

# **Suchtkrankheit und Armut**

**Suchtkrank durch Armut  
–  
Arm durch Suchtkrankheit**

**Herausgeber:** Landschaftsverband Rheinland  
LVR-Dezernat Klinikverbund  
und Verbund Heilpädagogischer Hilfen  
LVR-Fachbereich – 84 – Planung,  
Qualitäts- und Innovationsmanagement  
Koordinationsstelle Sucht  
Kennedy-Ufer 2  
50679 Köln  
[www.lvr.de](http://www.lvr.de)

**Redaktion:** Gerda Schmieder

**Gestaltung und  
Druck:** LVR-Druckerei

Köln, im August 2011  
1. Auflage: 1–500  
Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier aus 100 % Altpapier

# Inhalt

<b>Begrüßung</b> .....	5
Friedhelm Kitzig	
<b>Es reicht. Für alle. Wege aus der Armut</b> .....	8
Martin Schenk	
<b>Erfahrungen und Fragen aus der klinischen Praxis</b> .....	16
Dr. Thomas Kuhlmann	
<b>Mit neuem Mut – Europäisches Jahr zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung</b> .....	24
Michaela Hofmann	
<b>Arbeitsgruppe 1</b> .....	26
<b>Niedrigschwellige Hilfen und Qualifizierte Akutbehandlung</b>	
Thoralf Wedig	
Dr. Ulrich Kemper	
<b>Arbeitsgruppe 2</b> .....	29
<b>Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Qualifizierte Akutbehandlung</b>	
Anja Willeke	
Dr. Andrea Hauschild	
<b>Arbeitsgruppe 3</b> .....	30
<b>Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung</b>	
Sybille Teunißen	
Dr. Peter Summa-Lehmann	
<b>Fazit</b> .....	32
Dr. Thomas Kuhlmann	
<b>Referentinnen und Referenten</b> .....	34



# Begrüßung

Friedhelm Kitzig

## Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich, Sie heute im Namen des Landschaftsverbandes Rheinland zu unserer Veranstaltung herzlich willkommen zu heißen! Viele von Ihnen werden wissen, dass dies nicht die erste Veranstaltung ist, die wir in Kooperation mit dem „Fachverband Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.“ und der Freien Wohlfahrtspflege realisieren.

Mit der heutigen Tagung begehen wir ein kleines Jubiläum: Es ist die fünfte Tagung, die wir Ihnen in dieser Konstellation anbieten. Und wie das immer bei Jubiläen ist, erlauben Sie mir einen kleinen und kurzen (versprochen!) Blick zurück:

Im Jahre 2002 handelte es sich nicht nur um die erste gemeinsame Veranstaltung, sondern überhaupt um die erste Fachtagung des 1997 gegründeten „Fachverbandes Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.“, dessen Gründung eng verknüpft war mit der Entwicklung von Angeboten zur qualifizierten Entzugsbehandlung für drogenabhängige Menschen. Wir folgten damals gerne der Initiative von Herrn Dr. Thomas Kuhlmann, uns an der Ausrichtung einer Fachtagung zum Thema „Qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger zwischen Substitution und Abstinenz“ zu beteiligen – bieten doch die LVR-Kliniken diese Behandlung an.

Die damals von mir geäußerte Hoffnung, künftig verstärkt zu solchen Formen der gemeinsamen Organisation von Tagungen, Fortbildungen und ähnlichen Aktivitäten zu kommen, hat sich erfüllt:

Im Zweijahres-Rhythmus wurden u. a. die „Situation suchtkranker Migrantinnen und Migranten in der Drogenhilfe“ und „Auswirkungen von Hartz IV auf das Drogenhilfesystem“ hier in diesem Raum mit Ihnen und Vertreterinnen und Vertretern der Wissenschaft diskutiert.

Ziel unserer Aktivität war und ist nicht nur, aktuelle Fragestellungen und Themen Ihrer täglichen Arbeit aufzugreifen

und intensiver zu betrachten, sondern auch einem aus unserer Sicht für die Suchtkrankenhilfe unerlässlichen Arbeitsansatz Ausdruck zu verleihen – nämlich sich zu vernetzen und zu kooperieren.

Wie die „Kooperation in Zeiten wachsender Konkurrenz und zunehmender Kommunalisierung“ zum Wohle der Suchtkranken gestaltet werden kann, haben wir in unserer letzten Tagung vor zwei Jahren thematisiert und es sind – wie ich denke – viele positive Impulse für eine verbesserte Vernetzung der Hilfsstrukturen von dieser Veranstaltung ausgegangen.

Wenn ich von „uns“ rede, dann spreche ich von

- Frau Beate Schröder von der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe
- Frau Sylvia Rietenberg vom PARITÄTISCHEN NRW
- Herrn Georg Seegers für den Diözesan-Caritasverband Köln und
- Herrn Dr. Thomas Kuhlmann als Vertreter des „Fachverbandes Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.“,

die ich an dieser Stelle herzlich willkommen heiße und in deren Namen ich auch Sie alle hier zu unserer Fachtagung „Suchtkrankheit und Armut“ begrüße.

## Meine Damen und Herren,

wir alle verfügen über Ressourcen und Möglichkeiten, unser Leben nach unseren Vorstellungen und Interessen zu gestalten, wir haben also Handlungsspielräume, auf zentrale Bereiche unseres Lebens Einfluss zu nehmen. Die Handlungsmöglichkeiten – die Lebenslagen – und damit auch die Lebenschancen sind jedoch nicht für alle Menschen gleich.

Dem 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung zufolge waren im Einkommensjahr 2008 14% der Bevölkerung und damit 11,5 Millionen Menschen in Deutschland arm. Im Vergleich zum Vorjahr ist nicht nur ein leichter Anstieg zu

verzeichnen, sondern vor allem – mit Schwankungen – ein deutlicher Trend in den vergangenen 15 Jahren zu erkennen. Immer mehr Menschen in Deutschland sind arm, und immer weniger schaffen es, der Armutsfalle zu entkommen. Die Autoren der Studie stellten eine „Verfestigung von Strukturen“ und zunehmende Ungleichheit fest: Immer mehr Menschen sind von Armut bedroht und wenige verdienen immer mehr.

Armut stellt ein weitreichendes und komplexes Phänomen dar, das im engen Zusammenhang steht mit Einkommens- und Lebensstandards, angemessenen Bildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten, mit dem Zugang zu Gesundheits- und anderen Diensten, mit der Teilnahme am öffentlichen Leben und der Verfügbarkeit von Wohnraum.

Armut ist gleichbedeutend mit einem Mangel an Verwirklichungschancen.

Das Leben der von Armut betroffenen Menschen ist zum einen geprägt von materieller Armut, d. h. einem Mangel an verfügbaren Gütern wie Essen, Kleidung, Wohnung, aber auch von einem Defizit an Bildungschancen, von mangelnder Gesundheitsfürsorge und einem Mangel an sozialer Teilhabe.

Suchtkrankheit und Armut – damit sind gleich zwei Faktoren genannt, die die Handlungsspielräume in hohem Maße negativ beeinflussen und in sich ein hohes Risiko auf soziale Ausgrenzung und vielfältigen Mangel bergen. Einem besonders hohen Armuts- und Ausgrenzungsrisiko unterliegen suchtkranke Menschen, auch wenn Suchtkranke aus allen Gesellschafts- und Bildungsschichten kommen.

Vorliegende Daten dokumentieren, dass der Konsum psychoaktiver Substanzen sozial ungleich verteilt ist, wenn nach Einkommen, Erwerbsstatus und Sozialschicht differenziert wird. Die höchsten Prävalenzraten weisen die Armen bei Tabak, die Arbeitslosen bei Tabak, Alkohol und Medikamenten und die Angehörigen der unteren Sozialschicht bei Tabak und Alkohol auf. Dies gilt, mit Ausnahme des Alkoholkonsums bei Frauen, für beide Geschlechter gleich.

Für Kinder und Jugendliche stellen Armut und Erwerbslosigkeit sowie ein niedriger sozioökonomischer Status Risikofaktoren dar, die die Entstehung und Intensivierung von Suchtproblemen begünstigen.

Nicht nur die materielle Armut sondern auch die damit verbundenen Defizite haben weitreichende Wirkungen auf suchtkranke Menschen und auch auf das Hilfesystem. Die Abhängigkeit reduziert die Lebenschancen; der Lebensinhalt wird von der Sucht bestimmt. Das Suchtmittel oder auch stoffungebundene Süchte geben die Struktur für die Gestaltung des Lebens vor:

- Mangelnde Bildung trifft die Betroffenen besonders hart, da Fort- und Weiterbildungsangebote während der Suchterkrankung nur eingeschränkt wahrgenommen werden können; hoher Alkohol- und Drogenkonsum verhindert Bildung insbesondere bei Kindern und Jugendlichen.
- Auch in gesundheitlicher Sicht sind Suchtkranke „arm dran“: Zahlreiche Folgekrankheiten aber auch Einschnitte in Behandlungszeiten und -möglichkeiten mindern ihre Lebenserwartung bzw. schmälern die Chancen auf ein Altwerden in relativer Gesundheit.
- Suchtkrankheit führt zu einer Verengung der Wahrnehmung, Selbstregulation und Fremdkontrolle greifen nicht mehr, soziale Kontakte werden abgebrochen, Beziehungen in der Familie sind hoch belastet – kurz – die soziale Teilnahme ist für den suchtkranken Menschen deutlich eingeschränkt.

Die Chance auf ein Leben im „gesundheitlichen, sozialen und materiellen Wohlstand“ für Suchtkranke zu erhöhen, ist ein Ziel und eine Aufgabe, die alle Leistungsanbieter gleichermaßen verfolgen:

Von niedrigschwelligen Hilfen, Beratungsstellen, Einrichtungen für qualifizierten Entzug und medizinische Rehabilitation, Wohnhilfen und Qualifizierungs- und Arbeitsprojekten, regionalen Selbsthilfeangeboten und einigen mehr, die gemeinsam ein wirksames und leistungsstarkes Netz an Hilfen bilden.

Eingebettet sind die Hilfestrukturen noch in relativ erfolgreiche Systeme wie Kranken- und Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Jugendhilfe u. ä.

Welche Herausforderungen werden aber an das Hilfesystem – also an uns alle hier im Saal – gestellt, wenn

- die Schere zwischen „unten“ und „oben“ weiter auseinander klafft, die Armutsquote steigt,
- sozial integrierte Personen auf Grund von massivem Stress, Arbeitsverdichtung und Rationalisierung im Arbeitsleben immer mehr die Flucht in süchtiges Verhalten mit eben beschriebenen Folgen einschlagen,
- bei Kindern und Jugendlichen auf Grund fehlender Unterstützung in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld, im Elternhaus, sich schon früh Tendenzen zu Suchtverhalten verfestigen?

Was wird benötigt, was muss beachtet werden, damit suchtkranke Menschen die Unterstützung finden, die sie benötigen, um den Teufelskreis von Suchtkrankheit, Armut, sozialer Ausgrenzung und Perspektivlosigkeit zu durchbrechen? Vor

allem dann, wenn sie nicht bereit oder in der Lage sind, das bereitstehende soziale Hilfesystem in Anspruch zu nehmen.

Antworten, so hatten wir erwartet, wird uns sicherlich Herr Professor Dr. Stefan Sell – Professor für Volkswirtschaftslehre, Sozialpolitik und Sozialwissenschaften an der Fachhochschule Koblenz, Campus Remagen, Fachbereich Betriebs- und Sozialwirtschaft und Direktor des Instituts für Bildungs- und Sozialpolitik der FH Koblenz (ibus) – in seinem Beitrag liefern.

Nun musste Herr Professor Dr. Sell leider seine Mitwirkung absagen; es ist aber gelungen, Herrn Martin Schenk für dieses Thema zu gewinnen.

Herr Schenk ist Sozialexperte der Diakonie Österreich und Mitinitiator der österreichischen Armutskonferenz, kennt sich in der Praxis mit Arbeitslosen, mit sozial benachteiligten Jugendlichen und Flüchtlingen bestens aus. Herr Schenk, ich begrüße Sie mit einem besonderen Dank für Ihre Mitwirkungsbereitschaft.

Begrüßen möchte ich nun ebenso herzlich Frau Michaela Hofmann. Frau Hofmann ist Referentin für Allgemeine Sozialberatung und Armutsfragen beim Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln und stellvertretende Sprecherin der Nationalen Armutskonferenz.

„Armutsriskien sind eine gesellschaftliche Realität. Aber eine Realität, die durch politisches Handeln und durch eine bessere Vernetzung der bestehenden Hilfsangebote verändert werden kann“ – so die Vorbemerkung der Nationalen Strategie für Deutschland zur Umsetzung des Europäischen Jahres 2010 gegen Armut und soziale Ausgrenzung. Mit dem Europäischen Jahr 2010 zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung soll das öffentliche Bewusstsein für die Risiken von Armut gestärkt und die Wahrnehmung für ihre vielfältigen Ursachen und Auswirkungen geschärft werden. Mehr Informationen hierzu wird uns Frau Hofmann in ihrem Beitrag geben.

Vorher erfüllt Herr Dr. Thomas Kuhlmann die gute Tradition unserer Veranstaltung und berichtet als Chefarzt der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach von seinen Erfahrungen der klinischen Praxis.

Gute Tradition ist auch, dass Sie heute Nachmittag Gelegenheit haben, Ihre Erfahrungen und Meinungen zu konkreten praktischen Fragestellungen auszutauschen, Möglichkeiten der Kooperation und Vernetzung auszuloten und neue Impul-

se für Ihre Arbeit zu entwickeln und zu erhalten. Zu Ihrer Unterstützung stehen Ihnen die Referentinnen und Referenten

- Frau Dr. Andrea Hauschild
- Frau Sybille Teunißen
- Frau Anja Willeke
- Herr Dr. Ulrich Kemper
- Herr Dr. Peter Summa-Lehmann
- Herr Thoralf Wedig

zur Verfügung, die ich alle herzlich willkommen heiße.

Eingangs sprach ich von dem kleinen Jubiläum, das wir heute begehen. Herr Dr. Summa-Lehmann war von Anfang an dabei, er hat nie gezögert, jedes Mal eine Arbeitsgruppe mit seinem Wissen und seinen langjährigen Erfahrungen als Chefarzt der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen der LVR-Klinik Düren zu bereichern.

Nun stehen Sie kurz vor einem neuen Lebensabschnitt: Nach 27 Jahren als Chefarzt in der LVR-Klinik Düren haben Sie nun – wie man so schön sagt – die Altersgrenze erreicht und werden aus dem Dienst des LVR ausscheiden.

Herr Dr. Summa-Lehmann hat die Suchtkrankenversorgung im Rheinland durch sein fachkompetentes und auch immer wieder unkonventionelles Engagement maßgeblich geprägt.

Ich habe mir mal Ihren Lebenslauf angeschaut, ich muss sagen, ich habe gar keine Sorge, dass Sie Langeweile haben werden:

Nach einem Studium der Philosophie und Theologie, einem Studium der Pharmazie und Lebensmittelchemie, einem Studium der Medizin und einem Studium der Psychologie und Soziologie und vielen Weiterbildungen wird es Ihnen nicht schwer fallen, Themen und Interessen für die Gestaltung Ihres Tagesablaufs auch außerhalb der Klinik zu finden.

Ich würde mich freuen, wenn Sie auch dem Thema der Suchtkrankenversorgung ein wenig die Treue halten. Im Namen der Veranstalter heute bedanke ich mich herzlich bei Ihnen für Ihre verlässliche und kompetente Unterstützung! Alles Gute!

Nun bleibt mir nur noch übrig, den Platz am Mikro den Moderatorinnen und Moderatoren des heutigen Tages zu überlassen:

Wenn wir alle heute Nachmittag mehr mitnehmen als wir heute Morgen mitgebracht haben, waren wir erfolgreich!

In diesem Sinne wünsche ich uns einen spannenden und aufschlussreichen Tag!

# Es reicht. Für alle. Wege aus der Armut.

Martin Schenk

## 1 Verwirklichungschancen und Freiheit

Armut ist relativ. Sie setzt sich stets ins Verhältnis, egal wo. Sie manifestiert sich in reichen Ländern anders als in Kalkutta. Menschen, die in Österreich von 300 oder 500 € im Monat leben müssen, hilft es wenig, dass sie mit diesem Geld in Kalkutta gut auskommen könnten. Die Miete ist hier zu zahlen, die Heizkosten hier zu begleichen und die Kinder gehen hier zur Schule.

Armut ist das Leben, mit dem die wenigsten tauschen wollen. Arme haben die schlechtesten Jobs, die geringsten Einkommen, die kleinsten und feuchtesten Wohnungen, sie haben die krankmachendsten Tätigkeiten, wohnen in den schlechtesten Vierteln, gehen in die am geringst ausgestatteten Schulen, müssen fast überall länger warten – außer beim Tod, der ereilt sie um durchschnittlich sieben Jahre früher als Angehörige der höchsten Einkommensschicht.

### Mangel an Möglichkeiten – Verwirklichungschancen

Armut ist eine der existenziellsten Formen von Freiheitsverlust. Armut ist nicht nur ein Mangel an Gütern. Es geht immer auch um die Fähigkeit, diese Güter in Freiheiten umzuwandeln. Güter sind begehrt, um der Freiheiten willen, die sie einem verschaffen. Zwar benötigt man dazu Güter, aber es ist nicht allein der Umfang der Güter, der bestimmt, ob diese Freiheit vorhanden ist. Die Freiheit zum Beispiel über Raum zu verfügen: aus einer runtergekommenen Wohnung wegziehen können oder eben nicht. Oder sich frei ohne Scham in der Öffentlichkeit zu zeigen oder nicht. In Armut kann man sein Gesicht vor anderen verlieren. Oder die Verfügbarkeit über Zeit: Frauen mit Kindern in unsicheren Beschäftigungsverhältnissen wie Leiharbeit, die nicht entscheiden können, wann und wie lange sie arbeiten und wann eben nicht. Oder die Freiheit sich zu erholen. Die sogenannte Managerkrankheit mit Bluthochdruck und Infarktrisiko tritt bei Armen dreimal so häufig auf wie bei den Managern selbst. Nicht weil die Manager weniger Stress haben, sondern weil sie die Freiheit

haben, den Stress zu unterbrechen: mit einem Flug nach Paris oder einer Runde Golf. Armut ist ein Mangel an Möglichkeiten.

Arme sind Subjekte, keine Objekte ökonomischen Handelns. Von Freiheit können wir erst sprechen, wenn sie auch die Freiheit der Benachteiligten mit einschließt. Liberalisierung, die die Wahlmöglichkeiten und Freiheitschancen der Einkommensschwächsten einschränkt, ist eine halbierte Freiheit. Bei der Analyse sozialer Gerechtigkeit geht es immer auch darum, den individuellen Nutzen nach den „Verwirklichungschancen“ der Ärmsten zu beurteilen.

### Die süßesten Früchte und der Birnbaum

Ein Birnbaum steht in der Wiese. Aber: „Die süßesten Früchte essen nur die großen Tiere“, konnte der Schlagerstar Peter Alexander singend beobachten. Und das „nur weil die Bäume hoch sind und diese Tiere groß sind“. Weiter heißt es im Liedtext: „Und weil wir beide klein sind, erreichen wir sie nie“. Nur weil ein Baum mit Birnen in der Wiese steht, heißt das noch nicht, dass alle sie auch pflücken können. Denn Freiheit erschließt sich für den Menschen, der vor einem Baum voll mit Birnen steht, nicht einfach dadurch, dass es einen Birnbaum gibt, sondern dass dem Kleinsten eine Leiter zur Verfügung steht.

Das sind die Möglichkeiten, die es braucht, um Güter in persönliche Freiheiten umzusetzen. Möglichkeiten sind Infrastruktur, eine gute Schule, Leitern sozialen Aufstiegs, Kinderbetreuung zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Gesundheitsdienstleistungen, therapeutische Hilfen und vieles mehr. Und alle Leitern nützen nichts, wenn die Person nicht klettern kann. Auch die Investition in Fähigkeiten von Menschen ist wichtig. Und wenn jemand beispielsweise eine Behinderung aufweist, dann wird man sich auch andere Möglichkeiten, ein anderes Hilfsmittel überlegen müssen. Jedenfalls darf keines der drei vergessen werden: Güter, Möglichkeiten und Fähigkeiten.

Denn alle gute Ausbildung nützt nichts, wenn es keine Jobs gibt. Und alle Möglichkeiten nützen nichts, wenn der Birnbaum mit einer Mauer abgesperrt ist und bestimmte Bevölkerungsgruppen vom Zugang ausgeschlossen sind. All das ist für die Armutsbekämpfung wichtig: ein offener Zugang zu den Gütern des Lebens, bedarfsgerechte Möglichkeiten sie erreichen zu können und Investitionen in die Fähigkeiten von Menschen.

Denn: Wenn Freiheit und Gerechtigkeit nicht zusammenfinden, bekommen die süßesten Früchte nur die großen Tiere.

## **2 LebensMittel: Die Stärk(ung)en der Schwachen**

Lebensmittel sind etwas zum Essen. Es gibt aber auch Lebensmittel, die wir nicht essen können und trotzdem zum Leben brauchen. Besonders Menschen, die es schwer haben, sind darauf angewiesen.

Die Resilienzforschung, die sich damit beschäftigt, was Menschen „widerstandsfähig“ macht, gerade in schwierigen und belastenden Situationen, hat eine Reihe von solch stärken Faktoren gefunden.

Es sind vor allem drei „LebensMittel“, die stärken: Erstens ist da Freundschaft. Soziale Netze, tragfähige Beziehungen stärken. Das Gegenteil schwächt: Einsamkeit und Isolation. Viele Armutsbetroffene leben wesentlich öfter allein, haben seltener Kontakte außerhalb des Haushaltes und können deutlich weniger auf ein tragfähiges Unterstützungsnetzwerk zurückgreifen.

Das zweite LebensMittel ist Selbstwirksamkeit. Das meint, dass ich das Steuerrad für mein eigenes Leben in den Händen halte. Das Gegenteil davon ist Ohnmacht: die schwächt. Kann man selber noch irgendetwas bewirken, ergibt Handeln überhaupt einen Sinn? Die Erfahrung schwindender Selbstwirksamkeit des eigenen Tuns macht krank. Das sind angesammelte Entmutigungserfahrungen. Ein intaktes „Kohärenz-Gefühl“ (Antonovsky 1997) ist eine wichtige Gesundheitsressource: Eine „globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein [...] Gefühl des Vertrauens hat, dass [...] die Anforderungen [...] im Lauf des Lebens [...] vorhersagbar und erklärbar sind, [...] und, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen.“ (Antonovsky 1997, S. 36). Teilhabechancen und Handlungsspielräume zu erhöhen, hat mit dem Gefühl der Bewältigbarkeit einer Lebenssituation, dem „sense of manageability“, zu tun und stärkt die Widerstandskräfte. So geht es in der Bekämpfung von Ausgrenzung immer um die Erhöhung der „Verwirklichungschancen“ Benachteiligter, wie es der Wirtschaftsnobelpreisträger und Ökonom Amartya

Sen (2000) formulierte. Das trifft mit der salutogenetischen Perspektive des Kohärenzgefühls zusammen, „personale und soziale Ressourcen wahrzunehmen, um interne und externe Anforderungen bewältigen zu können.“ (Antonovsky 1997, S. 35).

Das dritte LebensMittel ist Anerkennung. Anerkennung und Respekt stärken. Das Gegenteil ist Beschämung. Das wirkt wie Gift. Armutsbetroffene erleben das tagtäglich. Sie strengen sich voll an und kriegen nichts heraus. Der belastende Alltag am finanziellen Limit bringt keine „Belohnungen“ wie besseres Einkommen, Anerkennung, Unterstützung oder sozialen Aufstieg. Eher im Gegenteil, der aktuelle Status droht stets verloren zu gehen. Dieser schlechte Stress, der in einer solchen „Gratifikationskrise“ (Siegrist 2008) entsteht, wirkt besonders bei Menschen in unteren Rängen, die nichts verdienen und nichts zu reden haben.

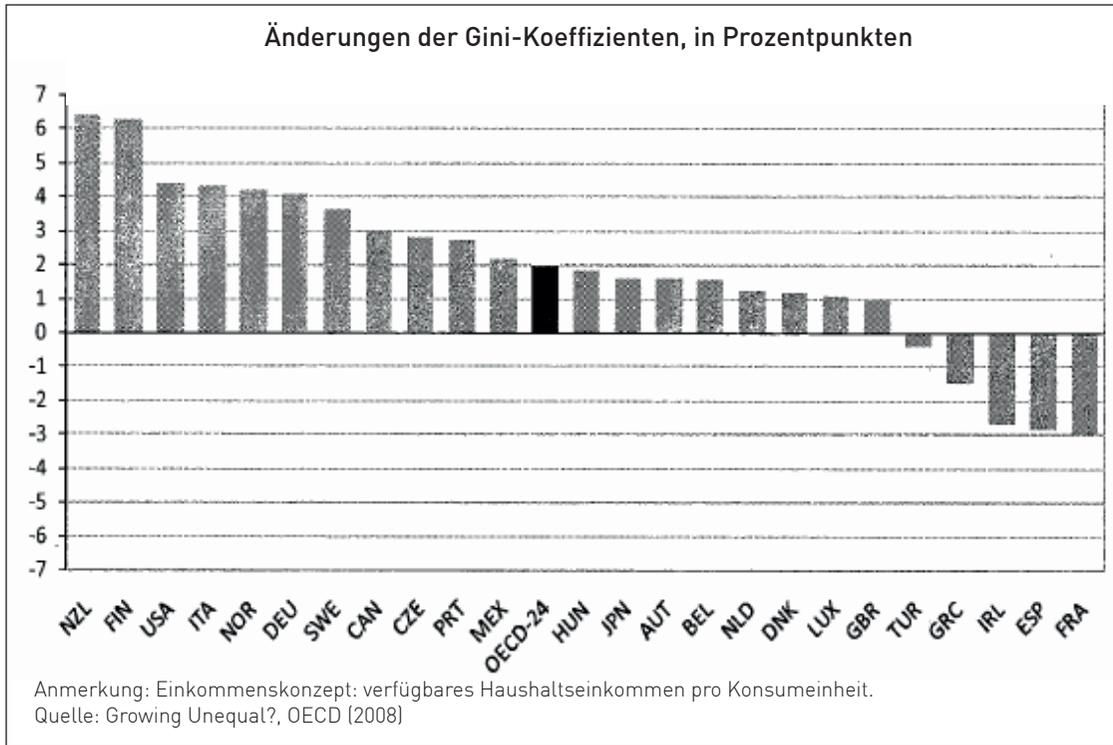
Wer sozial Benachteiligte zu Sündenböcken erklärt, wer Leute am Sozialamt bloß stellt, wer Zwangsinstrumente gegen Arbeitssuchende einsetzt, wer mit erobernder Fürsorge Hilfesuchende entmündigt, der vergiftet diese „LebensMittel“. Armutsbetroffene müssen viel zu oft Situationen der Einsamkeit, der Ohnmacht und der Beschämung erleben.

Wer aus der Armut helfen will, muss Menschen stärken. Mit den drei LebensMitteln, die man nicht essen kann: mit Freundschaften, Selbstwirksamkeit und Anerkennung.

In „The Hidden Injuries of Class“ beschreibt Richard Sennett (1972) die ungleiche Verteilung sozialer Anerkennung. Anerkennung müsste eigentlich unbegrenzt vorhanden sein. Ist sie aber nicht, sie wird wie Geld zu einem knappen Gut, das sich nach dem sozialen Status und der sozialen Hierarchie in einer Gesellschaft verteilt. Es sind nicht nur die Belastungen sozial ungleich verteilt, sondern auch die Ressourcen, sie zu bewältigen.

## **3 Growing Unequal (OECD): Was hilft (Makroebene)?**

Ungleichheit auf Basis von Haushaltseinkommen. OECD-weiter Trend zu mehr Ungleichheit und Armut. Vor allem gilt zu berücksichtigen, dass dieser Trend vor dem Hintergrund zumeist steigender Wachstumsraten und, für die erste Hälfte der 2000er Jahre, steigender Beschäftigungsraten stattfand. In Deutschland besonders seit 2000 angestiegen. Zwischen 2000 und 2005 am stärksten in vier Ländern mit sehr unterschiedlichen Ausgangsniveaus: Norwegen, Deutschland, Kanada und USA.

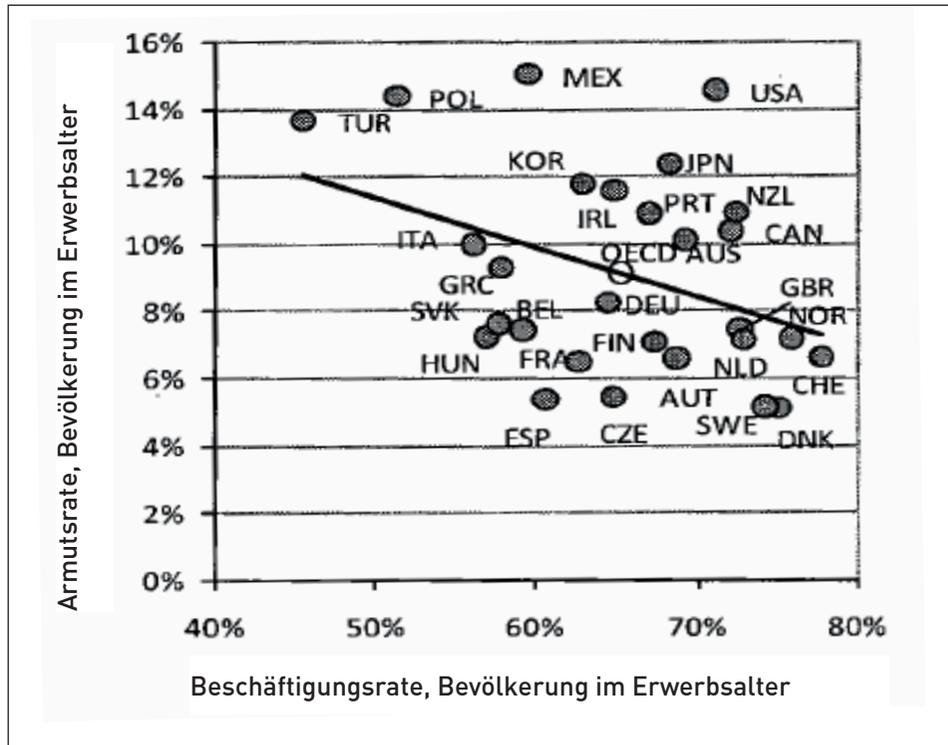


Grafik 1: Entwicklung der Einkommensungleichheit, 1985–2005

	unterste 20%	mittlere 60%	oberste 20%
Belgien	=	-	+++
Dänemark	=	-	+
Deutschland	-	-	+++
Finnland	-	---	+++
Frankreich	+	+	-
Griechenland	+	=	-
Irland	=	+++	-
Italien	-	---	+++
Japan	-	=	=
Kanada	-	-	+++
Luxembourg	-	=	+
Mexico	=	---	+++
Neuseeland	-	---	+++
Niederlande	-	+	=
Norwegen	-	---	+++
Österreich	-	=	+
Portugal	-	---	+++
Schweden	-	-	+++
Spanien	+	+	---
Tschechien	-	-	+++
Türkei	=	+	-
Ungarn	=	-	+
Vereinigte Staaten	-	---	+++
Vereinigtes Königreich	-	=	=
OECD 24	-	-	+

Anmerkung: +++ bzw. --- bedeutet „starke Veränderung“ (> 2 Prozentpunkte); + bzw. - bedeutet „moderate Veränderung“ (zwischen 0,5 und 2 Prozentpunkten); = bedeutet Stabilität (-0,5 bis 0,5 Prozentpunkte). Einkommenskonzept: verfügbares Haushaltseinkommen pro Konsumeinheit.

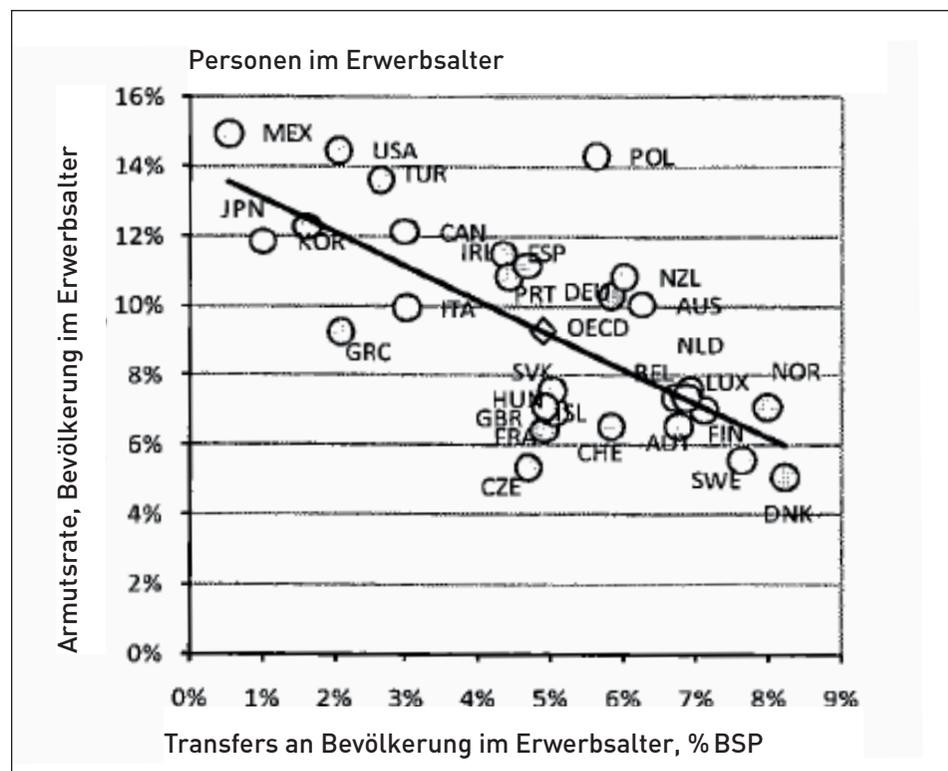
Grafik 2: Verschiebungen bei unteren 20 %, mittleren 60 %, obersten 20 %, 1985–2005



Grafik 3: Beschäftigungs- und Armutsraten

Höhere Beschäftigungsraten helfen gegen Armut, aber nicht automatisch, wenn es sich um schlechte Jobs und einen großen Niedriglohnsektor handelt. Der Zusammenhang ist schwach.

Sozialtransfers reduzieren Armut stark. Es zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen Höhe der Sozialtransferquoten und der Armutsverringerung.



Grafik 4: Sozialleistungen und Armutsraten

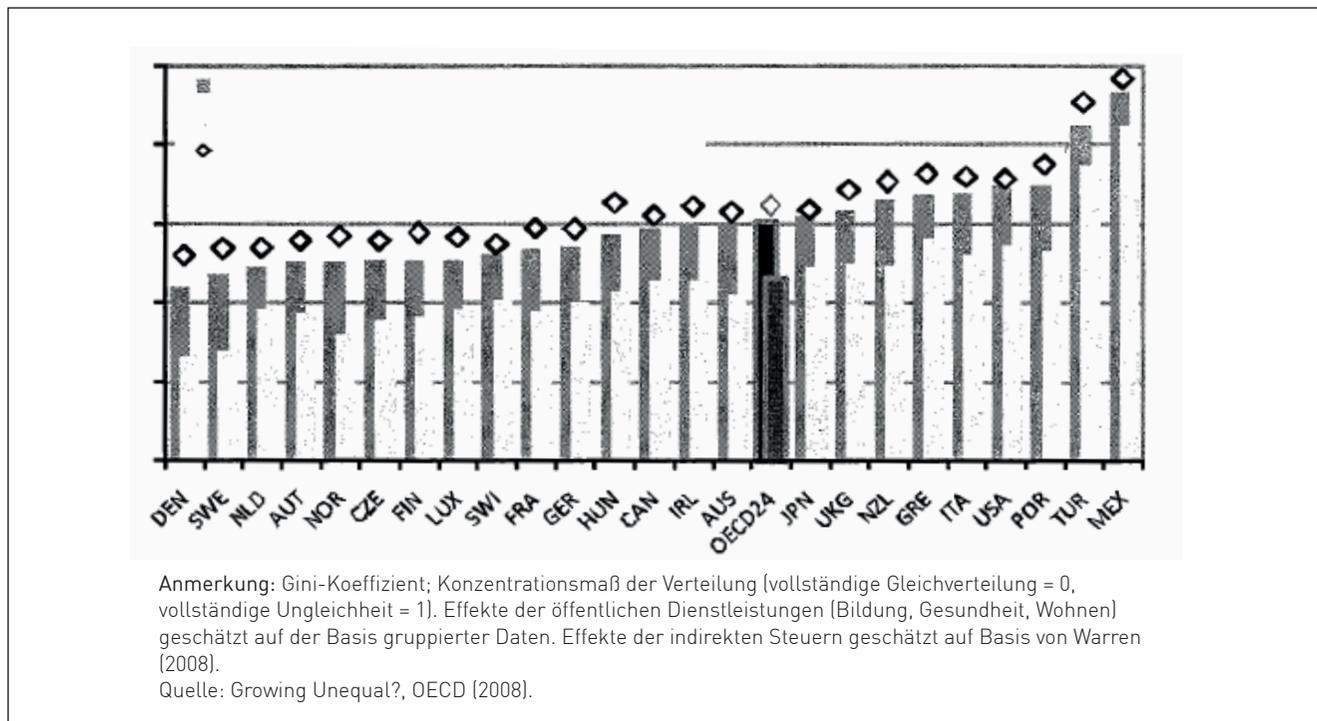
Soziale Dienstleistungen sind der oft vergessene Teil in der Armutsbekämpfung. Sie reduzieren insgesamt die soziale Ungleichheit signifikant, nämlich um fast ein Viertel.

Grundsätzlich helfen Einkommensarmen Investitionen in Dienstleistungen, die sie im Alltag unterstützen: Gesundheit, Wohnen, Bildung; des Weiteren von der Kinderbetreuung über Beratungsstellen bis zu Pflegehilfen. Hier entstehen Win-Win Situationen zwischen Fraueneinkommen, Arbeitsplätzen, Frühförderung von Kindern und Pflegeentlastung Angehöriger. Auch ein Bildungssystem, das den sozialen Aufstieg fördert und nicht sozial aussondert, wirkt.

Die soziale Ungleichheit wird in und nach Wirtschaftskrisen größer, wie der britische Sozialwissenschaftler Tony Atkinson anhand von vierzig Wirtschaftskrisen beobachtet hat. Der World Wealth Report berichtet bereits wieder von einem Anstieg des Reichtums der Reichsten um 1%, bei gleichzeitig steigender Armut und Arbeitslosigkeit.

### Armut schadet (fast) allen

Wer sozialer Polarisierung mit all ihren negativen Folgen für die ganze Gesellschaft gegensteuern will, muss nicht nur für die Stabilisierung des Finanz- und Bankensektors eintreten,



Grafik 5: Effekte öffentlicher Dienstleistungen und indirekter Steuern auf Einkommensungleichheit

#### 4 Herzinfarkt und „Business as Usual“ Soziale Investitionen zahlen sich aus. Für alle.

Mittlerweile versuchen uns Kommentatoren glauben zu machen, dass es sich bei der Finanzkrise bloß um einen „Top-athleten mit Muskelkater“ handle, der mit etwas Ruhe und Physiotherapie den Kater schon auskurieren – anstatt die Krise als Herzattacke eines sechzigjährigen Rauchers zu verstehen, für dessen Heilung eine Operation und massive Veränderungen im Lebenswandel vonnöten wären, analysiert treffend der Ökonom Robert Wade von der London School of Economics. Wir erleben ganz aktuell keine kleine Krise, keinen Muskelkater, sondern einen ordentlichen Herzinfarkt. Ein Systembeben. Das ist eine historische Chance für eine neue Finanzarchitektur. Nur wo ist sie? Statt eines Finanzpakets werden jetzt von denselben Akteuren von vor der Krise Sparpakete vorbereitet.

sondern auch für die Stabilisierung des sozialen Ausgleichs. Noch mehr soziale Ungleichheit heißt noch mehr Krankheiten und noch geringere Lebenserwartung, mehr Teenagerschwangerschaften, mehr Status-Stress, weniger Vertrauen, mehr Schulabbrecher, vollere Gefängnisse, mehr Gewalt und mehr soziale Ghettos. Mehr soziale Probleme verursachen auch volkswirtschaftliche Kosten. Eine höhere Schulabbrecher-Quote beispielsweise bringt (für Österreich) durch steigende Sozialausgaben, höhere Gesundheitskosten und entgangene Steuereinnahmen Kosten von 3 Milliarden Euro bei 10.000 Drop-Outs.

Das Interessante: Eine sozial polarisierte Gesellschaft bringt Nachteile nicht nur für die Ärmsten, sondern auch für die Mitte. Es stehen nicht nur die unterprivilegierten Mitglieder schlechter da, sondern auch die Wohlhabenderen. Die soziale Schere schadet – und zwar – fast allen. Dazu gibt es eine er-

drückende Beweislast an Studien, aktuell vom renommierten Gesundheitswissenschaftler Richard Wilkinson (2009), Professor an der Universität von Nottingham und an dem University College London. Im internationalen Vergleich von Marktwirtschaften schneiden die skandinavischen Länder sehr gut ab, Großbritannien, Portugal und USA sind abgeschlagen am Schluss, Deutschland und Österreich sind vorne dabei aber nicht top.

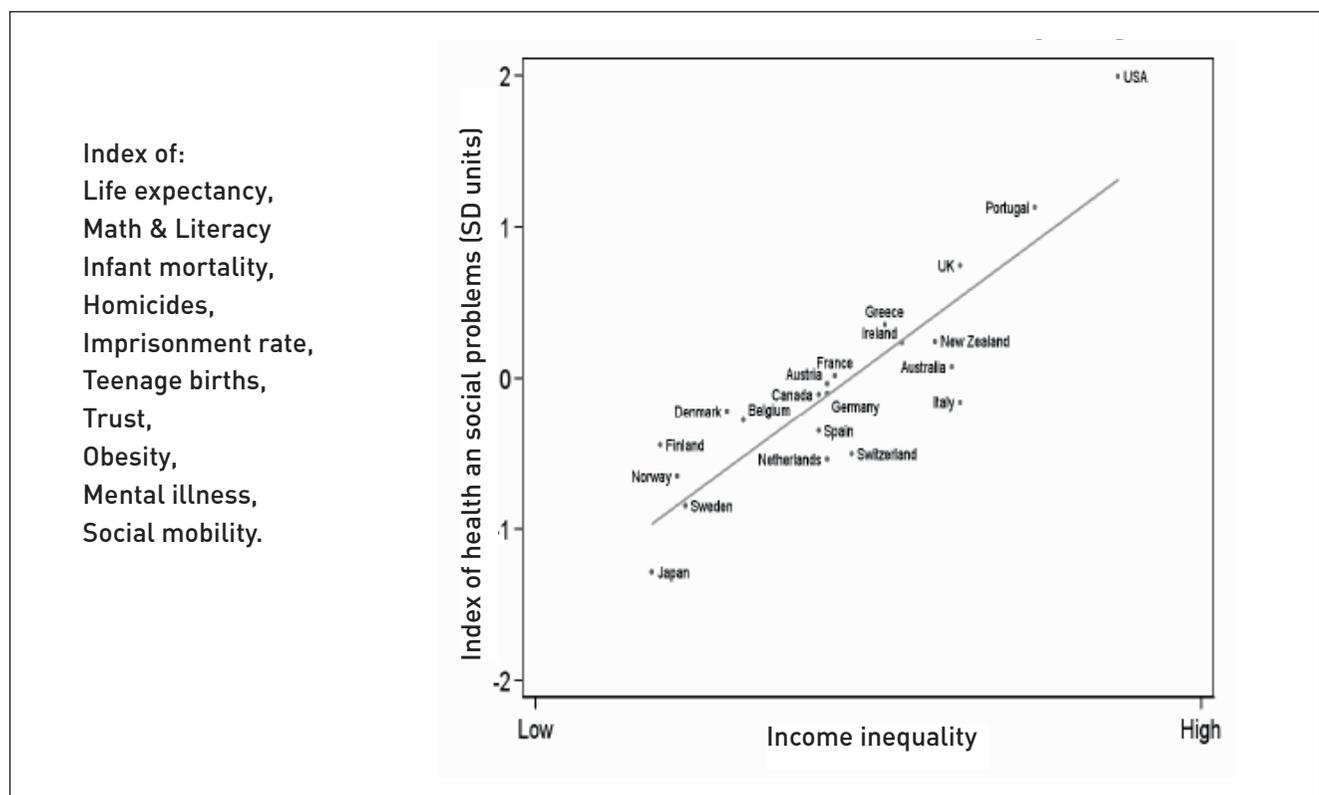
Gesellschaften mit größeren Ungleichheiten in Einkommen, Arbeit und Wohnen weisen einen schlechteren gesundheitlichen Gesamtzustand auf als solche mit ausgewogener Verteilung von Einkommen und Lebenschancen. Sobald ein bestimmter Grad an Wohlstand erreicht ist, dürfte die relative Höhe des Einkommens ausschlaggebend für die gesundheitliche Situation sein.

In den ärmeren Teilen der Erde ist mit höherer Wirtschaftsleistung pro Kopf eine höhere Lebenserwartung verbunden. In den reichen Ländern ist ein derartiger Zusammenhang nicht mehr nachweisbar. Es konnte aber ein erstaunlich hoher Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und dem Anteil am Volkseinkommen, den die ärmeren Haushalte beziehen, nachgewiesen werden. Die Ausgewogenheit von Einkommensverhältnissen und Statusunterschieden wurde als jener Faktor identifiziert, der am stärksten die höhere Erkrankung Ärmere erklärt. Der Anstieg der Lebenserwartung

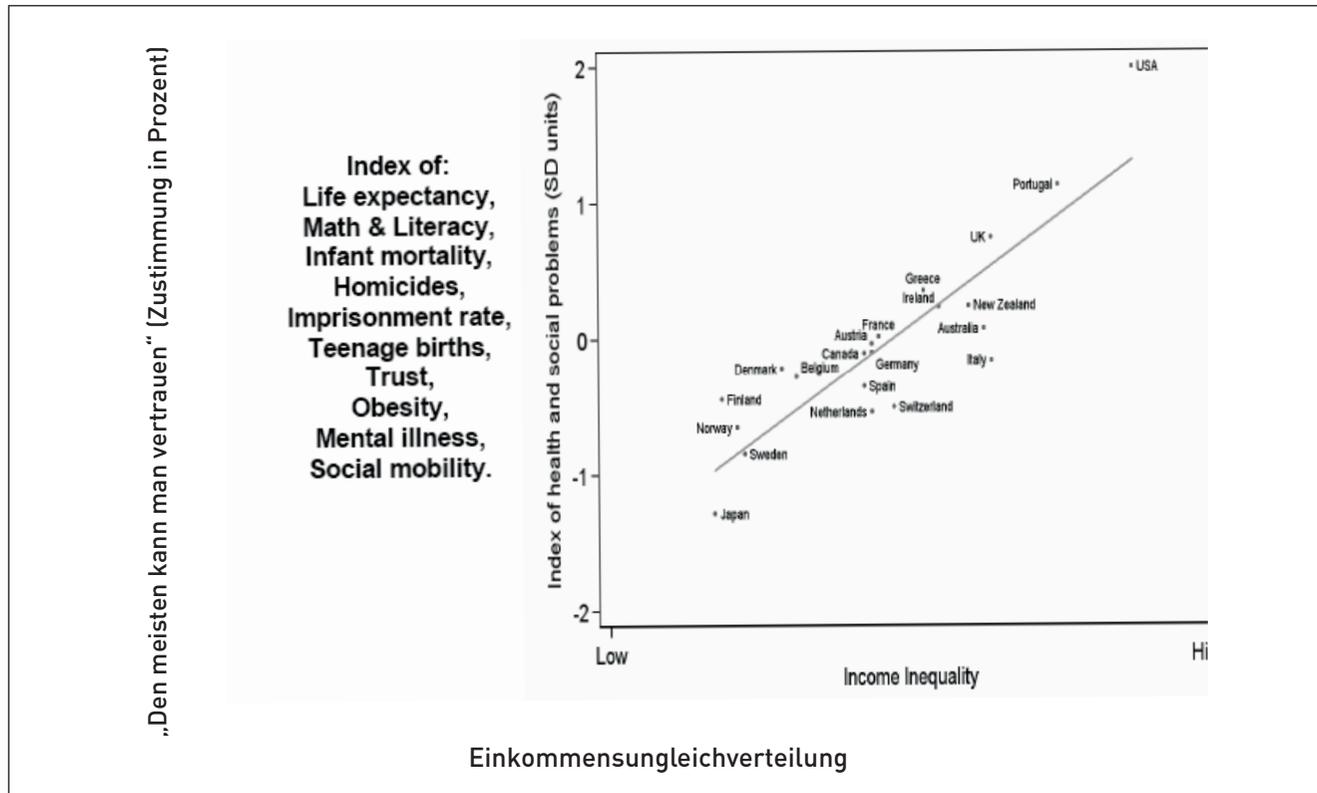
in einem Zeitraum fiel umso größer aus, je größer der relative Zuwachs an Einkommen der ärmeren Haushalte war.

Nicht wie reich wir insgesamt sind, ist hier die Frage, sondern wie stark die Unterschiede zwischen uns sind. Gesellschaften mit größerer Ungleichheit unterscheiden sich von denen mit geringerer Ungleichheit auch in anderen Aspekten. Das Vertrauensniveau fällt niedriger aus, Menschen sind weniger dazu bereit, anderen zu vertrauen. Und es gibt weniger Beteiligung an der Gemeinschaft. „Es liegt etwas im Argen mit den sozialen Beziehungen in sozial polarisierten Gesellschaften.“, formulierte Wilkinson in seinem Vortrag auf der Armutskonferenz.

Lerne ich den Geschmack vom zukünftigen Leben als Konkurrenz, Misstrauen, Verlassensein, Gewalt? Oder habe ich die Erfahrung qualitativvoller Beziehungen, Vertrauen und Empathie gemacht? Werde ich schlecht gemacht und beschämt oder geschätzt und erfahre Anerkennung? Ist mein Leben von großer Unsicherheit, Angst und Stress geprägt oder von Vertrauen und Planbarkeit? Je ungleicher Gesellschaften sind, desto defizitärer sind die psychosozialen Ressourcen (vgl. Rosenbrock 2001). Es gibt weniger Inklusion, das heißt häufiger das Gefühl ausgeschlossen zu sein. Es gibt weniger Partizipation, also häufiger das Gefühl, nicht eingreifen zu können. Es gibt weniger Reziprozität, also häufiger das Gefühl, sich nicht auf Gegenseitigkeit verlassen zu können.



Grafik 6: Gesundheitliche und soziale Probleme in Relation zur Einkommensungleichheit



Grafik 7: Vertrauen in Relation zur Einkommensungleichheit

### Was wirklich hilft gegen Armut und für mehr sozialen Zusammenhalt

Armut ist kein Naturereignis, das es mit jeder neuen Statistik frisch zu bestaunen gilt. Es gibt genügend Instrumente und Möglichkeiten im Vollzug der Sozialhilfe, in der Schule, beim Wohnen und mit sozialen Dienstleistungen gegenzusteuern. Was jedenfalls nicht hilft: Die Opfer der Wirtschaftskrise und der Arbeitslosigkeit zu Schuldigen ihres Schicksals zu stempeln. Das Ende der Krise ist nicht mit dem Steigen der Aktienkurse anzusetzen, sondern mit dem Sinken von Arbeitslosigkeit und Armut. Die Krise ist dann vorbei, wenn die Armut sinkt.

Es geht darum, die Schwächen des Sozialstaats zu korrigieren und seine Stärken zu optimieren. Es geht darum, Antworten auf die großen sozialen Herausforderungen und neuen sozialen Risiken, wie etwa prekäre Beschäftigung, Pflege, psychische Erkrankungen oder Migration zu finden. Es geht um einen Freiheitsbegriff, der auch die Freiheit der Benachteiligten einschließt. Es geht um ein Verständnis von Autonomie, das Bedürftigkeit nicht als Gegensatz formuliert. Es geht um eine Politik des Sozialen, die Bürgerinnen und Bürger sieht, nicht Untertanen.

### 5 Von Schlüsseln und Schlössern – integrierter Ansatz

Für die Reduzierung der Armut braucht es einen ganzheitlichen Approach, einen integrierten Ansatz, die Fähigkeit, in Zusammenhängen zu denken. Mit einseitig geht gar nichts. Mit einem Faktor allein tut sich kaum was. Erst das Zusammenspiel mehrerer richtig gesetzter Interventionen zeigt Wirkung. So vermeiden zum Beispiel die höchsten Familiengelder allein Armut nicht, sonst müsste Österreich die geringste Kinderarmut haben; die hat aber Dänemark mit einer besseren sozialen Durchlässigkeit des Bildungssystems, einem bunteren Netz von Kinderbetreuung wie auch vorschulischer Förderung und höheren Erwerbsmöglichkeiten von Frauen. „Arbeit schaffen“ allein vermeidet Armut offensichtlich nicht, sonst dürfte es keine „Working Poor“ in Österreich geben. Eine Familie muss von ihrer Arbeit auch leben können. Und Anti-Raucher-Kampagnen allein vermeiden das hohe Erkrankungsrisiko Ärmerer offensichtlich nicht, sonst würden arme Raucher nicht früher sterben als reiche Raucher. Deutschlernen allein reduziert Armut und Ausgrenzung allein offensichtlich auch nicht, sonst müssten die Jugendlichen in den Pariser Vorstädten bestens integriert sein, sprechen sie doch tadellos französisch, es fehlt aber an Jobs, Aufstiegsmöglichkeiten, Wohnraum, guten Schulen.

Ein Schlüssel braucht immer auch ein Schloss. Die einen investieren nur in Schlüssel, die anderen nur in Schlösser, und dann wundern sich alle, dass die Türen nicht aufgehen.

## Quellen

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt
- Dimmel, N., Heitzmann, K., Schenk, M. (2009). Handbuch Armut in Österreich. Studienverlag
- OECD (2008). Growing Unequal?
- Rosenbrock, R. (2001). Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen – eine gesundheitliche Herausforderung. Berlin: Manuskript
- Schenk, M., Moser, M. (2010). Es reicht! Für alle! Wege aus der Armut. Deuticke
- Schenk, M. (2008). Lebensmittel - Freundschaft, Selbstwirksamkeit, Anerkennung. Sozialer Ausgleich ist eine gute Medizin. in: Meggeneder, O. (Hg); Volkswirtschaft und Gesundheit, S. 355–369
- Sen, Amartya (2000). Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München Wien: Hanser
- Sennett, R., Cobb, J. (1972). The Hidden Injuries of Class. New York
- Siegrist, J., Marmot, M. (2008). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Hans Huber
- Siegrist, J. (1996). Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe
- Wade, R. (2008): Systembeben. Neue Steuerungsinstrumente für die Weltwirtschaft sind erforderlich. in: Lettre International, LI 83
- Wilkinson, R., Pickett, K. (2009): The Spirit Level. Why equal societies almost always do better

# Erfahrungen und Fragen aus der klinischen Praxis

## Wer suchtkrank wird, droht zu verarmen. Wer verarmt, droht suchtkrank zu werden.

Dr. Thomas Kuhlmann

**M**eine folgenden Ausführungen sind konkret auf das Hilfesystem für Konsumenten illegaler psychotroper Substanzen, die sogenannten Drogenabhängigen bezogen, gelten jedoch im Grundsatz auch für die Hilfsangebote für Konsumenten legaler psychotroper Substanzen, insbesondere Alkohol.

Die Entwicklung des Drogenhilfesystems Sucht und damit auch Drogenabhängigkeit wird heute in den international akzeptierten diagnostischen Systemen als komplexes und mehrdimensionales Phänomen verstanden. Diese Sichtweise kennzeichnet sowohl die aktuell gültige ICD-10 (1, 2) der WHO und das DSM IV der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft als auch die in Vorbereitung befindlichen Nachfolgemodelle ICD-11 bzw. DSM V.

Gekennzeichnet wird dieses mehrdimensionale Phänomen mit dem Begriff „Bio-Psycho-Soziales Modell“. Dieses bereits vor 40 Jahren von Feuerlein und Ladewig entwickelte (3, 4) und seitdem weiter verfeinerte Modell (5, 6) ist Bestandteil unserer Sozialgesetzgebung, Grundlage sowohl der fach- als auch der gesundheitspolitischen Diskussion und unserer alltäglichen Arbeit. Daraus folgt, dass wir in der Arbeit mit Drogenkonsumenten stets die biologische, also somatische, die soziale und die psychische Dimension berücksichtigen müssen (Abb. 1).

### Sucht und Drogenkonsum

- Bio-Psycho-Soziale Dimension
- Stets (auch) Kernaufgabe der Psychiatrie (A/G/S)
- Modelle z. B. Feuerlein (Droge, Person, Umwelt)
- Zinberg (drug, set, setting) u. a. (Tretter, Bühringer ...)

Abb. 1

Diese Herangehensweise brauchen wir sowohl um zu verstehen wie und warum sich die Drogenabhängigkeit entwickelt hat als auch um die Dimension der aktuellen Probleme zu erfassen mit ihren Auswirkungen auf alle Lebensbereiche. Erst dadurch können wir Hilfsansätze entwickeln und praktisch umsetzen, d. h. konkrete Überlebenssicherung und im Sinne der Zielhierarchie weitergehende Hilfen, damit die Betroffenen einen weniger riskanten Lebensstil bis hin zur völligen Reintegration in die Gesellschaft realisieren können.

Dieser Ansatz prägt auch die psychiatrische Versorgungsstruktur unseres Landes: Die klassischen Kerngebiete der Psychiatrie sind die Allgemeinspsychiatrie, die Geronto- bzw. Alterspsychiatrie und die Suchtpsychiatrie; darüber hinaus ist die forensische Psychiatrie noch als weiterer wesentlicher eigenständiger Bereich zu erwähnen.

Zu Suchtkranken hatte die offizielle Psychiatrie allerdings lange Zeit ein sehr zwiespältiges Verhältnis. Von der Psychiatrieenquete von 1975, die in heutigem Sprachduktus als Leitlinie für die praktische Umsetzung der Psychiatriereform betrachtet werden kann, gingen viele Ansätze aus für Allgemein- und Gerontopsychiatrie, die in diesen Bereichen zu wesentlichen, teilweise fundamentalen Veränderungen und Verbesserungen geführt haben. Die Suchtkranken und insbesondere Drogenabhängigen blieben jedoch lange außen vor (Abb. 2).

### Psychiatrie-Enquete (1975)

- Schwerpunkt: Allgemeinspsychiatrie
- (Zunächst) vernachlässigt: Sucht und Drogenabhängige
- „Suchtkranke – die ungeliebten Kinder der Psychiatrie“ (Kongress HH 1989)

Abb. 2

Dieses Dilemma wurde erst im Bericht der Expertenkommission 1988, einem Zwischenbericht zum Stand der Umsetzung der Psychiatriereform, als wesentliches Manko und elementare Herausforderung aufgegriffen (7, 8).

Nachdem mit der Übernahme des psychiatrischen Lehrstuhls der Universität Essen durch Professor Gastpar das Methadon-Erprobungsprogramm NRW gestartet und erfolgreich umgesetzt werden konnte, ist das ambulante und stationäre Hilfesystem für Drogenabhängige unter aktiver Mitarbeit der suchtpsychiatrischen Institutionen erheblich weiterentwickelt worden. Ein Ausdruck dieser Weiterentwicklung ist neben anderen die Gründung zunächst der AG, dann des gleichnamigen „Fachverbandes Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger“, einem der Mitveranstalter der heutigen Tagung, und die Verankerung dieses Hilfsangebots im Landesprogramm gegen Sucht von 1999 (9) (Abb. 3).

<b>Expertenkommission (1988)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachliche Konsequenzen</li> </ul>
<b>Drogenabhängigkeit – fachliche Neuorientierung (v. a.) in NRW, z. B.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Methadon-Erprobungsprogramm 1987-1993</li> <li>• Vor.: Prof. Dr. Gastpar auf Lehrstuhl für Psychiatrie, Uni Essen berufen (1986)</li> <li>• Modellprojekt qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger (seit 1990 methadongestützt in Westfalen und Nordrhein)</li> <li>• 1991 Gründung der AG „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger“</li> <li>• 1997 Gründung des gleichnamigen Fachverbands</li> </ul>

Abb. 3

Wesentliche Kernelemente unseres heutigen Drogenhilfeangebotes sind in den letzten 20 Jahren erst entwickelt und inzwischen regional und überregional fest verankert worden (Abb. 4).

<b>Ausbau schadensbegrenzender Hilfsgebote</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spritzentausch, Substitutionsbehandlung, Konsumräume, Diamorphinbehandlung, Streetwork</li> </ul>
<b>Zunehmende Akzeptanz (fachlich, juristisch) der Zielhierarchie (Harm Redction)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• V. a. Schwoon, Körkel, Kruse und OStA Körner</li> <li>• Intensivere Wahrnehmung der Probleme und des Hilfsbedarfs</li> </ul>

Abb. 4

- In der medizinischen Rehabilitation: Therapeutische Auseinandersetzung mit Rückfällen als Symptom eines Problems und deren Hinterfragen im Sinne einer Krise als Chance statt automatischer disziplinarischer Entlassung.
- Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger statt ausschließlich abstinenzgestützter Hilfsangebote.
- Qualifizierte Akutbehandlung, also Integration von entzugs- und motivationsfördernder Behandlung sowie Initiierung von und Vernetzung mit weiterführenden Hilfen.
- Integration statt Ausschluss psychiatrisch komorbider Drogenkonsumenten auch in die medizinische Rehabilitation.
- Soforthilfe, also Möglichkeit der sofortigen Nahtlosvermittlung von qualifizierter Akutbehandlung in weiterführende Hilfen bis hin zur medizinischen Rehabilitation.
- Konsumräume und Diamorphinbehandlung zur Verbesserung der Überlebessicherung und Integration mehrfach geschädigter Drogenabhängiger (im Sinne der Zielhierarchie) statt Ausgrenzung.
- SGB IX, welches alle Sozialleistungsträger zur Koordination ihrer Hilfen verpflichtet zwecks Verbesserung der Integration und Teilhabe psychisch Kranker und damit auch Drogenabhängiger.

#### Zwischenfazit:

Drogenabhängigkeit ist ein komplexes Phänomen. Das Hilfesystem muss gemäß dem bio-psycho-sozialen Modell den Unterstützungsbedarf in den verschiedenen Dimensionen erkennen, Hilfsangebote entwickeln und untereinander vernetzen – diese Herausforderung prägte die letzten Jahrzehnte.

#### Zur aktuellen Situation:

Die zunehmende Akzeptanz und Verankerung des Harm Reduction-Ansatzes hat zu einem veränderten Selbstverständnis der ambulanten und stationären Drogenhilfe, zur Weiterentwicklung der Hilfsangebote im Sinne der Zielhierarchie

nach Schwoon und Körkel (10, 11) und zu einer deutlich intensivierten Vernetzung sowohl innerhalb der Drogenhilfe als auch zwischen Drogenhilfe und anderen Hilfesystemen geführt.

Dieser Prozess hat im Bereich der Psychiatrie zu einer verbesserten Akzeptanz der Suchtpsychiatrie als Kernaufgabe der Psychiatrie und in NRW zum tendenziell flächendeckenden Ausbau der qualifizierten stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger in allen 16 Krankenhausversorgungsbezirken geführt. Die Kooperation innerhalb der Netzwerke und zwischen den regionalen Netzwerken, also z. B. Drogenberatung, Suchtpsychiatrie, Gesundheitsamt, ARGE, Bewährungshilfe etc. ist wesentlich besser geworden.

Hilfsangebote und Kontakte zu jungen und jugendlichen Drogenkonsumenten werden zunehmend als Herausforderung begriffen und entsprechend ausgebaut, älter gewordene Drogenkonsumenten werden – endlich – als wichtige Herausforderung in Gegenwart und Zukunft wahrgenommen (Abb. 5).

- Kontakt zu mehr Betroffenen
- Intensivierung der Kooperation innerhalb und zwischen Netzwerken (Drobs, Suchtpsychiatrie, Gesundheitsamt, ARGE, Justiz, Jugendhilfe, Ausländeramt ...)
- Wachsender Bedarf an Schnittstellenmanagement und weiterführenden Angeboten v. a. Tagesstruktur, Arbeitsgelegenheiten, Wohnmöglichkeiten

Abb. 5

Das bedeutet: Es gibt deutlich intensivere und umfassendere professionelle Kontakte zwischen Drogenhilfe und Betroffenen, die Kontaktfläche zur Gesamtgruppe der Betroffenen ist erheblich gewachsen. Es werden wesentlich mehr Drogenkonsumenten erreicht mit der Folge eines weiter – weil endlich erkannten und akzeptierten – wachsenden Bedarfs an Vernetzung bestehender, vor allem niederschwelliger Hilfen mit weiterführenden Hilfsangeboten, Stichworte sind „Tagesstruktur, Arbeitsgelegenheiten und Wohnmöglichkeiten“.

Während die Distanz zwischen Hilfsangeboten und den Betroffenen kleiner geworden ist, droht die Schere zwischen – vom Hilfesystem erreichten – Drogenabhängigen und weiterführenden, also tendenziell ausstiegsfördernden Hilfen wieder größer zu werden (Abb. 6).

- Einerseits:**
  - Verbesserte Akzeptanz und Nutzung der Hilfsangebote
- Andererseits:**
  - Wachsende Schere zwischen – erreichten – Drogenabhängigen und weiterführenden Angeboten für Tagesstruktur und Arbeit

Abb. 6

**Beispiel Tagesstruktur und Arbeit:**

Vor anderthalb Jahren haben mehrere große Träger der Drogenhilfe einschließlich der klinischen Suchtpsychiatrie (qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger) gemeinsam mit der ARGE Köln ein Modellprojekt entwickelt, um substituierte Drogenabhängige in Arbeitsgelegenheiten zu integrieren mit der Perspektive auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen.

Kurz nachdem seitens der ARGE der Druck deutlich erhöht wurde letzte konzeptionelle Fragen auf Trägerseite endlich zu klären, um das Modell endlich starten zu können (angestrebt wurde März 2009), wurden die Projektgelder gestoppt. Warum? Mit dem Zusammenbruch der Lehmann-Brothers Bank und der sich entwickelnden Finanzkrise wurden andere Prioritäten gesetzt, das skizzierte Projekt befindet sich gegenwärtig in der so genannten Warteschleife (Abb. 7, 8).

- Köln:**
  - Planung eines Modellprojekts zwischen ARGE und mehreren Trägern von Hilfsangeboten v. a. für Drogenabhängige
- Seitens ARGE:**
  - Erst zunehmender Druck schnell zu starten (ab 03/09), dann Stopp der Diskussion (12/08)

Abb. 7

- Warum?**
  - Beginn der Finanzkrise – Neuorientierung der ARGE
- Seitdem:**
  - Pause ...

Abb. 8

Der Anspruch auf soziale Reintegration, inzwischen gesetzlich verankert über SGB IX und den ICF [12], das Strukturmodell der WHO zur Erfassung und praktischen Umsetzung des bio-psycho-sozialen Modells im Alltag, wird vom Hilfesystem aktiv aufgegriffen. Die kommunalen Finanzprobleme führen jedoch zur Kürzung von Förderprogrammen, Einsparung von Stellen bis hin zur Schließung ganzer Angebote. Beispiel qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger. Die – lange erstrebte und endlich erreichte – bessere Inanspruchnahme des Hilfesystems durch die Drogenabhängigen führt dazu, dass zunehmend Patienten ohne Geld, ohne gesetzliche Krankenversicherung (ein seit Hartz IV besser lösbares Problem), ohne Rechtsanwalt, ohne Schul- und Ausbildung und ohne stabile Anbindung an das Hilfesystem zur Aufnahme kommen. In der qualifizierten klinischen Akutbehandlung Drogenabhängiger wird diese – sozialpolitisch angestrebte – Entwicklung spürbar durch (Abb. 9):

**QA Drogen:**

- Zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme durch Betroffene
- Zunehmend Patienten ohne geklärten GKV-Status, ohne Schul- und Ausbildung, ohne juristische Hilfen aber mit juristischem Druck, ohne Geld und ohne stabilen Kontakt zum Hilfesystem
- Wachsende Bedeutung der – gesamten – bio-psycho-sozialen Dimension unmittelbar während der qualifizierten stationären Akutbehandlung
- Wachsende Bedeutung des internen und externen Schnittstellenmanagements

Abb. 9

- die wachsende Bedeutung der Klärung umfangreicher bio-(somatischer)-psycho-(sucht und komorbider)-sozialer (Justiz, Arbeit, Wohnen) Belange während der qualifizierten Akutbehandlung und
- durch die damit wachsende Bedeutung des Schnittstellenmanagements während der qualifizierten Akutbehandlung.

Anders ausgedrückt: Einerseits steigen die Überlebenschancen, andererseits wachsen die Schwierigkeiten beim Ausstieg aus der Drogenszene im Sinne der Zielhierarchie.

### Was bedeutet das für das Hilfesystem?

Die ambulanten und stationären Netzwerke der Drogenhilfe einschließlich der klinischen Suchtpsychiatrie sollen den Betroffenen helfen, die drogenkonsumbedingten Probleme zu reduzieren, die Reintegration in die Gesellschaft zu bewältigen und damit Ausgrenzung vorzubeugen bzw. zu über-

winden. Sie sehen sich jedoch zunehmend damit konfrontiert auf Überlebenshilfe und Suchtbegleitung ohne weitere Ausstiegsperspektive reduziert zu werden:

Konkret bedeutet das

- Im Bereich Bildung: Viele Betroffene haben keine abgeschlossene Schulbildung, keine Ausbildung und keine – sozialversicherungsrechtlich abgesicherte – Arbeitsstelle. Die Motivationsförderung, Kernelement der qualifizierten Akutbehandlung, setzt an konkreten, praktisch realisierbaren Schritten an: z. B. einer konkreten Arbeitsgelegenheit, konkreten Unterstützungsangeboten, Beratungsmöglichkeiten etc., also konkreten Perspektiven. Der Bedarf wächst, die Wartezeit für solche Arbeitsgelegenheiten auch – und das Angebot schrumpft, denn Stellen werden gestrichen.
- Im Bereich Migration: Betroffene mit Migrationshintergrund haben häufig Probleme mit der deutschen Sprache. Während der medizinischen Rehabilitation, insbesondere der Adaption oder auch der ambulanten Substitutionsbehandlung könnten sie VHS-Kurse besuchen, aber auch in diesem Bereich wird gespart durch Stellenstreichungen, verkürzte Öffnungszeiten etc. (Abb. 10).

**Beispiel Bildung/Migration:**

- Wachsender Bedarf an Schulbildung, Ausbildung, Qualifizierung inklusive Sprachkursen, Arbeitsstellen
- Kommunale Finanzprobleme: Öffnungszeiten VHS, Personalkürzung bei Beratungsstellen, Integrationsfirmen
- D.h.: Konkrete Unterstützung schwerer zu realisieren v. a. für Migranten/innen

Abb. 10

- Im Bereich Wohnen: Viele Betroffene sind obdachlos und mit dem Einzelwohnen überfordert, sie vereinsamen und drohen inneren Halt zu verlieren. Sie brauchen soziale Kontakte, Alltagsunterstützung, konkrete Hilfen, um die Wohnsituation auch nüchtern statt nur noch mittels Drogenkonsum zu ertragen. Der Bedarf an ambulanter, alltagsbegleitender Unterstützung und soziotherapeutischen Hilfen wächst. Betreutes Wohnen wird ausgebaut – das ist sehr zu begrüßen. Aber der Bedarf ist viel größer. Auch und gerade der Bedarf an betreuten Wohnheimen für bestimmte Zielgruppen wie z. B. allein erziehende Mütter und Kinder, Drogenabhängige mit umfassenden somatischen und/oder allgemeinspsychiatrischen Störungen und Betroffene in höherem Lebensalter (Abb. 11).

**Beispiel Wohnen:**

- Häufige Obdachlosigkeit und Erwerbslosigkeit bei Klienten
- Einzelwohnen führt zu Überforderung (fehlende Sozialkontakte, Bedarf an alltagsnaher Unterstützung)
- Zunehmender zielgruppenspezifischer Bedarf (Eltern mit Kind, psychiatrisch komorbide Klienten, Wohnraum für mitgebrachte Haustiere ...)
- Bedarf > zunehmender Ausbau der Angebote

**Abb. 11**

- Im Bereich Strafvollzug: Drogenabhängige in der JVA haben enorme Probleme Drogenberatung vor Ort in Anspruch zu nehmen als Folge der Stellenkürzungen, werden häufig ohne Krankenversicherung zu sein entlassen und gelangen – wenn überhaupt – schlechter vorbereitet in die medizinische Rehabilitation als alle anderen Zielgruppen: ohne konkrete Terminabsprache, wann sie genau verlegt werden (morgens, mittags, spät abends), ohne Arztbrief, oft ohne Begleitung. Sparmaßnahmen mit strengen Stellenstreichungen in der Drogenberatung für JVA-Insassen belasten alle weiteren Hilfsangebote enorm. Ein Lichtblick ist das gesundheitspolitisch und auch vom Justizministerium angestrebte Projekt, Drogenabhängigen die Vermittlung in Substitution unmittelbar nach Entlassung aus der JVA zu erleichtern, um das enorme Rückfall- und Mortalitätsrisiko zu verringern [13] (Abb. 12).

**Beispiel Strafvollzug:**

- Stellenkürzungen für externe Drogenberatungen in JVA's wg. Kostendruck auf Träger
- Schlecht bis nicht vorbereitete JVA-Entlassung erschwert Integration in z. B. med. Reha nach Haft (Verlegung ohne Terminabsprache, ohne Arztbrief ...)

**Positiv:**

- Politisch gewollter Ausbau der Substitution in JVA und als Perspektive nach JVA Entlassung

**Abb. 12**

- Im Bereich Gesundheitsförderung: Spätestens während der qualifizierten Akutbehandlung werden diesbezügliche Probleme deutlich – fehlende hausärztliche Versorgung, fehlende zahnärztliche Versorgung, bei Frauen fehlende gynäkologische Versorgung, unzureichende bis fehlende psychiatrische und psychotherapeutische Unterstützung,

unzureichender Impfstatus, zugleich Fehl- und/oder Unterernährung, akute und chronische Infekte (z. B. Hepatitis B/C/D). Substituierte Patienten sind davon spürbar seltener betroffen. Sowohl in Bezug auf psychiatrische als auch somatische Komorbidität sind Drogenabhängige unzureichend versorgt, mit erheblichen Folgen auch für die Allgemeinbevölkerung. Diese gesundheitlichen Probleme angemessen zu behandeln wird zunehmend schwieriger bei wachsendem Druck, die Verweildauer zu kürzen, bei fortschreitendem Stellenabbau und Problemen der Betroffenen, die weitere ambulante Behandlung konsequent fortzusetzen auch ohne begleitende Unterstützung im Alltag (Abb. 13).

**Beispiel Gesundheitsförderung:**

- Erwerbslosigkeit, Obdachlosigkeit und brüchige Kontakte außerhalb der Drogenszene erschweren kontinuierliche Behandlung, Betreuung und Absicherung des GKV-Status

**Soziale Teilhabe:**

- Kernaufgabe der Gesundheits- und Sozialpolitik gemäß ICF (WHO)
- Hilfsbedarf orientiert an vollintegrierten Menschen ohne Behinderung
- D. h. Ermittlung des konkreten Hilfsbedarfs und Entwicklung konkreter Hilfen z. B. med. Rehabilitation

**Abb. 13**

- Im Bereich soziale Teilhabe: Drogenabhängigkeit ist ein ubiquitär anzutreffendes Problem, es betrifft alle sozialen Schichten und Bereiche. Wer betroffen ist, droht sozial abzustiegen. Wer weiterhin abhängig konsumiert und seinen Drogenkonsum orientierten Lebensstil nicht konstruktiv zu verändern vermag im Sinne der Zielhierarchie, prägt auch seine unmittelbare Umgebung nachhaltig: seine Kinder, Partner/in und Freunde. Deren Belastung steigt ebenso. Diejenigen, die diese Probleme nicht selbst bewältigen, sondern professioneller Hilfe bedürfen, drohen sozial ausgegrenzt zu werden bzw. im ICF-Sprachduktus soziale Teilhabe zu verlieren statt zu gewinnen. Diese Klienten brauchen konkrete und persönliche Unterstützung, die personellen Ressourcen der Hilfsanbieter werden jedoch kleiner; denn kommunale Sparmaßnahmen führen zu Stellenabbau und damit zu weniger Mitarbeitern für die notwendigen Unterstützungsmaßnahmen.

**Wie aber soll soziale Teilhabe erreicht werden?**

Hierzu ein kleiner Einschub: Die ICF-Klassifikation der WHO, die auch in der deutschen Sozialgesetzgebung verankert ist, definiert die bio-psycho-sozialen Komponenten der Gesundheit und leitet daraus den jeweiligen Hilfsbedarf für Menschen mit Behinderung ab, um Teilhabe (Partizipation) ebenso wie Menschen ohne Behinderung zu erreichen [12].

**Wie sollen Drogenabhängige mehr Teilhabe erreichen?**

Vor allem durch Erreichen konkreter, realisierbarer Ziele: Durch konkrete Unterstützung bei der Wohnungssuche, eine konkrete Arbeitsgelegenheit, v.a. eine konkrete Perspektive, ein selbstbestimmtes Leben auch außerhalb des riskanten Drogenkonsums erreichen zu können.

**Welche Hilfsangebote zielen besonders auf Verbesserung der Teilhabe und Integration ab?**

Nicht nur, aber vor allem die medizinische Rehabilitation (Abb. 14).

**Medizinische Rehabilitation für drogenabhängige substituierte Klienten:**

- Seit 04.05.2001 als Option möglich
- Bundesweit ca. 14 Kliniken, davon 5 in NRW (1 als erste in Westfalen/4 in Nordrhein)
- Antragsverfahren (noch?) sehr formal, hochschwellig und nur bei ambulanter Vorbereitung

Abb. 14

Hier sind unterschiedliche Tendenzen festzustellen: Uneingeschränkt zu begrüßen ist der Zugang über die Soforthilfe, also die Möglichkeit der Nahtlosvermittlung aus der qualifizierten stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger, sofern keine, v.a. strafrechtliche, Hinderungsgründe vorliegen. Seit 2001 können auch Substituierte in die medizinische Rehabilitation aufgenommen werden [14], dieser Zugang ist auch in fünf Drogen-Rehakliniken in NRW konzeptionell integriert (eine Klinik in Westfalen als erste Klinik bundesweit und vier Kliniken in Nordrhein), bundesweit sind es bislang ca. 12 – viel zu wenig, aber immerhin.

Nur ist dieser Einstieg in die medizinische Rehabilitation wesentlich stärker reglementiert als bei der klassischen Antragstellung und überdies explizit in der Leistungszusage für die medizinische Rehabilitation erwähnt.

Das bedeutet, wenn ein substituiertes Patient während der qualifizierten Akutbehandlung – bei Notwendigkeit weiterer Substitution – die medizinische Rehabilitation als sinnvolle Perspektive erkennt, kann er nicht nahtlos vermittelt werden,

sondern muss die Antragstellung während der ambulanten Substitution stellen auch wenn er mit dieser Hilfe nicht zu recht kommt und erneut rückfällig wird. Beikonsum jedoch ist zurzeit mit diesem Zugang zur medizinischen Rehabilitation nicht vereinbar.

Aufgrund dieser Zugangsmöglichkeit ist die medizinische Rehabilitation – endlich – auch eine grundsätzlich erreichbare Perspektive für substituierte Drogenabhängige, von denen viele ein Leben ohne Substitution und ohne Drogenkonsum anstreben, jedoch enorme Angst davor haben, sowohl die - unbekannte, ersehnte und auch gefürchtete – medizinische Rehabilitation zu beginnen als auch – zeitgleich – auf das vertraute Hilfsmittel Substitution zu verzichten (Abb. 15).

**Einerseits**

- Wachsendes Interesse Langzeitsubstituierter an med. Reha und
- Wachsendes Interesse der Mitarbeiter in Substitutionsambulanzen an medizinischen Reha-Kliniken und Konzepten

**Andererseits**

- Konkrete Vermittlung erst nach intensiver Einzelfallprüfung des medizinischen Dienstes der DRVen – bislang nicht per Soforthilfe

**Wichtig:**

- Bedarf aufzeigen durch konkrete Antragsstellung!

Abb. 15

Dieses wachsende Interesse Langzeitsubstituierter an medizinischer Rehabilitation, das ich persönlich in jeder Gruppe mit Patienten im Rahmen der qualifizierten Akutbehandlung eindrucksvoll erfahren wird – noch – vielfach dadurch blockiert, dass die konkrete Leistungszusage unerreichbar scheint: denn die setzt Substitutionsbehandlung mit monatelanger Beikonsumfreiheit vor Beginn der medizinischen Rehabilitation voraus. Von denjenigen, die diese Voraussetzung erfüllen, brauchen nur wenige diese besondere Zugangsmöglichkeit.

Viele Patienten haben nachhaltige Erfahrungen mit sozialer Ausgrenzung in Familie, Schule und am Arbeitsmarkt, jedoch kaum Erfahrungen mit konkreten Erfolgen im sozialpolitisch angestrebten Sinn, z.B. Schulabschluss, Lehrstelle, soziale Anerkennung durch Freunde, Nachbarn oder Arbeitskollegen. Diese Betroffenen entwickeln zunehmende Selbstwertzweifel und Zweifel am Sinn der Erreichbarkeit eines anderen Lebensstils; vor allem, weil dieser unerreichbar scheint und/oder mit unzumutbaren Belastungen verbunden ist.

In der qualifizierten stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger setzen wir stets bei diesen Widerstandsphänomenen an im Sinne der Philosophie und des Konzepts des Motivational Interviewing, d. h., wir versuchen die Sehnsucht nach einem besseren und weniger risikobehafteten Lebensstil zu wecken bzw. gemeinsam mit den Betroffenen weiter zu entwickeln und zu fördern. Aber mit welcher Perspektive?

Wenn der Betroffene sich – endlich – aufrafft und einen Ausstiegsversuch aus der Drogenszene unternehmen will (sei es über Substitution, betreutes Wohnen, medizinische Rehabilitation etc.), dann braucht er konkrete Hilfen und damit konkret unterstützende Bezugspersonen, z. B. alleinstehende Frauen mit Kindern. Und wenn diese Hilfsangebote fehlen, was dann?

Diese – unvollständige – Liste von Beispielen verdeutlicht, dass einerseits endlich viele Betroffene mit enorm vielfältigen Problemen Kontakt zum Hilfesystem bekommen, welches zunehmend Hilfsangebote zur Überlebenssicherung und Krisenintervention vorhält, andererseits die Schwierigkeiten zunehmen, weitergehende Ausstiegsperspektiven im Sinne der Zielhierarchie zu entwickeln und praktisch umzusetzen (Abb. 16, 17).

**Fazit 1:**

- Verbessertes Kontakt von Drogen- und Suchtpsychiatrie zu problembeladenen Zielgruppen
- Verbesserte Überlebenshilfen und Kriseninterventionshilfen

**Abb. 16**

**Fazit 2:**

- Weiterreichende Ausstiegsperspektiven im Sinne der Zielhierarchie zunehmend erschwert, denn personeller Hilfsbedarf (= Kernaufgabe der Drogenhilfe und Suchtpsychiatrie) von Kürzungen betroffen

**Abb. 17**

Werden Drogenhilfe und Suchtpsychiatrie zur Sackgasse für Drogenabhängige, die Überlebenssicherung für Ausgegrenzte bieten ohne weitere Perspektive?

Diese Perspektive droht zumindest jenen Drogenabhängigen, die – außer sich selbst – nur auf das Hilfesystem als Ressource zurückgreifen können. Und vor allem für diese Zielgruppe ist das Hilfesystem da: aber nicht als Sackgasse, sondern als Mittel zur Integration im Sinne der Teilhabeförderung (Abb. 18)!

**Fazit 3:**

- Überlebenssicherung - Sackgasse oder erster Schritt zu Integration und sozialer Teilhabe (ICF)?
- Integration erfordert Kooperation aller Beteiligten – je knapper die Ressourcen, desto wichtiger die Kooperation und Vernetzung der Hilfen

**Abb. 18**

Wer suchtkrank wird, droht zu verarmen. Wer verarmt, droht suchtkrank zu werden und ist auch von Ausgrenzung bedroht. Wer das akzeptiert, grenzt sich selbst aus.

Das zu verhindern und Integration und Teilhabe zu ermöglichen ist unsere Aufgabe. Gemeinsam. Wir können diesen problematischen Tendenzen entgegenwirken. Wenn wir uns nicht selbst ausgrenzen und spalten lassen im Ringen um die zunehmend knapper werdenden Gelder. In diesem Sinne gilt:

Wer kämpft, kann verlieren. Wer nicht kämpft, sondern aufgibt, hat schon verloren.

Darum möchte ich schließen mit einem Zitat der deutschen Rockband Herne 3, Kreisfreier Rock von 1981:

„Immer wieder aufstehen, immer wieder sagen es geht doch!“

## Literatur

1. ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen mit Glossar und Diagnostischen Kriterien; Huber-Verlag 2010
2. DSM-IV Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen; Saß, Wittchen, Zaudig; Hogrefe-Verlag 2010
3. Sucht und Süchtigkeit. Feuerlein, W.; in: Münchner Medizinische Wochenschrift, 111 (1969), 2593
4. Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen; Kierholz, P., Ladewig, D.; Lehmann-Verlag München 1972
5. Drug, Set and Setting: The basis for controlled intoxicant use; Zinberg, N.E.; New Haven, CT, Yale University Press, 1984
6. Der humanökologische Ansatz in der Theorie der Sucht und in der Suchthilfepraxis; Tretter, F.; in: Döllinger, B. und Schneider, W. (Hrsg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis, VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin (2005), S. 43-62
7. Empfehlungen der Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprojektes Psychiatrie der Bundesregierung; Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.), 11. November 1988
8. Suchtkranke – Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie; Schwoon, D., Krausz, M.; Enke-Verlag 1990
9. Landesprogramm gegen Sucht; Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (Hrsg.), Düsseldorf 1999
10. Motivation – ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker; Schwoon, D., in: Wienberg, (Hrsg.): Die vergessene Mehrheit, Psychiatrie-Verlag Bonn, 1992, 170-182
11. Stationärer Rückfall – Ende der Therapie. Pro und Contra Stationärer Rückfallarbeit mit Alkoholabhängigen; Körkel, J., Wernado, M., Wohlfahrt, R.; Neuland Verlag 1995
12. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Kurzeinführung; Schuntermann, M. F.; [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)
13. Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Heroinabhängigkeit im Justizvollzug (Substitutionstherapie in Haft); Informations- und Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Kooperation mit der Ärztekammer Nordrhein und dem Justizministerium Nordrhein-Westfalen, Münster 23.03.2010
14. Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen; Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker von 04.05.2001; (Anlage 4)

# Mit neuem Mut – Europäisches Jahr zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung

Michaela Hofmann

## Sehr geehrte Damen und Herren,

recht herzlichen Dank für die Gelegenheit als stellvertretende Sprecherin der Nationalen Armutskonferenz einige Worte zu Ihnen sprechen zu dürfen und damit die Notwendigkeit Armut und soziale Ausgrenzung als Querschnittsthema unterstreichen zu können.

Ich bin gebeten worden Ihnen heute das Europäische Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung näher zu bringen und den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit und Sucht darzustellen.

Da ich hierfür nur 15 Minuten Zeit habe, möchte ich mich auf einige wenige Punkte beschränken:

- Das Europäische Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung – was soll das überhaupt?
- Einige Zahlen und Hinweise zu Armut und sozialer Ausgrenzung sowie deren Auswirkungen
- Auf was Sie achten sollten bzw. um was ich Sie bitten möchte

**1** Das EJ 2010 wurde ausgerufen, um mehr Menschen über die Ursachen von Armut und sozialer Ausgrenzung und deren Auswirkungen zu informieren und zu sensibilisieren. Darüber hinaus soll dafür Sorge getragen werden, dass allen Menschen der Zugang zu Rechten ermöglicht wird und sie ihre Rechte in Anspruch nehmen können. Zur Sensibilisierung und zur Aufklärung von Rechten tragen Sie unter anderem mit dieser Veranstaltung, auch wenn das Programm und die Ausschreibung wenig Bezug zum Titel der Veranstaltung herstellt, bei.

Leider, und dies muss ich nach einem halben Jahr und vielen Veranstaltungen inklusive der Fokuswoche der Nationalen Armutskonferenz in Berlin feststellen, haben die Entscheidungsträger in Politik und Ministerien die Ziele des Jahres und der Nationalen Strategie nicht berührt.

Schauen Sie auf die Gesundheitsreform, die Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtes, die Sparpläne um nur einiges zu nennen, dann ist hier von einem Geist, einer Haltung zur Bekämpfung von Armut beizutragen, nichts zu spüren, son-

dern eher das Gegenteil ist der Fall. Durch Gesetze werden die Lebenssituationen von Menschen mit geringem Einkommen verschärft und sie weiter in die soziale Integration getrieben.

**2** Nun einige Zahlen zur Verdeutlichung der Situation. In Deutschland sind nach dem Bericht des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) 11,5 Millionen Menschen, das sind 14% der Bevölkerung, von relativer Einkommensarmut bedroht. Viele Kinder, über die genaue Zahl wird viel gestritten, deshalb nenne ich hier keine, leben in einkommensarmen Haushalten und haben somit wenig Chancen auf gleiche Bildung. Dies ist schon seit langem bekannt und macht den eigentlichen Skandal aus. Etwas zu wissen und dann nichts zu tun, ist ...

Die Bewertung überlasse ich Ihnen.

**3** Vernetzung. Vernetzung ist ein eher abgenutzter Begriff, allerdings möchte ich ihn als Schlüssel für Veränderung bezeichnen und deshalb auch auf die Bedeutung von Vernetzung an dieser Stelle hinweisen. Um Armut und soziale Ausgrenzung zu vermeiden und zu verhindern, ist die Entwicklung einer gemeinsamen Strategie erforderlich. Bei der Komplexität des Themas und der Problematiken werden die unterschiedlichen Perspektiven der von Armut betroffenen Personengruppen sowie die Fachkompetenzen der gesellschaftlichen und politischen Akteure benötigt. Nur durch Vernetzung und eine gemeinsame Strategie kann verhindert werden, dass auf Kosten derjenigen gespart wird, die weder die Krise verursacht, noch über ihre Verhältnisse gelebt haben.

**4** Wir sind keine Opfer – Wirtschaftskrisen, Globalität, Gesetze fallen nicht vom Himmel sondern sind von Menschen gemacht. Dies gibt Hoffnung, denn Menschen und insbesondere die Verantwortlichen in der Politik können ihrer Verantwortung der gesellschaftlichen Gestaltung und der Umsetzung des Grundgesetzes und hier insbesondere dem Recht eines Menschen auf ein soziokulturelles Existenzminimum

nachkommen. Die derzeit häufig geführte Diskussion, dass das Bundesverfassungsgericht nichts über die Höhe der Regelsätze ausgesagt hat und diese deshalb nicht angehoben werden müssten sowie eine Anhebung, den Staat in den Ruin treibt, macht die Opfer zu Tätern und verschiebt Verantwortung. Vielfach wird in diesem Kontext auch von sozial schwachen Menschen gesprochen, die ihr Geld für unnütze Dinge ausgeben oder es versaufen. Dies wird generell auf alle Leistungsempfänger übertragen und häufig von sozial schwachen

Personen gesprochen, wenn eigentlich Einkommensarme gemeint sind. Dies ist abwertend, diskriminierend und wird der Situation derjenigen, die in Armut und sozialer Ausgrenzung leben, nicht gerecht. Denn ich habe keinen Menschen in meiner langjährigen Berufstätigkeit getroffen, der nicht danach strebt, Anerkennung zu erhalten und etwas für andere zu tun. Diese Diskussion, meine Damen und Herren halte ich für sozial schwach. Ich möchte deshalb alle auffordern, diese Zuschreibung nicht mehr zu nutzen.

## Arbeitsgruppe 1

# Niedrigschwellige Hilfen und Qualifizierte Akutbehandlung

Thoralf Wedig und Dr. Ulrich Kemper

In der Einladung für diese Veranstaltung wurde die Arbeitsgruppe wieder mit dem Titel „Niedrigschwellige Hilfen und Qualifizierte Entzugsbehandlung“ angekündigt. Die hohe Teilnehmerzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der unterschiedlichsten Berufsfelder zeigte, dass das Thema trotz oder vielleicht wegen der eher ungenauen Aufgabenformulierung immer noch interessant ist.

In einem kurzen einführenden Statement zur Veranstaltung in diesem Jahr wurde auf eine Besonderheit der Klientel niedrigschwelliger Einrichtungen hingewiesen, die in geringer Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft zu sehen ist. Daraus lässt sich die Notwendigkeit für eine Arbeitsmethodik ableiten, die der Bedarfslage dieser Klientel und den Rahmenbedingungen dieses Arbeitsfeldes angepasst ist und die sich recht klar von den Ansätzen der Beratungsstellen oder therapeutischen Einrichtungen unterscheidet. Auch wenn es je nach Ausbildungsstand verlockend erscheint, beispielsweise therapeutisches know how in die Tätigkeit einfließen zu lassen (was im Einzelfall grundsätzlich angezeigt sein mag), schon allein am Setting niedrigschwelliger Einrichtungen wird dieser Ansatz in den meisten Fällen scheitern.

Im folgenden Erfahrungsaustausch wurden einige grundsätzliche Überlegungen zur Arbeit im niedrigschwelligen Bereich erörtert: Es handelte sich dabei um Aspekte, die an dieser Stelle festgehalten werden sollen, da sie nach Meinung des Autors in der fachlichen Diskussion nicht die erforderliche Berücksichtigung finden:

Es besteht eine bedeutende Gemeinsamkeit zwischen den Einrichtungen des qualifizierten Drogenentzugs und den niedrigschwelligen Einrichtungen, die einerseits in der Verteilerfunktion innerhalb des Suchthilfesystems zu sehen ist. Andererseits scheitert gerade eine Vermittlung in und an andere Institutionen an deren Vorgaben oder der mangelnden Bereitschaft des Klientels sich auf diese einzulassen. D.h.: Niedrigschwellige Hilfen und qualifizierte Entzugsbehandlung sind immer zuständige Ansprech- und Anlaufstellen.

So gehört es zum Selbstverständnis dieser Arbeit, dass i. d. R. in beiden Einrichtungsformen innerhalb kurzer Zeit ein intensiver Kontakt zu einer vergleichsweise großen Zahl an Klienten hergestellt wird. Größtenteils liegen bei diesen Klienten jedoch eine unklare Perspektive und ein oftmals ungeklärter Behandlungsbedarf vor.

Die Motive für die Aufnahme einer Entzugsbehandlung sind ebenso unterschiedlich wie die mehr oder weniger konkreten Anliegen der Nutzer der Angebote niedrigschwelliger Einrichtungen.

Daraus lässt sich direkt ein besonderer Qualitätsanspruch an die Mitarbeiter dieser Einrichtungen ableiten: Mitarbeiter niedrigschwelliger Einrichtungen und Kollegen in den Entzugseinrichtungen sollten über fundierte Kenntnisse des regionalen Hilfesystems verfügen, um die Klienten effizient vermitteln und ggf. auch begleiten oder betreuen zu können. In der Regel werden diese Kenntnisse mit den Praxisjahren in diesem Bereich erlangt und machen einen wesentlichen Teil der Berufserfahrung aus. Beispielfhaft seien hier genannt: Kenntnisse über

- Kooperationspartner und bestehende Netzwerke,
- Kommunikationswege im Hilfesystem,
- Besonderheiten bzgl. der Organisation von Ämtern und Behörden,
- die Möglichkeiten, die die Ordnungspartnerschaft im Zusammenhang mit der Arbeit von Drogenkonsumräumen bietet.

Mit den Jahren im Beruf erwerben die Mitarbeiter in diesem Bereich der Suchthilfe des weiteren eine besondere Kompetenz, die man als Seh-Erfahrung bezeichnen könnte: Die Mitarbeiter erfassen innerhalb kurzer Zeit die Bedarfslage des Klienten – sie sehen praktisch, welche Formen der Unterstützung hier angebracht wären und in welcher Weise (mit welchem Engagement) dem Klienten begegnet werden sollte.

Berufserfahrung kann man bei Kollegen in der niedrigschwelligen Arbeit leider nicht immer voraussetzen, da es gängige Praxis ist, in diesem Bereich der Suchtarbeit auch gern Berufsanfänger zu beschäftigen. Geschäftsführungen teilen aus wirtschaftlichen Zwängen heraus leider manchmal nicht die Haltung der Einrichtungen, dass in diesem Feld qualifiziertes und möglichst erfahrenes Personal beschäftigt werden sollte. Dabei erscheint dies selbst unter ökonomischen Gesichtspunkten überdenkenswert – dieses Personal soll schließlich für die Klienten als Lotse durch das Hilfesystem tätig werden und ist somit auch entscheidend daran beteiligt, ob und in welche Einrichtungen des Hilfesystems weitervermittelt wird.

An dieser Stelle wurde aus dem Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer berechtigterweise angemerkt, dass Berufsanfänger sehr wohl erfolgreich in diesem Feld tätig sein können. Hierfür sei dann, neben der in der Persönlichkeit begründeten grundsätzlichen Eignung, allerdings eine fundierte Einarbeitung Voraussetzung, die über ausreichend berufserfahrene und regelmäßig präsente Kollegen gewährleistet sein müsse.

Ergänzt sein sollte die Berufserfahrung idealerweise durch eine überdurchschnittlich hohe soziale Kompetenz, die erforderlich ist, um in angemessener Weise auf die Klienten zugehen zu können.

In beiden Institutionen ist Wertschätzung und Akzeptanz des Klientels unverzichtbare Arbeitsgrundlage. Erst auf dieser Basis gelingt es Klienten oft eigene Vorstellungen für die nähere Zukunft zu entwickeln.

Authentisches und vorurteilsfreies Auftreten sind hier ebenso hilfreich wie ein hoher fachlicher Kenntnisstand. Besonders erfolgreich arbeitende Kollegen werden von den Besuchern der Einrichtungen natürlich als kompetente Mitarbeiter – oftmals aber hauptsächlich als interessante „Typen“ betrachtet, die wegen der positiven Erfahrungen, die mit ihnen gemacht wurden, akzeptiert und deshalb auch im Bedarfsfall immer wieder angesprochen werden. Um Missverständnissen vorzubeugen, soll darauf hingewiesen werden, dass das angesprochene Auftreten der Mitarbeiter nicht mit Naivität verwechselt werden darf. Die „Kunst“ besteht eben gerade darin, einerseits auf die jeweils vorliegenden Situationen so zu reagieren, dass eigene Standpunkte und Überzeugungen eindeutig aber nicht aufdringlich oder moralisierend in die Interaktionen einfließen, andererseits jedoch Grenzen gesetzt werden, wo es im Sinne des Klienten aber auch für die eigene „Psychohygiene“ des Mitarbeiters notwendig ist.

(Fast jeder erfahrene Kollege aus diesem Arbeitsfeld dürfte schon einmal die Erfahrung gemacht haben, völlig gerädert

aus einem Gespräch gekommen zu sein, in dem er trotz vieler Versuche und scheinbar günstiger Gelegenheiten den Klienten nicht in seinem Redefluss stoppen konnte.)

Eine andere Bestimmungsgröße für erfolgreiche Arbeit ist das Selbstbewusstsein in Bezug auf die Leistungen, die hier erbracht werden. Dafür sollte man sich gezielt für dieses Betätigungsfeld entschieden haben. Erfolge werden sich wahrscheinlich nicht so leicht einstellen, wenn man sich insgeheim oder vielleicht auch offen in Richtung vermeintlich höherwertiger Arbeit in Beratungsstellen, Ambulanzen oder Therapieeinrichtungen orientiert.

2008 führte das Hamburger Institut für interdisziplinäre Suchtforschung (ISD) eine bundesweite Szenebefragung durch. Befragt nach der Wichtigkeit der Angebote des Hilfesystems wurden an erster Stelle mit ca. 80% die Cafés benannt, es folgten die Beratung, die allerdings auch als Bestandteil des Café-Angebotes betrachtet werden kann mit ca. 75% und die Drogenkonsumräume mit ca. 65%. (Entgiftungsplatz ca. 30% auf Platz 7, Therapie mit ca. 20% auf Platz 9).

Neben den eben angesprochenen Punkten existiert die längst erkannte und auch wiederholt benannte Notwendigkeit, verbindliche Standards für die niedrigschwellige Arbeit einzuführen und deren Einhaltung zu gewährleisten. Das hilft nicht zuletzt dabei, politische Entscheidungsträger in der Weise für sich zu gewinnen, dass die Finanzierung der Arbeit dieses Bereiches nicht, wie zu oft in der Vergangenheit, als erstes in wirtschaftlich angespannten Zeiten zur Disposition steht.

Aus fachlicher und auch wirtschaftlicher Sicht ist es unbedingt wünschenswert und erklärbar, dass der niedrigschwellige Bereich zukünftig eine Regelfinanzierung erfährt. Es sei abschließend nochmals darauf hingewiesen: in diesen Einrichtungen werden besonders viele Klienten erreicht. Neben der Lotsenfunktion findet hier eine existenzsichernde Basisversorgung statt und hier entscheidet sich, welchen weiteren Weg durch das Hilfesystem der Klient nimmt.

Als weiteres Thema wurde die zunehmende Notwendigkeit einer niederschwelligen Wohnunterbringung erörtert. Kollegen aus den Niederlanden berichteten von der erfolgreichen Arbeit der Heilsarmee, die in drei Häusern ältere Drogenabhängige ohne Therapiewunsch betreut.

Als problematisch wurde ebenso die Versorgung junger Suchtkrankter mit psychiatrischen Zusatzdiagnosen angesehen. Oft fällt es schwer in Hilfeplankonferenzen eine für den Kostenträger akzeptable Perspektive zu entwickeln.

Im Hinblick auf zukünftige Veranstaltungen dieser Art wurde der Wunsch geäußert, inhaltliche Schwerpunkte oder Fragestellungen konkreter zu benennen. So sei das Thema Armut einerseits für viele Teilnehmer von großem Interesse gewesen – andererseits aber angesichts der knappen Zeit, die der Gruppe zur Verfügung stand, zu global, um beispielsweise konzeptionelle Empfehlungen für die weitere Arbeit in beiden Feldern zu entwerfen oder notwendige Forderungen an politische Entscheidungsträger zu formulieren.

Wie eingangs bemerkt, fand in Veranstaltungen vorangegangener Jahre wiederholt ein Erfahrungsaustausch zwischen Vertretern der Arbeitsfelder qualifizierter Drogenentzug und niederschwellige Hilfen statt. Vor dem Hintergrund, der trotz der festgestellten Gemeinsamkeiten bestehenden Spezifika der beiden Felder, ist zu überlegen, ggf. zwei separate Arbeitsgruppen zu bilden und somit je nach Aufgabenstellung zu detaillierteren Ergebnissen zu kommen.

## Arbeitsgruppe 2

# Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Qualifizierte Akutbehandlung

Anja Willeke und Dr. Andrea Hauschild

### Ergebnisse der Arbeitsgruppe:

- Zielgruppenabgestimmte Angebote sind von großer Wichtigkeit für die Versorgung der Drogenabhängigen.
- Niedrigschwellige Erreichbarkeit als Zugangsmöglichkeit für Hilfeangebote haben eine zentrale Bedeutung.
- Aufklärung und Transparenz möglicher Ursachen von Suchterkrankungen und deren gesellschaftlichen Auswirkungen (Trauma und Sucht) müssen intensiviert werden.
- Vorrangigkeit der Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Drogenhilfe, Jugendhilfe, Psychiatrie und kommunalen Trägern.

Für die ambulante als auch die stationäre Drogenhilfe in Kliniken sind zielgruppen- bzw. patientengruppenabgestimmte, bedarfsgerechte Hilfeangebote von nachhaltiger Bedeutung. Zum einen ermöglichen diese eine differenzierte und adäquate Versorgung, zum anderen eröffnen sie Handlungsräume für Motivationsförderung.

Zentral für die Behandlungs- und Angebotsnachfrage ist die Erreichbarkeit der suchtmittelabhängigen Personen.

In der ambulanten Beratungsarbeit der LOBBY, Caritas-Verband Paderborn, mit der Zielgruppe Jugendliche und junge Erwachsene haben aufsuchende und niedrigschwellige Arbeitsansätze einen hohen Stellenwert. Es geht um Präsenz und Erreichbarkeit im unmittelbaren Lebenskontext des Heranwachsenden, z. B. Streetwork in Brennpunktgebieten und an Szeneplätzen, sowie suchtpreventive Angebote in Schulen und Jugendeinrichtungen. Bedarfsgerechte Methoden zur Kontaktabstimmung, Einzelfallhilfe und Begleitung zu Ärzten/innen, Kliniken und Ämtern (Agentur für Arbeit) sind die zentralen Säulen dieser Arbeit. Das Fundament bildet die vertrauens- und respektvolle Beziehungsebene zwischen dem Jugendlichen (Klient/in) und dem Helfer/in – eine Begegnung auf Augenhöhe. Sehr bedeutsam für die ambulante Suchtbehandlung ist die systemische Arbeitsweise, die die Einbeziehung von Angehörigen, Eltern und anderen wichtigen Bezugspersonen beinhaltet.

Für die Qualifizierte Akutbehandlung sind zentrale (szene-nahe) Informations- und Anmeldestellen wichtige Kontaktzgangswege, z. B. Anknüpfung an medizinische und kommunale Versorgungsstrukturen und (Sucht-) Hilfeeinrichtungen. Information und Aufklärung im Rahmen zielgruppenspezifischer Suchtprävention ermöglichen die Transparenz von Ursachen, Funktionen und Auswirkungen des Drogenkonsums. Sie fördern Verstehen auch im Sinne von Nachvollziehbarkeit sowie Verständnis.

Beispielhaft seien hier Traumatisierungen genannt – insbesondere im frühen Kindesalter und vor allem komplexe Traumatisierungen. Diese stellen mit ihren Traumafolgestörungen für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Drogenabhängigkeit einen sehr bedeutsamen Faktor dar. Die Veranschaulichung dieser Zusammenhänge und Kausalitäten ist sowohl im Rahmen der suchtspezifischen Akutbehandlung als Erklärungsmodell im Rahmen einer Psychoedukation wichtig als auch für die in der Suchthilfe Tätigen und Entscheidungsträger/innen für weiterführende störungsübergreifende integrative Behandlungen. Solche Transparenz unterstreicht auf der einen Seite die erforderliche Entwicklung adäquater individueller Hilfe (biografiebezogen i. S. von Nachreife) und baut auf der anderen Seite Hemmschwellen der Mitarbeiter/innen aus anderen sozialen Hilfesystemen ab. Dadurch werden Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen Drogenhilfe, psychiatrischer Suchtmedizin, Jugendhilfe und Kommunen erleichtert.

Darüber hinaus kann die Mitarbeit in kommunalen Versorgungsgremien und Vernetzung (auch projektbezogen) den Auswirkungen von Ausgrenzung und Verarmungsprozessen entgegenwirken.

Kooperationsmöglichkeiten könnten über gegenseitige Weiterbildung und Schulung oder gemeinsame Fallbesprechung etabliert werden (z. B. mit der ARGE).

### Arbeitsgruppe 3

## Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung

Sybille Teunißen und Dr. Peter Summa-Lehmann

Die Teilnehmenden der Arbeitsgruppe, die zum überwiegenden Teil aus verschiedenen Arbeitsbereichen der Suchtkrankenhilfe, aber auch aus angrenzenden Arbeitsfeldern, wie beispielsweise der Straffälligenhilfe, stammten, tauschten sich zunächst auf Basis der Vorträge vom Vormittag über praxisrelevante Aspekte zum Thema Suchtkrankheit und Armut aus. Dabei wurden unter anderem folgende Standpunkte formuliert:

Häufig gelingt der Übergang für suchterkrankte Personen in ein selbstbestimmtes Leben trotz weitreichender Hilfeleistungen nicht; Ressourcen durch Vernetzung von Hilfsangeboten sollten mehr genutzt werden.

Der kulturelle Hintergrund im subjektiven Erleben von Armut spielt eine beachtliche Rolle für die Betroffenen, eventuell auch bei der Mobilisierung von Ressourcen im Umgang mit prekären sozialen Lagen.

Es besteht zum Teil ein Widerspruch zwischen einer entwürdigenden Behandlung von Armut betroffener Klientinnen und Klienten im Hilfesystem und dem professionellen Anspruch, Ressourcen bei den Betroffenen zu wecken.

Das Schnittstellenmanagement zwischen der medizinischen Rehabilitation und der beruflichen Rehabilitation ist in der Praxis deutlich verbesserungswürdig. Es fehlen innovative Ansätze und es bedarf wohnortnaher Hilfen.

Suchtkranke Personen mit einer psychiatrischen Doppeldiagnose weisen häufig sehr komplexe Problemlagen, insbesondere auch in Bezug auf ihre soziale und berufliche Situation, auf. In der Praxis bestehen Schwierigkeiten, passgenaue Hilfen zu vermitteln und zu koordinieren. Eine weitere Klientengruppe zeigt eine hohe soziale Desintegration mit entsprechendem Hilfebedarf, die Gruppe der jugendlichen und jungen erwachsenen Suchtmittelabhängigen.

In zwei kleinen, von den Leitern der Arbeitsgruppe, Herrn Dr. Summa-Lehmann und Frau Teunißen, im Entzug und der medizinischen Rehabilitation durchgeführten empirischen Befragungen bei suchterkrankten Männern und Frauen zeig-

te sich, dass das subjektive Erleben von Armut häufig nicht mit objektiv vorhandenen Faktoren, wie Belastungen in Bezug auf die finanzielle Situation oder im Hinblick auf mangelnde Bildung oder langjährige Arbeitslosigkeit zusammenhängt. Vielfach wird davon ausgegangen, dass es sich in der Therapie nur um einen Übergangszeitraum bis zur Aufnahme einer neuen Beschäftigung oder einer Ausbildung handelt. Die vorhandene Versorgung und soziale Unterstützung im Hilfesystem trägt ebenfalls zu einer subjektiv positiven Einschätzung der eigenen sozialen Lage, unabhängig von objektiven Schwierigkeiten, bei. Faktisch verfügen die Betroffenen während einer Behandlung auch häufig über regelmäßig mehr Bargeld als vor Aufnahme einer Suchttherapie. In diesem Rahmen muss eine Therapie der Suchterkrankung dazu beitragen, Perspektiven für eine soziale und berufliche Integration zu eröffnen. Darüber hinaus sind Patientinnen und Patienten zu befähigen, Bewältigungsstrategien für einen aktiven, realistischen Umgang mit sozialen Belastungen und Teilhabebarrrieren zu entwickeln.

Abschließend wurde in der Arbeitsgruppe der konkrete Hilfebedarf anhand von verschiedenen Fallgruppen erörtert. So wurden Ansatzpunkte für Hilfeleistungen bei Alkoholabhängigen im Unterschied zu Drogenabhängigen besprochen. Unterschiedliche Bedarfe bei weiblichen und männlichen Suchtkranken und spezifische Problemkonstellationen für soziale Unterstützungsmaßnahmen bei suchtmittelabhängigen Personen mit einer komorbiden Störung wurden ebenfalls erwo-gen.

Klar ist, dass eine lückenhafte Klärung von grundlegenden sozialen Belastungen bei Aufnahme einer Suchttherapie demotivierend für die betroffenen Patientinnen und Patienten wirkt. Hier bedarf es einer guten Kooperation mit zuständigen kommunalen Behörden und Institutionen. In der Adaption gelingt einzelfallbezogen eine reibungslose Koordination von medizinischer und beruflicher Rehabilitation.

Im Ambulant Betreuten Wohnen wurde übereinstimmend von vielfältigen Hilfsmöglichkeiten berichtet, allerdings endet das Ambulant Betreute Wohnen zumeist, wenn eine Arbeit

aufgenommen wird. Auch aufsuchende Hilfen als Nachsorge wurden als ein wichtiges ergänzendes Angebot erachtet, um die Nachhaltigkeit der Hilfeleistungen zu sichern.

Insgesamt erscheint die Bildung von Standards für das Spektrum der Hilfeleistungen erforderlich, um Armutsrisiken und

Einschränkungen der Teilhabe von Suchterkrankten wirksam beheben zu können.

## Fazit

Dr. Thomas Kuhlmann

Die heutige Tagung steht unter dem Motto „Suchtkrank durch Armut – Armut durch Suchtkrankheit“ und folgt damit konsequent der Debatte, die wir auf unserer letzten Tagung geführt haben, nämlich über die Auswirkung der vielfältigen sozialpolitischen Veränderungen auf die Hilfesysteme und unsere konkrete Zusammenarbeit mit der Folge, dass wir alle zunehmend konfrontiert werden mit dem Spagat zwischen Kooperation, Konkurrenz und den Auswirkungen der Kommunalisierung.

Herr Schenk hat in seinem eindrucksvollen Referat die Dimension des Armutsbegriffs und die komplexen Zusammenhänge von Verarmungs- und Ausgrenzungsprozessen sowie deren Auswirkungen auf die gesamtgesellschaftliche Entwicklung, insbesondere die Mittelschicht und eben nicht nur die unmittelbar betroffenen Armen aufgezeigt. Freundschaft versus Isolation, Selbstwirksamkeit versus Ohnmacht und Anerkennung versus Beschämung – diese Kategorien als Leitfaden für die Verhinderung und auch Überwindung von Ausgrenzung und Armut geben eine Orientierung für die Praxis und fordern zu kreativem Gestalten der eigenen Arbeit heraus, indem wir uns selbst hinterfragen können, inwiefern wir diese Kategorien in unserer eigenen Arbeit nutzen und erfüllen.

Der Zusammenhang zwischen praxisorientierten, mehrdimensionalen Sozialleistungsmaßnahmen und deren nachweisbaren Auswirkungen für die Gesellschaft, insbesondere die Mittelschicht ist in seiner Bedeutung kaum zu unterschätzen, denn er unterstreicht, dass Sozialpolitik keine vorrangig von Mitleid getragene mildtätige Maßnahme für hoffnungslose Fälle darstellt, sondern Auswirkungen auf alle gesellschaftlichen Bereiche hat und damit der überwiegenden Mehrheit der Gesellschaft entweder nützt oder ihr schadet.

In meinem Referat habe ich die weitreichenden Entwicklungen in den zurückliegenden Jahrzehnten skizziert hin zu einem vernetzten Hilfesystem von überlebenssichernden nie-

derschweligen Hilfsangeboten mit pragmatisch orientierter konkreter Unterstützung für unterschiedliche Klientengruppen bis zur medizinischen Rehabilitation. Die zunehmenden Sparmaßnahmen gerade auf kommunaler Ebene führen häufig zum Personalabbau und erschweren folglich die Fortführung des persönlichen Austausches, der Diskussion, des Ringens um sinnvolle Anschlusslösungen und begünstigen Rückzugstendenzen und Spaltungen innerhalb des Hilfesystems statt Intensivierung der Vernetzung – wenn alle so weiter arbeiten wie bisher.

Frau Hofmann referierte über die EU-Initiative 2010 „Mit neuem Mut – Europäisches Jahr zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung“ und forderte eine differenzierte Auseinandersetzung mit diesem Thema auch innerhalb des Hilfesystems, eine Forderung, die sie beispielhaft unterstrich anhand des Begriffs „Sozialschwacher“, der soziale Inkompetenz suggeriert – bei real vielfältig erhöhter sozialer Kompetenz gerade dieser Zielgruppe im Unterschied zu Vertretern anderer gesellschaftlicher Gruppen.

In den verschiedenen Arbeitsgruppen und auch der Abschlussdiskussion ist deutlich geworden, wie groß das Bedürfnis nach Aussprache, Absprache, Kooperation und besserer Vernetzung bei allen Beteiligten ist, um die umfangreichen Möglichkeiten des Hilfesystems nutzen zu können im Sinne der Betroffenen und diese Arbeit auch als Professioneller als sinnvoll zu erleben. Der Spagat zwischen verbesserten Überlebens- und niederschweligen Hilfen auf der einen Seite und Inanspruchnahme direkter ausstiegsorientierter Hilfen wie z. B. medizinischer Rehabilitation auf der anderen Seite ist immer schwerer zu bewältigen, denn die niederschwellige Hilfe droht zur Sackgasse zu werden.

Die persönlichen Kontakte zwischen Mitarbeitern der verschiedenen Hilfsangebote nehmen ab aufgrund von Personalmangel und Arbeitsverdichtung, der konzeptionelle Austausch wird schwieriger und die Arbeit selbst damit un-

befriedigender. Dem gilt es entgegenzuwirken. Gemeinsam. Am Beispiel der Möglichkeit eines substitutionsgestützten Einstiegs in die medizinische Rehabilitation wird deutlich, welche Möglichkeiten bestehen, wenn alle Bereiche des Hilfesystems eng zusammenarbeiten. Nur so können wir verhindern, dass Sparmaßnahmen auf kommunaler-, Landes- und Bundesebene unsere Arbeit bedrohen: Indem wir eben nicht so weiter arbeiten wie bisher, sondern bestehende Konkurrenzen und Animositäten hinterfragen, überwinden

und beiseite schieben und statt dessen verstärkt nach Gemeinsamkeiten suchen, um die weiter bestehenden Chancen zu nutzen, Hilfsbedürftigen besser zu helfen als bisher statt gemeinsam darüber zu klagen, dass sich die Rahmenbedingungen verschlechtern.

Auch wir müssen neue Wege suchen, wenn wir in eine Sackgasse zu drohen geraten. Das gilt nicht nur für die Klienten.

## Referentinnen und Referenten

**Dr. med. Andrea Hauschild-Hersch**

Alexianer-Krankenhaus  
Abt. Psychosomatik, Psychotherapie und Suchtbehandlung  
Alexianergraben 33  
52062 Aachen

**Michaela Hofmann**

Diözesan-Caritasverband Köln  
Georgstrasse 7  
50676 Köln

**Dr. Ulrich Kemper**

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

**Friedhelm Kitzig**

Landschaftsverband Rheinland  
LVR-Dezernat Klinikverbund und  
Verbund Heilpädagogischer Hilfen  
Fachbereich Planung, Qualitäts- und  
Innovationsmanagement  
Hermann-Pünder-Straße 1  
50679 Köln

**Dr. Thomas Kuhlmann**

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach  
Schlodderdicher Weg 23a  
51469 Bergisch Gladbach

**Martin Schenk**

Diakonie Österreich  
Albert Schweitzer Haus  
Schwarzspanierstraße 13  
1090 Wien

**Dr. Peter Summa-Lehmann**

LVR-Klinik Düren  
Meckerstraße 15  
52353 Düren

**Sybille Teunißen**

Fachklinik Beusingser Mühle  
Beusingser Mühle 1  
59505 Bad Sassendorf

**Thoralf Wedig**

Drogenhilfe Köln gGmbH  
KAD II  
Siegburger Straße 114  
50679 Köln

**Anja Willeke**

Caritas-Verband Paderborn e. V.  
Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche und  
Konfliktsituationen – LOBBY  
Am Haxthausenhof 14-16  
33098 Paderborn



