

## **Qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger zwischen Substitution und Abstinenz**

## **Impressum**

**Herausgeber:** Landschaftsverband Rheinland, Kennedy-Ufer 2, 50679 Köln  
Dezernat Gesundheit / Heilpädagogische Heime  
Amt für Planung und Förderung - Koordinationsstelle Sucht

**Redaktion:** Gerda Schmieder, Karolin Holze

**Textgestaltung:** Monika Grollius

**Druck:** Hausdruckerei  
Landschaftsverband Rheinland

**Bestellungen:** [www.lvr.de](http://www.lvr.de)

**Köln, im April 2003**

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier aus 100 % Altpapier

---

**Inhalt**

1.	<b>Begrüßung und Eröffnungsrede</b> Wilfried Görgen	<b>3</b>
2.	<b>Entwicklung und Konzept der qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger</b> Dr. med. Thomas Kuhlmann (in Vertretung für Dr. Bernhard Bätz)	<b>5</b>
3.	<b>Evaluation des Modellprojektes „Behandlung Sofort“</b> Prof. Dr. Michael Klein	<b>9</b>
4.	<b>Soforthilfeprogamm NRW</b> Karolin Holze Michael van Brederode	<b>20</b>
5.	<b>Die qualifizierte Akutbehandlung zwischen Substitutionsbehandlung und abstinenzorientierter Entwöhnungsbehandlung</b> Dr. med. Thomas Kuhlmann	<b>30</b>
6.	<b>Ergebnisse der Arbeitsgespräche</b>	
6.1	<b>AG 1: Ambulante Drogenberatung und qualifizierte Akutbehandlung</b> Rainer Salisch-Chormow, Dr. med. Peter Summa-Lehmann	<b>37</b>
6.2	<b>AG 2: Stationäre Entzugsbehandlung und qualifizierte Akutbehandlung</b> Sybille Theunissen, Dr. Gerhard Reymann	<b>38</b>
6.3	<b>AG 3: Niedrigschwellige Angebote und qualifizierte Akutbehandlung</b> Dr. Martin Reker, Stefan Engemann	<b>40</b>
	<b>Verzeichnis der Referentinnen und Referenten</b>	<b>41</b>

# Wilfried Görgen

## Begrüßung

Ich darf Sie ganz herzlich zur Fachtagung „Qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger zwischen Substitutionsbehandlung und Abstinenz“ begrüßen. Die Aktualität des Tagungsthemas macht u.a. die positive Resonanz auf die Fachtagung deutlich, die sich in der großen Anzahl der Anmeldungen widerspiegelt.

Bei der Tagung handelt es sich um die erste Fachtagung des 1997 gegründeten Fachverbandes „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.“, dessen Gründung und Arbeit eng verknüpft ist mit dem Auf- und Ausbau der Akutbehandlung von Drogenabhängigen in Nordrhein-Westfalen. Nach gut einem Jahrzehnt der Implementierung von Einrichtungen der Akutbehandlung und der Entwicklung qualifizierter Behandlungskonzepte ist es auch Zeit für eine Zwischenbilanz. Diese soll im Rahmen dieser Veranstaltung gezogen werden. Die Zwischenbilanz umfasst aber nicht nur die stationäre Akutbehandlung i.e.S., sondern auch die in Nordrhein-Westfalen durchgeführten „komplementären Modellvorhaben“ wie „Therapie sofort“, „Behandlung sofort“ und das „Soforthilfeprogramm NRW“.

Betrachtet man heute die Situation der Akutbehandlung von Drogenabhängigen in Nordrhein-Westfalen aus einer bundesweiten Perspektive, so kann festgehalten werden, dass hier in Nordrhein-Westfalen in den letzten gut zehn Jahren Erhebliches geleistet wurde. Die Akutbehandlung Drogenabhängiger in Nordrhein-Westfalen hat im bundesweiten Vergleich sicherlich auch eine Vorbildfunktion. Dies gilt u.a. hinsichtlich des erreichten Versorgungsgrads, des Konzepts einer regionalen Pflichtversorgung sowie der Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Hilfen für Drogenabhängige.

Zu einer Bilanz zählen aber auch die noch vorhandenen Schwächen, da diese wichtige Hinweise liefern auf Verbesserungspotentiale. Die Tagung soll deshalb auch dazu dienen solche Schwächen und Probleme herauszuarbeiten und zu benennen. Als *offensichtliche* und aktuelle Probleme zeigen sich bei einer ersten Betrachtung:

- ◆ Das „Soforthilfeprogramm NRW“ läuft vorzeitig aus und im Rahmen der Konsolidierung des Landeshaushalts werden die Stellen der Soforthilfekräfte voraussichtlich nicht in die Regelfinanzierung überführt. Die Auswirkungen dieser Einsparungen auf die Akutbehandlung Drogenabhängiger wäre einzuschätzen.
- ◆ Wie bundesweit auch drängen die Leistungsträger - die Krankenkassen und ihr medizinischer Dienst - verstärkt auf eine Verkürzung der Behandlungszeit der Akutbehandlung. Auch hier geht es um Kostenkontrolle und -begrenzung. Konsequenzen für die Qualität der Akutbehandlung deuten sich an, müssen aber weiter herausgearbeitet werden.

Neben diesen offensichtlichen Problemen dürfen vor allem im Zusammenhang von Kooperation und Vernetzung auch *strukturelle Probleme* erwartet werden.

Diese hängen u.a. damit zusammen, dass

- ◆ eine Kooperation notwendig ist, die über die Grenzen der Versorgungssektoren hinausreicht und die Drogenhilfe i.e.S. mit der medizinischen Versorgung vernetzt
- ◆ Abstimmungen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung notwendig sind

- ◆ bei Drogenabhängigen - auf der Basis der Empfehlungsvereinbarungen zwischen den Leistungsträgern - eine Akutbehandlung mit der medizinischen Rehabilitation verknüpft werden muss.

Diese grundsätzlichen Probleme finden ihre Entsprechung in der konkreten Alltagspraxis der Kooperation der verschiedenen Versorgungsbeteiligten. Diese zu benennen und Lösungsansätze herauszuarbeiten,

auch hierzu soll diese Fachtagung einen Beitrag leisten. Schließlich gilt es, den Blick nach vorne zu schärfen und Perspektiven zu entwickeln, wobei schon viel gewonnen ist, wenn die zukünftigen Aufgaben der Beteiligten konkret benannt werden können.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit. Ich wünsche uns allen eine erfolgreiche Tagung.

## **Dr. med. Thomas Kuhlmann (in Vertretung für Dr. Bernhard Bätz)**

### **Entwicklung und Konzept der qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger**

Der Fachverband „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.“ besteht seit 1997 und ist aus der gleichnamigen AG hervorgegangen, die sich 1990 konstituiert hat. Die Ursprünge des zugrundeliegenden Konzepts reichen jedoch weit zurück.

Im Zusammenhang mit vielfältigen gesellschaftlichen Veränderungen Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre und Veränderungen in Konsummuster und Einstellungen zum Konsum psychotroper Substanzen sind vielfältige Maßnahmen initiiert worden, um mit der komplexen Thematik zurechtzukommen, die wir unter dem Begriff „Drogenproblem“ bzw. „Drogenabhängigkeit“ in der öffentlichen Diskussion kennen. 1973 ist in Hamburg das erste Modellprojekt gestartet worden, welches u.a. eine methadongestützte stationäre Drogenentzugsbehandlung mit einem spezifisch auf die Behandlung Drogenabhängiger ausgerichteten Konzept umfasste. Dieses Modellprojekt wurde 1976 nach einigen Turbulenzen eingestellt, Ende der 70er Jahre jedoch wieder aufgegriffen, im ehemaligen Allgemeinkrankenhaus Hamburg-Ochsenzoll (heute Klinikum Nord) in die Suchtabteilung integriert und bis zum heutigen Tage fortgeführt und weiterentwickelt. Vergleichbare Behandlungsangebote wurden in den 70er Jahren in der Uhlandstraße in München und in der Klinik Sebaldsbrück in Bremen eingerichtet. Im Zusammenhang mit baulichen Veränderungen wird in Bremen dieses Angebot inzwischen von der Klinik Dr. Heines fortgeführt. In NRW, dem größten Bundesland, fehlte ein auf die Probleme Drogenabhängiger spezifisch zugeschnittenes Behandlungskonzept für die Drogenentzugs- und Motivationsbehandlung jedoch gänzlich:

Im Jahre 1983 wurde im Eisey-Krankenhaus Hagen-Hohenlimburg das erste entsprechende Behandlungsangebot initiiert, zu jenem Zeitpunkt noch unter bewusstem Verzicht auf den Einsatz entzugs-lindernder Medikamente. Dieses erste landesweit ausgerichtete Behandlungsangebot wurde 1988 durch die Station Cleanok in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie Lengerich ergänzt, also in einer Klinik, welche sozialpsychiatrisch ausgerichtet in die regionale Pflichtversorgung integriert ist. 1990 folgte als erste Klinik im Rheinland die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach, einer ursprünglich auf die medizinische Rehabilitation sowohl Alkohol- als auch Drogenabhängiger ausgerichteten Klinik mit zunächst überregionaler Ausrichtung, 1991, als erste Rheinische Landes-klinik, die Klinik in Viersen. Zu diesem Zeitpunkt, als die Einrichtung spezifischer Behandlungsangebote in beiden Teilen Nordrhein-Westfalens vollzogen war bzw. unmittelbar vor der Eröffnung stand, haben die Vertreter dieser und anderer Kliniken, welche ebenfalls entsprechende drogen-spezifische Behandlungsangebote anstrebten, sich zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen mit dem Ziel, die Behandlungssituation Drogenabhängiger in Nordrhein-Westfalen flächendeckend zu verbessern, für alle Gruppen Drogenabhängiger niederschweligen Zugang zu ermöglichen und damit ein Behandlungsangebot in die regionalen Hilfenetze zu integrieren, welches entzugs- und motivations-fördernde Behandlung integriert und mit allen weiteren Anschlussbehandlungen gut vernetzt ist: Von der medizinischen Rehabilitation, über die Substitutionsbehandlung, Clean-WG's, berufliche Rehabilitation etc. (1, 2). Aufgrund engen inhaltlichen Austausches mit dem Gesundheitsministerium in Düsseldorf, vor allem Herrn Hüsgen und

ebenso seinem Nachfolger Herrn Dr. Leser sowie den Vertretern von RV und KV, gelang es, dieses Behandlungsangebot fest in das Landesprogramm gegen Sucht in Nordrhein-Westfalen zu integrieren, welches 1999 verabschiedet worden ist (3, 4). In diesem Landesprogramm ist erstmalig das Behandlungskonzept der qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger als eigenständiges Behandlungsangebot fest integriert und außerdem Bezugspunkt für ein vergleichbares, in die Basisversorgung integriertes Behandlungsangebot für alkoholabhängige Menschen, welches inzwischen von einer Arbeitsgruppe auf Landesebene unter Integration der Kostenträger erarbeitet und anerkannt worden ist. Auch an diesem Konzept haben Mitarbeiter unseres Fachverbandes maßgeblich mitgearbeitet.

Während zunächst ein drogenspezifisches Behandlungsangebot für NRW und in einem zweiten Schritt je ein Behandlungsangebot pro Regierungsbezirk eingerichtet worden ist, haben wir heute in nahezu jedem der 16 Krankenhaus-Versorgungsbezirke mindestens ein entsprechendes stationäres Angebot, in manchen - vor allem den Ballungszentren - auch mehrere.

Die Integration dieses Behandlungskonzepts in die regionalen Netzwerke der Drogenhilfe und damit auch in die Basis- und Pflichtversorgung für Drogenabhängige ist elementarer Bestandteil des Selbstverständnisses dieses Ansatzes, welche allen Zielgruppen Drogenabhängiger offen steht und mit allen Anschlusslösungen eng vernetzt ist (5, 6, 7).

Um mehr Drogenabhängige zu motivieren, sich auf ausstiegsorientierte Behandlungsangebote einzulassen, sind Anfang der 90er Jahre in Westfalen das Modellprojekt „Therapie sofort“ und Mitte der 90er Jahre im Rheinland das Modellprojekt „Behandlung sofort“ initiiert worden, zu deren Erfolg diese neuen Behandlungsangebote nicht unwesentlich haben beitragen können. Während das Projekt „Therapie sofort“ ausschließlich auf den besseren und schnelleren Zugang zur medizinischen Rehabilitation ausgerichtet war, stand beim Folgeprojekt „Behandlung sofort“ die qualifizierte stationäre Akutbehandlung stärker im Vorder-

grund mit dem Ziel, durch niederschweligen Zugang gerade für jene Gruppen, welche bisher schlecht erreicht werden konnten, und nahtlose Vernetzung mit Anschlussbehandlungen eine bessere und individuell angemessenere Integration in das Hilfesystem und damit die Gesellschaft zu erreichen: Vom schnellen Zugang zur medizinischen Rehabilitation, über Substitution, betreute Wohngemeinschaften, Arbeitsprojekte etc. (7). Die positiven Ergebnisse dieser Modellprojekte haben ihren Ausdruck im Anschlussprojekt „Soforthilfe für Drogenabhängige“ gefunden, welches zum Jahresende ausläuft, aus unserer Sicht jedoch dringend fortgesetzt und als Regelangebot etabliert werden muss, um die Behandlungs- und Motivationsmöglichkeiten zu nutzen, welche unserem Behandlungskonzept zugrunde liegen.

Die qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger ist ein eigenständiger Behandlungstyp, der sich an alle Zielgruppen Drogenabhängiger wendet:

- An die Gruppe derer, die unter dem Begriff „Einstieg in den Ausstieg“ gut zu beschreiben ist und häufig nur über niederschwellige Hilfsangebote Zugang findet,
- an die Gruppe der ausstiegsorientierten, aber ambivalenten Drogenabhängigen,
- an die hochmotivierten ausstiegsorientierten Drogenabhängigen,
- an psychiatrisch comorbide Patienten,
- an in Substitution befindliche Drogenabhängige, welche phasenweise stationärer Krisenintervention in Zusammenhang mit problematischen Beikonsummern, psychischer Krisen etc. bedürfen.

Daraus ergeben sich unterschiedliche kurz- und mittelfristige Ziele für den einzelnen: Von der Vorbereitung auf medizinische Rehabilitation über berufliche Rehabilitation, Substitutionsbehandlung, Clean-WG etc. Dieses Behandlungskonzept ist nicht in

NRW erfunden, jedoch in keinem Bundesland soweit verbreitet und so weitgehend etabliert worden wie bei uns.

Es dient ausschließlich der Verbesserung der Behandlung und damit auch der Integration drogenabhängiger Menschen und ist kein Selbstzweck. Das Behandlungskonzept basiert auf einer guten und vor allem lebendigen Integration in das Netzwerk der regionalen und auch überregionalen Sucht- und Drogenhilfe; einer funktionierenden Zusammenarbeit mit allen Einrichtungen des Gesundheitswesens, aber auch der Justiz und der Kommune vor Ort, vor allem aber einem lebendigen, regen und offenen, von gegenseitigem Vertrauen getragenen Austausch mit den Mitarbeitern in anderen Einrichtungen des Drogenhilfesystems, Kosten- und Leistungsträgern und den politisch Verantwortlichen. Unsere bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass mit der Durchsetzung und Integration dieses Be-

handlungskonzepts die Hilfs- und damit Integrationsmöglichkeiten drogenabhängiger Menschen erheblich verbessert werden konnten. Veränderungen in der Gesellschaft und damit auch der Drogenszene stellen uns jedoch vor vielfältige neue Herausforderungen und Aufgaben, die wir - wie alle wichtigen sozialen und gesundheitlichen Fragen - nur im offenen Meinungsaustausch erkennen und bewältigen können (8). Diesem Anliegen dient unsere Fachtagung, von der wir erhoffen, dass sie die erste, nicht aber letzte Tagung dieser Art ist. Unseren Publikationen können Sie weitere Informationen zum Behandlungskonzept, unserem Flyer Informationen über die Klinik entnehmen, wer Ihr Ansprechpartner in der Region ist. In diesem Sinne bedanke ich mich für Ihr Interesse und wünsche uns gemeinsam eine konstruktive und offene Diskussion.



## Literaturliste

- (1) **Kuhlmann, Th., Hasse, H.E., Sawalies, D.:** Die qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW; PSYCHIA-TRISCHE PRAXIS 1, S. 13-18 (1994), Stuttgart-New York: Georg Thieme Verlag
- (2) **Kuhlmann, Th.; Hasse, H.E.; Sawalies, D.:** Harm-Reduction und nieder-schwellige Drogenhilfe in NRW - über die Anforderung an eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger; SUCHT 1 (1994), S. 50-56, Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH
- (3) **Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW:** Landesprogramm gegen Sucht; 2/1999 Düsseldorf
- (4) **Heudtlass, J.-H., Sawalies, D., Kuhlmann, Th.:** NRW-Krankenhausbedarfsplanung für qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger; SUCHT 3 (1996), S. 196-199, Geesthacht: Neuland-Verlags-gesellschaft mbH
- (5) **Kuhlmann, Th., Hasse, H.E., Sawalies, D.:** Harm Reduction needs qualified clinical acute Treatment 5<sup>th</sup> International Conference on the Reduction of Drug related harm (abstract) Toronto Ontario Canada, p 46, 1994
- (6) **Kuhlmann, Th.:** Harm reduction - zum Paradigmenwechsel in der Drogenarbeit; PSYCHIATRISCHE PRAXIS Heft 4 (1996), S. 157-160, Stuttgart, New York: Thieme-Verlag
- (7) **Klein, M.:** 1. Zwischenbericht zum Modellprojekt "Behandlung sofort Köln"; 7/1997, Kath. Fachhochschule NRW, Abt. Köln
- (8) **Kuhlmann, Th.:** Die zukünftigen Aufgaben für die Behandlung Drogenabhängiger in Psychiatrischen Kliniken, in: Mit und ohne Bett - Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund; AKTION PSYCHISCH KRANKE 2002
- Reker, M, Reymann, G., Bormann, D., Bartkowiak, U., Bätz, B.:** Die Dauer der qualifizierten stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger zu Lasten der Krankenversicherung; SUCHT 45 (6) 1999

## Prof. Dr. Michael Klein

### Evaluation des Modellprojektes „Behandlung sofort“

Das sage ich Ihnen aber gleich: Ein Fall wie Ihrer heilt nicht von heute bis auf übermorgen, Reklameerfolge und Wunderkuren sind dabei nicht aufzuweisen.

Thomas Mann: Der Zauberberg

#### Einleitung

Der qualifizierte Entzug gilt unter den Angeboten der Suchthilfe als Spätentwickler. Klassischerweise war der Entzug, früher oft verkürzend als Entgiftung bezeichnet, das Nadelöhr in der Behandlungskette auf dem Weg zur Entwöhnung. Durch die oft recht unqualifizierte, meist nur an internistischen oder klassisch psychiatrischen Standards orientierten Behandlungsformen, galt der Entzug auch als Geldvernichtungsmaschine für die Kostenträger. Die Behandlungslandschaft hat sich in den letzten Jahren grundlegend gewandelt. Der qualifizierte Entzug, der besser als qualifizierte Akutbehandlung Suchtkranker bezeichnet wird, hat sich zu einem eigenständigen Behandlungsfeld mit hohen professionellen Standards entwickelt.

Die in Deutschland fest etablierte Trennung in Entzug und Entwöhnung ist aus fachlicher Sicht höchst bedenklich. Sie ist eine artifizielle Konstruktion, die historisch bedingt ist und den Spezialitäten des deutschen Sozial- und Gesundheitssystems entspringt. Sie erzeugt jedoch eine Fülle von Schnittstellenproblemen, im Einzelnen z.B. Abbrüche der Patienten, Motivationsprobleme der Patienten, Informationsverlust zwischen Behandlern.

Suchtkranke Menschen kommen jedoch im Allgemeinen immer noch zu spät in eine Behandlung und noch später in eine suchtspezifische Therapie. Dies wirft nicht nur

enorme sozialökonomische, sondern auch individuelle Schäden auf (vgl. Mc Crady & Langenbucher, 1996). Für eine umfassende Suchtbehandlung, die Betroffenen in allen ihren möglichen Lebenslagen am ehesten gerecht wird, empfiehlt sich die Orientierung an der Bedürfnishierarchie nach Maslow, in jüngster Zeit reformuliert von Schwoon und Körkel & Kruse (1997). Danach steht zunächst die Sicherung des Überlebens im Vordergrund, bevor Bedürfnisse nach einer Veränderung des Lebensstils oder gar nach einem Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit relevant werden.

Die Verlaufsmuster nach Entzugsbehandlungen sind genauso hochgradig heterogen und variabel wie die Suchtstörungen selbst. Es ist zu Recht von einer hohen Verhaltensheterogenität die Rede. „Der individuelle Ausgang des bis zu Jahrzehnten dauernden oszillativen Wechselspiels zwischen Drogeneinnahme und Abstinenz bleibt ein offener Prozess. Sowohl Abhängigkeitsentwicklungen wie Gesundungswege hin zu Suchtmittelentnahmeabstinenz und sozialer Stabilisierung gelten stets als Langzeitprozess mit offenem Ausgang... Kurz- und längerfristige Veränderungen im Suchtmittelgebrauch gehören zum natürlichen Verlauf von Abhängigkeitsentwicklungen“ (Kapp, 2002, 127).

Nach den Ergebnissen der neueren Suchtforschung (vgl. Kindermann et al.,

1989, Kindermann et al. 1992; Sickinger, 1994) schaffen viele Drogenabhängige einen dauerhaften Ausstieg aus der Sucht nur nach mehreren, oft kurzen und meist wieder unterbrochenen Versuchen. Diese Ausstiegsversuche geschehen häufig an der Peripherie des klassischen Drogenhilfesystems und haben wesentlich zum Aufbau des niedrighschwelligen Drogenhilfesystems einschließlich qualifizierter Entgiftungseinrichtungen mit vereinfachtem Zugang und leichter Erreichbarkeit beigetragen. Nur sehr wenige Drogenabhängige durchlaufen das Drogenhilfesystem in einer vorhersehbaren "Ordnung" und Reihenfolge (vgl. Kindermann et al., 1989), ein krankheitstypisches Verhalten, das sicherlich isomorph zu zentralen Aspekten der Persönlichkeit und des Verhaltens Drogenabhängiger ist (vgl. Klein, 1997).

Motivationspsychologisch sollte mit dem Angebot „Behandlung sofort“, das ab dem Jahre 1996 in Köln erprobt wurde, der plausiblen Forderung Rechnung getragen werden, ohne Wartezeit und Vorbedingungen Zugang zu einem suchtspezifischen Behandlungsangebot zu erlangen. Deshalb wurde der Eintritt in eine Entgiftungseinrichtung im Rahmen von „Behandlung sofort Köln“ (BsK) als **zieloffen** bezeichnet, während zum Abschluss der dortigen Behandlung eine weiterführende Indikation gestellt sein sollte, die natürlich neben ambulanten oder stationären therapeutischen Maßnahmen auch die Beendigung aller Behandlungsmaßnahmen zum gegebenen Zeitpunkt und die Rückkehr in die vorhandenen Lebensbezüge vorsehen kann. Dadurch **sollte eine automatische Weiterverweisung an bestimmte Hilfsangebote, die weder therapeutisch noch ökonomisch wünschenswert sein kann, vermieden** werden. Gleichzeitig sollte jedoch auch ein schneller und reibungsloser Weg - falls therapeutisch indiziert und vom Patienten gewünscht - von der Entgiftung zu der jeweils passenden Institution ermöglicht werden.

## Die Elemente des Modellprojekts

Das Modellprojekt BsK besteht aus den verschiedensten Elementen zur Hilfe für Drogenabhängige. Die einzelnen Elemente des Modellprojekts lassen sich am besten mit **Bausteinen** vergleichen, von denen jeder eine in sich abgeschlossene Maßnahme darstellt, aber auch gleichzeitig dazu dienen kann, zu einem nächsten Schritt weiterzuleiten. Den Grund- und Kernbaustein stellt die stationäre qualifizierte Drogenentgiftung dar. Als weiterführende Bausteine dienen die stationäre Orientierung, die stationäre Entwöhnungsbehandlung, die ambulante Beratung und die Adaption.

Beide Einrichtungen der qualifizierten Entgiftung, die an dem Modellprojekt beteiligt waren, nahmen im Rahmen ihres Pflichtversorgungsauftrags auch Patienten aus der Region auf. Darunter befanden sich auch die im folgenden als **Nicht-Modellpatienten** charakterisierten Personen, die **zielgerichtet** zu einer Entgiftung aufgenommen wurden (d.h. von vornherein zielgerichtet im Hinblick auf einen anberaumten Aufnahmetermin für eine bereits bewilligte Entwöhnungsbehandlung oder zur Entgiftung vom Beigebrauch im Rahmen einer Substitutionsbehandlung).

Im Beobachtungszeitraum (zwei Kalenderjahre) waren insgesamt **1.161 Patienten** erstmals in das Behandlungssystem eingetreten, 774 nach den Regeln des Modellprojekts BsK, 387 nach den Regeln des klassischen (zielgerichteten) Drogenhilfesystems. Bezogen auf die geschätzten 10.000 bis 11.600 Drogenabhängigen in Köln würde dies einer "Erreichungsquote" (Reichweite) der beiden Formen der Drogenhilfe (niedrighschwelliges Modell "BsK" und traditionelle Drogenhilfe) in zwei Jahren von etwa 10% entsprechen. Bezogen alleine auf die BsK-Patienten beläuft sich die Zahl auf ca. 7 %.

## Ergebnisse der Evaluation

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse der Evaluation aus dem Modellprojekt gliedern sich in drei Teile:

1. *Die Reichweite des Projekts.* Damit ist gemeint, wie viele Personen durch den neuen Ansatz erreicht werden konnten und ob insbesondere neue behandlungsbedürftige Personengruppen erfolgreich angesprochen wurden.

2. *Das Nutzungs- und Inanspruchnahmeverhalten des Projekts.* In diesem Evaluationsbereich wurde untersucht, inwieweit die erreichten Personen sich wiederholt behandeln ließen und ob sie die verschiedenen Elemente des Versorgungssystems (insbesondere Entzug und Entwöhnung) in Anspruch genommen haben, um einen Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit zu erreichen.

3. *Die Effektivität und Nachhaltigkeit des Projekts.* Diese Fragen beziehen sich auf die Erfolge, die mit dem Projekt hinsichtlich einer Veränderung des Lebensstils der Probanden und einem Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit verbunden sind. Erst der Nachweis dauerhafter, stabiler Veränderungen im Problemverhalten der Probanden lässt die Projektmaßnahmen als Erfolg erscheinen.

**Evaluationsbereich 1: Reichweite**

Im ersten Teil der Evaluation des Modellprojekts BsK ging es darum festzustellen, ob durch das zieloffene Behandlungsprogramm neue Personengruppen für drogen-spezifische Maßnahmen erreicht würden.

Dies wurde zunächst anhand soziodemographischer Merkmale untersucht. Merkmal

1 (**Geschlecht**) erbringt einen deutlichen Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen (**Tabelle 1**). Während auf der einen Seite 79,9% der Modellpatienten männlichen Geschlechts waren, beträgt der entsprechende Prozentsatz für die Kontrollgruppe nur 68,5%.

<i>Tabelle 1: Merkmal Geschlecht</i>		
	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Männlich	617 (79,7)	265 (68,5)
Weiblich	157 (20,3)	122 (31,5)
Gesamt	774 (100)	387 (100)

Anders herum betrachtet bedeutet dies, dass durch das Modellprojekt etwa 11,2 % weniger Frauen erreicht wurden als durch die konventionelle Vermittlungspraxis. Dieser Merkmalsunterschied stellt einen der stärksten von allen beobachteten Unterschieden dar.

Bei dem zweiten betrachteten Merkmal (**Staatsangehörigkeit**) ergibt sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen: Während

76,0% der Modellpatienten deutscher Herkunft sind, beläuft sich die entsprechende Quote bei den Nicht-Modellpatienten auf 90,2 % (siehe **Tabelle 2**). Umgekehrt bedeutet dies, dass mit 24 % ausländischen Patienten bei der BsK-Gruppe im Unterschied zu 9,8 % bei den zielgerichtet vermittelten Nicht-Modellpatienten fast zweieinhalb Mal so viele ausländische Drogenabhängige erreicht wurden.

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Deutsch	588 (76,0)	349 (90,2)
Nicht Deutsch	186 (24,0)	38 (9,8)
Gesamt	774 (100)	387 (100)

Da dieser Unterschied von allen soziodemographischen Variablen der größte gemessene ist, kann davon ausgegangen werden, dass das BSK-Modell besonders erfolgreich in der Ansprache, Einbeziehung und Erreichbarkeit dieser ansonsten als schwer erreichbar geltenden Gruppe war.

Innerhalb der Gruppe der ausländischen Patienten stellen die türkischen Drogenabhängigen mit knapp der Hälfte die mit Abstand größte Gruppe, gefolgt von italienischen Patienten, die etwas weniger als ein Drittel aller ausländischen Patienten umfasst.

In der Konzeption von BSK war außerdem betont worden, dass von der traditionellen Drogenhilfe bisher wenig erreichte besonders junge oder alte

Drogenabhängige von dem neuen ergänzenden Angebot angesprochen werden sollten. Merkmal 3 (**Alter**) gibt dazu Auskunft (siehe **Tabelle 3**). Es zeigt sich, dass die Modellpatienten mit 29,87 Jahren ( $s = 6,48$  Jahre) im Durchschnitt signifikant jünger sind als die Nicht-Modellpatienten (Durchschnittsalter = 31,88 Jahre;  $s = 5,38$  Jahre). Die Betrachtung einzelner Altersklassen zeigt, dass die Altersunterschiede zugunsten der Modellpatienten am stärksten zwischen 19 und 24 Jahren liegen. In der Altersklasse zwischen 19 und 21 Jahren sind 9,4 % aller Modellpatienten im Vergleich zu 1,6 % aller Nicht-Modellpatienten. In der Altersklasse zwischen 22 und 24 Jahren befinden sich 13,4 % aller Modellpatienten im Vergleich zu 6,7 % aller Nicht-Modellpatienten.

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Jünger als 19 Jahre	3 (0,4)	2 (0,5)
19 - 21 Jahre	73 (9,4)	6 (1,6)
22 - 24 Jahre	104 (13,4)	26 (6,7)
25 - 27 Jahre	146 (18,9)	62 (16,0)
28 - 30 Jahre	141 (18,2)	86 (22,2)
31 - 33 Jahre	124 (16,0)	82 (21,2)
34 - 36 Jahre	80 (10,3)	52 (13,4)
37 - 39 Jahre	50 (6,5)	43 (11,1)
40 Jahre und älter	53 (6,8)	28 (7,2)

Zusammengenommen umfasst die Altersklasse von 19 bis 24 Jahren fast jeden vierten Modellpatienten (22,8 %) im Unterschied etwa zu jedem zwölften Nicht-Modellpatienten (8,3 %). In der darüber liegenden Altersklasse (25 bis 27 Jahre) sind ebenfalls - wenn auch abgeschwächt - mehr Modellpatienten (18,9 %) als Nicht-Modellpatienten (16,0 %) zu finden. Erst ab einem Lebensalter von 28 Jahren sind in

jeder Altersklasse die Nicht-Modellpatienten häufiger zu finden als Modellpatienten.

Daher kann das neue Behandlungsmodell in Köln als selektiv für jüngere drogenabhängige Personen bezeichnet werden.

Die Analyse der soziodemographischen Variablen zeigt, dass mit dem niedrigschwelligen Behandlungsangebot durchaus

neue Personengruppen erreicht wurden. Außerdem zeigte sich, dass die Gruppe der Modellpatienten deutlich weniger mit dem Gesetz in Konflikt geraten war (weniger Vorverurteilungen, weniger aktuell laufende Strafverfahren), was als Indikator für eine weniger lange Drogenkarriere interpretiert wurde. Außerdem wurde klar, dass die BsK-Patienten im Vergleich zu den anderen Drogenabhängigen im Durchschnitt später mit dem Konsum illegaler Drogen begonnen hatten (42,6 % vor dem 15. Lebensjahr im Vergleich zu 62,0 % der Nicht-Modellpatienten). Beide Gruppen wiesen jedoch mit 57 % eine gleich große Quote komorbider psychischer Störungen auf.

Die Tatsache, dass tatsächlich neue Personengruppen erreicht worden waren, wird zusätzlich durch das Ergebnis unterstri-

chen, dass 73,9 % noch keine Entzugsbehandlung, 83,5 % noch keine Entwöhnungsbehandlung angetreten hatten.

Allerdings hatten drei Viertel der Personen beider Gruppen im jeweils letzten Jahr Kontakt zu einem niedergelassenen Arzt.

**Merkmal 4 (Abschluss der Entgiftung)** zeigt, dass deutlich weniger Modellpatienten (38,2 %) eine planmäßige Beendigung dieser ersten Entgiftung erreichen als die Nicht-Modellpatienten (63,6 %). Aus **Tabelle 4** sind die entsprechenden Ergebnisse zu entnehmen. 410 (= 53,0 %) der 774 Modellpatienten brechen die Entgiftungsbehandlung vorzeitig ab, 68 (= 8,8 %) werden disziplinarisch entlassen.

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Planmäßig	296 (38,2)	246 (63,6)
Abbruch	410 (53,0)	120 (31,0)
Disziplinarisch	68 ( 8,8)	21 ( 5,4)
Gesamt	774 (100)	38 ( 100)

Wenn man jedoch diejenigen Nichtmodellpatienten herausrechnet, die zielgerichtet zum Entzug vom Beikonsum für eine Substitutionsbehandlung (= 33,9 %) aufgenommen wurden (eine Variante, die für die Modellpatienten konzeptionell gar nicht vorgesehen war), ergeben sich für beide Personengruppen annähernd gleiche Proportionen bezüglich der planmäßigen Beendigung der Entgiftung.

Bezüglich der direkten und nahtlosen Vermittlung in ein Folgeangebot zeigt sich für die Modellpatienten, dass 15,9 % (im Unterschied zu 64,3 % der Nicht-Modellpatienten) direkt in ein Folgeangebot vermittelt werden konnten. Wird das Folgeangebot "Substitution" bei den Nicht-Modellpatienten nicht berücksichtigt, da es ja für die Modellpatienten kein Regelfolgeangebot darstellte, erniedrigt sich die Quote der in ein Folgeangebot vermittelten Nicht-Modellpatienten auf 46,1% (118 von 256 Personen). Diese Zahl

(im Vergleich zu den unveränderten 15,9 % der Modellpatienten) macht deutlich, wie groß die Schwankungen und Unberechenbarkeiten selbst bei den zielgerichtet (meist auf eine Entwöhnung hin) vorbereiteten Patienten ist.

Bei 84,1 % der Modellpatienten erfolgte nach der ersten Entzugsbehandlung (im Unterschied zu 35,7 % der Nicht-Modellpatienten) keine direkte Vermittlung in ein Folgeangebot.

**Evaluationsbereich 2: Nutzungs- und Inanspruchnahmeverhalten**

Das zuletzt berichtete Resultat führt direkt zum nächsten Themengebiet der Evaluation, dem Nutzungs- und Inanspruchnahmeverhalten drogenspezifischer Behandlungsangebote in einem definierten Zeitfenster. Dieses betrug in unserer Untersuchung (leider nur) 2 Jahre.

Wie die folgende **Tabelle 5** zeigt, ist das Nutzungsverhalten in Bezug auf weitere Entzugsbehandlungen zwischen beiden Gruppen nicht unterschiedlich und nimmt kontinuierlich über zwei Jahre hinweg ab. Tendenziell sind es die Modellpatienten, die sich über alle 10 Kalenderquartale hinweg zu etwa 1,5 % häufiger in Entzugsbehandlungen befinden. Während der beiden ers-

ten Jahre nach der ersten Entzugsbehandlung im Beobachtungszeitraum sind es 98,4% - Wiederholungsfälle eingeschlossen - der Probanden, die weitere Entzugsbehandlungen in Anspruch genommen haben. Bei den Nicht-Modellpatienten beträgt die entsprechende Quote 81,2 %.

<b>Tabelle 5: Nutzungsverhalten weiterer Entzugsbehandlungen nach der ersten Entzugsbehandlung über 2,5 Jahre (alle Angaben in Prozent)</b>										
<b>Kalenderquartal</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Modellpatienten N=785</b>	20,9	18,7	9,0	11,1	8,5	5,9	6,2	6,5	6,0	5,6
<b>Nicht-Modellpatienten N=378</b>	16,4	17,8	9,5	8,2	7,7	4,0	4,8	4,0	4,8	4,0

Bezogen auf die Inanspruchnahme von Entwöhnungsbehandlungen ergibt sich folgendes Bild (siehe Tabelle 6).

<b>Tabelle 6: Nutzungsverhalten von Entwöhnungsbehandlungen nach der ersten Entzugsbehandlung über 2,5 Jahre (alle Angaben in Prozent)</b>										
<b>Kalenderquartal</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Modellpatienten N=785</b>	3,6	3,3	2,4	2,2	1,4	1,6	0,8	0,9	0,5	0,5
<b>Nicht-Modellpatienten N=378</b>	3,7	2,7	3,2	1,9	1,6	1,6	0,5	0,6	0,5	0,5

Zunächst ist festzustellen, dass die Inanspruchnahme von Entwöhnungsbehandlungen bei der Klientel äußerst gering ist, sich aber zwischen beiden Gruppen nicht unterscheidet. So sind es 18,7 % der Modellpatienten, die im Beobachtungszeitraum eine Entwöhnung in Anspruch genommen haben (im Unterschied zu 15,8 % der Nicht-Modellpatienten). Der Großteil der Entwöh-

nungsbehandlungen wird im ersten Jahr nach der ersten Entzugsbehandlung angetreten. Zur Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass fast zeitgleich mit dem Modell „Behandlung sofort“ die flächendeckende Substitutionsbehandlung eingeführt wurde. Es ist also durchaus denkbar, dass die Ergebnisse bezüglich der Inanspruchnahme von Entwöhnungsbehandlungen -

zumindest teilweise - durch einen epochalen Effekt aufgrund der Ausweitung der Substitutionsangebote erklärbar sind.

Die anderen Behandlungsangebote (Orientierung, ambulante Therapie, Adaption) werden wegen zu geringer Fallzahlen (jeweils unter 1%) hier nicht weiter betrachtet.

### Evaluationsbereich 3: Effektivität und Nachhaltigkeit

Zur Beurteilung der Effektivität des Behandlungsangebotes wurden schriftliche Katamnesen im Abstand von jeweils 18 Monaten nach dem Ersteintritt in eine Entzugsbehandlung durchgeführt. Hinzu kamen schriftliche und mündliche Befragungen des Behandlungsumfelds (ehemalige Ärzte, Betreuer, Therapeuten). Aus pragmatischen

Gründen werden hier die „harten“ Daten bezüglich der absoluten bzw. relativen Drogenfreiheit in einem bestimmten Zeitfenster (letzte 30 Tage im 18-Monats-Zeitraum) berichtet. Unter absoluter Drogenfreiheit wird die Abstinenz von allen illegalen Drogen sowie Alkohol verstanden, während relative Drogenfreiheit die Abstinenz von allen „harten“ Drogen (Heroin, Kokain, Amphetamine), nicht aber von Cannabis und Alkohol bedeutet.

Dies soll jedoch nicht bedeuten, dass dies die einzigen denkbaren Erfolgskriterien sind. Wie aus **Tabelle 7** zu entnehmen ist, liegen inzwischen eine ganze Reihe möglicher Erfolgskriterien im Bereich der niedrigschwelligen qualifizierten Entzugsbehandlungen vor.

**Tabelle 7: Kriterien für Ergebnisqualität im niedrigschwelligen qualifizierten Entzug.** (erweitert, nach Kapp, 2002)

- Unterbrechung der abhängigen Lebensweise,
- Hilfe beim Ausstieg aus problematischem Drogengebrauch,
- Erleben der Abhängigkeitsschwere durch die Entzugssymptomatik,
- körperliche, psychische und soziale (Teil-) Stabilisierung,
- Motivierung für Verhaltensänderungen,
- eigene Motivorientierung wahrnehmen und differenzieren,
- eigene Motivorientierung steuern,
- erste Schritte zur Regelung und Restrukturierung der gesamten Lebenssituation,
- Restabilisierung nach Rückfall,
- direkte Weitervermittlung zur stationären Entwöhnung nach Entzug,
- regelmäßiger Kontakt zu ambulanten Versorgungseinrichtungen,
- regelmäßige suchtspezifische Weiterbehandlung,
- Neumotivierung nach Desillusionierung,
- realisierbare Teilzielbildung für einen behandlungsgestützten Ausstieg,
- Auswahl passender Behandlungsangebote,
- frühes Kennenlernen drogenfreien Lebens,
- drogenfreie Zeitabschnitte schätzen lernen, Kumulierung drogenfreier Zeitintervalle,
- Erkennen der eigenen sozialen, beruflichen, strafrechtlichen Situation,
- Drogenbehandlungen kennenlernen und entmystifizieren,
- Wissenserwerb, dass erneute Aufnahme zum Entzug möglich ist,
- Vertrauen in die Behandlungswelt und das Suchtfachbehandlungsteam gewinnen.

In Anbetracht der Vielzahl relevanter Erfolgskriterien wird deutlich, dass diese in der vorliegenden Untersuchung (die mit begrenzten Mitteln) arbeitete, nicht alle erhoben werden konnten. Vor allem problematisch an der durchgeführten Katamnese ist,

dass keine aufsuchenden Befragungen mit der Klientel möglich waren. Dies hätte zu einer größeren Aufhellung des Dunkelfeldes geführt. Die schriftliche Katamnese mit der Umfeldbefragung erbrachte daher eine Nicht-Aufhellungsquote von 70 - 80%.



Aufgrund der komplexen und variationsstarken nachstationären Verläufe wurde ein Kriterium „gebessert“ in die Katamnese eingeführt. Die nach 18 Monaten befragten Patienten mussten zum Zeitpunkt der Be-

fragung entweder völlig abstinent sein oder durften im letzten Monat vor der Befragung nicht mehr als 10 Tage mit Drogenkonsum aufweisen.

**Tabelle 8: Ergebnisse der 18-Monats-Katamnese:  
Drogenbezogenes Verhalten  
im letzten Monat vor der Befragung**  
(absolute Häufigkeiten, in Klammern Prozentangaben)

<b>Kriterium</b>	<b>Modellpatienten</b>	<b>Nicht-Modellpatienten</b>
<i>abstinent</i>	22 (4,2)	18 (7,9)
<i>gebessert</i>	34 (6,5)	32 (14,1)
<i>nicht gebessert</i>	38 (7,2)	18 (7,9)
<i>keine Information</i>	430 (82,1)	159 (70,0)

Wie aus **Tabelle 8** ersichtlich wird, weisen die Modellpatienten geringere Besserungsquoten auf als die Nicht-Modellpatienten, was nicht überraschend ist angesichts der Unterschiede in der Vorbereitung auf die erste Entzugsbehandlung.

Allerdings weist **Tabelle 8** auch noch auf ein anderes - bereits dargelegtes - Problem der Katamnese hin: Trotz intensiver Bemühungen der beteiligten Institutionen konnte das nachstationäre Verhalten der ehemaligen Patienten in der absoluten Mehrzahl der Fälle nicht aufgeheilt werden. Für 81,7% der Modellpatienten und 72,6 % der Nicht-Modellpatienten konnte von keinem

der beteiligten regionalen Drogenhilfeeinrichtungen Aussagen abgegeben werden.

Bei den folgenden Auswertungen wurden wieder die wichtigsten diskriminierenden Variablen zwischen den beiden Patientengruppen untersucht. So kann aus **Tabelle 9** entnommen werden, dass ausländische Drogenpatienten deutlich weniger von der oder den Behandlungen profitierten als deutsche. Bei den Modellpatienten ist die Besserungsquote für die Deutschen etwa doppelt so hoch (12,1 % im Vergleich zu 6,4 %), bei den Nicht-Modellpatienten etwa dreimal so hoch (32,1 % im Vergleich zu 10,6 %).

**Tabelle 9: Ergebnisse der 18-Monats-Katamnese:  
Verbesserung der Drogenproblematik  
bei deutschen und ausländischen Patienten im letzten Monat im  
Modellprogramm (Behandlung sofort) und bei  
Nicht-Modellpatienten (Klassische Vermittlung)**  
(absolute Häufigkeiten, in Klammern Prozentangaben)

<b>gebessert<sup>1</sup></b>	<b>Modellpatienten</b>	<b>Nicht- Modellpatienten</b>
<i>Deutsche</i>	48 (12,1)	48 (32,1)
<i>Ausländer</i>	28 (6,4)	2 (10,6)
<i>keine Information</i>	428 (81,7)	164 (72,6)

<sup>1</sup>=keine Drogeneinnahme in den letzten 30 Tagen oder in weniger als 10 Tagen Heroin, Kokain, Alkohol, Medikamente und / oder Cannabis.

Die folgende **Tabelle 10** zeigt die Unterschiede zwischen den Frauen und Männern in den beiden Untersuchungsgruppen. Während bei den Nicht-Modellpatienten die Therapieeffekte zwischen Frauen und Männern keine Unterschiede aufweisen, ergeben sich bei den Modellpatienten deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Hier sind es 16,2 % der Frau-

en und nur 9,2 % der Männer, die das Erfolgskriterium erreichen. Beide Werte liegen deutlich unter denen der Nicht-Modellpatienten. Bei den Frauen, die vom Modellprojekt weniger erreicht wurden, ergibt sich katamnestisch die bessere Quote.

**Tabelle 10: Ergebnisse der 18-Monats-Katamnese:  
Verbesserung der Drogenproblematik  
bei Männern und Frauen im letzten Monat im  
Modellprogramm (Behandlung sofort) und bei  
Nicht-Modellpatienten (klassische Vermittlung)**  
(absolute Häufigkeiten, in Klammern Prozentangaben)

<b>gebessert<sup>1</sup></b>	<b>Modellpatienten</b>	<b>Nicht-Modellpatienten</b>
<i>Frauen</i>	28 (16,2)	15 (22,4)
<i>Männer</i>	38 (9,2)	35 (21,9)
<i>keine Information</i>	428 (81,7)	164 (72,6)

<sup>1</sup>=keine Drogeneinnahme in den letzten 30 Tagen oder in weniger als 10 Tagen Heroin, Kokain, Alkohol, Medikamente und / oder Cannabis.

Gebesserte Patienten weisen im Unterschied zu nicht gebesserten im Beobachtungszeitraum (2 Jahre) signifikant mehr Entzugstage auf. Bei den Gebesserten sind es 3,0 Wochen ( $s = 1,7$ ) im Unterschied zu 3,4 Wochen ( $s = 1,6$ ) bei den Nicht-Gebesserten. ( $t = 2,64$ ;  $p < 0,09$ ). Dies ist ein Hinweis auf die Bedeutung und Wirksamkeit klinischer Behandlungen zur Erreichung günstiger Verläufe.

Bezüglich der Mortalität ergab sich, dass von allen Probanden im Beobachtungszeitraum insgesamt 32 (2,45 %) Personen verstorben sind. Dies sind deutlich weniger als in früheren Untersuchungen, als es noch keine vergleichbaren niedrigschwelligen Entzugsbehandlungen gab.

### **Empfehlungen für die Zukunft**

Die dargelegten Ergebnisse zeigen die Bedeutsamkeit niedrigschwelliger, zieloffener Maßnahmen im Bereich der stationären Drogenentzugsbehandlungen. Am

Beispiel des Modellprojektes „Behandlung sofort Köln“ konnte gezeigt werden, dass neue Personengruppen für die Entzugsbehandlungen erreicht werden konnten. Diese zeigten insgesamt ein Inanspruchnahmeverhalten weitergehender Behandlungen, das sich im Falle von Entzugsbehandlungen über dem klassisch vermittelter Patienten bewegt, während es sich im Falle von Entwöhnungsbehandlungen unterhalb deren Quoten bewegt. Die katamnестischen Ergebnisse liegen bei den Modellpatienten erwartungsgemäß unter denen der Vergleichspatienten. In der Konsequenz liegt es an, die verschiedenen Behandlungselemente besser zu integrieren und zu kombinieren. Dabei spielen die niedrigschwelligen Akutbehandlungen eine wichtige Rolle. Auch die Installation nachgehender Sozialarbeit (case management) könnte zu einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse führen. Forschung und Evaluation sind über längere Entwicklungsverläufe bei Drogenabhängigen notwendig.

## Literatur

**Kapp, B.** (2002). Diagnostische Mustererkennung für die Gesundung Drogenabhängiger. Theorie- und Modellbildung zur Behandlungsevaluation. Münster: Waxmann.

**Kindermann, S., Sickinger, R. & Kindermann, W.** (1992). Überlegungen zu einem Ausstiegsmodell und zu Perspektiven für die Drogenhilfe. In: Sickinger, R., Kindermann, W., Sickinger, S., Lindkrämer, R. & Timper-Nittel, A. (Hrsg). Wege aus der Drogenabhängigkeit. Gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche. (S. 261 - 279). Freiburg: Lambertus.

**Kindermann, W., Sickinger, R., Hedrich, D. & Kindermann, S.** (1989). Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg: Lambertus.

**Klein, M.** (1997). Kundenorientierung in der Suchtbehandlung: Psychologische und sozialpolitische Anmerkungen unter besonderer Berücksichtigung von Soforthilfeansätzen in der Drogentherapie. In: Fachverband Sucht (Hrsg.). Das "Beste" für den Suchtkranken - Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien. Beiträge des 9. Heidelberger Kongresses 1996. Geesthacht: Neuland, S. 244 - 258. (= Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; 20).

**Körkel, J. & Kruse, G.** (1997). Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel? Bonn: Psychiatrie-Verlag (= 3. aktualisierte und erweiterte Auflage).

**McCrary, B. & Langenbucher, J.W.** (1996). Alcohol treatment and health care system reform. Archives of General Psychiatry 53, 737 - 746.

## Michael van Brederode Karolin Holze

### Soforthilfeprogramm NRW

*M. van Brederode:*

Ich möchte zunächst die Gelegenheit wahrnehmen, Sie auch im Namen des Landschaftsverbandes Rheinland sehr herzlich zu begrüßen.

Wir haben in der Koordinationsstelle Sucht ja inzwischen eine gewisse Tradition, pro Jahr so etwa zwei Tagungen zu Fragen der Suchtkrankenversorgung durchzuführen. Ich freue mich, dass unsere zweite Fachtagung in diesem Jahr eine Gemeinschaftsveranstaltung mit

- dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband
- und dem Fachband Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger

ist.

Dies auch, weil sich hierin ein wichtiger Arbeitsgrundsatz ausdrückt, den wir ja auch sicherlich heute noch einige Male beschwören werden: Den der Kooperation, Vernetzung, Zusammenarbeit.

Dieser Grundsatz gilt nicht nur für die unmittelbare Praxis der Suchtkrankenhilfe, sondern ist in gleicher Weise auf der Ebene der Planung, Beratung und der Trägerebene anzulegen.

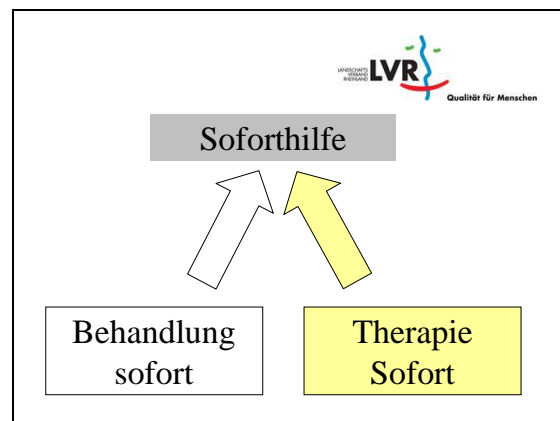
Und deshalb freue ich mich, dass wir Sie heute gemeinsam zu einer Kooperationstagung einladen konnten und hoffe, dass wir zukünftig verstärkt zu solchen Formen der gemeinsamen Organisation von Tagungen, Fortbildungen und ähnlichen Aktivitäten kommen.

Unser Thema ist heute die Soforthilfe.



Ich sage „unser“, weil ich heute gemeinsam mit Frau Holze referieren werde, die in der Koordinationsstelle Sucht u. a. für die Koordination des Soforthilfeprogramms zuständig ist.

Worüber berichten wir?



Wir berichten über das Landesprogramm „Einführung der Soforthilfe in Nordrhein-Westfalen“, das 1999 aufgelegt wurde; gleichsam als dritter Sprung in der Triade „Therapie Sofort“ - „Behandlung Sofort“ - „Soforthilfe“.

Eine wesentliche Intention des Programms war es, die in den beiden Vorgängerpro-

grammen oder -modellen gewonnenen Erfahrungen auf eine gemeinsame Konzeptplattform zu stellen und dieses „gemeinsame Konzept“ landesweit zu etablieren.

Ich habe Ihnen hier einmal auf einer Folie die wesentlichen Grundzüge des Konzepts des Soforthilfeprogramms dargestellt.

Danach ist die Soforthilfe definiert als

- zusätzlicher ambulanter Zugangsweg in das Drogenhilfesystem,
- der im Bedarfsfall kurze, beschleunigte Arbeits- und Vermittlungsverfahren gewährleisten soll.

Zielgruppe sind Menschen, die keinen oder nur einen unzureichenden Kontakt zum Drogenhilfesystem haben und hier vor allem auch „besondere Problemgruppen“ - wie weibliche Abhängigkeitskranke, suchtkranke Migranten, suchtkranke Minderjährige.

Das Programm verfolgt sowohl klientenorientierte Zielsetzungen als auch Zielsetzungen, die auf eine Strukturentwicklung im Bereich der Suchtkrankenhilfe gerichtet sind, also

- einerseits - eine bessere Ansprache und kurzfristige Vermittlung von definierten Klientengruppen
- andererseits - Impulse zu geben, die regionalen Hilfestrukturen weiterzuentwickeln und zu stärken, Vernetzung zu fördern

Die Soforthilfeangebote sollten

- niedrigschwellig an leicht zugänglichen Orten angeboten werden,
- zeitnah, konkret und verbindlich sein,
- ein eigenständiges Profil entwickeln, sich also abgrenzen von der Regelversorgung,
- durch ein einrichtungsübergreifend besetztes Team (Clearingteams genannt) durchgeführt werden.

Im Vergleich zu den beiden Vorläuferprogrammen war das Soforthilfeprogramm mit 33 Projektstandorten sehr breit angelegt.

In den 33 Standorten war jeweils eine halbe Soforthilfekraft durch Landesmittel gefördert, deren Aufgabe es war, die Umsetzung des Soforthilfeansatzes auf regionaler Ebene zu organisieren und zu koordinieren.

Zusätzlich war in den Koordinationsstellen Sucht der beiden Landschaftsverbände jeweils eine halbe Kraft auf Grundlage einer entsprechenden Landesförderung beschäftigt. Die beiden Kräfte sollten die übergreifende Programmentwicklung fördern und koordinieren.

Soweit in aller gebotenen Kürze die Konzeption und Architektur des Programms.

Entgegen der ursprünglichen Planung des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW, das Programm bis in das Jahr 2004 hinein zu fördern, wurde in den Haushaltsberatungen des Landes für den Haushalt 2003 beschlossen, die Förderung bereits zum Ende dieses Jahres auslaufen zu lassen.

Hierzu hat uns die Ministerin mitgeteilt, dass dieser Beschluss nicht durch eine negative Bewertung des Programms oder des Soforthilfeansatzes, sondern ausschließlich in der schwierigen Haushaltslage des Landes begründet sei, die es erforderlich mache, dass sich das Land aus verschiedenen Förderungen zurückziehe.

Diese Mitteilung erfolgte auf einen Appell des Gesundheitsausschusses des Landschaftsverbandes Rheinland hin, der sich für ein Weiterförderung eingesetzt hatte.

Dies zum einen deshalb, weil der Ausschuss die Implementationsphase als noch nicht abgeschlossen sah, zum anderen aber auch deshalb, weil die Fraktionen im Gesundheitsausschuss mit Sorge zur Kenntnis nehmen, dass aus der Kumulation der Sparzwänge auf Landesebene und auf der kommunalen Ebene, aber auch durch das zunehmend restriktive Verhalten anderer Kostenträger (wie der Krankenkassen) erhebliche negative Effekte für den Ge-

sambereich der Suchtkrankenhilfe entstehen könnten.

Wir müssen nun jedenfalls davon ausgehen, dass das Programm Ende des Jahres ausläuft und insofern wollen wir heute versuchen, eine kurze Bilanz zu ziehen.

Frau Holze wird Ihnen nun zunächst als Einstieg einige Ergebnisse und Daten zum Programm vorstellen und ich werde dann zum Abschluss noch einmal eine zusammenfassende Bewertung und einen Ausblick auf die weitere Zukunft versuchen.

*K. Holze:*

Ich möchte Ihnen nun mit der Präsentation einiger markanter Eckdaten einen Ergebnisüberblick über die bisherige Laufzeit des

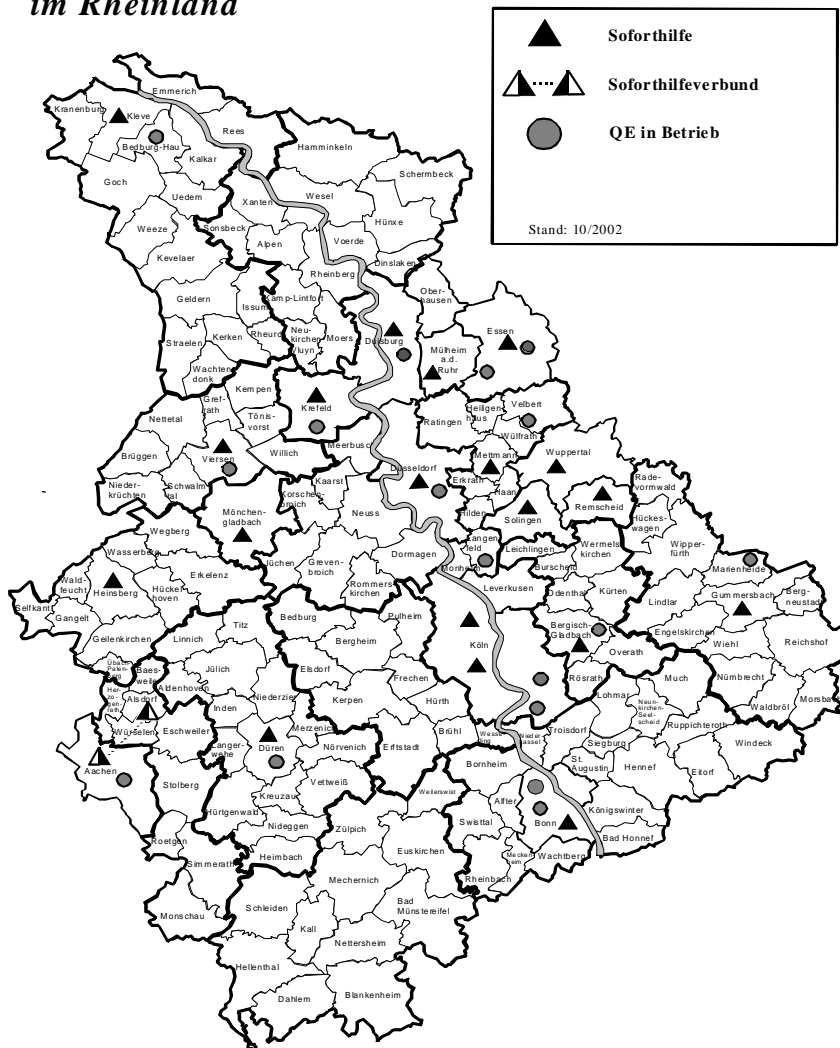
Projektes geben:

Durch die Mittel des Landes (hier des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW) werden 33 halbe Stellen gefördert. Im Rheinland sind dies 20 Projekte an 19 Standorten. Sie sehen, dass sich in den Ballungsgebieten entsprechend der Prävalenz *mehr* Projekte befinden.

13 der 20 Projekte im Rheinland sind im großstädtischen Raum angesiedelt, die anderen 7 befinden sich in Flächenkreisen.

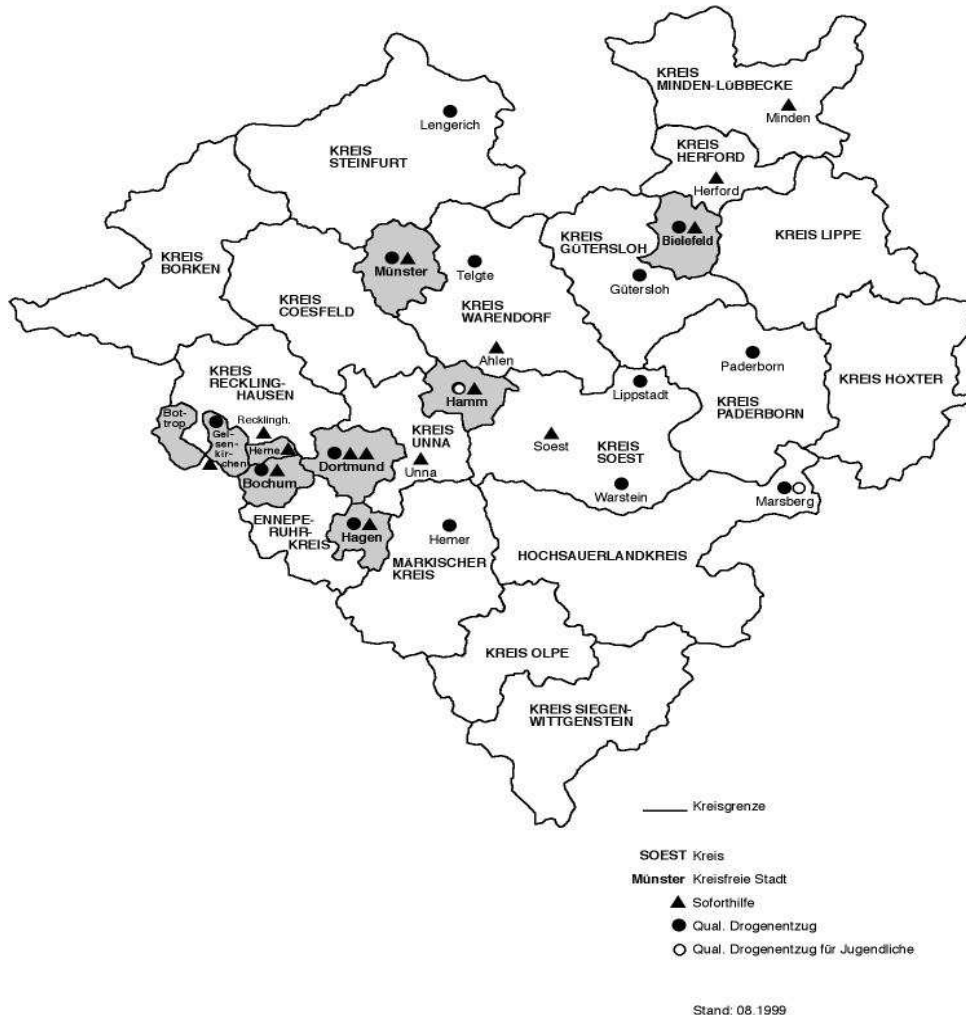
Auf der nächsten **Folie** sehen Sie außerdem - als Kreise markiert - die Standorte der Kliniken verzeichnet, die eine qualifizierte Entzugsstation für Drogenabhängige unterhalten.

### Soforthilfe und Qualifizierte Entzugsbehandlung im Rheinland



Die Projekte sind hier als Dreiecke dargestellt.

## Träger von Soforthilfeangeboten und Standorte von Einrichtungen des Qualifizierten Drogenentzugs in Westfalen-Lippe



In **Westfalen-Lippe** wurden anfangs 16 Personalstellen mit je einer halben Stelle gefördert, die 15 Standorte abdeckten. Im Laufe des Jahres 2001 schieden drei Standorte aus verschiedenen Gründen aus dem Projekt aus.

Für die überörtliche Koordination der Standorte in Westfalen ist mein Kollege, Herr Zeissler vom LWL zuständig, der heute auch hier ist und den ich herzlich begrüßen möchte.

Alle 33 Projekte haben in den Jahren 2000 und 2001 insgesamt mehr als 7.000 Fälle dokumentiert.

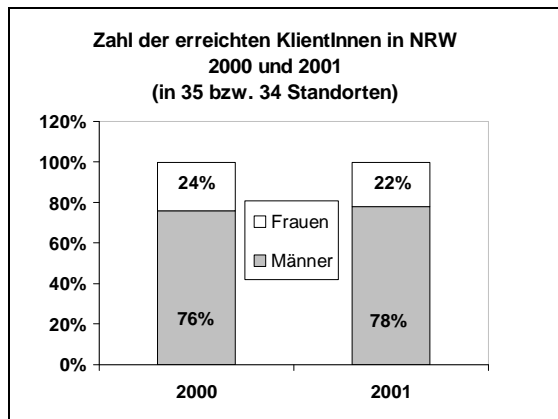
Wenn man die statistische Zahl von 31.000 Drogenabhängigen in NRW zugrundelegt, wäre jede(r) achte Drogenabhängige durch die Soforthilfe erreicht worden.

In 2 Jahren über 7000 erreichte Fälle in der Soforthilfe

Bei (statistisch angenommenen) 31.000 Drogenabhängigen in NRW wäre jede(r) 8. Drogenabhängige erreicht worden

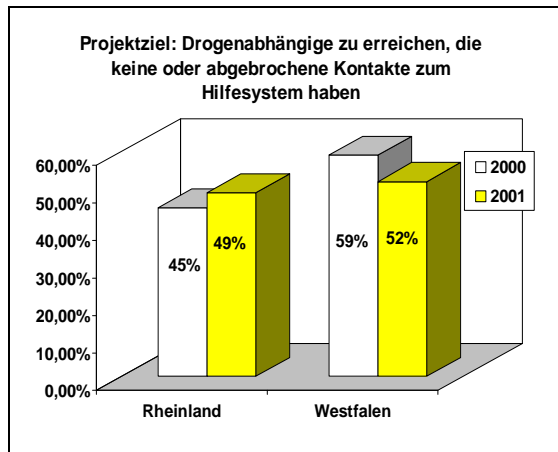


Die dokumentierten Fälle verteilen sich wie folgt:



Im Jahr 2000 wurden 3.380 Klientinnen/Klienten und im Jahr 2001 3.800 Klientinnen/Klienten durch die Soforthilfe erreicht. Dies entspricht einer Fallzahlsteigerung von 12 %. Hiervon waren im Jahr 2000 24 % und im Jahr 2001 22 % Frauen.

Ein zentrales Ziel war es, Drogenabhängige zu erreichen, die zuvor *nicht oder nur unzureichend* durch die Suchthilfe erreicht wurden.



Hierbei wurden im Rheinland 45 % in 2000 und 49 % in 2001 der Klientinnen und Klienten erreicht.

In Westfalen waren dies 59 % in 2000 und 52 % in 2001.

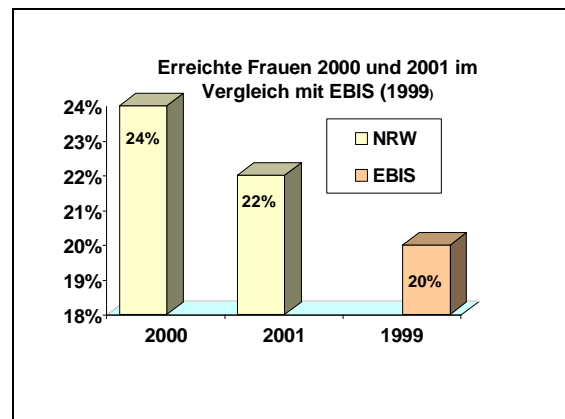
Dies bedeutet, dass in etwa die Hälfte der gesamten Soforthilfenutzerinnen und -nutzer in beiden Jahren vor dem Soforthilfekontakt noch keinen oder nur einen sporadischen Kontakt zum Hilfesystem hatten.

Die vorgelegten Zahlen belegen somit, dass dieses Projektziel hier erreicht wurde.

Ein weiteres Ziel des Projektes war es aber auch, **bestimmte Problemgruppen von Drogenabhängigen** anzusprechen, die bisher noch nicht oder nur unzureichend erreicht wurden.

Dies ist vor allem die Gruppe der drogenabhängigen Frauen.

Zum Vergleich wurde hier auf die EBIS-Statistik zurückgegriffen.



Der Gesamtanteil der durch die Soforthilfe erreichten Frauen betrug im Jahr 2000 in NRW 24 % und im Jahr 2001 22 %.

Der graue Balken zeigt die EBIS-Statistik für das Jahr 1999. Hierbei wird der Anteil weiblicher Abhängiger illegaler Drogen mit 20% ausgewiesen.

Der prozentuale Anteil von bis zu 4 % mehr erreichten Frauen durch die Soforthilfe ist sicher nicht unbedingt signifikant.

Doch schaut man sich einige Projekte genauer an, so wird der Durchschnittswert oft deutlich überschritten.

In 7 Projekten konnten hier sowohl nach der Zahl als auch nach dem Anteil (dies sind mehr als 30 %) überdurchschnittlich viele Frauen erreicht werden.

Diese Varianz scheint im wesentlichen durch konzeptuelle Merkmale der Projekte erklärbar.

Erfahrungsgemäß sind drogenabhängige Frauen *in erster Linie* durch Hilfeformen zu

erreichen, die auf ihre spezifische Lebenssituation zugeschnitten sind. Dies scheint hier gelungen zu sein. Eine weitere Zielgruppe der Soforthilfe waren Migrantinnen und Migranten.

22 % in 2000  
21 % im Jahr 2001  
der Klientel kam aus dem  
Kreis der  
MigrantInnen

22% (21%) der Soforthilfeklientinnen und -klienten können dem Kreis der Migrantinnen und Migranten zugerechnet werden. Ca. die Hälfte dieser Personen stammt aus Aussiedlerstaaten.

Gerade **diese Gruppe der Aussiedlerinnen und Aussiedler** scheint sich durch das Soforthilfeangebot mit seinen konkreten, zeitnahen Hilfen angesprochen zu fühlen. Die Soforthilfe hat hier anscheinend ein Instrument gefunden, die Aussiedlerinnen und Aussiedler verstärkt an das Hilfesystem anzubinden.

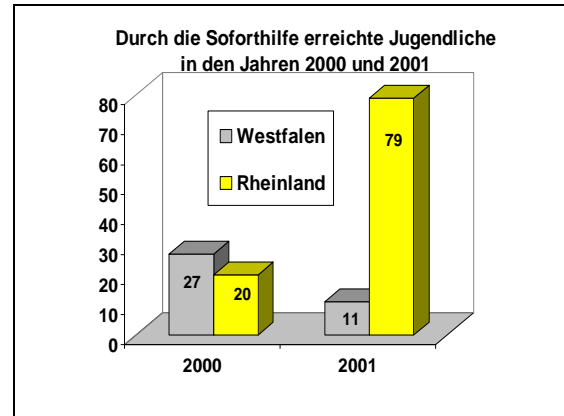
Ein weitere wichtige Zielgruppe des Modellprogramms sind **minderjährige Drogenabhängige**.

Jugendliche Drogenabhängige wurden durch das Soforthilfeprogramm doch nur in *geringer Zahl* erreicht.

Diese Ergebnisse zeigen, wie schwer es anscheinend den minderjährigen Nutzerinnen und Nutzern fällt, professionelle Hilfe anzunehmen.

In einer Untersuchung der Universität Bielefeld nach den Gründen für die Ablehnung professioneller Hilfen befragt, gaben die Jugendlichen an, dass ihre Probleme *nicht vertraulich genug* behandelt würden.

Ein weiterer Grund ist auch, dass die derzeitigen Vermittlungsmöglichkeiten für Jugendliche im Land noch unzureichend entwickelt sind. Dadurch sind gerade die soforthilfespezifischen Leistungen - **wie die schnelle Vermittlung** - deutlich begrenzt.



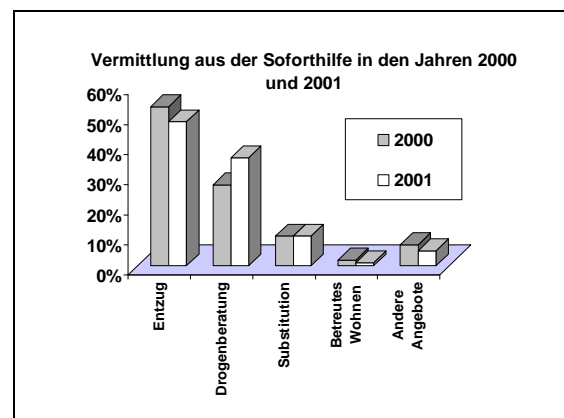
Konkret wurden in der Soforthilfestatistik in Westfalen-Lippe in den Jahren 2000 und 2001 38 und im Rheinland 99 Fälle dokumentiert, die jünger als 18 Jahre waren.

Man sieht hier, dass im Rheinland die Fallzahl von 20 auf 79 im Jahr 2001 ansteigt.

Dieser Anstieg verlief nicht flächendeckend, sondern konzentrierte sich auf wenige Standorte. Er lässt Rückschlüsse auf **die Ausweitung der Zielgruppe auf minderjährige Drogenabhängige** zu.

Mit dieser Ausweitung der Zielgruppe ging einher, dass einige Standorte ihre Konzeption in Richtung Niedrigschwelligkeit und aufsuchende Angebote erweitert hatten. Dies hatte einen Anstieg von 1% auf 3% erreichter Minderjähriger zur Folge.

Nun stellt sich natürlich auch die Frage wohin die Klientinnen und Klienten denn eigentlich vermittelt wurden.



Sie sehen, dass der weitaus größte Teil der Klientel in die Entzugsbehandlung vermittelt wurde. Dies ist ein Anteil von über 53 % im Jahr 2000 und 48 % im Jahr 2001.

Rund 27 % in 2000 und 36 % in 2001 wurden in die längerfristige Drogenberatung vermittelt. Dieses Vermittlungsziel hat im Jahr 2001 deutlich zugenommen.

Die dritte Balkenreihe zeigt die Substitutionsbehandlung. In diese Behandlungsform wurden jeweils 10 % der Klientinnen und Klienten in beiden Jahren vermittelt.

Betreutes Wohnen spielte hier eine geringe Rolle.

Andere Angebote wurden mit 7 % (2000) und 5 % (2001) nachgefragt.

Knapp 10 % der Nutzerinnen und Nutzer wurden *nicht vermittelt*. Hier waren die Gründe überwiegend struktureller Natur, wie: „kein zeitnahes Angebot“ oder „keine zeitnahe Kostenträgerschaft“.

Das war es erst einmal von mir. Herr van Brederode wird Ihnen nun noch etwas zur abschließenden Bewertung des Programms sagen.

Vielen Dank.

*M. van Brederode:*

Soweit einige Zahlen und Fakten zum Soforthilfeprogramm. Die Datengrundlage, die wir Ihnen hier heute vorstellen können, ist sicherlich relativ oberflächlich. So fehlen uns vor allem Daten und Informationen über den weiteren Hilfeverlauf der vermittelten Patienten. Also: Wie hoch ist der Anteil der Klienten, die eine Entzugsbehandlung kurzfristig wieder abgebrochen - oder umgekehrt mit positivem Ergebnis abgeschlossen haben, wie viele Klienten sind letztendlich in der Entwöhnungsbehandlung eingemündet, wie sich die Soforthilfe längerfristig auf Karriereverläufe auswirkt etc..

Das hat zum einen mit datenschutzrechtlichen Problemen zu tun, zum anderen aber auch damit, dass die verfügbaren Ressourcen für die Begleitung des Programms - also je eine halbe Stelle im Rheinland und in Westfalen-Lippe - nur ein eingeschränktes Arbeitsprogramm zuließen. Unsere Aufgabe war es insofern auch nicht, eine umfas-

sende wissenschaftliche Begleitung sicherzustellen.

Ich möchte jetzt abschließend eine kurze Gesamtbewertung des Programms versuchen. Dabei werde ich mich an den bereits eingangs dargestellten zentralen Zielsetzungen des Programms orientieren, die ich Ihnen hier noch einmal einblende.

Zentrale Zielsetzungen waren

- die verbesserte Ansprache von besonderen Problemgruppen im Bereich der Drogenabhängigen,
- die Verbesserung der patientenbezogenen Vermittlungsprozesse, insbesondere zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung,
- die Verbesserung der administrativen Abläufe, also verkürzte Wege in den Kostenbewilligungsverfahren.

Zum ersten Zielbereich:

Die Erfahrungen des Soforthilfeprogramms bestätigen noch einmal, dass von Soforthilfeangeboten ein besonderer Marketing-Effekt ausgehen kann. Dieser kann dafür nutzbar gemacht werden, dass

- Menschen, die bisher keine Kontakte zum Drogenhilfesystem aufgebaut haben oder die diese im Verlauf ihrer Karriere verloren haben
- Angehörige von Teilgruppen, die durch die etablierten Angebote besonders schlecht erreicht werden (Frauen, Migranten und sehr junge Abhängige)

offensichtlich durch ein Soforthilfe-Angebot besser erreicht werden können, als durch die Standardangebote der Drogenhilfe.

Dieser Marketing-Effekt konnte insbesondere dann besonders wirksam werden, wenn er mit zielgruppenorientierten Angebotsstrategien verknüpft wurde.

So fanden z. B. die Soforthilfe-Angebote an Orten statt, die von Angehörigen der jeweiligen Gruppen verstärkt besucht, besondere zielgruppenangepasste Hinweise auf das

Angebot erarbeitet wurden oder die Ansprache der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen an den Zielgruppen orientiert war.

Ich denke, dass man daraus folgende Lehren ziehen kann: Es ist kein Naturgesetz, dass die Drogenhilfe bestimmte Gruppen von Abhängigkeitskranken nicht oder nur unzureichend erreicht, sondern die Ergebnisse sind durchaus verbesserungsfähig. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist es, zielgruppenorientierte Angebotsstrategien zu entwickeln. Und dafür braucht man - und das ist die zweite Voraussetzung - natürlich entsprechend qualifiziertes Personal.

Ein weiteres Ziel des Programms: Die Verbesserung der patientenbezogenen Vermittlungsprozesse, insbesondere zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung.

Ich glaube, das Soforthilfeprogramm hatte hier gewissermaßen einen Finger in eine offene Wunde gelegt. Jedenfalls gab es zu Beginn des Programms insbesondere im Verhältnis zwischen der Krankenhausversorgung - den Stationen des Qualifizierten Drogenentzugs - und dem ambulanten Bereich eine Vielzahl wechselseitiger Befürchtungen.

Sorgen auf Seiten der Krankenhäuser waren vor allem:

- man verlöre die Autonomie über Aufnahmeentscheidungen, wozu ja immer auch ein gewisses „Warteschlangen-Management“ gehört,
- das „Warteschlangen-Management“ würde zukünftig durch einen gewissen Ungerechtigkeits-Effekt diskreditiert werden, weil möglicherweise einzelne besonders clevere Abhängige die Soforthilfe als Überholspur benutzen,
- es würden in großer Zahl schlecht behandlungsmotivierte Patienten in die Stationen des Qualifizierten Entzugs vermittelt, die das gesamte Stationsgeschehen destabilisieren und die Abbrecherquote in die Höhe treiben,

- es würde ein erheblicher zusätzlicher administrativer Aufwand auf die Stationen zukommen, der mit gleichen personellen Ressourcen bei einer ohnehin immer weiter steigenden Arbeitsbelastung zu leisten wäre.

Und auf Seiten der ambulanten Drogenhilfe bestand wohl vor allem die Sorge, man würde nicht so recht ernst genommen vom großen Bruder Krankenhaus und insofern Abhängige für eine Entzugsbehandlung vorbereiten, die dann doch nicht kurzfristig aufgenommen würden, weil die Indikationsstellung der Projekte nicht akzeptiert würde.

Meine Damen und Herren,

man kann sicherlich nicht sagen, dass diese Sorgen unberechtigt wären, sondern sie sind - das zeigten die Erfahrungen - sehr begründet gewesen.

Das ist jedoch kein Argument *gegen* die mit dem Soforthilfeansatz verbundenen Anforderungen,

- den ambulanten und stationären Versorgungssektor besser miteinander zu verzahnen,
- personenzentrierte Hilfeplanung über die Grenzen der Einrichtungen hinweg zu organisieren,
- das Handeln der unterschiedlichen Hilfeträger eng miteinander abzustimmen,
- Klienten im Bedarfsfall an Warteschlangen vorbei sofort aufzunehmen.

Ich denke, das Soforthilfeprogramm hat - nach anfänglichen Widerständen - wichtige Impulse gegeben, noch einmal vor Ort über die Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Suchtkrankenhilfe nachzudenken und gemeinsam Lösungsansätze zu entwickeln. Das hat einiges an Zeit und Mühen gekostet.

Ich glaube auch nicht, dass dieses Thema damit abschließend behandelt wäre. Vielmehr bedarf es hier m. E. noch zahlreicher weiterführender Bemühungen, Zusammenarbeit und Kooperation zu operationalisie-

ren und klientenorientierte Formen der Vernetzung unterschiedlicher Angebote zu entwickeln.

In diesem Zusammenhang sind auch die Indikationen für eine Soforthilfe abzustimmen und erfahrungsgestützt fortzuschreiben. Ziel bleibt es, einen Katalog von Variablen aufzustellen, der eine möglichst einheitliche, standardisierte Einschätzung der motivationalen Situation, der aktuellen Gefährdung und sonstiger relevanter Kriterien für den Soforthilfebedarf unterstützt. Dies kann innerhalb des Programms nun leider nicht mehr bearbeitet werden.

Mit Blick auf die administrativen Abläufe - und damit komme ich zur nächsten Zielsetzung des Programms - haben sich nach anfänglichen Schwierigkeiten im großen und ganzen recht positive Entwicklungen ergeben. Mit dem zunehmenden Bekanntheitsgrad des Soforthilfeansatzes bei den zuständigen Kostenträgern konnten die Kostenbewilligungsverfahren reibungsloser und zügiger abgewickelt werden.

Auch hier sind damit aber sicherlich noch nicht alle Probleme gelöst. Es gibt immer mal wieder Einzelfälle, die Probleme aufweisen. Und: Sorge macht uns vor allem das zunehmend restriktive Verhalten der Krankenkassen bei der Kostenübernahme für die Entzugsbehandlung, und der damit u. a. einhergehende zunehmende Druck, Entzugsbehandlungen in immer kürzerer Zeit durchzuführen. Oder die zunehmende Problematisierung von Mehrfachbehandlungen durch die Kassen.

Meine Damen und Herren,

oberstes Ziel des Soforthilfeansatzes muss es natürlich sein, dass schnelle, im Bedarfsfall auch sofortige Hilfe kein Privileg für wenige Klienten bleibt.

Das gesamte Suchthilfesystem muss vielmehr dahingehend entwickelt werden, dass zeitnah angemessene Hilfen für jeden hilfesuchenden Betroffenen zur Verfügung stehen, seien es nun ambulante oder stationäre Hilfen, Wohnhilfen oder die Substitutionsbehandlung.

Ein Nadelöhr war hier lange Jahre vor allem die qualifizierte Akutbehandlung. So konnte der geplante Ausbau von Angeboten des Qualifizierten Entzugs im Rheinland erst im Verlauf des Programms halbwegs abgeschlossen werden.

Insofern hat die Soforthilfe vor allem in der Anfangsphase des Programms auch die Aufgabe einer Mangelverwaltung wahrgenommen. Herauszufinden, wo gerade oder in absehbarer Zeit ein Platz frei ist - und sei es auch in weit entfernten Einrichtungen (wir haben hier im Rheinland Vermittlungen bis nach Westfalen-Lippe). Und oft genug hat diese Suche leider gar nicht zu dem erwünschten Ergebnis geführt.

Inzwischen verfügen wir im Rheinland über 269 Plätze im Qualifizierten Entzug an insgesamt 19 Standorten und mit dem Ausbau des Systems haben sich inzwischen die Wartezeiten für eine Entzugsbehandlung deutlich verkürzt.

Aktuell belaufen sich die Wartezeiten in den Rheinischen Kliniken noch auf zwischen 1 - max. 5 Wochen, im Schnitt etwa 2 - 3 Wochen. Und das sind natürlich deutlich bessere Voraussetzungen für eine schnelle Hilfefewährung, als in der Situation vor 2 Jahren, als die Wartezeiten im Schnitt noch etwa 8 -12 Wochen betragen.

Meine Damen und Herren,

das Soforthilfe-Programm des Landes wird nun zum Ende des Jahres eingestellt. Ich bedauere das! Denn, dass in den Regionen über Modellmittel eine zusätzliche Kraft angesiedelt ist, beinhaltet immer auch Entwicklungschancen.

Wir hatten uns für die verbleibende Modelllaufzeit vor allem vorgenommen, zwischen den Regionen Prozesse des Erfahrungstransfers nach dem "best-practice-modell" zu initiieren. Also von denen lernen, die für bestimmte Probleme gelungene Lösungen entwickelt haben.

Das werden wir nun leider nicht mehr schaffen.

Was wird aus der Soforthilfe? Sie ist meines Erachtens zukünftig als selbstverständ-

licher Bestandteil des ambulanten Hilfespektrums vorzuhalten. Nicht als eigenständiges Angebot, sondern als integrierte Interventionsform im Spektrum der ambulanten Regelversorgung.

Mir ist klar, dass diese Zielsetzung möglicherweise nicht ganz einfach umzusetzen sein wird, denn Soforthilfe ist eine eher personalintensive Intervention und vor dem Hintergrund der drohenden Stellenkürzungen im Bereich der Suchtkrankenhilfe sicherlich nicht ganz einfach aufrecht zu erhalten.

Ich denke trotzdem, dass die Soforthilfe zukünftig ein Helfestandard bleiben muss, der nicht mehr ignoriert werden kann.

Was durch den Wegfall der Landesförderung sicherlich nicht mehr aufrecht zu erhalten sein wird, das ist die spezifische Projektstruktur, die durch das Landesprogramm vorgegeben war: Stichwort: Clearing-Teams, deutliche Abgrenzung der Projekte von den Regelaufgaben, Soforthilfe-termine.

Ich bedauere das nicht, denn diese relativ starren Vorgaben haben sich nach unseren Erfahrungen nicht bewährt. Hier haben sich

im Modellzeitraum denn auch ganz natürlich Formen der Soforthilfe entwickelt, die an die jeweiligen konkreten regionalen Bedingungen besser angepasst waren.

Und ich denke, das kann auch nur der Weg sein, den Soforthilfeansatz auch in Zeiten knapper Kassen zu retten:

- in dem angepasste, ressourcenoptimierende Hilfemodelle entwickelt werden;
- in dem Prioritäten in der Arbeit geprüft und ggf. neu gesetzt werden;
- in dem u. U. auch Zielgruppenprioritäten gesetzt werden, denn wenn man nicht alles machen kann, kann es durchaus sinnvoll sein, die Soforthilfe primär auf Gruppen auszurichten, für die man einen besonderen Bedarf sieht,
- und in dem die unterschiedlichen Hilfeträger so zusammenarbeiten, dass Doppelarbeit so weit wie möglich vermieden wird.

Meine Damen und Herren, ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit!

## Dr. med. Thomas Kuhlmann

### Die qualifizierte Akutbehandlung zwischen Substitutionsbehandlung und abstinenzorientierter Entwöhnungsbehandlung

In meinem stellvertretend für Herrn Dr. Bätz gehaltenen Eingangsreferat habe ich die Entwicklung und den konzeptionellen Anspruch unseres Behandlungskonzepts dargestellt. Die wesentlichen Eckpunkte lassen sich wie folgt zusammenfassen: Es handelt sich um

- ein eigenständiges Behandlungskonzept,
- das allen Gruppen Drogenabhängiger offen steht,
- fest integriert ist in das regionale Netzwerk der Drogenhilfe,
- bei niederschwelligem Zugang und
- Integration von entzugs- und motivationsfördernder Behandlung (1,2,3).

#### Übergeordnetes Ziel

Besondere Bedeutung bei der praktischen Umsetzung dieses Behandlungskonzepts kommt der Binnenstruktur innerhalb der Einrichtung zu und der Verzahnung an den stations- und klinikinternen und externen Schnittstellen, also der Verbindung in Zusammenarbeit mit z. B. den anderen Hilfseinrichtungen der Kommune und Drogenhilfe. Übergeordnetes Ziel der Behandlung ist die Sicherung des Überlebens, also Harm Reduction im engsten Sinne.

Ein drogenabhängiger Mensch, der eine Krisensituation nicht überlebt, hat keine Chance auf ein menschenwürdiges Dasein, sei es mit oder ohne Drogenkonsum.

Dieser Aspekt der Behandlung mag selbstverständlich sein, ist in seiner praktischen Bedeutung jedoch nicht zu unterschätzen z.

B. für die Frage der Notwendigkeit einer stationären Krisenintervention, der Möglichkeit zur Entlassung und dauerhaften Stabilisierung nach abgeschlossener Behandlung, aber auch hinsichtlich einer Wiederaufnahme.

Im weiteren Sinne zielt diese Behandlung - wie jede Intervention im Rahmen des Hilfesystems, als auch im Rahmen der Drogenberatung, einer Clean-WG oder medizinischen Rehabilitation - darauf ab, die Drogenabhängigen weitestgehend zu unterstützen in ihrer psychischen und physischen Stabilisierung, der Wiedererlangung ihrer Fähigkeit zu autonomer Lebensgestaltung und der konkreten sozialen (Re-) Integration bis hin zur Abstinenz - unter Berücksichtigung der konkreten Situation im Einzelfall (Harm Reduction im weiteren Sinne).

Das bedeutet, dass das Verhüten einer weiteren Verschlechterung der Ausgangssituation, die Linderung des Leidens mit dem Ziel der - wenn möglich dauerhaften - Überwindung der Grunderkrankung im Vordergrund jeder Akutbehandlung steht. Die Möglichkeiten und Grenzen dieses selbstgesetzten Anspruchs sind von vielen Aspekten abhängig und unterscheiden sich auch bisweilen von Klinik zu Klinik (4).

#### Praktische Erfahrungen

Während die ersten Kliniken die Stationen dieses relativ neuen Behandlungstyps errichteten, die Zielgruppe in unterschiedlicher Weise ansprachen (Elsay in Hagen-Hohenlimburg landesweit, Lengerich regional und Bergisch Gladbach überregional), sind heute die im Fachverband zusammengeschlossenen Kliniken tendenziell alle bestrebt, die Verzahnung mit dem regionalen

Hilfsnetz zu intensivieren, damit die Zugangswege zu erleichtern, aber auch die Wiederanbindung an das Hilfesystem nach Entlassung zu verbessern und insgesamt die Integration in das bestehende Netzwerk der Sucht- und Drogenhilfe, aber auch des allgemeinen Gesundheitssystems weiter zu entwickeln. Die konkrete Arbeitssituation innerhalb der Fachverbandskliniken unterscheidet sich jedoch nicht unerheblich. Praxisrelevant sind beispielsweise

- die Tradition der Klinik,
- die Tradition und die Zusammenarbeit mit dem und innerhalb des regionalen Netzwerks der Drogenhilfe,
- die Situation der regionalen Drogen-szene,
- Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Landesteilen Nordrhein und Westfalen (5).

Das bedeutet, es bestehen viele Gemeinsamkeiten, jedoch zugleich auch eine Vielfalt unterschiedlicher Alltagsrealitäten vor Ort. Als das Modellprojekt „Therapie sofort“ in Westfalen gestartet wurde, waren in besonderer Weise die ambulanten Institutionen wie Drogenhilfe und Sozialpsychiatrischer Dienst gefordert, die hilfeschuchenden Drogenabhängigen zu unterstützen, binnen weniger Tage bei sich verfestigender positiver Motivation über eine Schnellvermittlung in eine Klinik zur Drogenentzugsbehandlung und dann nahtlos in eine Einrichtung der medizinischen Rehabilitation zu vermitteln. Aus dieser Tradition heraus hat sich in vielen westfälischen Einrichtungen die Erwartung an die Drogenhilfe herauskristallisiert, bestimmte soziale Aspekte in Eigenregie zu klären, um entsprechende Hindernisse auch für die Durchführung der Akutbehandlung und z.B. der anschließenden medizinischen Rehabilitation zu überwinden (z.B. die konkrete Antragsstellung auf eine Langzeittherapie).

Beim Folgeprojekt „Behandlung sofort“ hingegen stand die schnelle Aufnahme in die qualifizierte Akutbehandlung vor Ort im Zentrum mit dem Ziel einer nahtlosen Weitervermittlung in eine angemessene An-

schlussbehandlung: Von der medizinischen Rehabilitation über Substitutionsbehandlung bis zur Clean-WG etc. (6).

Das bedeutete, dass die Gruppe, welche aufgrund vielfältiger Schwierigkeiten (chronischer Intoxikation, ausgeprägter psychischer Labilität und/oder ausgeprägter psychosozialer Desintegration) von der ambulanten Drogenhilfe nicht in ausreichendem Maße aufgefangen werden konnte, Zugang zur qualifizierten Akutbehandlung fand. Mit der Aufnahme zur stationären Akutbehandlung oblag dann die Bearbeitung und Überwindung aller behandlungsrelevanten Fragen dem Team der Akutstation - z. B. einschließlich der Erarbeitung des Antrags auf eine medizinische Rehabilitation als Anschlusslösung. Damit hat sich im Rheinland in stärkerer Weise als in Westfalen eine Arbeitsteilung durchgesetzt, welche das praktische Erstellen eines Antrags auf z. B. medizinische Rehabilitation nicht ausschließlich, aber in hohem Maße dem Team der stationären Akutbehandlung zuordnet, in geringerem Maße hingegen der ambulanten Beratungsstelle.

Diese von mir skizzierten Unterschiede markieren selbstverständlich nur den äußeren Rahmen, in der konkreten Ausprägung gibt es sowohl im westfälischen als auch im nordrheinischen Landesteil erhebliche Unterschiede. Im zum Jahresende auslaufenden Modellprojekt „Soforthilfe für Drogenabhängige“ sind beide Ansätze integriert worden - die nahtlose Vermittlung in entsprechende Hilfsangebote kann sowohl über die ambulante Beratungsstelle bzw. die entsprechenden Fachkräfte als auch über das Team der qualifizierten stationären Akutbehandlung vermittelt werden.

### **Was bedeutet das in der Praxis?**

Positive Erfahrungen haben wir stets dort gemacht, wo die Klinik bzw. die Akutstation in das regionale Netzwerk gut eingebettet ist und entsprechende persönliche Arbeitskontakte bestehen, wo z. B. klar ist, dass weder die Akutstationen noch die Drogenhilfe dem jeweils anderen unangenehme Arbeit zuschieben will, sondern beide Seiten stets bereit sind, sich zu helfen und da-



bei auch die Belastungsgrenzen des anderen anzuerkennen. Wenn die Zusammenarbeit so entwickelt ist, dass alle beteiligten Institutionen sich gemeinsam verantwortlich erklären für das Funktionieren bestehender und auch die Schaffung noch fehlender Angebote innerhalb des regionalen Netzwerks, dann bedeutet das konkret: Auch die Station zur qualifizierten Akutbehandlung ist mitverantwortlich - jedoch weder allein noch für alles. Um diese Form der Zusammenarbeit zu erreichen, ist jedoch etwas erforderlich, das von Drogenabhängigen oft erwartet wird, in der Praxis jedoch weder innerhalb der Teams (sei es stationär oder ambulant) noch innerhalb des Netzwerks reibungslos funktioniert - nämlich eine konstruktive Streitkultur. Wenn gute persönliche Arbeitskontakte bestehen, ein intensiver Austausch gerade an den Schnittstellen der Behandlung funktioniert (also bei Aufnahme und Entlassung, aber auch während der laufenden Behandlung), dann wird schnell deutlich, ob die Beteiligten miteinander ehrlich umgehen, ob sich eine Seite stets vor bestimmten Schwierigkeiten zu drücken bestrebt ist und vor allem inwiefern konzeptionelle grundsätzliche Unterschiede bestehen bezüglich der angemessenen Hilfe. Wenn z.B. ein Patient im Rahmen der Akutbehandlung sich zu einem Perspektivenwechsel entschließt, also etwas anderes anstrebt als zuvor bei der Beratungsstelle geäußert, so kann das vielfältige Gründe haben. Wenn der Drogenberater selbstverständlich einbezogen wird und dann an einem gemeinsamen Dreiergespräch teilnimmt, lässt sich das Für und Wider dieses Perspektivenwechsels offen besprechen - wenn ein solches Gespräch von einer Seite grundsätzlich boykottiert wird, ist gegenseitiges Misstrauen die wahrscheinliche Folge. Wenn ein Antrag auf medizinische Rehabilitation schon weitgehend über die Drogenberatungsstelle bearbeitet ist, der Termin beim Arzt jedoch aufgrund mehrfacher Krisen nicht zustande kam, so kann im Einzelfall die stationäre Akutbehandlung helfen, jedoch nicht regelhaft - dann dekompensiert der ärztliche Dienst. Gleiches gilt für z.B. den Sozialbericht als Teil des Antrags auf medizinische Reha, bei dem sich ebenfalls Drogenberatung und Fachklinik unterstützen können -

aber nicht in jedem Einzelfall nur zu Lasten einer Seite.

Um die Ressourcen und Probleme des Patienten sowie seine biopsychosoziale Stabilität einschätzen zu können, ist die Berücksichtigung, d.h. konkret die Einbeziehung der sozialen Außenrealität in die Behandlung stets anzustreben. Das ist nicht unkompliziert, aber unverzichtbar. Durch Einbeziehung z.B. des Lebenspartners oder einer anderen sozialen Bezugsperson kann sich ein neuer Blickwinkel ergeben, aus dem auch eine Verschiebung der Behandlungsziele resultiert - möglicherweise in Übereinstimmung, manchmal auch im Unterschied zur Drogenberatungsstelle. Je besser es gelingt, diesen sozialen Bezugsrahmen bewusst in die Behandlung zu integrieren, desto realitätsangemessener können auch die Entlassung und Unterstützung bei der Wiedereingliederung vorbereitet werden, da absehbare Konfliktfelder bereits während der stationären Akutbehandlung erörtert werden können. Die Möglichkeiten, innerhalb dieses skizzierten Rahmens die Patienten zur Annahme weiterführender Hilfsangebote zu motivieren, ist kaum hoch genug einzuschätzen und geht weit über die Möglichkeit z.B. der ambulant tätigen Drogenberatung hinaus, unter den konkreten Arbeitsbedingungen zu der Gruppe der chronisch intoxikierten, psychisch labilen und sozial ausgegrenzten Drogenabhängigen stabilen Kontakt aufzubauen (7).

Die skizzierten positiven Erfahrungen und Möglichkeiten sind die eine Seite der Medaille, nicht unerhebliche und zum Teil wachsende Probleme die andere.

Bei ausgeprägten Unterschieden in der Haltung zu wichtigen Fragen der Drogenhilfe im regionalen Netzwerk droht die Gefahr, nebeneinander her, wenn nicht gegeneinander statt miteinander zu arbeiten: Sei es bezüglich der Sinnhaftigkeit einer Substitutionsbehandlung als Anschlusslösung, der angestrebten medizinischen Rehabilitation, aber auch dem Verbleib in einer Partnerschaftsbeziehung etc. Wenn über die praktische Erfahrung der regelmäßigen engen regionalen Zusammenarbeit keine gemeinsame Sprache und Haltung gefunden wird,

ist eine Zusammenarbeit vor Ort schwierig, wahrscheinlich kaum möglich.

Aber auch bei guter Zusammenarbeit ist festzuhalten, dass keine Institution innerhalb des Hilfesystems aus sich heraus allein die Stabilisierung eines Drogenabhängigen und dessen mögliches Herauswachsen aus der Drogenszene zu bewältigen vermag:

- Jede Hilfe ist Hilfe zur Selbsthilfe, d.h., die entscheidende Verantwortung liegt letztendlich beim Drogenabhängigen selbst,
- die notwendigen Hilfsangebote müssen auch in ausreichend qualifizierter Form vorhanden sein.

Wenn ein psychosenaher Drogenabhängiger sich unter entsprechender Behandlung stabilisiert, eine ambulante Weiterbehandlung nach Entlassung jedoch nicht möglich ist aufgrund entweder der Weigerung ambulanter Stellen oder einfach des Fehlens psychiatrisch qualifizierter Behandlungsangebote, so ist eine kurzfristige Dekompensation mit der Notwendigkeit einer erneuten stationären Krisenintervention zu befürchten. Ähnliches gilt für das Fehlen tagesstrukturierender Angebote bei der Substitution, einen ungenügenden Austausch zwischen der Akutbehandlung und z.B. der medizinischen Rehabilitation, vor allem jedoch bei Kommunikationsschwierigkeiten zwischen z.B. der Akutbehandlung und der Justiz.

In den letzten neun Jahren ist in der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach zweimal ein Patient im Rahmen der stationären Behandlung verhaftet worden, in einem von beiden Fällen wurde der Patient nach polizeilicher Anhörung zurückverlegt unter bestimmten Auflagen - in jedem anderen Fall gelang es, auch bei stehenden Strafantrittsschreiben, erlassenen Haftbefehlen etc., die Justiz dazu zu bewegen, dass die Patienten die qualifizierte Akutbehandlung regulär abschließen konnten. Dieser - aus unserer Sicht große - Erfolg basiert auf intensiver Arbeit und Selbstdisziplin, das bedeutet, dass sich beide aufeinander verlassen können.

Sobald seitens der Justiz Zweifel kommen sollten, dass wir entsprechende gemeinsame Vereinbarungen bezüglich Informationsaustausch etc. halten, ist der aufgebaute Vertrauensvorschuss dahin mit der Folge, dass der entsprechende relative Schutzraum für die Patienten verloren geht. In diesem Sinne können wir uns auf Erreichtem nie ausruhen.

Sehr problematisch erleben wir in allen Einrichtungen den wachsenden externen Druck seitens der Kostenträger in Richtung Behandlungsverkürzung. Nicht jede Behandlung muss mehrere Wochen dauern, aber jede Behandlung muss die Möglichkeit der Verbindung von entzugs- und motivationsfördernder Behandlung beinhalten: Das bedeutet, dass Krisen im Rahmen der stationären Behandlung potentiell aufgefangen werden können, um die Gefahr einer schnellen psychischen Dekompensation einschließlich Rückfall unmittelbar nach Behandlungsabschluss zu reduzieren und die Patienten zur Annahme weiterführender Angebote zu motivieren und diese auch entsprechend mit den Patienten vorzubereiten. Die besonderen Chancen der qualifizierten stationären Akutbehandlung, nämlich die mehrdimensionale Behandlung in enger Verzahnung im regionalen Drogenhilfesystem, erfordert einen gewissen auch zeitlichen Spielraum, um Drehtüreffekte zu reduzieren und die Gefahr zu verringern, dass eine Behandlung deshalb scheitert, weil wichtige Aspekte nicht berücksichtigt werden konnten: Inwiefern beispielsweise ein Patient dysphorisch gestimmt ist im Rahmen eines typischen Entzugssymptoms oder aber im Rahmen eines mittel- bis schweren depressiven Syndroms, ist nicht stets binnen weniger Tage zu entscheiden, sondern in der Regel erst mit weitgehendem Abklingen der Entzugssymptomatik. Gerade die fachlich inadäquate Einschätzung der psychischen, aber auch physischen und sozialen Situation des einzelnen führt zu Behandlungsabbrüchen oder auch disziplinarischen Entlassungen und erhöht das Risiko der zumindest vorübergehenden Distanzierung der Betroffenen vom Hilfesystem mit der Folge einer erheblichen Verschlechterung seiner bzw. ihrer Lebenssituation.

Dreh- und Angelpunkt aller therapeutischen Interventionen gerade in dieser Phase ist die Förderung der intrinsischen Motivation der Patienten, um sie zu befähigen, Hilfe zur Selbsthilfe annehmen und umsetzen zu können. Das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung, verbale und handlungsorientierte Behandlungsangebote, die Einbeziehung der sozialen Außenrealität und die Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten - unter Berücksichtigung ihrer Ressourcen, Störungen und Probleme - bilden den Rahmen der Behandlung - und das Engagement und die Belastungsgrenzen der Mitarbeiter, deren Motivation und Unterstützung unverzichtbar und von enormer Bedeutung ist.

Auch die Berücksichtigung des prozesshaften Verlaufs der Drogenabhängigkeit ist elementarer Bestandteil der qualifizierten Akutbehandlung - qualifizierte Hilfe ist nicht reduzierbar auf eine gewisse mindest oder maximale Anzahl von Behandlungsart und -dauer bei der Zielgruppe, sondern bedarf in jedem Einzelfall der erneuten Beurteilung, inwiefern zum jeweiligen Zeitpunkt eine erneute stationäre Aufnahme erforderlich ist oder aber andere Interventionen sinnvoll sind (11). Gerade bei dieser Zielgruppe, die zu einem erheblichen Teil sozial desintegriert ist, bilden die Einrichtungen der qualifizierten Akutbehandlung häufig eine entscheidende Brücke zur Reintegration in die Gesellschaft - wenn der Zugang zu diesen Einrichtungen erschwert wird, rückt eine Überwindung der Drogenabhängigkeit in vielen Fällen in weite Ferne.

Probleme, zumindest aber erhebliche Herausforderungen stellen auch Veränderungen in der Drogenszene dar (8).

Diesbezüglich müssen wir alle, sei es im stationären oder ambulanten Bereich Tätigen uns stets der Herausforderung stellen, uns mit Veränderungen in der Szene praktisch und theoretisch auseinander zu setzen, um gemeinsam ein angemessenes Verständnis für die Betroffenen zu entwickeln, ihren Lebensstil zu verstehen, um dann angemessene Hilfsangebote zu entwickeln. Dies betrifft gegenwärtig in besonderer Weise drogenkonsumierende und -abhängige Jugendliche und Migranten.

## Fazit

Das Behandlungskonzept der qualifizierten stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger hat sich in der Praxis als sinnvoll und praktikabel erwiesen, es ist anerkannt und vom Hilfesystem und vor allem von den Betroffenen längst akzeptiert. Die praktische Nutzung des Behandlungskonzepts wird durch wachsenden Druck auf die Behandlungsdauerverkürzung und auch die Verschlechterung der Arbeitssituation durch Einsparungen in den Kliniken erheblich gefährdet mit der Gefahr der Kostenerhöhung für die Gesellschaft durch Kostenverschiebung. Die praktische Umsetzung des Behandlungskonzepts basiert auf einer angemessenen auch personellen Mindestausstattung - um Menschen, die in sozialen Notlagen immer wieder zu riskantem Drogenkonsummern greifen, helfen zu können, ist z.B. eine Mindestausstattung mit im Sozialdienst tätigen Mitarbeitern erforderlich, anderenfalls können soziale Probleme zwar erahnt, möglicherweise auch erkannt, nicht jedoch praktisch in Angriff genommen werden. Drohende Abschiebung, die Klärung mit dem Gerichtsvollzieher, die Rücknahme einer fristlosen Kündigung etc. sind Aspekte, welche sich unmittelbar auf die qualifizierte Akutbehandlung auswirken, die in der Regel klärbar sind, jedoch von der konkreten personellen Kapazität vor Ort abhängen.

Das Behandlungskonzept als solches ist nicht nur anerkannt, sondern auch inzwischen Vorbild für die aktuelle Diskussion bezüglich der qualifizierten Akutbehandlung Alkoholabhängiger NRW und auch bundesweit. Die DHS hat eine Arbeitsgruppe „Qualifizierter Entzug“ eingerichtet, die ein entsprechendes Positionspapier auf Bundesebene erarbeitet hat, an dem ebenfalls drei Mitglieder unseres Fachverbandes entscheidend mitarbeiten.

Dennoch haben wir keinen Anlass, uns selbstzufrieden zurückzulehnen, sondern allen Grund, uns den neuen Herausforderungen zu stellen: Vor allem den neuen und (noch) nicht erreichten Zielgruppen. Stellvertretend nennen möchte ich an dieser Stelle die von Sucht und Migration betroffenen - diesbezüglich erwägen wir, eventuell

die nächste Tagung unter dieses Motto zu stellen -, die sogenannten schwerstabhängigen Drogenabhängigen, die über das gerade anlaufende Heroinprojekt erreicht werden sollen, aber auch die Gruppe der drogenkonsumierenden Jugendlichen und insgesamt, neben spezifischen Fragestellungen wie Party-Drogenkonsumenten und Patienten mit psychiatrischer Comorbidität, die Verbesserung und den Ausbau geschlechtsspezifischer und familienfreundlicher Behandlungsangebote, um den Behandlungserfolg gefährdende Faktoren zu reduzieren und die Erfolgchancen unserer Bemühungen zu vertiefen (9).

Das bedeutet: In der Praxis hat sich gezeigt, dass Projekte wie „Therapie“- und „Behandlung sofort“ bzw. aktuell „Soforthilfe für Drogenabhängige“ nicht nur sinnvoll, sondern auch praktisch umsetzbar sind und zu einem besseren und stabileren Kontakt zu wichtigen, sonst kaum erreichbaren Zielgruppen führen. Dieser Anspruch und diese Zugangswege stellen jedoch uns in den Einrichtungen und auch das Hilfesystem insgesamt vor neue Herausforderungen, die wir nur gemeinsam bewältigen

können. Diese Bewältigung schließt den offenen Austausch und die konstruktive, das heißt auch bei konstruktiven Streit belastungsstabile Zusammenarbeit gerade an den Schnittstellen im Versorgungssystem ein. Schlechte Kommunikation innerhalb des Hilfesystems sowohl regional als auch überregional erschwert diese Arbeit und verhindert den Behandlungserfolg. Wir hoffen, dass unsere Tagung dazu beiträgt, diese Schwachstellen zu erkennen und zu überwinden und auch, dass diese Fragen stärker wissenschaftlich evaluiert werden; denn Wissenschaft ist unseres Erachtens dann sinnvoll, wenn sie versorgungs- und bedarfsorientiert ist und nicht am grünen Tisch stattfindet.

In diesem Sinne sind auch Soforthilfeprojekte kein Allheilmittel, können aber zu einer wesentlichen Verbesserung der Hilfsangebote beitragen - wenn die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen zur qualifizierten stationären Akutbehandlung und im Hilfesystem vor Ort stimmen (10). Anderenfalls gibt es keine Soforthilfe in der Praxis, sondern allenfalls auf dem Papier.

## Literaturliste

- 7/1997, Kath. Fachhochschule NRW, Abt. Köln
- (1) **Kuhlmann, Th., Hasse, H.E., Sawalies, D.:**  
Die qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW;  
PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1, S. 13-18 (1994), Stuttgart-New York: Georg Thieme Verlag
- (2) **Kuhlmann, Th.; Hasse, H.E.; Sawalies, D.:**  
Harm-Reduction und niederschwellige Drogenhilfe in NRW - über die Anforderung an eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger;  
SUCHT 1 (1994), S. 50-56, Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH
- (3) **Kuhlmann, Th., Hasse, H.E., Sawalies, D.:**  
Harm Reduction needs qualified clinical acute Treatment  
5<sup>th</sup> International Conference on the Reduction of Drug related harm (abstract)  
Toronto Ontario Canada, p 46, 1994
- (4) **Kuhlmann, Th.:** Harm reduction - zum Paradigmenwechsel in der Drogenarbeit; PSYCHIATRISCHE PRAXIS Heft 4 (1996), S. 157-160, Stuttgart, New York: Thieme-Verlag
- (5) **Heudtlass, J.-H., Sawalies, D., Kuhlmann, Th.:**  
NRW-Krankenhausbedarfsplanung für qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger; SUCHT 3 (1996), S. 196-199), Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH
- (6) **Klein, M.:**  
1. Zwischenbericht zum Modellprojekt "Behandlung sofort Köln";
- (7) **Reker, M.:**  
Bedarfsorientierte Versorgung Suchtkranker in der klinischen Psychiatrie in: Mit und ohne Bett - Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund; AKTION PSYCHISCH KRANKE 2002
- (8) **Kuhlmann, Th.:**  
Ecstasy, eine Designer-Drogen der Techno-Szene;  
PSYCHIATRISCHE PRAXIS 6 (1996), S. 266-269, Stuttgart, New York: Thieme-Verlag
- (9) **Kuhlmann, Th.:**  
Die zukünftigen Aufgaben für die Behandlung Drogenabhängiger in Psychiatrischen Kliniken, in: Mit und ohne Bett - Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund; AKTION PSYCHISCH KRANKE 2002
- (10) **Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW:**  
Landesprogramm gegen Sucht; 2/1999 Düsseldorf
- (11) **Reker, M., Reymann, G., Bormann, D., Bartkowiak, U., Bätz, B.:**  
Die Dauer der qualifizierten stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger zu Lasten der Krankenversicherung; SUCHT 45 (6) 1999

## **Rainer Salisch-Chromow Dr. Peter Summa-Lehmann**

### **Arbeitsgruppe 1: Ambulante Drogenberatung und qualifizierte Akutbehandlung**

In dem Arbeitsgespräch wurde nach einem kurzen Impulsreferat aus der Sicht der ambulanten Drogenbehandlung sowie der stationären qualifizierten Akutbehandlung besonders das Spannungsfeld zwischen Anspruch und Wirklichkeit herausgehoben.

Strittiger Punkt in dem Schnittstellenbereich beider Angebotsstrukturen war das Konzept der Niedrigschwelligkeit und das Spannungsverhältnis zwischen Motivation und Behandlungsnotwendigkeit. Es wurde festgestellt, dass das Konzept der Niedrigschwelligkeit regional sehr unterschiedlich gehandhabt wird und in einzelnen Bereichen die qualifizierte Akutbehandlungseinheit wenige Angebotsmöglichkeiten einräumt, um eine Sofortbehandlung zu ermöglichen. In den Diskussionsbeiträgen

und in den gemeinsamen Empfehlungen wurde eine bessere Vernetzung vor Ort gefordert, ein persönlicher und wechselseitiger Dialog und eine Verbesserung des sog. case managements.

Als zentrale Aufgabe für die Zukunft wurde herausgearbeitet, dass es gegenwärtig häufig nur darum gehen könne, das Erreichte aufrechtzuerhalten und dass es in vielen Fällen inzwischen mehr um eine Abwehr der Verschlechterung durch Kostendruck und fehlende Finanzierung gehe. Demgegenüber müsse auch hier die Verbesserung der Beziehung stehen sowie auch Anstrengungen, die Qualität der Vernetzung durch persönlichen Einsatz nicht beschädigen zu lassen.

## **Sybille Theunissen Dr. Gerhard Reymann**

### **Arbeitsgruppe 2: Stationäre Entzugsbehandlung und qualifizierte Akutbehandlung**

Zentrales Thema des Arbeitsgesprächs war die Verbesserung des Transfermanagements zwischen qualifiziertem Drogenentzug und der stationären medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger. Neben einer Sammlung von konkreten Problemdefinitionen wurden praxisrelevante Lösungsansätze aus den Einrichtungen vorgestellt.

Breiten Raum nahm die Erörterung von Schwierigkeiten in der Kooperation zwischen den Einrichtungen für den qualifizierten Drogenentzug und den Reha-Kliniken ein. Aus Sicht der Arbeitsgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer stehen dabei vielfältige Kommunikationsdefizite im Vordergrund. Angesprochen wurden beispielsweise Schwierigkeiten in der Absprache bezüglich der Medikation, zuständige, gut über die jeweiligen Patientinnen und Patienten informierte Ansprechpartner zu erreichen, Informationen über irreguläre Behandlungsverläufe zu erhalten etc. Im Zusammenhang mit den Kommunikationsmängeln wurde mehrmals das Problem der wechselseitig nicht bekannten Behandlungskulturen angesprochen. Probleme ergeben sich ebenfalls aus der sektorbezogen unterschiedlichen Sicht über die notwendige Dauer der Entzugsbehandlung, des Abstinenzzeitraumes nach Medikation. Allerdings, so wurde übereinstimmend festgestellt, spielen hierbei die Vorgaben der Krankenkassen eine wesentliche intermittierende Rolle. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Einrichtungen für den qualifizierten Drogenentzug sprachen zudem Vermittlungsprobleme an angesichts fehlender Kapazitäten in der medizinischen Rehabilitation für spezifische Indikationen wie für Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnosen

und abhängige Jugendliche. Lösungsansätze fehlen außerdem für die Tatsache, dass viele Patientinnen und Patienten, die in die stationäre medizinische Rehabilitation vermittelt werden sollen und bereits eine Kostenzusage des Leistungsträgers haben, trotz motivierender Maßnahmen des qualifizierten Drogenentzugs, ihre stationäre Therapie nicht antreten. Nicht zuletzt erschweren aus Sicht beider Bereiche organisatorische Probleme die erfolgreiche Kooperation. Hierbei wurden etwa gegenläufige Alltagsroutinen („entweder der andere Mitarbeiter ist in der Gruppe oder ich selbst habe ein Einzelgespräch“) und Schwierigkeiten, den Fahrdienst für zu vermittelnde Patientinnen und Patienten zu organisieren, benannt.

Als Aufgabe für die Zukunft wurde im wesentlichen die Notwendigkeit gesehen, sektorübergreifend Brücken zu bauen. Folgende Lösungsansätze für eine bessere Vernetzung der Bereiche Drogenentzug und stationäre medizinische Drogenrehabilitation wurden im Arbeitsgespräch erörtert:

- Transparenz der Behandlungskonzepte
- Gegenseitige Hospitationen und Teambesuche
- Integration von Praxisblöcken in die Therapieausbildungen
- Inhaltsreichere Arzt- und Sozialbriefe über den Behandlungsverlauf im Drogenentzug
- Verbesserung der Kooperationsroutinen (klare gut informierte Ansprechpartner, gemeinsame Zuständigkeit für

notwendige Organisationsroutinen, wie bspw. die Regelung des Fahrdienstes im Rahmen von Vermittlungen etc.)

Bemerkenswert war die produktive Gesprächsatmosphäre im Rahmen der Arbeitsgruppe, die berufsgruppen- und

sektorübergreifend von gegenseitiger Wertschätzung und der Bereitschaft geprägt war, sich in die Interessen und Arbeitsabläufe des jeweils anderen Bereichs einzudenken.



## Dr. Martin Reker Stefan Engemann

### Arbeitsgruppe 3: Niedrigschwellige Angebote und qualifizierte Akutbehandlung

#### 1. Zentrale Themen des Arbeitsgespräches

Vorab eine Bemerkung: In den zurückliegenden 10 -15 Jahren hat sich sehr viel verbessert.

Ein Paradigmenwechsel hat stattgefunden. War qualifizierte, methadongestützte Entgiftung ehemals nahezu unbekannt und in den Kliniken zumeist auch nicht gewollt, ist sie mittlerweile allseits anerkannt und in NRW nahezu flächendeckend organisiert. (Siehe dazu auch den neuen Flyer vom Fachverband).

Der Zugriff auf qualifizierte Entgiftungsmöglichkeiten ist wichtiger Bestandteil der Arbeit niedrigschwelliger Einrichtungen (Kontaktläden etc.).

Was an Problemen zwischen niedrigschwellig arbeitenden Einrichtungen und qualifizierten Entzugsstationen derzeit noch auftaucht sind oftmals Abstimmungsprobleme („Feinarbeit“).

#### 2. Welche Probleme standen im Vordergrund des Arbeitsgespräches ?

Von Seiten der ambulanten niedrigschwelligen Drogenhilfe eben diese Abstimmungsprobleme:

- Wie soll es laufen, bevor jemand in die Entzugsbehandlung kommt?
- Warum erwarten einige Entzugsstationen regelmäßige, zum Teil tägliche telefonische Rückmeldungen?

- Wie wird mit Notfällen verfahren / wie schnell ist hier eine Aufnahme möglich?
- Gibt es zwischen Mitarbeitern der ambulanten und stationären Drogenhilfe Kooperationskontakte?

Von Seiten der qualifizierten Entzugsstationen:

- Was passiert mit einigen Behandelten in Anschluss an die Entzugsbehandlung? Wie schnell und flexibel kann ambulante Drogenhilfe sich auf – evtl. auch neue - Situationen einstellen?
- Es wurde darauf hingewiesen, dass es einige Drogenkonsumierende weiterhin vorziehen auf „normalen“ Stationen zu entgiften, ohne Programm etc. (Jedoch, dies muss man hier anmerken, zumeist auch mit Methadon).

#### 3. Was wurde als die zentrale Aufgabe für die Zukunft formuliert ?

- Vor Ort sollen Kooperationskontakte geschaffen/ gepflegt oder ausgebaut werden.
- Im Einzelfall ggf. gemeinsam am „Klienten“ arbeiten. Fallgespräche. Individueller Hilfeplan...
- Gewünscht wird sich von den Stationen weniger bürokratischen Aufwand (keine Pflicht zu tgl. Anrufen etc.)
- Gewünscht wird sich von der ambulanten Drogenhilfe in einigen Einzelfällen mehr Kooperationsbereitschaft und zeitliche und inhaltliche Flexibilität.

**Verzeichnis der Referentinnen und Referenten:**

**Wilfried Görgen**

FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH  
Prälat-Otto-Müller-Platz 2, 50670 Köln

**Dr. Bernhard Bätz**

Fachverband qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.  
Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Warstein  
Fritz-Hegemann-Str. 21, 49581 Warstein

**Prof. Dr. Michael Klein**

Kath. Fachhochschule NRW  
Wörthstr. 10, 50668 Köln

**Michael van Brederode**

Amt für Planung und Förderung / Koordinationsstelle Sucht  
Landschaftsverband Rheinland  
Herrmann-Pünder-Str. 1, 50679 Köln

**Karolin Holze**

Amt für Planung und Förderung / Koordinationsstelle Sucht  
Landschaftsverband Rheinland  
Herrmann-Pünder-Str. 1, 50679 Köln

**Dr. med. Thomas Kuhlmann**

Fachverband qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.  
Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach  
Schlodderdicher Weg, 51469 Bergisch Gladbach

**Rainer Salisch-Chromow**

Drogenhilfe Köln  
Berliner Str. 77a, 51063 Köln

**Dr.med. Peter Summa-Lehmann**

Fachverband qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.  
Rheinische Kliniken Düren  
Meckerstr. 15, 52353 Düren

**Sybille Theunissen**

Beusingser Mühle  
Beusingen 36, 59505 Bad Sassendorf

**Dr. Gerhard Reymann**

Westfälisches Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Dortmund  
Marsbruchstr. 179, 44287 Dortmund

**Stefan Engemann**

INDRO e.V.  
Bremer Platz 18, 48155 Münster

**Dr. Martin Reker**

Fachverband qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.  
v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel  
Königsweg 1, 33617 Bielefeld