

Impressum

Herausgeber: Landschaftsverband Rheinland, Kennedy-Ufer 2, 50679 Köln
Dezernat Gesundheit und Heilpädagogisches Netzwerk
Amt für Planung und Förderung

Redaktion: Gerda Schmieder

Druck: Hausdruckerei Landschaftsverband Rheinland

Bestellungen: www.lvr.de

Köln im Februar 2009
1. Auflage 1 - 500

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier aus 100 % Altpapier

Inhalt

Begrüßung.....	3
Michael van Brederode	
Drogenhilfe – Konkurrenz und Kooperation unter verschärften Wettbewerbsbedingungen.....	6
Prof. Dr. Horst Bossong	
Erfahrungen und Fragen aus der klinischen Praxis	18
Dr. Thomas Kuhlmann	
Arbeitsgruppe 1.....	30
Niedrigschwellige Hilfen und Qualifizierte Akutbehandlung	
Andreas Hecht	
Dr. Ulrich Kemper	
Arbeitsgruppe 2.....	32
Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Qualifizierte Akutbehandlung	
Silvia Wilske	
Prof. Dr. Markus Banger	
Arbeitsgruppe 3.....	35
Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung	
Sybille Teunißen	
Dr. Peter Summa-Lehmann	
Fazit.....	38
Dr. Thomas Kuhlmann	
Referentinnen und Referenten	39

Begrüßung

Michael van Brederode

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

im Namen des Landschaftsverbandes Rheinland begrüße ich Sie herzlich zu unserer heutigen Fachtagung, die wir in guter Tradition wieder einmal als Gemeinschaftswerk verschiedener Verbände durchführen. Daher darf ich Sie auch herzlich im Namen unserer Kooperationspartner begrüßen, namentlich

- Frau Beate Schröder von der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe; Frau Schröder wird gleich die Moderation des Vormittages übernehmen.
- Herr Dr. Thomas Kuhlmann als Vertreter des Fachverbandes „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger“,
- Herr Georg Seegers für den Diözesan-Caritasverband Köln, der den heutigen Nachmittag moderierend begleiten wird und
- Herrn Michael Wedekind vom Paritätischen Wohlfahrtsverband.

Vielen Dank an Sie alle für Ihre Unterstützung der Vorbereitungsarbeiten!

Es ist nun die vierte Veranstaltung dieser Art, die wir im zweijährlichen Rhythmus mit dem Ziel durchführen, aktuelle Fragestellungen, die Sie in Ihrer täglichen Praxis berühren, aufzugreifen und einer vertiefenden Diskussion zugänglich zu machen.

Unsere erste gemeinsame Fachtagung in dieser Konstellation fand im Jahr 2002 statt und befasste sich mit der „Qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger – im Spannungsfeld zwischen Substitution und Abstinenz“ – so der damalige Titel.

Damals attestierte Herr Wilfried Görgen von FOGS der Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW im bundesweiten Vergleich eine gewisse Vorbild- und Vorreiterfunktion. Dies jedoch nicht, ohne gleichzeitig auch ein wenig Essig in den Wein zu gießen, indem er Defizite in der Kooperation und Vernetzung reklamierte.

Überhaupt ist die Forderung nach verbesserter Kooperation ein Postulat, das mich beharrlich

seit meiner immerhin auch schon fast 30jährigen Befassung mit Fragen der psychiatrischen Versorgung begleitet hat und ich befürchte fast, dieses Problem wird uns auch zukünftig weiterhin beschäftigen.

Der immer wiederkehrende Befund unzureichender Kooperation verweist auf eines der zentralen Probleme unserer pluralistischen Versorgungsstrukturen im Bereich der psychiatrischen Versorgung und damit auch der Suchtkrankenhilfe. Er ist Ausdruck einer immanenten Schwäche der Systeme, die wir jedoch nicht resigniert zur Kenntnis nehmen, sondern als Anreiz verstehen sollten, beharrlich an ihrer Überwindung zu arbeiten. Denn: Kooperation und Vernetzung sind von zentraler Bedeutung für die Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Nutzergerechtigkeit unserer Hilfesysteme.

„Drogenhilfe – was tun?! Kooperation in Zeiten wachsender Konkurrenz und zunehmender Kommunalisierung“ so lautet unser Titel der heutigen Veranstaltung, der das Kooperationspostulat denn auch erneut aufgreift.

Im Kern des Themas stehen also drei Begriffspaare, deren Verhältnis einer näheren Betrachtung lohnt:

- Kooperation und Konkurrenz
- Kooperation und Kommunalisierung
- Konkurrenz und Kommunalisierung.

Bei oberflächlicher Betrachtung scheinen Kooperation und Konkurrenz zunächst Antagonisten zu sein: Wer in Konkurrenz zueinander steht, der kooperiert besser nicht. Oder?

Ich denke, das Gegenteil ist mindestens genau so richtig! Gerade in Zeiten zunehmender Konkurrenz um knappe Ressourcen im Sozial- und Gesundheitssystem ist es höchst rational, sich zu Verbänden zusammen zu schließen. Denn:

- Durch die Integration unterschiedlicher Leistungen und Angebote wird i. d. R. eine höhere Nutzerzufriedenheit und Wirksamkeit von Hilfen erreicht.
- Durch Zusammenarbeit – etwa in den Bereichen Wirtschaft und Verwaltung – können Rationalisierungsreserven erschlossen werden, die für eine verbesserte Patientenversorgung nutzbar gemacht werden können.

- Und nicht zuletzt: Der Zusammenschluss unterschiedlicher Leistungsanbieter erhöht die Durchsetzungsmacht sozial- und gesundheitspolitischer Ziele und Anliegen.

Wer sich also aus Angst vor dem Wettbewerb in den Mauern der eigenen Einrichtung und Zuständigkeit abschottet, macht m. E. genau das Falsche. Das haben viele Träger von Einrichtungen und Diensten der Sozial- und Gesundheitsversorgung ja auch bereits erkannt und insofern ist es kein Zufall, dass sich gerade im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts die Bemühungen um Netzwerke und Verbände im Sozial- und Gesundheitswesen deutlich intensiviert haben.

Unterstützend wirken hier im übrigen auch eine Reihe von gesetzlichen Regelungen und Kostenträgervorgaben, die mit der Zielsetzung erlassen wurden, die Zusammenarbeit zwischen Hilfetägern zu fördern: Hierzu gehören (bei allen Schwächen in der Umsetzung) die gesetzlichen Regelungen zur Integrierten Versorgung gemäß der §§ 140 a ff des SGB V oder die Vorgaben des Landschaftsverbandes Rheinland als überörtlichem Träger der Sozialhilfe zur personenzentrierten Hilfeplanung.

Wir stehen hier jedoch noch immer mitten drin in einem mühsamen Prozess und deshalb ist es immer wieder wichtig, der Frage nachzugehen: Wo stehen wir aktuell? In welchen Feldern, mit welchen Zielen und welchen Instrumenten können wir also unsere Zusammenarbeit weiter verbessern.

Kooperation und Kommunalisierung erscheinen bei oberflächlicher Betrachtung als wenig spannungsgeladen: Schließlich gilt die kleinräumige, sozialraumorientierte Organisation von Hilfen bereits seit der Psychiatrie-Enquête als eine wichtige Grundlage für die Gewährleistung kooperierender und vernetzter Hilfen für psychisch kranke Menschen. Und daran hat sich im fachlichen Diskurs der letzten mehr als 30 Jahre nichts geändert. Insofern ist die Kommunalisierung eine alte nach wie vor gültige Reformformel.

Hier liegen die zu diskutierenden Fragen also weniger im Ob als im Wie. Aus der Entwicklung in anderen Bereichen der sozialen Versorgung – etwa der Jugendhilfe – wissen wir, dass Kommunalisierung zumindest temporär durchaus zu erheblichen Verwerfungen in den Systemen führen kann. Vor diesem Hintergrund gilt es sicherlich auch den Prozess der Kommunalisierung der Suchtkrankenhilfe kritisch zu begleiten. Bei allen Risiken sehe ich hier aber vielfältige Chancen, die dann erschlossen werden können, wenn

Kommunalisierung vorrangig im Sinne eines Anreizes zu verbesserter Kooperation vor Ort wirksam gemacht werden kann!

Kommunalisierung und Konkurrenz – dieses Begriffspaar dürfte vor allem der Befürchtung vieler Träger der Suchtkrankenhilfe geschuldet sein, dass durch die Kommunalisierung der Landesförderung zumindest mittelfristig die Karten neu gemischt werden. Dass also die als einigermaßen sicher gewählten Fördermittel plötzlich nicht mehr verlässlich sind, weil sich die Vergabemodalitäten verändern: Etwa die Verteilung zwischen Städten und Kreisen, die in der Vergangenheit relativ gut mit Landesmitteln bedient wurden und solchen, die relativ schlechter da standen. Oder die Verteilung innerhalb der einzelnen Gebietskörperschaften. Auch mit Blick auf diese Befürchtung erscheint es mir jedoch vollkommen falsch, sich unter dem Eindruck von Konkurrenzängsten abzuschotten. Denn: Es gibt keine Alternative zu Kooperation und Vernetzung, wenn es um die Gewährleistung bedarfsgerechter und differenzierter Hilfen für suchtkranke Menschen geht.

Meine Damen und Herren,
wir haben uns mit der Koordinationsstelle Sucht in den vergangenen Jahren intensiv mit der Frage beschäftigt, wie die regionale Vernetzung in der Suchtkrankenhilfe und der psychiatrischen Versorgung methodisch unterstützt werden kann.

Dies vor dem Hintergrund unserer Überzeugung, dass im Feld der Kooperation ein hoher Bedarf an methodischen Entwicklungen im Sinne einer zunehmenden Professionalisierung und Systematisierung vernetzten Versorgungshandelns besteht.

Deshalb haben wir vor einigen Jahren ein manualisiertes Verfahren zum Netzwerkbezogenen Qualitätsmanagement entwickelt, das eben diese Systematisierung und Professionalisierung von Vernetzung unterstützen soll.

Das Ziel des Netzwerkbezogenen Qualitätsmanagements ist es, verkürzt dargestellt, Kooperation vom bloßen Appell in ein konkretes, differenziertes Arbeitsprogramm und Maßnahmenpaket zu überführen – die komplexe Aufgabe also zu operationalisieren.

Wir durften dieses Verfahren in den letzten drei Jahren im Rahmen eines Modellvorhabens des Landes erproben und weiterentwickeln.

Die Ergebnisse der Modellerprobung haben uns ermutigt. Besonders ermutigend ist es, dass sich inzwischen die Suchtkrankenhilfe der Stadt Mön-

chengladbach entschlossen hat, dieses Verfahren außerhalb einer Modellförderung einzuführen.

Doch nun zurück zur heutigen Fachtagung. Nach den einführenden Referaten des heutigen Vormittags sollen im Rahmen dieser Tagung Vernetzungsprobleme in Bezug auf konkrete und relevante Versorgungsschnittstellen betrachtet werden, und zwar der Schnittstellen zwischen

- niedrighschwelligen Hilfen und Qualifizierter Akutbehandlung
- zwischen der ambulanten Beratung und Behandlung und der Qualifizierten Akutbehandlung
- sowie der Akutbehandlung und der medizinischen Rehabilitation.

Ich möchte mich bereits jetzt sehr herzlich bei allen Mitwirkenden bedanken und wünsche uns allen einen interessanten und erkenntnisreichen Tag. Und damit möchte ich dann auch gleich an die Moderatorin des heutigen Vormittags – Frau Schröder – übergeben.

Vielen Dank!

Drogenhilfe – Konkurrenz und Kooperation unter verschärften Wettbewerbsbedingungen

Prof. Dr. phil. Horst Bossong

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
es ist vom Veranstalter gut gewählt, die aktuellen Bedingungen der Drogenhilfe gleichermaßen

unter Konkurrenz- *und* Kooperationskautele zu betrachten. Tatsächlich ist beides zunächst einmal ein ganz typisches und im Grunde wenig überraschendes menschliches Verhalten.

Folie 1

[... ganz normales Verhalten]

- Konkurrenz und Kooperation als Formen normalen menschlichen Verhaltens:
 - ▷ Wie kann ich zu Höchstleistungen kommen?
 - ▷ Wie kann ich andere übertrumpfen?
 - ▷ Was kann ich von anderen lernen?
 - ▷ Wo und wie können mir andere nützlich sein?

Auch wenn wir es vielleicht oft gerne anders sehen oder wahrhaben wollen: auch Konkurrenz-

verhalten ist normal, allerdings historisch aus gutem Grund gebändigt.

Folie 2

[Im Einzelnen: Konkurrenz]

- Die Auseinandersetzung mit der Umwelt ist zunächst immer Kampf um knappe Güter.
- Dieser Kampf hat sich, historisch gesehen, in Form des geordneten *Wettbewerbs* zivilisiert.
- Wettbewerb erfolgt heute auf der Basis institutionalisierter Regeln.

Wo immer Konkurrenz ungezügelt bleibt, läuft sie Gefahr, ins Brutale, wofür sinnbildlich vor allem der so genannte Hahnenkampf steht, auszufern.

Freilich ist umgekehrt auch Kooperation ein normales Verhalten; sie entspringt der Erkennt-

nis, dass bestimmte Ziele nur gemeinschaftlich oder aber durch Kooperation besser erreicht werden können, d.h. Kooperation zielt darauf, Kräfte zu bündeln, um möglichst optimale Ergebnisse zu erreichen – auch hierfür allerdings braucht es Regeln.

Folie 3

[Im Einzelnen: Kooperation]

- Kooperation entspringt der Erkenntnis, dass man [bestimmte] Ziele nur gemeinschaftlich oder gemeinschaftlich besser erreicht.
- Kooperation braucht verbindliche Regeln, damit ich „nicht der Dumme bin“ und „nicht übers Ohr gehauen werde“.

Wo, wie in heutigen komplexen Gesellschaften, Vertrauen, das gegebene Wort und die Ehre, nicht mehr ausreichen, wird Kooperation typischerweise vertraglich vereinbart und – wenn nötig – bis ins letzte Detail und in Hinblick auf alle nur denkbaren Eventualitäten genauestens geregelt. Gerade hieran sieht man, dass Koope-

ration zwar durchaus üblich, aber eben doch unter gegebenen Umständen mit mehr oder weniger großem Misstrauen begleitet wird. Gleichwohl neigen wir im Allgemeinen dazu, Kooperation eher positiv, Konkurrenz hingegen eher negativ zu konnotieren.

Folie 4

[Konnotationen: Kooperation und Konkurrenz]

- Mit *Kooperation* werden üblicherweise gemeinschaftsbezogene, humanistische Ideale verbunden.
- Mit *Konkurrenz* wird gemeinhin harter Kampf und/oder menschlich unbeteiligtes (Markt-) Agieren insinuiert.

Es ist jedoch keine Frage: Vor allem komplexe Aufgaben lassen sich oft nur gemeinschaftlich zielführend bearbeiten; anderenfalls würde man,

wie wir wohl alle aus Erfahrung wissen, den Erfolg riskieren und dann unter Umständen gravierende negative Folgen in Kauf nehmen müssen.

Folie 5

[Fehlende Kooperation]



Pieter Bruegel d.Ä. (16.Jahrh.)

Und doch, so positiv Kooperation konnotiert ist, sie funktioniert nicht per se und führt nicht sozusagen automatisch zum Erfolg. Stets müssen wir uns zunächst einmal auf gemeinsame strategische und operative Ziele und ggf. Teilziele verständigen, diese in gemeinschaftliche und/oder arbeitsteilige Handlungsschritte übersetzen und verlässlich unseren Part zum Gelingen des Gesamten erfüllen. Anderenfalls tritt genau das ein,

was mit der Wendung „schön, dass wir mal gemeinsam alles besprochen haben!“ ironisiert wird.

Was heißt dies nun für unser heutiges Thema? Grundsätzlich können wir es von zwei Seiten angehen oder – besser noch: in einer die beiden Seiten integrierenden Weise erschließen.

Folie 6

[Annäherung von zwei Seiten]

- Sozialwissenschaftliche bzw. suchthilfepolitische Perspektive
- Wirtschaftswissenschaftliche Perspektive

Mit Blick auf die Anforderungen, unter denen die Drogenhilfe heute steht, ist die Sache nicht ganz einfach, denn tatsächlich gibt es sehr unter-

schiedliche Erwartungen und Forderungen an die Drogenhilfe:

Folie 7

[Widersprüchliche Forderungen]

- Häufige Kritikpunkte:
 - ✦ Segmentierung des Hilfesgeschehens
 - ✦ unzureichend vernetztes Hilfesystem
 - ✦ unergiebigere Koordinationskreise
 - ✦ unregelmäßige/ ungesteuerte Kooperationen

Folie 8

[Widersprüchliche Forderungen]

- Häufige Forderungen:
 - ✦ mehr Wettbewerb
 - ✦ prägnante Alleinstellungsmerkmale
 - ✦ Mehr (Aus-) Wahlfreiheit für Klienten
 - ✦ Keine „Koppelungsgeschäfte“

Was nun also: Wohin soll's denn nun gehen?
Mehr Kooperation oder mehr Konkurrenz?

Vielleicht hilft uns hier ein kurzer Exkurs weiter, der uns Klarheit über die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen verschafft, unter denen die Drogenhilfe, aber auch ganz generell Soziale Arbeit und Sozialpolitik gestaltet und erbracht wird.

Die These, die ich vertrete, lautet: Im übergeordneten Kontext der Globalisierung befinden wir uns heute in einem fortgeschrittenen Stadium des Übergangs zum Post-Wohlfahrtsstaat. Dies bedeutet, dass die traditionale sozialstaatliche Ausrichtung, die mit dem Ziel des Ausgleichs gesellschaftlicher Gegensätze, Benachteiligungen und individueller Depravationen durch fürsorgendes und versorgendes Tätigsein eines korporatistischen Systems staatlicher und staatlich verantworteter bzw. finanzierter Institutionen mehr und mehr der Vergangenheit angehört. Stattdessen zieht sich der Staat zurück und überlässt es – überspitzt gesagt: dem Markt, passgenaue und zielführende personenbezogene

Dienstleistungsangebote bereitzustellen, die unter den Beteiligten letztlich frei verhandelbar sind. Gesellschaftliche Integration als **das** Kennzeichen und **die** Aufgabe der Sozialen Arbeit verliert den historisch herausgehobenen Stellenwert und wird zur Entscheidungsfrage des Leistungsberechtigten: Er integriert sich oder schließt sich aus – die erkennbare Parallelität zur Ambiguität der Marx'schen „Freiheit des Lohnarbeiters“ verdeutlicht die neue Perspektive des post-wohlfahrtsstaatlichen Regimes in einer globalisierten Gesellschaft. In der Konsequenz dieser Perspektive schwinden für die Leistungsanbieter nahezu sämtliche bisherigen Sicherheiten, insbesondere die der finanziellen Absicherung ihrer Einrichtungen und Projekte – peu á peu - „mutieren“ sie zu strikt marktförmigen Angeboten, die sich je und je ihre „Kundschaft“ neu suchen und darüber finanzieren müssen. Gelingt ihnen dies, reüssieren sie auf dem Markt, gelingt es ihnen nicht, dann gehen sie unter und verschwinden vom Markt.

Folie 9

Sozialpolitische Rahmenbedingungen: Konturen des Post-Wohlfahrtsstaats

- Im Post-Wohlfahrtsstaat spielt in der öffentlichen Debatte die Frage, warum jemand welche psychosozialen und sonstigen Probleme, biographischen Defizite, Handicaps usw. hat und wie komplex die auf den Einzelfall bezogene Behandlung ist, eine zusehends marginale [*marginalisierte*] Rolle.
- Relevant ist im Grunde nur die Frage: Gelingt in angemessener Zeit und zu vertretbaren Kosten die soziale Integration oder nicht.

Folie 10

Sozialpolitische Rahmenbedingungen: Konturen des Post-Wohlfahrtsstaats

- Die öffentlichen Hände finanzieren perspektivisch nicht mehr Einrichtungen und Projekte sondern geben dem (leistungsberechtigten) Bürger Geld (persönliches Budget) zur Bezahlung jeweils in Anspruch genommener Leistungen.
- Es ist der Einzelne, der – vermittelt über soziale Förder-/ Hilfeangebote oder auf anderem Wege – Integrationsleistung erbringt (Inklusion) oder nicht (Exklusion).

Folie 11

Sozialpolitische Rahmenbedingungen: Konturen des Post-Wohlfahrtsstaats

- Es sind die sozialen bzw. die Bildungsträger, die passgenaue Leistungen anbieten oder nicht; tun sie es, eröffnet sich ihnen ein Nachfragermarkt, tun sie es nicht, verschwinden sie vom Markt.
- Im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses steht im Kern die Frage:
„Bieten wir [Staat, Kommunen, Sozialversicherungsträger] Chancen für Chancen der sozialen, Bildungs- und beruflichen Integration?“

Folie 12

Sozialpolitische Rahmenbedingungen: Konturen des Post-Wohlfahrtsstaats

- Der Staat konzentriert sich auf die Rolle des *ermöglichenden*, bestenfalls aktivierenden Verwaltungs- und Sozialstaats.
- An die Stelle des Prinzips sozialstaatlich garantierter Daseinsvorsorge tritt de facto das *ökonomische Rationalprinzip* marktförmig organisierter sozialer Dienstleistungen.

Die Forderung des Staates an die Träger der Sozialen Arbeit und dementsprechend die öko-

nomische Perspektive der Leistungsanbieter lautet: Mehr Markt – weniger Staat.

Folie 13

Das heißt: ...

- **Mehr Markt** ▷ mehr Wettbewerb und Konkurrenz, mehr Unsicherheit und Risiko
- **Weniger Staat** ▷ keine längerfristige Planungssicherheit mehr, keine fachlich-konzeptuellen Gewissheiten mehr, jedoch stärkere Pluralität, Diversität und Flexibilität

Es ist, dies muss man wohl deutlich hervorheben, eine Schimäre, so zu tun, als seien die Träger Sozialer Arbeit von diesen Entwicklungen völlig unvorbereitet überfallen worden und getroffen; ebenso wenig stimmt es, dass die Träger in toto dem bis heute nachhaltigen Widerstand entgegenzusetzen. Im Gegenteil: das Gros der Träger – und allemal die größeren und überregional tätigen, sind längst hierauf eingerichtet und agieren zusehends professionell im neu entstandenen

Markt. Dies freilich bedeutet zum einen, dass Wettbewerb und Konkurrenz zum essentiellen Element im Umgang untereinander wird und dass wir uns andererseits bei der Suche nach geeigneten Instrumenten zu geregelter Kooperation zwischen den Anbietern auch vor allem an die *markttypischen* Kautelen und Handlungsformen halten müssen. Konkret geht es um (wettbewerbs-) rechtliche Instrumente, die zum Tragen kommen können bzw. zu beachten sind:

Folie 14

Wie ist unter diesen Bedingungen Kooperation machbar?

- Was darf/ soll es nicht geben?
 - Preisabsprachen
 - Koppelungsgeschäfte
 - Irreführende u. sittenwidrige Werbung
 - Konzeptabsprachen (ab einem bestimmten Grad)
- Was also ist möglich, was nötig?

Folie 15

**Was ist möglich?
Folien für Kooperationsformen**

- Konsortialorganisation
- Franchise- Organisation

Eher unrealistisch:

- Konzern- u. Holding- Bildung
- Fusion

Keinesfalls eine Option:

- Kartellbildung

Wettbewerb und Konkurrenz schließen Kooperation durchaus nicht aus. Vor allem Franchise- und Konsortialorganisation bieten hinreichend erprobte Folien zur Kooperation unter Marktbedingungen. Beide Kooperationsmodi sind zugleich rechtlich kodifiziert und müssen so gesehen für unsere Zwecke nicht erst völlig „neu erfunden“, sondern vielmehr auf die konkreten

Bedarfe der Drogenhilfe hin angepasst werden. Die Frage, die zu beantworten ist, lautet also zunächst einmal: Was ist für eine optimale Hilfe- bzw. Leistungserbringung im Interesse der Klienten und Klientinnen als Leistungsnutzer nötig und zielführend; kurz: was müssen wir, d.h. die sozialen Einrichtungen als Leistungserbringer, sicherstellen:

Folie 16

[Was ist für optimale Hilfe nötig?]

- Motivationen optimal nutzen ⇨ zügig passgenaue Hilfen anbieten
- Rückschritte professionell bearbeiten ⇨ für ein reibungsloses Ineinandergreifen der verschiedenen „Stopp and Go-“ Hilfen sorgen
- Fortschritte nachhaltig sichern ⇨ aufeinander aufbauende Hilfen und Unterstützungssettings anbieten

Folie 17

[Was ist nötig?]

- Alle Maßnahmen sollen *state of the art* und möglichst *evidenzbasiert* sein.
- Alle Maßnahmen sollen *wirtschaftlich* erbracht werden.
- Alle Maßnahmen sollen *nachhaltig* sein.

Diese (vorgenannten) Anforderungen können heute als im Wesentlichen unverhandelbar gelten, d.h. ihre Umsetzung wird – nicht zuletzt im Interesse des Hilfeempfängers – als ganz selbst-

verständlich von jedem Leistungserbringer erwartet. Welche Möglichkeiten bieten nun speziell Konsortien und Franchise-Organisationen?

Folie 18

[Noch mal: Was ist möglich?]

- **Konsortialorganisation und Franchising:**
 - (a) Das Konsortium:
Ein Konsortium ist eine vertragliche Verbindung eigenständiger Unternehmen zur Erledigung einer bestimmten (häufig zeitlich befristeten) Aufgabe.
 - (b) Franchising:
„Franchising ist ein auf Partnerschaft basierendes Absatzsystem mit dem Ziel der Verkaufsförderung. Der so genannte Franchisegeber übernimmt die Planung, Durchführung und Kontrolle eines erfolgreichen Betriebs-typs. Er erstellt ein unternehmerisches Gesamtkonzept, das von seinen Geschäftspartnern, den Franchisenehmern, selbstständig an ihrem Standort umgesetzt wird.“
(Dtsch. Franchise-Verband e.V.)

Folie 19

[Grundlagen – Voraussetzung ^[1]]

- **Beide Systeme fußen auf der *begründeten* Absicht,**
 - beidseitig die je *eigenen* Geschäftserfolge zu optimieren,
 - gemeinsam die Output-/ Outcome-Qualität des kooperativen Gemeinschaftsprodukts zu steigern,
 - Geschäftsrisiken und „Einsatzkapital“ zu minimieren,
 - beidseitig *gleichermaßen* Vorteile zu erzielen.

Beide Systeme können uns nützliche Hinweise und Anregungen geben für die Ausgestaltung einer interinstitutionellen Kooperation. Dabei ist freilich evident, dass es kein „alles oder nichts“ geben sollte, sondern es vielmehr stets darauf ankommt, im konkreten (Umsetzungs-) Fall mit Augenmaß eine Balance zwischen Aufwand und

erwartbarem Nutzen herzustellen. Essentiell ist hierbei die Erkenntnis, dass es in beiden Systemen ganz entscheidend darum geht, Enttäuschungs- und Scheiternswahrscheinlichkeiten soweit als eben möglich zu minimieren, d.h. umgekehrt Vertrauen und Verlässlichkeitschancen zu optimieren.

Grundlagen – Voraussetzung ^[2]

- *Verlässlichkeit / Zuverlässigkeit* ist eine essentielle, unverzichtbare Voraussetzung für jedes der beiden Systeme.

Dies impliziert i.d.R.

- ✓ vertragliche Vereinbarung der Zusammenarbeit,
- ✓ unbedingte wechselseitige Transparenz über die tatsächlichen Stärken und Schwächen in den kooperationsrelevanten Feldern,
- ✓ Vereinbarung von Sanktionsoptionen und Schadenersatzrechten/ -pflichten.

Tatsächlich reichen unter den heutigen Bedingungen i.d.R. die früher typischen, eher informellen Absprachen und Vereinbarungen nicht mehr aus. Nicht zuletzt auch mit Blick auf die (im Marktgeschehen durchaus gravierenden, vielleicht bisweilen sogar existenzbedrohlichen) Folgen eines möglichen Scheiterns von Kooperation sind vertragliche Regelungen erforderlich. Zu bedenken ist dabei, dass sich üblicherweise am Beginn einer Kooperationsbeziehung vieles vergleichsweise problemlos und einvernehmlich regeln lässt, das, sofern es nicht geregelt ist, später womöglich Anlass zu heftigster Kontroverse bis hin zu gerichtlicher Auseinandersetzung wird. Insofern gilt: Auch wenn und gerade

weil man zunächst vielleicht glaubt, angesichts des „guten Einvernehmens“ doch eigentlich nichts oder nur sehr wenig formalisieren zu müssen, so stellt doch der Beginn einer Kooperation den besten Zeitpunkt dar und bietet die günstigsten Chancen für faire vertragliche Regelungen; später ist dies oft ungleich schwerer oder schließlich gar nicht mehr herstellbar – nicht umsonst bedeutet „Vertrag“ zunächst einmal, *dass man sich verträgt*, wenn man sich binden will. Und in der Tat ist das Eingehen einer Kooperation immer auch Bindung auf eine ungewisse Zukunft, von der man nicht weiß, wie sich die Dinge entwickeln werden.

Vertrag

§ 705 BGB Inhalt des Gesellschaftsvertrags

Durch den Gesellschaftsvertrag verpflichten sich die Gesellschafter gegenseitig, die Erreichung eines gemeinsamen Zweckes in der durch den Vertrag bestimmten Weise zu fördern, insbesondere die vereinbarten Beiträge zu leisten.

Auch wenn es in der Sozialen und gesundheitsbezogenen Arbeit bisher eher untypisch war, so ist es doch zweckdienlich, in einem Kooperationsvertrag möglichst präzise zu operationalisie-

ren, was man wie will, wer welche Aufgaben und Pflichten zu erfüllen hat und welche Sanktionen greifen, wenn Pflichten nicht erfüllt und Vereinbarungen nicht eingehalten werden.

Folie 22

[Was ist (operativ) nötig? ^[1]]

- Verbindliche vertragliche Detail-Regelungen:
 - ✓ Was sind die konkreten Gegenstände/ Felder, die in die Kooperation einbezogen werden sollen?
 - ✓ Wie soll en détail die Zusammenarbeit aussehen/ ausgestaltet werden und wie weit soll sie reichen?
 - ✓ Welche (Betriebs-) Informationen sind wechselseitig auszutauschen? [↳ Transparenzpflichten]
 - ✓ Wie soll ein gemeinschaftliches (!) Controlling ausgestaltet und umgesetzt werden?
 - ✓ Wie sind Vertragsverletzungen möglichst präzise definierbar und wann sind welche Sanktionen (ggf. stufenweise) fällig?
 - ✓ Wie sind worst-case- Szenarien definierbar/ beschreibbar und welche Konsequenzen sind hier fällig?
 - ✓ Welche Regeln gelten bei Kündigung der Kooperation?

Ganz generell gilt und ist zu bedenken: ***Gelingen- de Kooperation ist möglich, aber nicht per se wahrscheinlich!*** Sie ergibt sich nicht einfach aus dem (anfänglich vorhandenen) guten Willen und der guten Absicht, vielmehr bedarf sie einer systematischen und kontinuierlichen Prozess- und

Ergebniskontrolle, die insonderheit auch immer wieder die Frage nach dem Mehrwert, also dem Nutzeffekt gemessen am Aufwand, untersucht. Zugleich gilt: Je genauer die Dinge von Anfang an geregelt sind, desto besser.

Folie 23

[Was ist (operativ) nötig? ^[2]]

- Sinnvoll/ zweckdienlich sind vielfach:
 - symbolische Akte der Vertrauensbildung und -festigung,
 - Schritt für Schritt vorangehen und nichts überstürzen,
 - Mechanismen zum Schutz vor bzw. zur Reduzierung von Enttäuschungen schaffen,
 - Sicherheitshorizonte schaffen / „Airbags einbauen“.

Wenn diese Voraussetzungen geschaffen und die nötigen Sicherheiten stabil eingebaut sind, ist in der Kooperation vieles möglich – auch Dinge, die

vielleicht zunächst gar nicht im Fokus der gemeinsamen Überlegungen und Gespräche standen:

[Was ist (operativ) möglich?]

- ... jenseits der definierten fachlich-inhaltlichen Felder:
 - > gemeinschaftliche Werbung und Außendarstellung
[zu klärende Frage: Wie soll die Außenvertretung geregelt werden?];
 - > gemeinschaftliche „Marktanalysen“;
 - > gemeinschaftliches QM (ggf. auch Administration, Buchhaltung u.ä.) in den Kooperationsfeldern;
 - > gemeinschaftliche Mitarbeiterqualifizierung (ggf. z.T. auch Mitarbeiterrekrutierung);
 - > ...

Wenn wir das bisher Gesagte zusammenfassen, dann lässt sich folgendes Resümee ziehen:

1. Kooperation ist – auch unter Bedingungen des Wettbewerbs und der Konkurrenz – in vielen Feldern und Hinsichten möglich und oft auch nötig, um zu nachhaltigen und überzeugenden Erfolgen zu gelangen.

2. Kooperation erfordert eine äußerst gründliche Vorbereitung und die (durchaus sehr kleinteilige)

vertragliche Fixierung des „Was“ und des „Wie“ der Gegenstände.

3. Kooperation muss kontinuierlich im Hinblick auf die Kosten und den Nutzen überprüft und vor allem: sie muss von allen Beteiligten wirklich **gelebt** werden!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Erfahrungen und Fragen aus der klinischen Praxis

Dr. Thomas Kuhlmann

Die folgenden Ausführungen beziehen sich vorrangig auf das Drogenhilfesystem, also die Hilfsangebote für Konsumenten illegaler psychotroper Substanzen, sie können in vieler Hinsicht aber auch auf das Hilfesystem für Konsumenten legaler psychotroper Substanzen, vor allem Alkohol, übertragen werden.

Die Entwicklung des Drogenhilfesystems im Rückblick

Das Hilfesystem in NRW für Menschen mit problematischem und abhängigem Konsum illegaler psychotroper Substanzen hat sich in den vergangenen drei Jahrzehnten erheblich verändert und weiterentwickelt.

Dieser Veränderungsprozess hatte weit reichende Auswirkungen auf die praktische Kooperation innerhalb des Hilfesystems, den Kontakt zur heterogenen Zielgruppe der Menschen mit problematischem und abhängigem Konsum und auf die Haltung sowohl gegenüber den Klientinnen und Klienten als auch untereinander im Hilfesystem. Um 1980 umfasste das Hilfesystem – von wenigen Ausnahmen abgesehen – im ambulanten Bereich Kontakt- und Beratungsangebote zur hochschwelligen Abstinenzprüfung mit fast ausschließlicher Orientierung auf stationäre Langzeittherapie und Nachsorge zur Ausstiegsunterstützung.

Hilfsangebote um 1980:

- **Ambulant:**
Hochschwellig und unmittelbar abstinenzorientiert
- **Entzugsbehandlung:**
Ohne homologe med. Unterstützung (statt Methadon nur Neuroleptika), ohne spez. Konzept für Drogenkonsumenten

Folie 1

Die klinische Akutbehandlung wurde durchgeführt unter Verzicht auf entzugslindernde homologe medikamentöse Unterstützung (also ohne Methadon, sondern mit Neuroleptika) und Stationsregeln, welche Drogenkonsumenten gegenüber den in der Regel mehrheitlich alkohol- oder allgemeinspsychiatrisch kranken Patienten deutlich stärker reglementierten bei ausschließlicher Orientierung auf sofortige Langzeittherapie als nahtlose Anschlussbehandlung.

Voraussetzung für die stationäre Entzugsbehandlung war üblicherweise eine Leistungszusage für

die stationäre Langzeittherapie, also die medizinische Rehabilitation, im direkten Anschluss oder eine Zwangseinweisung infolge psychischer Dekompensation.

In der stationären Langzeittherapie wiederum gab es einheitliche Behandlungsdauern, Aufdeckung von Rückfällen führte zur sofortigen Entlassung, medikamentöse Behandlung inklusive Psychopharmakotherapie psychiatrisch comorbider Patienten galt als Kontraindikation.

- *Voraussetzung zur Behandlung:*
PsychKG oder nahtlose Verlegung in med. Reha
- *Med. Rehabilitation:*
Einheitliche Therapiedauer
Rückfall = Entlassung
Psych. Comorbidität mit med. Behandlung
= Kontraindikation

Folie 2

Seitdem hat sich viel verändert – in allen Arbeitsfeldern der Drogenhilfe (1, 2, 3).

- Mit dem Aufbau niederschwelliger Hilfsangebote (Kontaktcafes, Streetwork, drogentherapeutische Ambulanzen, Konsumräume etc.) konnte zunehmend Kontakt aufgebaut und wiederhergestellt werden zu Personen, welche von den bisherigen Hilfsangeboten nicht oder nicht mehr erreicht wurden.
- Das Modellprojekt zur ambulanten Methadonsubstitutionsbehandlung konnte erst nach Berufung des Schweizer Psychiaters Professor Dr. Gastpar auf den Lehrstuhl für Psychiatrie an der medizinischen Fakultät der Universität Essen psychiatrisch begleitet werden, da sich kein deutscher Psychiater dieser Herausforderung stellen wollte. Es

hat zu einer deutlichen Verbesserung der Erreichbarkeit Drogenabhängiger durch das Hilfesystem geführt, den Lebensalltag drogenkonsumierender Menschen stärker ins Bewusstsein der Helfer gerückt und die Kooperation zwischen ambulanter Drogenhilfe, Psychiatrie, Suchtmedizin und Allgemeinmedizin verändert (4). Mit der Teilnahme der beiden nordrhein-westfälischen Standorte Köln und Bonn an der bundesweiten Heroinstudie konnten auch in NRW jene Personengruppen zumindest im Ansatz konstruktiv ins Hilfesystem eingebunden werden, welche sich über Substitutionsbehandlung nicht ausreichend haben stabilisieren können (5a, 5b).

Neue Ansätze im Hilfesystem in NRW:

- **Niederschwellige Angebote:**
Kontaktcafes, DTA's, Konsumräume, Notschlafstellen,...
- **Methadonerprobungsvorhaben**
- **Qual. stat. Akutbehandlung**

Folie 3

- Die qualifizierte stationäre Akutbehandlung, also die Integration von entzugs- und motivationsfördernder Behandlung bei enger Verzahnung mit dem Hilfesystem hat wesentlich dazu beigetragen, die klinische Vorbereitung auf Anschlussperspektiven wie z. B. Langzeittherapie, betreutes Wohnen etc. zu verbessern, weiter zu entwickeln und gerade in Verbindung mit den Projekten „Therapie sofort“ (in Westfalen) und „Behandlung sofort“ (im Rheinland) bzw. deren Nachfolgeprojekt „Soforthilfe für Drogenabhängige“ auch Zielgruppen konstruktiv einzubinden,

die als zu schwierig und kaum erreichbar galten. Infolgedessen hat sich auch die therapeutische Auseinandersetzung verändert: Z. B. die praktische Arbeit mit rückfälligen Patienten, die Behandlungs- und Betreuungsstrategie bei psychiatrisch comorbiden Patienten inklusive Psychopharmakotherapie – sofern erforderlich, Konzepte zur gemeinsamen Therapie für Paare sowie für Eltern mit Kindern und die Erweiterung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation unter bestimmten Rahmenbedingungen auch für noch in Substitution befindliche Klienten (6).

- *Therapie Sofort – Behandlung Sofort - Soforthilfe für Drogenabhängige (SHD)*
Kontakt zu neuen Zielgruppen
 - *Folgen für die praktische Arbeit:*
Arbeit mit dem Rückfall in der Behandlung psychiatrisch comorbider Klienten
- Paar-/Eltern-Kind Behandlung
- Reha-Einstieg auch für substituierte Patienten

Folie 4

Darüber hinaus sind vielfältige ambulante Arbeitsprojekte für ehemalige Drogenkonsumierende, aber auch spezifisch für substituierte Klientinnen und Klienten aufgebaut worden bzw. in konkreter Planung im Rahmen neuer Kooperationsformen des Hilfesystems mit den ARGE n stets mit dem Ziel Menschen mit dem so genann-

ten Vermittlungshindernis Sucht vor der Ausgrenzung zu bewahren (beispielhaft genannt seien Köln und Wuppertal).

- *Ambulant: Diamorphin-(Heroin-)projekt*
- Arbeitsprojekte für Substituierte
Kooperation mit ARGE (z. B. Köln,
Wuppertal,...)
- Folgen:* Mehr Schnittstellen, mehr
Kooperations- und Kommunikationsbedarf

Folie 5

Angebotsdifferenzierung, KOoperation und Schnittstellenmanagement

Die Weiterentwicklung des gesamten Drogenhilfesystems hat weit reichende Folgen. Weniger schematisch angelegte, dafür stärker den besonderen Bedürfnissen des Einzelnen entsprechende Behandlungs- und Betreuungsangebote erfordern stets praktische Flexibilität aller beteiligten Personen und Institutionen, intensiven Austausch und damit neue Formen des Schnittstellenmanagements. Sie basieren auf konkreter KOoperation.

Dafür drei Beispiele:

- Stichwort Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger:
Die Klärung des Aufnahmezeitpunkts erfordert z. B. Abstimmung mit dem betroffenen Klienten oder der Klientin, der ambulanten Drogenberatung, möglicherweise einer Fach-klinik (sofern Langzeittherapie angestrebt wird) und dem substituierenden Arzt. Die Erarbeitung, möglicherweise auch Veränderung einer Anschlusslösung erfordert auch eine Einbeziehung der Kooperationspartner.
– Wird z. B. eine Substitutionsbehandlung angestrebt oder eine Langzeittherapie oder

eine so genannte anti-craving gestützte ambulante Behandlung?

- Stichwort Hartz IV:
Wie ist der Patient sozial abgesichert? Wird die erforderliche medizinische Behandlung bezahlt? Welche noch offene Fragen sind mit der ARGE zu klären? Besteht Krankenversicherungsschutz z. B. auch bei bereits geplanter Verlegung in die Langzeittherapie?
- -Stichwort Soziotherapeutische Betreuung:
Z. B. bei psychiatrisch comorbiden Patientinnen und Patienten, die auch nach Abschluss der qualifizierten Akutbehandlung oder medizinischen Rehabilitation noch spezifisch allgemeinpsychiatrischer Hilfe bedürfen. Wie kann diese erforderliche Alltagsunterstützung organisiert werden? In welchem soziotherapeutischen Wohnheim können sie aufgenommen werden? Und wann? Wie kann einer Dekompensation der Betroffenen vorgebeugt werden während der in der Regel monatelangen Wartezeit auf einen Wohnheimplatz?

- *Akutbehandlung: Z. B.*
Aufnahmezeitpunkt klären (außer Notaufnahme)
Anschlusslösung abstimmen
Sozialversicherung klären („Hartz IV“)
- *Bei psychiatrisch comorbiden Patienten:*
Behandlung und Betreuung sichern (z. B. Wohnheimplatz)

Voraussetzung: Abstimmung aller Helfer und der Patienten

Folie 6

Die skizzierten Beispiele, die nur einen kleinen Ausschnitt aus vielen Fragen abbilden, die jeweils zu klären sind, haben wesentliche Gemeinsamkeiten. Sie erfordern, im jeweiligen Einzelfall die Probleme konkret zu erfassen und zu klären und die bestehenden Ressourcen zu nutzen sowohl in Bezug auf die verschiedenen Hilfsmöglichkeiten und beteiligten Institutionen als auch in Bezug auf die Klientinnen und Klienten bzw.

Patientinnen und Patienten, wenn irgend möglich in direktem Austausch aller Beteiligten einschließlich der Drogenabhängigen selbst, also möglichst mit den Betroffenen, nicht ohne oder gegen sie. Dieses Vorgehen wiederum erfordert außer wechselseitiger Transparenz, Fähigkeit zur Improvisation und Verlässlichkeit vor allem eins, nämlich KOMMunikation.

- *Chance:*
Fordern und Fördern durch konkrete Kooperation und Kommunikation
- *Risiko:*
Überfordern und – gegenseitiges -
Behindern bei mangelnder Kommunikation
und fehlender Abstimmung

Folie 7

Sonst führt die Beteiligung verschiedener Helfer aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern nicht zum koordinierten „Fordern und Fördern“ der Drogenabhängigen, sondern zum bestenfalls unkoordinierten Nebeneinander, wenn nicht gar

Gegeneinander der Helfer. Und damit zum „Überfordern und Behindern“ statt „Fordern und Fördern“. Das wiederum führt uns zum nächsten Punkt.

Auswirkungen auf die praktische Arbeit

Die Veränderungen in der Finanzierung der Hilfesysteme durch SGB II, SGB V, SGB VI, SGB IX, SGB XII sowie auch landesbezogene Initiativen zur Kommunalisierung haben zu einer enormen Veränderung der Hilfsangebote geführt: Zu wesentlich mehr Flexibilität, zugleich zu mehr Ab-

stimmungsbedarf und Dokumentation sowie deutlich weniger Raum für den direkten Austausch, das gemeinsame Gespräch. Die Zahl der Schnittstellen ist enorm gewachsen, das gemeinsame Gestalten und praktische Nutzen der Schnittstellen wird immer schwieriger.

- *Veränderte Rahmenbedingungen durch SGB 2, 5, 6, 9, 12 (bundesweit) und Kommunalisierung (landesweit) verändern das Hilfesystem:*

Mehr Flexibilität, mehr Schnittstellen, mehr

Bedarf an Dokumentation und Abstimmung,

aber weniger Zeit zum Gespräch

Folie 8

Dazu einige Beispiele

- Qualifizierte Akutbehandlung:
Gemeinsame Gespräche z. B. zur Klärung der Anschlussperspektive fallen immer häufiger aus, nicht aus Desinteresse z. B. der Beratungsstelle, sondern infolge personeller

Probleme. Wird dieser Bereich der praktischen Arbeit für die Beratungsstelle refinanziert oder nicht? Ist die Kontaktpflege auch während der klinischen Behandlung Teil der Klientenbetreuung oder ist der so genannte Fall mit Aufnahme in der Klinik abgeschlossen?

- Antrag auf medizinische Rehabilitation: Soll der klassische ambulante Weg zur Erarbeitung eines Antrags auf Langzeittherapie gegangen werden oder ist es sinnvoll das Instrument des Soforthilfeantrages zu nutzen? Falls ja, soll das Team der Akutstation oder das Team der Beratungsstelle mit der Klienten

tin oder dem Klienten über diesen Weg eine sinnvolle Anschlusslösung erarbeiten? Angesichts zunehmender personeller Personalengpässe wächst die Sorge bei den beteiligten Personen und Institutionen, dass aufwendige Arbeitsschritte jeweils dem anderen Partner zugeschoben werden.

- *Qualifizierte Akutbehandlung:*

Gemeinsames Gespräch (Mitarbeiter, Patienten und Drogenberater) schwierig zu realisieren wegen personeller Probleme durch andere Finanzierung –

Kontaktpflege = Aufgabe der DROBS?

Klientenbetreuung = bei Klinikaufnahme Ende (Fall abgeschlossen)?

Folie 9

- Die Kontaktpflege zwischen Beratungsstelle, Klient und Fachklinik wird immer aufwendiger. Das neue System der Fachleistungsstunden erschwert tendenziell, den Kontakt mit vorbetreuenden Institutionen während der klinischen Akutbehandlung, aber auch während der Langzeittherapie aufrechtzuerhalten und damit gemeinsam wichtige Absprachen die Anschlussperspektive zu organisieren. Spätestens mit Ankunft in der Langzeittherapie ist dieser so genannte Fall formal abgeschlossen.

- Die Begleitung der Patienten in juristischen Auseinandersetzungen wird zunehmend problematischer. Wer ist zuständig: Die Beratungsstelle, Mitarbeiter der Akutstationen, der aufsuchende Betreuer – falls vorhanden, die Bewährungshilfe – falls eingebunden? Das diesbezüglich immer häufigere Fehlen des persönlichen und fachlichen Austausches erschwert die Sicherung des Informationsflusses und belastet die weitere Hilfeplanung, vom Problem der erforderlichen Betreuung betroffener Drogenkonsumenten in Haft ganz zu schweigen.

- *Vorbereitung auf med. Reha:*

Antragsstellung ambulant (klassisch) oder über „Soforthilfe“ (SHD)

Falls „SHD“: Ambulant (DROBS) oder stationär (Akutstation) – wie und durch wen?

Sorge: Wegen personeller Engpässe nicht selbst bearbeiten, sondern anderen zuschieben

Folie 10

Insgesamt ist durch die Veränderungen in den letzten Jahrzehnten der Kontakt zur Gesamtgruppe hilfebedürftiger Drogenkonsumierender besser geworden, ebenso der Kontakt innerhalb des Hilfesystems. Der Versorgungsbedarf der inzwischen erreichten Drogenkonsumenten steigt erheblich, die Ressourcen im Hilfesystem nehmen jedoch ab. Sowohl die Zahl jugendlicher Drogenkonsumenten als auch die Zahl von Drogenkonsumenten im höheren Lebensalter - und das heißt sowohl mit den Folgen langjährigen Drogenkonsums als auch mit alterstypischen Problemen belasteter Konsumenten - mit Kontakt zum Hilfesystem steigt. Viele Patienten mit psychiatrischer Comorbidität und geringen sozialen Ressourcen, zum Teil auch infolge eines

schwierigen Migrationshintergrundes haben wachsenden Bedarf an differenzierter Hilfe und langfristiger Unterstützung. Gleichzeitig wächst der Druck auf das Hilfesystem, die ökonomische Effizienz der eigenen Angebote binnen kurzer Beobachtungszeiträume nachzuweisen.

Da die Stadtkämmerer die finanziellen Belastungen der Kommunen verringern, zumindest nicht vergrößern wollen, erwarten sie von den kommunal finanzierten Beratungsstellen, dass sich deren Arbeit refinanziert. Und zwar kurzfristig, d.h. häufig binnen Jahresfrist, sonst droht die Streichung der diesbezüglichen Finanzierung und damit der entsprechenden Angebote.

Kontaktpflege z. B. zwischen DROBS, Klient und Klinik zunehmend kompliziert

Juristische Fragen: Begleitung (z. B. im Prozess) und Klärung offener Fragen –

Zuständigkeit: DROBS? Akutteam? Bewo? Bewährungshilfe?

Informationsfluss erfordert direkten Austausch, sonst drohen Fehler/Missverständnisse/Mangel an Hilfe

Folie 11

In den Kliniken – sowohl im Akutbereich als auch in der Reha – steigt der ökonomische Druck, dadurch wird die Wiederbesetzung freier Stellen zunehmend schwieriger, die personellen Ressourcen werden knapper, während der Behandlungsbedarf der Patienten steigt und der Bedarf an Vernetzung und kontinuierlichem Austausch mit anderen Institutionen weiter zunimmt (7).

Fazit

Das Hilfesystem hat sich qualitativ und quantitativ verändert, enorm weiterentwickelt und differenziert:

Seien es die Hilfsangebote der ambulanten und stationären, soziotherapeutischen und klinischen Drogenhilfe, die Entwicklung qualifizierter suchtmedizinischer Behandlungskonzepte, die Kooperation zwischen klassischer Drogenhilfe, Allgemeinpsychiatrie, Suchtmedizin und Allgemeinmedizin.

Damit die Betroffenen sich in der Vielfalt der Hilfsangebote orientieren und diese real nutzen können, müssen diese fachlich sinnvoll, differenziert und flexibel durch kompetente Mitarbeiter umgesetzt werden. Das erfordert

- *Hilfsangebote heute:*

Vielfältig, Kontakt zu Drogenkonsumenten und unter den Helfern besser,

Versorgungsbedarf steigt (z. B. jugendliche Konsumenten, Migranten, psychiatrisch comorbide Patienten) –

aber Ressourcen in DROBS und Klinik nehmen ab

Folie 12

- aktive Kooperation zwischen der Klientel und den Helfern, sei es in der Beratungsstelle, der Klinik oder Ambulanz, - Arbeitsteilung, Absprachen und Transparenz zwischen den beteiligten Partnern, z. B. der Beratungsstelle, Akutstation, Reha-Klinik und dem Hausarzt
- Flexibilität aller Beteiligten, um bei unerwarteten Schwierigkeiten ein drohendes Scheitern zu verhindern: Eine erhebliche Herausforderung z. B. bei Patienten mit Migrations
- hintergrund, chronisch mehrfach geschädigte Drogenabhängige im höheren Lebensalltag etc.,
- angemessene Hilfen für die - endlich - erreichten unterschiedlichen Zielgruppen konkret zu entwickeln und verfügbar zu machen.

- *Fazit:*

Hilfesystem deutlich verbessert im Sinne von individueller Zielhierarchie/Harm Reduction

Voraussetzung für praktische Umsetzung der Hilfsangebote ist aktive Kooperation zwischen Klienten und allen Helfern

Arbeitsteilung, Absprachen u. Transparenz
Flexibilität u. Improvisationsbereitschaft,
angemessene konkrete Hilfen

Folie 13

Die Aufgaben des Hilfesystems sind so vielfältig, dass sie nicht von einem Träger allein gelöst werden können:

Deshalb ist Konkurrenz, die auf das Ausschalten der anderen Träger abzielt, eine Bedrohung für die Effektivität des gesamten Hilfesystems, Konkurrenz im Sinne des Ringens um Verbesserung

der bestehenden und Entwicklung neuer, bedarfsorientierter Angebote hingegen sinnvoll und wünschenswert.

- Probleme zu komplex für einen einzelnen Träger
- KONkurrenz im Sinne von Wettbewerb um notwendige Hilfen = sinnvoll und wichtig
- KONkurrenz im Sinne von Ausschalten anderer = bedrohlich für Effektivität des Hilfesystems insgesamt

Folie 14

Wenn KOMmunalisierung dazu beiträgt, dass die Probleme der Bürger vor Ort als Herausforderung für die Kommune begriffen werden, dann kann KOMmunalisierung die Effektivität und Effizienz des Hilfesystems für alle Betroffenen verbessern.

Wenn hingegen die finanziellen Probleme der Kommune dazu führen, kommunal finanzierte

Hilfsangebote vorrangig daran zu messen, dass diese sich binnen eines kurzen Zeitraums selbst finanzieren, dann wird die Versorgung und damit die Lebensperspektive jener Bevölkerungsgruppen gefährdet, die sich nicht der Logik kurzfristiger betriebswirtschaftlicher Effizienzkriterien beugen.

- KOMmunalisierung: Mehr aktives Interesse an Suchtproblemen vor Ort (= Chance)?
- oder
- Interesse nur an Hilfsangeboten, die sich schnell und sicher refinanzieren (= Risiko)?
- BWL-Kriterien und Hilfen für chronisch (Drogen) Kranke: Eine riskante Kombination – wer definiert die Kriterien? Wer will konkrete Kooperation?

Folie 15

Eine qualifizierte Versorgung schwieriger Patientengruppen erfordert neben dem steten Infragestellen der bestehenden Hilfsangebote und dem Ringen um deren Verbesserung

- eine gemeinsame Haltung im Hilfesystem,
- angemessene Kriterien zur Beurteilung der Hilfsangebote, und das bedeutet Kriterien, die auch den Auswirkungen der

Suchtkrankheit auf alle Lebensbereiche im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells und der Chronifizierungstendenz der Suchtkrankheit entsprechen sowie

- eine an der Lebensrealität der Betroffenen und den Arbeitsbedingungen der Helfer, sei es in der Ambulanz, der Not-schlafstelle oder der Klinik orientierte Versorgungsforschung.

Wenn wir auf dieser Grundlage zusammenarbeiten, orientieren wir unsere Arbeit an den Ressourcen und den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten und werden gemeinsame Lösungen finden: Über koordiniertes Vorgehen zwischen den verschiedenen Institutionen, sei es z. B. über neue Koope-

rationsformen mit den ARGEn, über praktische Einbeziehung von Unterstützungsmöglichkeiten im Sinne des Community Reinforcement Approaches, über alltagsbegleitende aufsuchende Unterstützung und über andere Hilfsformen.

- *Voraussetzung für bedarfsorientierte Weiterentwicklung:*
 - Gemeinsame Haltung im Hilfesystem,
 - angemessene Kriterien im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells und der
 - Chronifizierungstendenz der Suchtkrankheit,
 - an der Alltagsrealität der Klienten und Helfer orientierte Versorgungsforschung

Folie 16

Wenn wir jedoch diese Grundlagen außer Acht lassen, dann konzentrieren wir uns nur noch auf die Angebote des eigenen Trägers bzw. des eigenen Verbundsystems, schotten uns gegenüber anderen Anbietern ab mit der Folge, dass das Hilfesystem nicht flexibler sondern undurchlässiger wird und sich schließlich selbst blockiert.

Wenn aber die KOOoperation im Hilfesystem nicht mehr funktioniert, dann wird die Hilfe ineffektiv, die Versorgungsrealität leidet und die Folgekosten werden steigen, kurzum: dann geht das Hilfesystem K.O. Dem müssen wir entgegen treten. Das können wir auch schaffen – aber nur gemeinsam.

- *Gefahr:*

Konzentration nur auf Angebote des eigenen Trägers/Verbundsystems = Abschottung nach außen d.h. weniger Flexibilität, weniger Kooperation, weniger Effektivität der Hilfen

= KO für das Hilfesystem

= KO für alle Beteiligten:
Helfer und Klienten

Folie 17

Gemeinsam gilt es
die Chancen zu nutzen
und den KO zu verhindern:

In konkreter KOoperation unter Einbezug
der betroffenen Klienten

Das ist OK - es liegt (auch) an uns!

Folie 18

Literatur:

1. Hans-A. Hüsgen:
Die Entwicklung der Therapie Drogenabhängiger in NRW – Weiterentwicklung der Substitution nach dem Erprobungsvorhaben; in: 10 Jahre Methadon-Substitution in NRW, Tagungsdokumentation, (1997), S. 147-154, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
2. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg): NRW-Landesprogramm gegen Sucht – eine Gemeinschaftsinitiative – In Umsetzung des Ziels 4 der „Zehn vorrangigen Gesundheitsziele in NRW“ (Landesgesundheitskonferenz 1995), Düsseldorf 1999, W&S Druck Köln
3. Kuhlmann, Th.: Harm reduction – zum Paradigmenwechsel in der Drogenarbeit; PSYCHIATRISCHE PRAXIS Heft 4 (1996), S. 157-160, Stuttgart-New York: Georg-Thieme-Verlag
4. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Medikamentengestützte Rehabilitation bei i. v. Opiatabhängigen; Prognos-Abschlußbericht über das wissenschaftliche Erprobungsverfahren; Juli 1993
5. a) Haasen, Ch. et al: Eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger – Zielgruppenspezifische Ergebnisse; SUCHT Heft 5 (2007), S. 268-277, Geesthacht, Neuland-Verlagsgesellschaft mbH
b) Kuhn, S. et al: Die psychosoziale Behandlung im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger; SUCHT Heft 5 (2007), S. 278-287; Geesthacht, Neuland-Verlagsgesellschaft
6. Deutsche Rentenversicherung Bund: Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001; in: Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund (2005), S. 25-37; DRV-B
7. Flintrop, J. Rabbata, S.: Der Deckel muss weg; Deutsches Ärzteblatt (03.10.2008), S. 1780-1781, Köln, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

Arbeitsgruppe 1

Niedrigschwellige Hilfen und Qualifizierte Akutbehandlung

Andreas Hecht
Dr. Ulrich Kemper

MitarbeiterInnen aus den unterschiedlichsten Berufsfeldern waren in dieser AG zusammen gekommen: Vertreter der Suchthilfe, der ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlung, der Psychiatrie, dem Betreuten Wohnen, der allgemeinen Sozialarbeit, der Obdachlosenhilfe, der Justizdienste und der Kostenträger.

Nach kurzen einführenden Statements der Moderatoren entwickelte sich ein Diskussions-schwerpunkt um die Fragestellung, wie sich die Zusammenarbeit zwischen niederschwelligen Hilfen und qualifizierter Akutbehandlung gestaltet. Es wurde deutlich, dass sich das Spektrum der Vorgehensweisen in den letzten Jahren deutlich ausgeweitet hat und es in Abhängigkeit von den beteiligten Institutionen und MitarbeiterInnen eine Vielzahl unterschiedlicher Kooperationsformen gibt.

Standen zu Beginn des Aufbaus der Einrichtungen des qualifizierten Drogenentzugs fürsorgliche Aspekte im Vordergrund, werden heute zum Teil dezidierte Anforderungen gestellt.

Noch immer gibt es das Angebot einzelner Anlaufstellen, Hilfe suchenden Drogenabhängigen eine sofortige Aufnahme im qualifizierten Drogenentzug zu ermöglichen.

Doch scheint dies nicht mehr durchgängig die Regel zu sein.

Durch Personalabbau sind Begleitfahrten in die Klinik selten geworden. Von Klientinnen und Klienten wird immer mehr Eigeninitiative erwartet. Zum Teil werden diese euphemistisch als Kunden bezeichnet, eine Begrifflichkeit, die aufgrund der fehlenden Wahlfreiheit der Betroffenen zumindest für einen Großteil der Drogenabhängigen nur für die Beziehung zum Dealer zutrifft.

Auch die Einrichtungen des qualifizierten Entzuges unterscheiden sich: So gibt es Stationen mit niederschwelliger Aufnahmemöglichkeit, aber auch Häuser, in denen grundsätzlich eine Voranmeldung erfolgen muss. In einzelnen Kliniken erfolgen Notaufnahmen grundsätzlich nicht im qualifizierten Drogenentzug, sondern auf geschlossenen psychiatrischen oder suchtmmedizinischen Stationen. Eine Verlegung kann dann jedoch in den Folgetagen erfolgen. Begründet wird diese Vorgehensweise mit den zum Teil längeren

Wartelisten der Stationen des qualifizierten Entzuges, die nicht über Notfalleinweisungen umgangen werden sollen.

Einige Einrichtungen sehen sich jedoch auch aufgrund einer veränderten Personalsituation nicht in der Lage, unangemeldet notfallmäßig 24 Stunden am Tag Patienten aufzunehmen.

Das Für und Wider dieser Praxis wurde in der Arbeitsgruppe kontrovers diskutiert. Sahen einige Teilnehmer hierin eine Aufgabe der Niederschwelligkeit und eine Verschlechterung der Versorgungssituation, beklagten insbesondere einige Vertreter der Kliniken Entzugshopping und unterstellten Betroffenen, dass diese sich zum Teil gleich in mehreren Einrichtungen anmelden würden und bei disziplinarischer Entlassung aus einem Krankenhaus in das nächste Krankenhaus wechseln würden.

Verwiesen wurde aber auch auf die Forschungsergebnisse zum Motivational Interviewing und zum Community Reinforcement Approach, nach denen es wichtig ist, die Betroffenen da abzuholen, wo sie stehen und durch eine geeignete psychotherapeutische Selbsterfahrung Gegenübertragungsaspekte, die zur Ablehnung der Betroffenen führen, zu erkennen.

Grundsätzlich sollten bei drogenabhängigen Menschen neben den Symptomen der Suchterkrankung die auch immer bestehenden schwerwiegenden Beziehungsstörungen berücksichtigt werden.

Thematisiert wurde in diesem Zusammenhang auch die vermehrt festzustellende Komorbidität zwischen Suchterkrankung, Psychose und Persönlichkeitsstörung. Insbesondere im niederschwelligen Kontaktbereich finde sich eine Klientel, die bezüglich der Suchterkrankung nur eine geringe Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft zeige. Substanzkonsum sei hier oft als Selbsteilungsversuch oder als Mittel der Symptomreduktion zu sehen. Besonders zu dieser Klientel falle es oft schwer einen therapeutischen Zugang zu gewinnen. Von verschiedenen Teilnehmern der AG wurde für diese Klientel auf die Basisaufgaben der psychosozialen Daseinsfürsorge hingewiesen. Es sei nicht primäre Aufgabe niederschwelliger Hilfen Suchttherapie zu vermitteln.

Ein Projekt aus Gütersloh wurde vorgestellt, bei dem im Rahmen eines „Round Table“ unter Beteiligung von KlinikmitarbeiterInnen, MitarbeiterInnen des Betreuten Wohnens, der Betreuungsstellen, des Sozialamtes, der Polizei und des allgemeinen Sozialdienstes eine Vorgehensweise festgelegt wurde, nachgehende Sozialarbeit für Nichtabstinentenzfähige zu organisieren. Es konnte mit dem Kreis Gütersloh als Kostenträger ein Betreuungsschlüssel von 1:6 vereinbart werden. Ausgehend von der Forderung des Gütersloher Psychiaters Klaus Dörner „mit den Schwächsten beginnen“ wurde das Projekt gezielt für die schwierigste Klientel angelegt. Die Organisation wurde dem Verein Komet (Verein für soziale Rehabilitation suchtkranker Menschen) übertragen. Zu Beginn des Projektes wurden 12 Menschen aufgenommen, bei denen keine Abstinentenzbereitschaft bestand.

Dem Wunsch einzelner Betreuer, Klientinnen und Klienten auch gegen deren Willen in das Projekt aufzunehmen (z.B. durch Übergabe eines Wohnungsschlüssels) wurde nicht nachgekommen.

Bei potentiellen Klientinnen und Klienten unternahmen die Sozialarbeiter Hausbesuche, in einem Einzelfall waren 12 Hausbesuche erforderlich, bis der Klient die Haustür öffnete. Schließlich konnten alle vorgeschlagenen Klientinnen und Klienten für dieses Projekt gewonnen werden. Im Vordergrund standen lebenspraktische Hilfen, Einkauf, Körperpflege usw. Es wurden relativ wenig feste Regeln vereinbart, z.B. kein Konsum von Alkohol oder Drogen in Gegenwart der Betreuer.

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitforschung wurde festgestellt, dass sich die Krankenhausaufenthalte der am Projekt beteiligten Personen im Laufe von zwei Jahren auf ein $\frac{1}{4}$ reduziert hatten. Durch die eingesparten Kosten waren Personal- und sonstige Kosten des Projektes mehr als refinanziert, wobei es aufgrund des gegliederten Sozialsystems zu einer Einsparung bei den Krankenkassen und zu einer Mehrausgabe beim örtlichen Sozialhilfeträger kam. Es kam zu teilweise dramatischen Verbesserungen der Lebensqualität aller am Projekt Beteiligten. Als überraschender Nebeneffekt war nach einem Jahr festzustellen, dass vier der zwölf Beteiligten ohne spezifische Suchttherapie abstinent geworden waren.

Als wesentlicher Wirkfaktor dieses Projektes wurde im Rahmen der Auswertung die Schaffung einer verbindlichen sozialen Beziehung gesehen.

Dieses Projekt bestätigt die dringende Notwendigkeit niederschwelliger Hilfen, bei denen der

Beziehungskontinuität eine tragende Bedeutung zukommt. Die Ergebnisse der allgemeinen Psychotherapieforschung von Klaus Grawe lassen sich auch auf die niederschwelligen Hilfen wie die qualifizierte Entzugsbehandlung anwenden. Hiernach kommen Ressourcenaktivierung, Motivationsfindung und Problemaktivierung eine entscheidende Bedeutung zu.

Zur Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Institutionen: Grundsätzlich kann von einer hohen Bereitschaft zu Kooperation und zum Austausch zwischen den einzelnen Beteiligten des Hilfesystems ausgegangen werden. Insbesondere durch den zunehmenden Kostendruck, dem alle Institutionen unterworfen sind, besteht weniger Zeit zum persönlichen Gespräch und zur Teilnahme an Kooperations- und Abstimmungsgesprächen.

Von einzelnen Teilnehmern wurde darauf hingewiesen, welche wichtige Informationsquelle auch im Vernetzungssinne die Klienten selber sind, die oft erst nach genauer Nachfrage ihre einzelnen Kontakte zum Hilfesystem angeben. Informationsaustausch ohne Zustimmung des Patienten wurde nicht nur aus datenschutzrechtlichen Gründen von der Mehrzahl der Diskutanten abgelehnt.

Von allen Beteiligten wurde die AG als fruchtbar angesehen, da sie Anregungen für den weiteren Austausch gegeben habe.

Arbeitsgruppe 2

Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Qualifizierte Akutbehandlung

Silvia Wilske
Prof. Dr. Markus Banger

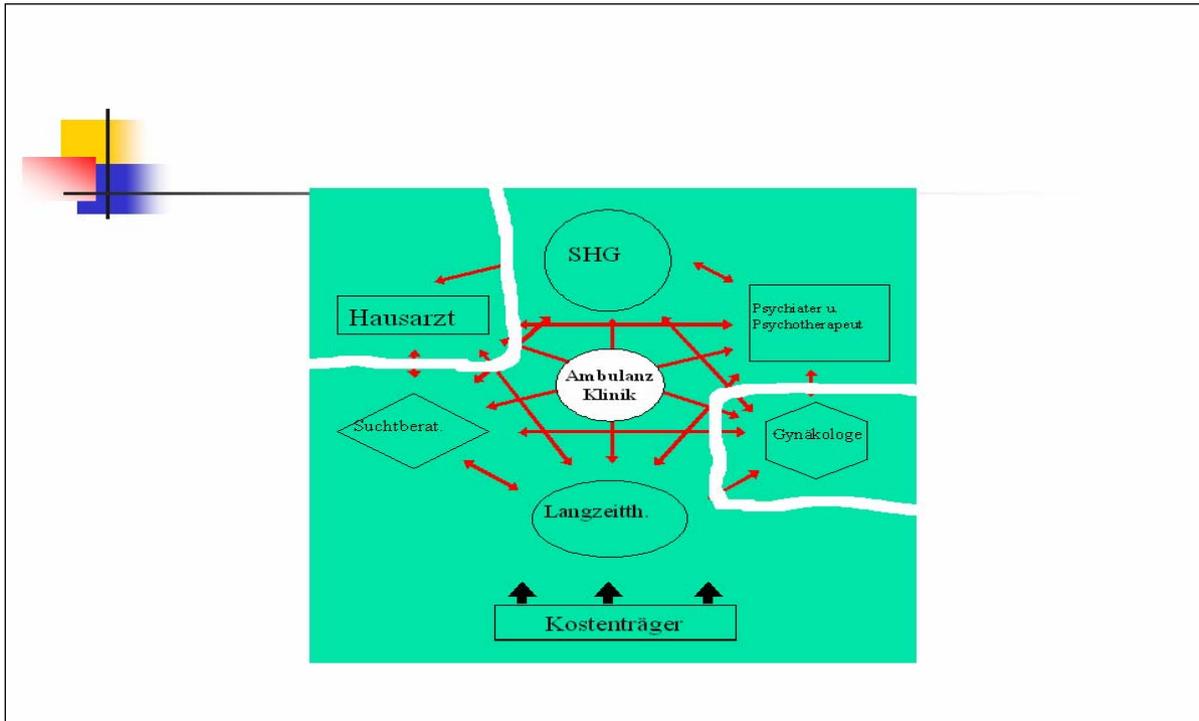
In der Bundesrepublik Deutschland leben ca. 1,7 Millionen Menschen mit Alkoholabhängigkeit, ca. 1,6 bis 2,3 Millionen Menschen mit einem schädlichen Gebrauch von Alkohol und ca. 10,4 Millionen Menschen mit einem riskanten Konsum von Alkohol. Daneben sind noch über eine Million Medikamentenabhängige zu nennen, ca. 285.000 Drogenabhängige und ca. 265.000 Menschen mit einem schädlichen Gebrauch von illegalen Substanzen. Dabei ist die Anzahl der Raucher sowie die Anzahl der Abhängigen von nicht substanzgebundenen Stoffklassen noch nicht berücksichtigt. Man kann also davon ausgehen, dass weit über 10 % der Bevölkerung an einer suchtmittelassoziierten Störung leiden. In der Wahrnehmung vieler erscheinen die Süchtigen als die Chancenlosen bis hin zu den Obdachlosen im Bahnhofsmilieu. Geht man davon aus, dass deutlich über 10 % der Bevölkerung eine suchtmittelassoziierte Störung haben, so wird verständlich, dass nicht über 100.000 Bewohner aus dem Versorgungsgebiet der Bonner LVR-Klinik (von ca. 960.000 Einwohnern) sich in der Suchtabteilung befinden können.

Die Mehrheit der Abhängigen befindet sich noch in funktionierenden sozialen Bezügen und es

sollte dringend versucht werden, diese sozialen Bezüge weiter aufrecht zu erhalten. Die hohen Zahlen machen deutlich, dass es keine schnelle, keine einfache Lösung für die unterschiedlichen Suchtproblematiken gibt. Es wird auch nicht einen Anbieter geben, der alle Abhängigkeitserkrankten adäquat versorgen kann. Die Stationen zum qualifizierten Entzug können aber in ihren jeweiligen Versorgungsregionen Kristallisationskerne für vernetzte Verbundlösungen sein, die mit hoher Effizienz bedarfsorientiert im Versorgungsnetz arbeiten.

Am Beispiel der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn wird die Relevanz der Vernetzung der Abteilung mit den kommunalen Trägern der Suchtkrankenhilfe im Suchthilfesystem verdeutlicht. Dabei hat sich die Zusammenarbeit mit den Trägern der Suchthilfeeinrichtungen im kommunalen Bereich ausgesprochen gut etabliert und ist auf nachhaltige Effekte hin ausgerichtet. Schwierigkeiten gibt es mit der Einbindung der Hausärzte und der Fachärzte für Frauenheilkunde in das Suchthilfesystem.

Abbildung 1
Netzwerk des kommunalen Suchthilfesystems (Ausschnitt)



Vor einigen Jahren wurde über den Landschaftsverband Rheinland im Versorgungsgebiet der Bonner LVR-Klinik (Rhein-Sieg-Kreis) ein Mo-

dellprojekt zum Netzwerkbezogenen Qualitätsmanagement (NBQM) installiert:

Tabelle 1

NBQM: Ein Modellprojekt des LVR

- ✓ Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement
- ✓ ein Modell zur Verbesserung der Kooperation und Vernetzung in der kommunalen Suchthilfe
- ✓ Leistungserbringung orientiert sich vorrangig an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten oder Klienten
- ✓ Bruchstellen in den Versorgungssystemen sollen beseitigt werden
- ✓ Hilfeleistungen unterschiedlicher Leistungserbringer werden aufeinander abgestimmt
- ✓ unnötige Doppel- oder Mehrfachleistungen werden reduziert

Dabei zeigte sich, dass es durch die fest vereinbarten regelmäßigen Termine von den Suchtberatungsstellen (Caritas und Diakonie), dem ambulanten Betreuten Wohnen (Vertreter von freien Anbietern), Reha-Anbietern und der Suchtabteilung der LVR-Klinik Bonn zu einer real messbaren Verbesserung der Zusammenarbeit gekom-

men ist. So existiert nicht nur eine Zusammenarbeit im Einzelfall, sondern es ist eine verlässliche institutionelle Zusammenarbeit installiert worden. Diese Zusammenarbeit funktioniert unabhängig von einzelnen Personen aus den jeweiligen Einrichtungen, die persönlich „gut miteinander können“. So wurde in der LVR-

Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie eine Sozialarbeiterin der Institutsambulanz damit beauftragt den Kontakt mit den Suchtberatungsstellen dauerhaft und verbindlich herzustellen. Über sie werden dann auch die von den Suchtberatungsstellen betreuten Patienten, die notfallmäßig aufgenommen werden sollen, kurz vorbesprochen und die Sozialarbeiterin der eigenen Institutsambulanz nimmt Kontakt auf mit dem diensthabenden Arzt der Abteilung und kann eine bevorzugte Aufnahme realisieren. Es ist so gelungen Bruchstellen zwischen dem stationären und ambulanten Bereich abzubauen und die Hilfeleistungen unterschiedlicher Leistungserbringer konnten besser aufeinander abgestimmt werden. Ähnliche Zielvorstellungen existieren in der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Hausärzten und Frauenärzten. Hier ist in der LVR-Klinik Bonn mit Unterstützung der Stadt Bonn ein Modellprojekt auf den Weg gebracht worden, das im Jahre 2009 anläuft. Ein Projektmitarbeiter der Suchtabteilung soll als Netzwerkassistent den Kontakt zu den niedergelassenen Hausärzten und Frauenärzten aufnehmen und den Praxen ein suchtmmedizinisches Screening für ihre Patienten anbieten. Übergeordnetes Ziel ist es, dass das etablierte System der hausärztlichen medizinischen Versorgung näher an das Suchthilfesystem herangeführt wird und zum Wohle der Patienten eine Qualitätsverbesserung erreicht wird und durch ein frühes Ansprechen auf eine mögliche Suchtstörung möglichst viele Ressourcen bei den Patienten erhalten bleiben und es nicht zu Chronifizierungstendenzen kommt. Daneben sind eine Vielzahl von Syn-

ergieeffekten zu erwarten, wenn Patienten sich schon frühzeitig mit ihrer Suchterkrankung auseinandersetzen.

In der Diskussion in der Arbeitsgruppe wurde noch einmal deutlich, welcher hohen Stellenwert die Station der qualifizierten Akutbehandlung für drogenabhängige und auch für alkoholabhängige Patienten für das gesamte kommunale Suchthilfesystem hat. Insbesondere kritisch diskutiert wurden die Ansätze einzelner Kostenträger, die die Anzahl der qualifizierten Entzugsbehandlungen für die Patienten zahlenmäßig begrenzen (Begriff der Lebenszeitentgiftungen) wollen. Weiter wurde in der Diskussion deutlich, dass es für die Netzwerkarbeit nicht möglich ist, die eingesetzte Arbeitszeit entsprechend bei den Kostenträgern abzurechnen.

Die Weiterentwicklung des kommunalen Suchthilfesystems verlangt auch neue Qualitäten bei den Mitarbeitern, wie Managementfähigkeiten und eine wissenschaftliche Grundausbildung um Behandlungsergebnisse messbar, objektiv und überprüfbar darstellen zu können. Hierauf sollte in der zukünftigen Ausbildung, insbesondere der Sozialarbeiter und auch der Ärzte stärker geachtet werden. Beim Wettbewerb um die begrenzten ökonomischen Ressourcen des Gesundheitssystems sollten die Vertreter des Suchthilfesystems selbstbewusst verdeutlichen, dass sie nachhaltig und nachhaltig die gesundheitliche Situation der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland verbessern und weiter nach Wegen suchen um noch stärker wirksam zu sein.

Arbeitsgruppe 3

Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung

Sybille Teunißen
Dr. Peter Summa-Lehmann

Im Rahmen der Arbeitsgruppe wurde zunächst die Bedeutung der Vorträge vom Vormittag aus der Sicht der Arbeitsgruppenteilnehmenden für ihre konkrete Praxis beleuchtet. Dabei tauchte wiederholt die Sorge auf, dass die drogenabhängigen Klientinnen und Klienten - insbesondere solche mit komorbiden psychiatrischen Störungen - bei einer zunehmenden Dominanz des ökonomischen Prinzips, wie es im Vortrag von Herrn Prof. Dr. Bossong angeklungen ist, auf der Strecke bleiben. Nach Einschätzung der anwesenden Fachleute aus den verschiedenen Praxisfeldern der Drogenhilfe sind diese Betroffenen bekanntermaßen nur begrenzt in der Lage, die ihnen offerierten Chancen individuell passend zu verarbeiten und ihren Handlungsspielraum effektiv zu nutzen. Gerade diese Menschen benötigen nach allgemeiner Einschätzung eine individuell abgestimmte hohe Kontaktdichte durch das Behandlungsteam. In diesem Zusammenhang wurde die begrenzte Personaldecke auf den Akutbehandlungsstationen angesprochen. Angesichts in den letzten Jahren neu aufgetretener Anforderungen müssen dann deutliche Abstriche an den Kontakt zum Hilfebedürftigen gemacht werden. Probleme tauchen so beispielsweise auf, wenn es um die Frage geht, wer aufwendige Kostenklärungen für das Arbeitslosengeld etc. vornimmt. Hier scheinen sich die einzelnen Einrichtungen teilweise auch die Verantwortung abzugeben. Dies geschieht im Einzelfall aber im Interesse der drogenabhängigen Klientinnen und Klienten, die sonst befürchten müssen, vorschnell in die Grundsicherung abgeschoben zu werden. Damit verbunden sind nachhaltige Motivationsverluste für eine Inanspruchnahme einer weiterführenden Therapie. Anwesende Teilnehmerinnen aus der Akutbehandlung berichteten von Schwierigkeiten, den Krankenversicherungsschutz nachhaltig zu klären. Lösungsorientiert ist es erforderlich, das Augenmerk auf einen guten Informationsfluss zwischen den Drogenhilfeeinrichtungen und eine kollegiale Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen in der Suchthilfe zu legen sowie eine Netzwerkbildung der Dienste im gesamten Suchthilfesystem anzustreben. Allerdings liegt dabei häufig „der Teufel im Detail“, wenn Schwierigkeiten bei der konkreten Vertragsgestaltung auftauchen, um eine verbindliche Kooperation zu gewährleisten.

Herr Dr. Summa-Lehmann benannte in einem Kurzvortrag weitere wichtige Aspekte zur Schnittstelle zwischen der qualifizierten Akutbe-

handlung und der stationären medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger:

Allgemeine grundlegende Ziele der medizinischen Rehabilitation entsprechend SGB IX sowie der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001“ sind:

- Abstinenz zu erreichen und zu erhalten,
- körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen,
- Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst dauerhaft zu erreichen bzw. zu erhalten.

Das bedeutet (modifiziert nach Kuhlmann BUSJahrestagung 2005 in Berlin) einerseits, dass jeder Patient seinen Handlungsbedarf mit abschätzen lernt und andererseits seitens der Institution:

- die konkrete Kenntnis der aktuellen Situation des Patienten,
- seiner Ressourcen und Störungsmuster,
- seiner konkreten Unterstützungsbedürftigkeit in den verschiedenen Bereichen,
- seiner eigenständigen oder mit Hilfen realisierbaren Aktivitäten,
- seiner Art der Krankheitsbewältigung,
- seiner Bereitschaft, sich auf aktuelle Behandlungsangebote einzulassen,
- seine Motivation, die angestrebten Reha-Ziele auch erreichen zu wollen.

Daraus ergeben sich unterschiedliche Erwartungs-, Enttäuschungs- und Einschätzungsoptionen der behandelnden Fachleute und der Patientinnen und Patienten bezüglich der Motivation, psychischen Stabilität, körperlichen Verfassung, der Abstinenzzuversicht sowie:

- der Fähigkeit zum Aufbau sozialer Beziehungen,

- der Befähigung zu Wiedereingliederungsmaßnahmen,
- der Fähigkeit zu einer Lebensführung ohne Suchtmittel (im Sinne einer subjektiv zufrieden stellenden Lebensführung),
- der Fähigkeit, soziale Probleme zu regeln und neue soziale Netzwerke aufzubauen,
- der Förderung der Potentiale zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit.

Wer schätzt nun diese Fähigkeiten und diese Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation ein und wie kann dies geschehen?

Zu allererst erfordert dies aktive Kommunikation innerhalb des Beziehungsverhältnisses der Patientinnen und Patienten, deren expliziten und impliziten Erwartungen, der Einschätzungsmerkmale der verschiedenen Berufsgruppen eines Teams sowie der formalen Anforderungen des Leistungsträgers. Hinzu treten die Anforderungen der jeweiligen speziellen Reha-Einrichtungen, in die vermittelt wird.

In dem Aushandlungsprozess dieser im besten Falle kooperativen Konkurrenz stellt sich für Patientinnen und Patienten wie auch für das Behandlungsteam die Frage nicht nur „was ist zu tun?“, sondern insbesondere „wer bestimmt mein tägliches Tun?“ Ist es

- die normative Kraft der Leistungsträger,
- die normative Kraft der Institution,
- die normative Kraft der Stationsordnung und des Regelwerks/der Matrix-Organisation,
- die normative Kraft des Konzeptes und des Teams,
- die normative Kraft der Administration, sprich der Sog der Datenträger nach Dokumentation?

Einerseits wird von einem Konzept der Patientinnen und Patienten im Sinne der Selbstbefähigung ausgegangen, und sie werden angehalten, sich selbst bezüglich ihrer expliziten und impliziten Motivation zu hinterfragen. Andererseits stecken alle in einem Regelwerk von unterschiedlich ausgeformten administrativen Handlungs- und Dokumentationsprogrammen.

Jede Suchtberaterin bzw. -berater, Therapeutin und Therapeut hat ein spezielles Handwerkszeug zur Verfügung bezüglich Diagnostik, verschiedener Behandlungsformen (Medikamente, Gesprächstechniken sowie Sport, Bewegung, Entspannung, Ohr-Akupunktur, Ergotherapie, Belastungstraining u. a. m.). Jede Berufsgruppe hat ihre Modelle der Veränderung, ihre Matrix-Organisation, neuerdings auch ihr Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement.

Zusammenfassung

Therapiemotivation, Veränderungsbereitschaft und -möglichkeiten, psychopathologische Befunde, soziale Kompetenz, emotionale Kompetenz, Abstinenzsicherheit und anderes kann durch immer differenziertere Fragebögen formal und inhaltlich erfasst werden.

In der täglichen Praxis zeigt sich, dass es wesentlich auf kommunikative Kompetenz der jeweiligen beratenden Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter als Schlüssel- bzw. Weichenstellungsfunktion ankommt. Je nach assoziativer Verknüpfung könnte auch von Landkarten- oder Lotsenfunktionen o. ä. gesprochen werden. Entscheidend ist der Abgleich und die Passung der „inneren Landkarten“, der Erwartungen der Patientinnen und der Patienten, der Möglichkeiten der Institution und der eingehenden Vorbereitung auf die jeweilige Therapieeinrichtung.

Diese Zuweisungen, Vorbereitungen und Passungen gelingen um so weniger, je größer die Unbestimmtheiten der Patientinnen und Patienten, die Unkenntnis der kommunikativen Schlüsselpersonen und je unklarer die Erwartungen der Institutionen sind. Im Rahmen einer gut abgestimmten Kommunikation, z. B. nach der Vorstellung eines netzwerkbezogenen Steuerungskonzeptes, kann dieser Motivierungsvorbereitungs- und Passungsprozess in ein Handlungskonzept zusammengeführt werden.

„Dazu gehört aber auch die Verbesserung der operativen Voraussetzungen: Die Schaffung geeigneter Gremien und Arbeitsstrukturen, die Entwicklung von konkreten Maßnahme- und Handlungskatalogen zur Verbesserung der Kooperation und Vernetzung, von Leitlinien und Versorgungspfaden (NBQM, 2007).“

Dies erfordert klare Vorstellungen der Vorgehensweisen in einzelnen Institutionen, die regional abgestimmt werden müssen. Hilfreich könnte ein für jede Einrichtung erhobenes Profilblatt sein, aus dem sowohl die formalen Anforderungen als auch die inhaltlichen Erwartungen der Einrichtung hervorgehen. Dies würde die Vorbereitungsarbeit während der stationären Behand-

lung deutlich erleichtern. Für die qualifizierte Akutbehandlung könnten spezielle Arbeitsblätter diesen Vorbereitungsprozess sowohl beschleunigen als auch präzisieren. Profilblätter der jeweiligen Einrichtungen könnten gute Arbeitshilfen für Patientinnen und Patienten und das Fachpersonal in der qualifizierten Akutbehandlung darstellen.

Frau Teunißen referierte Ergebnisse einer nicht repräsentativen Befragung von drogenabhängigen Patientinnen und Patienten verschiedener stationärer medizinischer Rehabilitationseinrichtungen in Bezug auf die Qualität der Vorbereitung, die diese in der Drogen-Entzugsbehandlung erfahren hatten. Die Qualität wurde dann überwiegend als positiv eingestuft, wenn die Behandlung durch Gruppen- und Einzelgespräche, Sport- und Freizeitangebote und durch den allgemeinen Rahmen schon der Struktur einer Therapieeinrichtung vergleichbar war. Besonders hervor gehoben wurden einzelne Entzugstationen, die Informationsmaterial von weiterführenden Kliniken nicht nur zur Verfügung stellen, sondern in Bezug auf bestimmte Aspekte (therapeutische Leistungen, Ausgangsregelung, Umgang mit Rückfall etc.) kommentiert aufbereitet vorhalten würden. Die Möglichkeit zur Mitgestaltung ähnlich zu den als Therapeutische Gemeinschaften organisierten Therapieeinrichtungen wurde teilweise positiv konnotiert. Ebenso positiv beschrieben wurde die in wenigen Akutbehandlungen vorhandene Möglichkeit zur Heimfahrt vor Antritt einer Therapie oder auch zum eigenverantwortlichen Besuch einer Selbsthilfegruppe. Danach lässt sich die Vorbereitung auf die stationäre medizinische Drogenrehabilitation, wie sie sich durch die qualifizierte Akutbehandlung in NRW vollzieht ohne Anspruch auf Allgemeingültigkeit als passgenau und effektiv beschreiben.

In der abschließenden Diskussion in der Arbeitsgruppe wurde es als wünschenswert und erforderlich angesehen, dass über die Einrichtungsträger und fachbezogenen Verbände Gespräche mit den Leistungsträgern, den Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung, geführt werden, die eine kooperative Abstimmung über zukunftsweisende Fragestellungen und Schnittstellenprobleme anstoßen.

Fazit

Dr. Thomas Kuhlmann

Diese Tagung ist eine von mehreren Veranstaltungen zum Thema Umbruch der Hilfesysteme, die im Herbst dieses Jahres stattfinden und auch von Mitveranstaltern dieser Tagung organisiert werden, z. B. dem Landschaftsverband Rheinland und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband. Neben der aufgrund einer Organisationspanne deutlich verspäteten Einladung hat die zeitliche Nähe ähnlicher Veranstaltungen sicherlich dazu beigetragen, dass heute eine deutlich geringere Teilnehmerzahl als bei unseren bisherigen gemeinsamen Veranstaltungen zusammengekommen ist. Die Intensität, Lebendigkeit und Offenheit der Diskussion zeigt jedoch, wie aktuell das Thema ist und in welchem Ausmaß wir alle in den verschiedenen Bereichen des Hilfesystems von diesen Veränderungsprozessen betroffen sind.

Professor Bossong hat in seinem Referat deutlich gemacht, dass die Entwicklung vom Wohlfahrtsstaat zum Post-Wohlfahrtsstaat längst eingesetzt und die sozialen Hilfesysteme erreicht hat. Dabei hat er Aspekte benannt, die bei der unverzichtbaren praktischen Kooperation verschiedener, zunehmend auch in Konkurrenz zueinander geratener Partner zu berücksichtigen sind, um konstruktive Kooperation anstelle destruktiver Konfrontation zu entwickeln. In meinem Referat bin ich auf verschiedene praktische Folgen der Umbruchprozesse eingegangen, die sich u. a. darin äußern, dass immer weniger Raum für die persönliche Begegnung z. B. zwischen verschiedenen Helfern und den Klientinnen und Klienten bleibt, die Zahl der zu berücksichtigenden Schnittstellen zunimmt und damit die Gefahr durch fehlende Absprache Missverständnisse zu provozieren mit der Folge zunehmender Konfrontation statt Kooperation. Andererseits zeigt sich gerade in Köln, dass für die Zielgruppe Drogenabhängiger in Kooperation mit der ARGE Einigung zu erreichen ist. Das Hilfesystem wiederum kann diese Kooperation nur gemeinsam bewältigen. Also in Kooperation unterschiedlicher und auch miteinander konkurrierender Träger. In diesem Prozess stecken wir vor Ort konkret, in einer Diskussion miteinander - meines Erachtens ausschließlich um das „Wie können wir das gemeinsam bewältigen“, nicht mehr um das „ob überhaupt“.

Die anschließende Vormittagsdiskussion war lebendig, praxisbezogen und auch politisch gefärbt, wie ich es schon lange nicht mehr erlebt habe.

In allen Arbeitsgruppen wurde offen und intensiv miteinander diskutiert, gerungen, nach Lösungen gesucht und konstruktiv miteinander gestritten. Die vielfältigen Auswirkungen der Umbruchprozesse, des zunehmenden Rückzugs des Staates aus der bisherigen Position der aktiven fürsorglichen Unterstützung der Betroffenen hin zum Anbieten von Hilfen, für deren Nutzung der Betroffene selbst verantwortlich ist, wurde in der Diskussion lebendig aufgezeigt.

Die Auswirkungen der vielfältigen Veränderungen auf die Struktur des Hilfesystems, auf die praktische Arbeit, sei es im niederschweligen Bereich, in der Beratungsstelle, auf der Akutstation oder in der Langzeittherapie, betreffen alle. Das Ziel, die mit den anstehenden und bereits sich vollziehenden Veränderungen verbundenen Herausforderungen anzunehmen, weiterhin Drogenabhängige auf allen Ebenen ihrer Entwicklung zu erreichen, fachkompetent zur Überwindung ihrer vielfältigen Probleme beizutragen und dabei nie das Ziel aus den Augen zu lassen, diesen Betroffenen zu weitgehender Selbständigkeit zu verhelfen, vereint uns und ist das Fundament, auf dem wir stehen, auf dem wir arbeiten und auf dem wir auch miteinander ringen. Dieses Fundament brauchen wir; denn Veränderungsprozesse vollziehen sich nicht nur auf gesetzlicher Ebene, sondern auch auf persönlicher: In Beratungsstellen vollzieht sich ein Generationswechsel, diejenigen, die in den letzten Jahrzehnten die niederschwellige Drogenhilfe, Substitutionsbehandlung bis hin zum Heroinprojekt oder auch in den Reha-Kliniken die Weiterentwicklung der Therapiekonzepte durchgesetzt und geprägt haben, nähern sich der Altersgrenze. In den Kliniken gehen in zunehmender Zahl diejenigen, die die Psychiatriereform praktisch umgesetzt, wesentlich mitgestaltet und die Psychiatrie für die Belange Suchtkranker stärker sensibilisiert haben, bald in Rente.

Vor diesem Hintergrund bin ich persönlich froh, dass diese Tagung zu einer wahrlich lebendigen Diskussion geführt hat; denn diese Bereitschaft zum heftigen miteinander Streiten und Ringen, um zur Verbesserung im Hilfesystem zu kommen, hat entscheidend zur Psychiatriereform und zum Paradigmenwechsel in der Sucht- und Drogenhilfe beigetragen. Wenn wir mit dem gleichen Geist weiterhin zusammenarbeiten, wie er heute die Tagung geprägt hat, dann ist mir auch angesichts der vielen Veränderungen im Hilfesystem nicht bange: Gemeinsam werden wir auch diese Herausforderung bewältigen.

Referentinnen und Referenten

Prof. Dr. Markus Banger

LVR – Klinik Bonn
Kaiser-Karl-Ring 20
53111 Bonn

Prof. Dr. Horst Bossong

Universität Duisburg-Essen
Campus Essen
Postfach
45117 Essen

Michael van Brederode

Landschaftsverband Rheinland
LVR – Dezernat Gesundheit und Heilpädagogische Netzwerke
LVR – Amt für Planung und Förderung
Hermann-Pünder-Strasse 1
50679 Köln

Andreas Hecht

Sozialdienst Katholischer Männer Köln e.V.
Kontakt- und Notschlafstelle
Bahnhofsvorplatz 2a
50677 Köln

Dr. Ulrich Kemper

Westfälische Klinik Gütersloh
Bernhard-Salzman-Klinik
Im Fächtei 150
33334 Gütersloh

Dr. Thomas Kuhlmann

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach
Schloderdicher Weg 23 a
51469 Bergisch Gladbach

Beate Schröder

Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.
Soziales und Integration
Lenaustrasse 41
40470 Düsseldorf

Georg Seegers

Diözesan-Caritasverband Köln
Georgstrasse 7
50676 Köln

Dr. Peter Summa-Lehmann

LVR - Klinik Düren
Meckerstrasse 15
52353 Düren

Sybille Teunißen

Fachklinik Beusingser Mühle
Beusingser Mühle 1
59505 Bad Sassendorf

Silvia Wilske

Krisenhilfe Bochum e.V.
Viktoriastrasse 67
44787 Bochum