



Schrankenlose Zusammenarbeit

van Veenendaal

WILFRIED GÖRGEN

Verlässliche Strukturen einer integrierten Versorgung prägen die Suchthilfe von morgen. Welche Grundsätze sind zu beachten, damit alle Beteiligten erfolgreich zusammenarbeiten können?

Gegenwärtig findet in Publikationen oder auf Kongressen eine breite Diskussion zum Thema „integrierte Versorgung“ statt. Auslöser ist § 140 SGB V. Diese Bestimmung legt den sozialrechtlichen Rahmen für entsprechende Konzepte und Maßnahmen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung fest. Mit Blick auf die Hilfen für suchtkranke Menschen berührt dieser Paragraph freilich nur einen von mehreren Leistungsbereichen.

Im Folgenden geht es um die Bedingungen einer umfassenden „integrierten Versorgung“ im Rahmen der Hilfen für suchtkranke Menschen, deren oft

multiple Problemlagen und Hilfebedarfe sektorübergreifende Versorgungsstrukturen erfordern. Dabei sind drei Ebenen zu unterscheiden:

- Kooperation: die fallbezogene Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachkräfte und Institutionen innerhalb eines Versorgungssektors oder sektorübergreifend für eine bedarfsgerechte personenbezogene Hilfeerbringung;

- Koordination: Abstimmung der Hilfeerbringung für eine optimale Wirksamkeit (Koordination bezieht sich dabei sowohl auf den individuellen Hilfeprozess als auch auf die institutionelle Organisation der Hilfen);

- Planung und Steuerung: die Feststellung des jeweiligen regionalen Bedarfs, die Sicherung eines bedarfsgerechten Angebots sowie die Anpassung an eine veränderte Bedarfssituation beziehungsweise veränderte Rahmenbedingungen.

Tragfähige integrierte Versorgungsstrukturen sind – so eine erste These – nur dann zu erreichen, wenn auf allen drei Ebenen Anstrengungen unternommen werden. Geschieht dies nicht, besteht die Gefahr, dass beispielsweise positive Entwicklungen auf der Ebene der Kooperation (zum Beispiel die Einführung von Case-Management) durch

Mängel in der Koordinierung und Steuerung (zum Beispiel durch fehlende Vereinbarungen von Leistungserbringern beziehungsweise -trägern) konterkariert werden.

Kooperation unterschiedlicher Hilfeerbringer

Integrierte Versorgungsstrukturen basieren unter anderem darauf, dass die Akteure im Versorgungssystem – zum Beispiel Sozialarbeiter(innen), Psychotherapeut(innen), Ärztinnen und Ärzte – über die Grenzen der eigenen Einrichtung sowie des Versorgungssektors hinweg „miteinander sprechen“. Auf den ersten Blick mag diese Aussage fast banal erscheinen – in der Praxis treten allerdings nicht unwesentliche Hemmnisse auf. Die Abstimmung der

Hilfebringung ist insbesondere an den Schnittstellen zwischen verschiedenen Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen (zum Beispiel ambulant – stationär) erforderlich. Solche Schnittstellen treten bei suchtkranken Menschen mit multiplen Hilfebedarfen vergleichsweise häufig auf. Das „Miteinander-Sprechen“ ist dabei so etwas wie der Kitt, der unterschiedliche Interventionen und Maßnahmen miteinander verbindet – sie integriert.

Dass unterschiedliche Helfer(innen) miteinander sprechen, ist bei suchtkranken Menschen in besonderem Maße erforderlich: Denn diese sind oft weniger als Patient(inn)en mit anderen Erkrankungen einem integrierten – das heißt unter anderem auch: einem zielgerichteten – Vorgehen mit kontinuierlichen Anforderungen, den Heilungsprozess voranzutreiben, zugeeignet. Kooperation als wichtiger Aspekt von integrierten Versorgungsstrukturen

spielt jedoch nicht nur bei suchtkranken Menschen mit multiplen Hilfebedarfen eine Rolle. Ganz allgemein werden suchtgefährdete und -kranke Menschen nur zum Teil durch suchtspezifische Hilfen erreicht: Bei niedergelassenen Ärzt(inn)en und in Krankenhäusern werden sie überwiegend medizinisch versorgt, meist aber nicht suchtmmedizinisch beziehungsweise -therapeutisch behandelt. Darum kommt kooperativen Modellen der aufsuchenden Arbeit beispielsweise von Suchtberatungsstellen in Krankenhäusern eine wichtige Rolle zu. Wie die Praxis zeigt, lassen sich suchtkranke Menschen durch eine sektorübergreifende Kooperation leichter erreichen; Früherkennung und -intervention, das Halten der Patient(inn)en im Heilungs-

prozess und die Ergebnisse der Rehabilitation verbessern sich im Vergleich zu isolierten Hilfemaßnahmen.

Kommunikation ist entscheidend
Praktische Erfahrungen zeigen aber auch, dass die Qualität der Kommunikation und Kooperation unterschiedlich ausfällt. Sie ist ebenso abhängig von den jeweils kommunizierenden und kooperierenden Personen wie von den informellen und den formalen Routinen.

Erforderlich ist auf jeden Fall eine Kommunikation „auf Augenhöhe“. Sie setzt voraus, dass die Arbeit „des anderen“ als notwendiger und gleichberechtigter Teil eines gemeinsamen Behandlungs- beziehungsweise Hilfeplans gesehen wird: In diesem Plan ist die sozi-

alarbeiterische Sicherung von Grundbedürfnissen ebenso bedeutsam für eine integrierte Versorgung wie komplexe therapeutische Interventionen bei schweren Störungsbildern; niedrigschwellige Überlebenshilfen leisten einen ebenso wichtigen Beitrag wie stationäre Behandlungsmaßnahmen. Eine „Kommunikation auf Augenhöhe“ kann auch als kollegiale Kommunikation bezeichnet werden. Diese ergibt sich freilich nicht von selbst, sondern muss gegen Rollenzuschreibungen beziehungsweise -abgrenzungen sowie strukturelle Bedingungen durchgesetzt werden. Dabei muss sich der Chefarzt oder die Chefarztin eines Krankenhauses genauso umstellen wie der/die Mitarbeiter(in) der Suchtberatungsstelle.

Neben eher personenbezogenen Voraussetzungen (zum Beispiel Kommunikationsfähigkeit, soziale Kompetenz, Teamfähigkeit), die durch Personalentwicklungsmaßnahmen geschult werden können, sind strukturelle Maßnahmen

Fachlichkeit, verbunden mit Verlässlichkeit

... Diese Wahrheit entfaltet ihre ganze Kraft, wenn sie sich als Gemeinschaft gestaltet. Caritas funktioniert nicht privat, sie lebt von ihrer Kirchlichkeit. Wenn Christen zwei Organisationen vereinen, so sollten sie dies immer auch als einen kirchlichen Akt verstehen und praktizieren ...

Wenn wir Therapie, Rehabilitation und Begleitung in Kenntnis der Strukturen der Suchtkrankheit und ihrer Ursachen neu und – wie wir hoffen – besser organisieren, so dienen wir unseren Klienten und erfüllen unseren Auftrag. Was Suchtkranke brauchen, ist Fachlichkeit, verbunden mit Verlässlichkeit und Nachhaltigkeit. Und eine gut aufgestellte Lobby da, wo sie sich nicht selber vertreten können. „Was man uns ins Ohr flüstert, das verkünden wir von den Dächern“ (Matthäus 10,27b).

Gegen das Prinzip der Wolfsgesellschaft, Schwache und Unproduktive als unwirtschaftliche Kostenfaktoren auszugrenzen, vertreten wir das Prinzip der Teilhabe gerade auch der Kranken und Hilflosen, da nur mit ihnen eine humane Gesellschaft möglich ist. Humanität ist nicht teilbar, sondern nur möglich durch die und in der Teilhabe aller. So verkündigen wir die Nähe des Himmelreiches meist ohne ein direktes Wort, zuerst durch unseren individuellen Einsatz, aber nicht weniger durch institutionelle Anwesenheit (...), mit nüchternem Verstand und herzlicher Leidenschaft – eben als Caritäter – und erleben mit und durch unsere Klienten, wie sich die biblische Verheißung von Gottes Nähe mitten unter uns erfüllt.

Oder nicht-theologisch formuliert: So gestalten wir ein Stück Kultur unseres Landes, von dem alle leben können, und das – so denke ich – alle ersehnen.

Aus dem Grußwort von Pfarrer Franz Decker, Diözesancaritäs- direktor Köln, zum Fachtag anlässlich der Neugründung der Caritas Suchthilfe (CaSu) am 22. Juni 2005 in Köln

sinnvoll. Hierzu zählen verbindliche Vereinbarungen über die fallbezogene Kooperation beispielsweise zu Verständigungsroutrinen, Benachrichtigungen, Übergaben, zum Berichtswesen und zu regelmäßigen Rückmeldungen. Die Verbesserung der gegenseitigen Transparenz der Angebote, Arbeitsweisen und -ansätze (zum Beispiel durch Besuche, Hospitationen, Fallbesprechungen oder die Kenntnisnahme von Konzepten und Jahresberichten) ist eine grundsätzliche Aufgabe bei der gemeinsamen Arbeit an kooperativen Strukturen.

Koordination der Hilfen aus unterschiedlichen Sektoren

Besonders dort, wo eine integrierte Hilfeerbringung über die Grenzen einzelner Versorgungssektoren hinausreichen soll, ist Koordination der Hilfen erforderlich. Fallbezogen dürfte Case-Management der umfassendste Arbeitsansatz sein, mit dem vor allem bei chronisch Suchtkranken wichtige Abstimmungs- und Koordinationsaufgaben erfüllt werden können. Er ist vor allem in stark fragmentierten Hilfesystemen geeignet, um zum rechten Zeitpunkt notwendige Hilfen zu erschließen, sie in einer systematischen Hilfeplanung aufeinander zu beziehen, Schnittstellenprobleme zu lösen sowie den Prozess zielgerichtet zu steuern und seine Wirksamkeit zu überprüfen.

Erfahrungen zeigen, dass dies dem/der Case-Manager(in) umso leichter gelingt, wenn die Hilfen auch auf struktureller Ebene koordiniert sind. Das heißt unter anderem, dass zwischen den Versorgungsbeteiligten verbindliche Absprachen und Vereinbarungen über die Aufgaben und Funktionen der jeweiligen Hilfen und eine Verständigung zur Fallführung erfolgen sollten. So wichtig persönliche „kollegiale Beziehungen“ für belastbare Kooperationsgeflechte sind – spätestens dann, wenn in der Kooperation mit einem Krankenhaus oder einer Behörde die Auswirkungen einer hohen Personalfuktuation spürbar werden, wird

der/die erfahrene Mitarbeiter(in) institutionell gestützte verbindliche Absprachen zu schätzen wissen. Verbindlichkeit ist folglich ein wichtiges Qualitätskriterium von Kooperation und Koordination, das kontinuierlich gesichert werden muss.

Einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung einer sektorübergreifenden Kooperation und Koordination stellen zwischen den Versorgungsbeteiligten abgestimmte fachliche Leitlinien dar.

Wilfried Gorgen

Projektleiter bei der Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH – FOGS

E-Mail:
goergen@fogs-gmbh.de



Solche Leitlinien (zum Beispiel Ziele, Kernelemente fachlicher Standards) können dazu beitragen, die Arbeit unterschiedlicher Versorgungssektoren auf eine gemeinsame Grundlage zu stellen sowie das gemeinsame Selbstverständnis zu stärken. Sie dienen der Orientierung und können nicht zuletzt auch unterschiedliche Interessenlagen ausgleichen.

Die Eingliederung der Suchthilfe in die psychiatrischen Versorgungsangebote ist mancherorts Thema beziehungsweise umgesetzte Realität. Die alleinige Ausrichtung einer solchen Integration am Modell des gemeindepsychiatrischen Verbundes greift allerdings zu kurz. Sie lässt die Unterschiede der Krankheitsbilder ebenso unberücksichtigt wie bestehende und gewachsene Angebotsstrukturen.

Gleichwohl kann die Einbeziehung der Hilfen für Suchtkranke in bestehende gemeindepsychiatrische Versorgungsstrukturen zu einer Verbesserung des Erreichungsgrads von Suchtkranken sowie von deren ambulanter und komplementärer Versorgung beitragen. Dies setzt jedoch voraus, dass die spezifischen Kompetenzen und Angebote der Hilfen für Suchtkranke erhalten bleiben – anders ausgedrückt:

Angezeigt ist wirkliche Integration von unterschiedlichen Angeboten und keine bloße (feindliche) Übernahme.

Planung und Steuerung der integrierten Hilfeerbringung

Für die Planung der Hilfen für suchtkranke Menschen sind unterschiedliche Leistungsträger verantwortlich (unter anderem der örtliche und der überörtliche Sozialhilfeträger, Krankenkassen, Rentenversicherung, die Kommune, das Land, die Arbeitsverwaltung). Bezieht man die Ebene der Leistungserbringer mit in die Betrachtung ein (zum Beispiel öffentliche Träger, freie und gemeinnützige Träger unterschiedlichster weltanschaulicher Ausrichtung, private Anbieter), so wird deutlich, dass man es in der Regel mit einem komplexen Bündel unterschiedlichster Interessen zu tun hat – was die Herausbildung integrierter Versorgungsstrukturen nicht fördert.

Ein Grunderfordernis ist deshalb mit Blick auf die regionale Situation die Herausbildung eines gemeinsamen Gestaltungswillens möglichst vieler Akteure. Dies setzt – ähnlich wie bei den Klient(inn)en – bei den einzelnen Akteuren Veränderungsbereitschaft voraus. Um diese zu erreichen, bedarf es der Anwendung je besonderer institutionenbezogener Vorgehensweisen. Diese können „harte“ Mittel wie beispielsweise Geld, Verordnungen, Richtlinien ebenso beinhalten wie „weiche“ Mittel – Gespräche, Verhandlungen, Vereinbarungen.

Als förderlich hat sich ein Vorgehen erwiesen, das nach sozialplanerischen Standards (Hilfe-)Bedarfe erhebt, den Bestand des Angebotsspektrums feststellt, Handlungsbedarfe ermittelt und Maßnahmen priorisiert. Hilfreich ist zudem, Leistungserbringer und Leistungsträger an einen (möglichst runden) Tisch zu bringen: Am runden Tisch herrscht ein partnerschaftlicher Stil – für eine auf Anweisungen beruhende Planung und Steuerung ist höchstens im Bereich der begrenzten je eigenen Zuständigkeit Platz. Erfahrung-

gen – beispielsweise aus einem Modellprogramm des Bundes zur „Regionalen Suchtkoordination“¹ – zeigen, dass dort, wo Kommunen erstens „politischen Gestaltungswillen“ zeigen, zweitens die kommunale Verwaltung über eine ausreichende Fachlichkeit verfügt und drittens sich die Versorgungsbeteiligten auf eine gemeinsame Weiterentwicklung der Hilfen verständigen, Schritte zu einer sektorübergreifend integrierten Versorgung gegangen werden können. Trotz oder gerade wegen schwieriger Rahmenbedingungen sind sozialplanerische Anstrengungen zur Steuerung der Hilfen für suchtkranke Menschen auf kommunaler beziehungsweise regionaler Ebene zu verstärken. Dabei spielen Leistungserbringer, die freien (und privaten) Träger der Sucht- und Drogenhilfe, eine wichtige Rolle: Dass sie sich mehrheitlich in Zeiten „voller (öffentlicher) Kassen“ eher defensiv verhalten haben, erweist sich heute – angesichts knapper öffentlicher Kassen – als Hindernis bei der Entwicklung eines abgestimmten und bedarfsorientierten Ressourceneinsatzes.

Ausblicke

Bei der Schaffung einer integrierten Versorgung ist von zentraler Bedeutung, dass die Entwicklungsdynamiken der einzelnen Subsysteme in einem rationalen Austausch zwischen den Versorgungsbeteiligten berücksichtigt werden, den man als sozialen Lernprozess charakterisieren kann. Lassen sich die Versorgungsbeteiligten auf einen solchen Lernprozess ein und entwickeln sie ein gemeinsames konsensorientiertes Vorgehen, kann dies als ein Qualitätskriterium der entstehenden integrierten Versorgung angesehen werden. Die zentrale Herausforderung mit Blick auf die Hilfen für suchtkranke Menschen besteht in der Schaffung einer personenbezogenen Hilfeerbringung unter Überwindung der bisherigen Segmentierung der Hilfen. Eine Verengung dieser Aufgabe auf die Implementierung „integrierter Versorgungsmodelle“ im Sinne des § 140

SGB V würde den Entwicklungspotenzialen des Suchthilfesystems wenig gerecht. Überhaupt ist es verwunderlich, dass das Thema „integrierte Versorgung“ in erster Linie SGB-V-nah diskutiert wird: Der Gesetzgeber hat mit dem SGB IX ein Instrument geschaffen, dem mit Blick auf integrierte Versorgungsstrukturen für suchtkranke Menschen eine deutlich höhere Bedeutung beigemessen werden muss. Die in der Gegenüberstellung von SGB V und SGB IX liegende Kontroverse um den Standort der Sucht- und Drogenhilfe hat der ehemalige Landesdrogenbeauftragte Nordrhein-Westfalens, Hans-Adolf Hüsgen, auf den Punkt gebracht: „Wir brauchen ein Suchthilfesystem, das ein soziales Integrationsystem mit medizinischer Unterstützung darstellt, und nicht ein Medizinsystem mit psychosozialer Begleitung.“²

Vom ethischen Grundsatz her betrachtet, erfordert ein kooperatives, konsensorientiertes Modell für eine integrierte Versorgung suchtkranker Menschen die Abkehr von der sich in allen gesellschaftlichen Bereichen ausbreitenden Entsolidarisierung. Eine stärkere Solidarität der Leistungserbringer untereinander ist ebenso entscheidend wie ihre Solidarität mit ihren Klient(in)en.

Anmerkungen

1 OLIVA, Hans u. a.: *Vernetzung, Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke – Zur Arbeit regionaler Suchtkoordinatoren*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 135. Baden-Baden : Nomos, 2001. Der Endbericht kann unter www.fogs-gmbh.de/pdf/koord_endbericht.pdf heruntergeladen werden.

2 HÜSGEN, Hans-Adolf: *Integrationspotentiale der Suchtkrankenhilfe trotz leerer Kassen*. In: LANDSCHAFTSVERBAND RHEINLAND (LVR) (Hrsg.): *Wer mit wem?: Die Suchtkrankenhilfe auf dem Weg zur integrierten Versorgung*. Dokumentation der Fachtagung der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Rheinland am 28. April 2004, S. 16–21.