

Im regionalen Verbund gegen die Sucht



An die Veränderungen des Gesundheitssystems, der Klientel und der Finanzierung müssen sich auch die Strukturen der Suchthilfe anpassen. Ein regionaler Versorgungsverbund von Einrichtungen bietet die Chance, sich aufeinander abzustimmen und das Leistungsspektrum zu profilieren.

RENATE
WALTER-HAMANN

Interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit haben in der Suchthilfe aufgrund der bio-psycho-sozialen Genese der Abhängigkeitskrankung eine hohe Bedeutung. Deshalb haben sich in der Suchthilfe in der Vergangenheit verschiedene Formen der Kooperation und Abstimmung entwickelt, die in der Art und Anzahl der Kooperationspartner, aber auch in ihrer Intensität, Reichweite und Verbindlichkeit stark variieren. Dieses gewachsene Versorgungssystem für Menschen mit substanzbezogenen Problemen steht zurzeit vor weit reichenden gesundheits- und versorgungspolitischen Veränderungen:

Anforderungen an Kooperation und Abstimmung sind gestiegen

Die Kosten- und Leistungsträger fordern zunehmend ein abgestimmtes und koordiniertes Zusammenwirken der Leistungserbringer, um die Individualisierung und Flexibilität der Reha-Verläufe zu erhöhen und damit die Effektivität der Therapie zu verbessern. Auch die eigenen Träger problematisieren die so genannte Versäulung der psychosozialen Versorgung und stellen zunehmend die Frage, wie die ver-

schiedenen Arbeitsfelder zur Lösung von Suchtproblemen wirksamer zusammenarbeiten können.

Soziale Leistungen werden Sache der Kommune

Die fortschreitende Kommunalisierung der Suchthilfe bietet die Chance, die medizinische und psychosoziale Versorgung stärker an den lokalen und regionalen Bedarfslagen auszurichten. Allerdings wird es zukünftig noch schwieriger, verbindliche Strukturen und Ansätze in der Versorgung überregional zu realisieren. Als problematisch erweist sich zudem, dass die umfassendere Zuständigkeit nicht mit entsprechenden Steuerungsimpulsen durch die Kommunen verbunden sind.

Neue Anbieter, Zuständigkeitsansprüche und Konkurrenzen

Durch private, auf nationaler und transnationaler Ebene agierende Träger, Ärzt(inn)e(n), niedergelassene psychologische Therapeut(inn)en und das neu erwachte Interesse des medizinischen Systems in Praxis und Klinik steigen Wettbewerb und neue Zuständigkeitsansprüche. Insbesondere die suchtmedizinischen Abteilungen der Psy-

chiatrien und die Angebote der tagesklinischen Versorgung, der medizinischen Schwerpunktpraxen und die Institutsambulanzen (ambulantes Behandlungsangebot von Fachkliniken) setzen neue Akzente. Stationäre Einrichtungen der Suchthilfe gehen zunehmend dazu über, eigene ambulante Angebote anzugliedern, um die Zuweisung von Klient(inn)en und die nahtlose Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Suchthilfe zu gewährleisten.

Das medizinische System wird umstrukturiert

Der Gesetzgeber hat in der Gesundheitsreform neue Versorgungsstrukturen vorgesehen. So verschieden die Elemente der Disease-Management-Programme, der DRGs (Diagnosis Related Groups, zu Deutsch: Fallpauschalen), der Institutsambulanzen und der Integrierten Versorgung gemäß § 140d SGB V sein mögen, so verbindet sie doch der Versuch, die Krankenbehandlung diagnosebezogen zu straffen und in ihren Abläufen stärker zu standardisieren. Auch der Leitlinienprozess der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) mit dem Ziel einer evidenz-

basierten Suchtkrankenbehandlung und eine aufkommende gesundheitsökonomische Forschung weisen in diese Richtung.

Umfassende Teilhabe als Rehabilitationsziel

Der Gesetzgeber fordert über das SGB IX im Interesse der betroffenen Menschen eine Gesamtplanung und die Koordinierung verschiedener Reha-Träger, -Leistungen und -Einrichtungen. Auch wenn das SGB IX kein Leistungsgesetz darstellt, fordert es eine neue Form der Leistungserbringung. Rehabilitation kann heute nicht mehr nur an den spezifischen Zielen des einzelnen Reha-Trägers orientiert sein (im SGB V: lindern, bessern, heilen; im SGB VI: Wiederherstellung und Verbesserung der Erwerbsfähigkeit); sie muss sich heute vielmehr verstärkt an ihrem Beitrag zu einer umfassend verstandenen Teilhabe messen lassen.

Die Klientel und ihr Konsumverhalten ändern sich

Während die Anzahl der Opiatabhängigen stagniert, steigt der Beratungs- und Behandlungsbedarf von Cannabis-

Konsument(inn)en. Der weit verbreitete Konsum von Partydrogen, die Zunahme von verhaltensbezogenen Abhängigkeiten und exzessive Konsummuster besonders jüngerer Konsument(inn)en stellen neue Anforderungen an die Erreichbarkeit der Klientel und die Behandlungsangebote. Die Frage der interkulturellen Öffnung und der kultursensiblen Beratungs- und Behandlungsangebote wird immer dringlicher. Bedarfsgerechte Intervention bei älteren und alten Menschen mit substanzbezogenen Störungen – insbesondere bei Medikamentenabhängigkeit – werden zunehmend wichtiger. Insgesamt steigen die Anforderungen an Früherkennung und Frühintervention, Schadensreduzierung und Risikominderung, die aufsuchende Arbeit sowie an die Kooperation mit dem medizinischen System und mit komplementären Bereichen der psychosozialen Versorgung, wie zum Beispiel Jugendhilfe, Altenhilfe, Migrationsdienste.

Veränderung der Finanzierungslandschaft

Die Beratungs- und Behandlungsstellen sind zunehmend mit Mittelkürzungen

der Kommunen, der Bundesländer und der Eigenmittel oder mit dem Einfrieren der Zuwendungen beziehungsweise Vergütungen bei steigenden Kosten konfrontiert. An die Stelle der pauschalierten Zuwendung treten vermehrt Leistungsverträge in den Bereichen, die leistungsrechtlich abgesichert sind. Die Suchthilfe wird sich daher auf einen sich weiter differenzierenden Finanzierungsmix einstellen müssen. Die tarifliche Vergütung und der differenzierte Personaleinsatz (welche Qualifizierung ist für welche Tätigkeit erforderlich?) werden zu Fragen der Zukunftssicherung.

Versorgungspolitische und strategische Gründe sprechen deshalb dafür, dass sich die ambulanten und stationären Einrichtungen in verbindliche regionale Versorgungsstrukturen einbinden. Das heißt, das gewachsene Sonderversorgungssystem der Suchthilfe steht vor der Aufgabe, sich enger mit dem (medizinischen) Regelversorgungssystem der Suchthilfe zu verbinden. In einzelnen Versorgungsverbänden wird dieser Weg bereits beschritten. Denn die Anforderungen an abgestimmte und koordinierte einrichtungs- und

www.sozial

Ergebnisse der Suchtforschung als PDF-File

www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/allg/forschung/alkohol/trias.html

Die Trierer Forschungsgruppe Abhängigkeit und Suchtmittelmissbrauch (TRIAS: Trier Research Group on Addiction and Substance Abuse) veröffentlicht seit 1978 regelmäßig Forschungsergebnisse über Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Schwerpunkte der Arbeit liegen auf methodischen Aspekten der Alkoholismusforschung wie beispielsweise der Klassifizierung von Konzepten oder dem Aufbau von Forschungsdatenbanken. Im Laufe dieser Forschung wurden die Datenbanken Trierer Alkoholismusinventar (TAI) und das Trierer Inventar für Medikamentenabhängige (TAI) für deutschsprachige Länder entwickelt. Das Netzwerk Psychologische Suchtforschung wurde 1995 gegründet und umfasst Wissenschaftler der Universität Heidelberg, der Kliniken Wied, der Katholischen Fachhochschule Köln und der Universität Trier. Es handelt sich um einen informellen Zu-

sammenschluss, der inzwischen in der „Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie“ (DG SPS) aufgegangen ist. Zielsetzung des Netzwerks ist die Förderung des fachlichen Austauschs und die Zusammenarbeit in der Suchtforschung. Weitere Schwerpunkte sind: das Publizieren der Forschungsergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit. Veröffentlichungen des Netzwerks können als RTF- oder PDF-Datei heruntergeladen werden. Weitere Ziele sind die Vernetzung psychologischer Suchtforschung auf europäischer und internationaler Ebene sowie Politikberatung. Die Rubrik Aktuelles bietet Informationen wie Links zur Enzyklopädie Denken, zu Lehre und Prüfungen oder den unterschiedlichen Forschungsthemen des Psychologischen Instituts der Universität Heidelberg.

Hildis Strigl

sektorenübergreifende Beratungs- und Rehabilitationsleistungen nehmen deutlich zu. Die einzelne Suchthilfeeinrichtung kann den vielfältigen Aufgaben allein nicht mehr gerecht werden. Zudem werden Kapazitäts- und Qualitätsgewinne kaum mehr durch zusätzliche finanzielle Mittel, sondern durch eine strukturierte Bündelung von Ressourcen und die verbesserte Verknüpfung der vielfältigen Leistungen zu erzielen sein.

Kernelemente einer regionalen, personenbezogenen Suchthilfe

Wie könnte ein solcher Verbund in seinen wesentlichen Elementen aussehen, welche Aufgaben kämen dabei den Beratungs- und Behandlungsstellen zu? Im Zentrum eines regionalen Versorgungsverbundes stehen die Koordination, Kooperation und Vernetzung zwischen der Suchtkrankenbehandlung innerhalb der psychiatrischen Regelversorgung, den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen, den stationären Fachkliniken für Suchtkranke sowie der Selbsthilfe.

Diese vier Elemente (Suchtmedizin, Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachkliniken, Selbsthilfe) bilden den Kern eines Versorgungsverbundes und den Kern der Grundversorgung, die auf der Grundlage von Versorgungsaufträgen sichergestellt werden muss. Der

skizzierte Verbund muss am Bedarf der Versorgungsregion ausgerichtet sein, vielfältige Bedarfslagen aufgreifen und die Leistungen und Hilfen personenbezogen kombinieren können. Niedrigschwellige und schadensminimierende

**Renate
Walter-Hamann**
Referatsleiterin
Basisdienste und
besondere Lebens-
lagen beim DCV,
Freiburg

E-Mail: reate.walter-
hamann@caritas.de



Hilfen müssen ebenso leicht erreichbar sein wie ausstiegsorientierte Hilfen. Auch Menschen mit besonders hohem und vielschichtigem Hilfebedarf müssen qualifizierte Hilfen erhalten.

Diese Aufgabenstellung lässt sich nur erfüllen, wenn es gelingt, die partiellen Eigeninteressen der beteiligten Organisationen und Institutionen zu verbinden und ein von allen beteiligten Akteuren akzeptiertes Steuerungsmodell zu entwickeln. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Verständigung auf gemeinsame und verbindliche Versorgungsziele und die bedarfsgerechte Bündelung und Integration der erforderlichen suchtspezifischen, medizinischen, psychiatrischen, psychosozialen und existenzsichernden Hilfen.

Den Beratungs- und Behandlungsstellen kommt innerhalb des Verbundes eine zentrale Bedeutung zu. Sie nehmen im Versorgungsverbund insbesondere die Aufgaben der Vorbeugung (Gesundheitsförderung, Früherkennung), des Kontaktbereichs (niedrigschwellige Anlaufstelle, Krisenintervention, Soforthilfe, Straßensozialarbeit), des Clearings (Erstgespräch, Beratung, Diagnostik, Hilfeplanung) sowie des Case-Managements wahr.

Das Kerngeschäft der Beratungs- und Behandlungsstellen, also gewissermaßen die „Pflichtaufgabe“, wären die Aufgaben der Grundversorgung mit einer stärkeren steuernden Funktion. Die Funktion der Erstanlaufstelle wird nicht aufgegeben, sie wird sich jedoch voraussichtlich auf andere Bereiche der medizinischen und psychosozialen Versorgung verteilen oder gar schwerpunktmäßig verlagern. Die Funktion der Entwöhnungsbehandlung wird weiterhin bedeutsam, aber möglicherweise auf verschiedene Akteure verteilt sein.

Die Beratungs- und Behandlungsstelle wäre dann beispielsweise gekennzeichnet durch:

- definierte und vertraglich abgesicherte Schnittstelle zur psychiatrischen, suchtmmedizinischen Regelversorgung und zu den Suchtfachkliniken im regionalen Zuständigkeitsbereich;

Zu unserem 40-jährigen Jubiläum möchten wir Sie beschenken:

mit großzügigen Sonderkonditionen.



Jubel-Festgeld: Kassieren Sie satte 4 %
p.a. für 40 Monate (ab 10.000 Euro).

Jubel-Baufinanzierung: 4,4 % p.a. für
10 Jahre fest im erstrangigen Hypotheken-
bereich (anf. eff. Jahreszins 4,49 %), bis
80 % des Beleihungswertes erstrangig
möglich.

Gildehofstraße 2 | 45127 Essen | Fon 02 01 / 22 09-0 | Fax 02 01 / 22 09-200 | www.bibessen.de

- definierte und mit den anderen Akteuren abgestimmte Leistungsschwerpunkte über die Grundversorgung und die beschriebenen Grundfunktionen hinaus;

- Leistungsbeschreibungen für die verschiedenen Leistungsbausteine;

- höhere Anforderungen an die Durchführung von Projekten und die Steuerung komplexer Finanzierungsströme;

- eine deutlichere Differenzierung in den Anforderungsprofilen der Mitarbeiter(innen);

- höhere Anforderungen an die Steuerung durch die Träger und höhere Anforderungen an die Führung und Leitung der Einrichtungen selbst.

Auf den ersten Blick mag es scheinen, dass die Träger und Einrichtun-

gen mit der verbindlichen Übernahme von Aufgaben innerhalb einer regionalen Suchthilfekoordination ihre Eigenständigkeit beschneiden. Auf den zweiten Blick wird allerdings deutlich, dass die Einbindung in Versorgungsverbände neue Optionen und Perspektiven zu eröffnen vermag. Durch die verbindliche Übernahme der beschriebenen Kern- und Pflichtaufgaben der Grundversorgung machen sich die Einrichtungen zu einer festen Größe in der regionalen Versorgung und sind in ihren Leistungen identifizierbar. Darüber hinaus können sich Einrichtungen im Verbund mit den (allgemeinen und speziellen) Leistungen profilieren, die sie am qualifiziertesten erbringen können.

Verbundsysteme in der Suchthilfe der Caritas: Studie geplant

Der Deutsche Caritasverband (DCV) wird noch in diesem Jahr eine Untersuchung zum Stand von Versorgungsverbundsystemen in der Suchthilfe in Auftrag geben. Auf dieser Grundlage sollen Erkenntnisse über die Ausgestaltung von Verbundsystemen, fördernde und hemmende Faktoren für die Verbundarbeit, Hinweise auf die spezifischen Anforderungen und die erforderlichen Unterstützungen gewonnen werden.

Der DCV will auf diese Weise diese zentrale Diskussion um die zukünftige Strukturierung des Suchthilfesystems weiterentwickeln und unterstützen. ■

Spiritualität im Alltag

Integration lebt von der Vision

Eine visionäre Szene steht am Anfang eines Romans, dessen Lektüre mich derzeit fesselt. „Der Klang der Zeit“ lautet sein Titel.¹ Die Szene spielt an Ostern 1939 auf dem weiten Feld vor dem Lincoln-Denkmal in Washington. Marian Anderson, eine schwarze Sängerin, wird dort öffentlich auftreten. Zuvor war sie in Europa stürmisch gefeiert worden, jetzt wurde ihr in den USA aufgrund ihrer Hautfarbe der Auftritt in einer Konzerthalle verweigert. Das Open-Air-Konzert, das daraufhin organisiert wurde, sollte nun zu einer Demonstration von hunderttausenden von Menschen aller Hautfarben werden, zu einem Protest gegen die Rassendiskriminierung. In der Menschenmenge ist auch Delia Daley, eine junge farbige Frau, der trotz ihrer Stimmbegabung die Aufnahme in ein Konservatorium verweigert wurde. „Nie zuvor“, so lesen wir, „ist sie Teil einer Menschenmenge gewesen, in der die Massen sich so unbekümmert mischten...; sie sind gekommen, um das seit Jahrhunderten überfällige Ende der Negerstühle in den Bussen, der Negergänge im Theater zu feiern.“ Delia wird mitgerissen von der Vision, die diese Menschen zusammenführt.

In der Menschenmenge ist auch David Strohm, ein jüdischer Mathematik- und Physikprofessor aus Deutschland, der in letzter Minute dem Naziterror entkommen ist. „Heute“, so denkt er bei sich, „heute ist Ostern, an dem nach christlicher Vorstellung der Tod überwunden wurde.“ Delia und David treffen sich und werden ein Paar. „Der Vogel und der Fisch können sich verlieben“, wird ein altes jüdisches

Sprichwort zitiert. Noch so unterschiedliche Menschen können eine gemeinsame Zukunft haben.

Diese Zeilen haben für mich viel zu tun mit dem Gedanken der Integration. Wir diskutieren sie mit allem Für und Wider, wir erörtern und verwerfen alle möglichen politischen Lösungen. Ich will die Schwierigkeiten nicht leugnen. Wo bauen Vogel und Fisch ihr gemeinsames Nest? Aber wir vergessen über diesen Fragen, dass Integration nur gelingt, wenn uns eine gemeinsame Vision verbindet: die Vision eines Zusammenlebens von Menschen unterschiedlicher Herkunft, Lebensgewohnheit, Kultur und Religion, die einander bereichern. Ohne eine solche Vision bleibt Integration nichts als ein fast unlösbares Problem oder eine moralische Pflicht.

Der Jesuit Pierre Teilhard de Chardin war beseelt von dem Gedanken einer immer mehr zusammenwachsenden Menschheit. Nur die Anziehungskraft einer gemeinsamen Vision, davon war er überzeugt, wird die Kräfte der Ablehnung in Kräfte der Sympathie, ja der Liebe verwandeln. Für ihn stand fest, dass in diesem Vereinigungsprozess der Menschheit die Liebe Christi wirksam ist, und dass Christi Wiederkunft am Ziel dieses Weges steht. Aus der Kraft eines großen, visionären Glaubens werden auch die kleinen Schritte möglich.

Thomas Broch

¹ POWERS, Richard: *Der Klang der Zeit*. Frankfurt/Main : S. Fischer Verlag, 2005, Zitate: S. 50 f., S. 172.