesserte Chancen bei dem Weg in Arbeit (siehe Beitrag Holke in diesem

Kapitel). So können die Träger der Sozialhilfe Angebote zur Beschäftigung von Menschen mit Suchterkrankungen ermöglichen, die (noch) nicht in der Lage sind den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zu erfüllen. Herr Püttmann stellt in seinem Beitrag die Angebote der Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik (GPE) in Rostock im Zuverdienstbereich vor.

Ist die Suchterkrankung ein Hindernisgrund für die Rückkehr in einen erlernten Beruf (Gastronomie, Apotheke, etc.) oder liegt eine zusätzliche Diagnose vor (Rückenbeschwerden, weitere psychische Erkrankung) besteht die Möglichkeit, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. Beruflichen Rehabilitation¹ zu erhalten.

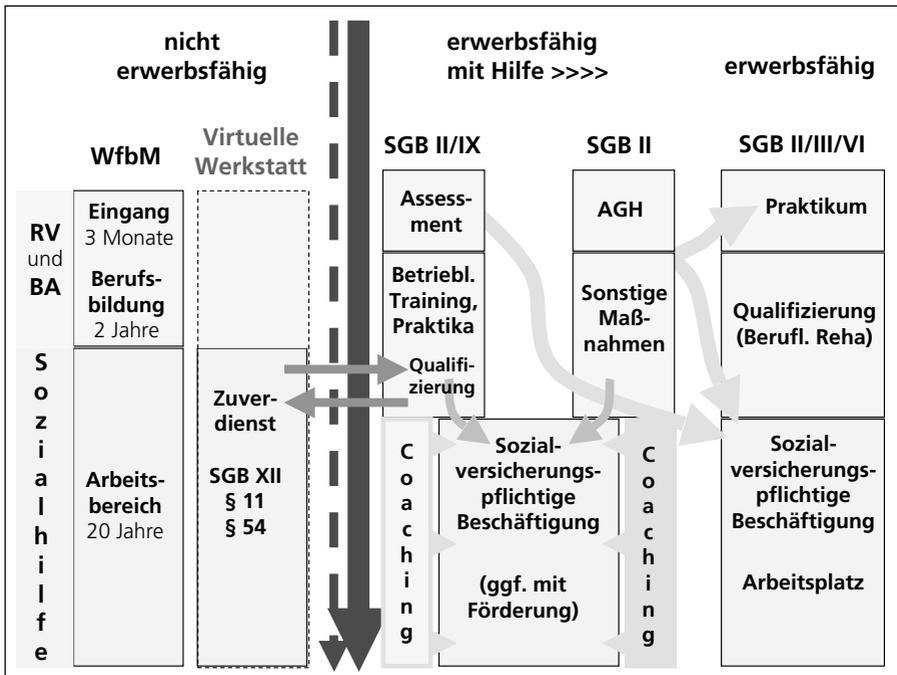


Abb. 1: Überblick Fördermöglichkeiten

1 Leistungskatalog siehe SGB IX § 33 ff.

Auch die Suchthilfe steht in der Pflicht, Unterstützung zu gewährleisten. Laut SGB XII ist es Aufgabe der Eingliederungshilfe, Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung zu vorzuhalten bzw. zu einer angemessenen Tätigkeit vorzuhalten.² Folgerichtig ist es auch bei Angeboten wie dem Betreuten Wohnen oder der psychosozialen Begleitung Substituierter fachlich geboten, für die Gewährleistung dieser Hilfen Sorge zu tragen. So ist die Zielsetzung der Rentenversicherungsleistungen auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ausgerichtet. Das betrifft sowohl die stationären als auch die ambulanten Angebote der medizinischen Rehabilitation. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert gemeinsam mit dem Land Rheinland-Pfalz ein Modellprojekt, das ein differenziertes Dienstleistungsangebot zur Fragen der Arbeitsmarktintegration für die Suchthilfe anbietet. Das Land NRW hat bereits 1991 eine Landeskoordinationsstelle zur beruflichen Integration Suchtkranker eingerichtet. Nahezu alle Landessuchtprogramme weisen auf die Bedeutung der beruflichen Eingliederung hin. Der Drogen- und Suchtrat fordert die fallbezogene Kooperation zwischen den SGB II-Trägern einerseits und den Suchthilfeeinrichtungen anderseits.³

Gerade das Wissen um die Mehrfachbenachteiligungen (Schulden, Begleiterkrankungen, Führerscheinentzug, berufsbiografische Brüche, Lebenslauf etc.) und die besonderen zielgruppenspezifischen Einschränkungen bzw. besonderen krankheitsbedingten Verhaltensmuster sind entscheidende Aspekte, Hilfestellungen bei einer beruflichen Eingliederung bedarfsgerecht und erfolgreich zu gestalten.

Bei der Motivationsphase ist es das Know-how der Suchthilfe, das hier gewissermaßen filternd und fördernd eingesetzt werden kann. Bei der so typischen Überforderung- und Unterforderungsstruktur der Suchtpatienten bzw. -klienten kommt der Suchthilfe ein entscheidendes Korrektiv zu. Methodische Ansätze der vorrangig problemorientierten Hilfestellung kombiniert mit phasenweiser Konsumakzeptanz wie die CRA-Manual (MEYERS et al., siehe Beitrag Reker in diesem Band) setzen gerade auch bei dem von den Betroffenen formulierten Wunsch nach sinnvoller Arbeit an.

Information und Beratung ist auch Aufgabe der Leistungsträger. Bei den Trägern zur Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) ist es bei Schlüsseln von durchschnittlich 1 : 300 unrealistisch, von ausreichenden Ressourcen und eine entsprechenden Zielgruppenwissen auszugehen. Soweit

2 Siehe SGB XII § 53

3 Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2007

die Träger ein qualifiziertes Fall-Management einsetzen, ist zumindest eine enge Kooperation möglich. Die Rehaberater der Rentenversicherung können nur bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben tätig werden, hier ist jedoch die Suchterkrankung allein kein Rehabilitationsgrund. Die Integrationsfachdienste nach SGB IX können in der Regel nur bei vorliegender Schwerbehinderung Unterstützung anbieten. Nur wenige Menschen mit Suchterkrankung beantragen einen Schwerbehindertenausweis. Den Anbietern im Bereich der medizinischen Rehabilitation werden zur Berücksichtigung der besonderen Unterstützungsbedarfes Mittel im Rahmen der Ergotherapie und Sozialberatung Ressourcen zur Unterstützung der beruflichen Eingliederung zur Verfügung gestellt. Auch die Träger der Grundsicherung wissen um die Kompetenzen der Suchthilfe und beauftragen zunehmend bei der Durchführung der Fachberatung, des Assessment und von Arbeitsgelegenheiten Suchthilfeträger mit Förderangeboten.

Zur Umsetzung der individuellen Wege ist die Anfangsphase von entscheidender Bedeutung: Information, Motivation, Assessment und Hilfeplanung. Ohne eine realistische Selbsteinschätzung und eine qualifizierte und standardisierte Hilfeplanung sind Fehlentscheidungen und Abbrüche bei der Zielgruppe vorprogrammiert. Integrierte Hilfeplanung in Abstimmung mit Behandlung, Eingliederungshilfe und psychosozialen Hilfen ist hier fachlich geboten. In Mecklenburg-Vorpommern wird das in der Sozialpsychiatrie angewandte Verfahren der Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP) mit einem Zusatzbogen für den Bereich Arbeit (siehe Beitrag Nerlich et al. in diesem Band) auch für die Suchthilfe angewandt.

Gleichzeitig bestimmt in Folge der Hartz IV-Reform in dieser Phase die Feststellung bzw. Einschätzung die Erwerbsfähigkeit von weniger oder mindestens drei Stunden die Zuordnung zum SGB II bzw. III oder zum SGB XII. Damit verknüpft sind unterschiedliche Fördermöglichkeiten (s. Abb. 2).

Auch in den in der Abbildung dargestellten Phasen der Beschäftigungs- bzw. Arbeitsplatzsuche, bei der Auswahl und der Durchführung der Qualifizierung, bei Problemen am Arbeitsplatz und in der Ausbildung ist das Zielgruppenwissen der Suchthilfe gefragt. Für die Phasen der Arbeitsplatzsuche und des Erhalt des erreichten Arbeitsplatzes haben sich Jobcoaching-Modelle bewährt.

Die Vielzahl der Fördermöglichkeiten im gegliederten System und die Differenziertheit der Förderangebote erfordert eine personenbezogene Koordination. Ohne eine Begleitung, die den roten Faden immer wie-

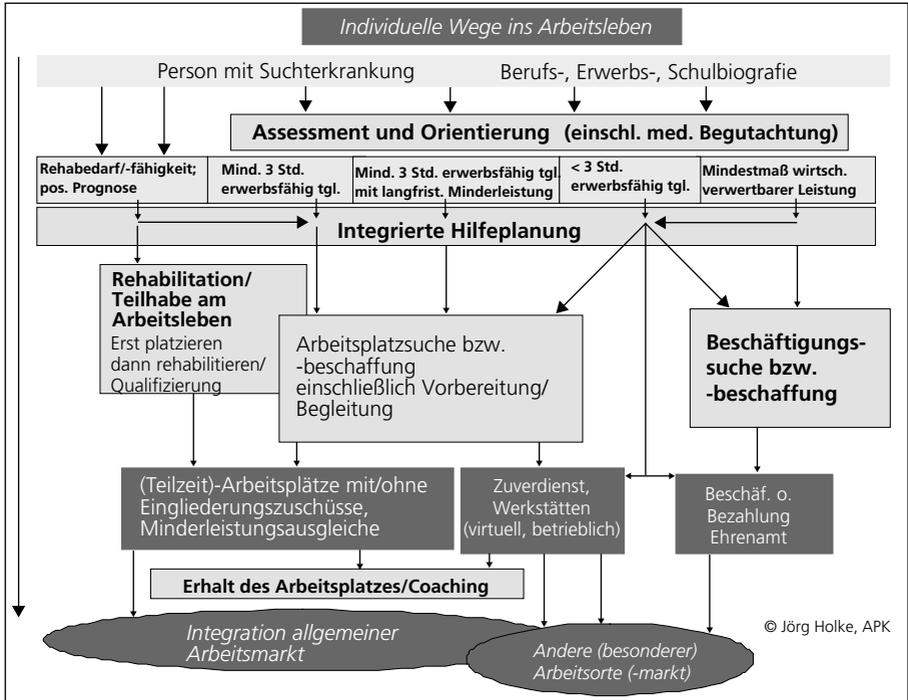


Abb. 2: Individuelle Wege ins Arbeitsleben

der aufnimmt und Unterstützung gewährleistet, geraten die Betroffenen schnell ins Niemandsland der Integrationsferne und Dauerbeschäftigungslosigkeit.

Die Aufgaben der Information und Motivation (im Einzelfall auch zumindest phasenweise konfrontative Strategien), die Erhebung arbeitsbiografischer Daten (Anamnese), Begleitung in Krisenphasen und die Hilfestellung bei dem Umgang mit den Mehrfachbenachteiligungen ist originäre Aufgabe der Suchthilfe. Nach dem SGB II § 16 a sind die arbeitsbezogenen psychosozialen Hilfen durch die Kommune zu gewährleisten.

In der medizinischen Rehabilitation und der stationären Eingliederungshilfe sind durch die Ergo- bzw. Arbeitstherapie die Bereiche »Assessment« und F- J zumindest anteilig leistbar (KÜSTER 2005).

Zur Gewährleistung der weiteren Aufgaben im Ambulanten Bereich im Bereich C-K sind verschiedene Modelle denkbar:

- A Information, Beratung
- B Unterstützung bei Umgang mit den Mehrfachbenachteiligungen (Krankheitsfolgen, Führerschein, Schulden, Führungszeugnis)
- C Anamnese und Assessment (Einschätzung der Belastbarkeit und Erwerbsfähigkeit)
- D Individuelle Bedarfserhebung und Hilfeplanung
- E Koordination (Koordinierende Bezugsperson)
- F Begleitung in der Orientierungsphase (Interessen/Fähigkeiten/Berufs- bzw. Arbeitsplatzwahl)
- G Unterstützung bei der Realisierung von Ausbildung/Qualifizierung
- H Brückenfunktion zu den Leistungsträgern (SGB II/III/VI/XII)
- I Kooperation mit Bildungsträgern
- J Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche (Bewerbungstraining) und beim Erhalt des Arbeitsplatzes (Jobcoaching)
- K Arbeits- und Beschäftigungsangebote (Arbeitsgelegenheiten und Zuverdienstangebote)

Abb. 3: Aufgabenbereiche im Überblick

a. *Vorrangige Aufgabenwahrnehmung durch die Suchthilfe.*

Die Gewährleistung und Finanzierung der Koordination/Fall-Management (D und E) wird in den vertraglichen Vereinbarungen mit den Leistungsträgern festgelegt und beim Suchthilfeträger organisatorisch und fachlich umgesetzt. Die weiteren Aufgaben (F–K) erfolgen durch die Beauftragung seitens des SGB II-Trägers (bei mindestens drei Stunden Erwerbsfähigkeit) und dem SGB XII-Träger (bei weniger als drei Stunden).

b. *Aufgabenwahrnehmung in Kooperation mit Leistungsträgern und Bildungsträger bzw. Beschäftigungsträger.*

Hier bietet sich arbeitsteiliges Vertragsmodell an. Zielgruppenwissen bzw. Beratungsressourcen werden gegen Entgelt den Leistungsträgern und den Bildungsträgern bzw. Beschäftigungsträgern zur Verfügung gestellt.

c. *Aufgabenwahrnehmung durch Leistungsträger und Bildungs- und Beschäftigungsträger*

Beratung und Fallmanagement beim Leistungsträger (SGB II und XII). Fortbildung der Fachkräfte erfolgt in Kooperation mit der Suchthilfe, ggf. mit Supervision. Bildungs- und Beschäftigungsträger gewährleisten Zielgruppenwissen durch qualifiziertes Personal ggf. mit Fortbil-

dung in Kooperation mit der Suchthilfe. Fallbesprechungen erfolgen mit der Suchthilfe im Einzelfall. Eine Beteiligung der Bildungs- und Beschäftigungsträger an einer integrierten Hilfeplanung (Behandlung, medizinische Rehabilitation soziale Eingliederung) ist dann zwingend notwendig.

Diese Modelle können auch kombiniert werden, d. h. jeweils nur teilweise Aufgabenwahrnehmung für bestimmte Aufgabenbereiche. Erfahrungswerte zeigen, dass die Modelle der Aufgabenwahrnehmung durch die Leistungsträger und Bildungsträger oft mit nicht ausreichenden Ressourcen ausgestattet und die Mitarbeiter zum Teil unzureichend qualifiziert werden. Entscheidend ist letztendlich in der Region bzw. in der Kommune, dass alle notwendigen fachlichen Hilfen in Richtung Arbeit und Beruf gewährleistet bzw. sichergestellt sind. Dazu ist vor Ort ein entsprechendes Fachwissen in Bezug auf die sich stellenden Aufgaben und die vielfältigen Fördermöglichkeiten Grundvoraussetzung. Gute Planung und Abstimmung in einer Region ist dann die weitere Bedingung. Um die damit verbundenen Absprachen, Kooperationen, Planungsgremien und eine entsprechende Qualitätssicherung zu gewährleisten, sind sowohl praktisch als auch organisationstheoretisch Verbund- oder Netzwerkstrukturen die geeignete Lösung.

Das Netzwerk »Arbeit, Beschäftigung und Qualifizierung« sollte sich unter dem Dach eines regionalen Suchthilfeverbundes, indem sich die Träger der Suchthilfe zur Kooperation und Zusammenarbeit verpflichten, organisieren. Hier können die qualitätssichernden Rahmenbedingungen für die personenbezogenen Leistungserbringung wie Hilfeplanung, Koordinierende Bezugspersonen, kooperatives Vorgehen und integrierte Hilfen (siehe Beiträge Wienberg und Reker) in entsprechenden Arbeitsstrukturen (Konferenzsysteme, gemeinsame Fortbildung etc.) abgestimmt werden. Aufgrund der positiven Erfahrungen und der Synergieeffekte ist ein gemeinsamer Verbund von Psychiatrie und Suchthilfe denkbar (Beitrag Rosemann in diesem Band). Als räumliche Orientierung wäre der kommunale Zuständigkeitsbereich aber auch der Zuständigkeitsbereich des örtlichen SGB II-Trägers sinnvoll.

Aufgabe der regionalen Steuerung ist es, die regionale Sicherstellung der Hilfen regelmäßig zu prüfen und bei Problemanzeigen weiterzuentwickeln. Um die Anpassung der Angebote an die regionalen Bedarfslagen zu optimieren, sind die aggregierten Ergebnisse aus den individuellen Hilfeplanungen bzw. aus den Hilfeplankonferenzen einzubeziehen. Als Steuerungsgremien

sollten entsprechend regionale Arbeitsstrukturen aufgebaut werden (SGB IX §§ 12 und 19).

Die Unterstützung bei Arbeit, Beschäftigung und Qualifizierung ist und bleibt eine Pflichtaufgabe der Suchthilfe.

Literatur

- KÜSTER, C. (2005): Landeskoordination Integration NRW, Zur Brückenfunktion der Arbeitstherapie bei der beruflichen Eingliederung. Fachvortrag zur Tagung »Neue Wege zur beruflichen Integration – Arbeitsprojekte im suchtherapeutischen Setting« am 11.05.2005, Therapiezentrum Vorhalle, Hagen, www.lk-integration.de.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.) (2007): Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, Berlin.
- HENKEL, D./ZEMLIN, U. (Hg.) (2008): Arbeitslosigkeit und Sucht: Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- RÖSSLER, W./BÄRTSCH, B.; (2008): Supported Employment – ein berufsintegrierender Ansatz. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung; Bonn.
- MEYERS/JOHN, R./SMITH/ELLEN, J. (2007): CRA-Manual zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit, übersetzt von W. Lange, M. Reker und K. Spitzberg, Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (1990): Hammer Studie – Lebenspraxis und Unterstützungsnetze von Drogenkonsumenten: Abschlußbericht zum Forschungsprojekt »Therapieerfolg und Nachsorge am Beispiel der Therapieeinrichtungen für Drogenkonsumenten in Hamm – Düsseldorf.«

Möglichkeiten der Arbeitsförderung für Suchtkranke im Rahmen des SGB II

Jörg Holke

Wesentlicher Bestandteil der Arbeitsmarktreformen 2005, den sogenannten Hartz-Reformen, war die Einführung des Sozialgesetzbuches (SGB) II, der steuerfinanzierten Grundsicherung für Arbeitssuchende. Entscheidendes Kriterien als Zugangsvoraussetzung wurde die Erwerbsfähigkeit von mindestens drei Stunden täglich und keine Ansprüche (mehr) nach dem SGB III. Nur Arbeitslose mit einer Erwerbsfähigkeit unter drei Stunden wurden der weiter bestehenden Sozialhilfe (SGB XII) zugeordnet. Die abschließende Einschätzung erfolgt hier über die deutsche Rentenversicherung (DRV). Suchtkranke wurden und werden in der Mehrzahl dem SGB II zugeordnet, da die ärztlichen Dienste der DRV eine Erwerbsminderung in diesem Ausmaß seltener diagnostizieren.

Mit Inkrafttreten der Reform wurden über zwei Millionen Menschen aus der Zuständigkeit der Sozialhilfe bzw. des Bundessozialhilfegesetzes in den Wirkungsbereich dieses neuen Sozialgesetzbuches überführt. Zudem wurden die bisherigen Empfänger von Arbeitslosenhilfe diesem Gesetz zugeordnet. Die Anspruchsdauer im SGB III (Arbeitslosengeld I) wurde auf 12 bis max. 18 Monate begrenzt. Die Trägerschaft wurde zweigeteilt. Unterkunft und psychosoziale Hilfen sind der Kommune zugeordnet. Der sonstige Lebensunterhalt und die Hilfen zur Eingliederung in Arbeit werden aus Bundessteuermitteln bestritten. Für die Organisation wurde zwei Optionen geschaffen: die kommunale Trägerschaft als Optionskommune und die *Arbeitsgemeinschaft* (ARGE) als Bundesagentur für Arbeit und der Kommune¹.

Bei den Hilfen zum Lebensunterhalt – im SGB II der Bezug von Arbeitslosengeld II (ALG II, umgangssprachlich »Hartz IV«) – waren Einschnitte vor allem für die ehemaligen Arbeitslosenhilfeempfänger verbunden. Gleichzeitig wurde das Prinzip des »Forderns und Förderns« eingeführt. So ist es seit Einführung des SGB II die Pflicht des Arbeitssuchenden, jedes Arbeitsangebot unabhängig von der eigenen Qualifikation anzunehmen. In Bezug auf das Prinzip des Förderns sind vor allem für die ehemaligen Sozialhilfeempfänger

1 Aufgrund des Bundesverfassungsurteils 2008 wird laut Willen der neuen Bundesregierung zukünftig die Arbeitsgemeinschaft abgelöst durch eine getrennte Aufgabenwahrnehmung.

und damit auch für viele Menschen mit Suchterkrankungen mit dem SGB II weitreichende Verbesserungen verbunden. So sind die Förderinstrumente des SGB III auch als SGB II-Förderleistungen anwendbar.

Die Ziele des Gesetzes wurden um die Überwindung behindertenspezifischer Nachteile erweitert und die Orientierung an der persönlichen Situation des Arbeitssuchenden gesetzlich verankert. Die Berücksichtigung der Folgen der Suchterkrankung bei der Eingliederung in Arbeit ist hierdurch einfacher zu realisieren. Zudem sollten die Eingliederungsaussichten durch eine individuellere Förderung erreicht werden.

§ 3 Leistungsgrundsätze

... Bei den Leistungen zur Eingliederung in Arbeit sind

1. die Eignung,
 2. die individuelle Lebenssituation, insbesondere die familiäre Situation,
 3. die voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit und
 4. die Dauerhaftigkeit der Eingliederung
- der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zu berücksichtigen. ...

§ 14 Grundsatz des Förderns

Die Träger der Leistungen nach diesem Buch unterstützen erwerbsfähige Hilfebedürftige umfassend mit dem Ziel der Eingliederung in Arbeit. Die Agentur für Arbeit soll einen persönlichen Ansprechpartner für jeden erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und die mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft Lebenden benennen.

Die Träger der Leistungen nach diesem Buch erbringen unter Beachtung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit alle im Einzelfall für die Eingliederung in Arbeit erforderlichen Leistungen.

Abb. 1: Gesetzestext SGB II § 3 Leistungsgrundsätze und § 14 Grundsatz des Förderns

Laut Statistik der Bundesagentur für Arbeit befindet sich durchschnittlich jeder zweite Arbeitssuchende, der ALG II bezieht, in einer Fördermaßnahme. Im Jahr 2008 standen ca. sechs Milliarden Euro für Fördermaßnahmen bundesweit zur Verfügung.

Fördermöglichkeiten mit SGB III-Instrumenten

Die Fördermöglichkeiten nach dem SGB II § 16 spiegeln bis auf wenige Ausnahmen das gesamte Förderinstrumentarium wider, wie es im SGB III einschließlich der Neuorganisation 2008 verankert ist (s. Abb. 2).

Insbesondere die vermittlungsunterstützenden Leistungen wie Jobcoaching kombiniert mit Eingliederungszuschüssen und die Weiterbildungs-

Förderinstrumente SGB III (aufgeführt in § 16 SGB II)

- Beratung und Vermittlung (§ 29 – 44)
- Vermittlungsunterstützende Leistungen (§ 45 – 47 SGB)
- Eingliederungszuschüsse
- Förderung der beruflichen Weiterbildung (§ 77 – 87)
- Leistungen an Arbeitgeber (§ 217 – 224)
- Leistungen an Träger (§ 240 – 251)
- Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (§ 260 – 271)
- Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben (§ 97 – 115, 236 – 239)

Abb. 2: Förderinstrumente SGB III (aufgeführt in § 16 SGB II)

förderung haben sich bei Arbeitssuchenden mit Suchterkrankungen bzw. Substanzproblemen als effizient erwiesen. Neben der intensiven Begleitung ist es gerade die arbeitsmarktorientierte Qualifizierung, die für (ehemals) Suchtkranke neues Selbstbewusstsein und bessere Chancen bei der Bewerbung ermöglicht. Im Einzelfall muss jeweils ermittelt werden, welche der Maßnahme die geeignete ist für eine erfolgreiche Eingliederung.

Problematisch ist die von der Bundesagentur forcierte Gewährleistung der Arbeitsförderung und Teilhabe am Arbeitsleben durch Vergabeverfahren per Ausschreibungen. Hierdurch werden Einzelförderungen, die sich nach dem individuellen Bedarf von Arbeitssuchenden mit psychischen Beeinträchtigungen ausrichten, verhindert. Zudem sind es zum Teil nicht die qualitativ guten Maßnahmeträger, die Ausschreibungen »gewinnen«, sondern die mit den geringeren Kosten.

Weitere Fördermöglichkeiten

Im SGB II sind weitere spezifische Fördermöglichkeiten in den Paragraphen 16 d und 16 e verankert. Für erwerbsfähige Hilfebedürftige, die keine Arbeit finden können, sollen nach dem § 16 d Arbeitsgelegenheiten geschaffen werden. Werden Gelegenheiten für im öffentlichen Interesse liegende, zusätzliche Arbeiten gefördert, ist den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zuzüglich zum Arbeitslosengeld II eine angemessene Entschädigung für Mehraufwendungen zu zahlen. Somit kann der SGB II-Träger Arbeitsgelegenheiten mit einer regulären Vergütung – die sogenannten Entgeltvariante – und Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigungen – die sogenannten 1-Euro-Jobs oder Integrationsjobs – anbieten. Die Entgeltvariante wird seltener gefördert,

da hier pro Stelle erheblich mehr Eingliederungsmittel verwandt werden müssen. Die Arbeitsgelegenheiten nach § 16 d sind grundsätzlich befristet und variieren in der Dauer zwischen 9 und maximal 18 Monaten.

Begleitung durch Fachkräfte und Qualifizierungsbausteine einschließlich Bewerbungstraining können Bestandteil der Maßnahme sein. Von diesen Komponenten hängen in der Regel die Eingliederungseffekte solcher Maßnahmen ab. Grundsätzlich können diese befristeten Arbeitsgelegenheiten für Arbeitssuchenden mit Substanzproblemen bzw. Suchterkrankungen zur Belastungserprobung und Heranführung an Arbeit sinnvoll sein, wenn die Prognose auf eine erfolgreiche Eingliederung in Arbeit besteht und Qualifizierungsmaßnahmen zu früh oder nicht notwendig sind.

Beschäftigungsförderung nach § 16 e beinhaltet Leistungen an Arbeitgeber, die erwerbsfähigen Hilfebedürftigen mit Vermittlungshemmnissen einen Arbeitsplatz ermöglichen. Folgende Rahmenbedingungen gelten für die Form der Förderung:

- die Zuschüsse sind zunächst 24 Monate und dann unbefristet möglich, wenn langzeitarbeitslose Arbeitsuchende durch mindestens zwei in der Person liegende Vermittlungshemmnisse besonders schwer beeinträchtigt sind.
- mindest sechsmontatige Betreuung auf der Grundlage einer Eingliederungsvereinbarung und der Erhalt von Eingliederungsleistungen ist Voraussetzung.
- Prognose, dass ohne die Förderung die nächsten 24 Monate eine Erwerbstätigkeit nicht möglich ist, muss vorliegen.
- in der Regel kann nur ein Vollzeitverhältnis mit tariflichem oder ortsüblichem Entgelt gefördert werden.
- die Höhe des Beschäftigungszuschusses richtet sich nach der Leistungsfähigkeit des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und kann bis zu 75 % des berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelts betragen.

Mit der Einführung des § 16 e besteht erstmalig eine unbefristete Fördermöglichkeit für Arbeitslose, bei denen keine Schwerbehinderung vorliegt. Die Suchterkrankung ist als Vermittlungshemmnis anerkannt und zumindest bei einem Teil der Suchtkranken liegen noch weitere Vermittlungshemmnisse wie Schulden, Folgeerkrankungen oder Sprachprobleme vor. Somit ist hier bei entsprechender Prognose eine bisher fehlende Perspektive gerade bei chronischen Verläufen und entsprechenden Leistungsminderungen eröffnet worden.

Es wurden Finanzierungsmittel für ca. 100 000 Arbeitsplätze bereitgestellt. Ende 2008 waren erst ca. 20 000 Förderungen erfolgt.

Fördermöglichkeiten im Rahmen der »Freien Förderung«

Bis 2007 war es im Rahmen des damaligen Abschnitts 2 des § 16 SGB II möglich, neben den bisher genannten Leistungen sonstige weitere Leistungen im Einzelfall zu erbringen. Damit wurden vor Ort besondere auf den Einzelfall bezogene Förderungen wie

- individuelles Jobcoaching
- Erweiterung von Förderinstrumenten des SGB III wie zum Beispiel höhere oder flexiblere Eingliederungszuschüsse
- Arbeitsgelegenheiten mit intensiver Begleitung und stärkeren Fokus auf besondere Zielgruppenbedürfnisse.

Für Suchtkranke wurden regional Jobcoaching-Modelle erprobt und Arbeitsgelegenheiten mit Dauer bis zu 24 Monate und Intensivbegleitung ermöglicht. Mit dem Gesetz zur Neuorganisation der arbeitsmarktpolitischen Instrumente wurden diese sonstigen weiteren Leistungen überführt in den § 16 f SGB II und mit der Deckelung auf maximal 10 % des Eingliederungssatzes begrenzt.

§ 16 f Freie Förderung

(1) Die Agentur für Arbeit kann bis zu 10 Prozent der nach § 46 Abs. 2 auf sie entfallenden Eingliederungsmittel für Leistungen zur Eingliederung in Arbeit einsetzen, um die Möglichkeiten der gesetzlich geregelten Eingliederungsleistungen durch freie Leistungen zur Eingliederung in Arbeit zu erweitern. Die freien Leistungen müssen den Zielen und Grundsätzen dieses Buches entsprechen.

(2) Die Ziele der Maßnahmen sind vor Förderbeginn zu beschreiben. Eine Kombination oder Modularisierung von Maßnahmeinhalten ist zulässig. Die Maßnahmen dürfen gesetzliche Leistungen nicht umgehen oder aufstocken. Ausgenommen hiervon sind Maßnahmen für Langzeitarbeitslose, bei denen in angemessener Zeit von in der Regel sechs Monaten nicht mit Aussicht auf Erfolg auf einzelne Gesetzesgrundlagen dieses Buches oder des Dritten Buches zurückgegriffen werden kann. In Fällen des Satzes 4 ist ein Abweichen von den Voraussetzungen und der Förderhöhe gesetzlich geregelter Maßnahmen zulässig. Bei Leistungen an Arbeitgeber ist darauf zu achten, Wettbewerbsverfälschungen zu vermeiden. ...

Abb. 3: Gesetzestext SGB II § 16 f Freie Förderung

Bereits in den ersten Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes war vor Ort eine große Verunsicherung zu erkennen, wie Art und Umfang freier Förderung nach diesen Vorgaben zu bestimmen ist. Laut einer Arbeitshilfe der Bundesagentur für Arbeit darf es sich nicht um die Basisförderinstrumente des SGB III und II handeln, sondern um eindeutig erkennbare neue Förderformen oder zumindest um eine deutlich erkennbare Modifizierung der Basisinstrumente.

Individuelle Betreuung und Ablaufwege beim SGB II-Träger

Der Gesetzgeber hatte mit den Arbeitsmarktreformen 2005 und dem damit neu eingeführten SGB II ursprünglich eine individuelle Betreuung der Arbeitssuchenden (persönlicher Ansprechpartner, siehe Abb. 1) mit einem Stellenschlüssel von 1 : 75 als eine der zentralen Reformschritte beabsichtigt bzw. in Aussicht gestellt. Bereits mit der Verabschiedung des Gesetzes wurde aufgrund der nicht zu bewältigenden finanziellen Folgekosten, der mit solch einem Stellenschlüssel verbunden gewesen wäre, entschieden, dass nur für die »schwierigeren« Arbeitssuchenden bzw. diejenigen mit komplexen Betreuungsbedarf solch ein Stellenschlüssel anzustreben ist. Für die anderen sollte als Orientierung ein Stellenschlüssel von 1 : 200 ausreichen. Auch wenn sich in der Umsetzungspraxis gezeigt hat, dass auch diese Stellenschlüssel nur annähernd zu erreichen waren, ist mit der Reform angesichts eines vorherigen Stellenschlüssels von 1 : 2000 in der Arbeitsvermittlung eine immense Verbesserung der individuellen Betreuung verbunden.

Die jeweilige Organisation der Abläufe und Zugangswege beim SGB II-Träger variiert regional. Von den gesetzlichen Rahmenbedingungen lässt sich das in Abb. 4 dargestellte Ablaufschema ableiten.

In Bezug auf die Zielgruppe der Arbeitssuchenden mit Suchterkrankungen bzw. mit Substanzproblemen haben sich regional im Rahmen des Fall-Management unterschiedliche Organisationsstrukturen entwickelt:

- die Einführung eines Zielgruppen Fall-Managements (Disability Management). Im Fallmanagement des jeweiligen SGB II-Trägers übernehmen spezifisch qualifizierte Mitarbeiter das Fall-Management für diese Zielgruppe.
- Delegation des Fall-Management ins externe Hilfesystem (einschließlich Suchthilfesystem).
- Beauftragung der Suchthilfe für Zuarbeiten für das Fall-Management, so zum Beispiel das »Profiling« als Vorbereitung für die Eingliederungsvereinbarung.

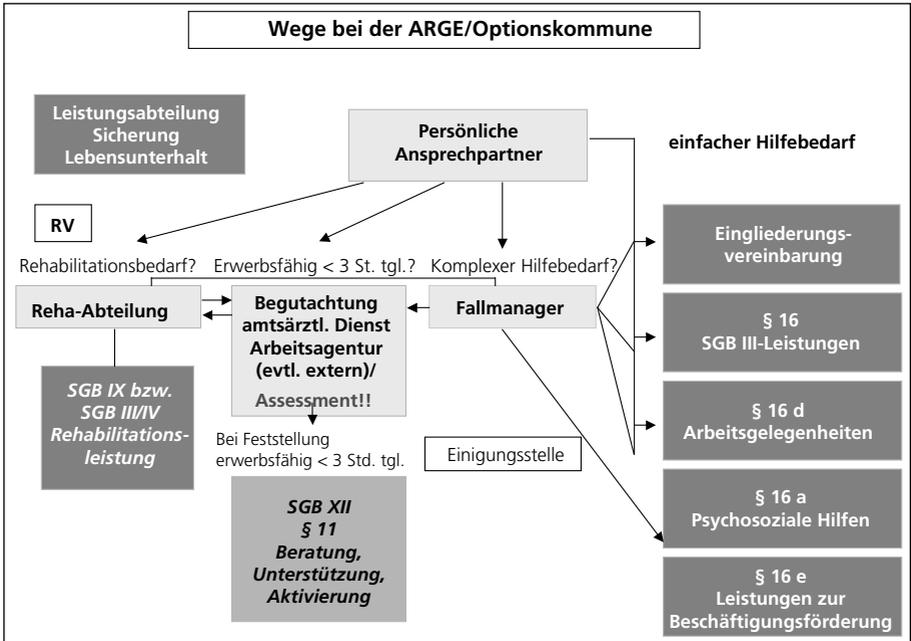


Abb. 4: Organisations- Ablaufschema SGB II-Träger

- »Direkte Drähte« zu Ansprechpartnern im Suchthilfesystem bei schwierigen Fällen.

Fördermöglichkeiten für Suchtkranke am Beispiel der ARGE Köln

Grundsätzlich stehen für Arbeitsuchende mit Suchterkrankungen bzw. Substanzproblemen alle allgemeinen Fördermöglichkeiten offen, soweit diese die geeignete Unterstützung bieten und eine entsprechende Prognose über die Erreichbarkeit der jeweils mit der Maßnahme verbundenen Zielsetzung besteht.

In den regionalen Zuständigkeitsbereichen der SGB II-Träger haben sich bis 2007 verschiedene Formen von zielgruppenspezifischen Angeboten entwickelt, wo sich herausstellte, dass so die besonderen Bedarfe besser zu berücksichtigen sind. Das können individuelle Förderungen auf den Einzelfall bezogen aber auch institutionell angebotene Einzel- und Gruppenmaßnahmen sein. Sofern diese Maßnahmen im Rahmen der sonstigen wei-

teren Leistungen gefördert wurden, sind diese zum Teil ab 2008 in die freie Förderung überführt worden. *Hier ist es ratsam, sich jeweils in den regionalen Steuerungsgruppen und den Facharbeitskreisen über die aktuelle Entwicklung zu informieren.*

Zur Darstellung der möglichen Bandbreite der Förderungen eignen sich beispielhaft die fachspezifischen Maßnahmen der ARGE Köln (S. Abb. 5).

Auch wenn diese Förderpalette sehr auf eine großstädtische Region zugeschnitten ist, so sind zumindest jeweils Einzelmodule vergleichbar mit Angeboten in anderen Regionen oder auch zukünftig übertragbar.

Fazit

Schaut man auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen, sind die Möglichkeiten der Arbeitsförderung für Suchtkranke nach dem SGB II vielfältig. Soweit eine fachlich qualifizierte Bedarfsfeststellung erfolgt und damit der individuelle Bedarf ermittelt ist, sind die entsprechend notwendigen Unterstützungsleistungen auf Grundlage des Gesetzes in der Regel realisierbar. Entscheidender Faktor ist in der tatsächlichen Umsetzung vor Ort der Umfang der finanziellen Ressourcen, der den SGB II-Trägern zur Verfügung steht, und die Art und Weise, wie die notwendigen Maßnahmen mit diesem Geld umgesetzt werden. Die Mittelverteilung ist eine bundespolitische Entscheidung, da es sich um Steuergelder des Bundes handelt und wird von der jeweiligen konjunkturellen Lage abhängen.

Die Art der Durchführung hängt von der konzeptionellen Ausrichtung des SGB II-Trägers vor Ort und von der Steuerung durch die Bundesagentur für Arbeit ab. Durch die Steuerung über die regionalen Einkaufszentren² und die Ausschreibungsvorgaben sind die Möglichkeiten der SGB II-Träger vor Ort allerdings stark eingeschränkt. Zwar besteht auch die Möglichkeit der freien Förderung, doch auch hier deutet sich bereits die Tendenz an, dass die Bundesagentur über die Ausschreibevorgaben hier inhaltlich Einfluss nehmen wird. Es bleibt abzuwarten, wie die Bundesagentur in den nächsten Jahren bei der Umsetzung der Neuorganisation bzw. Weiterentwicklung der Arbeitsmarktinstrumente auch besondere Zielgruppen bzw. Suchtkranke berücksichtigt.

-
- 2 In den regionalen Einkaufszentren stellt die Bundesagentur für Arbeit für die regionalen SGB II-Träger Maßnahmekontingente mit konzeptionellen Rahmenbedingungen (Produktinformationen) zur Verfügung, die mit den zur Verfügung stehenden regionalen Mitteln abgerufen bzw. eingekauft werden können.

Angebote für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen

JobLotse-DiMa - § 16 a SGB II	Unterstützende ggf. mehrwöchige Begleitung bei Behördengängen und Hilfestellung bei Antragsverfahren; Zuführung zu den entsprechenden Stellen im Kölner Hilfesystem.	4 JobLosen mit einer Kapazität von insgesamt 100 Klienten/monatlich.
JobProfil-MAT - § 46 SGB III	Vierwöchige Maßnahme mit lfd. Einstieg zur beruflichen Orientierung und Abklärung. Zielgruppe sind psychisch beeinträchtigte und behinderte Menschen.	24 Teilnehmerplätze
JobPromote	Projekt eines Trägerverbundes zur Integration von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in den allg. Arbeitsmarkt. Das Projekt umfasst die Teilnahme an einer AGH, gekoppelt mit notwendigen Qualifizierungen, Gesundheitsberatung, Arbeitsvermittlung und Koordination durch eine spezielle Integrationsbegleitung. Teilnahme max. 12 Monate.	200 Teilnehmerplätze
Ferry4u (U25)	Projekt zur Verbesserung der beruflichen Eingliederungschancen für <u>erheblich</u> sozial- und bildungsbenachteiligte Jugendliche und junge Erwachsene, deren Teilnahme an Maßnahmen der Reha-BB erfolglos verlief oder derzeit nicht in Betracht kommt. Regelförderzeit 9 Monate mit Option auf 3 Monate Verlängerung.	50 Teilnehmerplätze
JobBörse »Arbeit und Gesundheit«	Erweiterung des bestehenden Kölner JobBörsen-Programms für die Zielgruppe der ALG II-Bezieher/innen mit gesundheitlichen Einschränkungen.	360 Teilnehmerplätze
MAT- § 46 SGB III Eignungsabklärung, Leistungsdiagnostik, Arbeiterprobung	Vierwöchige MAT für die Zielgruppe der <u>somatisch</u> gesundheitlich beeinträchtigten Menschen: Anamese, Exploration, optionale arbeitsmedizinische/-psychiatrische Begutachtung, Eignungsdiagnostik, Arbeiterprobung, Verhaltensbeobachtung	192 Teilnehmerplätze

Angebote für Suchtkranke

Brücke zur Arbeit-AGH	Arbeitsgelegenheit zur Verbesserung der Integrationschancen von Menschen, die von illegalen Drogen abhängig oder substituiert sind; Dauer max. 12 Monate; individuelle Gestaltung der Arbeitszeit- mind. 15 Stunden- max. 30 Stunden pro Woche; arbeitsdiagnostischer Ansatz zu Beginn; Krisenintervention	30 Teilnehmerplätze
Suchtberatung Modul 1,2 a, 2 b	Anbindung an das Suchthilfesystem für Kunden mit noch nicht klar identifizierter Suchtproblematik; Angebot zur berufsorientierten Hilfeplanung Unterstützung auf dem Weg in Arbeit oder Qualifizierung; Maßnahmebegleitende Hilfe zur Stabilisierung	bedarfsorientiert
Zweiradwerkstatt 180°-AGH	Kunden mit akuter Drogenproblematik; AGH mit erhöhten Betreuungsaufwand Maßnahmedauer bis zu 18 Monate Zuweisung erfolgt über zentraler Träger Aids-Hilfe e.V.	15 Teilnehmerplätze

Abb. 5: Angebote der ARGE Köln für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Suchtkranke (Quelle: ARGE Köln, E. Koch)

Für Suchtkranke sind viele der allgemeinen Fördermöglichkeiten bei einer entsprechenden Unterstützung (siehe Beitrag Holke/Steinhart) nutzbar. Bestimmte Teilgruppen benötigen jedoch intensive und fachlich spezialisierte Förderung. Hier sind die Suchthilfe und der SGB II-Träger in der Pflicht, mehr Kooperationsstrukturen und Verbundarbeit aufzubauen, als es in der Vergangenheit der Fall war.

Literatur

- MÜNDER, J. (Hg.) (2005): Sozialgesetzbuch II – Grundsicherung für Arbeitssuchende; Lehr- und Praxiskommentar, Baden-Baden.
- MROZYNSKI, P. (2006): Grundsicherung und Sozialhilfe, Praxishandbuch zu SGB II und SGB XII. Boorberg Verlag, Stuttgart.

Zuverdienstprojekte und Arbeitsgelegenheiten für Suchtkranke in Rostock

Jochen Püttmann

»Welches Schweinderl hätten S' denn gern?« Diese Frage ist sicherlich vielen noch aus der Berufe-Rate-Show »Was bin ich?« bekannt, die vor über einem halben Jahrhundert zum ersten Mal im deutschen Fernsehen gesendet wurde und mit Unterbrechungen bis 1989 lief. Philosophisch, wenn auch wahrscheinlich von den Produzenten der Sendung nicht beabsichtigt, mutet die Frage nach dem »was bin ich?« an, die heute mit den sinn- und identitätsstiftenden Anteilen der Arbeit für den Menschen durch eine Vielzahl von Untersuchungen belegt und beantwortet wurde.

Die Bedeutung von Arbeit für den Menschen und insbesondere für den Personenkreis der Menschen mit Suchterkrankungen ist inzwischen unumstritten. Interessant dagegen ist die Frage, in welcher Form und wie viel Arbeit kann und darf man dem Personenkreis der Menschen mit Suchterkrankungen anbieten.

Es klingt vielleicht grotesk, wenn diese Frage in Mecklenburg-Vorpommern als Flächenland mit einer der höchsten Arbeitslosenquoten bundesweit gestellt wird. Aber genau hier stellt sich eben diese Frage als besonders dringlich. Wie viel Arbeit kann überhaupt angeboten werden, muss es eine Vollzeitstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt sein oder erfüllt auch eine Tätigkeit für zwei oder drei Stunden am Tag im landwirtschaftlichen Bereich den immateriellen Zweck der Arbeit, nämlich Identität, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Aktivität und Tagesstruktur für den genannten Personenkreis?

Die Versorgungsstruktur in Rostock

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen erfolgt in Rostock durch einen gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund, der seine Angebote im Rahmen eines regionalen Psychriatriebudgets erbringt. Die Einführung des Psychriatriebudgets erfolgte 2005 als Modellprojekt in Kooperation mit dem örtlichen und dem überörtlichen Sozialhilfeträger, dem Institut für Sozialpsychiatrie M-V und den beiden größten Leistungsanbietern im Bereich der komplementären Psychiatrie in Rostock, der Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH und der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Sozialdienst Rostock GmbH. Im Rahmen

dieses Budgets wird in der Hansestadt Rostock im Bereich Tagesstrukturierung ein Angebot von sechs Tagesstätten vorgehalten, die konzeptionell unterschiedlich ausgerichtet sind und in der Spannweite Leistungen zur Berufsvorbereitung, zur Tagesstrukturierung bis hin zu arbeitsähnlichen Angeboten mit Zuverdienst anbieten.

Außerhalb dieses Budgets existiert eine Tagesstätte, die speziell auf die Zielgruppe von Menschen mit Suchterkrankungen ausgerichtet ist und in der zwar keine Zuverdienstmöglichkeiten bestehen, die aber mit niederschweligen Trainingsmaßnahmen auf eine Tätigkeit im Zuverdienstbereich vorbereitet.

Der Zugang zu den Leistungen erfolgt ausschließlich über eine Empfehlung der Hilfeplankonferenz der Hansestadt Rostock unter der Beteiligung der örtlichen ARGE (*Arbeitsgemeinschaft nach dem SGB II*), die Hilfeplanung erfolgt mittels Integrierter Behandlungs- und Reha-Planung (IBRP).

Möglichkeiten des Zuverdienstes im Bereich der Tagesstätten

In der Hansestadt Rostock existiert in sechs der Tagesstätten die Möglichkeit des Zuverdienstes. Konzeptionell sind die drei Tagesstätten der Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik neben der Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auch auf die Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen ausgerichtet, was einer Kapazität von 75 Plätzen entspricht. Durch die bedarfsgerechte, platzunabhängige Finanzierung im Rahmen des Psychriatriebudgets können mit diesen 75 Plätzen durchschnittlich ca. 110 Menschen versorgt werden. Der Anteil von Menschen mit Suchterkrankungen bzw. Doppeldiagnosen im Bereich der Tagesstätten betrug in den letzten Jahren kontinuierlich ca. 30 %.

Die Möglichkeiten des Zuverdienstes orientieren sich an den konzeptionellen Ausrichtungen der Tagesstätten. Die beiden ältesten Tagesstätten der Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik, die 1999 bzw. 2000 eröffnet wurden, bieten neben tagesstrukturierenden Angeboten Zuverdienstmöglichkeiten im Bereich einer Großküche, der Hausreinigung, einem Hausmeisterbereich, einer Holz- und einer Fahrradwerkstatt und in der Grünanlagenpflege an.

Im Jahr 2004 wurde mit der Eröffnung einer Arbeitstagesstätte dem zunehmenden Bedarf an Zuverdienstmöglichkeiten Rechnung getragen. Auf einem ca. 36 ha großen ehemaligen Militärareal in der Rostocker Heide werden seit fünf Jahren mit Erfolg Pilze in den ehemaligen Bunkeranlagen produziert.

Zurzeit werden dort wöchentlich 1200 kg Champignons produziert, die vor allem regional bei verschiedenen Großhändlern vermarktet werden bzw. durch die Mitarbeiter im Zuverdienstbereich im betriebseigenen Hofladen direkt an die Kunden verkauft werden. Die gesamte Pilzproduktion ist nach QS GAP (Qualitätssiegel für landwirtschaftliche Produkte) zertifiziert.

Da die Arbeit in den Bunkern nicht für alle Nutzer der Tagesstätte geeignet ist, wurde das Angebotsspektrum der Tagesstätte um den Bereich einer Grünholzwerkstatt und der Forstwirtschaft erweitert. Hier existiert eine Kooperation mit dem Forstamt der Hansestadt Rostock, das die notwendigen Arbeiten im Waldgebiet mit dem Tagesstättenpersonal abstimmt. Die Grünholzwerkstatt, die seit 2007 in Betrieb ist, bietet durch die einfachen Hilfsmittel, die dort verwendet werden, auch motorisch ungeübter Klientel die Möglichkeit, Holz zu bearbeiten und zu Bänken, Tischen oder anderen Möbelstücken zu verarbeiten.

Der Anteil von Menschen mit Suchterkrankungen in der Arbeitstagesstätte liegt mit fast 40 % deutlich höher als der in den übrigen Tagesstätten.

Zurzeit arbeiten fast 60 Nutzer aus den Tagesstätten in den unterschiedlichen Zuverdienstbereichen, wobei fast 50 % in den Bereichen Pilzproduktion und Waldwirtschaft tätig sind, die andere Hälfte verteilt sich in den Bereichen Grünanlagenpflege, Küche, Reinigung, Holz- und Fahrradwerkstatt. Die Verteilung der Mitarbeiter in den Zuverdienstbereichen ist in Abbildung 1 zu sehen.

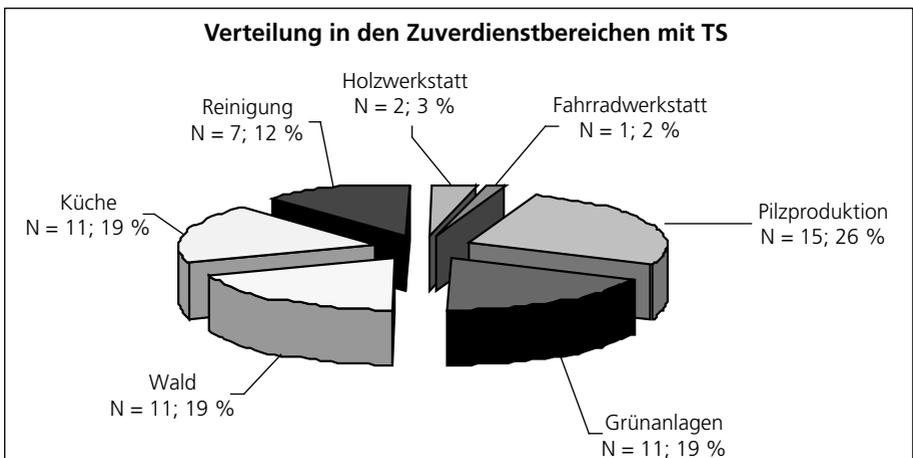


Abb. 1: Stand April 2009

Die rechtliche Stellung der Mitarbeiter im Zuverdienstbereich wird durch einen Zuverdienstvertrag geregelt, in dem grundlegende Dinge, wie Urlaub, Krankheit und Bezahlung, festgehalten sind. Arbeitsmedizinisch werden die Nutzer der Arbeitstagesstätte einmal im Jahr durch einen Betriebsarzt untersucht.

Seit 2008 wurde sukzessive versucht, im Bereich der Zuverdienstplätze der Tagesstätten durch die Nutzung der Möglichkeiten des § 16 e SGB II Wartelisten abzubauen und den leistungsfähigeren Mitarbeitern im Zuverdienstbereich die Möglichkeit zu bieten, für ihre Arbeit auch ein angemessenes Entgelt zu erhalten. Inzwischen erhalten acht Mitarbeiter Leistungen zur Beschäftigungsförderung, sieben davon arbeiten im Bereich der Pilzproduktion. Die Erfahrungen mit den Möglichkeiten der Arbeitsförderung sind gut, auch wenn es zu Beginn Akzeptanzprobleme seitens der Tagesstättennutzer im Zuverdienstbereich gab.

Das Rostocker Netzwerk Arbeit (RoNA)

Das Projekt RoNA startete im April 2006 und fand im September 2008 durch eine Veränderung in den Durchführungsbestimmungen zu dem damaligen § 16 Abs. 2 SGB II ein unfreiwilliges Ende, obwohl das Projekt sowohl von den Teilnehmern als auch von den Kostenträgern als positiv und erfolgreich eingeschätzt wurde.

RoNA war als Kooperationsprojekt zwischen vier Leistungsanbietern aus dem Bereich Psychiatrie und beruflicher Rehabilitation und der zuständigen ARGE konzipiert, mit dem Ziel, Menschen mit psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen eingeschlossen, über Arbeitsgelegenheiten mit Bildungsanteil und sozialpädagogischer Begleitung den Zugang zum Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Insgesamt wurden über den Projektzeitraum 43 Teilnehmer begleitet, von denen wiederum ca. 20 % die Diagnose Suchterkrankung aufwiesen.

Die Projektstruktur sah vor, dass in einer ersten Phase eine Arbeiterprobung in den teilnehmenden Unternehmen stattfand, die über den § 16 Abs. 2 SGB II als »Sonstige weitere Leistung« mit einer pauschalen Teilnehmerzuwendung vergütet wurde. Durch den Träger der beruflichen Rehabilitation wurde während der Arbeiterprobung eine Qualifizierung der Teilnehmer in den Bereichen vorgenommen, in denen Defizite bestanden. Die zweite Phase des Projektes war als Praktikum in Unternehmen am Markt mit Arbeitgeberbegleitung konzipiert. Über den gesamten Zeitraum fand eine

sozialpädagogische Begleitung der Teilnehmer statt, um Probleme, Krisen oder Rückfälle, die sich im Verlauf der Maßnahme ergaben, abzufangen.

Insgesamt wurde das Projekt als Erfolg eingeschätzt. Es erwies sich als ausgesprochen flexibel in Hinsicht auf die Wahlmöglichkeiten der Einsatzstellen und führte letztendlich dazu, dass bei knapp 40 % der Teilnehmer eine weitergehende Beschäftigung möglich war, die nicht nur im Rahmen von Zuverdienst Arbeitsplätzen erfolgte.

Zurzeit wird versucht, das Projekt unter neuem Namen und angepasst an die veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen erneut aufleben zu lassen.

Ausblick

Durch das ausdifferenzierte Angebot tagesstrukturierender Maßnahmen in Rostock in Verbindung mit Zuverdienstmöglichkeiten für Menschen mit Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen ist ein relativ breites Spektrum an Arbeitsmöglichkeiten entstanden, das für beide Personenkreise sowohl von den Tätigkeiten als auch von den Anforderungen an die Menschen im Zuverdienst flexibel handhabbar ist.

Der überdurchschnittlich hohe Anteil von Menschen mit Suchterkrankungen in den Einrichtungen, die von der Konzeption her auf eine arbeitsähnliche Tätigkeit ausgelegt sind, lässt darauf schließen, dass insbesondere hier für diesen Personenkreis ein hoher Bedarf besteht.

Trotz der insgesamt guten Akzeptanz an den Angeboten im Zuverdienstbereich besteht das Problem des Übergangs aus dem Bereich Zuverdienst in eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit. Obwohl Instrumente, wie beispielsweise der Beschäftigungszuschuss nach § 16e SGB II existieren, scheinen diese Maßnahmen bei Arbeitgebern wenig bekannt. In Kombination mit einer psychosozialen Unterstützung im Arbeitsprozess, wie beispielsweise im Projekt RoNA, läge hier eine Möglichkeit, die Zuverdienstbereiche nicht als »Sackgasse«, sondern als Übergang in eine unterstützte Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu nutzen.

VI Sucht und Straffälligkeit – Wer ist eigentlich zuständig? Was müsste passieren, um den Menschen im Strafvollzug/ Maßregelvollzug gerecht zu werden?

Einleitung

Niels Pörksen, Iris Hauth

Die Zukunft der Suchtkrankenhilfe – das Thema der APK-Jahrestagung 2009 –, kann in diesem Symposium zum Thema »Sucht und Straffälligkeit« nicht vom Untertitel her – von der Person zur integrierten Hilfe im regionalen Verbund – entwickelt werden.

Beim Strafvollzug und beim Maßregelvollzug geht es zunächst einfach um die Fragen, wie in den genannten Institutionen mit erforderlichen Hilfen für suchtkranke Menschen umgegangen wird.

Suchtkranke Häftlinge finden sich in großer Zahl im Strafvollzug. Carl-Ernst von Schönfeld berichtet in seinem Beitrag ausführlich über die Untersuchungen aus Bielefeld. Seine Befunde zu den erschreckend hohen Zahlen der Suchtkranken im Strafvollzug werden während des Symposiums zwar angezweifelt in Bezug auf die Anzahl; alle Beteiligten sind sich aber einig, dass in allen Haftanstalten der Bundesrepublik eine alarmierend hohe Zahl suchtkranker Menschen untergebracht sind und dass bisher nur wenig getan wird, diesen Personenkreis während der Haft, in der Entlassungsvorbereitung und nach der Entlassung angemessen zu behandeln. Dabei wäre es ohne allzu großen Aufwand möglich, die Suchtkrankenbehandlung im Strafvollzug fest zu verankern. Norbert Konrad und Carl-Ernst von Schönfeld entwickeln dazu Perspektiven.

Peter Reckling ergänzt die Beiträge aus dem Strafvollzug und weist auf die Bedeutung integrierter und kontinuierlicher Kooperation zwischen Bewährungshilfe, Strafvollzug und allgemeiner Suchtkrankenhilfe hin.

Bernhard Wittmann berichtet aus der Perspektive des Maßregelvollzugs. Intensive und nachhaltige Behandlung der Suchterkrankung ist im Maßregelvollzug möglich. Die anschließende Vermittlung in die allgemeine ambulante Suchtkrankenhilfe gelingt praktisch nicht. Deshalb müssen die erfolgreichen forensischen Nachsorge – Ambulanzen ausgebaut und überall zur Verfügung stehen.

... aus Sicht eines Gefängnis-Krankenhaus Öffnung der §§ 35 ff. BtmG für Alkoholabhängige?

Norbert Konrad

Im Bereich der Forensischen Psychiatrie hat es in der aktuellen Legislaturperiode zwei relevante Gesetzesänderungen gegeben. Am 18.04.2007 trat das Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht in Kraft, das u. a. die Möglichkeit einer zeitlich befristeten stationären Krisenintervention bei aus der Maßregel bedingt Entlassenen ohne Notwendigkeit des Bewährungswiderrufs schuf. Das Gesetz zur Sicherung der Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt vom 19.07.2007 regelt u. a. die Vollstreckungsreihenfolge bei den in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 Strafgesetzbuch (StGB) Untergebrachten neu, bei denen gleichzeitig auf eine längere Freiheitsstrafe erkannt worden ist: Die generelle Vorwegvollstreckung der Maßregel ist nun einer (vernünftigeren) Regelung gewichen, nach der in der Regel bei längeren Freiheitsstrafen eine Vorwegvollstreckung eines Teils der Freiheitsstrafe erfolgt und der Zeitpunkt der Überweisung in den Maßregelvollzug danach bemessen wird, dass nach der zu erwartenden Therapiedauer eine Entlassung zum Halbstrafenzeitpunkt möglich wird.

Weitere Gesetzgebungsvorhaben sind mir nicht bekannt; ob aus einem Expertengespräch der AG Rechtspolitik der SPD am 03.03.2008 eine Gesetzesinitiative erfolgt, erscheint mir in der Prioritätensetzung angesichts der neueren finanzpolitischen Entwicklungen fraglich. Gleichwohl möchte ich das Thema des Expertengesprächs aufgreifen und dazu animieren, die Thematik weiterzuverfolgen, eine Öffnung der §§ 35 ff. Betäubungsmittelgesetz (BtmG) für Alkoholabhängige gesetzlich zu verankern.

Der § 35 BtmG (»Zurückstellung der Strafvollstreckung«) regelt in Absatz 1:

»Ist jemand wegen einer Straftat zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als 2 Jahren verurteilt worden und ergibt sich aus den Urteilsgründen oder steht sonst fest, dass er die Tat aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat, so kann die Vollstreckungsbehörde mit Zustimmung des Gerichts des 1. Rechtszuges die Vollstreckung der Strafe, eines Strafrestes oder der Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für längstens 2 Jahre zurückstellen, wenn der Verurteilte sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist. Als Behandlung gilt auch der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Ein-

richtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegen zu wirken.«

Durch die Zurückstellung soll der drogenabhängige Verurteilte über den Druck des noch anstehenden Strafvollzugs im Falle des Scheiterns einerseits, andererseits durch die Möglichkeit des Erwerbs vorzeitiger Aussetzung zur Bewährung nach erfolgreichem Abschluss der Therapie motiviert werden, sich einer freiwilligen, meist stationären Therapie zwecks Bekämpfung seiner Drogensucht zu unterziehen (SCHÖFBERGER 2005).

Tab. 1: Untergebrachte (Alte Bundesländer einschl. Berlin-West), Strafgefangene und Patienten der allgemeinen Psychiatrie (Alte Bundesländer einschl. Berlin-West (1970–1990, ab 1995 Deutschland) (Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden)

Jahr	Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB		Zum Vergleich	
	Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63)	Entziehungsanstalt (§ 64)	Strafvollzugsanstalt	Psychiatrie (aufgestellte Betten)
1970	4222	179	35 209	117 596
1975	3494	183	34 271	115 922
1980	2593	632	42 027	108 904
1985	2472	990	48 212	94 624
1990	2489	1160	39 178	70 570
2000	4098	1774	60 798	54 802
2005	5640	2473	63 533	53 021 (2004)

Tabelle 1 und 2 belegen, dass es im Bereich des Maßregelvollzugs gemäß §§ 63 und 64 StGB in den letzten Jahren eine kontinuierliche Zunahme der belegten Betten gibt, wobei zuletzt im Bereich der Entziehungsanstalten eine gewisse Drosselung der Belegungszunahme eingetreten ist. Betrachtet man die Zahl der Gefangenen, ist es seit etwa 2003 zu einer recht gleich bleibenden Belegung gekommen.

Auch wenn die Zahl der im Strafvollzug untergebrachten Gefangenen in den letzten Jahren nicht angestiegen ist, befinden sich im Justizvollzug weit mehr Abhängigkeitskranke als im Maßregelvollzug. Nach einer Erhebung der kriminologischen Zentralstelle (HEIMERDINGER 2006) sind 14 bis 22 % der Gefangenen nach Einschätzung des Ärztlichen Dienstes mit hoher oder sehr hoher Wahrscheinlichkeit als alkoholabhängig im Sinne der Kriterien der ICD-10-Klassifikation zu bezeichnen.

In diesem Kontext ist eine Untersuchung über Ersatzfreiheitsstrafen erwähnenswert (KONRAD 2004), nach der eine hohe Prävalenz von Alkoholabhängigkeit (1999 = 57 %) anzunehmen ist. In einer Folgeuntersuchung

Tab. 2: Untergebrachte (Alte Bundesländer einschl. Berlin-West), Strafgefangene und Patienten der allgemeinen Psychiatrie (Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden)

Jahr	Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB		Zum Vergleich	
	Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63)	Entziehungsanstalt (§ 64)	Strafvollzugsanstalt	Psychiatrie (aufgestellte Betten)
2000	4098	1774	60 798	54 802
2002	4462	2088		
2003	5118	2281	62 594	
2004	5390	2412	63 677	53 021
2005	5640	2473	63 533	
2006	5917	2619	64 512	52 923
2007	6061	2603	64 700	53 169
2008	6287	2656	62 348	

2004 (MÜLLER-FOTI 2007) ergab sich ein ähnlicher Wert (55 %). Eine Studie über die Prävalenz psychischer Störungen bei Untersuchungsgefangenen (MISSONI et al. 2003) ergab auch ein über den von der kriminologischen Zentralstelle Wiesbaden vermeldeten Prävalenzzahlen liegendes Ergebnis. Schließlich ist 2006 eine Studie erschienen (VON SCHÖNFELD et al. 2006), die die Prävalenz psychischer Störungen bei weiblichen und männlichen Gefangenen der JVA Brackwede untersucht hat. In dem hier interessierenden Bereich der psychotropen Substanzen kam eine Abhängigkeit (häufig von mehreren Substanzen) mit fast 70 % bei den Frauen häufiger vor als bei den Männern. Bei der Betrachtung der einzelnen Substanzen zeigten sich häufigere Alkohol bezogene Störungen bei den Männern (59,2 % vs. 23,8 %), aber doppelt so häufige Opiat bezogene Störungen bei den Frauen im Vergleich zu den männlichen Gefangenen (60,3 % vs. 31,6 %).

Soweit in Diskussionen eine Veränderung in der »Typologie der Süchtigen« diskutiert wird, muss festgehalten werden, dass eine hierfür erforderliche Längsschnittuntersuchung nicht existiert. Möglicherweise wird heutzutage auch im Hinblick auf die Frage der Co-Morbidität genauer untersucht. Die psychiatrische Co-Morbidität war in der Untersuchung von v. SCHÖNFELD et al. (2006) bei den Personen mit substanzbezogenen Störungen ausgeprägter als bei denjenigen ohne eine Diagnose aus dieser Gruppe. Nähere Zahlen hierzu wurden wegen der geringen Stichprobengröße aber nicht mitgeteilt.

In den erwähnten Ersatzfreiheitsstrafenstudie (KONRAD 2004) hatten an Alkoholismus Erkrankte keine bevorzugten Begleiterkrankungen, sieht man von Nikotinabhängigkeit (67,5 %), neurotischen, Belastungs- und so-

matiformen Störungen (64,9 %) – hier insbesondere Phobien (45,5 %) und somatoforme Störungen (31,2 %) – sowie affektive Störungen (45,5 %) mit der Dysthymie (24,7 %), ab.

Auch wenn man die Frage der Repräsentativität vor allem in der Bielefelder Studie infrage stellen muss (von 197 ausgewählten männlichen Gefangenen konnten 76, von 105 ausgewählten weiblichen Gefangenen 63 vollständig untersucht werden), besteht unter Berücksichtigung der Gesamtdatenlage wissenschaftlich kein Zweifel, dass sich die Mehrzahl der alkoholabhängigen Straftäter nicht im Maßregelvollzug gem. § 64 StGB, sondern im Justizvollzug befindet. Gleichfalls muss man daraus folgern, dass unter Berücksichtigung von personellen, materiellen und organisatorischen Gesichtspunkten im Vollzug letztlich keine so spezifischen Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten für Alkoholranke vorhanden sind, wie es sie in vergleichbaren Therapieeinrichtungen außerhalb des Vollzuges gibt.

Ein Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und Delinquenz ist anzunehmen, wenn

- das Delikt aus einem tatwirksamen Rauschzustand resultiert;
- das Delikt der Alkoholbeschaffung dient;
- das Delikt Ausfluss einer Persönlichkeitsdepravation nach langjährigem Alkoholismus ist.

Betrachtet man die 463 Inhaftierten, die 1997 mit einer Restfreiheitsstrafe von bis zu einem Jahr durch die Einweisungsabteilung des Berliner Justizvollzuges eingewiesen wurden, wurde die Tatmotivation von der Einweisungsabteilung (EWA) wie folgt eingestuft (mehrfach Nennungen möglich):

- 101 (= 21,8 %) »Drogen-/Alkoholkonsum bedingt vorwiegend die Tatmotivation«.
- 103 (= 17,9 %) »Sucht-/Beschaffungskriminalität«.
- Bei 221 (= 47,7 %) wurde kein Suchtmittelmissbrauch festgestellt.

Bei den übrigen Gefangenen bestand eine Alkohol- (96 = 20,7 %) oder Heroinproblematik/Polytoxikomanie (104 = 22,5 %) im Vordergrund.¹

Bei einigen dieser Täter kommen bereitstehende sanktionsrechtliche Möglichkeiten wie Behandlungsweisungen als Bewährungsmaßnahme (wegen schlechter Legalprognose) oder die Unterbringung im Maßregelvollzug

1 Scheinbare Widersprüche zwischen Absolut- und Prozentzahlen resultieren aus missing data.

gemäß § 64 StGB (etwa mangels Erheblichkeit der zu erwartenden Straftaten oder derzeitig fehlender positiver Behandlungsprognose) nicht zum Zuge. Mitunter werden aber auch die Voraussetzungen einer Unterbringung gem. § 64 StGB gar nicht geprüft oder sie lassen sich nicht zuverlässig feststellen. So zeigen Ergebnisse eines nicht publizierten Forschungsprojekts, dass eine mögliche Alkoholproblematik in Strafverfahren, die mit dem Auswurf kurzer Freiheitsstrafen enden, unzureichend behandelt wird.

In diesem Forschungsprojekt wurde eine Quartalsstichprobe (01.07. bis 30.09.1989) aller Inhaftierten des Landes Berlin mit einer (Rest-)Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr untersucht, welche zu einer Einweisung durch die EWA des Berliner Justizvollzuges gelangten. Davon konnten 138 (= 79 %) mithilfe eines standardisierten Erhebungsbogens ausgewertet werden. In den übrigen Fällen standen die Einweisungsunterlagen, insbesondere die Urteile, nicht zur Verfügung. Der Vergleich, der in den Urteilsfeststellungen getroffenen diagnostischen Einschätzungen mit denjenigen der Einweisungskommission ergaben, dass lediglich in einem Fall durch die EWA keine Suchtproblematik festgestellt wurde, während das erkennende Gericht von einem schädlichen Gebrauch von Alkohol ausgegangen war. Umgekehrt fanden sich jedoch 48 Fälle (= 34,8 %), in denen die EWA Suchtmittelmissbrauch (30 Fälle) oder -abhängigkeit (18 Fälle) feststellte. Hier stellt sich die Frage, ob eine durch eine psychiatrische Begutachtung im Erkenntnisverfahren eine bessere diagnostische Einschätzung durch das erkennende Gericht und eine verstärkte Berücksichtigung potenziell schuldfähigkeitsmindernder Gesichtspunkte möglich gewesen wäre. Hierfür spricht auch die tatmotivationale Einschätzung der EWA, die bei 50 Gefangenen (= 36,2 %) Straftaten durch akuten Alkohol- oder Drogenkonsum ausgelöst sah.

Neben der in der Praxis nicht seltenen mangelnden oder fehlenden Prüfung der Unterbringungsvoraussetzungen gemäß § 64 StGB in derartigen Fällen würde eine Zurückstellungsmöglichkeit analog § 35 ff. BtmG in Fällen des Erreichens der Höchstfrist gem. § 67 d Abs. 4 StGB oder nach Erledigungserklärung wegen Aussichtslosigkeit gem. § 67 d Abs. 5 StGB bei in einer Entziehungsanstalt Untergebrachten eine zweite Therapie- und Rehabilitationschance eröffnen.

Als Gegenargumente, die die bisherige Beschränkung der Zurückstellungslösung auf illegale Drogen beschränkt wissen wollen, gelten vor allem:

- Illegale Drogen sind nicht leicht verfügbar.
- Der Drogenerwerb ist pönalisiert (*unter Strafe gestellt*).

- »Harte« Drogen führen schneller zu einer Abhängigkeit.
- Alkoholmissbrauch spielt eine größere Rolle bei der Gewaltdelinquenz als Drogenmissbrauch.
- Bei Drogenerwerb ist ein höherer finanzieller Aufwand nötig.
- Drogen sind leichter in den Vollzug einzuschmuggeln als Alkohol.

Diese unbestreitbaren Unterschiede zwischen (illegalen) Drogen und Alkohol begründen jedoch aus meiner Sicht nicht ein Sonderrecht für den betäubungsmittelabhängigen Täter. Letztlich ist aus forensisch-psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar, warum betäubungsmittelabhängige Täter privilegiert werden sollen. Im rechtlichen Bereich dürfte sich im Falle einer Ausweitung der bisherigen Regelungen auf alkoholabhängige Täter die Frage stellen, ob man eine begrenzte Zurückdrängung der Maßregelunterbringung nach § 64 StGB gegenüber der vollstreckungsrechtlichen Zurückstellungslösung begrüßt und, ob es statt eines »Sonderrechtes« nicht besser wäre, den Umgang mit suchtmittelabhängigen Tätern im allgemeinen Straf- und Strafvollstreckungsrecht zu verankern. Zumindest sollte Einigkeit darüber geschaffen werden, dass das allgemeine strafrechtliche Prinzip »Vorrang der Therapie vor Strafe« auch für Alkoholabhängige zu gelten hat.

Als Fazit wäre festzustellen, dass es nicht forensisch-psychiatrischer Beurteilungskompetenz obliegt, ob dem wissenschaftlich festzustellenden Therapiebedarf, also mehr Entwöhnungsbehandlungsmöglichkeiten für inhaftierte Alkoholabhängige, in der Justizpraxis mehr Rechnung getragen werden soll, oder ob punitiven (*Straf-*) und Sicherheitsaspekten der Vorrang gegeben werden soll.

Literatur

- HEIMERDINGER, A. (2006): Alkoholabhängige Täter. Justizielle Praxis und Strafvollzug. Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle, Wiesbaden.
- KONRAD, N. (2004): Prävalenz psychischer Störungen bei Verbüßern einer Ersatzfreiheitsstrafe. R&P 22: 147–150.
- MISSONI, L./UTTING, F.M./KONRAD, N. (2003): Psych(iatr)ische Störungen bei Untersuchungsgefangenen. Ergebnisse und Probleme einer epidemiologischen Studie. ZfStrVo 52: 323–332.
- MÜLLER-FOTI, G./ROBERTZ, F.J./SCHILDBACH, S./WICKENHÄUSER, R. (2007): Punishing the disoriented? Medical and criminological implications of incarcerating patients with mental disorders for failing to pay a fine. International Journal of Prisoner Health 3: 87–97.

- RASCH, W./KONRAD, N. (2004): Forensische Psychiatrie. 3. Auflage. Kohlhammer, Stuttgart.
- SCHÖFBERGER, F. (2005): Zurückstellung nach § 35 BtmG und Vollstreckungsreihenfolge, NStZ 8: 441–443.
- VON SCHÖNFELD, C.-E./SCHNEIDER, F./SCHRÖDER, T./WIDMANN, B./BOTTHOFF, U./DRIESSEN, M. (2006): Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen gefangenen. Nervenarzt 77: 830–841.

... aus Sicht des Maßregelvollzugs

Bernhard Wittmann

In der Bundesrepublik Deutschland hat sich die Zahl der nach § 64 Strafgesetzbuch (StGB) untergebrachten suchtkranken Straffälligen bei gut 2500 Personen eingependelt (Abbildung 1). Wir haben es also mit einer überschaubaren Personenzahl zu tun.

Stichtagserhebung Dr. von der Haar 2007 – Unterbringungszahlen

Unterbringung nach § 64 StGB, differenziert

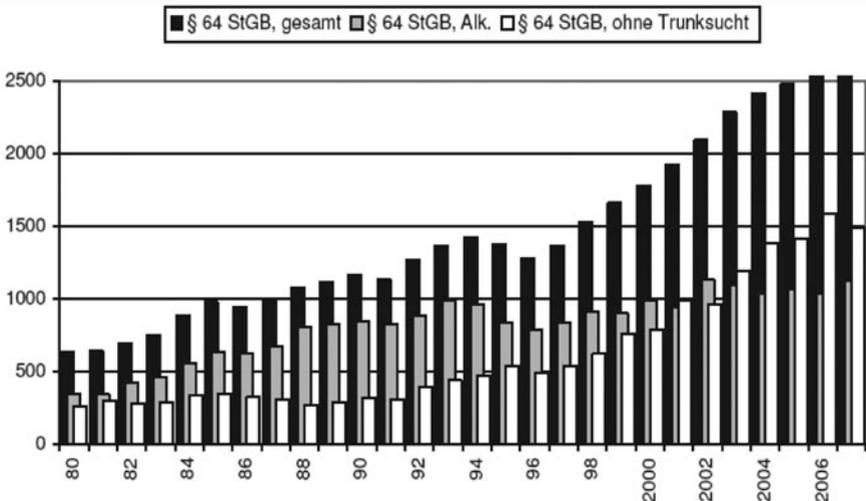


Abb. 1:

Auch die Zahl der zu freiheitsentziehenden Maßregeln gemäß § 64 StGB Verurteilten ist seit Jahren relativ konstant (Abbildung 2) und liegt um 1600 Personen pro Jahr (§ 63 ca. 800 Untergebrachte pro Jahr). Daraus errechnet sich eine durchschnittliche Verweildauer von gut 1 ½ Jahren in der Maßregel.

Diese durchschnittliche Verweildauer umfasst ganz unterschiedliche Wege, auf denen die Maßregel beendet werden kann (Abbildung 3).

Zum einen ist das die gerichtlich angeordnete Entlassung aus der Maßregel zur Bewährung beim positiven Behandlungsverlauf gemäß § 67 d Abs. 2

Verurteilungen zu freiheitsentziehenden Maßregeln §§ 63, 64, 66 StGB

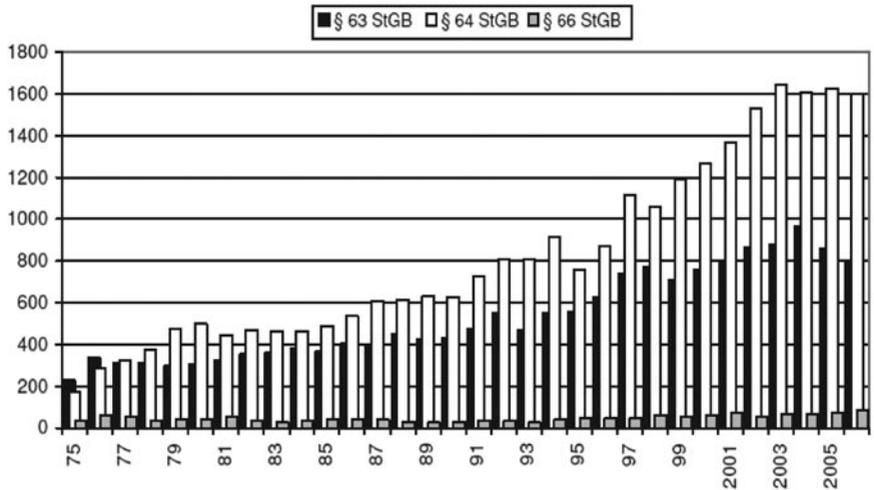


Abb. 2:

Beendigung der Maßregel gem. § 64 StGB

§ 67 d Abs. 2 Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung

→ in der Regel in Freiheit

→ Führungsaufsicht

§ 67 d Abs. 4 Entlassung aus Unterbringung bei Höchstfrist

→ bei positiver Prognose: in der Regel in Freiheit

→ Führungsaufsicht

§ 67 d Abs. 5 Erledigung der Maßregel wegen mangelnder Therapieaussicht

→ in der Regel anschließende Haft

→ Führungsaufsicht

Abb. 3:

StGB, zum anderen die Entlassung zur Höchstfrist der Unterbringung gemäß § 67 d Abs. 4 StGB. Das bedarf vielleicht einer Erklärung: in der Maßregel gemäß § 64 StGB – anders als in der Unterbringung psychisch kranker Rechtsbrecher nach § 63 StGB – wird je individuell abhängig von der parallel verhängten Haftstrafe die maximale Dauer der Therapie von der Staatsanwaltschaft als Vollstreckungsbehörde errechnet und Patient wie Behandlungseinrichtung mitgeteilt. Dies geschieht nach der Formel: reguläre Dauer der Maßregel 2 Jahre + anrechenbare Zeit der parallelen Haftstrafe = Gesamthöchstdauer. Die anrechenbare Zeit wiederum errechnet sich aus $2/3$ der parallelen Haftstrafe. Das letzte Drittel bleibt immer für die Möglichkeit der Aussetzung zur Bewährung unberücksichtigt.

Beispiel: Ein Patient wird zu 3 Jahren Haft und der Unterbringung gemäß § 64 StGB verurteilt. Seine Höchstfrist errechnet sich aus 2 Jahren Maßregelvollzug + $2/3$ von 3 Jahren Haft = insgesamt 4 Jahre.

Ein weiterer Weg der Beendigung der Maßregel ist die »Erledigung« gemäß § 67 d Abs. 5 StGB, wenn keine hinreichend günstige Prognose (mehr) besteht. In der Regel besteht dann noch ein Strafrest (das Restdrittel von oben), sodass die Überführung in Haft die Folge ist. In wenigen Fällen gibt es aber keine parallele Haftstrafe, zum Beispiel wenn bei der Unterbringung der § 20 StGB zugrundegelegt wurde oder wenn durch Vorwegvollzug alle Strafe abgesehen wurde. Dann erfolgt die Entlassung auch bei diesen prognostisch ungünstigen Fällen in Freiheit. Die sonstig begründeten Beendigungen (Abschiebung, Flucht und Tod) fallen zahlenmäßig nicht ins Gewicht.

Ein wesentliches versorgungspolitisches Problem im § 64 ist die Tatsache, dass wiederum stabil seit mehreren Jahren über 50 % der Unterbringungen mit der »Erledigung der Maßregel« wegen Aussichtslosigkeit und damit in der Mehrzahl mit der Rückführung in Haft enden (Abbildung 4). Auf dieses Phänomen werde ich noch weiter unten eingehen.

Im Folgenden wird mein Referat nach dieser Einführung in möglichst knapper Form drei Hauptthemen behandeln: Zum einen werde ich Ihnen kurz eine eigene Katamnese-Studie vorstellen. Im zweiten Abschnitt will ich mich exemplarisch mit der Frage beschäftigen, inwieweit es Möglichkeiten gibt, die hohe Zahl an Rückführungen in die Haft zu reduzieren und im dritten Abschnitt will ich nur hier kurz einige versorgungspolitische Aspekte beleuchten.

Stichtagserhebung Dr. von der Haar 2007 – Erledigung der Maßregel

Erledigung der Maßregel in % als Anteil der strafrechtlichen Entlassungen

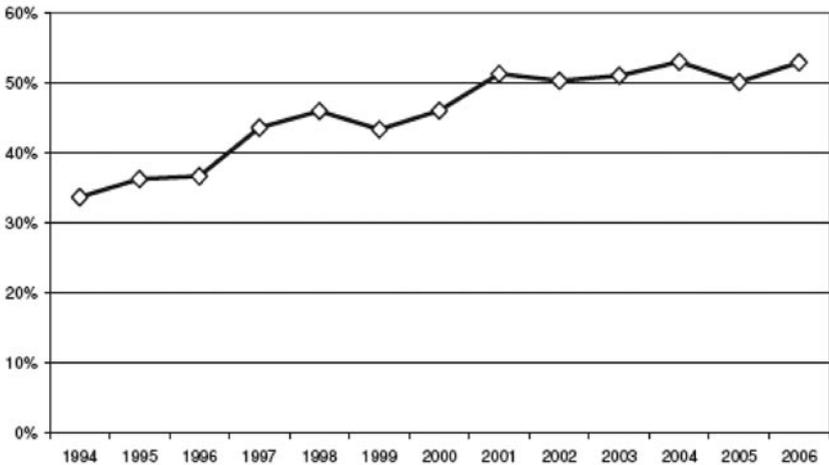


Abb. 4

Katamnese- Studie

Es handelt sich um eine Erhebung im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, in der insgesamt 160 Patienten der Entlass-Jahrgänge 2001 bis 2003 erfasst wurden und die Legalbewährung in den folgenden drei Jahren untersucht wurde (Abbildung 5).

Im Ergebnis waren gut 50 % der Entlassenen drei Jahre später straf-frei (Abbildung 6) ohne wesentliche Unterschiede bezüglich der primären Suchtdiagnose.

Und nur bei einem knappen Viertel der Verurteilungen führte das zu einer neuen Unterbringung im Straf- oder Maßregelvollzug, bei 3/4 der Fälle war die Sanktion Geldstrafe oder Bewährungsstrafe (Abbildung 7).

Die dazugehörigen Straftaten bewegen sich ganz überwiegend im »niedrigen Deliktniveau« (Abbildung 8), gerade auch im Vergleich mit den zur ursprünglichen Unterbringung führenden Delikten (Abbildung 9).

Diese Ergebnisse decken sich relativ weitgehend mit vergleichbaren Vor-untersuchungen aus dem Maßregelvollzug (siehe Abbildung 10).

Datenerhebung: Die Patienten

Auswahlkriterien:

Entlassungsjahrgänge: 2001 bis 2003

Katamnesezeitraum: 3 Jahre

Auswahlkriterien der Patienten:

- Aussetzung zur Bewährung (§ 67 d 2 StGB) oder
- Ablauf der Höchstfrist (§ 67 d 4 StGB) oder
- Abbruch mangels Erfolgsaussicht (§ 67 d 5 StGB) und Entlassung in Freiheit

Sample:

LWL-MRV-Klinik Schloss Haldem 94 Patienten

LWL-Therapiezentrum Marsberg 28 Patienten

Fachklinik „Im Deerth“, Hagen 14 Patienten

Klinik Brilon-Wald 24 Patienten

Fälle insgesamt: 160 Patienten

Abb. 5:

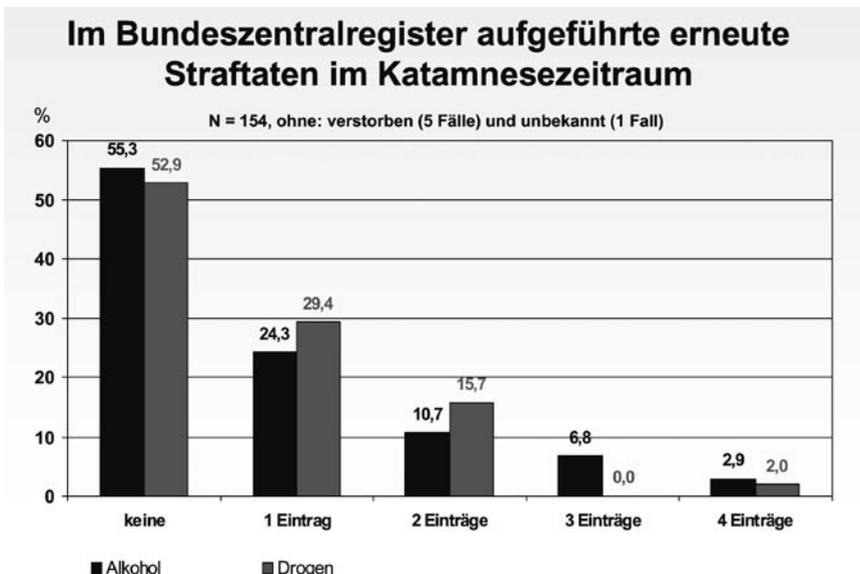


Abb. 6:

Erste erneue Verurteilung im Katamnesezeitraum (n = 70)

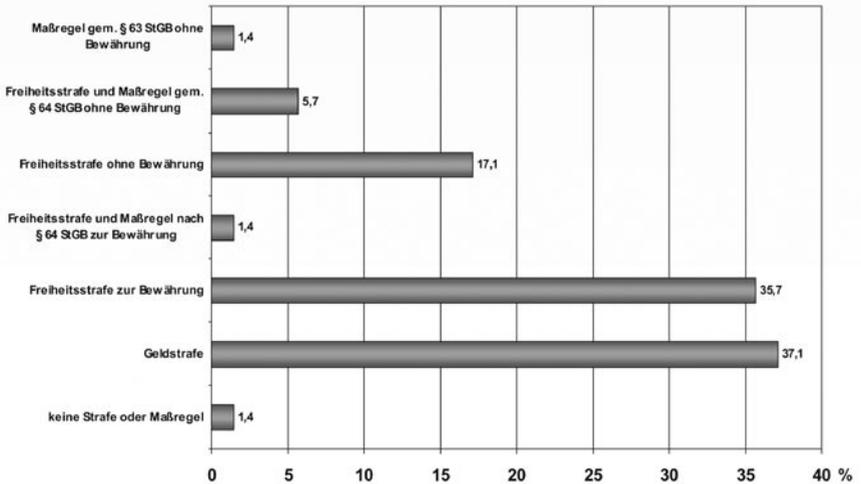


Abb. 7:

Erste erneue Straftat im Katamnesezeitraum (n = 70, Hauptdelikt)

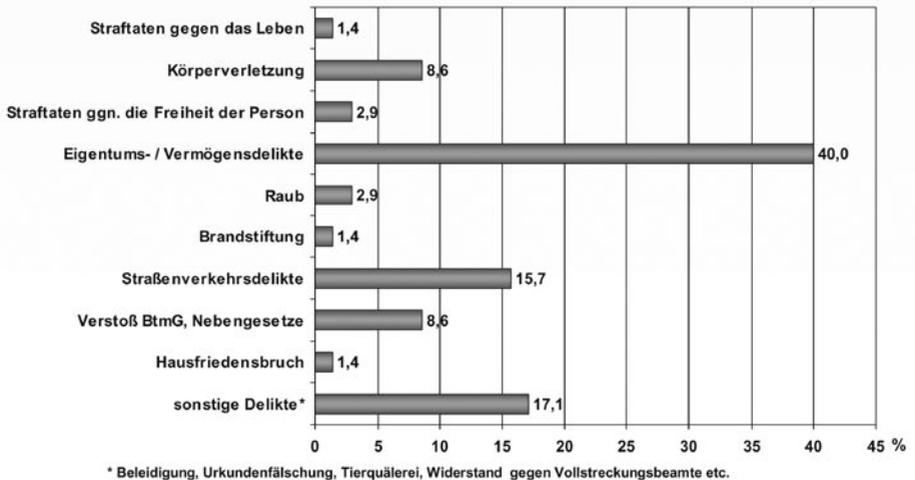


Abb. 8:

Haupt-Unterbringungsdelikt und Suchtdiagnose

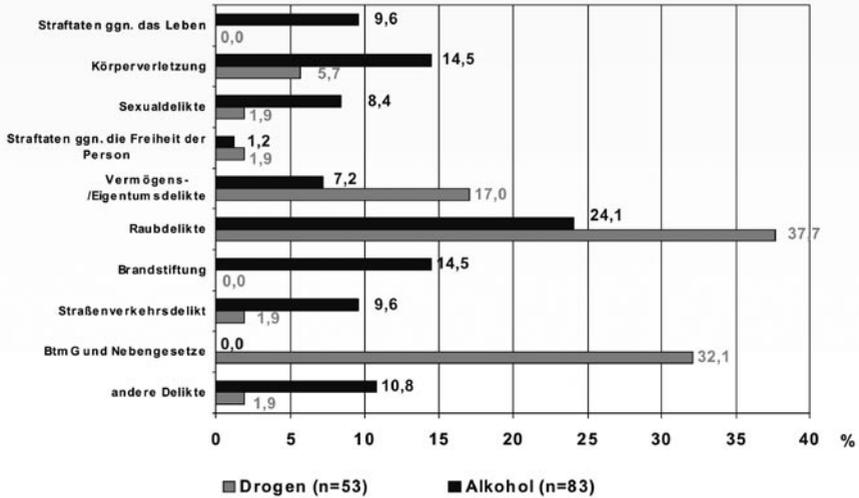


Abb. 9:

Katamnesen

Schulzke (1993) 42 %

*N = 86 (nur Drogenabhängige)
Katamnese-Zeitraum: 3 Jahre*

Dessecker (1996) 57 %

*N = 150 (¼ Alkohol, ¾ Drogen)
Katamnese-Zeitraum: 2 Jahre*

von der Haar (2002) 66 %

alle sicher erfassten Patienten

nicht erreichte Patienten als rückfällig eingestuft 47 %

*N = 147 (nur Alkoholranke)
Katamnese-Zeitraum: 2 Jahre 8 Monate*

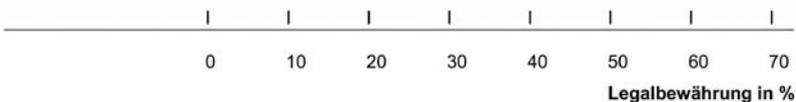


Abb. 10:

Das wird individuell unterschiedlich bewertet werden. Aber – mal abgesehen von den Problemen mit den Dunkelziffern – bleibt gut die Hälfte der Patienten nach Entlassung aus der Maßregel gemäß § 64 StGB straffrei und die andere Hälfte begeht – verglichen mit ihren Eingangsdelikten – Straftaten mit deutlich geringer Deliktiefe (Abbildung 11).

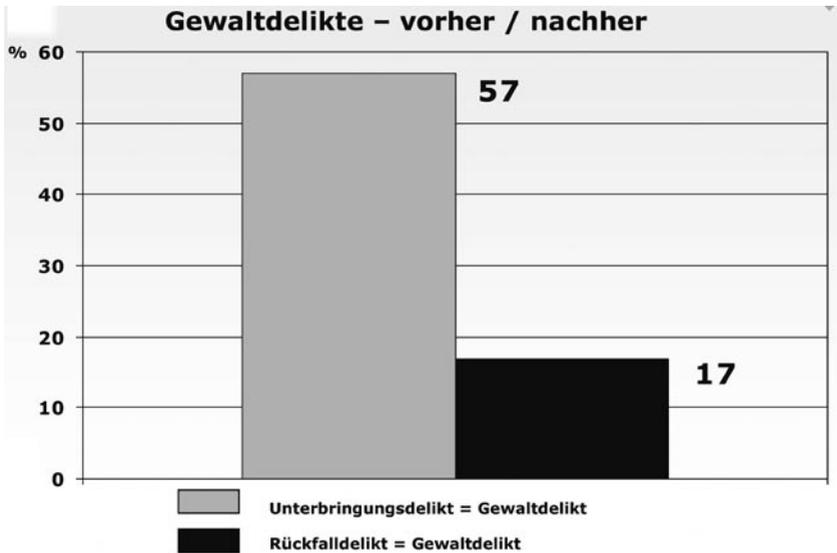


Abb. 11:

Zudem ist zu berücksichtigen, dass bei den untersuchten Entlassungsjahrgängen eine Betreuung durch die Forensische Nachsorge Ambulanz (FNA) noch nicht verwirklicht war. In Analogie zu den Erfahrungen mit entlassenen psychisch kranken Rechtsbrechern gemäß § 63 StGB (Seifert-Studie) steht eine spürbare Verbesserung der Legalbewährung zu erwarten.

Hohe Quote der Erledigungen der Unterbringung wegen Aussichtslosigkeit

Die Zahl von 50 Prozent ist ja schon erschreckend, aber es ist auch keine klinik-invariante Konstante. Sie differiert klinik-individuell zwischen 25 % am unteren und an die 80 % am oberen Ende. Mit anderen Worten: Einrichtungsvariablen (Struktur, Personalausstattung, Finanzierung, Konzept etc.) spielen bei der Haltekraft sicher eine wesentliche Rolle, Unterschiede

in der Patientenpopulation können diese enorme Varianz nicht erklären. In einer Nordrhein-Westfalen-weiten Untersuchung konnte Dr. Pollähne im Jahr 2005 keinerlei patientenbezogene Prädiktoren finden, die geeignet gewesen wären, das Behandlungsergebnis in der Unterbringung nach § 64 StGB vorherzusagen. Dr. Schalast vom Essener Institut hat in einer kürzlich veröffentlichten Studie einige prognostisch ungünstige Risikogruppen unter alkoholkranken Patienten in der Maßregel identifiziert. Das sind Patienten unter anderem mit desolaten Verhältnissen in der Ursprungsfamilie, mit ADHS im Schulalter und mit ausgeprägter Reizbarkeit und Aggressivität im Stationsalltag. Diese Befunde verweisen auf das Problem der Co-Morbidität. Bei den nach § 64 Untergebrachten liegen zumindest 50 % co-morbide psychiatrische Störungen vor, bei der Gruppe der Drogenabhängigen findet man bei bis zu 80 % klinisch relevante Persönlichkeitsstörungen.

Eine Gruppe mit besonders schwierigem Unterbringungsverlauf sind die Patienten mit schweren antisozialen Störungen, hier insbesondere die Kerngruppe der Patienten mit Merkmalen von Psychopathie. Mit ihrem dominanten, rücksichtslosen und manipulativen Verhalten sind sie in der Lage, den Therapieprozess in den Gruppen zum Erliegen zu bringen. Das führt zu vermehrten Therapieabbrüchen, auch bei ursprünglich prothepapeutisch eingestellten Patienten. Das ist in der einschlägigen Literatur vielfach beschrieben und nicht umsonst gelten diese Patienten vielerorts als unbehandelbar.

Wir haben in unserer Einrichtung vor einigen Jahren eine Spezialstation für diese Patienten eröffnet und behandeln sie dort mit einem gezielten übertragungsfokussierten Therapieprogramm. Wir haben den Prozess über zwei Jahre evaluiert. Daran erfasst sind 14 Patienten, die forensisch-relevanten Merkmale sind in der Abbildung 12 aufgelistet.

Und auf der Abbildung 13 ist zu sehen, was daraus geworden ist. Das ist so schlecht nicht, gerade unter dem Aspekt der bundesweit so hohen »Erlediger-Quote« ist das Bemerkenswerte, dass es bei diesen 14 Patienten keinen einzigen entsprechenden Antrag dazu gegeben hat.

Was ich damit sagen will: es könnte sich lohnen, für besondere Risikogruppen spezielle Therapieprogramme zu entwickeln und zu implementieren. Ich bin überzeugt, damit ließe sich die Bindungswirkung beziehungsweise Haltekraft in der Therapie erhöhen (entsprechende Erfahrungen haben wir mit speziellen ADS-Programmen gemacht) und man könne dann sehen, ob diese Patienten nicht auch die oben dargestellten, halbwegs positiven Verläufe der regulär entlassenen Patienten nehmen könnten.

Patientendaten:	
13 männliche Patienten:	gem. § 64 StGB
1 männlicher Patient:	gem. § 63 StGB
Durchschnittliches Alter:	33,5 Jahre (19 – 49)
Parallele Haftstrafe:	Ø 58 Monate (26 – 126 Monate)
Anzahl Vorstrafen:	Ø 11 (Eintragungen im BZR)
Bisher in Haft verbrachte Zeit:	Ø 8,2 Jahre (0,5 – 27 Jahre)

Diagnosen:	
13 x	Drogenabhängigkeit (> 50 % Kokain)
1 x	Drogenmissbrauch
1 x	Pathologisches Glücksspiel
23 x	Persönlichkeitsstörungen (SKID II), ohne antisozial: <ul style="list-style-type: none"> ▶ paranoid (6x); BPS (5x); histrionisch (3x); zwanghaft (2x), narzisstisch (2x); dependent (2x); passiv-aggressiv; schizoid; depressiv
PCL-R: Ø 27.3 (8 – 37)	

Abb. 12:

V e r l a u f
– bisherige durchschnittliche Therapiezeit auf Spezialstation: 12 Monate –
<p>10 Patienten erreichten mindestens Status LZU</p> <p style="padding-left: 40px;">▶ durchschnittliche „time at risk“ = 1 Jahr 2 Monate</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Keine bekannt gewordenen Straftaten ■ Keine Gewalt gegen Mitpatienten und Beschäftigte (aber häufige Drohungen) ■ Keine Absonderungen im Krisenraum ■ Keine Anträge auf Rückführung in die JVA (§ 67 d Abs. 5 StGB), weder durch Einrichtung noch durch Patient

Abb. 13:

Unklar ist in diesem Zusammenhang, inwieweit Patienten, die nur einen Teil des Therapieprogramms in den 64er-Einrichtungen mitgemacht haben und dann in Haft zurückgeführt wurden, möglicherweise doch von ihrem Therapieabschnitt profitiert haben. Das ist bislang nicht evaluiert, methodisch auch total aufwendig und schwierig, zwei Promotionsvorhaben sind bisher daran gescheitert. Dr. Schalast vom Essener Forensischen Institut hat aber jetzt eine Multi-Center-Studie geplant mit einem Vergleich von Strafgefangenen mit Suchtproblematik zu forensischen Suchtpatienten mit Suchtproblematik unter Einbeziehung der »Therapieabbrecher«. Es steht zu hoffen, dass wir in einigen Jahren schlauer sind.

Versorgungspolitische Aspekte

Im letzten Abschnitt jetzt noch einige sektor-übergreifende Aspekte:

1. In den meisten Bundesländern sind mittlerweile Forensische Nachsorge-Ambulanzen implementiert und nach Bundesland unterschiedlich auch finanziert, in die auch die Patienten gemäß § 64 StGB einbezogen sind. Dies beinhaltet Schnittmengen und damit Kooperationsnotwendigkeiten mit anderen Partnern im Sucht-Hilfe-System. Die Erfahrungen zeigen, dass die »freie Suchthilfe« (insbesondere Suchtberatungsstellen, aber auch Adaptionen- und Übergangseinrichtungen) sich sehr schwer tun mit der Akzeptanz der auch für entlassene Maßregelvollzugspatienten relevanten Rechtsnormen (Melde- und Berichtspflichten, Kontrollen, Primat der Rechtsorgane). Auch der Blick auf prognostische Risiken, Gefährdungsszenarien und aktive Interventionsnotwendigkeiten ist oftmals noch wenig entwickelt. Die mehrjährige Nachbetreuung durch Forensische Nachsorge-Ambulanzen erscheint unentbehrlich, die Überführung in das »normale Sucht-Hilfe-System« ist bei Maßregelvollzugspatienten nur in Einzelfällen sinnvoll. Von diesem Überleitungsparadigma war ich noch vor einigen Jahren (Vortrag APK in Fulda, 2002) – d. h. vor Implementierung der Forensischen Nachsorge-Ambulanzen – überzeugt. Letztlich also ein Plädoyer für das Spezialinstrument »FNA« – in Ergänzung zu und Vernetzung mit den sonstigen Angeboten des Sucht-Hilfe-Systems.
2. Im Zuge der letzten Novellierung des Maßregelrechts wurde neben erweiterten Befugnissen der Führungsaufsicht und der Möglichkeit deren zeitlichen Entgrenzung auch der Vorwegvollzug für suchtkranke Straftäter gesetzlich normiert. Bei Patienten mit längeren Haftstrafen ab drei Jahren (und bei zur Abschiebung anstehenden Ausländern) soll nun ein

Teil der parallel zur Maßregel verhängten Strafe vor der Maßregel in Haft vollzogen werden. Diese Änderung kam aus versorgungs- und finanzpolitischen Aspekten ins Gesetz und stellt für mich eine rechtspolitische Amokfahrt dar. Menschen, die nach Sachverständigen-Urteil krank, weil suchtmittelabhängig sind, wird eine vorhandene Hilfsmöglichkeit zumindest temporär verwehrt. Ich möchte an der Stelle nicht über die Situation im Strafvollzug befinden, aber klar ist, dass in Haftanstalten nicht genügend Therapieplätze für Suchtkranke zur Verfügung stehen. Die wenigen entsprechenden Abteilungen haben lange Wartelisten, das heißt, dass die im Vorwegvollzug sich befindenden Suchtkranken meist ohne adäquate Hilfe sind. Der Gesetzgeber müsste unbedingt normieren, dass für diese Menschen entsprechende krankheitsadäquate Unterbringungsmöglichkeiten geschaffen werden.

- Die dritte Anmerkung rekurriert auf eines der Ergebnisse unserer Kata-mnese-Studie. In der letzten Abbildung (Abbildung 14) sieht man, dass insbesondere Drogenpatienten im erstaunlich – oder soll man sagen, im erschreckend – geringen Umfang Kontakt zum Sucht-Hilfe-System haben.

Anzahl stationärer Entgiftungen / Entwöhnungen – Sucht

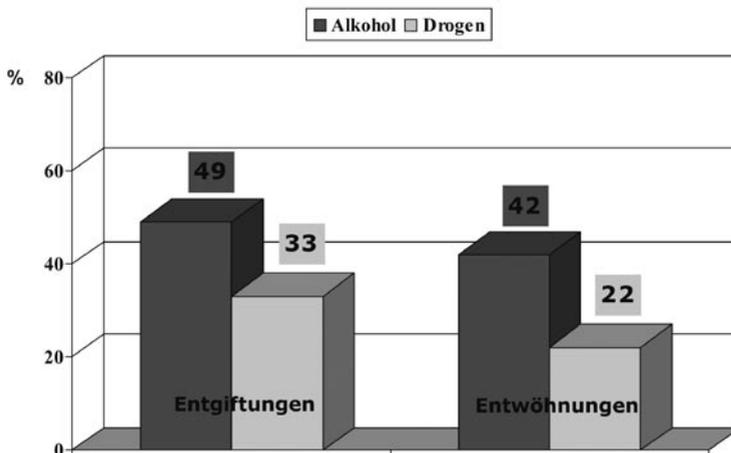


Abb. 14:

Nur ein Drittel der Patienten hatte Entgiftungsbehandlungen, etwa 20 % waren in Entwöhnungstherapien (davon die meisten schnell abgebrochen). Bei Alkoholkranken sieht es schon besser aus. Ein Schluss aus diesem überraschenden (?) Ergebnis könnte sein, dass trotz allen Bemühens um Niederschwelligkeit bestimmte Gruppen die Zugangshürden immer noch als zu hoch erleben. Mit diesem Phänomen müssen sich die Beteiligten noch eingehend beschäftigen.

Ich bin am Schluss. Fazit: die Suchttherapie im Rahmen des Maßregelrechts muss ihre Hausaufgaben machen und die hohe Zahl an Therapieabbrüchen reduzieren. Wenn das gelingt (und mancherorts ist das bereits so), dann scheint nach meinem Dafürhalten das System 64er-Maßregelvollzug seiner Aufgabe gerecht zu werden.

Literatur

- VON DER HAAR, M. (2007): Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB, Bad Eburg.
- POLLÄHNE, H./KEMPER, A. (2007): Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zum nordrhein-westfälischen Maßregelvollzug (Entlassungsjahrgang 2005). LIT Verlag, Berlin.
- SCHALAST, N./KÖSTERS, C./MUSHOFF, S./DEMERLING, R.(2009): Zur Prognose des Behandlungsverlaufs bei strafrechtlicher Unterbringung in der Entziehungsanstalt. In: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jg. 55, Heft 1, S. 19–29.
- SEIFERT, D. (2007): Gefährlichkeitsprognosen – Eine empirische Untersuchung über Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Band 113. Steinkopff Verlag, Darmstadt.
- WITTMANN, B.(2002): Psychisch Kranke in Maßregel- und Justizvollzug. Vortrag auf dem Experten-Workshop der AKTION PSYCHISCH KRANKE am 30.10.2002 in Fulda.

... aus Sicht des Strafvollzugs

Carl-Ernst von Schönfeld

Die Versorgung suchtkranker Menschen in Justizvollzugsanstalten ist unzureichend. Zwar finden in Einzelfällen Behandlungen statt, die dem Standard der Leitlinien der Fachgesellschaften entsprechen. Der großen Mehrzahl der Betroffenen wird jedoch eine Behandlung nach zeitgemäßem Stand, d. h. auf einem Niveau, wie es gesetzlich Krankenversicherten außerhalb des Vollzuges zur Verfügung steht, vorenthalten.

Das Erste, was passieren muss, um suchtkranken Menschen im Justizvollzug gerechter zu werden, ist: »Hinsehen«.

Die Zahl der Untersuchungen über die Häufigkeit von Suchterkrankungen und die Realität bzw. Notwendigkeit entsprechender Behandlungen ist in Deutschland gering. Alle Studien bestätigen jedoch übereinstimmend das gewaltige Ausmaß der Problematik. Eine eigene (2006 in der Zeitschrift »Nervenarzt« veröffentlichte) Studie zeigte, dass etwa 70 % der inhaftierten Männer und Frauen bei einer Stichtagserhebung an einer Suchterkrankung litten. Bei den inhaftierten Frauen standen als Suchtmittel Opiate ganz im Vordergrund, während bei den Männern Alkohol weit dominierte.

Um den Menschen in Justizvollzugsanstalten gerechter zu werden, ist es aber notwendig, nicht nur die Suchterkrankung in den Blick zu nehmen, sondern auch weitere Problembereiche zu berücksichtigen. So leiden z. B. die allermeisten Betroffenen an mehreren psychiatrischen Erkrankungen (im Mittel 3,5 Diagnosen inkl. Persönlichkeitsstörungen). Die Mehrheit der Gefangenen hat heute einen Migrationshintergrund, war vor der Inhaftierung ohne feste Arbeit und lebte ohne feste Partnerschaft.

Natürlich ist es kein Zufall, dass der Anteil an Suchtkranken in Haft weit überdurchschnittlich hoch ist. Es besteht für viele Straftaten eine hohe Korrelation zwischen Suchterkrankung und Straffälligkeit. So beträgt der Anteil alkoholisierter Täter bei Tötungsdelikten z. B. 39 %, bei sexuellen Gewaltdelikten 30 % und im Bereich der Beschaffungskriminalität naturgemäß 100 %. Vor diesem Hintergrund ist Tätertherapie auch Opferschutz.

Die Haftsituation birgt für abhängige Menschen *Chancen und Risiken*. Ein besonderes Risiko besteht in den vielschichtigen Abhängigkeitsstrukturen, in denen sich gerade suchtkranke Menschen dort verstricken können. Inhaftierte sind bis in die persönlichsten Bereiche von den Entscheidungen der Beamten abhängig, Machtstrukturen sind ausgeprägt und eigene Ver-

antwortungsbereiche der Gefangenen äußerst begrenzt. Vordergründige Anpassungsleistungen werden gefördert und die Verheimlichung von Rückfälligkeiten und Schwächen ist opportun. Ein Erkennen und Reflektieren dieser Verhältnisse wäre ein erster Schritt um ihre schädlichen Auswirkungen zu reduzieren.

Die Haftsituation bietet für einige Betroffene jedoch auch besondere Chancen, die nicht ungenutzt bleiben dürfen. So tragisch es auch sein mag, es gibt zahlreiche Gefangene, deren Lebensumstände in Freiheit so desolat sind, dass Haft für eine gewisse Zeit die gesündere Alternative ist. Eine traumatisierte drogensüchtige Frau beispielsweise, deren Alltagsrealität sich außerhalb der Haftanstalt zwischen Straßenstrich und Misshandlungen durch ihren Zuhälter abspielt, kann vielleicht erst unter den abgeschirmten Bedingungen in Haft die körperlichen und seelischen Grundlagen für eine notwendige Behandlung erreichen. Auch ein nicht sesshafter Mann z. B., der neben seiner chronischen Alkoholabhängigkeit an zahlreichen somatischen Erkrankungen leidet und nicht einmal zur Hauptverhandlung wegen wiederholten Ladendiebstahls nüchtern erschien, kann in Haft möglicherweise eine gesundheitliche Erholung erfahren, die erst die Voraussetzung für eine wirksame Behandlung seiner Suchterkrankung schafft.

Menschen in Haft haben eine geregelte Grundversorgung, haben einen Anlass zur Veränderung, haben einen (relativ) klaren Kopf und in der Regel viel Zeit. Diese Voraussetzungen nicht konstruktiv zu nutzen, ist sträflich.

Es gibt engagierte und kompetente Suchtberater in Haftanstalten und es gibt verschiedene Richtlinien und Behandlungsansätze. Leider stehen die meisten Behandlungskonzepte und Therapieangebote aber nur auf dem Papier. Ein drastischer Mangel an qualifizierten Mitarbeitern lässt viele gut gemeinte Ansätze ins Leere laufen. Die *Diskrepanz zwischen Hochglanzkonzepten und grauer Realität* ist zur Normalität geworden und hat bei vielen Mitarbeitern und Gefangenen bittere Spuren der Resignation hinterlassen. Rosig waren die Verhältnisse nie, aber nach dem Mauerfall kam es zu Beginn der 90er-Jahre zu einem drastischen Anstieg der Gefangenzahlen, denen keine auch nur annähernd entsprechende Anhebung der Mitarbeiterzahlen folgte. Von diesem Missverhältnis hat sich das System nicht erholt. Angesichts der aktuellen Wirtschaftslage ist in dem schon traditionell äußerst sparsamen Justizsektor kaum mit einer Anhebung von Planstellen zu rechnen. Um zu gesünderen Verhältnissen zu gelangen, muss daher die Zahl der Gefangenen verringert werden. Nur mit einem besseren Personalschlüssel ist eine adäquate Basisversorgung möglich.

Auf die Person des einzelnen Gefangenen bezogen heißt das, dass es ein persönliches Gegenüber geben muss, mit dem ein konstruktiver Dialog möglich ist. Psychiatrische Arbeit braucht *Beziehung*. Es müssen im Dialog realistische persönliche Ziele des Betroffenen erarbeitet werden und es muss eine Zusammenarbeit mit den passenden Unterstützungssystemen über die Haftzeit hinaus gewährleistet werden.

Menschen in Haft sind meist zu unterschiedlichen Zeiten im Haftverlauf sehr unterschiedlich gut erreichbar. Für sinnvolle Interventionen muss der *passende Zeitpunkt* genutzt werden. Wie auch in anderen Lebensbereichen gibt es charakteristische Phasen, die zu berücksichtigen sind. Steht vielleicht zu Beginn der Inhaftierung eine »coole« Oppositionshaltung im Vordergrund, an der alle Therapieangebote abperlen, kann z. B. nach einer gewissen Zeit der Haftroutine der Protest ins Leere laufen und gesunder Trauer über verpasste Lebenschancen und selbstkritischen Reflexionen Platz machen. Auch zu einem äußeren Anlass (wie etwa dem Scheidungsbegehren der Frau oder dem Tod eines Elternteils) kann ein Zugang möglich werden, der konstruktive Hinterfragungen und neue Motivationen erlaubt. Es muss nur auch ein qualifizierter Mitarbeiter da sein, der eine solche Entwicklung erkennt und aufnehmen kann. Wird eine solche sensible Phase verpasst, kann sich die Tür wieder fest verschließen und die Krankheits- und Legalprognose dauerhaft verschlechtern. Um suchtkranken Menschen in Haft wirklich gerechter zu werden, müssen wir:

1. Die Verhältnisse in der Haft verbessern.
2. Alternativen zur Haft suchen und Übergänge der Therapien eröffnen.
3. Forensische Nachsorge schaffen.

Ad 1) In Haft ist zunächst eine klare *Bestandsaufnahme* notwendig. Wann, wie oft und unter welchen Bedingungen finden z. B. tatsächlich Entgiftungen statt. Viele frisch inhaftierte Personen kommen aus einer Phase des Alkohol- und Drogenkonsums und benötigen zunächst eine Entgiftung. In besonders schweren Fällen ist zwar in NRW ein Transport in das Justizvollzugskrankenhaus in Fröndenberg möglich. Zahlreiche Patienten jedoch, die außerhalb des Vollzuges zu einer Entgiftung stationär aufgenommen würden, müssen diese Phase in der Haftanstalt durchstehen. Dabei scheint es von zahlreichen Zufällen abzuhängen, ob jemand, der z. B. Freitags nachmittags eingeliefert wird, trotz erheblicher Risikofaktoren einen kalten Entzug machen muss oder auf einen »gnädigen« Mitarbeiter des Pflegedienstes trifft, der eine medikamentöse Unterstützung vornimmt oder veranlasst. Eigentlich gebotene

Maßnahmen wie etwa ein »Verlaufsrating« für Alkoholentzugsbehandlungen (AWS-Skala) können in vielen Anstalten schon deshalb nicht routinemäßig stattfinden, weil aus Personalmangel der pflegerische Nachtdienst abgeschafft wurde und niemand da wäre, der z. B. den Blutdruck messen könnte.

Die *Behandlung von Begleiterkrankungen* nach dem Standard der gesetzlichen Krankenversicherung muss gewährleistet werden. Bei psychiatrischen Erkrankungen ist diese aber nicht der Fall. Ein chronisch psychotischer Mensch z. B., der 23 Stunden des Tages allein in seinem Haftraum verbringt, kann nicht allein durch die Gabe von modernen Neuroleptika davon abgehalten werden, in seiner Krankheit zu versinken. Angebote aber, wie sie außerhalb der Haft in solchen Fällen eingesetzt würden (etwa eine ambulante Ergotherapie) sind praktisch nicht verfügbar. (Immerhin ist es in Bielefeld gelungen, die psychiatrische Hauskrankenpflege dafür zu gewinnen, einzelne Patienten auf ärztliche Verordnung z. T. wöchentlich zu besuchen.)

Um Abhängigkeitstendenzen zu begegnen, sollten Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Dazu müssen persönliche *Entscheidungs- und Handlungsräume* auch unter Haftbedingungen ermöglicht und gefördert werden. Allen Gefangenen muss die Möglichkeit zu sinnvoller Beschäftigung (möglichst in Gemeinschaft) gegeben werden.

Suchtkranke Menschen brauchen realistische *persönliche Ziele*, um ihr Konsumverhalten zu ändern und damit ihre Aussichten auf ein gesünderes und straffreies Leben zu erhöhen. Hier könnte ein Ansatz, wie ihn der »Community Reinforcement Approach« (CRA) bietet, eine konstruktive Motivation und Umsetzung schaffen.

Nicht zuletzt ist es unbedingt erforderlich, die in der Haft tätigen *Mitarbeiter zu stärken*. Es muss eine ausreichende Zahl von qualifizierten Bediensteten zur Verfügung stehen und diese müssen u. a. durch Fortbildung und Supervision in die Lage versetzt werden, ihrer Aufgabe gerecht zu werden. Gerade der Umgang mit Menschen, die in hoher Zahl an gravierenden Persönlichkeitsstörungen leiden, bringt die Mitarbeiter immer wieder an persönliche Grenzen. Hier ist Unterstützung notwendig, um die ohnehin knappen Mitarbeiterressourcen nicht auch noch ineffektiv zu verschleifen.

Ad 2) In Deutschland sind *zu viele Menschen inhaftiert*. Nicht selten summieren sich bei Kleinkriminellen Ersatzfreiheitsstrafen und Bewährungswiderrufe zu Gesamthaftzeiten im Leben, die weder zum Ausmaß ihrer Delinquenz noch zu dem berechtigten Sicherheitsinteresse der Allgemeinbevölkerung in einem sinnvollen Verhältnis stehen. (Es ist z. B. unbefriedigend zu sehen, dass es Menschen gibt, die allein wegen wiederholter Laden-

diebstähle meist geringwertiger Sachen insgesamt mehr Zeit ihres Lebens in Haft verbringen, als die meisten Millionenbetrüger, Vergewaltiger oder Totschläger.) Ein differenzierteres Modell von Sanktionen und Maßnahmen als es das aktuelle Strafrecht vorgibt, ist notwendig.

Die bestehenden Möglichkeiten straffälligen und suchtkranken Menschen zu helfen werden nicht effektiv genug genutzt. Eine Option »*Therapie statt Strafe*«, wie sie im § 35 BtMG für drogenabhängige Täterinnen und Täter vorgesehen ist, sollte auch alkoholkranken und im engeren Sinne psychisch kranken Straffälligen zur Verfügung stehen, die bereit sind, durch eine Behandlung ihrer Grundstörung ihre Gesundheits- und Legalprognose zu verbessern. Wege aus der Therapie in Haft z. B. bei einer vorzeitigen Erledigung einer Maßregel nach § 64 StGB sollten keine Einbahnstraßen sein. Überhaupt wäre eine engere Kooperation mit dem Maßregelvollzug mit seinen gewachsenen Erfahrungen in der Straftätertherapie für den Justizvollzug äußerst fruchtbar.

Schließlich ist es unbedingt notwendig, die Versorgungsstrukturen der *regionalen Pflichtversorgung* für die Behandlung von Gefangenen zu nutzen. Dazu gehört auch eine aufsuchende Hilfe in Haft. Durch diese Außenperspektive wird der Anschluss der Psychiatrie in Haft an die allgemeine Entwicklung des Fachgebietes gewährleistet und eine Brückenfunktion ermöglicht. Wenn sich durch den Kontrast der Innen- und Außenperspektive die Wahrnehmung der Problemlagen in den Haftanstalten schärft, kann dieses zum Erkennen und zur Überwindung der Problematik beitragen.

Ad 3) Der Aufbau einer *Nachsorge* für JVA-Entlassene nach dem Modell des Maßregelvollzuges ist dringend notwendig. Eine qualifizierte und intensive Nachsorge kann die Rückfallraten deutlich senken. Suchtkranke Straftäter in Haft und im Maßregelvollzug unterscheiden sich kaum. Es gibt keinen vernünftigen Grund, warum eine Nachsorge, wie sie sich im Bereich des Maßregelvollzuges mit seinen forensischen Fachambulanzen hervorragend bewährt hat, nicht auch bei Haftentlassenen wirken sollte. Eine fachgerechte Behandlung der Täter schützt potenzielle Opfer und ist eine Möglichkeit die Zahl der Reinhaftierungen zu senken.

Angesichts der deutlich schlechteren Vorbereitung auf den Neustart in Freiheit sind bei Inhaftierten jedoch wenigstens in der Schlussphase der Inhaftierung und zu Beginn der Nachsorgezeit ganz besondere Anstrengungen notwendig.

Es gibt viele Möglichkeiten, suchtkranken Straftätern gerechter zu werden. Dafür sind wir zuständig.

... aus der Sicht der Bewährungs- und Straffälligenhilfe

Peter Reckling

Im Fokus dieses Symposium steht die Frage nach der Zuständigkeit und dem Handlungsbedarf in Bezug auf die bedarfsgerechte Versorgung. Wichtige Aspekte sind dabei der jeweilige Übergang zu den verschiedenen Diensten bzw. Spezialdiensten und die Zusammenarbeit zwischen der Bewährungshilfe und Suchthilfe. Dies ist auch in der Straffälligenhilfe ein zentrales Thema und hat momentan wieder eine größere Bedeutung. Wir wollen die hohen Rückfallzahlen nach der (Teil-)Haftverbüßung reduzieren, wobei die Frage der Abhängigkeitserkrankung der Probanden¹ eine große Rolle spielt.

Rückfallstudien zeigen, dass 70 % der Inhaftierten nach der Entlassung wieder rückfällig werden. Das ist eine Zahl, die man in der Öffentlichkeit nur schwer vertreten kann. Daran arbeiten wir in verschiedenen Bereichen. Zudem ist es fachlich nicht zu verantworten, dass der Strafvollzug, die ambulante Nachbetreuung und andere Dienste nebeneinander herarbeiten und eine klare Abstimmung der Aufgabengebiete fehlt.

Problemlagen im Zusammenhang von Sucht und Straffälligkeit

Es liegt eine Lebenslagenuntersuchung der Bewährungshilfe aus dem Jahr 1999 (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Bewährungshelferinnen und Bewährungshelfer [ADB] e. V. 1999) vor. Die bundesweite Erhebung hat viele Lebensbereiche der Probanden erfasst und ist somit recht umfassend. In die Umfrage sind die persönlichen Daten von 2331 Befragten eingeflossen. Von der Bewährungshilfe werden jährlich ca. 200 000 Personen betreut. Im Strafvollzug sind ca. 70 000 Personen. Die Lebenslagenuntersuchung ist 1999 in allen Dienststellen durchgeführt worden. Auch wenn die Daten nunmehr zehn Jahre alt sind, so haben sie doch ihre Bedeutung nicht verloren. Neuere Untersuchungen mit einer größeren Repräsentanz werden uns erst in den nächsten Jahren möglich sein.

Die Lebenslagenuntersuchung kommt zu folgenden Ergebnissen: 42 % der Probanden sind suchtgefährdet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass hier

1 In der Bewährungshilfe werden die Klienten auch als Probanden bezeichnet, weil die Strafe auf Probe zur Bewährung ausgesetzt ist.

nicht nur die Selbsteinschätzung ausschlaggebend war, sondern auch die Bewertung durch den zuständigen Bewährungshelfer.

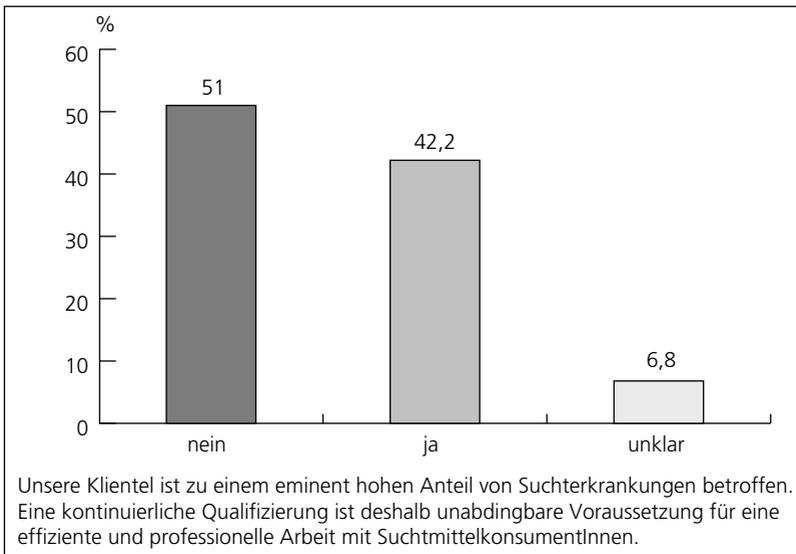


Abb. 1: Gesundheitliche Situation – Suchterkrankungen
(Quelle: ADB 1999 – Lebenslagenuntersuchung)

Es gibt eine Vergleichsauswertung zur Stadt-/Landbelastung bei suchtgefährdeten Probanden. In den Städten ist die Belastung viel größer als in den ländlichen Gebieten. Je größer die Stadt ist, desto höher ist die Belastung (s. Abb. 2).

Bei der Feststellung der Suchtformen ist die Frage der Illegalität im Rahmen der Justiz bedeutsam. Von den Befragten bzw. der Eingeschätzten konsumieren 54 % illegale Drogen und knapp 47 % sind alkoholabhängig. Hinzu kommen noch andere Suchtformen, wie die Abhängigkeit von Medikamenten und Glückspiel (s. Abb. 3).

Im Ländervergleich ist auffallend, dass es ein starkes Ost-West-Gefälle gibt. Da die Befragung vor zehn Jahren erfolgte, ist an dieser Stelle mit Veränderungen zu rechnen. Im Westen liegt die Alkoholabhängigkeit bei 46 %, im Osten ist sie fast doppelt so hoch. Bei den Opiaten ist es genau umgekehrt (s. Abb. 4).

Eine Suchtbehandlung wird nur von der Hälfte der Probanden in Anspruch genommen. Lediglich jeder Fünfte (19,6 %) geht zur Suchtberatung.

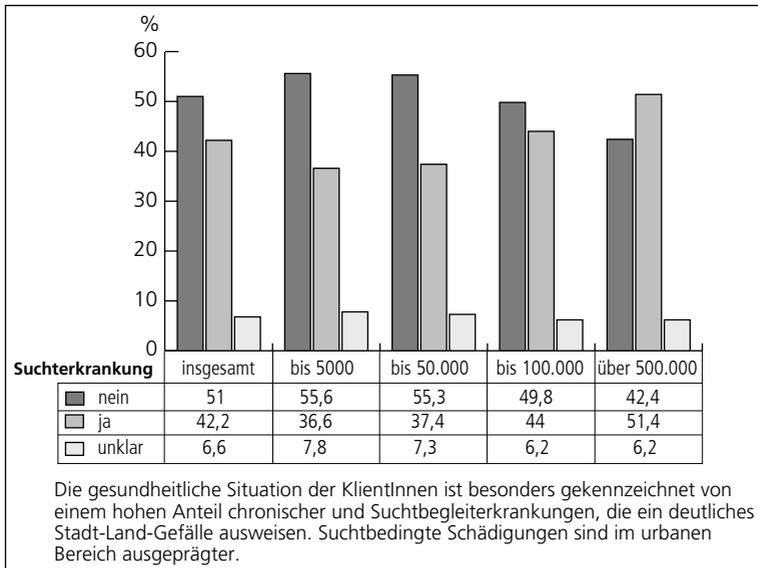


Abb. 2: Suchterkrankung – Vergleich Stadt–Land
(Quelle: ADB 1999 – Lebenslagenuntersuchung)

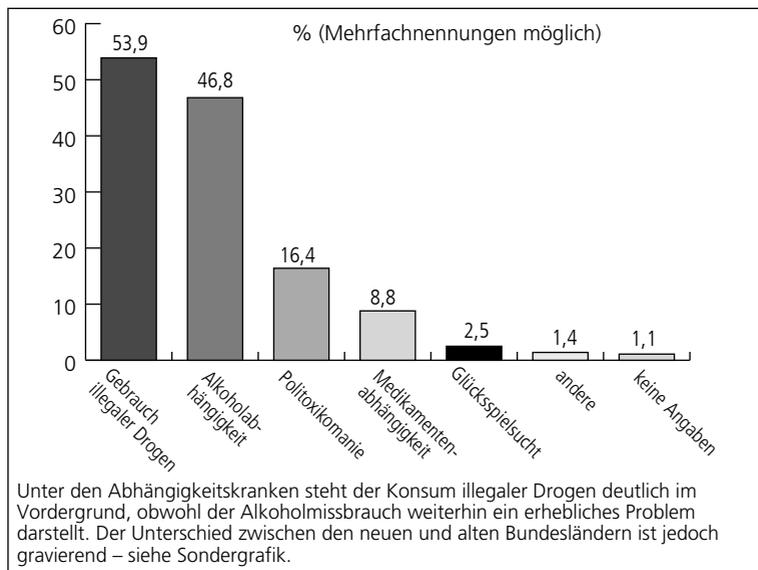


Abb. 3: Gesundheitliche Situation – Suchtform
(Quelle: ADB 1999 – Lebenslagenuntersuchung)

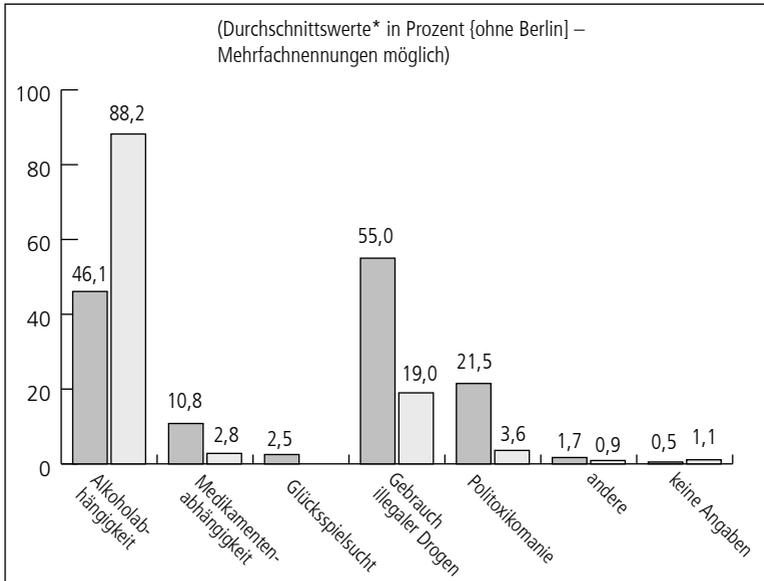


Abb. 4: Suchtform im Ländervergleich
(Quelle: ADB 1999 – Lebenslagenuntersuchung)

Eine stationäre Entgiftung durchlaufen 2,7 %, die stationäre Therapie wird mit 6,1 % angegeben. Substituiert werden 15,7 %.

Erfreulicherweise gibt es noch eine neuere Erhebung von einer Dienststelle der Bewährungshilfe. Schon seit Jahren wird eine Stichtagserhebung von den Bewährungshelfern in Siegen (Nordrhein-Westfalen) zum 01.01. eines jeden Jahres durchgeführt. In dieser Erhebung werden auch Sucht- bzw. Substanzprobleme mit berücksichtigt. Die Stichtagserhebung vom 01.10.2009² erfasst 1084 Probanden. Der Anteil Jugendlicher ist relativ gering. Das verdeutlicht, dass von der Bewährungshilfe erheblich mehr Erwachsene betreut werden. Bei den Verurteilungen sind es vorrangig Eigentumsdelikte Körperverletzungen und Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG).

Zur sozialen Situation: Ungefähr die Hälfte der Klientel ist arbeitslos. Von den erfassten 1084 Klienten ist jeweils ein Viertel drogenabhängig und alkohol- und medikamentenabhängig. Schuldenprobleme sind bei der Hälfte

2 <http://www.bewaehrungshilfe-siegen.de/downloads/statistik2009lg.pdf>

Erhebungsbogen

Stand: 01.01.2009

LG-Bezirk Siegen

Zahl der ProbandInnen: (1084)

	männlich	weiblich	insgesamt
Jugendliche	33	4	37
Heranwachsende	88	1	89
Erwachsene	850	108	958
<i>Summe</i>	971	113	1084
AussiedlerIn	132	10	142
AusländerIn	169	12	181
- davon mit Aufenthaltserlaubnis	135	7	142

Verurteilungen:

Mord	1	-	1
Totschlag	9	-	9
Verbrechen mit Todesfolge	-	-	-
Besonders schwere Brandstiftung	13	-	13
Raub, räub. Erpressung, räub. Diebst.	79	3	82
Eigentumsdelikte	434	80	514
- davon Computerbetrug § 263a StGB	20	3	23
Sexualstraftaten	53	-	53
Verkehrsdelikte	141	5	146
Verletzung der Unterhaltspflicht	25	-	25
Körperverletzung	222	6	228
Verurteilung wegen BtmG	193	19	212
Sonstige	105	11	116
Maßregel nach § 63 StGB	2	1	3
Maßregel nach § 64 StGB	6	-	6
Straftaten mit rechtsradikalem Hintergrund	6	-	6

Abb. 5.1: Erhebungsbogen (Quelle: Bewährungshilfe Siegen)

Soziale Situation:

Schulabschluss o=ohne Abschluss; S=Sonderschule; H=Hauptschule; R=Realschule; G=Gymnasium	o	S	H	R	G	o	S	H	R	G	o	S	H	R	G							
	2	1	5			0	2	1	87	31	18	6	64	18	7	2	1	5	1			38
	0	2	7			9										7	3	1	0			5
Analphabeten	19					-					19											
Beschäftigte	508					55					563											
- davon in 1-EURO-Job	40					7					47											
Nicht- Beschäftigte	463					58					521											
- davon vermittelt	301					32					333											
ALG II-Bezieher(innen)	339					40					379											
Bezieher(innen) von Leistungen des Sozialamtes	40					-					40											

Besondere soz. Schwierigkeiten:

Wohnungssuchend	37	5	42
Obdachlos	6	-	6
Schuldenprobleme	506	59	565
Drogenabhängig	227	20	247
Substitutions"behandlung"	27	7	34
Alkohol-/Medikamentenabhängig	207	12	219
SpielerIn	13	-	13
Verständigungsprobleme	46	2	48
Schwerbehindert (50% oder mehr)	27	1	28

Chronische Erkrankungen und Behinderungen:

HIV	2	-	2
psychische Behinderung	90	18	108
körperliche Erkrankung	91	3	94

Abb. 5.2: Erhebungsbogen (Quelle: Bewährungshilfe Siegen)

der Probanden festzustellen. Die Zahl der Wohnungssuchenden ist in dieser ländlichen Region relativ gering.

Für das Arbeitsfeld der justiznahen Straffälligenhilfe ist der Zusammenhang von Alkohol und Kriminalität besonders bedeutsam. Der Periodische

Sicherheitsbericht (PSB) der Bundesregierung gibt dazu einen Einblick. Dieser Sicherheitsbericht wird periodisch im Auftrag der Bundesregierung von Wissenschaftlern und Sicherheitspraktikern erarbeitet und gemeinsam vom Bundesinnenministerium und Bundesjustizministerium herausgegeben. Er beschreibt die Kriminalitätssituationen und unterbreitet Vorschläge. Der zweite Periodische Sicherheitsbericht erschien 2007. Dort gibt es den folgenden Abschnitt über Alkoholeinfluss bei der Tatausübung:

»Nach den Ergebnissen umfangreicher Forschungen spielt die Alkoholisierung von Beteiligten bei der Entstehung von Straftaten im Einzelfall sowie dann bei der Ausprägung von kriminellen Karrieren vielfach eine mitursächliche, auslösende, begünstigende oder begleitende Rolle ... Der Alkoholeinfluss (kann) jedoch nur selten als die einzige Ursache angeführt werden. Seine Bedeutung ist lebensgeschichtlich vergleichsweise besonders hoch bei Tätern, die wiederkehrend zu freiheitsentziehenden Strafen verurteilt werden.

Für die polizeilich registrierte Kriminalität wird in der Statistik bei der Tataufklärung erfasst, ob ein Tatverdächtiger während der Tatausführung ersichtlich unter Alkoholeinfluss stand. In tatbezogener Betrachtung ergab sich im Berichtsjahrgang 2005, dass in rund 340 000 aufgeklärten Fällen (das sind 9,7 % aller aufgeklärten Fälle) Alkoholeinfluss vorlag. Mehr als jedes vierte aufgeklärte Gewaltdelikt (29,7 %) wurde von Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss begangen. Den höchsten Wert nahm, in Übereinstimmung mit den Ergebnissen vieler früherer Jahre, der Zechenschlussraub ein (58,1 %). In täterbezogener Betrachtung gilt: Es wurden rund 261 342 Tatverdächtige registriert (das sind 11,3 % aller Tatverdächtigen), die nach polizeilichem Erkenntnisstand bei der Tatausführung unter Alkoholeinfluss standen; bei den Gewalttätern waren es 30,6 %. Es hängt unter Praxisbedingungen zum Teil von Zufälligkeiten ab, ob Polizeibeamte die Alkoholisierung überhaupt bemerken, dann als erheblich werten und schließlich auch noch für eine Registrierung in der polizeilichen Kriminalitätsstatistik sorgen.« (Bundesministerium des Innern/Bundesministerium der Justiz 2006, S. 297)

Chancen und Hindernisse in der Kooperation

Aus diesen Problemlagen resultieren aus Sicht der ambulanten Straffälligenhilfe bzw. der Bewährungshilfe, Problembereiche in der alltäglichen Arbeit aber auch in der Kooperation mit der Suchthilfe. In einer verbesserten Kooperation liegen gleichzeitig erhebliche Chancen. Im Strafvollzug wird

beklagt, dass nicht genügend Informationen über die Problemlagen der Inhaftierten vorliegen. Oft fehlen die Daten von den Ambulanten Diensten. Die Inhaftierten werden in der Regel schon vorher in Betreuungsmaßnahmen erfasst. Die meisten hatten bereits Bewährung oder waren in Anlaufstellen der Straffälligenhilfe. Aus dem Urteil geht in der Regel über die Hintergründe wenig hervor, da diese meist verkürzt sind. Umgekehrt ist es auch für die Ambulanten Dienste bedeutsam, zu erfahren, was im Vollzug geschah.

In Bezug auf die freien Träger ist der Informationsaustausch komplizierter. Von der Suchthilfe haben wir gelernt, dass der Datenschutz die Zusammenarbeit behindern kann. In den 80er- und 90er-Jahren hat die Bewährungshilfe diese Hindernisse teilweise schmerzlich erlebt, wenn diese aus unserer Sicht mit Nachteilen für die Betroffenen verbunden waren. Problematisch war es besonders dann, wenn die Suchthilfe auf die Schweigepflicht verwies: »Wir sagen nichts über die Person. Wir sagen nur maximal, ob der Klient da war oder nicht«. An dieser Haltung hat sich glücklicherweise Wesentliches verändert. Aber die Kooperation muss noch klarer abgesteckt sein, darf nicht übergriffig sein und es muss deutlich werden, dass sie im Interesse des Klienten/Probanden stattfindet.

In der alltäglichen Arbeit ergeben sich oft Probleme durch die Auflagen der Gerichte. Diese werden von einer zahlenmäßig großen Gruppe der Betroffenen als Bürde angesehen und nur in soweit motiviert angegangen, als sie die Haft vermeiden. Die gerichtlichen Auflagen zu erfüllen, ist häufig auch bei den Mitarbeitern der Bewährungshilfe eine unliebsame Aufgabe, da sie in der Regel mit Druck durchgesetzt werden müssen. Mit der Begleitung bzw. Unterstützung bei der Erfüllung der Auflagen haben die Bewährungshelfer einiges zu tun. Da wo die Vernetzung mit den Einrichtungen vor Ort, wie der Suchtberatung, am besten gestaltet ist, gibt es die größten Erfolge.

Es gibt in dem Bereich der Bewährungs- und Straffälligenhilfe einen genauso großen Anteil von Personen, die keine Auflagen haben, bei denen aber ein offensichtlicher Handlungsbedarf in Bezug auf Substanzprobleme besteht. Diese Probanden haben es geschafft, in der Gerichtsverhandlung nicht aufzufallen. Oder sie haben ausgesagt, dass sie mit Alkohol bzw. Drogen überhaupt kein Problem haben und es nur eine einmalige Sache war. In diesen Fällen finden sich auch keine Hinweise im Urteil. Diese Probanden haben aber oft große Probleme im Alltag und manchmal größere Probleme als Probanden mit Auflagen.

Ein weiterer Problembereich ist die fachliche Qualifikation, die die Mitarbeiter haben. In der Bewährungshilfe der 80er-/90er-Jahre gab es viele weitergebildete Mitarbeiter, die teilweise auch zum Suchtberater ausgebildet waren. Das hat sich in den letzten Jahren aber verändert. Der Altersdurchschnitt ist erheblich gestiegen. Erst langsam kommt jetzt eine neue Generation junger Mitarbeiter in die Bewährungshilfe. Die meisten haben geringe berufliche Vorerfahrungen. Früher war der Berufsabschluss und die Lebenserfahrung Einstellungskriterien. Heute kommen in der Regel neue Mitarbeiter direkt von der Fachhochschule. Wir schließen daraus, dass es einen erheblichen Fortbildungsbedarf gibt.

Die Zusammenarbeit von Straffälligen- und Suchthilfe ist von großer Bedeutung und muss in der Kommune stattfinden. Da gibt es in der Regel Berührungspunkte, die aber nicht immer ausreichend geregelt sind. Ich selbst arbeitete mehrere Jahre in einem Suchtarbeitskreis (in einer Kleinstadt). Auch wenn sich der Arbeitskreis regelmäßig traf, so flossen die meisten Informationen im informellen Bereich und wurden nicht immer zurück in die jeweiligen Institutionen gegeben. Mit den Suchtkliniken und den Drogen- bzw. Suchberatungsstellen gibt es Kooperationen, die ausbaufähig sind. Verbindliche Absprachen und Vereinbarungen zur Kooperation sind notwendig.

Positiv ist die Wirkung der Methadonvergabe zu bewerten. Sie hat bei den Probanden Arbeitsstrukturen vorgegeben, Klarheit geschaffen und die Zusammenarbeit mit den Institutionen (Methadonvergabestellen) gestärkt. Das trifft insbesondere auf die Institutionen zu, die in lokale Netzwerke der Suchthilfe eingebunden sind.

Auch durch gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit können die verschiedenen Arbeitsbereiche ihre Zusammenarbeit verstärken. z. B. durch die gemeinsame Darstellung der Problemlagen in den Kommunen, wie z. B. die Durchführung von Suchttagen und anderen Veranstaltungen. Auch die Verbreitung der Ergebnisse des Periodischen Sicherheitsberichts, der der Öffentlichkeit Arbeitsformen, Probleme und Ergebnisse der betreffenden Dienste vorstellt, kann dem Ausbau von Kooperationen dienen.

Abschließend sei auf die erhebliche Problematik in der Arbeit mit Immigranten hingewiesen. Der Zugang zu dieser Personengruppe und das Verstehen der Lebenssituation gestaltet sich schwierig. Es gibt immer noch viel zu wenig Mitarbeiter mit eigenem Migrationshintergrund in der Bewährungshilfe und der Suchthilfe. Wir erleben es ganz selten, dass unter den Neueingestellten beispielsweise türkische Mitarbeiter sind. Um die Leute

wirklich zu erreichen, ist es gut, wenn jemand in einer Dienststelle bzw. in der Beratungsstelle ist, der sagen kann: »Ich kenne deine Kultur und ich kann damit was anfangen, wie du mir das berichtest«.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Bewährungshelferinnen und Bewährungshelfer (ADB) e. V. (Hg.) (1999): Lebenslagen-Untersuchung – Bundesweite Befragung zur Erhebung der Lebenslagen der Klientinnen und Klienten der Bewährungshilfe. <http://73370.webtest.goneo.de/site/uploads/doku/umfrage.pdf>.
- Bundesministerium des Innern/Bundesministerium der Justiz (Hg.) (2006): Zweiter Periodischer Sicherheitsbericht. http://www.bka.de/lageberichte/ps/psb2_langfassung.pdf.

VII Zukunft der Selbsthilfe

Sucht-Selbsthilfegruppen als Partner im regionalen Verbund

Rolf Hüllinghorst

Im Arbeitsfeld der Sucht gibt es seit mehr als 100 Jahren Verbände, die Hilfe für Betroffene und ihre Angehörigen anbieten. Betroffene wurden in ihre Gruppen eingeladen und im wörtlichen Sinne »in die Mitte genommen«. Sie fanden ein geschütztes und sie schützendes Umfeld vor, welches sie stärkte, im Alltag ohne Suchtmittel zu leben. Diese Gruppen veränderten sich. Der Anteil der ehemals Abhängigen wurde immer höher, es waren immer mehr Betroffene, die ihr Schicksal selbst in die Hand nahmen. Dann waren es die Anonymen Alkoholiker, die in den Fünfzigerjahren des letzten Jahrhunderts mit den amerikanischen Soldaten nach München kamen. Sie setzten ganz konsequent darauf, dass sich (nur) Alkoholiker in Gruppen trafen und sich gegenseitig bei der Bewältigung ihrer Abhängigkeit halfen und unterstützten. Das Prinzip der 12-Schritte-Programme wurde konsequent gelebt.

Die Selbsthilfegruppenarbeit, wie sie in den 60er-Jahren entstand, ist als eine Methode zu verstehen, sich mit der eigenen Problematik in einer Gruppe Gleichbetroffener auseinanderzusetzen. Im Austausch mit anderen, durch das Erleben des besonderen Verständnisses unter Gleichbetroffenen. Durch diese Art des Austausches und der Reflexion in einer Gruppe mit den gleichen Problemen/Erkrankungen konnten viele Menschen ihre eigenen Kräfte und Fähigkeiten (wieder-)entdecken, diese mobilisieren, Hoffnung schöpfen und den Glauben an die Möglichkeiten der Veränderung/Entwicklung erfahren. Sie lernten, sich selbst zu helfen. Diese »Methode« der Selbsthilfe-Gruppenarbeit wurde früh, wenn auch eher zögerlich, von den anderen Verbänden – Kreuzbund, Blaues Kreuz, Guttempler u. a. – übernommen. Das machte sie erfolgreich, sicherte ihr Überleben und ließ sie zu einem angesehenen Teil des Hilfesystems für Suchtkranke werden.

»Selbsthilfegruppen« wurde zum Thema, Literatur erschien (erwähnt seien nur die Bücher von Michael Lukas Moeller) und es dauerte nicht mehr lange, bis Selbsthilfe-Kontaktstellen gegründet wurden, um bei der Gründung und beim Aufbau von Selbsthilfegruppen, zunächst vor allem im psychosozialen Bereich, behilflich zu sein. Ich kann mich noch gut an die Diskussionen damals erinnern: Ich war Mitglied im Gesundheitsausschuss

der Stadt. Hier ging es um die Finanzierung einer möglichen Kontaktstelle. Jetzt wurde die Unterstützung von Selbsthilfe auf einmal richtig teuer. Es ging nicht mehr um »Peanuts«, die man bisher den Gruppen gab und mit denen Kommunalpolitiker für wenig Geld viel Dankbarkeit bekamen.

Aber es waren nicht nur die Politiker, die skeptisch schauten. Es waren auch die Selbsthilfverbände, die fest davon überzeugt waren, dass sie alles an Unterstützung zur Verfügung stellen würden, was ihre Gruppen vor Ort brauchten. (Und wenn es dann schon zusätzlich Geld geben sollte, dann doch wohl für sie!)

Aber das ist Geschichte: Heute unterstützen die Selbsthilfe-Verbände ihre Mitglieder vor allen Dingen in vertikaler Richtung, das meint, dass sie die Vertretung auf Bundes- und Landesebene übernehmen, dass sie sich verantwortlich fühlen für die inhaltliche Ausrichtung der Arbeit, für Aus- und Fortbildung, häufig auch für die Spiritualität und dass die Kontaktstellen »horizontale« Zuständigkeiten haben, Unterstützung für alle Gruppen auf der örtlichen Ebene anbieten. Wenn also vor 15 oder 20 Jahren über Selbsthilfe gesprochen wurde, so meinten wir die »Selbsthilfegruppen«. Irgendwann wurde der Zusammenhang von Selbsthilfe und Gruppe gelöst: Jetzt sprach man von »der Selbsthilfe« und es wurde immer weniger klar, immer undeutlicher, was sich alles dahinter verbarg und was damit originär gemeint war.

Vielleicht gibt es dafür eine Erklärung?

Wenn man lange genug in einer Selbsthilfegruppe arbeitet, gibt es häufig den Wunsch, mehr zu tun. Man hat viel gelernt, im günstigsten Fall über sich, aber auch über das Wesen der eigenen Erkrankung und wie damit »gesünder« umzugehen ist. Das möchte man weitergeben, vor allen Dingen möglichst früh. Man will vielen anderen Menschen die eigene Erfahrung vermitteln und ihnen Leiden ersparen. Deshalb wirbt man öffentlich für den Besuch der Selbsthilfegruppe. Man stellt sich zum ersten Mal der Öffentlichkeit – und erfährt Anerkennung. Man geht ins Krankenhaus und stellt die eigene Arbeit vor. Und erfährt Anerkennung, wenngleich vielleicht nicht so sehr bei den Patienten, um die es geht, die angesprochen werden sollen. Man nimmt Kontakt zu den Ärzten auf. Man wird zum Experten in eigener Sache, man erwirbt Kompetenzen (erlebte versus erworbene Kompetenz) und wird ein Vertreter der »Selbsthilfe«.

Immer, wenn man an Sitzungen teilnimmt, ist »die Selbsthilfe« auch da. Und es ist rasch geschehen, dass nicht mehr die Gruppenarbeit, die Hilfe zur Selbsthilfe, im Mittelpunkt der eigenen Aktivitäten steht, sondern die Tätigkeit außerhalb der Gruppe, das Verhandeln um Gelder, die Selbstdar-

stellung usw. Hier beginnt die Selbsthilfe-Arbeit ohne Gruppe. Es stehen inzwischen andere Interessen im Vordergrund. Die eigene Betroffenheit und die Funktion ›Vertreter der Selbsthilfe‹ ist eine Art Eintrittskarte in Zusammenhänge außerhalb der Selbsthilfegruppe. Um diese Arbeit nach außen gut und erfolgreich tun zu können, reicht die eigene Betroffenheit nicht aus. Betroffenheit allein ist noch keine Kompetenz, erst wenn diese reflektiert ist und der bzw. die Betroffene sich in einem Gesundungsprozess befinden, kann Betroffenenkompetenz entstehen.

Die vielfältigen Aktivitäten außerhalb der Selbsthilfegruppe, die Vertretungsaufgaben, der Einsatz in bestimmten Bereichen wie Öffentlichkeitsarbeit u. a. wird mit den Begriffen der freiwilligen Arbeit, des bürgerschaftlichen oder auch ehrenamtlichen Engagements beschrieben. Die – hilfreichen – Erfahrungen, die im Verlauf der eigenen Erkrankung, der eigenen Betroffenheit gemacht wurden, werden weitergegeben. So steht dann der Selbsthilfebegriff nicht mehr nur für die Arbeit von Menschen mit den gleichen Problemen in einer Gruppe, sondern für die Auseinandersetzung mit der eigenen Betroffenheit und für die Bereitschaft, anderen Menschen in der gleichen Situation zu helfen.

Aber: Wo Selbsthilfe draufsteht, muss auch Selbsthilfe drin sein. Das bedeutet, dass es vorrangig immer um die Arbeit von Selbsthilfegruppen, -verbänden und -kontaktstellen geht. Es geht um »Hilfe zur Selbsthilfe«. Es geht nicht um Einzelkämpfer, es geht um aktive Menschen, die in Gruppe oder Verband ihre Basis haben, zu der sie immer wieder zurückkehren können. Und natürlich kann sich aus der Arbeit in der Gruppe »freiwillige Arbeit« entwickeln. Gemeint sind damit all die Tätigkeiten, bei denen ich meine Kenntnisse und Erfahrungen ohne Bezahlung einbringe, aber selbst über den Umfang und die Intensität entscheiden kann.

Eine weitere Stufe ist die »ehrenamtliche Arbeit«. Wenn ich im Verband in eine Funktion gewählt werde, ein Amt übernehme. Auch diese Arbeit ist freiwillig, aber ich lege mich zumindest im zeitlichen Umfang (Wahlperiode) und in der inhaltlichen Arbeit (Sachgebiet) fest. Es sind Funktionen, zu denen man aufgrund der Arbeit in der Selbsthilfegruppe gekommen ist, die aber einen anderen Charakter haben.

Was wirkt in der Selbsthilfegruppe?

In der Gruppe miteinander ins Gespräch zu kommen – darum geht es. Dabei gibt es weder ein oben noch ein unten, weder eine Hierarchie noch eine sonstige Bewertung der Gruppenbesucher. Es gibt nur die eigene Betroffenheit

und die Bereitschaft, darüber zu reden. Es gibt keine Ratschläge, sondern es gibt die Möglichkeit zu hören. Zu hören, wie die anderen in der Gruppe ihre Probleme bewältigt haben. Kein: »Du musst, du sollst, du könntest ...«, sondern »Bei mir war das so; ich habe es so versucht ...«.

Was können die Ergebnisse sein?

- In der Sucht-Selbsthilfegruppe natürlich die Entscheidung zur Abstinenz vom Suchtmittel, die Einsicht, dass es kein Verzicht auf Alkohol, sondern der Gewinn von Freiheit ist.
- In der Krebs-Selbsthilfegruppe vielleicht die Einsicht, doch mehr für sich selbst tun zu müssen, Lebensgewohnheiten zu ändern, obwohl es »eigentlich nicht geht«.
- In der Diabetiker-Gruppe die Erkenntnis – und ständige Überprüfung –, dass es Regeln zu beachten gilt, die nicht einengen, sondern mein Leben auf eine stabile Basis stellen.
- In einer Gruppe von Phobikern, dass sich jeder ungewohnte Schritt, auch der kleinste, als Erfolg herausstellen kann.

Diese Liste ließe sich beliebig verändern und ergänzen, aber das Prinzip ist immer das Gleiche: Ich tue nicht das, was ich gesagt bekomme, sondern das, was ich für mich für das Richtige halte. Ich muss aber nicht alles alleine ausprobieren, sondern ich kann mich auf viele Beispiele beziehen. Ich merke, wem in der Gruppe ich mit seinen Erzählungen vertrauen kann, wessen Beispiele mir gut tun und hilfreich sind.

Konkurrenz und Partnerschaft in der Region

In den Selbsthilfegruppen treffen sich die Menschen freiwillig. Sie tun das und sie sprechen darüber, was sie in dieser Gruppe für richtig und wichtig halten. In einer solchen Gruppe wird man keine Konkurrenz erleben, sondern das gemeinsame Bemühen, für sich und die Gruppe Lösungen zu finden.

Konkurrenzen gibt es zwischen Gruppen; Konkurrenzen gibt es um Geld, Konkurrenz gibt es zwischen Verbänden, und Konkurrenzen gibt es auch zwischen Selbsthilfegruppenvertretern und professionellen Mitarbeiter/-innen im Gesundheitswesen. Diese Konkurrenzen können nur durch eine verantwortliche und kontinuierliche und geplante Partnerschaft überwunden werden. Wir kennen das ja alle aus dem Zusammenleben in einer Partnerschaft: Erst langsam lernen wir uns genauer kennen. Das wiederum ist die Basis dafür, dass wir im Umgang nicht immer wieder dieselben Fehler

machen, zu Missverständnissen beitragen, nicht mit – sondern übereinander reden, uns nicht mehr gemeinsam freuen können. Und – fangen wir von hinten an – wir haben doch gemeinsam, Selbsthilfenutzer und Professionelle, genügend Grund zu gemeinsamer Freude. Was lernen die Menschen in den Gruppen nicht alles, was durch Profis nicht vermittelbar gewesen wäre. Wie viel Erfolg stellt sich ein? Die Patienten setzen so viel Zeit ein, wie es im professionellen Bereich nicht denkbar wäre. Bleibt nach der gemeinsamen Freude nur noch: Die regelmäßige Information, das im Gespräch bleiben und die Unterstützung – die allerdings kann nur in eine Richtung gehen, in die Selbsthilfe.

Selbsthilfe ist kein Tauschgeschäft! Selbsthilfe lebt aus dem Vertrauen, dass Gruppen gute Lösungen finden; dass Gruppen für sich richtige Entscheidungen treffen. Deshalb geht es nicht, wenn von außen versucht wird, den Gruppen zu sagen, was sie zu tun haben.

Beispiel: Im Suchtbereich haben wir hauptsächlich Gruppen, in denen sich Menschen mittleren Alters mit Alkoholproblemen treffen. Nun sagen zum Beispiel die Politiker: Ihr müsst euch auch um junge Menschen kümmern, um Migranten, um Menschen mit Medikamentenproblemen.

Die Liste ließe sich beliebig erweitern. Womöglich sagen die Verbände: Das wollen wir tun. Aber letztendlich entscheidet die Gruppe, was sie von diesen Vorschlägen aufnehmen kann, was ihr möglich ist. Ebenso wenig wie Selbsthilfe verordnet werden kann, können neue Gruppen aus dem Boden gestampft werden.

Selbsthilfegruppen sind keine Lückenbüßer

Insbesondere in Zeiten leerer Kassen kommt häufig der Verdacht auf, dass Selbsthilfegruppen und -verbände als Ersatz für professionelles Handeln missbraucht werden. Auch wenn mir persönlich dazu bisher kein Beispiel bekannt ist, so sollten wir doch bereits jetzt vorbeugen und klarstellen:

Selbsthilfegruppen

- sind ein eigenständiges Angebot und keine Lückenbüßer,
- sind autonom und kein Teil des Versorgungssystems,
- würden ihre Arbeit auch ohne professionelle Helfer leisten und tun können,
- sind nicht dafür verantwortlich, dass geholfen wird (das ist einer der größten Irrtümer, den Sie bei Selbsthilfe-Aktivist*innen antreffen),
- leben mit und für die Menschen, die in den Gruppen sind,

- können nicht mit Geld geködert werden (neue Gruppen können nicht mit Geld erkaufte werden),
- dürfen nicht als Argument (oder Ausrede) für fehlende Strukturen des professionellen Hilfesystems benutzt werden.

Zum Schluss

In keinem Land besitzen Selbsthilfegruppen, -verbände und -kontaktstellen einen solch hohen Stellenwert wie in Deutschland. Es gibt kein Land, in dem diese in einem solch hohen Umfang gefördert und unterstützt werden. Aber es lohnt sich. Es lohnt sich für die Krankenkassen, für die professionelle Gesundheitsversorgung und für die Gesellschaft. Es lohnt sich für die Menschen. Für die Betroffenen und für die, die mit ihnen verbunden sind. Und dennoch muss weiter daran gearbeitet werden, ein selbsthilfefreundliches Klima zu verstärken, damit Selbsthilfegruppen sich gründen können, bekannt und angenommen werden und arbeiten können – dass es selbstverständlich wird, mit seinen Problemen in eine Gruppe zu gehen.

Selbsthilfeverbände sollten »ihre« Gruppen weiter betreuen können, Selbsthilfekontaktstellen weiterhin dafür sorgen können, dass es Gruppen für möglichst viele Betroffene gibt, die unter guten Rahmenbedingungen ihre Arbeit machen können. Und die Beratungsstellen für Suchtkranke sollten mit Sucht-Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten, ihre Eigenständigkeit respektieren und sie unterstützen, wenn es notwendig ist.

Wir wollen uns um uns kümmern - Einmischung von außen unerwünscht

Christa

Vor elf Jahren habe ich eine ambulante Suchttherapie bei der Drogenberatungsstelle der Arbeiterwohlfahrt (AWO) gemacht. Nach der Therapie stellte sich die Frage: WAS NUN? Ich beschloss, mit einer Mitbetroffenen eine eigene Selbsthilfegruppe zu gründen, die in den für uns gewohnten und bekannten Räumlichkeiten der Beratungsstelle stattfand, um uns noch eine gewisse Sicherheit zu geben. Die Selbsthilfegruppe sollte eine geschlossene Gruppe sein.

Unsere Mitglieder kommen überwiegend aus der Beratungsstelle zu uns. Sie sollten Therapieerfahren sein oder sich ernsthaft mit ihrer Sucht auseinandergesetzt haben. Unsere Mitglieder müssen grundsätzlich trocken sein.

Diese Gruppe, die immer noch erfolgreich besteht, habe ich acht Jahre geleitet. Als die Gemeinschaft immer größer wurde, beschloss ich, eine neue Selbsthilfegruppe zu gründen. Ich fand ein Mitglied, das die Verantwortung für die erste Gruppe übernahm. Meine Herausforderung war, einen Gruppenleiter für die neue Gruppe anzulernen.

Zusätzlich habe ich mit einer Therapeutin der Drogenberatung vor drei Monaten eine Angehörigengruppe gegründet, die jedoch keine Selbsthilfegruppe ist.

Einblick in unsere Gruppenarbeit

Wir treffen uns jeden Mittwoch in der Zeit von 18–20 Uhr und sind in der Regel ca. zehn Personen mit einem durchschnittlichen Alter von 45 Jahren. Im Moment besteht die Gruppe aus sieben Männern und drei Frauen aus verschiedenen Suchtbereichen.

Unsere Gruppenstunde beginnt mit der Nachfrage, ob irgendwelche Probleme intensiv besprochen werden müssen. Je nach Wichtigkeit wird ein Problem sofort besprochen oder nach der darauffolgenden Eingangsrunde, die damit beginnt, dass jeder Einzelne einen kleinen Wochenrückblick macht. Daraus kristallisiert sich das eine oder andere Thema, was sonst nicht als so wichtig erscheinen würde.

Beispiel: Ein Gruppenmitglied hatte vor einem Jahr aufgehört zu rauchen. Dieses Jahr erwähnte er in der Eingangsrunde unseres Gruppenabends, dass er am liebsten wieder mit dem Rauchen anfangen würde. Nach mehrma-

ligem Nachfragen, warum dieser Druck da ist, stellte sich heraus, dass er schon angefangen hatte zu rauchen. Nun – zum Thema gemacht – wurde sein Suchtverhalten sehr deutlich: Er rauchte heimlich und ging zu Hause dafür in die Garage. Seine Frau wurde misstrauisch, weil sie dachte, er trinkt wieder. Wir gaben ihm den Hinweis, es seiner Frau zu erzählen, damit diese Angst von ihr genommen wird.

An diesem Beispiel wurde uns deutlich, dass es sich um die gleichen Verhaltensweisen wie damals beim Trinken handelte. Dieses Suchtverhalten wird beim Rauchen häufig nicht gesehen.

Die Anliegen werden in der zweiten Hälfte des Gruppenabends besprochen. Das heißt, wir sammeln die Themen und entscheiden nach Wichtigkeit. Wir versuchen, alles an diesem Abend zu besprechen. Sollte dies nicht möglich sein, wird das Anliegen notiert und in die nächste Gruppenstunde genommen.

Diese Gespräche beinhalten viel über unser Gefühlsleben, wie Sorgen, Ängste und Erfahrungen. Ein großes Thema ist auch das Arbeitsleben und die Arbeitslosigkeit. Es wird über Familienleben, Alltägliches, aber auch über Erfreuliches gesprochen. Nicht selten wird auch viel gelacht an so einem Abend.

Es gibt aber genauso Streitgespräche, da die Meinungen oft auseinandergehen. Aber so etwas gehört dazu, belebt die Gruppenstunde und ermöglicht auch zu lernen, sich auseinanderzusetzen.

Wichtig für uns sind auch die Rückfälle, die leider ab und zu auftreten. Die zeigen uns immer wieder, wie aufmerksam wir sein müssen. Wir geben uns untereinander viele Tipps und Ratschläge, die auch dankend angenommen werden.

Themenabende

Einmal im Monat wird ein Themenabend gemacht. Das Thema bestimmt die Gruppe, indem sich die Mitglieder überlegen, was ihnen wichtig ist. Das kann zum Beispiel sein:

- Wie offen gehe ich mit meiner Sucht um (vor Kollegen, Nachbarn usw.)
- Welche Bedeutung haben Schuldgefühle
- Welche Ziele strebe ich an, usw.

Es gibt aber auch Themen, mit denen die Gruppe überfordert ist.

■ Zum Beispiel Tod und Trauer

Beispiel: Als mein Mann vor einem Jahr starb, ging es mir sehr schlecht. Ich gab die Gruppenleitung für einige Zeit ab, weil ich einfach Zeit für mich brauchte. An einem Gruppenabend hatte ich viel geweint. Die Mitglieder waren sehr still und wussten nichts zu sagen. In der nächsten Woche waren wir nur vier Teilnehmer. Wir dehnten die Eingangsrunde aus. Jeder erzählte ausführlich und lange. Plötzlich sagte ein Mitglied: »Oh, es ist ja schon acht Uhr und Christa war ja noch gar nicht dran. Dann bist du nächstes Mal eben die Erste«.

Ich war nicht fähig, mich zu wehren und war sehr gekränkt.

Dieses Erlebnis zeigte mir aber auch, dass die Gruppe damit völlig überfordert war und bestärkte mich, etwas zu verändern. Wir schlossen die AWO-Selbsthilfegruppen zusammen, besprachen die Situation und beschlossen, eine Fachkraft für Trauerarbeit einzuladen, zu der Thematik zu referieren und dann gemeinsam mit uns darüber zu reden. Dadurch fiel uns allen das Verstehen der Problematik etwas leichter.

■ Oder beim Thema Wechseljahre

Da unsere Frauen gerne mal darüber sprechen wollten und die Männer anscheinend nicht in die Wechseljahre kommen, haben wir an zwei Abenden eine reine Frauengruppe durchgeführt und über dieses Thema geredet. Das hat allen beteiligten Frauen sehr gut getan und die Männer waren froh, nichts von diesem Thema zu hören.

Gruppenregeln

Grundsätzlich begegnen wir uns mit Respekt und Achtung. Das gehört zu unseren Grundregeln. Ganz wichtig ist auch Vertrauen und dass alles, was besprochen wird, in der Gruppe bleibt, also nicht nach außen getragen wird.

Darum gibt es Gruppenregeln, die uns sehr wichtig sind:

- Ehrlichkeit
- Offenheit
- Verständnis
- Verantwortung
- und Verschwiegenheit

Die regelmäßige Teilnahme an den Gruppenabenden ist für uns selbstverständlich Pflicht. Bei Abkömmlichkeit wird sich bei einem Teilnehmer

telefonisch abgemeldet. Sollte jemand dreimal unentschuldig fehlen, wird er aus der Gruppe ausgeschlossen. Aber in der Regel halten sich alle Mitglieder daran.

Private Kontakte

Zwischenzeitlich treffen wir uns auch auf privater Ebene. Entweder wir gehen Essen, ins Theater oder machen Fahrradtouren. Teilweise haben sich auch Freundschaften gebildet. Wir haben sogar einen eigenen Yogakurs, da eine Yogalehrerin in der Gruppe ist.

Zusammenarbeit mit Fachkräften

Es gibt eine Zusammenarbeit mit professionellen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen.

Die Gruppenleitung hat vierteljährig ein Gespräch bei einem Therapeuten der Drogenberatung Delmenhorst. Es handelt sich dabei um einen Meinungs- und Problemaustausch. Darüber hinaus werden Fragen der Gruppenleitung besprochen.

Beispiel: Wenn ein Gruppenmitglied nicht zugibt, dass er/sie konsumiert. Dann möchte ich professionelle Unterstützung, um zu lernen, damit umzugehen. Oder auch eine Bestätigung, alles richtig zu machen. Und natürlich auch drauf zu achten, mich selbst zu schützen.

Darüber hinaus können wir bei Problemen jederzeit mit den Mitarbeitern der Drogenberatung (Drob) Rücksprache halten oder die Mitglieder der Selbsthilfegruppe bei Krisen zum Gespräch anmelden.

Des Weiteren unterstützt die Drob uns, an Fortbildungsseminaren für freiwillige Arbeit in der Suchthilfe teilnehmen zu können, was unsererseits auch jährlich genutzt wird. In diesen Seminaren geht es unter anderem um Rollenfindung, Abgrenzung, Auseinandersetzungen mit Konflikten, Problemlösungskonzepten und um vieles mehr. Außerdem ermöglichte und finanzierte die Beratungsstelle uns eine Ausbildung zur ehrenamtlichen/freiwilligen Mitarbeit in der Suchthilfe.

Trotz allem gestatten wir den Profis aber keine Einflussnahme auf unseren Gruppenablauf, wobei wir für gute Ratschläge immer offen sind. Wir wollen jedoch keine Vorschriften, wie wir unseren Gruppenabend gestalten, da wir unsere Arbeit darin sehen, eigene Verantwortung für unser Leben zu übernehmen, um es selbst in die gewünschte Richtung zu lenken.

Junge Menschen in der Gruppe - wir haben sie gehegt und gepflegt

Petra Pickert

Es ist eine bekannte Tatsache, dass in vielen Organisationen und deren Gruppen der sogenannte »Nachwuchs«, fehlt. Jüngere Menschen sind nicht mehr für Gruppen zu begeistern, so scheint es. Betrachte ich nun die Guttempler-Gemeinschaft »Brandenburg«, eine Selbsthilfegruppe für Menschen mit Suchtproblemen, so kann ich dies zum Glück nicht bestätigen. Die Gemeinschaft »Brandenburg« hat derzeit 41 Mitglieder, das Jüngste ist 31 Jahre alt, das Älteste 78. Der Altersdurchschnitt beträgt 55 Jahre, d. h. es sind 14 Mitglieder unter 50 Jahre alt.

Nun stellen Sie sich vielleicht die Frage, wie wir das in unserer Gemeinschaft geschafft haben. Dazu kann ich Folgendes berichten: Wir haben irgendwann festgestellt, dass es schwerpunktmäßig zwei Dinge sind, die in einer Gemeinschaft funktionieren müssen, nämlich die Zusammenarbeit von Alt und Jung sowie der Generationswechsel.

Kommen jüngere Menschen – wobei »jünger« schwer festzulegen ist, aber bei einem Altersdurchschnitt von 65 aufwärts, ist jeder, der zwischen 30 und 40 Jahre alt ist, schon als jünger zu bezeichnen – so brauchen sie in erster Linie eine offene und herzliche Atmosphäre, die ihnen Sicherheit und das Gefühl des angenommen seins vermittelt und zwar unabhängig vom äußeren Erscheinungsbild. Ich kann in diesem Zusammenhang von einer jungen Frau berichten, die beim ersten Besuch in unserer Gemeinschaft durch etwa fünf verschiedene Haarfarben, in Form von Rastalocken auf ihrem Kopf, für einiges Aufsehen sorgte. Aber ... wir haben sehr schnell festgestellt, dass sich dahinter eine ganz normale, freundliche, lebenswerte junge Frau verbarg, die wie jeder andere »Neue« einfach nur Gespräche und verständnisvolle Menschen gesucht hat.

Aber zurück zu meinen beiden Schwerpunkten. Junge Menschen in der Gemeinschaft/Gruppe brauchen keine spezielle »Behandlung«. Sie brauchen, aus meiner Erfahrung heraus, den Dialog mit Menschen, die sich mit Sucht und allen damit zusammenhängenden Problemen auskennen. Und genau an dieser Stelle beginnt die Zusammenarbeit von Alt und Jung: man profitiert von den Erfahrungen der älteren Mitglieder, kann jede Menge Handwerkszeug bekommen, das hilft, sich selbst zu helfen. Und umgekehrt bekommen die älteren Mitglieder die Chance, nach vielen Jahren nicht immer leichter Arbeit in der Selbsthilfe, Verantwortung abzugeben. So muss also

ein Augenmerk darauf liegen, die nachfolgende Generation vorzubereiten und gemeinsam darauf hinzuarbeiten, den Generationswechsel zuzulassen. Das funktioniert aber nur dann, wenn die jungen Menschen anfangen, Verantwortung zu übernehmen und die älteren Menschen auch in der Lage sind, loszulassen (sie kennen es bestimmt auch aus ihren Organisationen, es gibt Menschen, die förmlich an ihren Aufgaben oder Ämtern zu kleben scheinen).

Wenn es gelingt, dass die jungen Menschen lernen, Traditionen und bewährte Systeme zu akzeptieren, ihren Elan etwas zu bremsen, um die älteren Menschen nicht zu überrennen und im Gegenzug die älteren Menschen lernen, den Jüngeren zu vertrauen und etwas zuzutrauen, dann kann der Generationswechsel vollzogen werden. In der Gemeinschaft »Brandenburg« ist das bereits umgesetzt: Innerhalb von etwa fünf Jahren haben wir fast alle Posten mit der nächsten Generation (alles Mitglieder, die zwischen 30 und 40 Jahre alt sind) zu besetzen. Und ... es funktioniert!!

Nun gibt es aber dennoch keinen Grund, sich auszuruhen, denn auch die nächste Generation wird ja älter. Um nun nicht in Stagnation zu verfallen, haben wir überlegt, wie man weitere Mitglieder gewinnen kann. Deshalb machen bei uns immer ein älteres und ein jüngerer Mitglied die »Krankenhausarbeit«, d. h. auf den Suchtstationen der Krankenhäuser wird vorgestellt, was Guttempler sind und welche Angebote sie bieten. Aus den Kliniken kommen nicht gerade scharenweise junge Menschen zu uns, aber immerhin, es kommen einige.

Wir nutzen jede Gelegenheit, uns als Gemeinschaft in der Öffentlichkeit kenntlich zu machen durch Schilder an den Autos bei Ausflügen, einen kleinen Wimpel, der auf dem Tisch liegt usw. Im Guttemplerhaus besuchen wir Veranstaltungen, die öffentlich sind oder bereichern das Programm mit unserer Mithilfe, denn auch dort ins Haus kommen Menschen, die Kontakt und Beratung suchen. Wir haben festgestellt, wie wichtig es ist, dass sich junge Menschen, die es ja in fast jeder Gruppe gibt, zeigen! Wo einer ist, da kommt der nächste dazu, so war es jedenfalls bei uns.

Eine kleine Gruppe der Gemeinschaft hat speziell für junge Menschen die Kontaktbörse der »jungen Wilden« (... na ja, so ganz jung und wild sind wir nun wohl auch nicht mehr, aber der Nachwuchs macht ja mit) ins Leben gerufen. Wir treffen uns einmal im Monat, organisieren gemeinsame Ausflüge oder veranstalten einen Trödelmarkt. Wenn wir am letzten Freitag im Monat einmal nichts zu organisieren haben, dann genießen wir es einfach, zusammensitzend und uns zu unterhalten. Auch an diesem Abend ist schon

der eine oder andere junge Mensch auf unsere Gemeinschaft aufmerksam geworden und »hängen« geblieben. Das klingt jetzt alles ganz einfach, aber ich kann sagen, das war ein langer Prozess, der viele Diskussionen und viel Gruppenarbeit erfordert hat. Es galt viele Vorbehalte zu überwinden, zum Beispiel das Thema »Mehrfachabhängigkeit«. Da hieß es am Anfang der Diskussionen: »Wir können nur ›Alkohol‹ und seine Folgen!« Ich habe dann einen Gruppenabend zu diesem Thema gestaltet, der dieses Vorurteil fast restlos ausräumen konnte.

Die ältere Generation hatte es bestimmt an manchen Punkten nicht ganz so einfach mit dem doch etwas neuen »System« der jungen Menschen unserer Gemeinschaft. Natürlich habe ich als Gruppenleiterin meinen ganz eigenen Stil, der nicht so ganz autoritär ist wie der meines Vorgängers, aber die Atmosphäre ist dadurch lockerer geworden, was den »Neuen« den Einstieg vielleicht manchmal leichter macht. Das heißt in keiner Weise, dass ich alles anders mache, bestimmt nicht, aber eben auf meine Art und Weise. So scheue ich z. B. keine unbequeme Diskussion, im Gegenteil, ich schiebe diese noch an. Und die Gemeinschaft hat in den vier Jahren, in denen ich diese leite, gut gelernt, auf einem sehr anständigen und friedfertigen Niveau miteinander zu diskutieren, auch wenn die Meinungen einmal ganz auseinandergehen. Das ist sehr produktiv und wir erarbeiten uns dadurch miteinander immer neue, positive Ideen.

Abschließend möchte ich sagen, dass es mir wirklich sehr am Herzen liegt, zu vermitteln, wie viel Freude es macht zu sehen, wenn mehrere Generationen im Einklang miteinander gute Arbeit in der Selbsthilfe leisten. Mit Spaß und viel Elan auch neue Dinge angehen, um somit einen Grundstein auch für weitere Generationen zu legen, die sich sicher wieder von den bisherigen Generationen unterscheiden werden. Aber genau dieser Unterschied ist es, der eine Gemeinschaft lebendig und aktiv erhält. Wenn es keine neuen Impulse mehr gibt, keine neuen Ideen diskutiert werden, dann wird die vorhandene Gruppe irgendwann an den Punkt kommen, wo sich nichts mehr bewegt. Lebendigkeit kann anstrengend sein, denn 41 Mitglieder sind, wenn denn einmal alle da sind, nicht eben leicht zu führen, aber ... es macht viel Spaß und hält alle fit.

Angehörigenarbeit - man sitzt oft zwischen allen Stühlen

Renate Dorsch

Der Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter – BVEK – e. V. ist ein überparteilicher und überkonfessioneller Zusammenschluss von Elternkreisen und ihrer Landesverbände. Der Bundesverband wurde 1973 von 15 Elternkreisen gegründet und zählt im Jahr 2009 ca. 80 Elternkreise und drei Landesverbände zu seinen Mitgliedern. Der Vorstand arbeitet ehrenamtlich. Es gibt einen geschäftsführenden Vorstand, der aus fünf, von der Mitgliederversammlung gewählten, selbstbetroffenen Müttern und Vätern, besteht. Daneben gibt es den Gesamtvorstand, dem von den Landesverbänden benannte Vertreter/-innen angehören. Die Beteiligten arbeiten eng zusammen, tauschen ihre Erfahrungen und Erkenntnisse regelmäßig aus und gestalten gemeinsam die Bedingungen und Inhalte für die Plattform und die Aktivitäten nach außen – Öffentlichkeitsarbeit, sozialpolitisches Engagement usw.

Eltern helfen Eltern – so heißt das Motto der Elternkreise seit 1969. Diese Selbsthilfe- Bewegung ist aus dem heutigen Hilfesystem nicht mehr wegzudenken. Anfangs setzten sich Eltern zusammen, um nach Hilfen für ihre in Drogenabhängigkeit geratenen Kinder und Jugendlichen zu suchen. Später erkannten vor allem Mütter, dass ihre Bemühungen um den Süchtigen nicht die erwünschte Wirkung und die Anstrengungen ihre eigene Kraft ausgelaugt hatten. Sie waren fast zu hilflosen Helfern geworden waren.

So lernten die Elternkreise, die Hilfe für die Mütter und Väter in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen zu stellen – dies ist bis heute das zentrale Anliegen der Elternkreisarbeit: Elternberatung und Eltern-Selbsthilfe.

Die Hilfe im Elternkreis

Elternkreise sind Erzählgemeinschaften. Das meint, jede Mutter und jeder Vater kann von seiner Betroffenheit, von seinen Erlebnissen, Gefühlen und Verletzungen im Zusammenhang mit dem Suchtproblem eines Kindes erzählen. Im Elternkreis gibt es offene Ohren, Mitgefühl und Verständnis – Menschen, die hören wollen, was diese Eltern bewegt und umtreibt.

Durch das – wiederholte – Erzählen der eigenen Betroffenheit kommt in der Regel ein Reflexionsprozess in Gang, der zur Verarbeitung des Erlebten

beiträgt. Im günstigen Fall werden so Kräfte frei und Handlungsfähigkeit (wieder)hergestellt.

Die Situation und Betroffenheit der Eltern, die heute Hilfe in Elternkreisen suchen, ist in gewisser Weise ›anders‹ oder komplexer als vor 30 Jahren. Es handelt sich meist um Eltern von Kindern, die *Suchtmittel missbrauchen* – nicht mehr ausschließlich illegale Drogen – und mit weiteren – oft komplexen – Problemen belastet sind, wie z. B. minderjährige Kinder, verhaltensauffällige Kinder, psychisch belastete Kinder und Jugendliche sowie Eltern, deren Kinder neben der Suchtsymptomatik auch Essstörungen oder nichtstoffgebundene Süchte entwickelt haben.

Diesen Elternbedürfnissen konnten wir oft nicht mehr gerecht werden.

Eltern zwischen den Stühlen

Zu uns in die Elternkreise kamen immer häufiger Eltern, deren Kinder intensiv Cannabis konsumierten und plötzlich auch noch an einer Psychose erkrankt waren. »Komorbidität« oder »Doppeldiagnose« waren für uns Begriffe, mit denen wir nichts anfangen konnten und die Elternkreise waren damit oft überfordert. Wo gehörten diese Eltern mit ihren Sorgen hin?

Auf unserer Bundestagung wurde diese Problematik von betroffenen Eltern angesprochen. Diese Eltern fühlten sich in den Elternkreisen nicht mehr richtig aufgehoben oder verstanden. Wenn ein Sohn oder Tochter psychotisch ist, sind die Elternkreisregeln wie »abgrenzen« und »Konfrontation« nicht mehr stimmig.

Viele dieser Eltern versuchten Kontakte zu den Selbsthilfegruppen der Angehörigen psychisch Kranker herzustellen. Aber auch dort wollte man meist von dieser »Doppelerkrankung« nichts wissen, obwohl wir bei Gesprächen immer mitbekommen hatten, dass viele Eltern von psychisch Kranken wissen, dass Alkohol und Cannabis intensiv konsumiert wird.

Auch bei den »Professionellen« vom Hilfesystem bekamen unsere Eltern keine Unterstützung. Suchtberater konnten mit einem psychotischen Klienten nichts anfangen, Psychiater sahen nur die Psychose und gingen nicht auf die Suchterkrankung ein.

Die Eltern waren immer wieder die einzigen Bezugspersonen oder Anlaufstellen der Betroffenen. Sie saßen »zwischen den Stühlen« und wussten nicht wohin. Der Bundesverband musste und wollte reagieren und sich weiterentwickeln.

Jeder Suchtkranke ist auch psychisch belastet. Während früher in die Elternkreise Eltern kamen, deren Kinder von illegalen Drogen abhängig waren, sollte sich das Angebot der Elternselbsthilfe künftig auch an Eltern von suchtkranken und -gefährdeten Kindern richten. Aus dieser Erkenntnis heraus hat der BVEK im Oktober 2007 seine Namensänderung vollzogen. Wir nennen uns seitdem: »Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e. V.« Dies bedeutet eine Öffnung für die Eltern, die von einem Suchtproblem und auch von einem psychischen Problem ihres Kindes betroffen sind.

Dadurch werden sich auch die örtlichen und überörtlichen Bezüge und Kooperationspartner erweitern müssen. Elternselbsthilfe soll im Zusammenspiel mit der Suchtkranken- und Jugendhilfe, mit Psychiatrien und anderen Selbsthilfeorganisationen betrachtet werden und nimmt dort ihren einzigartigen Platz ein: Die Elternselbsthilfe im BVEK ist bisher der einzige bundesweite Zusammenschluss der Eltern von suchtgefährdeten und suchtkranken Kindern in Deutschland.

Literatur

Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e. V. (BVEK), (Hg.)(2008): Sucht und psychische Erkrankung – Was tun bei Doppeldiagnose?

Die Elternarbeitsgruppe Doppeldiagnose auf Bundesebene konnte durch Fördermittel der Aktion Mensch diese Orientierungshilfe von Eltern für Eltern veröffentlichen.

Es war uns als »Betroffenen« ein Anliegen, für Eltern die unterschiedlichen Phasen, von der Wahrnehmung »Hier stimmt doch etwas nicht« bis zum persönlichen »Handeln« aufzuzeigen. Die verschiedenen Eigenberichte zeigen immer noch deutlich, wie sehr diese doppelte Erkrankung auch für uns Eltern als Doppelbelastung erlebt wird. Wir möchten betroffene Eltern stärken und hoffen ihnen den langen Leidensweg, den wir teilweise gehen mussten, mit unseren Informationen zu verkürzen.

Auch Sie haben die Möglichkeit, uns Eltern durch die Broschüre vielleicht besser zu verstehen, was zu mehr Verständnis und Kooperation führen kann.

Die Broschüre erhalten Sie kostenlos über unsere Geschäftsstelle unter der E-Mail Adresse info@bvek.org.

C Kooperation, Verantwortung und Steuerung in der Region

Suchthilfenetzwerke in Baden-Württemberg

Gerhard Längle

Zur Leitfrage, was ein Suchthilfenetzwerk leisten kann, will ich, aufbauend auf den Erfahrungen mit dem Konzept des kommunalen Suchthilfenetzwerkes in Baden-Württemberg, Stellung nehmen:

Grundvoraussetzungen

Ein Suchthilfenetzwerk kann dann gelingen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: Zum einen ist es notwendig, dass im Suchthilfenetzwerk versucht wird, die strukturelle Kooperation aller an der Suchtkrankenversorgung Beteiligten zu entwickeln bzw. weiterzuentwickeln und zu systematisieren. So bedarf es einer klaren vertraglich vereinbarten Netzwerkstruktur. Diese sollte wie in erfolgreichen gemeindepsychiatrischen Verbänden die Ebene der Steuerung d. h. die Vertretung aller beteiligten Träger, Kostenträger und Interessengruppen umfassen, daneben eine Möglichkeit zum Austausch und zur Abstimmung unter den Trägern bieten (Trägergremium) und, als unverzichtbaren Bestandteil, die systematisierte Einzelfallhilfe bei komplexem Hilfebedarf regeln. Besonders geeignet erscheinen hierfür Hilfeplankonferenzen, wie sie aus dem sozialpsychiatrischen Kontext bekannt sind.

Den verschiedenen Gremien sind dann spezifische Aufgaben zuzuordnen. Das oberste und für die Weiterentwicklung des Netzwerkes entscheidende Gremium ist das Steuerungsgremium. Günstig ist, wenn hier neben den Einrichtungen der Wiedereingliederungshilfe insbesondere auch die niedergelassenen Ärzte (Hausärzte und Fachärzte) sowie Vertreter der Kliniken (Psychiatrie/Psychotherapie sowie Allgemeinkrankenhäuser) vertreten sind. Im Idealfall sind angrenzende Bereiche wie die Straffälligenhilfe, Obdachlosenhilfe, die Jugendhilfe sowie Strukturen des gemeindepsychiatrischen Verbundes eingebunden. Unverzichtbar sind ebenfalls alle Leistungsträger: Neben den Krankenkassen und Pflegekassen die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger, vor allem aber auch die Rentenversicherung und die Arbeitsverwaltung.

Chancen eines Netzwerkes

Unter dieser Voraussetzung ergeben sich eine Vielzahl von Chancen für die »Netzwerker«:

Zunächst das gegenseitige Kennenlernen und das stufenweise wachsende gegenseitige Verständnis für die Strukturen und Angebote der jeweiligen Institutionen sowie die Möglichkeiten und Begrenzungen der Leistungsträger. Im günstigen Falle bildet sich unter den Mitgliedern des Suchthilfenetzwerkes eine gemeinsame Vorstellung von guter Versorgung im Bereich der Suchthilfe heraus und der Wunsch entsteht, diese Vorstellung Stück um Stück in die Realität umzusetzen. Hierzu sind je nach Region und Versorgungsstruktur unterschiedliche Schritte nötig. Eine Möglichkeit ist die Realisierung der Suchthilfe unter einem Dach im Sinne eines Suchttherapiezentrum (STZ), wie wir es vom Gemeindepsychiatrischen Zentrum (GPZ) kennen. Das STZ ist zentrale Anlaufstelle für Menschen mit komplexem Hilfebedarf, ggf. aber auch für Menschen mit einem Erstkontakt zum Suchthilfesystem. Wenn unter einem Dach psychosoziale Beratungsstelle, suchtpsychiatrische Institutsambulanz, suchtpsychiatrische Tagesklinik und Suchtrehabilitation versammelt sind, wie dies in Ulm und Reutlingen derzeit realisiert wird, können äußerst vielgestaltige Anliegen aufgenommen und bearbeitet werden. Was nicht unter einem Dach möglich ist, kann durch entsprechende Kooperationsverträge gestaltet werden, so z. B. der suchtpsychiatrische Konsildienst im Allgemeinkrankenhaus oder die sofortige Übernahme notfallmäßig aufgenommener Suchtkranker in die Entgiftungs- und Motivationsstation der psychiatrischen Fachabteilung.

Kleine Einrichtungen erfahren durch enge Kooperation, auch teamübergreifend positive Synergieeffekte. Die therapeutischen Angebote können auf eine breitere Basis gestellt werden, krankheits- oder urlaubsbedingte Ausfälle können kompensiert werden und ein Behandler- oder Betreuerwechsel im Laufe einer längerfristigen Behandlungsepisode kann vermieden werden.

Ziel muss letztlich die Vollversorgung der Region durch die Anbieter vor Ort sein, Ausnahmen sind möglich im Bereich der stationären Rehabilitation. Mittels der Hilfeplankonferenzen können Versorgungslücken identifiziert werden.

Beschränkungen und Grundprobleme von Suchthilfenetzwerken

Letztlich fehlt der Zwang zur Kooperation. Finanzielle Anreize die, wie Herr Kunze einleuchtend dargelegt hat, Verhalten maßgeblich steuern, bestehen nur in Ansätzen. Aus diesem Grunde hängt das Gelingen eines Suchthilfenetzwerkes derzeit von dem Engagement aller Beteiligten ab. Sofern die Kostenträger oder relevante Einrichtungsträger sich dem Netzwerk verweigern, ist keine Weiterentwicklung möglich.

Besondere Probleme bereiten nach bisherigen Erfahrungen die Kostenträger, deren Entscheidungen auf Landes- oder Bundesebene getroffen werden. Dies gilt sowohl für strukturelle Entscheidungen als auch häufig für Einzelfallentscheidungen. Zu nennen sind hier die Deutsche Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit, aber auch einzelne Ersatzkassen sowie viele Privatkassen. Je regionsferner die Entscheidungen getroffen werden, desto größer sind die Probleme in diesem Versorgungsbereich. Dasselbe gilt für stark zergliederte Versorgungsangebote, wie sie im Extrem bei den niedergelassenen Hausärzten, Fachärzten und psychologischen Psychotherapeuten, aber auch bei privaten Pflegediensten zu finden sind. Hier gibt es keinen verbindlichen Ansprechpartner, jeder Einzelne ist für sich selbst der Entscheider. Eine Einbindung dieser Gruppen ist deshalb nahezu unmöglich.

Eine Einschränkung in der Entwicklung von Suchthilfenetzwerken kann sich auch ergeben, wenn Träger in einem fortgeschrittenen Zustand Einschränkungen in ihrer Eigenständigkeit hinnehmen müssen, um das Netzwerk insgesamt voranzubringen. Ein weiteres Problem ist der oft hohe Zeitaufwand für Abstimmungen und Diskussionen die nicht immer sofort zu erkennbar sinnvollen Zielen führen. Die Frage der Effektivität von Netzwerkstrukturen ist daher immer wieder zu stellen, letztlich aber nur schwer zu beantworten.

Zusammenfassung

Letztlich kann nach den bisherigen Erfahrungen mit den Suchthilfenetzwerken in Baden-Württemberg festgestellt werden, dass die Unterschiede zwischen den Netzwerken der einzelnen Regionen sehr groß sind, je nach Engagement aller Beteiligten. Nirgends werden alle Professionellen und selbstverständlich auch nicht alle Abhängigkeitskranken erreicht. Möglicherweise ist es auch nicht ausreichend, ein Netzwerk zu bilden, sondern es

sind vielfältige Netzwerke, wie sie von Herrn Wienberg beschrieben wurden, notwendig.

Entscheidend ist aber in jedem Fall, dass in einer Region mit der Netzwerkbildung zunächst einmal begonnen wird, damit diese dann stufenweise optimiert werden kann. Die Erfahrungen, die diesbezüglich mit gemeindepsychiatrischen Verbänden gemacht wurden und werden können als Anregung dienen aber auch erkennen lassen, dass für eine gelingende Netzwerkentwicklung ein längerer Zeitraum notwendig ist. Dies sollte uns nicht entmutigen sondern im Gegenteil als Ansporn dienen. Bisher habe ich den Eindruck, dass die Geschwindigkeit in der Umsetzung sich von der Allgemeinpsychiatrie hin zur Suchtpsychiatrie zumindest verdoppelt hat.

Wie kann man Verbindlichkeit auch für suchtkranke Menschen erreichen?

Matthias Rosemann

Eine der Formulierungen in dem Beitrag Wienbergs ist, dass Gemeindepsychiatrische Verbände zwar unter der Zielsetzung der personenorientierten Integration von Leistungen firmieren, aber gar nicht über die Strukturen und Prozesse verfügen, um diese im Einzelfall wirksam umzusetzen. Er beschreibt fünf notwendige Netzwerke und forderte im Modell der Integrierten Versorgung neue Ebenen von Verbindlichkeit und Professionalität.

Gemeindepsychiatrische Verbände – jedenfalls die in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV) organisierten – kennzeichnen sich durch

1. ein sehr hohes Maß an Verbindlichkeit in der Kooperation untereinander,
2. die Gestaltung einer am individuellen Bedarf des Klienten ausgerichteten und daher flexibel organisierten Hilfeleistung und
3. zumindest die Absicht, in allen Arbeitsbereichen professionell auf der Höhe der Erkenntnis tätig zu werden. Dadurch unterscheiden sie sich von allen anderen Versorgungsnetzwerken, die wir in der Republik geschaffen haben und die nicht primär der Geldmittelverteilung dienen, also auch von dem größten Teil der fast in der ganzen Bundesrepublik geschaffenen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften.

Gemeindepsychiatrische Verbände arbeiten unter dem zentralen Anspruch, jedem Bürger in seinem Einzugsgebiet die passende Hilfe zukommen zu lassen und keinen Bürger wegen Art oder Schwere seiner Erkrankung auszuschließen.

Zweifelsfrei haben alle Gemeindepsychiatrischen Verbände noch viel Grund zur Bescheidenheit und so mag die etwas pauschale Verurteilung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden im Vortrag von Herrn Wienberg vielleicht dem Blick auf die eine oder andere heute noch wahrzunehmende Realität geschuldet sein.

Ich möchte aber doch für die Verbände, die sich in der BAG GPV engagieren, und sicher auch für einige im Land, die nicht Mitglied in unserer BAG sind, in Anspruch nehmen, dass sie gerade mit hoher Verbindlichkeit daran arbeiten, aus Schnittstellen zwischen Leistungserbringern Nahtstellen zu machen und Hilfen um die Personen herum zu organisieren. Sie sind

eben gerade keine Treffen von Trägern, die sich gegenseitig freundlich überwachen, dass der andere nichts tut, was einem selbst schaden könnte, wie das in anderen sozialen Systemen häufiger zu beobachten ist. Sondern sie organisieren die Leistungen innerhalb des Verbunds unter auch von außen nachvollziehbaren Qualitätskriterien und -standards.

Wir haben uns in der BAG GPV im Jahr 2008 auch über die Versorgung suchtkranker Menschen ausgetauscht. Zunächst ist fest zu halten, dass Netzwerke und Verbände kein Selbstzweck sind, sondern ein Arbeitsinstrument, mit dem bestimmte definierte Aufgabe besser bewältigt werden können. Zu diesen Aufgaben gehören (erstens) die Gewährleistung, dass jeder Mensch, der die Hilfe benötigt, sie auch erhält, sowie (zweitens), dass diese Hilfen dem spezifischen und individuellen Bedarf folgt. Beide Ansprüche sind, auf suchtkranke Menschen bezogen, nicht leicht zu realisieren. Denn viele chronisch suchtkranke Menschen fühlen sich nicht hilfebedürftig und/oder sie lehnen Hilfen ab. Und (drittens) sind bei suchtkranken Menschen die Zeitabläufe anders als bei Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen. Dabei steht im Vordergrund, dass die Krankenhausbehandlung oft nur sehr kurzzeitig möglich ist und deshalb gelegentlich sehr kurzfristig die konkreten Lebensverhältnisse und Unterstützungsbedarfe geklärt werden müssen. Diese Kurzzeitigkeiten und Kurzfristigkeiten kollidieren aber mit den Antragsverfahren, die für verschiedene Maßnahmen der medizinischen, beruflichen oder sozialen Rehabilitation erforderlich sind. Daher brauchen wir im Verbund sehr flexible Lösungen, um das Ausweichen auf andere Leistungsbereiche, z. B. der stationären Pflege, zu vermeiden.

Als ein Beispiel für eine flexible Reaktion auf diese Problematik mag die sog. »Hotline« im GPV-Reinickendorf dienen, mittels derer ein Träger, der Angebote für suchtkranke Menschen unterhält, über ein Mobil-Telefon montags bis freitags für die Mitarbeiter der Suchtstation der Klinik erreichbar ist. Dieses Angebot richtet sich an die Station für die Patienten, die immer wieder behandelt werden müssen, die aber auf den üblichen Wegen keine Hilfe oder auch nur Hilfe zur Klärung ihrer Lebenssituation annehmen wollen. Dahinter steht die Erfahrung, dass bestimmte suchtkranke Menschen nur ganz kurzzeitig für das Angebot einer Hilfe erreichbar sind. Daher sagt der Dienst zu, innerhalb von 24 Stunden, in der Regel noch am selben Tag, durch einen Mitarbeiter des Dienstes eine Klärung der individuellen Situation und der notwendigen Hilfen noch auf der Station anzubieten.

Aber manchmal scheint mir die Situation von Menschen, die *noch nicht* chronisch mehrfach geschädigt krank sind, noch komplexer zu sein, so paradox dies klingen mag.

Denn die Systeme der medizinischen Rehabilitation (also der »klassischen« Entwöhnungsbehandlung) mit den gemeindepsychiatrischen Verbundsystemen zu verknüpfen, ist gegenwärtig noch schwieriger, als die Verknüpfung der Leistungen der Wohnungslosenhilfe und der Eingliederungshilfe. Das hat einerseits mit Haltungen von professionellen Mitarbeitern zu tun (»auf den persönlichen Willen kommt es an«), andererseits aber auch mit dem Leistungssystem als solchem. Die auf die Herstellung der Erwerbsfähigkeit zielende Rehabilitation ist ja vorrangig daran orientiert, dass der Betreffende die Leistung selbst beantragen und ggf. beharrlich im Sinne des Nachweises seiner Motivation durchsetzen muss, und nicht, sicherzustellen, dass jeder Mensch die notwendige Leistung erhält und sie ihm zu diesem Zweck ggf. immer wieder beharrlich aufzudrängen. Der erklärte Wille des betreffenden Menschen steht also hier im Mittelpunkt, auch der prognostisch gestützten Entscheidungen. Bekanntlich ist dieser bei vielen Menschen aber brüchig und instabil. Haben regionale Leistungserbringerverbünde also die Aufgabe, auch den abstinenz- und therapiewilligen Menschen die Leistungen immer wieder nachzugehen anzubieten, um die Motivation wieder zu stärken, oder müssen sie aus therapeutischen Gründen eher darauf abzielen, dass diese Leistungen von den Menschen selbst nachgefragt werden? Ab welchem biografischen Lebenszustand »erwirbt« ein suchtkranker Mensch »das Recht«, dass man ihm Hilfen auch nachdrücklich aufnötigt?

Die Antwort auf diese Fragen und die Wege sind – wie immer in Deutschland – sehr unterschiedlich. Es gibt Regionen, die zwischen dem Verbund für suchtkranke Menschen und denen für psychisch kranke Menschen unterscheiden und solche, die das integrieren. Aus meiner Sicht ist der integrative Weg der zielführendere, da sich in der psychiatrischen Hilfe immer wieder sehr deutlich zeigt, dass auch andere psychisch kranke Menschen Substanzmittel konsumieren und die kooperative Zusammenarbeit viele fruchtbare Lösungen im Einzelfall erzielen kann.

Im Gemeindepsychiatrischen Verbund Berlin-Reinickendorf wurde jüngst das 25-jährige Jubiläum der Drogenberatungsstelle gefeiert, die – ursprünglich gegen ihren Willen und aufgrund einer Landesplanung – von einem anderen Bezirk nach Reinickendorf umsiedeln musste.

Der GPV Reinickendorf, bzw. die Vorläuferorganisation davon, hat diesen Zuzug sehr begrüßt und auch die Drogenberatungsstelle wie auch die

Alkoholberatungsstelle aktiv integriert. Daraus sind vielfältige Projekte von ambulanter Entwöhnungsbehandlung, Betreuung suchtkranker Kinder in Familien und viele andere mehr entstanden. Wir arbeiten seither systematisch an gemeinsamen Zielsetzungen. Das verhindert keineswegs, dass sich die professionellen Spezialisten miteinander treffen und organisieren. Im Gegenteil, der GPV als Rahmenstruktur stützt die notwendige Fachlichkeit in der Arbeit und stellt sicher, dass entsprechende speziell notwendige Besprechungsebenen existieren, diese sich aber in einem übergreifenden Rahmen von Qualitätssicherung für psychisch kranke Menschen bewegen.

Eigentlich, so denke ich, sind damit viele Forderungen von Herrn Wienberg erfüllt, weshalb ich ihm entgegenen will, dass gerade solche Gemeindepsychiatrische Verbände die notwendige strukturelle Voraussetzung sind, um die von ihm beschriebenen Ziele zu erreichen. Wenn die Politik die Rahmenbedingungen verbessert und die Leistungsträger ihrerseits auch solche Kooperationsstrukturen fordern und fördern, dann lässt sich viel für suchtkranke Menschen erreichen.

Netzwerkarbeit bei Jugendlichen mit Substanzproblemen

Renate Schepker

Bei Kindern und Jugendlichen sind viele Dinge grundsätzlich anders angelegt, und das wirkt sich auf die Strukturen von Suchthilfenetzwerken aus. Leistungsberechtigt sind prinzipiell die Eltern, erst bei seelischer Behinderung (§ 35 a Sozialgesetzbuch [SGB] VIII) sind Jugendliche ab 15 selbst berechtigt. Eltern sind für uns mehrfach bedeutsam: als Vertreter ihres Kindes, aber auch als eigene von Sucht betroffene.

Intoxikierte Jugendliche

Herr Wienberg hat die intoxikierten Jugendlichen als Hauptzielgruppe eingeführt und sie unverbunden mitten in den Raum gestellt. Epidemiologisch ist diese Gruppe deutlich kleiner (nur 25 000/Jahr) als die der Jugendlichen mit mindestens schädlichem Gebrauch von Suchtmitteln (mindestens 2 Millionen). Beim Projekt HaLT (s. Beitrag Kuttler in diesem Band) sind wir noch im Rahmen der indizierten Prävention. Leistungserbringer sind die Beratungsstellen. Obwohl die Bundesregierung das bundesweite »Roll-out« von HaLT beschlossen hat, ist die Finanzierung nicht gesichert.

Außerdem arbeiten Jugendspezialisten noch nicht flächendeckend in den Suchtberatungsstellen, und leider gibt es noch lange nicht flächendeckend integrierte Familien- und Suchtberatungsstellen. Das liegt an der häufig unterschiedlichen Trägerschaft und den sehr unterschiedlichen kommunalen Strukturen. Während Familien- oder Erziehungsberatungsstellen strukturell zur Jugendhilfe gehören, ist das bei Suchtberatungsstellen anders. Eine wesentliche Zielgruppe sind aber doch auch die Eltern der intoxikierten Kinder, ohne deren Genehmigung keine Intervention – auch keine präventive – möglich ist. Ohne die sorgeberechtigten Eltern kann nachfolgend keine Behandlung stattfinden, wenn sie denn indiziert sein sollte. Es ist gerade bei den Eltern unserer suchtgefährdeten Jugendlichen illusorisch anzunehmen, durch das reine Vorhalten eines Beratungsangebotes würde dieses auch immer wahrgenommen.

Lösen lässt sich das Dilemma m. E. langfristig nur durch eine interdisziplinäre Vernetzung und Verschränkung – dann wenn das Personal der Intensivstationen selbst Gesprächsführungskompetenz hätte und das Projekt HaLT langfristig nicht extern Beratungsstellentätigkeit, sondern intern

Teil der Klinikarbeit würde. Wir haben gestern ein positives Beispiel aus der Anästhesieabteilung in der Charité gehört. Es wäre ein einfaches, bei den »Entzugs«-Leistungskomplexen in den »Operationen- und Prozedurenschlüsseln« (OPS-Codes), die ja alle internistischen und pädiatrischen Kliniken durchführen und abrechnen dürfen, eine Beratungsleistung als Pflichtleistung im Rahmen der Intensivbehandlung mit aufzunehmen. Derzeit beherrschen die Intensivmediziner diesen wesentlichen Teil nicht. Sie könnten ihn natürlich einkaufen oder einwerben um ihn abzurechnen – ein Tätigkeitsfeld das den Beratungsstellen eine Schnittstelle ersparen und eine neue Finanzquelle erschließen würde. Denn Diagnostik und Prävention ist schließlich auch eine medizinische Leistung.

Des Weiteren wird sich aus einem HaLT-Brückengespräch neben dem Gruppenangebot sehr oft auch ein Jugendhilfebedarf darstellen (SGB VIII, aber nur subsidiär zuständig für Suchtprobleme mit einer F-Diagnose, und sei es nur F 10.1). Im Rahmen der Erziehungsbedürfnisse eines Jugendlichen ist die Jugendhilfe natürlich zuständig für die Hintergründe des Trinkens, wie z. B. innerfamiliäre Konflikte, schädliche Peer-Beziehungen, beengte Wohnverhältnisse und »abhängen draußen« etc.

Da aber intoxikierte Jugendliche lt. HaLT-Projektes in Rostock zu 40 % auch psychiatrisch gestört sind, gehört die Kooperation mit dem (ambulanten, d. h. nach SGB V mit niedergelassenen Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie [KJPPs] und Psychiatrischen Institutsambulanzen [PIAs]) KJPP-System zwingend ins Netz. Das sehen die gerade entstehenden Suchthilfenetzwerke m. E. zu wenig. Das liegt auch daran, dass nicht in jedem Kreisgebiet eine KJPP-Klinik mit Suchttherapie-Kompetenz verortet ist und dass man sich nicht kennt, wohlmöglich sogar die niedergelassenen Kinderpsychiater mit Sozialpsychiatrischen Teams nicht kennt!

Für konsumierende/intoxikierte Jugendliche allgemein ist der Hausarzt oder Kinderarzt wichtig. Er ist derjenige, der den Entlassbericht der Intensivstation/Klinik bekommt und durch die jahrelangen Beziehungen nacharbeiten kann, z. B. in Richtung einer Erlaubnis für eine Beratung und in Richtung aufsuchende Arbeit und Beratung der Jugendlichen in Hinblick auf körperliche Folgen. Ein wesentliches Ergebnis der Rostocker Designerdrogensprechstunde war, dass Jugendlichen in ihrem erst sich entwickelnden Körperbezug eine Beratung hinsichtlich somatischer Folgen des Konsums wichtig ist und sie darüber gut ins Gespräch kommen.

Suchtkranke und suchtgefährdete Jugendliche

Suchtkranke und suchtgefährdete Jugendliche sind – s. o. – eine größere und bedürftigere Gruppe als die der Intoxikierten – die Sicherstellung der Versorgung ist aber nicht gewährleistet. Sollte sich dann herausstellen, dass nicht ein psychosoziales, nicht ein schulisches, nicht ein allgemein-jugendpsychiatrisches, sondern wirklich ein suchtmmedizinisches Problem vorrangig oder zunächst als Erstes zu behandeln ist, gibt es eine schreckliche Diversität der Suchtbehandlung für Jugendliche: Keine flächendeckenden Jugendstationen für qualifizierte Entzugsbehandlung, sehr unterschiedliche Gepflogenheiten in den Bundesländern, noch weniger geregelte Langzeitbehandlung.

Unterschiedliche fachliche Grundhaltungen bezüglich der Erfordernis eines spezifischen Milieus für suchtkranke Jugendliche (das hat die Erwachsenenpsychiatrie seit 20 Jahren hinter sich und das ist keine »Institutionszentrierung«, sondern ein Versorgungsbedarf) und unterschiedliche rechtliche Grundlagen bezüglich der Freiwilligkeit (alles von Einsperren bis Niederschwelligkeit existiert, nichts davon ist bisher evidenzbasiert) verkomplizieren die Lage. Es gibt keinerlei geregelte sozialrechtliche Vorgabe für den »Entwöhnungsteil« der Behandlung außer dass alle subsidiär und keiner zuständig ist. Aus diesem Grund gibt es bundesweit sehr unterschiedliche Modelle.

Modelle zur integrierten Versorgung (IV) innerhalb des SGB V nutzen uns in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nichts. Den beteiligten Krankenkassen sind die Zahlen zu klein, so gibt es kaum IV-Projekte im Fach, lediglich zwei zum Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom – Hyperaktivität (ADHS) und eines zu Adipositas und auch dort mit äußerst schlechter Beteiligung. Wir sollten keine neuen Strukturen und bürokratischen Abläufe schaffen, sondern die multiprofessionelle Kompetenz der Sozialpsychiatrischen KJPP-Praxen nutzen und die Netzwerke deutlich über die Grenzen des SGB V hinaus knüpfen.

Für beide Bereiche, die der intoxikierten Jugendlichen und die der suchtkranken und suchtgefährdeten Jugendlichen muss die Vernetzung m. E. besser werden. Schlecht geregelt ist wegen der geringen Kenntnis der Systeme (auch durch Spezialisten!) der Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter.

Nicht benannte Versorgungsdesiderate

Es müssen einige Millionen Kinder mit suchtkranken Eltern leben. Zu wenig wird seitens der Suchthilfe wahrgenommen, dass Klienten/Patienten auch Eltern sind und sehr oft eine verlässliche Versorgung der Kinder Behandlung

erst möglich macht. Zu selten und nur in einzelnen Projekten kümmert sich jemand um die Kinder, die eine Zielgruppe für selektive Prävention sind bei stark erhöhten Risiken eigener Suchtstörung oder anderer Störungen. Zu oft wird dann doch versucht, die Elternfunktion therapeutisch motivational einzusetzen, ohne dass das Kindeswohl im Vordergrund gesehen wird, Kevin aus Bremen ist dafür ein Beispiel.

Suchtkranke Eltern in Beratungsstellen wären eine ideale Zielgruppe für entwicklungspsychologische Beratung, die derzeit an mehreren Modellstandorten eingeführt wird, u. a. in Düsseldorf, in Rheinland-Pfalz und auch bei uns in Ravensburg. Wenn es etwa vor allem junge Mütter sind, die Sucht-Tageskliniken aufsuchen, liegt hier eine Vernetzung im Sinne des Kindeswohls nahe – mit dem Jugendamt nicht als Kontrolleur, sondern als Vermittler von Hilfen.

In ein Suchthilfe-Netzwerk gehören somit aus meiner Sicht

1. unabdingbar finanzielle Absprachen hinsichtlich präventiver Interventionen in somatischen Kliniken,
2. die Förderung von breiten Fortbildungsoffensiven über alle Versäulungsgrenzen hinweg in allen medizinischen und pädagogischen Berufsgruppen,
3. ein aktiver Einbezug der Jugendhilfe und auch der Jugendgerichtshilfe, der Erziehungs- und Familienberatungsstellen und der Jugendhilfeeinrichtungen,
4. nicht zuletzt auch die Kinder- und Jugendpsychiater ambulant und stationär.

All die von mir genannten sind in den letzten Jahren in Vernetzung gut geübt und könnten für spezifische Themen und Zielgruppen auf lokaler Ebene mühelos andockt werden.

Erst langfristig einzubeziehen und zunächst dringend nachzuqualifizieren wären die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Für Jugendliche mit Suchtgefährdung gilt ganz besonders, dass sie haltende und auch konsequente Systeme benötigen. Gerade die haben wir mit den Suchthilfenetzwerken noch nicht geschaffen.

Erst wenn die Systeme funktionsfähig sind und die Optionen regional überschaubar sind, kann der Anspruch auf Partizipation im Sinne des personenzentrierten Ansatzes umgesetzt werden. Ein Jugendlicher und seine Eltern werden im – strukturell von den Beteiligten und Verantwortlichkeiten her mittlerweile gut festgelegten – Hilfeplangespräch nach SGB VIII unter

Beteiligung der Ärzte kaum eigene Vorstellungen entwickeln können, wenn nicht klar ist, wer für die Finanzierung welcher (Teil-)leistungen zuständig ist (für Rehabilitation verstehen sich, siehe Beitrag zu JUST, bisher alle Leistungsträger als subsidiär und es braucht regionale Sonderregelungen) und welche Angebote unter diesen spezifischen Voraussetzungen und unter Einbezug welcher vorhandenen – individuellen, familiären und institutionellen Ressourcen überhaupt zugänglich sind.

Regionale Steuerung durch das Land Baden-Württemberg

Joachim Kohler

Zunächst ist es notwendig, sich einige Grundlagen vor Augen zu führen. Das Leistungsrecht – SGB I bis SGB XII – ist Bundesrecht, da haben wir als Länder wenig Spielraum. Das ist auch gut so, denn die leistungsrechtlichen Voraussetzungen müssen bundesweit die gleichen sein. Auch Gesundheitsreformen sind Bundesrecht. Wir Länder haben aber Verantwortung für die Infrastruktur im Rahmen der Daseinsvorsorge.

Was eint nun die verschiedenen politischen Ebenen? Dazu will ich eine ganz klare Aussage machen. Wir tragen alle gemeinsam die Verantwortung für eine möglichst gute Patientenversorgung. Alle unsere Aktivitäten müssen sich an ihren Konsequenzen für kranke Menschen messen lassen.

Wir müssen unsere Versorgungssysteme ständig weiterentwickeln. Die dafür notwendigen Konzeptionen werden aber nicht verordnet, sondern müssen gemeinsam entwickelt werden. Die Umsetzung ist dann landespolitische Aufgabe und Verantwortung. Dabei ist »Vernetzung« mittlerweile zum Reizwort geworden. Aber sie ist notwendig, um eine Abgrenzung der einzelnen Sektoren voneinander zu vermeiden. Genauso vermieden werden muss ein Gegeneinander der einzelnen Berufsgruppen. Eine Psychosoziale Beratungsstelle, in der von Polizisten nur als »Bullen« gesprochen wird, macht wesentliche Dinge falsch.

Entscheidend wichtig ist auch, dass die Leistungsträger, also vor allem die Krankenkassen, die Rentenversicherung und die Kommunen von Beginn an in die Entwicklung von Konzeptionen einbezogen werden und damit auch ihre Strukturverantwortung wahrnehmen. Sie sind dann aber auch verpflichtet, gemeinsam entwickelte Konzeptionen mit umzusetzen. Als Beispiel dafür möchte ich die suchtmedizinischen Tageskliniken nennen. Die Krankenkassen haben in Baden-Württemberg die Kriterien für die Einrichtung weiterer Tageskliniken maßgeblich beeinflusst und sind nun gefordert, für geeignete Projekte auch die Finanzierung zu sichern.

Das Land Baden-Württemberg übernimmt auch künftig die Moderation bei sektorenübergreifenden Konzeptionen. Als bisherige Beispiele nenne ich die Schmerzkonzeption, die palliative Versorgung oder auch das Projekt JUST für die Versorgung schwer suchtkrankender Kinder und Jugendlicher. Schwer

suchtkranke Kinder müssen nach der stationären Krankenhausbehandlung gleichzeitig und synergistisch in einer Kombination aus medizinischer Rehabilitation und Jugendhilfe stationär weiterbehandelt werden. Bei JUST ist es nach Jahren intensiver Verhandlung nun gelungen, dass sich auch die Deutsche Rentenversicherung Bund an der Finanzierung des bundesweiten Modellprojekts beteiligt. Ich bin sehr zuversichtlich, dass JUST in die Regelversorgung übernommen werden kann.

Einen weiteren Bereich will ich ansprechen. Sämtliche Inhalte der Suchthilfe müssen sich an der Perspektive der Abstinenz orientieren. Wenn wir diese Orientierung aufgeben, werden wir in wichtigen Gebieten wie beispielsweise der Substitution von Opiatabhängigen den gesellschaftlichen Konsens verlieren. Diese Forderung nach Abstinenz muss aber dadurch balanciert sein, dass jeder Suchtkranke die notwendige Zeit eingeräumt bekommt, die er zur Bewältigung des jeweiligen Einzelschritts im Rahmen einer Gesamtbehandlung benötigt. Eine erfolgreiche Gesamtbehandlung bedeutet wiederum, dem Einzelpatienten sehr gezielt ein geeignetes Behandlungsangebot vorzuschlagen und ihm innerhalb des komplexen Gesamtsystems Halt und Orientierung zu geben. »Case-Management« bedeutet aber kein Zugriff auf fremde Budgets!

Kommunale Suchthilfenetzwerke

Die Aufgaben der Kommunen in den Bereichen der sozialen und gesundheitlichen Daseinsvorsorge (Sozialhilfe, Jugendhilfe, Krankenhäuser etc.) sind in der Regel kreisbezogen gegliedert. Es lag daher nahe, auch die Gesamtversorgung suchtkranker und suchtgefährdeter Menschen vermehrt kreisbezogen zu optimieren, zumal Suchtkranke in vielfältiger Weise auch auf kommunale Unterstützung angewiesen sind.

Ausgehend von den dargestellten Grundlagen hat sich bereits im Jahr 2004 eine Arbeitsgruppe am Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg mit Lösungsvorschlägen beschäftigt und hat sich im August 2005 auf gemeinsame Empfehlungen verständigt. Die Grundidee dieser Empfehlungen ist, dass – jeweils auf Kreisebene organisiert – jeder Einzelne seine Aufgaben und seine Finanzierung in ein gemeinsames Hilfesystem einbringt und dass das gemeinsame Handeln in verbindlichen Vereinbarungen festgelegt wird. Damit soll vor allem die Fragmentierung der Leistungserbringung im Interesse eines Gesamtbehandlungsplans für jeden einzelnen Suchtkranken überwunden werden. Das dabei erforderliche sektorenüber-

greifende Case-Management ist aber nur freiwillig möglich im Sinne eines »Kooperationsmanagements«.

Wir haben vonseiten des Landes durch die Änderung der Förderrichtlinien einen zusätzlichen Anreiz für die Entwicklung der Suchthilfenetzwerke gesetzt. Die Förderung der Fachkräfte in den Psychosozialen Beratungsstellen ist seit diesem Jahr abhängig von der Einbindung der Beratungsstelle in das jeweilige Suchthilfenetzwerk.

Sachstand und Ausblick

Wo stehen wir heute?

Wir haben in allen 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg kommunale Suchthilfenetzwerke eingerichtet. Diese haben sich zu einer stabilen Grundstruktur entwickelt, auf der die einzelnen Themen wie etwa der Glücksspielstaatsvertrag besser umgesetzt werden können.

Nicht zuletzt die Konkretisierung der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung in Baden-Württemberg, bei der schon im Bundesgesetz vorgegeben ist, dass die substituierenden Einrichtungen in das örtliche Suchthilfesystem eingebunden sein müssen, wird durch die Suchthilfenetzwerke einfacher. Wichtig ist auch, dass die Leistungsträger ihrerseits bei der Implementierung neuer Versorgungsangebote zunehmend deren Einbindung in die Suchthilfenetzwerke verlangen.

Auch in einem weiteren Bereich werden die Suchthilfenetzwerke wichtig werden. Es ist absehbar, dass immer mehr Leistungen europaweit ausgeschrieben werden müssen. Wie lange die Verbände der Liga der Freien Wohlfahrtspflege, meist Träger der Psychosozialen Beratungsstellen, dabei ihren bisherigen Sonderstatus behalten können, weiß ich nicht. Es ist aber ein entscheidender Wettbewerbsvorteil, wenn als Bestandteil der einzelnen Leistungsbeschreibung deren Erbringung innerhalb der vertraglich vereinbarten Kooperation eines Suchthilfenetzwerks gefordert werden kann.

Was ist noch zu tun?

Die Suchthilfenetzwerke sind in Baden-Württemberg eingerichtet und gut angelaufen. Sie müssen sich aber noch weiter verfestigen. Dazu gehört vor allem ein Qualitäts-Management, bei dem zunächst Kriterien für die Einzelleistungen entwickelt werden. Dieser Prozess hat seit Langem begonnen.

Wir brauchen aber auch ein Qualitäts-Management für die Suchhilfenetzwerke als Verbund. Dieser Aufgabe werden wir uns ab dem nächsten Jahr stellen.

Statements

Vorstand Ärztekammer Baden-Württemberg

Christoph Schoultz von Ascheraden

Einen Blick in den Rückspiegel. Vor zwanzig Jahren gab es noch keine gesetzliche Grundlage für die substitutionsgestützte Suchttherapie. Es gab keine speziellen Zusatzbezeichnungen in Richtung Suchtmedizin. Es gab innerhalb der Ärzteschaft kein großes Interesse an solchen Zusatzqualifikationen. Und wenn wir uns heute die Situation anschauen, hat sich vieles geändert. Es ist noch nicht alles geschafft, aber ich möchte die Eckpunkte nennen.

Wir haben eine klare gesetzliche Grundlage für die Tätigkeit in der Substitution. Am 28. Mai hat der Bundestag die Erweiterung der Substitution bei schwerer Heroinabhängigkeit durch die Vergabe des Originalstoffes beschlossen. Die Ärzteschaft hat die Suchtmedizin bzw. die suchtherapeutischen Grundlagen in die Weiterbildungsordnung aufgenommen. Sie hat die Forderung immer wieder erhoben, dass die Grundlagen in der Allgemeinmedizin während der Ausbildung bzw. des Studiums gelegt werden. Das ist nach unserer Überzeugung noch unbefriedigend. Wir haben auf allen Ebenen der Selbstverwaltung in der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung fachkundige Kommissionen eingerichtet oder nach dem Gesetz einrichten müssen, die für eine Qualitätssicherung sorgen. Das sind die formalen Dinge. Wie ist das mit Inhalten gefüllt? Wir haben in den letzten Jahren erlebt, dass die Ärzteschaft sich stärker in Form von Qualitätszirkeln in die Netze auf Landes- und auf Regionalebene eingebracht hat. Die untersten Einheiten finden in Form von kommunalen Suchthilfenetzwerken statt. Dieser Landesvereinbarung in Baden-Württemberg zu vertraglich vereinbarten Suchthilfenetzwerken ist die Ärztekammer auf Bezirksebene beigetreten. Wir sind jetzt noch nicht in allen kommunalen Netzwerken vertreten, aber wir sind auf einem guten Weg. Das heißt, wir kommentieren und begleiten nicht nur, wir übernehmen als gleichberechtigte Partner mit allen in diesen Suchthilfenetzwerken Vertretenen regional Verantwortung.

Das ist eine neue Qualität, mit der sich die Ärzteschaft einbringt. Wir haben nach wie vor Defizite. Die will ich auch nicht verschweigen. Ich bin selbst Hausarzt im Schwarzwald. Die Hausärzte haben – rein zahlenmäßig – die meisten Kontakte zu Suchterkrankten oder -gefährdeten. Und trotzdem wird die alles entscheidende Erstmotivationsphase nur in einem geringen Pro-

zentsatz genutzt. Hier ist zu klären: Besteht eine Suchterkrankung oder eine -gefährdung? Worin besteht sie? Besteht eine Komorbidität und wohin kann ich den Patienten in welche weitere kompetente diagnostische Behandlung bringen? Das ist ein Problem, mit dem wir uns sehr intensiv beschäftigen, aber wir haben noch keine Lösung dafür. Wir müssen unsere Kolleginnen und Kollegen dafür gewinnen. Wir können das zwar in die Weiterbildungsordnung reinschreiben. Wir können dafür kämpfen, dass mehr Honorar in den Topf kommt. Aber letztlich müssen wir die Hausärzte überzeugen, wir müssen dafür ein Klima schaffen, dass die Kolleginnen und Kollegen das als eine ganz wichtige Aufgabe in ihrer hausärztlichen Tätigkeit sehen. Das geht im täglichen Leben einer Praxis oft unter. Man muss diese Fragestellung immer präsent haben. So wie wir gelernt haben, den Diabetiker nicht nur nach dem Blutzuckerwert zu beurteilen und die Prognose und Behandlung darauf auszurichten, sondern uns jedes Mal die Füße anzuschauen, so müssen wir den Patienten sozusagen auf diese Suchtgefährdung immer wieder bei Gesundheitschecks oder bei akuten intermittierenden Erkrankungen anschauen. Wenn jemand mit einer Bronchitis kommt oder wenn jemand mit erhöhten Leberwerten kommt, muss das sozusagen integrales Denken sein. Das ist noch zu wenig entwickelt. Das ist der eine Punkt.

Der Zweite ist, dass der Patient in der adäquaten Form angesprochen wird. Das muss man lernen. Der eine kann es besser, der andere weniger gut, aber es gibt dafür Instrumentarien. Wie führe ich dieses initiale Gespräch, damit der Patient nicht verprellt wird, damit der Arzt sich nicht aus Unsicherheit nicht traut, das Problem anzusprechen und damit das Gespräch ein vernünftiges Ergebnis hat.

Das Dritte ist, der Hausarzt muss in einem Verbund tatsächlich in der Lage sein, zu entscheiden: Ist hier eine akutstationäre Behandlung primär notwendig oder reicht es aus, einen zeitnahen Kontakt mit der Beratungsstelle oder mit einer therapeutischen Einrichtung herzustellen?

Der letzte Punkt ist, dass der Patient nach einer fachspezifischen Therapie wieder vom Hausarzt übernommen wird. An diesen Schnittstellen gehen uns viele therapeutische Situationen verloren. Die Netze sollten oder dürfen sich nicht nur mit ihrer eigenen Netzstruktur begnügen, darin wohlfühlen und immer weiter fortbilden und die Kommunikation verbessern, sondern sie müssen die Probleme an den Schnittstellen lösen. Im Netz ist der Rentenversicherungsträger vertreten. So können wir hier die Schnittstelle schließen. Da ist die Arbeitsagentur und sind die Krankenkassen vertreten. Dort müssen wir auch kontrovers über die Konzepte diskutieren und dann

können wir das wieder mit rausnehmen und auch von der Kammer in die hausärztliche Diskussion und in die Versorgung einführen.

Selbstverständlich müssen wir auch über den Sinn und Unsinn von Netzen und ihrem Eigenleben reden. Über ihre Eigenbeharrlichkeit und ihrer Selbstbestätigung müssen wir ein kritisches Bewusstsein entwickeln. Aber ohne eine vernünftige Kooperationsstruktur, ich sage jetzt mal nicht »Netz«, ohne Zusammenarbeit, gibt es keinen Respekt der unterschiedlichen Akteure im Suchthilfesystem voreinander. Es gibt kein Verständnis. Es gibt keine Kommunikation, in der die Sprache verstanden wird. Das sind alles Dinge, die wir als Hindernis jeden Tag erleben, die wir versucht haben, in den letzten Jahren zu überwinden. Also dazu müssen wir schon miteinander reden, sprechen, umgehen, uns treffen. Ich sage nur deutsche Worte!

Und wir müssen uns auch über die Ethik der Ökonomie Gedanken machen, das halte ich für sehr wichtig. Jeder Euro kann nur einmal ausgegeben werden. Und jeder Euro, der nicht dem Patienten zugute kommt, ist letztlich verschwendet. Und deshalb müssen wir uns zusammenraufen und wir müssen uns auseinandersetzen – zum Teil auch kontrovers –, aber in einer vernünftigen Form und wir müssen die Mittel effektiver einsetzen. Das ist auch einer der Beweggründe, warum wir in Baden-Württemberg Netze bilden: Weil wir zu viele gewachsene Strukturen haben, die zum Teil parallel und zum Teil gegeneinander arbeiten, die keine klare Aufgabenzuweisung haben, die nicht über die ausreichende Selbstkritik verfügen, die zu einer solchen gemeinschaftlichen Arbeit notwendig ist. Dazu müssen wir uns aber zusammensetzen, ob wir das jetzt Netz nennen oder nicht.

Ich kann als Fazit nur appellieren, die Strukturen so zu verändern, dass wir den Hausärzten die Möglichkeit geben bzw. diese zur Weiterbildung und möglicherweise zur Erlangung der Zusatzbezeichnungen Suchtmedizin motivieren. Diese Qualifikation beinhaltet eben nicht nur das Handwerkszeug zur Methadonvergabe, sondern darüber hinaus die Verpflichtung zur ständigen Fortbildung, regionale Qualitätszirkel zu bilden und sich an regionalen Netzwerken zu beteiligen. Wir müssen den Hausärzten die Möglichkeit geben, wiederum genau zu wissen, was tue ich, wenn ich den Verdacht auf eine Suchterkrankung habe? Was ist der nächste richtige Schritt? Und wenn ein richtiger Schritt ist, dorthin zu verweisen, diese Überweisung vorzunehmen. Nicht nur sagen: »Jetzt gehst du mal in die Beratungsstelle.« Das reicht eben nicht. Einen Termin auszumachen, nachfragen, einen Kontrolltermin ausmachen ... Wenn wir das schaffen, dann haben wir schon viel auf den Weg gebracht.

Aber perspektivisch müssen wir nicht nur die Hausärzte gewinnen, denn Suchtpatienten tauchen beim Hals-Nasen-Ohrenarzt, beim Hautarzt, bei der Gynäkologin und bei allen anderen Ärzten auf. In der Notfallversorgung funktioniert es eigentlich schon ganz ordentlich. In den Krankenhäusern haben wir nach meinem Kenntnisstand deutliche Fortschritte. Entgiftungen werden heute als eine ganz normale Akutbehandlung einer chronischen Erkrankung angesehen und auch von den meisten Häusern kompetent durchgeführt. In der Anästhesie und in allen anderen Bereichen müssen wir diesen Grundgedanken implementieren. Wir brauchen die Netzwerke, sie stützen uns und geben uns dann anschließend die Möglichkeit, eine kompetente fachbezogene Behandlung der Suchterkrankten in die Wege zu leiten.

Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist es, dafür zu sorgen, dass die Versicherten die ihnen gesetzlich nach den Normen des Sozialgesetzbuches zustehenden Leistungen auch erhalten. Das ist primäre Aufgabe der Krankenversicherung, die ordnungsgemäße Erfüllung ihrer leistungsrechtlichen Aufgaben. Auf dem Feld geben wir zusammen mit der Rentenversicherung beträchtliche Summen aus. Geregelt ist das in nutzerfreundlichen Rahmenvereinbarungen zwischen den verantwortlichen Trägern, die für die Versicherten weniger Wartezeiten oder Zuständigkeitskonflikte zur Folge haben. Das klappt in der Praxis meist reibungslos. Die jüngste dieser Vereinbarung zur Ambulanten Rehabilitation Sucht¹ ist von Ende 2008 und bezieht auch die neuesten gesetzlichen Änderungen ein. Da sehen wir unsere primäre Zuständigkeit.

Die regionale und dann in der Umsetzung kommunale Verantwortung ist auch aus unserer Sicht hervorzuheben. Das ist die Infrastruktur bzw. das Gefäß- und Röhrensystem, über das dann die Leistungen fließen können. Eine Leistung, die nicht an den Versicherten gelangt, weil er nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in ein Loch der Zuständigkeit fällt, wäre sicherlich für den Betroffenen schlimm. Aber es wäre auch für die Versorgung schlimm und es wäre auch für uns kein gutes Zeugnis. Alle Zuständigen und Beteiligten – die Kommune, die Kranken- und Rentenversicherung – müssen gemeinsam dafür sorgen, dass die Versorgungskette von der Prävention über die Akutbehandlung bis zur Rehabilitation und Adaptation unter Einbindung der Suchtberatungsstellen und Sozialpsychiatrie mit ihren gemeindenahen Strukturen funktioniert und die Träger untereinander vernetzt sind.

Die GKV ist kein zentralisiertes System, die GKV ist ein sehr dezentralisiertes System mit 196 Kassen, die untereinander im Wettbewerb stehen. Den GKV-Spitzenverband gibt es seit einem Jahr. Das war auch der Wunsch der Politik, einen Ansprechpartner zu haben und einen, der die gemeinsamen und einheitlich zu treffenden Entscheidungen jetzt auf Bundesebene trifft. Damit sind die Entscheidungen gemeint, die nicht von den im Wettbewerb

1 Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008.

stehenden Kassen zu treffen sind. Es kommt darauf an, dass Verantwortung von jedem an seiner Stelle vernünftig wahrgenommen wird.

Mein vorrangiges Arbeitsgebiet ist die Prävention. Die Frage nach der kommunalen Verantwortung lässt sich hier sehr anschaulich an dem Modellprojekt HaLT darstellen. Dieses Projekt ist von der früheren Drogenbeauftragten der Bundesregierung Frau Caspers-Merk in die Wege geleitet worden. Das HaLT-Projekt richtet sich an Jugendliche, die mit akuter Alkoholvergiftung im Krankenhaus aufgenommen werden mussten. Dieses Projekt hat zwei große Säulen bzw. Bestandteile. Die erste Säule ist die gezielte Einzelfallhilfe, das »sich kümmern um den Jugendlichen«. Ziel ist, dass er nicht wieder rückfällig wird und dass er in Zukunft die Finger vom Alkohol lässt. Hier bringen sich auch die Krankenkassen mit ihren Leistungen ein. Aber die genauso wichtige zweite Säule ist die Bildung einer kommunalen Steuerungs- und Verantwortungsstruktur in Bezug auf die Prävention. Es ist ganz entscheidend, dass die Lehrerschaft, die Einzelhändler, die Gastronomie, die Polizei und alle weiteren relevanten Akteure ihre Verantwortung auch gerade im Hinblick auf Verfügbarkeit von Alkohol und Aufklärung in der Schule usw. wahrnehmen. Das Gesundheits- und Jugendamt haben hier die Vernetzungsaufgabe.

Die Krankenhausaufnahmen aufgrund einer Alkoholvergiftung werden weiter ansteigen, wenn man sich um die Vorbeugung nicht kümmert. Prävention ist unverzichtbar. Es ist sehr bedauerlich, dass der vorgesehene nationale Aktionsplan Alkohol gescheitert ist. Wir haben ca. vier Jahre beraten, jetzt auch im Drogen- und Suchtrat, in dem ich Mitglied bin. Das Scheitern ist mit begründet in Ressort-Egoismen der beteiligten Ministerien. Man wird immer mehr Fälle produzieren, wenn nicht in der Prävention deutlich die Anstrengungen erhöht werden und das kann das nur durch ein ressortübergreifendes Vorgehen gelingen.

Die Thematik der »Regionalen Verantwortung« ist auch ein politisch zu bestimmendes Thema. Da bringen wir uns als Partner ein, der den Leistungsfluss in den von der Politik gebahnten Kanälen sicherzustellen und zu gewährleisten hat. Auch in der Prävention haben wir schon oft die Diskussion um die Fragestellung gehabt: Warum fließt das ganze Geld nicht alles in einen Topf und dann wird es daraus auf die einzelnen Leistungsbereiche verteilt? Man hat dann nicht drei oder vier Ansprechpartner, die alle zuständig sind und die alle möglicherweise versuchen, die Fälle von sich abzuwenden.

Wir waren mit der Kollegin von der Rentenversicherung, die die Stellungnahmen zu beiden Präventionsgesetzentwürfen gemacht hat, völlig ei-

nig. Es würde einen wirklichen ordnungspolitischen Sündenfall bedeuten, wenn die Einheit von Finanz- und Steuerungsverantwortung aufgebrochen wäre. Wenn die Gelder der Sozialversicherung in trägerübergreifende Töpfe einfließen, egal ob bei der Suchthilfe oder bei der Prävention und dann ein Gremium über die Geldvergabe entscheidet, in dem die Politik oder auch Leistungserbringer vertreten sind. Ich kann Ihnen mit Sicherheit sagen, dass wir dann in wenigen Jahren eine Diskussion hätten, schnell die Finanzverantwortung wieder an die Träger, die das Geld einbringen, zurückzugeben. Wir sind sehr skeptisch, diese trägerübergreifend gespeisten Töpfe zu etablieren in der Prävention aber auch in der Versorgung. Das würde wirklich der Verschwendung und auch dem Missbrauch meines Erachtens Tür und Tor öffnen. Die Gelder, die wir verwalten, die 165 Milliarden jedes Jahr, die sind nicht unser Eigentum. Aber wir sind die treuhänderisch Verantwortlichen und müssen für ihren wirtschaftlichen und wirksamen Einsatz sorgen. Vielen Dank.

Deutsche Rentenversicherung (DRV) Braunschweig-Hannover

Georg Wiegand

Die Frage der regionalen Verantwortung und Steuerung ist mit der Organisation unserer Sozialleistungssystem eng verknüpft. Wir haben steuerfinanzierte Leistungen, das ist die kommunale Daseinsfürsorge. Wir haben aber auch beitragsfinanzierte Hilfemöglichkeiten. Diese Hilfemöglichkeiten, sind durch die Sozialgesetzgebung, die »Magna Carta«, die es dort zu beachten gilt, in ihrer Zielsetzung klar definiert. Und Leistungsträger sind sehr stark an diese Zielsetzung gebunden. Herr Dr. Reker hat als oberste ethische Norm das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten definiert. Das ist insofern fragwürdig, dass die Patientenautonomie dort ihre Grenzen hat, wo es auch eine Verantwortung gegenüber der Versichertengemeinschaft gibt. Ein Beitragszahler hat eine Verantwortung innerhalb der Versichertengemeinschaft. Er sollte sich selbst so verhalten, dass der Versichertengemeinschaft wesentlich kein Schaden zugefügt wird. Wenn er chronisch krank wird und sein Leistungsvermögen eingeschränkt ist, muss er alles tun, damit eine alimentierte Lebensweise für ihn nur ein vorübergehender Zustand ist.

Aufgabe des Sozialversicherungssystem ist es aber auch, dass alimentierte Lebensweisen nach Möglichkeit z. B. durch Rehabilitation oder durch kurative Medizin verhindert werden sollen. Das ist die Zielsetzung, die wir als Rentenversicherer immer mit einhalten müssen. Wenn man das mit beachtet, kann man den Rentenversicherer in jeder Art von Netzwerkarbeit mit einbeziehen. Dies können kommunale, landesbezogene oder länderübergreifende Netzwerke sein. Netzwerke als System funktionieren aber nur dann, wenn sie sich auch selbst regulieren. Ein systemischer Gesichtspunkt sind die Interessen der Beteiligten, sofern sie z. B. ein Vermögen zu verwalten haben und wir verwalten unser Versichertenvermögen. Deswegen ist es für uns nur schwer vorstellbar, wenn es dort einen gemeinsam getragenen Topf geben soll, aus dem einfach gegriffen wird, weil es der Patient in diesem Augenblick braucht. Das verbietet uns auch einfach die Sozialgesetzgebung. Das kontrollieren auch die Rechnungshöfe, die genau hinschauen, ob wir unser Geld auch wirklich nach den gesetzlichen Vorgaben ausgeben. Wir werden nicht etwas in einen Topf einzahlen können, aus denen man nachher nach Maßgabe der Akteure in der kurativen Behandlung herauserschöpfen kann zum alleinigen Weiterverfolgen von Zielen, die diese Akteure definieren. Wir können es nur dort, wo wir

an der Stelle, an der der Gesetzgeber es vorsieht, unsere Verantwortung mit unseren Etats übernehmen.

Wenn es dann darum geht, unterschiedliche Zielperspektiven, die durch die Sozialgesetzgebung gesetzt sind, in Bezug auf den einzelnen Patienten miteinander zu verbinden, sind wir bereit, überall auch mitzugestalten. Solch ein leistungsträgerübergreifendes Fall-Management haben wir noch nicht. Deshalb sind wir bereit, in solchen Netzwerken dort mitzuarbeiten, wo es dem Patienten dient. Ich sage das mit großem Selbstbewusstsein, weil wir es schon in vielen Regionen praktizieren. Das Credo ist aus Netzwerken heraus von der Person her denken und handeln, denn nur Netzwerke können das leisten. Aber auch hier gilt, dass sie es nur leisten können, wenn sie als System selbstregulierend im Gleichgewicht sind. Jeder bringt seins mit ein und handelt nach den Möglichkeiten, die er sowohl finanziell als auch ordnungspolitisch mitbringt und an der Stelle sind wir sehr dafür zu haben. In dem Augenblick, wo sich das auf der Bundesebene durch die Gesetzgebung verändert, dass z. B. ein personenorientiertes Fall-Management vernünftiger finanziert und übergreifend eingesetzt werden kann, werden wir loyal gegenüber dem Gesetz sein und würden da an jeder Stelle auch mitmachen. Im Case-Management ist das auch leistungsträgerübergreifend sinnvoll, also die Schnittstelle zum Sozialgesetzbuch (SGB) VIII, der Jugendhilfe, aber auch hin zum SGB V, zur kurativen Versorgung von Versicherten. Dann können wir dort an der Stelle konzeptkoheränt handeln können in einer regionalen Versorgungssituation, für die wir bei unseren Versicherten eine Verantwortung haben.

Netzwerke zu bilden und in Netzwerken Leistung zu definieren, die auch leistungsträgerübergreifend definiert werden, hat auch eine eminent politische Bedeutung. Sie wissen, dass alle medizinischen und sozialen Dienstleistungen, die in einem Land vergeben werden, tendenziell europaweit ausgeschrieben werden müssen, jedenfalls gibt es eine starke politische Bewegung in diese Richtung. Wenn wir diese partikular und einzeln definieren, also ein Patient braucht in dem und dem Systemzusammenhang diese und jene Leistung, dann kann das in fünf Jahren auch jeder portugiesische Leistungsanbieter in der Bundesrepublik nach den Regeln, die in Portugal gelten. Wenn wir aber diese Leistung definieren, in einem regionalen Systemzusammenhang, auch durchaus angelehnt an Community-Reinforcement-Vorstellungen, dann ist das von Portugal, Griechenland oder Großbritannien aus nicht mehr zu leisten. Es ist aber zu leisten, wenn wir uns zusammentun und sagen, in einer bestimmten Region müssen wir z. B.

Komplexleistungen erbringen. Das ist jetzt nicht unser Begriff, aber einer, den ich entlehne. Wenn wir die definieren, dann sind wir von europaweiten Zugriffen auf soziale und medizinische Dienstleistungen etwas weiter entfernt als bisher, wo wir denken, wir müssen aus der gemeindepsychiatrischen Versorgung aus einem Strang heraus definieren. Das wird eine Gefahr sein, der wir dann zu begegnen haben.

Wie lösen wir aktuell das Dilemma, inhaltlich Netzwerkarbeit für sinnvoll und notwendig zu erachten und gleichzeitig die noch bestehende gesetzliche Verpflichtung in Bezug auf die Finanzierungshoheit zu beachten? Die erfüllen wir, in dem wir zum einem Mittel einbringen, die sich aus unserer Leistungszuständigkeit für die medizinische und berufliche Rehabilitation ergeben. Zum anderen können wir aber auch über den Paragraphen § 31 SGB VI sonstige Leistungen erbringen, insbesondere zur Sicherung der Rehabilitationserfolge. Das sind Mittel, die wir auch in die Finanzierung von Case-Management oder Netzwerken einbringen können.

Einen weiteren Beitrag können hier die Servicestellen leisten. Diese funktionieren aus unserer Perspektive sehr gut, wir haben eine signifikante Erhöhung des Beratungsvolumens und eine sehr gute Rückmeldung unserer Versicherten über die Servicestellen. Wir haben insgesamt personell 16 Millionen Euro in diese Servicestellen eingespeist. Servicestellen haben allerdings aus unserer Sicht in erster Linie eine beratende Funktion und keine koordinierende und steuernde Funktion.

Nicht immer einfach ist die Vernetzung mit der kommunalen Ebene. Wenn wir z. B. die kommunalen Spitzenverbände einladen, um darüber zu reden, wie wir mit den Kindern von suchtkranken Familien umgehen. Dort wäre es ja möglich, gemeinsam mit den kommunalen Jugendämtern und der rentenfinanzierten Suchthilfe Möglichkeiten zu finden, gemeinsam Therapiemöglichkeiten zu organisieren. Leider antworten diese dann oft nicht und bleiben einfach ganz weg. Da ist auch eine Lücke im System, über die wir unglücklich sind. Wir werden trotzdem solche Einrichtungen weiter fördern und auch ausbauen.

Auch würden wir uns in der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern ein stärkeres Miteinander wünschen. ALITA ist ein sehr gutes Beispiel. Hier handelt es sich um ein hervorragender Konzept, das bestens erforscht ist und in der Literatur gut dargestellt ist. Wir haben von Frau Professor Ehrenreich fast alle Elemente, die sie dort vorgestellt hat, in unsere Konzepte übernommen. Gescheitert ist es daran, dass der gesamte Apparat dort nicht in der Lage war, sich ein ganz klein wenig sozialversicherungsrechtlichen Vor-

gaben anzupassen. Wir waren ganz kurz davor, es zu finanzieren, jedenfalls den mittleren Teil und die Verhandlungen waren weit gediehen. Das Konzept hat uns sehr imponiert, aber es war ein Franchise-Geschäftsmodell, das ist leider nicht vereinbar mit unseren Finanzierungsrichtlinien. Dann war auf der Ebene der definitorischen Prozesse keine Möglichkeit, Übereinstimmung zu finden. Hier ging es um das Personal und einiger wenige Dinge, die bei der Medikamentenvergabe zu bedenken waren. Besser wäre das Pferd von der anderen Seite aufgezümt worden. Hätten sich die Macher bei ALITA an uns oder an die Krankenkassen gewendet und hätten gesagt, wir haben Folgendes vor: Wir wollen eine hochfrequente Kurzzeitintervention mit einer Medikamenten unterstützenden Behandlung installieren, macht ihr da mit? Dann hätten wir sofort ja gesagt und wären zu einer Finanzierung bereit gewesen und hätten auch die Forschung unterstützt. Aber das ist nicht geschehen, sondern es ist ein fertiges Produkt vorgestellt worden, das an keiner Stelle veränderbar war. Die Bedingungen und die Möglichkeiten, die Leistungsträger haben, müssen von vorneherein mitgedacht werden, wenn man so was Hervorragendes, wie Professor Ehrenreich dort praktiziert hat, langfristig und nachhaltig installieren will.

MdL, SPD, Vorsitzender des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW

Günter Gabrecht

Ich nähere mich diesem Thema »Zukunft der Suchthilfe« auf einer fachlichen, aber auch auf einer persönlichen Ebene. Die fachlich-politische ist, dass ich seit vielen Jahren Sozialpolitiker bin, in der Kommune verankert. Ich war lange Zeit auch im Landschaftsverband Westfalen-Lippe tätig, also bei einem überörtlichen Sozialhilfeträger. Seit 2000 bin Abgeordneter im nordrhein-westfälischen Landtag und zzt. Vorsitzender des Ausschusses für Arbeit und Gesundheit und Soziales. Das ist mein fachlich-politischer Zugang. Ich habe aber noch einen persönlichen Zugang zu diesem Thema, den meiner eigenen Abhängigkeit, was den fachlich-politischen Zugang noch mal verstärkt.

Wir haben von der gesetzgeberischen Seite den Versuch unternommen, eine personenzentrierte, personenorientierte Hilfe zu realisieren. Der erste Versuch war im Prinzip im Sozialgesetzbuch (SGB) II verankert. Hier war es das Ziel, persönliche Ansprechpartner bzw. Fallmanager einzusetzen und auch die Orientierung der Hilfen an der Person zu forcieren. Was ist nach fünf Jahren daraus geworden? In einigen Regionen sind zwar gute Ansätze in der Arbeitsförderung, auch gerade für Menschen mit Suchterkrankungen zu erkennen. Aber es ist leider auch ein aufgeblasenes, sozialbürokratisches Monster, was von den Menschen als ein System der Bedrohung, als ein System des sozialen Abstiegs wahrgenommen wird. Das ist auch die Realität im Bereich des SGB II. Ich bin Vorsitzender der Gesellschafterversammlung einer solchen Arbeitsgemeinschaft. Ich weiß, wovon ich rede, sich mit einer Agentur, einer zentralistischen Behörde fünf Jahre, sechs Jahre auseinanderzusetzen oder um sinnvolle Maßnahmen zu kämpfen, die wir durchaus in Bielefeld machen.

Seit 2000 steht die integrierte Versorgung im SGB V. Wo ist eine integrierte Versorgung von Suchtkranken auch nur im Ansatz gelungen?

Das Vorhaben der gemeinsamen Servicestellen nach dem SGB IX hat die Erwartungen nicht erfüllt. Im Ansatz gut, aber den Praxistest nicht bestanden. Hier besteht dringender Nachsteuerungsbedarf.

Die Pflegestützpunkte wurden vor einem Jahr als neues Instrumentarium im Pflegeversicherungsgesetz aufgenommen und werden in den Kommunen als Versuch praktiziert, hier auf gleicher Augenhöhe eine Beratung für Betroffene zu organisieren. Im Prinzip sollen die Betroffenen im Mittelpunkt

stehen. Vor Ort kann ich noch nicht die gleiche Augenhöhe zwischen den Pflegekassen und den Kommunen erkennen.

Also insgesamt haben wir noch ein System – insbesondere in Bezug auf das zentralistisch orientierte Sozialleistungssystem von der GKV über die Rentenversicherung bis zur Agentur, das den Interessen der Betroffenen zuwiderläuft. Die Verpflichtung der Sozialleistungsträger zur Zusammenarbeit ist deutlich postuliert. Sie wird nicht gelebt. Partner in einem solchen System, die ich noch am besten in einer solchen örtlichen Kooperation einbinden kann, sind die Betriebskrankenkassen, die auch vor Ort verankert sind. Zu nennen ist auch die Bundesknappschaft und die Berufsgenossenschaft, alle anderen ziehen sich im Prinzip eher aus der kommunalen regionalen Zusammenarbeit heraus. Sie sind weiter weg. Überspitzt gesagt: Der AOK-Niederlassungsleiter entscheidet über seine Portokasse, aber über nichts anderes. Um etwas zu entscheiden, muss er dann nach Dortmund oder sogar noch weiter. Das ist die Realität, mit der wir uns vor Ort auseinanderzusetzen haben. Das persönliche Budget halte ich auch für einen wichtigen Meilenstein, aber auch diese Frage des persönlichen Budgets wird nicht gelebt. Da sind auch die Leistungserbringer in der Pflicht. Aber ich moniere auch, dass es hier insbesondere auf der Ebene der Kommune nicht die notwendige Bereitschaft zur Kooperation der Leistungsträger insgesamt gibt.

Wir hatten jetzt gerade die Diskussion im nordrhein-westfälischen Landtag in Bezug auf die Zuständigkeit der Landschaftsverbände für alle wohnbezogenen Hilfen. Es ging um die Finanz- und Fachverantwortung in der Frage des ambulant betreuten Wohnens. Die Zielrichtung war, stationäre Plätze abzubauen und ambulant betreutes Wohnen aufzubauen. Da hatten sich alle über eine Ministerverordnung geeinigt. In einer Anhörung dazu ging es dann um die Frage, ob denn die Kommunen es für notwendig halten, weiter zu dezentralisieren und gleichzeitig den Ausbau der sozialen Infrastruktur zu forcieren. Was haben die kommunalen Spitzenverbände geantwortet – der Städtetag, der Städte- und Gemeindebund und der Landkreis? Sie haben einfach festgestellt: Es gibt keinen Bedarf des Ausbaus! Aber um genau diesen Ausbau muss es gehen.

Ich kenne die Beschlüsse der Arbeits- und Sozialministerkonferenz, insbesondere in der Frage der Zukunft der Eingliederungshilfe. Diese soll lebensfeld- und personenorientiert weiterentwickelt werden. Das sind hehre Worte und ein hoher Anspruch. Die Realität sehe ich aber in einigen Ländern eher in eine andere Richtung laufen. Es gibt einen Prozess der Kommunalisierung, der sich nicht aus fachlichen Erwägungen speist, sondern aus völlig

anderen Erwägungen und die im Ergebnis eher eine Qualitätsverschlechterung für die Betroffenen, jedenfalls wie es in vielen Bereichen umgesetzt wird, bedeutet.

Man muss Visionen haben, wie sie Herr Wienberg und Herr Reker in ihren Beiträgen beschrieben haben. Bedenken muss man dabei immer, dass weder die Agentur für Arbeit, noch die Krankenversicherung, noch die Rentenversicherung dazu neigen, sich von einem Dritten sagen zu lassen, welche Maßnahmen zu erfolgen haben. Aber die kommunale Verantwortung gibt es im Bereich der sozialen Infrastruktur und im Bereich der Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe. Dieser war in Nordrhein-Westfalen im Prinzip kommunal organisiert und auch kommunal finanziell getragen.

Hier ist im Prinzip die Perspektive auf der Ebene der von Herrn Wienberg angesprochenen Netzwerke notwendig. Aber gerade auf dieser Ebene solcher Kooperationen der unterschiedlichen Träger innerhalb der Suchthilfe gibt es viele Punkte aufzuarbeiten. *Dabei ist es sinnvoll, auf Dinge zu setzen, die sich bewährt haben, auf die Gemeindepsychiatrischen Verbände, diese modular auszuweiten und verbindlicher zu gestalten, das ist der Weg, den ich pragmatisch zu gehen vorschlage.* Sich nicht entmutigen lassen über die Dinge, die in den anderen Bereichen ablaufen, also insbesondere im SGB II.

Wichtig ist es, Projekte und Strukturen zu entwickeln, die dann auch Leuchtturmcharakter haben. Darum der Appell an die hier Versammelten: Arbeiten Sie daran. Und Leuchttürme können natürlich insbesondere die Länder unterstützen und kann auch der Bund unterstützen. Ziel muss es sein, genau solche Projekte zu befördern, die im Interesse der betroffenen Menschen sind.

Nach dem engagierten Beitrag von Herrn Garbrecht, ist es nicht so ganz einfach hier auf dem Podium die Bundesebene zu vertreten. Ich will es dennoch versuchen. Ich habe die Diskussion gestern zum Thema Sozialversicherungsrecht ein wenig anders verstanden. Ich erinnere an den Beitrag von Herrn Wienberg, der gesagt hat, die gesetzlichen Grundlagen sind an manchen Stellen weiter als die Praxis, z. B. beim Thema integrierte Versorgung. Ich kann die von Herrn Garbrecht vorgetragene Kritik am SGB II ein Stück weit nachvollziehen, obwohl ich da absolut keine Expertin bin. Ich habe aber während der Tagung nicht so viele Beiträge zur Frage gehört, dass die sozialversicherungsrechtlichen Grundlagen im Bereich Sucht geändert werden müssen. Das wäre dann eine Diskussion, die vielleicht noch geführt werden müsste.

Ich kann nur einen bescheidenen Beitrag zum Thema Steuerung aus meiner Perspektive leisten. Ich leite im Bundesministerium für Gesundheit das Referat für Drogen- und Suchtmittelmissbrauch und eines der Hauptsteuerungsinstrumente, das wir haben, sind Forschungs- und Modellprojekte. Manche dieser Projekte sind im Laufe der Tagung schon erwähnt worden. Wir haben z. B. die Auswertung der Daten von ALITA gefördert, ein Projekt, das hier mehrfach als positiv angesprochen wurde. Wir haben auch, Frau Bätzing hatte das gestern angesprochen, das Thema Case-Management vorangebracht über ein Modellprojekt. Der Bund hat damals im Rahmen eines Projektes bundesweit 46 Stellen gefördert und einfach in vorhandene Strukturen implementiert. Aus dem, was ich gelesen und gehört habe, war ein Problem, dass die vom Bund finanzierten Koordinatoren von außen kamen. Und im Abschlussbericht steht, die Case-Manager blieben häufig Solisten.

Daraus folgt für mich: Der Bund kann versuchen innovative Entwicklungen anzuregen, aber wenn dies vor Ort nicht getragen wird, dann wird es schwierig oder es dauert lange, bis Dinge sich in die Praxis weiterbewegen.

Herr Wanek hat schon das Projekt HaLT angesprochen. Da sind wir ein bisschen anders vorgegangen. Wir haben von vorneherein gesagt, der Bund fördert, aber nur, wenn Träger und Länder sich beteiligen. Deshalb haben auch nicht alle Länder mitgemacht, sondern nur ein paar. Aber die,

die sich beteiligt haben, waren von vorneherein stärker involviert. Wir haben ein erfolgreiches Projekt durchgeführt, das auch wissenschaftliche positiv evaluiert wurde. Wir haben von Bundesseite erfolgreich Transfer finanziert und stehen jetzt trotzdem an dem Punkt: Wie schaffen wir eine Dauerfinanzierung? Herr Wanek hat sich auch sehr dafür eingesetzt. Wir haben jetzt ein paar Krankenkassen, die das Projekt unterstützen und wir haben ein paar Kommunen die sehr aktiv sind. Und auch in manchen Ländern wird das Projekt breit umgesetzt, wie z. B. in Bayern oder in Niedersachsen, aber auch Baden-Württemberg ist da wieder ein gutes Beispiel. In einigen anderen Ländern läuft das Projekt auch gut, aber es ist eben nicht so, dass von Bundesseite eine innovative Idee, die von allen getragen wird, sich dann schlagartig in die Fläche verbreitet.

Bei einem anderen Schnittstellenbereich, der hier noch gar nicht Thema war, nämlich Migration und Sucht, versuchen wir jetzt wieder anders vorzugehen. Wir haben bereits in der Ausschreibung deutlich gemacht, dass nur Projekte mitmachen können, die schon vernetzt sind, z. B. mit Migrantenorganisationen. Das Projekt ist gerade erst gestartet und ich bin gespannt, wie am Ende die Ergebnisse sind und was davon nachhaltig weitergeführt werden kann. Aber wie gesagt, es handelt sich bei all diesen Projekten um Leuchttürme. Sie sind nur ein bescheidener Beitrag und selbst wenn sie gut laufen, stehen wir immer vor dem Problem, dass vor Ort Strukturen und Einrichtungen sind und das es mühsam ist, neue und innovative Wege zu implementieren. Dazu braucht es vor Ort immer Leute, die neue Ansätze aufgreifen und mittragen. Die Steuerungsmöglichkeiten von Bundesseite sind – wie schon gesagt – begrenzt.

Zieglersche Anstalten

Harald Rau

Für Baden-Württemberg gilt: Erst seit diesem Jahr existieren flächendeckend in allen Landkreisen kommunale Suchthilfenetze. Ich selbst bin mit meinen Einrichtungen in sechs Landkreisen und damit in sechs Suchthilfenetzen vertreten und kann über ein paar Gemeinsamkeiten berichten, auch wenn der Erfahrungszeitraum noch relativ kurz ist. Diese entstehenden Suchthilfenetze sind lernende Systeme, die jetzt ihre Rahmenbedingungen, Geschäftsordnungen und Absprachen entwickeln und erst nach und nach eine funktionierende Arbeitsweise erreichen. Bisher sind hauptsächlich die Akteure der bisherigen Suchthilfeversorgung aktive Partner. Dabei bewahrheitet sich die häufig bestätigte Feststellung von Dr. Günther Wienberg, nach der zu wenige Menschen mit entsprechendem Bedarf in der traditionellen Versorgungslandschaft ankommen. Dies heißt im Umkehrschluss, dass erst dann mehr Betroffene erreicht werden, wenn es mehr und andere Akteure gibt, die sich in die Suchtversorgung integrieren lassen. Dabei sind insbesondere die Hausärzte und Allgemeinkliniken neben den psychiatrischen Zentren wichtig.

Derzeit beschäftigen sich die Suchthilfenetze noch viel mit sich selbst: Gremienarbeit und Ausloten, kritisches gegenseitiges Beobachten und Angst vor der politischen Zielsetzung, Doppelstrukturen vermeiden bzw. abbauen zu wollen, dominieren noch gegenüber der wirklichen Arbeit am Patienten oder Klienten.

Ein zentrales Problem der Suchthilfenetze ist die Finanzierung. Die unterschiedlichen Refinanzierungssysteme der Suchtversorgung sind noch nicht hinreichend an die neue Konzeptstruktur angepasst. Wenn die gleichen Akteure einerseits steuernde Funktion haben, die öffentlich refinanziert wird, gleichzeitig aber auch konkrete therapeutische Leistungen erbringen, die anders finanziert wird, ist die Versuchung groß, die Steuerung in die eigene Leistung zu forcieren.

Ich möchte noch einen zweiten Gedanken von Herrn Wienberg aufgreifen: Eklektizismus statt Evidenzbasiertheit. Wir sind bei der Netzwerkarbeit versucht, zu glauben, dass das Zusammenwerfen aller Leistungen den optimalen »Outcome« ergibt. Durchdachte netzwerkorientierte und theoriegeleitete Fachkonzepte oder gar evidenzbasierte Umsetzungen der Einzelbausteine sind noch nicht verfügbar. Das wird sicherlich ein Prozess,

der die nächsten 10–20 Jahre dauern wird, aber der ist überfällig; additiv/ekklektizistische Modelle sind meistens wenig hilfreich.

Und schließlich ein letzter Punkt: Die Einbeziehung der Kosten- und Leistungsträger in die konkrete Arbeit der kommunalen Suchthilfenetze ist noch nicht befriedigend geregelt. Einige Kosten- und Leistungsträger behalten die Entscheidungskompetenz bei sich. Der nächste Schritt bedeutet, dass sie ihre Entscheidungskompetenz in das Netz einbringen.

In den Netzen gibt es noch wenige konkrete Überlegungen zu regionalen Budgets, die sicherlich noch andere Versorgungsformen anstoßen würden. Derzeit überwiegt noch die wirtschaftlich geforderte egoistische Sichtweise.

Unsere Netzwerke schließen zunehmend bürgernahe Behörden und Vorgänge ein, so z. B. die ARGE, die Polizei, die Schulbehörden, die Krankenhäuser. Natürlich denken wir immer noch über Institution, da gebe ich ihnen recht, aber es wird ein zunehmend großes Umfeld der Personen abgedeckt. In den Fall- und Hilfeplankonferenzen ist natürlich der Patient mit dabei, er ist im Zentrum. Wir nähern uns daher der Personenzentriertheit an.

Wie wird das Personeninteresse in einem Netz repräsentiert? Eine zentrale Größe ist der Case-Manager, der Fallmanager. Und da zeichnet sich ab: Es gibt prinzipiell drei Institutionen, die Case-Management betreiben können. Das ist die Beratungsstelle, die übrigens oft auch eigene Interessen hat, da ist die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), die übrigens auch eigene Interessen hat und da ist der Hausarzt, der wenig eigene Interessen im System hat. Hausärzte sind bisher weniger als Case-Manager aufgetreten, aber die könnten diese Funktion wahrnehmen.

Weitere Texte

Integrierte Versorgung für psychisch Kranke bzw. Suchtkranke – Versorgungsmodelle der Krankenkassen im Saarland¹

Armin Lang

An einem konkreten Beispiel – dem Integrierten Versorgungsvertrag im Saarland – will ich zeigen, dass wir von gesetzlichen Programmsätzen wie z. B. »den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker ist Rechnung zu tragen« wegkommen müssen. Unstrittig: Ein wohl überlegter Programmsatz, leider vielfältig aber ohne Wirkung. Wir brauchen ganz konkrete gesetzliche Vorgaben *von wem, wann, wie und mit welchen Kostenbeteiligungen* gemeindepsychiatrische Verbände zu realisieren sind.

Problemsituation aus Sicht der Krankenkassen

Bis vor einigen Jahren standen psychische Erkrankungen nicht im Fokus der Gesetzlichen Krankenkassen – das hat sich verändert. Psychische Erkrankungen sind stark angestiegen, sowohl bei der Häufigkeit der Erkrankungen (Rang vier der Indikationen) als auch bei der Arbeitsunfähigkeitsfeststellung (zweitrelevanteste Erkrankung). Dies sind massive Steigerungen in den letzten Jahren, und dieser Trend wird sich weiter fortsetzen. Während wir bei einer ganzen Reihe von Erkrankungen rückläufige Entwicklungen haben, haben wir im Bereich der Psychiatrie steigende Fallzahlen und steigende Inanspruchnahme von Leistungen. Die psychischen Erkrankungen sind seit 1997 um fast 70 % angestiegen.

Dennoch sind wir seit der Psychiatrie-Enquete bei der Versorgung von psychisch kranken Menschen erheblich vorangekommen. Wir sind dezentraler, gemeindenäher und personenzentrierter in der Versorgung geworden und auch regional werden Sicherstellungsverantwortungen übernommen. Versorgungsprobleme haben wir allerdings nach wie vor. Dazu gehören:

1 Dieser Beitrag wurde von Herrn Lang auf der Jahrestagung 2008 der APK referiert und ist bereits veröffentlicht in dem Tagungsband 35 »Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie« unter dem Titel »Die Verantwortung für die Sicherstellung der Gemeindepsychiatrie in der Region«.

1. Psychische Erkrankungen sind häufigste Ursache für vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben
2. oft mehrere Wochen Wartezeit auf einen Diagnostik-Termin, vor allem in ländlichen Regionen
3. hohe Krankenhausausgaben in diesem Bereich
4. hohe Wiederaufnahme- und Selbsteinweisungsquote (»Drehtürpsychiatrie«)
5. geringe Transparenz der Krankenhausbehandlung
6. keine Transparenz der ambulanten Versorgung – Diagnosezeit bei depressiven Erkrankungen z. B. bis zu sieben Jahren
7. oft mehrmonatige Wartezeit auf einen Therapieplatz in der Richtlinien-Psychotherapie
8. auch Fragen stellen sich: Werden in der Richtlinientherapie wirklich diejenigen betreut, die es am nötigsten brauchen?
9. geringe Steuermöglichkeiten der Kostenträger, Erkenntnisse über Qualität z. B. durch Einzelfallbegutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK), Überprüfung der Einstufung nach der Psych-PV

Auch wenn wir die oben genannten Strukturprobleme beheben würden, hätten wir noch keine ausreichende Qualitätsverbesserung. Es gibt nach wie vor sehr häufig Behandlungsbrüche. Prozesse sind höchstens innerhalb der Strukturen eines Leistungserbringers gesteuert. Eine übergreifende Hilfe- und Behandlungsplanung fehlt in der Regel immer noch. Wir sind noch weit weg von optimierten Versorgungsstrukturen. Die psychiatrische Versorgungslandschaft ist nach wie vor von einer Vielzahl »Engagierter Einzelkämpfer« geprägt. Es fehlt die organisierte und verlässliche Koordination und Kooperation. Solange wir hier keine Fortschritte erreichen, werden wir die aufgezeigten Probleme nicht lösen können.

Der psychisch kranke Mensch braucht bei der verwirrenden Vielfalt von Leistungen und Leistungsanbietern einen Wegweiser, Vernetzer, Integrierer oder schlicht einen »Kümmerer«. Wenn wir auch hier einen Schritt weiter kommen wollen, dann brauchen wir Formen wie wir diese »Kümmerer« verbindlich institutionalisieren können. Der kommunale Psychiatriebeirat bzw. -ausschuss koordiniert wenn überhaupt das Versorgungsangebot, aber er kann dem einzelnen psychisch kranken Menschen in der Regel nur sehr unzureichend eine Hilfe sein.

Ich möchte anhand des konkreten Beispiels der »Integrierten Versorgung im Saarland« nachweisen, dass es möglich ist, mit den vorhandenen

gesetzlichen Grundlagen bereits einen Schritt weiterzukommen. Auch hier bin ich weit davon entfernt zu sagen, wir wären bereits am Ziel, aber sicher viele Schritte näher dran.

Integrierte Versorgung im Saarland

Im Saarland haben wir die Anforderungen der Psychiatrie-Enquete, dezentral in jedem Landkreis ein psychiatrisches Versorgungsangebot in Verbindung mit einer normalen Akutversorgung aufzubauen erfüllt. Dennoch gibt es weiterhin eine massive Drehtürpsychiatrie. Deshalb haben wir in einer saarländischen Region herauszufinden versucht, was die besonderen Versorgungsprobleme sind.

Hierzu einige Stichworte:

1. Die Wiederaufnahmequote bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit innerhalb eines Behandlungsjahres lag bei 73 %. Die Selbsteinweiserquote lag bei 66 %.
2. Ein Drittel der Behandlungsfälle in der Psychiatrie waren vorher jahrelang in somatischen Krankenhausabteilungen behandelt worden, insbesondere als internistische Fälle.
3. Wir hatten eine hohe Komorbidität, die psychiatrische Behandlung häufig erst ausgelöst hat und
4. wir hatten eine Vielzahl von Versorgungsabbrüchen: Fast die Hälfte der begonnenen Therapiemaßnahmen wurde wieder abgebrochen.

Dies hat dazu geführt, dass Prof. Dr. Wolfgang Werner, ein hoch anerkannter Chefarzt im Saarland, einmal formuliert hat: »Wenn wir die Psychiatrie noch einen Schritt weiter bringen wollen, dann müssen wir diejenigen, die in der Region agieren, auch verbindlich und damit vertraglich zur Zusammenarbeit verpflichten.« Wir als Ersatzkassen haben dazu die Integrierte Versorgung (IV) angeboten.

Weit über ein Jahr haben wir für diese Idee Überzeugungsarbeit geleistet, und wenn wir nicht die massive Unterstützung von Prof. Dr. Werner gehabt hätten, hätten wir unser Ziel vielleicht auch nicht erreicht. Ich weiß, dass viele nach Verbund, Kooperation und Koordination rufen, aber dann, wenn sie selbst transparent, kommunikativ und auch integrierend wirken sollen, dann hört bei vielen Akteuren in der Region die Bereitschaft auf. Die Gewinnung wirklich verbindlich kooperationsbereiter Partner war sehr aufwendig, aber es hat sich gelohnt.

Wir haben sehr gründlich die regionalen Versorgungsstrukturen analysiert und wichtige Ansprechpartner in der Region (Psychiater, MVZ, Ärztenetz, Ärzte, Klinik, PIA, Beratungsstellen ...) bewusst beworben. Am Ende dieser Phase stand der Abschluss des Integrierten Versorgungsvertrags.

In diesem IV-Vertrag haben wir Ziele formuliert. Ich will nur drei nennen: die frühzeitige Behandlung am richtigen Ort, die Versorgung sollte besser strukturiert und koordiniert sowie am Patienten orientiert und die Behandlungskontinuität und Compliance verstetigt werden.

Koordination der Behandlung durch ein Fallmanagement-Team

Um die genannten Ziele zu erreichen, wurde ein beim regional verantwortlichen Klinikum angesiedeltes *Fallmanagement-Team* gebildet, das zuständig ist für die gesamte Region. Wir haben ein einheitliches Assessment mit den Vertragspartnern entwickelt, Fallkonferenzen etabliert, abgestimmte Behandlungspläne verabredet, Fortbildung und Coaching für die Vertragsärzte organisiert bzw. verabredet, und wir haben auf die Verstetigung der genannten Angebote hingewirkt. Es wurden Qualitätsstandards festgeschrieben, aber auch vertraglich Abstimmungsprozesse und eine begleitende Evaluation festgelegt.

Das Fallmanagementteam wird aus dem IV-Vertrag finanziert, steht im Mittelpunkt und hat vor allen Dingen die oben genannten Aufgaben zu leisten: Assessment, Hilfeplanung und die Kontaktherstellung, d. h. die Vernetzung und die Begleitung der Kranken im Alltag soweit dies erforderlich ist.

Zu den Vertragspartnern gehören derzeit 49 Vertragsärzte/Psychotherapeuten, alle Ersatzkassen und die AOK des Saarlandes, die Klinik mit dem Fallmanagement-Team und durch eine Nebenabrede auch der überörtliche Träger der Sozialhilfe. Damit sind mehr als 70 % der Versicherten in dieser Region von dem Vertrag erfasst. Alle Vertragspartner wirken in der gemeinsamen Kommission mit, die ein wesentlicher Schlüssel für den Erfolg ist. Die gemeinsame Kommission verantwortet die Vertragsumsetzung. Zur Organisation der Vertragsvereinbarung wurde eine eigene Geschäftsstelle in der Landesvertretung der Ersatzkassen eingerichtet.

Der Ablauf der Integrierten Versorgung orientiert sich vorrangig an den Behandlungsbedürfnissen der kranken Menschen und wird vom Fallmanagement-Team gesteuert. Der Erstbefund kommt aus der niedergelassenen Praxis oder dem Stationsarzt der jeweiligen Abteilung oder der psychiatrischen

Institutsambulanz. Darüber erfolgt in der Regel die Einschreibung in die Integrierte Versorgung. Das Assessment wird erstellt, und die individuelle Hilfe- und Behandlungsplanung wird mit den Akteuren vor Ort abgesprochen. Wir analysieren in diesem Zusammenhang auch, welche Maßnahmen weiter praktiziert bzw. neu gestaltet werden müssen. Nur bei 25 % der Fälle wurde nach dem Assessment keine Veränderung der bestehenden Settings eingeleitet, weil wir dieses als adäquat und ausreichend angesehen haben. In allen anderen Fällen musste nachgebessert werden, weil nur dadurch die optimierte Versorgung und Behandlung erreicht werden konnte.

Ergebnisse der Integrierten Versorgung

Es sind bisher 756 Patientinnen und Patienten in dieser Integrierten Versorgung eingeschrieben, und es kommen rund 27 Patientinnen und Patienten pro Quartal hinzu. Zehn Patientinnen und Patienten werden pro Monat ausgeschrieben und zwar dadurch, dass in Übereinstimmung von Patient und Therapeut die Situation als stabil dargestellt wird. Wir haben fast keine Abbrüche in der Behandlung, d. h. die Akzeptanz und die Bereitschaft in der Therapie mitzuwirken ist enorm gewachsen.

Exemplarisch benenne ich die ersten Erfolge bei Patienten mit einer Alkoholkrankheit (Abbildung 1). Es wurde deutlich, dass die Problemdichte mit steigender Teilnahme sinkt, weil die Patienten stabiler werden. Der Anstieg der Behandlungsintensität am Ende des Bemessungszeitraums ergibt sich daraus, dass durch die Feststellung des tatsächlichen Bedarfs zusätzliche Behandlungsangebote unterbreitet wurden. Das war insbesondere bei den alkoholkranken Menschen geradezu beabsichtigt. Gerade im ersten Jahr haben wir eine Steigerung in der Leistungsanspruchnahmen u. a. durch Entgiftung, Entwöhnung und ähnlichem.

Im zweiten und folgenden Jahr haben wir eine massiv rückläufige Inanspruchnahme, weil die Situation der Patienten sich stabilisiert hat. Diese positive Weiterentwicklung ist noch nicht in Abbildung 1 dokumentiert. Wir sind zu diesen Ergebnissen dadurch gekommen, dass wir in einer Skala von 0–5 eine Befragung der Patientinnen und Patienten und eine Einschätzung der Therapeuten durchgeführt haben.

Hier zeigt sich die Entwicklung bei den Patienten mit einer Alkoholkrankheit als insgesamt ordentlicher Erfolg. Auf die Ergebnisse, wie sich Integrierte Versorgung auswirkt, haben vor allem die Krankenkassen gewartet, denn IV ist zunächst mehr Aufwand (siehe Abbildung 2).

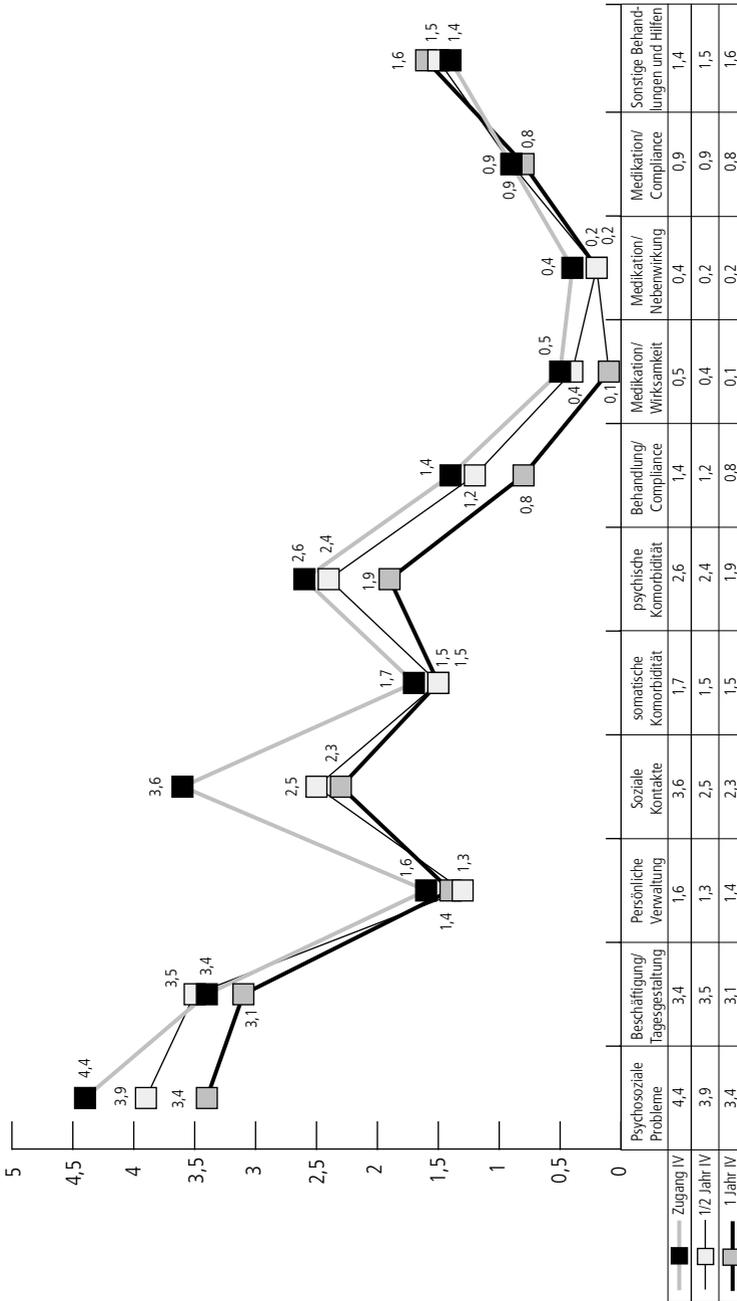


Abb. 1: Problemeinstufung der Patienten mit einer Alkoholkrankheit (F10) (Stand 30.03.2007)

**Integrierte Versorgung für psychisch Kranke bzw. Suchtkranke –
Versorgungsmodelle der Krankenkassen im Saarland**

Diagnosegruppe F1/TN, n = 59			
	zwei Jahre vor Eintritt in die IV	nach Eintritt in die IV	Rückgang
AU-Tage Durchschn.	5048	2457	-2591
AU-Tage/ Versichertem	86	42	-44
Kosten AU Durchschn. Kosten/ Versichertem	108.938,51 Euro	21.659,36 Euro	-87.279
Gesamthäufigkeit von AU-Ereignissen in IV	116	53	-63
Durchschn. AU-Häufigkeit in IV	2,0	0,9	-1

Abb. 2: Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit bei F10 Diagnosegruppe (Alkoholkrankheit)

Durchschnittliche Kosten für die IV 1164 Euro/Jahr

Die durchschnittlichen Kosten für die Integrierte Versorgung in Höhe von 1.164,00 Euro pro Jahr beinhalten die Kosten für das Fallmanagement-Team und für die zusätzlichen Leistungen. Im Vergleich hierzu haben wir aber bei den Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tagen) einen Rückgang um fast die Hälfte bei 59 untersuchten Patienten. Wir haben auch eine Fast-Halbierung bei den durchschnittlichen AU-Tagen der Versicherten. Ebenso verzeichnen wir eine erhebliche Reduzierung der Krankengeldzahlungen und auch der Anlässe für eine Krankengeldzahlung. Insgesamt stellen wir eine bemerkenswerte Reduzierung der Leistungen alleine im Bereich »Krankengeld« und bzgl. der Fallkosten bei Langzeiterkrankungen fest. Ein ähnliches Gesamtbild ergibt sich übrigens auch für die depressiven Störungen. Zudem haben wir eine Befragung der Patientinnen und Patienten und der Leistungserbringer durchgeführt. Dazu zwei wichtige Feststellungen:

1. Die Patientinnen und Patienten mussten zum Teil schon fünf Jahre und fast ein Drittel schon mehr als zehn Jahre mit diesen Beschwerden leben ohne adäquate Versorgung. Sie haben mitgeteilt, dass die höhere Verbindlichkeit in der Therapie sie nicht nur gesünder und stabiler macht, sondern auch insgesamt eine höhere Lebensqualität und eine größere

Lebenszufriedenheit bewirkt. Dies sieht man auch daran, dass es fast keine Behandlungsabbrüche gibt.

2. Drei viertel der Leistungserbringer sagen, dass es eine sehr gute und für die Kranken wichtige und verbindliche Zusammenarbeit gibt. Dies erleichtert ihre eigene Arbeit und führt auch bei Ihnen zu einer höheren Arbeitszufriedenheit. Also insgesamt eine positive Bewertung.

Zusammenfassung

Unsere Erfahrungen zeigen, dass der tatsächliche Wille der Akteure, an einer solchen neuen Versorgungsstruktur mitzuwirken, handlungsleitend sein muss. Wir müssen weg vom »Engagierten Einzelkämpfer« hin zum sektorübergreifenden, multiprofessionellen Arbeiten im Team im Sinne der Betroffenen. Das ist ein Prozess, den jeder Akteur für sich erst einmal internalisieren muss bevor er Forderungen an andere formuliert.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund hat nur dann Erfolg, wenn wir nicht nur einen Vertrag abschließen, sondern auch nach Vertragsabschluss ein intensives Vertrags- und Versorgungsmanagement praktizieren. Ein Vertrag braucht verbindliche Kommunikations-, Transparenz-, Qualitäts- und Evaluationsstandards, und diese müssen organisiert und kontrolliert werden. Es gibt viele Akteure, die alles unterschreiben, aber weiter arbeiten wie bisher. Deshalb müssen auch Sanktionen in einem solchen Vertrag verabredet werden. Wer die Spielregeln nicht einhält, der muss auch aus dem Vertrag herausgeworfen werden können.

Was bleibt zu tun? –

1. *Wer einen Gemeindepsychiatrischen Verbund will, muss eine Rechtsgrundlage schaffen auf der eine verbindliche Zusammenarbeit möglich ist.*

Der 140 a–d SGB V ist eine gute Grundlage, und er hat dazu beigetragen, dass wir den hier vorgestellten Integrierten Versorgungsvertrag realisieren konnten. Bedauerlicherweise läuft die Anschubfinanzierung Ende 2008 aus; dann brauchen wir für solche Projekte, damit sie langfristig fortbestehen können, verlässliche Finanzierungsstrukturen, weil in Zeiten des Gesundheitsfonds die Krankenkassen zunächst gar nicht investieren können. Sie laufen ansonsten Gefahr, dass aktive Kassen Zusatzbeiträge von ihren Versicherten erheben müssen. Deshalb muss jeder verantwortliche Gesundheitspolitiker zu dem Ergebnis kommen, dass der Fonds nur dann bleiben kann, wenn der kassenindividuelle Zusatzbeitrag weg fällt. Erst dann bekommen wir eine vernünftige Struktur in der Versorgung.

Ein schlechtes Beispiel, wie man es nicht machen sollte, ist der § 92 b SGB XI. Er ist sehr gefeiert worden, dass sich dadurch Pflegeeinrichtungen an Integrierten Versorgungsverträgen beteiligen können. Deshalb sei er ein Fortschritt; aber es fehlen die Finanzmittel um in der Pflege solche Verträge anzureizen und um die Anlaufinvestitionen finanzieren zu können. Das heißt, was zusätzlich an Finanzaufwand erbracht werden muss, müssen derzeit die Pflegebedürftigen zusätzlich bezahlen, weil die Pflegekasse kein Instrument hat, diese zusätzlichen Kosten einzubringen. Der § 92 b SGB XI ist demnach ein stumpfes Schwert. Ich bin sicher, diese gesetzliche Möglichkeit wird ganz wenig, vielleicht überhaupt nicht praktiziert werden.

Auch die Begrenzung der Anschubfinanzierung für Rehabilitationsleistungen im § 140 a ff. SGB V ist falsch. Früher konnten in Integrierte Versorgungsverträge wenigstens Rehabilitationseinrichtungen mit einbezogen werden. Dies kann man zwar nach wie vor, allerdings kann man diese Einrichtungen nicht mehr an dem finanziellen Teil beteiligen. Ärzte und Krankenhäuser haben mit Recht gesagt: »Wenn die von unserem Kuchen etwas abkriegen sollen, dann wollen wir die Rehabilitationseinrichtungen nicht mehr als Partner haben.« Sie haben sich gegenüber der Bundesregierung durchgesetzt, und deshalb sind jetzt die Rehabilitationseinrichtungen als Partner der Integrierten Versorgung weit weniger interessiert. Das ist sicher kein Fortschritt.

2. *Wer mehr Verantwortung will – muss Verantwortlichkeiten in und für die Region eindeutig definieren (Gemeinde, Kreise, GKV, RV ...); muss verlässliche, finanziell auskömmliche Strukturen schaffen und muss mehr festschreiben als die politische »Versorgungsverantwortung«, d. h. auch*

- Verantwortung für eine annehmende Gemeinde
- Verantwortung für Beteiligung aller Akteure
- Verantwortung für die Qualifizierung der Akteure
- Verantwortung für die Sicherstellung der Kommunikation
- Verantwortung zur Qualitätssicherung
- Verantwortung für die Wahrnehmung der Aufgaben der einzelnen Akteure
- ...

Wir dürfen nicht so tun, als ob Gemeindepsychiatrische Verbänden per se schon zustande gekommen sind, z. B. wenn wir verbal »annehmende« Gemeinden haben. Gemeinden und Betriebe sind leider nicht unbedingt

idyllische Orte, wo behinderte und psychisch kranke Menschen gerne gesehen und herzlich willkommen sind. Deshalb müssen wir immer wieder einen Prozess anstoßen, der aus Wohngemeinden Sozialgemeinden werden lässt. Erst dann können wir auch von annehmenden Gemeinden reden.

Es gilt auch um die aktive Beteiligung aller Akteure zu werben. Gleiches gilt für die Qualifizierung der Akteure. Es gibt immer noch Ärzte die sagen, dass sie über die psychosozialen Zusammenhänge von Krankheit und Gesundheit in ihrem gesamten Studium, in der Aus-, Fort- und Weiterbildung nichts gehört haben. Solange dies in Deutschland Wirklichkeit ist, solange kommen wir bei der frühzeitigen Diagnose psychischer Erkrankungen nicht weiter. Die psychosoziale Bedingtheit von Krankheit muss in der Ausbildung der Ärzte dominanter herausgearbeitet werden und zwar vom ersten Tag des Medizinstudiums an.

Auch die Qualitätssicherung muss sich verbessern. Ein wenig salopp formuliert heißt dies: Wenn wir die gleiche Qualitätssicherung, wie sie für die Pflege zwischenzeitlich im Gesetz verankert ist, im gesamten Gesundheitswesen hätten, dann würde ein Großteil der Krankenhäuser von heute auf morgen geschlossen werden.

Wir sollten überlegen, ob zukünftig jedes Jahr der MDK nicht nur in jede stationäre und ambulant tätige Pflegeeinrichtung kommt, sondern ob wir dies nicht auch auf andere Einrichtungen des Gesundheitswesens übertragen sollen. Dann würden wir sicherlich was Qualität angeht auch neue Standards bekommen.

Ich plädiere nachhaltig dafür, dass die Kostenträger wegkommen müssen von ihrem Selbstverständnis, nur Zahlstellen von gesundheitlichen Leistungen zu sein. Sie müssen auch gestaltende Akteure in der gesundheitlichen Versorgung werden wollen.

Meine Damen und Herren,

die »boomenden« psychischen und psychiatrischen Erkrankungen fordern uns alle auch zum politischen und gesellschaftlichen Handeln. Wenn sie nicht als Profiteure dieser Entwicklung beschimpft werden wollen, dann müssen wir die Definitionsmacht, die wir im psychiatrischen Feld haben, nicht nur dazu nutzen, um Menschen als psychisch krank zu diagnostizieren, sondern wir müssen auch deutlich die Ursachen für den dramatischen Anstieg der psychischen Erkrankungen in Deutschland formulieren. Es kann nicht sein, dass wir als Fachleute dazu schweigen. Wir müssen laut aufschreien, wenn es gesellschaftliche Bedingungen und Verhältnisse gibt, die Menschen überfordern und zunehmend krank machen.

D Perspektiven

Fazit und Ausblick

Niels Pörksen

Die diesjährige Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) hat unmissverständlich deutlich gemacht, dass es dringend an der Zeit war, sich mit den versorgungspolitischen Fragen der Suchthilfe und dem daraus resultierenden Handlungsbedarf zu befassen.

Versorgungspolitik ist der Kernauftrag der APK und die Ergebnisse der Tagung haben mit Nachdruck die Einschätzung gestärkt, dass *Personenzentrierung* und *integrierte Hilfen im regionalen Verbund* (Untertitel des Tagungsthemas) in die Regelversorgung der Suchtkrankenhilfe gehören.

Wie seit Jahren (Jahrzehnten?) bekannt, gibt es in der Suchthilfe kaum Erkenntnisdefizite, aber erhebliche Umsetzungsdefizite. In seinem Eröffnungsvortrag zum Thema »was wirkt wirklich?« zu den Interventionszielen und Strategien bei Suchterkrankungen (am Beispiel der Alkoholabhängigkeit) hat Andreas Heinz die Wirkfaktoren überzeugend zusammengefasst

Die Hierarchie der Therapieziele gehört zum Einmaleins der Suchthilfe, auch wenn die Alltagspraxis sich nicht überall daran ausrichtet.

Früherkennung, Kurzintervention und qualifizierter Entzug sind in ihrer Bedeutung aus der Sicht jedes Patienten, aus wissenschaftlicher und aus versorgungspolitischer Perspektive hochwirksame Strategien. Evidenzbasierte nationale und internationale Erkenntnisse lassen daran keinerlei Zweifel. Ähnliches gilt für die personenzentrierte Entgiftung (Entzugsbehandlung?) und – möglichst ambulante – Rehabilitation mit angemessener psychotherapeutischer und pharmakotherapeutischer Behandlung.

Nachdem wir als APK im Bericht der Experten-Kommission von 1988 bereits zu den besonderen Bedürfnissen chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker (CMA) Stellung bezogen haben, hat dies Konzept endlich auch in der weiteren Fachöffentlichkeit Fuß gefasst. Mit integrierten, regional organisierten Komplexleistungen stehen effiziente Interventionsstrategien zur Verfügung; allen voran der »Community Reinforcement Approach« (CRA), aber auch das ALITA-Programm.

In Referaten, Foren und Diskussionsrunden wurden die genannten Erkenntnisse vertieft.

Günther Wienberg hat den Versuch gemacht, ausgehend von den strukturellen und fachlichen Defiziten einen versorgungspolitischen Anforderungskatalog für eine bedarfsgerechte Versorgung zu entwickeln.

Ausgehend von seinen früheren Publikationen zur vergessenen Mehrheit und der Definition von unterschiedlichen Zielgruppen und Interventionstypen ist er zunächst auf die fachlichen und strukturellen Defizite eingegangen.

Die Versorgungslandschaft prägen immer noch:

- Selektive Wahrnehmung statt Public Health Perspektiven
- Fragmentierung statt Integration
- Zufall und Chaos statt Steuerung
- Institutions- statt Personenzentrierung sowie
- Eklektizismus statt Evidenzbasierung

Diese Defizite lassen sich nur beheben, wenn es gelingt, bedarfsgerechte Hilfen zur Verfügung zu haben. Diese müssen

- alle erreichen,
- leicht erreichbar sein,
- flexibel und zeitnah im Lebensfeld,
- orientiert am individuellen Bedarf,
- integriert sein.

Die konsequente Orientierung am individuellen Bedarf allein reicht nicht aus. Die Hilfen müssen vor Ort für alle Zielgruppen transparent, verbindlich, evidenzbasiert und integrativ (leistungsträger- und leistungserbringer- übergreifend) organisiert werden.

Wienberg, Lang, Kunze u. a. haben zu Recht auf die Chancen der integrierten Versorgung (§ 140 SGB V) hingewiesen. Integrierte Versorgung nach SGB V bietet aus versorgungspolitischer Sicht allerdings nur dann erstrebenswerte Perspektiven, wenn es gelingt, Mindestanforderungen zu realisieren, wie die bevölkerungsbezogene Flächendeckung, die Einbeziehung aller Leistungsarten und der relevanten Leistungserbringer. Aus der Sicht der APK lassen sich in der Suchthilfe nur personenbezogene und regionale Strategien umsetzen, die alle Zielgruppen berücksichtigen und keine selektiven Versorgungssysteme nebeneinander aufbauen.

Martin Reker ist in einem eigenen Referat auf die Bedeutung der Personenzentrierung in der Suchtkrankenhilfe eingegangen. Konsequenterweise von der Person her denken – und handeln, auch eine dieser evidenzbasierten Selbstverständlichkeiten, die bisher in der noch immer stark institutions- und angebotsorientierten Suchthilfe keinen regelhaften Eingang gefunden haben. Für Reker ist eine koordinierende Bezugsperson dringend notwendig,

die Hilfestellungen im Dickicht der Anträge, der Auswahl der geeigneten Unterstützung und dem Nutzen der Angebote gibt.

Solch eine Koordinierungsfunktion ist Bestandteil des Konzeptes des personenzentrierten Ansatzes (PzA), wie ihn die APK maßgeblich entwickelt hat. Personenzentrierte Hilfeplanung mit dem Instrument der Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP) und Hilfeplankonferenzen sind weitere Elemente des PzA, die für die – von der Person her gedachte – Umsetzungspraxis konzipiert wurden. In Implementationsprojekten sind diese Elemente in verschiedenen Regionen auch unter Einbezug der Suchthilfe erfolgreich erprobt worden. Die Beiträge von Ingmar Steinhart, Mathias Albers und Mechthild Böker-Scharnhölz greifen diese positiven Erfahrungen auf. Als eine der zentralen Voraussetzungen für die regionale Leistungserbringung beinhaltet der PzA auch die Verbundarbeit. Verbundsysteme bieten dann Erfolg versprechende Lösungen, wenn sie weit über Arbeitsgruppen und lose Kooperationsvereinbarungen hinausgehen. Sie machen nur dann Sinn, wenn sie verbindlich sind, die Versorgung und deren Qualität sicherstellen und leistungsträger- sowie leistungserbringerübergreifend organisiert sind. Netzwerke wie sie in Baden-Württemberg organisiert werden, sind auf gutem Weg. Ebenso die gemeindepsychiatrischen Verbünde (GPV), wenn sie als Leistungserbringerverbund verbindliche Strukturen vor Ort schaffen. Hier zeigt Matthias Rosemann aus Sicht der BAG Gemeindepsychiatrische Verbünde in seinem Diskursbeitrag die Chancen auf, die in gemeinsamen Verbundstrukturen für psychisch Kranke einschließlich Suchtkranker liegen und berichtet über positive Erfahrungen in Berlin-Reinickendorf.

Erfolg versprechend erscheint auch die Einführung des evidenzbasierten Community Reinforcement Approach (CRA), wenn die Hilfen vor Ort gemeinsam von psychiatrischen Diensten, der Suchthilfe, der Wohnungslosenhilfe und der Straffälligenhilfe organisiert werden. Erste positive Ansätze sind bereits erkennbar. Verbundsysteme bieten sich auch an für Früherkennung und Kurzintervention in der medizinischen Primärversorgung (Driessen u. a.).

Im SGB V-Bereich machen einige Regionen wie Itzehoe und Herzogtum Lauenburg bereits gute Erfahrungen mit Regionalbudgets im SGB V Bereich.

Bei der Entwicklung verbindlicher Netzwerke für unterschiedliche Zielgruppen, in der integrierten Versorgung sowie in der Zukunft einer personenzentrierten, institutionsübergreifenden Krankenhausversorgung sehen wir als APK realistische Perspektiven für integrierte Hilfen im regionalen Verbund.

Die Finanzierung ist nicht nur im Bereich des SGB V unzureichend geregelt. Kunze zeigt allerdings auf, in welche Richtung es gehen kann. Von der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und Pflege als Teilhabeleistungen erwarten wir Erfolg versprechende Perspektiven, vor allem für die regionale Versorgung für Menschen mit chronischen und mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken.

Nach wie vor fehlt es an ausreichenden Hilfen für Abhängigkeitskranke im Strafvollzug und in der Straffälligenhilfe. Das entsprechende Symposium konnte nur Perspektiven aufzeigen. Die große Zahl der Abhängigkeitskranken im Strafvollzug und im Maßregelvollzug (von Schönfeld u. a.) macht allerdings dringenden Handlungsbedarf sichtbar.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es in der Suchthilfe dringend geboten ist, die vorhandenen Erkenntnisse über evidenzbasierte Hilfen fachlich und strukturell in die Tat umzusetzen. Die APK hat mit dieser Tagung Wege aufgezeigt. Sie muss sich allerdings selbst verpflichten, die erforderlichen versorgungspolitischen Entscheidungen aktiv zu unterstützen.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Dr. Matthias ALBERS, Psychiatriekoordination, Gesundheitsamt Kreis Mettmann

Thomas BADER, Geschäftsführer, Baden Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv), Geschäftsstelle Tübingen

Sabine BÄTZING, MdB, Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Anne BECK, Diplom-Psychologin, AG Suchtmedizin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte, Berlin

Dr. Eberhard BÖHM-STURM, Chefarzt Abt. für Suchterkrankungen ZfP Südwürttemberg Alb-Neckar, Münsterklinik Zwiefalten

Dr. Gallus BISCHOF, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Lübeck, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck

Mechthild BÖKER-SCHARNHÖLZ, Geschäftsführerin, Stiftungsbereich Integrationshilfen, v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel, Bielefeld

Christa, Gruppe Wegweiser, Delmenhorst

Dr. Beate CODER, Diplom-Psychologin, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Prof. Dr. Albert DIEFENBACHER MBA, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH, Berlin

Renate DORSCH, Vorsitzende des Bundesverbandes der Elternkreise suchtfährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e. V. – BVEK, Münster, Elternkreis Heilbronn

Prof. Dr. Martin DRIESSEN, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

Dr. Jennis FREYER-ADAM, Diplom-Psychologin, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Günter GARBRECHT, MdL, Mitglied des Landtags Nordrhein-Westfalen, SPD-Fraktion; Vorsitzender des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Düsseldorf

Dr. Iris HAUTH, Ärztliche Direktorin, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtmedizin, Vorsitzende Bundesdirektorenkonferenz, St. Joseph-Krankenhaus, Berlin-Weißensee

Dr. Hannah HEIMANN, Assistenzärztin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte, Berlin

Dr. Jakob HEIN, Oberarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Charité Mitte (CCM), Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Andreas HEINZ, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin, Campus Mitte, Berlin

Jörg HOLKE, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Rolf HÜLLINGHORST, Ehem. Geschäftsführer, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Bielefeld

Prof. Dr. Ulrich JOHN, Direktor des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Greifswald

Gaby KIRSCHBAUM, Referatsleiterin Drogen- und Suchtmittelmissbrauch, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Dr. Joachim KOHLER, Ministerialdirigent, Abteilungsleiter, Abt. 5 Gesundheit, Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Stuttgart

Prof. Dr. Norbert KONRAD, Institut für Forensische Psychiatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Dr. Henning KRAMPE, Klinischer Psychologe und Psychotherapeut, Universitätsklinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt Operative Intensivmedizin, Campus Virchow- Klinikum und Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dr. Georg KREMER, Therapeutische Leitung Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Ev. Krankenhaus Bielefeld

Ulrich KRÜGER, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Dr. Thomas KUHLMANN, Chefarzt, Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen, Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach gGmbH, Bergisch Gladbach

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Ehem. Ärztlicher Direktor; stellv. Vorsitzender, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Kassel

Heidi KUTTLER, Geschäftsführerin, Villa Schöpflin gGmbH, Zentrum für Suchtprävention, Lörrach

Armin LANG, Mitglied des saarländischen Landtages, Vorstandsbeauftragter für politische Kommunikation beim VdAK, VdAK e. V./AEV e. V., Saarbrücken

Dr. Léonie F. LANGE, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Klinik für Anästhesiologie m. S. operative Intensivmedizin, Campus Charité Mitte (CCM) und Campus Virchow-Klinikum (CVK), Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Gerhard LÄNGLE, Ärztlicher Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Zwiefalten

Christina NERLICH, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Modellprojekt KoDE, Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V., Rostock

Dr. Tim NEUMANN, Wissenschaftlicher ärztlicher Mitarbeiter, Universitätsklinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt Operative Intensivmedizin, Campus Virchow-Klinikum und Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Stefan PAULAECK, Bereichsleitung Wohnverbund der GGP mbH, Rostock

Petra PICKERT, Guttempler in Berlin

Dr. Niels PÖRKSEN, Ehem. Chefarzt; Vorstand, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bielefeld

Jochen PÜTTMANN, Bereichsleiter, Bereich Arbeit, Beschäftigung, Tagesstruktur, Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH, Rostock

Prof. Dr. Harald RAU, Geschäftsführer, Zieglersche Anstalten Suchtkrankenhilfe gGmbH, Wilhelmsdorf

Peter RECKLING, Geschäftsführer, DBH – Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik, Köln

Dr. Martin REKER, Leitender Arzt der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

Anne RÖHM, Stabstelle Netzwerkkoordination und Gesundheitsmanagement am Zentrum für Psychiatrie, Münsterklinik Zwiefalten

Matthias ROSEMAN, Geschäftsführer, Träger gGmbH, Berlin; Vorsitzender der BAG GPV

Dr. Hans-Jürgen RUMPF, Leitender Psychologe, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Lübeck, Lübeck

Prof. Dr. Renate SCHEPKER, Chefärztin der Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Ravensburg-Weissenau; Fachliche Geschäftsführerin JUST GmbH

Regina SCHMIDT-ZADEL, Vorsitzende, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Ratingen

Dr. Christoph SCHOULTZ VON ASCHERADEN, Suchtbeauftragter und Vorstandsmitglied der Landesärztekammer Baden-Württemberg, St. Blasien

Dr. Nina SEIFERTH, Diplom-Psychologin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Charité Mitte (CCM), Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Claudia SPIES, Geschäftsführende Direktorin, Klinik für Anästhesiologie m. S. operative Intensivmedizin, Campus Charité Mitte (CCM) und Campus Virchow-Klinikum (CVK), Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Ingmar STEINHART, Geschäftsführer, Stiftungsbereich Bethel Vor Ort; Vorstand, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Dortmund

Dr. Carl-Ernst VON SCHÖNFELD, Leiter der psychiatrischen Tagesklinik Bethel, Evangelisches Krankenhaus, Bielefeld

Thomas UTERMARK, Leiter, Beschäftigung, Tagesstruktur, Gemeinnützige Gesellschaft für Gemeindepsychiatrie mbH, Rostock

Dr. Volker WANEK, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung, GKV-Spitzenverband, Berlin

Dr. Edith WEISS-GERLACH, Diplom-Psychologin, Klinik für Anesthesiologie m. S. operative Intensivmedizin, Campus Charité Mitte (CCM) und Campus Virchow-Klinikum (CVK), Charité – Universitätsmedizin Berlin

Georg WIEGAND, Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Laatzen

Dr. Günther WIENBERG, Vorstand, v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel, Bielefeld

Dr. Bernhard WITTMANN, Ärztlicher Direktor des LWL Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg

Veröffentlichungen und Informationstagungen

- Band 1** »Gemeindenaher Psychiatrie«
vergriffen Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 08. und 09.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehrheim, am 05. und 06.03.1976 in Berlin
- nicht dokumentiert* »Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«
Gemeindenaher Psychiatrie am Beispiel Frankfurt
Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
- nicht dokumentiert* »Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«
Tagung am 02. und 03.12.1976 in München
- nicht dokumentiert* »Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«
Tagung am 24. und 25.6.1977 in Loccum
- Band 2** »Rechtsprobleme in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung 07.10.1977 in Hamburg
- Band 3** »Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«
vergriffen Tagung am 01. und 02.06.1978 in Bonn
- nicht dokumentiert* »Gemeindenaher Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«
Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
- Band 4** »Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«
vergriffen Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
- Band 5** »Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete«
vergriffen Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
- nicht dokumentiert* Informationsveranstaltung zum »Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung« am 31.01.1980
- Band 6** »Ambulante Dienste in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 13. und 14.06.1980 in Hannover
- Band 7** »Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«
vergriffen Tagung am 06. und 07.11.1980 in Mannheim
- Sonderdruck** »Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 25. und 26.06.1981 in Bonn
- Band 8** »Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«
vergriffen Tagung am 19.11.1982 in Bonn
- Band 9** »Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 02. und 03.12.1982 in Bonn

- Band 10** »Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«
Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
- Band 11** »Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«
vergriffen Tagung am 06. und 07.07.1984 in Bonn
- Band 12** »Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«
vergriffen Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
- Band 13** »Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des
vergriffen gemeindepsychiatrischen Konzepts«
Tagung am 05. und 06.12.1984 in Bonn
- Band 14** »Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«
vergriffen Tagung am 15. und 16.05.1986 in Bonn
- Band 15** »Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch
Kranker – Ein internationaler Vergleich«
Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
- Band 16** »Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der
vergriffen Empfehlungen der Expertenkommission«
Tagung am 22. und 23.06.1989 in Bonn
- Band 17** »Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«
vergriffen Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
- Band 18** »Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von
vergriffen antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«
Tagung am 20. und 21.06.1990 in Bad Emstal
- Band 19** »Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch
vergriffen Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem
Gebiet der ehemaligen DDR«
Tagung am 29./30. und 01.12.1990 in Berlin
- nicht* **Regionalkonferenzen über den Bericht**
dokumentiert »Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«
im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991
in Neubrandenburg
im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt
im Land Sachsen am 21. und 22. 11.1991 in Arnsdorf
im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg
im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
- Band 20** »Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«
vergriffen Tagung am 03. und 04.06.1992 in Bonn
- Band 21** »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale
vergriffen Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«
Tagung am 04. und 05.05.1993 in Bonn

- Sonderdruck** »Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«
Selbstverlag Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde
- Sonderdruck** »Personalbemessung im komplementären Bereich –
vergriffen vor der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und
Rehabilitation«
Tagung am 27. und 28.04.1994 in Bonn
- Band 22** »Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die
vergriffen gemeindepsychiatrische Versorgung«
Tagung am 17. und 18.05.1995 in Bonn
- Band 23** »Qualität in Psychiatrischen Kliniken«
vergriffen Tagung vom 8. bis 10.05.1996 in Bonn
- »Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen
mit Alkoholproblemen«
Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn
Tagungsbeiträge dokumentiert in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.):
Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus,
Freiburg i. Br. 1997
- Band 24** »Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 23. und 24.04.1997 in Bonn
- Band 25** »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 24. und 25.09.1997 in Bonn
- Band 26** »Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn
- Band 27** »25 Jahre Psychiatrie-Enquete«
1 + 2 Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn
- Band 28** »Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung
im Gemeindepsychiatrischen Verbund«
Tagung am 30. und 01.12.2001 in Bonn
- Band 29** »Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung
für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«
Tagung am 13. und 14.05.2002 in Berlin
- Band 30** »Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen,
Erfahrungen und Perspektiven«
Tagung am 03. und 04.06.2003 in Kassel
- Band 31** »Prävention bei psychischen Erkrankungen –
Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«
Tagung am 12. und 13.05.2004 in Berlin

- Band 32** »Worauf Du Dich verlassen kannst!
Gute Praxis und Ökonomie verbinden«
Tagung am 19. und 20.09.2005 in Kassel
- Band 33** Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen
mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz
Tagung am 14. und 15.10.2006 in Berlin
- Band 34** »Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung«
Tagung am 19. und 20.11.2007 in Kassel
- Band 35** »Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie«
Tagung am 03. und 04. November in Kassel

Bezug lieferbarer Titel durch:

AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Oppelner Str. 130

53119 Bonn

Download unter:

www.apk-ev.de

