

Teilhabe - Ein Rechtsanspruch auch für Drogenabhängige?!

Vom Schlagwort zur Realität

Eine Kooperationsveranstaltung von

- Der PARITÄTISCHE NRW
- Diözesan-Caritasverband
für das Erzbistum Köln
- Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe
- Fachverband Qualifizierte stationäre
Akutbehandlung Drogenabhängiger e. V.
- LVR-Koordinationsstelle Sucht

Dokumentation der Fachtagung
am 10. Dezember 2014
in Köln-Deutz



Teilhabe

-

Ein Rechtsanspruch auch für
Drogenabhängige?!

Vom Schlagwort zur Realität

Dokumentation der Fachtagung
am 10. Dezember 2014
in Köln-Deutz

Impressum

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

Redaktion und Layout: Guido Gierling, Gerda Schmieder

Druck: LVR-Druckerei, Ottoplatz 2, 50679 Köln, Tel 0221 809-2418

Köln, im Juli 2015

1. Auflage: 1-500

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier aus 100 % Altpapier

Inhalt

Begrüßung	5
<i>Friedhelm Kitzig</i>	
Erfahrungen und Fragen aus der klinischen Praxis	9
<i>Dr. med. Thomas Kublmann</i>	
Teilhabe und Substitution – Auftrag, Chancen und Grenzen	19
<i>Prof. Dr. Norbert Scherbaum</i>	
Inklusion und Suchthilfe	27
– Ein gesellschaftlicher Auftrag mit konkreten Folgen –	
<i>Jost Leune</i>	
Arbeitsgruppe 1	35
Niedrigschwellige Hilfen und Qualifizierte Akutbehandlung	
<i>Klaudia Herring-Prestin und Werner Terbaar</i>	
Arbeitsgruppe 2	37
Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Qualifizierte Akutbehandlung	
<i>Renate Steinert und Norbert Teutenberg</i>	
Arbeitsgruppe 3	39
Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung	
<i>Dr. Andreas Rhode und Dr. Ralph Marggraf</i>	
Fazit	43
<i>Dr. med. Thomas Kublmann</i>	
Referentinnen und Referenten	45

Begrüßung

Friedhelm Kitzig

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich sehr, Sie heute zur Fachtagung

„Teilhabe – ein Rechtsanspruch auch für Drogenabhängige?! Vom Schlagwort zur Realität“

hier in den Räumen des Landschaftsverbandes Rheinland begrüßen zu können.

Schon der von Ihnen gewählte Titel ließ mich stutzen:

Wenn es einen Rechtsanspruch auf Teilhabe gibt, dann dürfte dieser, zumindest was den rechtlich-normativen Aspekt angeht, nicht selektiv angewandt werden. „Aber natürlich“, war ich geneigt zu sagen, warum also hinterfragen Sie, ob der Rechtsanspruch auch für Drogenabhängige gilt:

Haben Sie selbst Zweifel, dass das Recht für Ihre Klientel gilt oder aber ist diese Frage eher rhetorisch zu verstehen, ein bisschen provokativ, so als wollten Sie die geneigte Zuhörerschaft bereits im Titel auf eine von Ihnen wahrgenommene Diskrepanz zwischen dem Rechtsanspruch und gelebten Alltag, der Umsetzung hinweisen.

Nun, das Recht auf Teilhabe, so wie Sie es aus dem Sozialgesetzbuch herleiten, muss verbunden werden mit den Bestimmungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), der Inklusion. Diese wird auf allen politischen Ebenen nun beworben und man sieht Rollstuhlfahrer oder freundlich lächelnde Menschen mit Down-Syndrom auf dem Weg in die inkludierte Gemeinschaft. Hält man allerdings den fürsorglich anmutenden Bildern eine Szene aus dem Drogenmilieu gegenüber mit all ihren menschlich und sozial konfrontierenden Zutaten, dann ahne ich worauf Sie hinauswollen. Denn: Teilhabe, Inklusion – geht das für diese Leute nicht zu weit??

Meine Damen und Herren,

Das Inklusionsparadigma markiert einen grundlegenden Wendepunkt über die Vorstellungen vom gesellschaftlichen Zusammenleben von Menschen mit und ohne Behinderung, es weist als ein umfassendes gesellschaftliches Paradigma weit über die Psychiatrie hinaus. Wenn es aber als zukünftig universelle Handlungsmaxime gilt, wird sich auch die Psychiatrie daran messen lassen müssen, ob und wie sie die UN-BRK in ihren Versorgungskonzepten und in ihrer Versorgungspraxis einbezieht.

Leitender Gedanke ist die gesellschaftliche Inklusion von Menschen mit Behinderungen.

„Zu den Menschen mit Behinderungen (im Sinne der UN-Konvention) zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbehinderungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe hindern können.“

Nicht alle psychisch kranken Menschen sind behindert, aber viele (30 – 40%) psychische Erkrankungen verlaufen längerfristig mit hohen Chronifizierungsrisiken und starken krankheitsbedingten Beeinträchtigungen, die die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben mehr und weniger stark erschweren oder gar verhindern.

Das Prinzip „Integration durch Normalisierung“ erkennt besondere Lebenswelten und Institutionen an, aber nicht separiert vom gesellschaftlichen Leben, sondern integriert in die Gemeinde, das Arbeitsleben, die Kultur etc. Bei der Integration geht es darum, innerhalb der gegebenen gesellschaftlichen Strukturen und Lebensvollzüge Wege und Räume zu schaffen, die psychisch kranken und behinderten Menschen, soweit es die Beeinträchtigung und die Umwelt zulässt,

die Teilhabe an den ansonsten nach eigenen Gesetzen ablaufenden Gesellschaftsprozessen – Arbeit, Freizeit, Kultur, Sport etc. – ermöglichen. Es geht dabei immer auch um Sonderrechte und besondere Unterstützung, damit behinderte Menschen trotz der Behinderung dazugehören.

Inklusion, meine Damen und Herren, geht weit über dieses Verständnis hinaus:

Inklusion geht von der bedingungslosen Gleichstellung aller Menschen als universellem Menschenrecht aus. Das bedeutet dann, dass die oben genannten Gesellschaftsprozesse so auszurichten sind, dass sie Inklusion behinderter Menschen ermöglichen und nicht als gegeben betrachtet werden müssen. Die BRK will nicht verstanden werden als eine „Sonderkonvention“, sondern als Konkretisierung der Menschenrechte.

Das unterscheidet sich zunächst ja gar nicht so elementar von einer weitreichenden Zielbestimmung unter dem Begriff Integration.

Konstitutiv für den Begriff der Inklusion ist hier die Umkehr der Handlungsfolgen:

Nicht der kranke oder behinderte Mensch, dem die Integration ermöglicht werden muss, steht im Fokus des Integrationsanspruches sondern die Gesellschaft ist es, die ihre Kraft darauf richten muss, Menschen mit Behinderungen zu inkludieren.

Zentrale Elemente sind (DIECKBREDEr)

- Die Verwirklichung der vollen gesellschaftlichen Teilhabe
- Die Anerkennung als gleichberechtigte und gleichwertige Bürger und Bürgerinnen
- Die Achtung der Würde und individuellen Autonomie
- Der Respekt vor Unterschiedlichkeit und die gesellschaftliche Wertschätzung

Oder einfach an praktischer Szene dargestellt, so wie Dr. Theo Wessel, Geschäftsführer des Gesamtverbandes für Suchthilfe e.V. Berlin, es einmal in einem Vortrag ganz anschaulich verdeutlicht hat, was eine erfolgreiche Umsetzung der Inklusion von psychisch Kranken am Beispiel Fußball bedeutet:

1. Der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin gemeinsam mit Klient/Klientin vor dem Fernseher in der Tagesstätte - hierbei handelt es um ein institutionell organisiertes Milieu.
2. Der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin gemeinsam mit Klientinnen und Klienten im Fußballstadion - die Gruppe befindet sich im normalen Leben, aber als Psychiatriegruppe.
3. Der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin organisiert den Kontakt zu „Fußballfreunden“, die gemeinsam mit Klienten/Klientinnen als Fußball-Fangruppe ins Stadion gehen und einen schönen Nachmittag dort verbringen - ganz normal!

Zunächst - hat man den Eindruck - kann doch niemand etwas gegen diese elementaren Rechtsnormen einwenden und nur zustimmen und begrüßen. Aber die Abstraktheit in ihrem Gehalt und die Radikalität in ihrem Anspruch erfordert eine Justierung, eine Transformation auf die unterschiedlichen gesellschaftlichen Umsetzungsfelder und eine entsprechende Operationalisierbarkeit, damit Inklusion nicht in der floskelhaft wiederholten Bestätigung einer sicherlich guten Absicht versandet.

Um die Wucht dieses Anspruchs handhabbar zu machen, sollten wir uns darüber im Klaren sein, dass die BRK mit dem Prinzip der Inklusion eine Utopie formuliert, eine politische Zielorientierung, aber auch eine gesellschaftspolitische Strategie und eine ethische Grundlage für das professionelle Handeln, das – in Wahrnehmung gegebener und erfahrener Wirklichkeiten - als Generationen übergreifende permanent geforderte Daueraufgabe zu werten ist.

Dies im Bewusstsein, dass Inklusion Türen und Wege öffnen kann, aber auch an Grenzen stößt, die, wenn überhaupt, nur langsam und langfristig gelöst oder verschoben werden können.

Grenzen sind da, wo die Komplexität des Zusammenlebens die Möglichkeiten menschlichen Verstehens, Aushaltens, Bewältigens überschreitet. Ein erstes Risiko der Inklusion ist die eines undifferenzierten, dogmatischen Gebrauchs, die die Möglichkeiten der Menschen, behinderte und nicht behinderte, überschreitet.

Inklusion ist ein Menschenrecht, nicht Menschenpflicht; sie kommt dort an Grenzen, wo sich behinderte Menschen für den besonderen Lebensraum entscheiden oder darauf angewiesen sind.

Und damit ist zugleich ein zweites Risiko angedeutet:

Eine der größten Gefahren der „Inklusions-Utopie“ ist die Gefahr des legitimatorischen Rückzugs auf vermeintliche Grenzen, der dazu führen kann, dass sie den Teil der Betroffenen zurücklässt, der als „nicht inkludierbar“ gilt, einer „exkludierten Inklusion“ (WIENBERG) unter Ausschluss der Störendsten und Schwierigsten.

Und damit, so scheint es, bin ich in Ihrem Thema.

Meine Damen und Herren,

Zu dieser nunmehr siebten Gemeinschaftsveranstaltung des Fachverbandes Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V., der Freien Wohlfahrtspflege und der LVR-Koordinationsstelle Sucht heiße ich Sie im Namen des Landschaftsverbandes Rheinland herzlich willkommen.

Die „Stammkundinnen und -kunden“ unter Ihnen wissen, dass wir mit unserer Tagungsreihe jeweils aktuelle Anforderungen und Fragestellungen aus Ihrer täglichen Arbeit aufgreifen und eine intensivere Betrachtung und Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Thema ermöglichen möchten. Dies auch mit dem Ziel, einen aus un-

serer Sicht für die Suchtkrankenhilfe unerlässlichen Arbeitsansatz zu unterstützen – nämlich Ihnen die Möglichkeit zu geben, sich zu vernetzen und zu kooperieren.

Ein Ergebnis von Kooperation und Vernetzung ist die heutige Veranstaltung, die in gewohnt vertrauensvoller Zusammenarbeit konzipiert wurde von

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

in deren aller Namen ich Sie ebenfalls gerne hier zu unserer Fachtagung begrüße.

Recht auf Teilhabe und Chancen auf Teilhabe auch für suchtkranke Menschen – dieser Gedanke, diese Anforderung im Rahmen der Umsetzung der Behindertenrechtskonvention hat sich in den meisten Köpfen noch nicht etabliert.

Das 2012 verabschiedete Landeskonzept gegen Sucht NRW ist – nun zitiere ich – „darauf gerichtet, allen suchtkrankgefährdeten und suchtkranken Menschen unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, sozialem Status, religions- und Glaubenszugehörigkeit Zugang zu den notwendigen Hilfen zu verschaffen und ihnen damit eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Dies schließt auch Maßnahmen gegen Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung in allen Bereichen ein.“

Konkretisiert wird dies in dem kurz vor der Verabschiedung stehenden Aktionsplan gegen Sucht.

Als einer der generellen übergreifenden Handlungsansätze wird Teilhabe und Selbstbestimmung als Leitschnur festgeschrieben. Dort heißt es:

„Es sind erhebliche Anstrengungen erforderlich, um suchtkranken Menschen ein selbstbestimmtes Leben und eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.“

- Wie schaffen wir denn die Bedingungen, die es ermöglichen, dass suchtkranke Menschen eine reelle Chance auf umfassende Teilhabe haben?
- Sinnvolle Tätigkeit, passende Wohnformen, gemeinsame Freizeitgestaltung – ist dies alles schon Bestandteil einer inklusiven gesellschaftlichen Kultur?
- Wie sehen inklusive Strukturen aus? Und wie inklusive Praktiken, Maßnahmen und Angebote?

Gemeinsam mit Ihnen, meine Damen und Herren, möchten wir uns diesen Fragen stellen.

Dabei werden uns

- Herr Jost Leune
Geschäftsführer des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e.V. Berlin,
- Herr Prof. Dr. Norbert Scherbaum
Ärztlicher Direktor des LVR-Klinikums Essen, Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen und
- Herr Dr. Thomas Kuhlmann
Chefarzt der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach

mit ihrer jeweils langjährigen Expertise in der Suchthilfe unterstützen.

Ich grüße Sie herzlich!

Heute Nachmittag haben Sie wieder Gelegenheit, in drei Arbeitsgruppen Ihre Erfahrungen und Meinungen zu konkreten praktischen Fragestellungen auszutauschen, Möglichkeiten der Kooperation und Vernetzung auszuloten und neue Impulse für Ihre Arbeit zu entwickeln und zu erhalten.

Begleitet werden Sie dabei von den Referentinnen und den Referenten der Arbeitsgruppen:

- Frau Klaudia Herring-Prestin von Gleis 1 Drogenhilfe Wuppertal
- Frau Renate Steinert von der LWL-Klinik Münster
- Herr Werner Terhaar, LWL-Klinik Lengerich
- Herr Norbert Teutenberg vom Sozialdienst katholischer Männer Köln
- Herr Dr. Andreas Rhode von der Fachklinik Release Ascheberg, der freundlicherweise für Frau Mazur eingesprungen ist, die leider heute verhindert ist.
- Herr Dr. Ralph Marggraf, LVR-Klinik Viersen

Auch Sie alle heiße ich im Namen der Veranstalter herzlich willkommen!

Nun überlasse ich den Platz am Rednerpult Herrn Dr. Kuhlmann und den Moderatorinnen und Moderatoren des heutigen Tages. Ich wünsche uns für heute einen erkenntnisreichen Tag - dass wir alle heute Abend klüger nach Hause gehen als wir heute Morgen her gekommen sind!

Und bedanke mich herzlich für Ihr Zuhören!

Erfahrungen und Fragen aus der klinischen Praxis

Dr. med. Thomas Kuhlmann

Die Stationen zur qualifizierten Akut- bzw. Entzugsbehandlung Drogenabhängiger sind Teil der psychiatrischen Basisversorgung für drogenkonsumierende Personen aus allen Zielgruppen und gesellschaftlichen Bereichen. Die Herausforderung der klinischen Praxis umfassen (1, 2, 7, 18, 22)

Herausforderungen in der klinischen Praxis

- Überleben sichern
- Kontakt herstellen
- Lebensqualität verbessern

- Überlebenssicherung als Kernziel und Basis jeglicher weiterer Hilfe
- Herstellung und Festigung eines möglichst belastungsstabilen Kontakts als Voraussetzung für die weitere Behandlung und Unterstützung mit dem Ziel
- eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen zu erreichen.

Das erfordert zum einen Ausgrenzung zu verhindern - sei sie durch den Drogenkonsum bedingt oder wesentliche Bedingung des Drogenkonsums, umfassende Integration zu unterstützen, zum anderen Selbständigkeit, Fähigkeit und Bereitschaft zur Übernahme von Eigenverantwortung und konkret Sozialkompetenz zu fördern. Ausschließlich die Überlebenssicherung durch Reanimation, z. B. bei Überdosis während des Drogenkonsums oder lebensbedrohlichen Zwischenfällen aufgrund anderer Ursachen, ist im Erfolgsfall möglich ohne aktive Mitarbeit der Betroffenen:

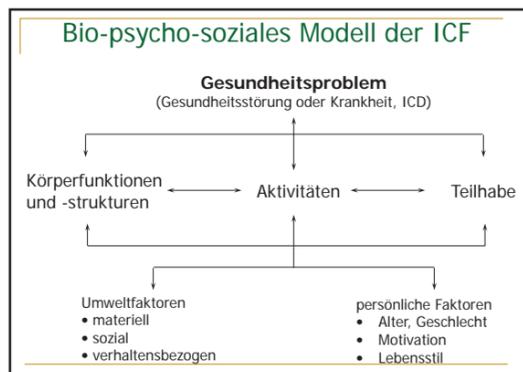
Jegliche weitere Unterstützung, Behandlung und Betreuung erfordert die Mitarbeit des Patienten/ der Patientin, sei es widerstrebend, voller Skepsis oder auch hochmotiviert.

Um diese Herausforderung professionell und konstruktiv zu bewältigen, ist aktives Stellenmanagement sowohl extern also z. B. mit den Drogenberatungsstellen, Haus- und Notärztinnen und -ärzten oder auch Wohnheimen, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Substitutionsambulanzen, betrieblichen Suchtberatungen, Reha-Kliniken, Kosten- und Leistungsträgern erforderlich, nicht zuletzt mit der Ausländerbehörde als auch intern im Team, in der Klinik.

Entwicklungen in der Drogenszene, im Sozialrecht, in der Sozialpolitik und anderen Bereichen sind dabei aufmerksam zu verfolgen und sowohl der Bedarf als auch die Ressourcen der Patienten und Patientinnen zu erkennen, um eine konkretisierbare sinnvolle Behandlungsperspektive entwickeln zu können. Das bedeutet auch die innere Differenzierung unter den Drogenabhängigen zu erkennen und im Rahmen der qualifizierten Akutbehandlung zu berücksichtigen.

Das bio-psycho-soziale Modell der WHO, der ICF (International Classification of Functioning) ist die Basis dieses Behandlungsansatzes. Der ICF, der auch Teil unserer Sozialgesetzgebung ist, orientiert sich an einer vollständig in allen Dimensionen integrierten Person (bio-psycho-sozial) ohne Einschränkung durch z. B. Behinderungen und ist damit nicht defizitorientiert. Der Unterstützungsbedarf gemäß ICF ist zu ermitteln und bereitzustellen mit dem Ziel den unterstützungsbedürftigen Patienten und Patientinnen zu ermöglichen in gleicher Weise wie eine vollständig integrierte Person Teilhabe zu erreichen.

Ein hochgestecktes Ziel und zugleich sozialgesetzlicher Auftrag (3).



Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger

Das Behandlungskonzept

Überlebenssicherung ist die erste und vorrangige Aufgabe, die aufgrund der sehr häufig reduzierten bis desolaten somatischen und psychischen Verfassung, aber auch sozialen Lebensbedingungen der Drogenabhängigen und in nicht zu unterschätzender Intensität zu Behandlungsbeginn oder auch während der qualifizierten Akutbehandlung in den Vordergrund tritt. Die Entzugsbehandlung selbst wird vorrangig medikamentengestützt durchgeführt, insbesondere bei Opiat-, Benzodiazepin- und/oder Alkoholintoxikation bzw. -entzug, die nach wie vor den weitestgehend größten Anteil der Patienten und Patientinnen in stationärer Behandlung umfassen.

Die Erarbeitung eines belastungsstabilen Kontaktes zum Patienten/zur Patientin und damit die Basis motivationsfördernder Behandlung und -interventionen beginnt mit dem Erstkontakt bei Aufnahme und zieht sich als roter immer wieder aufzugreifender Faden durch die gesamte Behandlung mit dem Ziel möglichst gemeinsam mit den Betroffenen sinnvolle, erforderliche und zeitnahe, wenn irgend möglich nahtlos verfügbare Anschlusshilfen zu erarbeiten: Sei es medizinische Rehabilitation ambulant oder stationär, ein Wohnheim, eine Substitutionsbehandlung (unter Diamorphin), Rückkehr an den Arbeitsplatz etc..

QA Drogen

- Überlebenssicherung
- Entzugsbehandlung (vorrangig medikamentengestützt)
- Motivationsförderung
- Anschlusshilfen- konkret, nahtlos, angemessen

Diese Erarbeitung einer sinnvollen und konkreten Perspektive gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin dient der angestrebten Verbesserung der häufig desolaten Lebensqualität, bedarf der kontinuierlichen Förderung von Bereitschaft und Fähigkeit zur Übernahme von Eigenverantwortung und Förderung von Sozialkompetenz, um die angestrebte Stabilisierung und Verbesserung umfassender Integration und Selbstständigkeit erreichen zu können (4).

- Verbesserung der Lebensqualität
- Verbesserung/Stabilisierung der Integration und Selbstständigkeit
- Förderung von Eigenverantwortung und Sozialkompetenz

Diese skizzierten Behandlungsaufgaben, die integraler Bestandteil des Behandlungskonzepts sind, bedürfen unabdingbarer Voraussetzungen:

- Eines multiprofessionellen kompetenten Teams (aus examinierten Pflegekräften, Ärzten und Ärztinnen, Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen, Sport- und Kreativtherapeuten und -therapeutinnen etc.) mit
- einer professionellen authentisch empathischen Haltung und Sozialkompetenz,
- der Fähigkeit und Bereitschaft Ressourcen zu erkennen und zu fördern,
- Hilfsangebote als Hilfe zur Selbsthilfe vorzuhalten und zu entwickeln,

- Behandlung und Betreuung als Unterstützung zur Kompensation und Überwindung von Störungen, Einschränkungen etc. zu verstehen, also als Herausforderung diese gemeinsam soweit möglich mit dem Patienten/der Patientin zu erarbeiten statt diese als fürsorgliche Entmündigung zu praktizieren ohne Zusammenarbeit.

Diese grundlegend positiv empathische Haltung statt Frustration, Hilfs- und Perspektivlosigkeit auf der Seite der Mitarbeitenden ist entscheidend für die gesamte Behandlungsatmosphäre und Bereitschaft der Patienten und Patientinnen, sich auf Veränderungen einzulassen. Sie ist zugleich nur konkret und authentisch gegeben und vermittelbar, nicht jedoch fiktiv. Gerade Menschen in Krisensituationen - und zu denen gehören Drogenabhängige in Entzugsbehandlung stets - sind sensibel für die Haltung des Gegenübers und angewiesen auf professionelle authentisch-empathische Unterstützung.

Die Realisierung und Konkretisierung erforderlicher möglichst zeitnah verfügbarer Anschlusshilfen setzt aktives Schnittstellenmanagement voraus, also aktives Handeln, Nachfragen und auch Erarbeiten realisierbarer Möglichkeiten mit der jeweils kooperierenden Institution, sei es die Drogenberatungsstelle, das Wohnheim, das Jobcenter oder die Krankenkasse, um bestehende Lücken zu schließen und damit eine weitere Stabilisierung überhaupt erst zu ermöglichen (6, 12, 16).

Voraussetzung (Mitarbeiter)

- Professionelle empathische Haltung und (Sozial-)Kompetenz
- Hilfsangebote als Hilfe zur Selbsthilfe
- Förderung von Ressourcen und
- Unterstützung zur Kompensation/Überwindung von Defiziten statt fürsorglicher Entmündigung
- Positive Haltung statt Frustration, Hilfs- und Perspektivlosigkeit
 - nur konkret und authentisch möglich, nicht fiktiv!

Das erfordert die vielfältigen Entwicklungen bei Konsumenten und Konsumentinnen und Hilfesystem, deren Bedarfe, Ressourcen und Lücken (im Hilfesystem) zu erkennen, um die unterschiedlichen Zielgruppen zu erreichen. Auch die eigenen Rahmenbedingungen gilt es zu beachten: Das gegenwärtig schrittweise eingeführte neue Entgeltsystem in der Psychiatrie (PEPP), welches sich dem seit über 10 Jahren eingeführten Fallpauschalensystem (DRGs) in Allgemein-krankenhäusern weitgehend annähert, wird zu weitreichenden Veränderungen im klinischen Alltag und damit auch im Hilfesystem führen, die bisher erst ansatzweise absehbar sind. Sicher ist bisher allerdings eines: Der bürokratische Aufwand wird sich vervielfachen ohne Erhöhung der personellen Kapazität und allein daraus ergeben sich erhebliche Folgen für die klinische Versorgung.

Veränderung der Zielgruppe

Wesentliche Konsequenz des so genannten Paradigmenwechsels in der Drogenhilfe ist die Orientierung der Hilfsangebote an der Zielehierarchie, ausgehend von der Überlebenssicherung als erstem Ziel und Basis jeglicher weiterer Hilfe von schrittweise Überwindung hochriskanter Konsummuster, etwaige Konsumpausen, kontinuierliche Inanspruchnahme psychiatrischer, somatischer und sozialer Unterstützung bis hin zu weitergehender Integration und möglicherweise abstinentenzgestütztem Lebensstil. Eine Folge dieser weitgehenden Verbesserung der Hilfsangebote ist die Intensivierung und Verbreiterung des Kontakts zu den unterschiedlichen Gruppen Drogenabhängiger: Von Jugendlichen bis hin zu älteren Drogenabhängigen, Personen mit Migrationsstatus, soziale Randgruppen und auch sozial integrierte Personen, Menschen mit Sprachproblemen etc. (4, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20).

Die verbesserten Überlebensbedingungen und Konsumgelegenheiten (Stichwort: Verfügbarkeit von Drogen im Land des Exportweltmeisters und Internet) haben wesentlich sowohl zur Verbreitung und Förderung des Drogenkonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen als auch zum Erreichen eines deutlich höheren Lebensalters und einer wachsenden Zahl an von Hilfsangeboten erreichten Drogenabhängigen geführt: Nicht nur bezüglich des Gesundheitsstatus, der in mehrfacher Hinsicht nach jahrzehntelangem Drogenkonsum dem einer 15 bis 20 Jahre jüngeren Zielgruppe aus der Allgemeinbevölkerung entspricht, sondern auch konkret bis ins sechste, siebte oder auch noch höhere Lebensjahrzehnt (16).

Beispiele:

- Chronisch kranke (ältere) Drogenabhängige
- Allgemeinpsychiatrisch comorbide Drogenabhängige
- Drogenabhängige Menschen mit Migrationshintergrund
- Drogenabhängige Eltern und Alleinerziehende
- Drogenabhängige Jugendliche
- Drogenabhängige sozial integrierte Berufstätige (Leistungsträger)

Beispiele für die wachsende Heterogenität sind

- mehrfach geschädigte chronisch kranke Drogenabhängige,
- allgemeinpsychiatrisch comorbide Drogenabhängige,
- drogenabhängige Menschen mit Migrationshintergrund,
- drogenabhängige Eltern und Alleinerziehende,
- drogenabhängige Jugendliche,
- drogenabhängige sozial umfassend integrierte Berufstätige (so genannte Leistungsträger).

Die wachsende kulturelle Heterogenität prägt die gesellschaftliche Entwicklung der letzten Jahrzehnte und auch den klinischen Alltag:

■ Wachsende kulturelle Heterogenität:

- Neue Deutsche und
- alte Deutsche,
- Duldung des Aufenthalts,
- ohne legalen Aufenthaltsstatus
- unterschiedliche Sprach- und Sozialkompetenz bzgl. sozialer Realität

- Die neuen Deutschen (Deutsche, deren Eltern aus dem Ausland stammen und nach Deutschland eingewandert sind) (8),
- alte Deutsche (deren Vorfahren schon vor längerer Zeit in Deutschland eingewandert sind...),
- Personen mit geduldetem Aufenthalt (zum Teil über mehr als ein Jahrzehnt mit Duldung von jeweils sechs Monaten...),
- Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus mit bevorstehender Abschiebung,
- Personen mit unterschiedlich ausgeprägter Sprachkompetenz, aber auch Sozialkompetenz bezüglich der hiesigen sozialen Realität (dieses Phänomen betrifft sowohl neue als auch alte Deutsche),
- Drogenabhängige mit Kindern. Sei es gemeinsam oder alleinerziehend, in sich bereits eine heterogene Gruppe, in der sowohl Personen mit ausgeprägter beispielhafter Sozialkompetenz als auch Personen mit desolatem Verhalten ihren Kinder und auch sich selbst gegenüber zu finden sind. Von dieser sozialen Realität in Kenntnis gesetzt zu werden bedeutet Mitverantwortung, insbesondere bezüglich eines adäquaten Umgangs mit dieser Situation, angemessener Versorgung der Kinder, Behandlung und Betreuung der Eltern als Patienten und Patientinnen, eine Herausforderung auf der Seite der Mitarbeitenden von nicht zu unterschätzender Intensität (9).

Auch sozial voll integrierte Drogenabhängige sind Teil der stationär behandelten Zielgruppen. Die sich im Rahmen der qualifizierten Akutbehandlung abzeichnenden alten, neuen und umfassenden Behandlungs- und weiteren Hilfsbedarfe prägen den klinischen Alltag Tag für Tag konkret. Sie zu erkennen, Behandlung und Betreuung bedarfsgerecht weiterzuentwickeln erfordert innerhalb des Teams, jedoch auch im Außenkontakt aktives Handeln und intensive Netzwerkarbeit.

Aktive Vernetzung und Schnittstellenmanagement

Im Folgenden sind einige konkrete Beispiele skizziert, die die unterschiedlichen Probleme und zum Teil komplexen Bedarfe verdeutlichen sollen (3, 4, 6):

- Z. B. arbeitslos, obdachlos, instabile Sozialkontakte: In dieser Situation sind eine Vielzahl der Patienten und Patientinnen.
- Aufnahme zur Behandlung nach Entlassung aus der JVA: Bei ungeklärtem Krankenversicherungsstatus, der häufig vor der Inhaftierung über das Jobcenter geregelt war, das sich jedoch nach Entlassung aus der JVA nicht mehr zuständig fühlt. Soziale Beziehungen sind nach JVA-Entlassung in der Regel instabil, das erste Obdach bildet häufig eine Notunterkunft, die innere Abwehr gegen weitere institutionelle Hilfe ist nach der Haftentlassung bei vielen sehr ausgeprägt - ein fragiles Fundament für die Erarbeitung einer funktionierenden Arbeitsbeziehung, um erforderliche Hilfe zu organisieren und in Anspruch zu nehmen, sei es medizinische Reha, Wohnheim oder eine andere Perspektive.
- Unklarer Aufenthaltsstatus in Deutschland: Das bedeutet die Vermittlung in medizinische Reha ist aktuell nicht möglich, soziale Anbindung in der Regel nicht gegeben, somatische und psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit zum Teil sehr ausgeprägt bei schwieriger und stets aufwändiger Klärung der Kostenübernahme.
- Alleinerziehende Mütter (seltener Väter): Z. B. Kind während der qualifizierten Akutbehandlung bei Pflegeeltern untergebracht, Prostitution der Mutter zur Finanzierung des eigenen Lebensunterhalts für Patientin und Kind, die sinnvolle Perspektive medizinische Rehabilitation ohne Einbeziehung des Kindes in die Reha für die Patientin nicht akzeptabel, der Kontakt zum Hilfesystem instabil.
- Eine schwangere Patientin, aktuell in Substitution befindlich: Gegenwärtig dritte Schwangerschaft durch den dritten Partner, allein lebend, Kinder in unterschiedlichen Heimen und bei Pflegeeltern. Patientin ist zerrissen von massiven Scham- und Schuldgefühlen mit Neigung zu ausgeprägt dissozialen Verhaltensweisen als Ausdruck der inneren Selbstverachtung, auch dadurch bedingt kontinuierlich zum Teil massive Konflikte mit der Patientengruppe und vielen Mitarbeitern. Perspektive einer medizinischen Reha ist für die Patientin nur akzeptabel bei der Option durchgehender Substitution, eine nicht grundsätzlich unmögliche, jedoch nur an wenigen Drogenreha-Kliniken überhaupt vorstellbare Behandlungsperspektive.
- Patient mit abgeschlossener Interferonbehandlung wegen Hepatitis C und psychotischer Dekompensation: Aufgrund ausgeprägt introvertierten Umgangs mit diesem psychotischen Erleben Rückgriff auf alte dissoziale Verhaltensmuster mit massivem Drogenkonsum bis hin zu Weitergabe und Dealen unter Mitbewohnern in einem grundsätzlich vom Behandlungskonzept her geeigneten Wohnheim, in dem jedoch aufgrund seines dissozialen Verhaltens und sich daraus ergebenden Konflikten, Spannungen und Dekompensationen mehrerer Mitbewohner eine weitere Unterbringung nicht möglich ist. Die stationäre Krisenintervention ist unabdingbar, eine Rückverlegung aktuell keine Option: Wie soll es weitergehen?

In den skizzierten Beispielen werden multiple Herausforderungen in jedem Einzelfall deutlich.

- Z.B. Perspektive/ASL:
 - Med. Reha unter optionaler Dauersubstitution,
 - med. Reha unter Schwangerschaft in nicht-frauenspezifischer Klinik,
 - muttersprachliche Unterstützung im z.B. Wohnheim,
 - med. Reha etc. und sprachliche Qualifizierung

Der Hilfsbedarf ist enorm, komplex, welche Hilfe ist vorrangig? Und was ist überhaupt realisierbar? Wie können bestehende Lücken, die einer weiteren Stabilisierung entgegenstehen, konkret geschlossen werden?

Hilfsbedarfe in Bezug auf Anschlusshilfen sind u. a.:

- Medizinische Rehabilitation auch unter der Option durchgängiger Substitutionsbehandlung: Ca. 10% der Drogenreha-Kliniken nehmen überhaupt Patienten und Patientinnen auch unter Substitutionsbehandlung auf, nur in einzelnen von diesen Kliniken ist die Option durchgehender Substitution überhaupt realisierbar. Solange nicht mehr Kliniken bereit sind auch diese Zielgruppe in die medizinische Reha aufzunehmen, bleibt für die anderen Kliniken nur die Option, substituierte Patienten und Patientinnen entweder zu integrieren als kleine Teilgruppe oder aber sich schwerpunktmäßig dieser Zielgruppe zuzuwenden, damit jedoch notwendigerweise in Abgrenzung zu der abstinenten Zielgruppe. Alleine daraus ergibt sich eine erhebliche Warteliste für Patienten und Patientinnen, die dieser Option bedürfen. Und Wartelisten widersprechen jeglicher zeitnaher Hilfe per definitionem (18, 22, 24).
- Medizinische Rehabilitation unter Schwangerschaft in nicht frauenspezifischer Klinik: Frauenspezifische Drogenreha-Kliniken gibt es nur vereinzelt, der Hilfsbedarf gerade für drogenabhängige schwangere Patientinnen ist enorm und bedarf stets und unmittelbar zeitnaher Unterstützung - eine hochproble-

matistische Lücke im Behandlungssystem.

- Muttersprachliche Unterstützung von Patienten und Patientinnen, sei es in der medizinischen Reha oder auch im Wohnheim.
- Jegliches Hilfsangebot (Substitutionsbehandlung, Wohnheim, medizinische Reha) und sprachliche Qualifizierung für Patienten und Patientinnen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist.

Eine weitere Herausforderung ist die Kooperation mit dem Jugendamt bei Kindern, deren Eltern sich in Substitutionsbehandlung befinden. Diese Kooperation ist stets von komplexen Problemlagen geprägt - der unverzichtbaren Orientierung am Kindeswohl, dem Vertrauen sowohl bezüglich des gegenwärtigen Patienten als auch seitens des Patienten, des Jugendamtes und dem Datenschutz, um nur einige Aspekte zu benennen. Die erarbeitete Kooperationsvereinbarung Köln zwischen Jugend- und Gesundheitsamt, Drogenberatungsstellen, substituierenden Ärzten und Ärztinnen und Substitutionsambulanzen ist eines von unterschiedlichen positiven Beispielen, die eine Chance beinhalten, durch einen konstruktiven Rahmen sowohl den Bedarf der Patienten und Patientinnen als auch der Kinder in höherem Maße gerecht werden zu können (9, Abb. 9).

- Kooperation mit Jugendamt bei Kindern:
 - Komplex
 - Kindeswohl
 - Vertrauen
 - Datenschutz

Auch für substituierte Patienten und Patientinnen ist im Rahmen der qualifizierten Akutbehandlung die Perspektive medizinische Reha inzwischen nicht mehr grundsätzlich verbaut, sondern realisierbar, wenn auch kompliziert - die Vermittlung in eine stabile Wohngemeinschaft jedoch nur wenigen seltenen Einzelfällen.

Notschlafstellen und niederschwellige Wohnangebote sind auch kurzfristig realisierbar, soziotherapeutische Wohnheime für stabilisierte Patienten und Patientinnen ohne Drogenkonsum nehmen jedoch nach wie vor kaum Patienten und Patientinnen unter Substitution ohne weiteren Suchtmittelkonsum auf - ein erhebliches Hindernis für diese Zielgruppe auch nach erfolgreich abgeschlossener medizinischer Reha (22).

- Vermittlung unter:
 - Substitution in med. Reha = möglich, wenn auch kompliziert
 - Vermittlung unter Substitution in Clean-WG: Faktisch nicht möglich

Lebenslage substituiert und berufstätig: Möglich, aber kompliziert und mit vielfachen Einschränkungen verbunden. Wie soll eine kontinuierliche Berufstätigkeit im Schichtsystem möglich sein? Die Vergabezeiten in der niedergelassenen Praxis sind nicht vor 8:00 Uhr und nicht nach 16:00 Uhr möglich. An Kliniken angeschlossenen Ambulanzen ermöglichen derartige Ausnahmen in Einzelfällen, aber auch nicht kontinuierlich. Die Rahmenbedingungen von BtmG, BtMVV und konkreten Arbeitsbedingungen mit sich daraus ergebenden Vergabezeiten setzen Grenzen, die unabhängig von der Notwendigkeit der Substitutionsbehandlung die Inanspruchnahme des ersten Arbeitsmarktes erheblich erschweren (15, 22).

Fazit: Im klinischen Behandlungsalltag ist eine zunehmende Multimorbidität und Heterogenität der Zielgruppe Drogenabhängiger festzustellen. Bezüglich der Erarbeitung angemessener, sinnvoller und insbesondere konkret und zeitnah verfügbarer Anschlussperspektiven sind sowohl wachsende als auch sinkende Barrieren zu beachten:

- Aufgrund der kommunalen Finanzkrise erfahren viele Drogenberatungsstellen Mittelkürzungen mit der Folge von Stellenkürzungen, die sich wiederum negativ auf die Möglichkeit der Kooperation im Netzwerk auswirken.
- Die Möglichkeit einer medizinischen Rehabilitation auch unter Substitution hingegen eröffnet vielen Klienten und Klientinnen erstmals eine weitergehende Perspektive über das Verbleiben in langfristiger Substitutionsbehandlung hinaus (20, 21, 22).
- Die Integration in den Arbeitsmarkt wird zunehmend erschwert aufgrund der Zielvorgaben für die Jobcenter, sich schwerpunktmäßig auf die zügige Integration arbeitsmarktnaher Gruppen zu konzentrieren, jedoch auch durch den kontinuierlich hohen Anteil von Jobcenter-Mitarbeitenden mit befristeten Arbeitsverträgen.
- Das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie (PEPP) umfasst mannigfaltige Veränderungen, deren Auswirkungen bisher erst im Ansatz erkennbar sind, insbesondere
 - einen deutlich erhöhten bürokratischen Aufwand für Dokumentation und Codierung,
 - Druck zur weiteren Verkürzung der Verweildauer,
 - eine erhöhte Hemmschwelle zur kurzfristigen Wiederaufnahme durch geringes Entgelt mit der zu befürchtenden Folge Drogenabhängige mit hochproblematischen Konsummuster eher auszugrenzen statt niederschwellig wieder aufzunehmen,
 - Auswirkungen auf das unabdingbare Schnittstellenmanagement sind zu befürchten, zugleich wird eben dieses Schnittstellenmanagement an Bedeutung gewinnen, nicht zuletzt um einer Vielzahl kurzfristiger Wiederaufnahmen vorzubeugen.

Der Bedarf an konkreter, zeitnah angemessener Hilfe wird damit absehbar weiter steigen, insbesondere der Bedarf an Tagesstruktur. Diesbezüglich ist gerade im klinischen Behandlungsalltag immer wieder festzustellen, welche hohe Bedeutung die Konkretisierung einer angemessenen akzeptierten Behandlungsperspektive für die Erarbeitung und Festigung der Motivation hat und wie fatal sich fehlende Perspektive auswirkt.

Differenzierung der Zielgruppen: Unter dem Stichwort Hirndoping und Neuroenhancement wird seit einigen Jahren unter sozial integrierten so genannten Leistungsträgern und auch Wissenschaftlern kontrovers diskutiert, inwiefern gezielte Einnahme psychotroper Substanzen zu maximaler Leistungssteigerung und auch Entspannung vertretbar, sinnvoll, hoch riskant oder generell abzulehnen ist. Der viel zu früh verstorbene Günther Amendt hat in seinem letzten Buch unter dem Titel „No Drugs - no Future“ die These vertreten, der westliche Lebensstil sei zunehmend von Rahmenbedingungen, Umwälzungen und Herausforderungen geprägt, die maximale Leistung, sofortige Entspannung und Flexibilität erfordern und damit die Orientierung auf selbstverständliche Integration von Stoffen mit psychotroper Wirkung insbesondere Präparate der Pharmaindustrie fördern, wenn nicht sogar voraussetzen (24, 25).

Eine positive Perspektive arbeitsmarktfremde Zielgruppen zu erreichen wird immer schwieriger, zumal Unterstützungsprogramme im Zusammenhang mit der kommunalen Finanzkrise aufgrund des Spardrucks gekürzt, zum Teil ganz gestrichen werden. Das der klinische Behandlungsalltag heute in hohem Maße von dem Bedarf einer solch heterogenen und auch von Multimorbidität geprägten Zielgruppe geprägt ist, das ist grundsätzlich Zeichen eines enormen Erfolgs der Veränderungen und Verbesserungen im Hilfesystem in den letzten 25 Jahren (12, 15, 25, 24, Abb. 11).

Das Behandlungskonzept und -ziel, also die konkrete Umsetzung einer qualifizierten Entzugsbehandlung, Förderung und Stabilisierung der Motivation zur Lebensstiländerung und Erarbeitung

konkret realisierbarer, individuell angemessener Anschlussperspektiven bedarf professionell und persönlich kompetenter und empathiefähiger Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bei sich verändernden und vielfach deutlich verschlechternden Rahmenbedingungen. Chancen und Ressourcen zu erkennen und zu erarbeiten, Motivation zu fördern und zu festigen, um mit den Patienten und Patientinnen zunehmend deren Lebensqualität zu verbessern, Ausgrenzung vorzubeugen, und Teilhabe zu erreichen statt in „No Future-Haltung“ zu verharren. Diese positive Veränderung durch stets nach Lösungen strebende Neugier ist Grundvoraussetzung für Patienten und Patientinnen und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen: Unverzichtbar, in sich motivationsfördernd, realisierbar, stets und immer wieder aufs Neue zu erarbeiten und zu festigen.

- Bedarf an
 - professionell und persönlich kompetenten
 - und empathiefähigen Mitarbeitenden wächst
- bei sich verschlechternden Rahmenbedingungen

- Differenzierung der Zielgruppen
 - Stichworte Hirndoping und Neuroenhancement – max. Leistung und Entspannung sofort
 - ??? No drugs – no future (Günter Amendt) ???
 - Perspektive für arbeitsmarktfremde Zielgruppe immer schwieriger

Diese Haltung, das Recht auf Teilhabe durchsetzen und Teilhabe sichern zu wollen, Chancen und Ressourcen zu suchen, zu erkennen, zu fördern und Hindernisse zu überwinden - professionell, empathisch, soweit möglich gemeinsam mit den Betroffenen und allen Kooperationspartnern - unter Berücksichtigung aller Rahmenbedingungen ist Basis und Kern jeglicher professioneller Behandlung und Betreuung: auch im Rahmen der qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger.

Literatur

1. Kuhlmann, Th., Hasse, H.E., Sawalies, D.: Die qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW; PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1, S. 13-18 Stuttgart-New York: Georg Thieme Verlag; 1994
2. Kuhlmann, Th.; Hasse, H.E.; Sawalies, D.: Harm-Reduction und niederschwellige Drogenhilfe in NRW - über die Anforderung an eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger; SUCHT 1, S. 50-56, Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, 1994
3. Schuntermann, M. F.: Die Bedeutung der ICF für das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem; SUCHT THERAPIE 1/2011, S. 8, Stuttgart-New York: Georg-Thieme-Verlag; Fleischmann, H.: ICF und Suchthilfe - Fragen an die DHS; SUCHT THERAPIE 1/2011, S. 43, Stuttgart-New York: Georg-Thieme-Verlag
4. Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprojektes Psychiatrie der Bundesregierung ; 11. November 1988
5. Heudtlass, J.-H., Sawalies, D., Kuhlmann, Th.: NRW-Krankenhausbedarfsplanung für qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger; SUCHT 3, S. 196-199, Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, 1996
6. Klein, M.: Das Modellprojekt Behandlung sofort Köln Qualifizierte Entzugsbehandlung unter Zugangs- und Verfahrenserleichterung; Sucht aktuell 2/1999
7. Kuhlmann, Th.: Harm reduction - zum Paradigmenwechsel in der Drogenarbeit; PSYCHIATRISCHE PRAXIS Heft 4 (1996), S. 157-160, Stuttgart-New York: Georg-Thieme-Verlag
8. Topcu, Ö., Bota, A., Pham, K.: Wir Neuen Deutschen - Wer wir sind, was wir wollen; rowohlt verlag 2012
9. Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe: Kooperationsvereinbarung zur Zusammenarbeit mit drogenabhängigen Eltern und/oder Eltern in Substitutionsbehandlung; Köln 31.07.2013
10. Lotze, J., Rabe, M.-L., Stichtenroth, H.: Bericht über die Methadonbehandlung des Niedersächsischen Jugendberatungszentrums Hannover des DPWW; Mitteilung der KV Niedersachsen, Sonderdruck im Niedersächsisches Ärzteblatt, Nummer 11 - 46. Jahrgang, Hannover 07.06.1973
11. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Medikamentengestützte Rehabilitation bei i.v. Opiatabhängigen; Prognos-Abschlussbericht über das wissenschaftliche Erprobungsverfahren; Köln April 1993
12. Körner, H.H.: Kann die Verweigerung einer Substitutionsbehandlung eine Körperverletzung darstellen? Die Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen, Medizinrecht, 7, 257 - 260, 1993
13. BSG: Urteil im Rechtsstreit Dr. Hartmut Ewig ./ KV Nordrhein; 20.03.1996; Az.: 6 RKa 62/94
14. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: 10 Jahre Methadon-Substitution in NRW; Tagungsdokumentation der Fachtagung in Düsseldorf 05.-06.06.1997
15. Bundesärztekammer: Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger; 2010

16. Wittchen, H. U.: Zusammenfassung der PRE-MOS-Studie; Suchtmed 13 (5) S. 280 - 286; ecomed Medizin, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Landsberg 2010; Wittchen, H. U., Bühringer, G., Rehm, J: Schlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit (Förderkennzeichen IIA2-2507DSM411) PRE-MOS Substitution im Verlauf; 2011
17. Drogenhilfe & Justizvollzugsanstalten: Übergangsmanagement für suchtkranke Gefangene, Juli 2014
18. Spitzenverbände der Krankenkassen und VDR: Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“, 4. Mai 2001
19. akzept e.V. in Zusammenarbeit mit der Uni Bremen: Dokumentation des Expertengesprächs - Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung; Berlin 14.02.2007
20. akzept e.V. in Zusammenarbeit mit Partnern: Dokumentation des Expertengesprächs - Substitutionsbehandlung - Zwischenergebnisse und Zukunftsperspektiven 2010; Berlin 02.12.2009 akzept e.V.: Dokumentation der Fachtagung - Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting; Berlin 02.12.2011
21. Kuhlmann, Th.: Substitution im ambulanten und stationären Setting; SuchtAktuell, Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V., Jahrgang 21/02.14, S. 60-62
22. Loebell, A. (Hrsg.), Amendt, G.: Legalisieren - Vorträge zur Drogenpolitik; Rotpunktverlag, 28. April 2014, 1. Auflage
23. Legnaro, A.: Vier Säulen der Ratlosigkeit? Zur Drogenpolitik in der späten Moderne; Vortrag auf der 52. Fachkonferenz d. DHS, Leipzig 19.11.2012
24. Amendt, G.: No Drugs - No Future: Drogen im Zeitalter der Globalisierung; Europa Verlag 2003

Teilhabe und Substitution – Auftrag, Chancen und Grenzen

Prof. Dr. Norbert Scherbaum

Definition von Teilhabe

„Einbezogen sein in eine Lebenssituation“ (WHO, 2011)

Hintergrund der Teilhabe-Philosophie:

„Behinderung“

- nur teilweise auf Erkrankung rückführbar
- vielmehr Folge einer Interaktion von Person, Erkrankung und Umweltfaktoren, also veränderbar

Aspekte von Teilhabe:

- Ausbildung und Arbeit,
- Partnerschaft,
- Kultur,
- Religion,
- (gesellige) Hobbies etc.

33-Jahreskatamnese Opiatabhängiger

(Hser et al., 2001)

Jahre des Heroinkonsums

- Mittel 30.3 J. (range: 0.8-5.4 Jahre)
- Kein "MATURING OUT"!

Jahre kontinuierlicher Abstinenz

- Fast keine Heilungen
- Median 3.4 J. (range: 0-36 Jahre)

Rückfallwahrscheinlichkeit

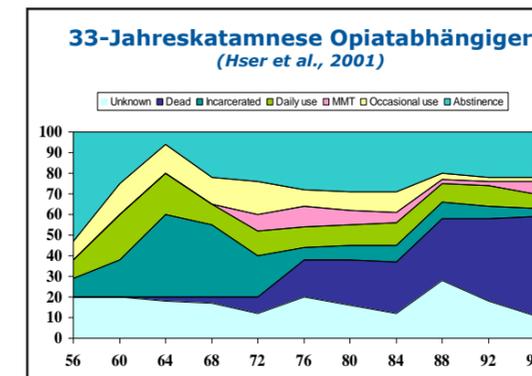
- Abstinenz < 5 J. 83%
- Abstinenz 6-15 J. 25%
- Abstinenz > 15 J. 28%

Historischer Hintergrund

Die Umstände, die zur Einführung der Substitution führten, waren

- öffentliche Szenen verelendeter Heroinabhängiger (z.T. in Einkaufszonen von Großstädten)
- Beschaffungskriminalität
- steigende Zahlen von Drogentoten
- HIV-Epidemie (ein Kontext: Beschaffungsprostitution von Drogenabhängigen)

Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger



Behandlungsstrategien

Behandlungsstrategien		
Intervention	Ziel	Vorgehen
Krisenintervention	Unmittelbares Überleben	Reanimation
Behandlung (Cure)	Anhaltende Abstinenz	Motivation Entgiftung/Entwöhnung Rückfall-Prophylaxe
Betreuung (Care)	Stabilisierung Harm Reduction	Reduktion des Drogenkonsums, soziale Unterstützung
Palliation	Erleichterung (Relief)	Heroinverschreibung

Abb. mit Dank an Prof. Dr. W. van den Brink

Wirkprinzip der Substitutionsbehandlung

Agonismus am μ -Rezeptor des Endorphinsystems

dadurch:

- Unterdrückung von Entzugsbeschwerden
- Unterdrückung der Heroinwirkung
- Unterdrückung des Heroinverlangens

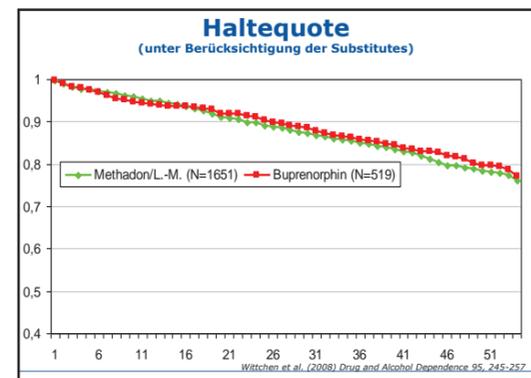
Pharmakologisch begründete Ziele der Substitutionsbehandlung

- Reduktion des Heroinkonsums
- Reduktion der mit dem Heroinkonsum assoziierten Risiken und Verhaltensweisen
- Senkung der Mortalität

Für alle anderen Ziele schafft die Substitution nur den Freiraum für eine mögliche Entwicklung!

Zielhierarchie:

- Basale Ziele
 - Überleben
 - Reduktion des Heroinkonsums
 - Reduktion der kriminellen Aktivität
 - körperliche Gesundheit
- Mittelgradige Ziele
 - Abstinenz/risikoarmer Konsum weiterer Suchtmittel
 - Psychische Stabilisierung
 - Soziale Reintegration (Arbeit, Partnerschaft etc.)
- Hochgradiges und langfristiges Ziel
 - Opiatabstinenz



12-Monatskatamnese Vergleich mit Eingangsuntersuchung				
Status	N=1.615 (100%)		Test-Statistik ¹	
	BL	FU	%	%
"Beigebrauch"				
Opiate	% positive Drogenscreenings ²	19.3	15.8	F(1, 186)=4.4*
irgendwelche Suchtmittel	% positive Drogenscreenings ²	48.9	46.3	F(1, 179)=7.0**
	Durchschn. No. positiver Screenings (sd)	1.6 (0.8)	1.4 (0.7)	F(1, 166)=2.9
Körperliche Gesundheit				
Arzturteil ³	HIV/AIDS-Infektion	7.3	7.4	F(1, 188)=2.0
	HCV-Infektion	67.1	48.0	F(1, 190)=118.7***
	Kardiovaskuläre Erkrankung	15.1	8.4	F(1, 162)=16.9***
	Lungenerkrankung	23.2	16.4	F(1, 162)=12.7***
	andere körperliche Erkrankung	77.7	52.7	F(1, 162)=106.3***
Psychische Gesundheit				
Arzturteil ³	Depressive Störung	57.0	56.2	F(1, 183)=0.1
	Angststörung	25.3	27.2	F(1, 183)=1.0
	Psychose	5.3	4.9	F(1, 183)=0.6
	Schlafstörung	21.0	28.8	F(1, 183)=6.9*
	PTSD	11.9	15.0	F(1, 183)=2.9
	Persönlichkeitsstörung	31.3	31.1	F(1, 183)=0.5
	irgendeine psychische Störung	100.0	82.9	F(1, 183)=101.0***

Witchen et al. (2008) Drug and Alcohol Dependence 95, 245-257

Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung

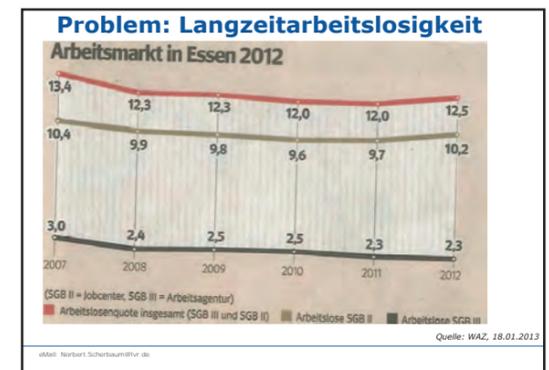
- Basale Ziele
 - von der Mehrheit der Behandelten erreicht
- Mittelgradige Ziele
 - von einer starken Minderheit erreicht
- Opiatabstinenz
 - von einzelnen Patienten erreicht

Hindernisse für den Behandlungserfolg

- schwerwiegende psychosoziale Defizite/Entwicklungsdefizite
 - Schul-/Berufsausbildung
 - Berufstätigkeit
 - Erleben sicherer Bindung
- Abhängigkeit (auch) eine biologische Erkrankung
- psychiatrische Komorbidität
- komorbide substanzbezogene Störungen
- komorbide somatische Erkrankungen

Problem: Langzeitarbeitslosigkeit

- deutliche Abnahme der Zahl der Arbeitslosen in Deutschland; aktuell 2,8 Mio Personen vs. 2005: 4,9 Mio
- Definition von Langzeitarbeitslosigkeit: > 1 Jahre arbeitslos
- Arbeitslosengeld II („Hartz IV“)
- > 1 Mio Personen in Deutschland länger als 1 Jahr arbeitslos



Substanzbezogene Störungen und Arbeitslosigkeit

Autoren/ Land	DSMIV/ ICD10	OR
Rose 2003 (D)	Mißbrauch/ schädlicher Konsum o. Abhängigkeit	1,8 (M+F)
Jacobi et al. 2004 (D)	Alkohol oder Drogen	2,0 (M+F)
Bijl et al. 1998 (NL)	Alkohol oder Drogen	2,7 (M+F)
Hall et al. 1999 (AUS)	Alkohol oder Drogen	2,1 (M+F)
Andrews et al. 2001 (AUS)	Alkohol oder Drogen	2,3 (M+F)
Taylor et al. 2004 (AUS)	Alkohol oder Drogen	1,9 (F)
		2,3 (M)
NSDUH-Report 2006 (USA)	Alkohol oder Drogen	2,5 (M+F)
Finch et al. 2003 (USA)	Alkohol	4,6 (M+F)
Rose, Jacobi 2006 (USA)	Alkohol	1,5 ns (M)
		0,9 ns (F)
Thundal et al. 1999 (S)	Alkohol	2,9 (F)
Pirkola et al. 2005 (FIN)	Alkohol	2,8 (M+F)
Meizter et al. 2002 (GB)	Alkohol	2,1 (M+F)

≥ 2x erhöhtes Risiko Arbeitslose vs. Erwerbstätige

Quelle: Herold D, Ziemli U. Arbeitslosigkeit und Sucht. Fachhochschulverlag (Frankfurt am Main) 2008. Tabelle 12. Abhängigkeit von substanzbezogenen Störungen. Arbeitslose gegenüber Erwerbstätigen.

Suchtkranke häufiger arbeitslos (2-6x)

ICD-10 Hauptdiagnose	Männer	Frauen
Ambulante Einrichtungen (N=595)		
Alkohol	28.1	20.9
Sedativa/Hypnotika	39.8	21.5
Opiate	52.6	52.5
Cannabis	26.4	23.1
Kokain	37.6	38.9
Stimulantien	29.5	28.7
Stationäre Einrichtungen (N=134)		
Alkohol	39.5	31.0
Sedativa/Hypnotika	39.8	35.3
Opiate	62.2	58.4
Cannabis	47.9	43.9
Kokain	46.2	52.5
Stimulantien	56.3	45.2

Arbeitslosenquote/ % Deutschland 2005: 11.7

Quelle: Herold D, Ziemli U. Arbeitslosigkeit und Sucht. Fachhochschulverlag (Frankfurt am Main) 2008. Tabelle Arbeitslosenquote (%) im ambulanten und stationären Sektor der Suchtkrankenhilfe nach Hauptdiagnose und Geschlecht. Deutsche Suchtkrankenkassen 2005 (17. 2006).

Projekt SUNRISE

Ziele

- Identifikation substanzbezogener Störungen als Vermittlungshindernis
- ausführliche Diagnostik als Voraussetzung für Empfehlung
- niederschwellige Behandlungseinleitung

SUNRISE = Gutachten für JobCenter

Aus dem Vertrag :

.....Dienstleistung

→ Erstellung von psychiatrisch-psychologischen Fachgutachten mit suchtmmedizinischer Expertise

bei

→ Erwachsenen zwischen 25 und 50 Jahren

(mit) Vermittlungshemmnissen aufgrund einer

→ substanzbezogenen Störung (Suchterkrankung)

→ Identifikation etwaiger (sucht-)psychiatrischer Erkrankungen

Voraussetzung für eine kompetente Therapieempfehlung und ggf.

→ Weitervermittlung..."

SUNRISE – Gutachten- Inhalt

- EuropASI
- (Standardisierte Erfassung der Vorgeschichte und der psychosozialen Begleitschäden einer Suchterkrankung)
- AUDIT, CUDIT, OCDS-G
- (Substanzbezogene Testverfahren zur Frage der Suchtschwere, Behandlungsmotivation und Substanzwirkung)

■ Mini-SKID-I

→ (zur Diagnostik Achse-I-psychischen Störungen)

■ SKID-II

→ (zur Diagnostik von Achse-II-Störungsbildern)

■ SCL-90R

→ (zur aktuellen Belastung mit psychischen Beschwerden)

■ AVLT, TMT

→ (Neuropsychologische Testungen zur Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit unter besonderer Berücksichtigung substanzinduzierter Beeinträchtigungen, z.B. alkoholbedingter Einschränkung der Merkfähigkeit)

Schriftliche Zusammenfassung/ Abschlussgutachten in 2 Versionen:

1. Langform (ca. 10-15 Din A4-Seiten)

→ verbleibt in Klinik

2. Kurzform (2 Din A4-Seiten)

→ geht an die Arbeitsvermittler.

Untersuchungstichprobe

n = 87

Geschlecht:

→ w -> n = 14 (16,1%)

→ m -> n = 73 (83,1%)

Alter bei Begutachtung:

→ 40,2 Jahre (SD 8,5)

Schulbildung

(höchste besuchte Schulklasse):

→ < 10. Klasse n=43 (49,4%)

→ 10. Klasse n = 33 (37,9%)

→ > 10. Klasse n = 9

Berufsausbildung:

→ n = 39 (44,8%)

→ davon n = 31 (35,6%) dreijährige Lehre

Scherbaum et al., zur Publikation eingereicht

Berufliche Anamnese

■ längste Festanstellung:

→ bis 3 Jahre n = 44 (53%)

→ länger 10 Jahre n = 10 (12%) Mittelwert 4,6 Jahre (SD 4,4)

■ Dauer der aktuellen Episode der Arbeitslosigkeit

→ Mittelwert 7,3 Jahre (SD 5,5)

Häufigkeit substanzbezogener Störungen		Häufigkeit mehrerer substanzbezogener Störungen	
alkoholbezogene Störungen	n = 69	1 Diagnose	n = 30
opiatbezogene Störungen	n = 16	2 Diagnosen	n = 31
cannabisbezogene Störungen	n = 37	3 Diagnosen	n = 8
sedativbezogene Störungen	n = 10	4 Diagnosen	n = 11
		5 Diagnosen	n = 7

Verlauf der substanzbezogenen Störung

■ Alter bei Erstkonsum der Hauptdroge

→ 16,2 Jahre (Mittelwert)

■ Alter bei Beginn des regelmäßigen Konsums

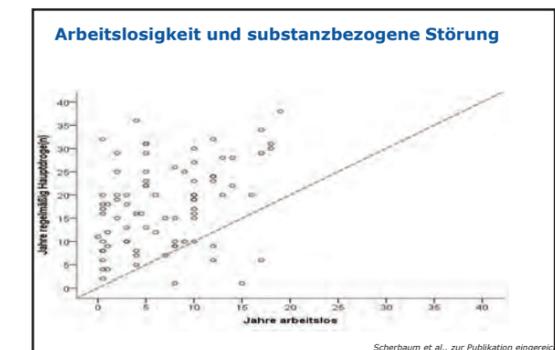
→ 22,7 Jahre (Mittelwert)

■ Dauer der Abhängigkeit

→ 17,5 Jahre (SD 9,1)

Scherbaum et al., zur Publikation eingereicht

Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen		Häufigkeit mehrerer psychiatrischer Diagnosen (F2 – F9)	
affektive Störungen (F3)	n = 42	keine Diagnose	n = 42
Angststörungen, PTSD (F4)	n = 31	eine Diagnosen	n = 27
Persönlichkeitsstörungen (F6)	n = 18	zwei Diagnosen	n = 11
		drei Diagnosen	n = 6
		sechs Diagnosen	n = 1



Diskussion

- Patienten und Patientinnen in Substitution erreichen mehrheitlich die pharmakologisch begründeten Therapieziele (vergleiche Historie).
- Substitutionspatienten und -patientinnen gehören mehrheitlich einer mehrfach belasteten und ausgegrenzten Gruppe an.

- Sie unterliegen den bei Langzeitarbeitslosen generell anzutreffenden Entwicklungsauffälligkeiten.
- Langzeitarbeitslosigkeit eher Teil eines langfristig belasteten Lebens denn Folge zeitlich definierter psychosozialer Belastung
- Grenzen der Vermittelbarkeit (Notwendigkeit eines sozialen Arbeitsmarktes?)
- Arbeitsvermittler meist nicht hinreichend in Hinblick auf psychische Erkrankungen ausgebildet
- Zahl der Arbeitsvermittler zu niedrig; Proportion Vermittler zu Klient: 1:400
- Angemessenheit der Instrumente, v.a. von Sanktionen

Notwendigkeit neuer Ansätze

- Reha-Behandlung für Substitutionspatienten und -patientinnen
- Ambulante Ergotherapie

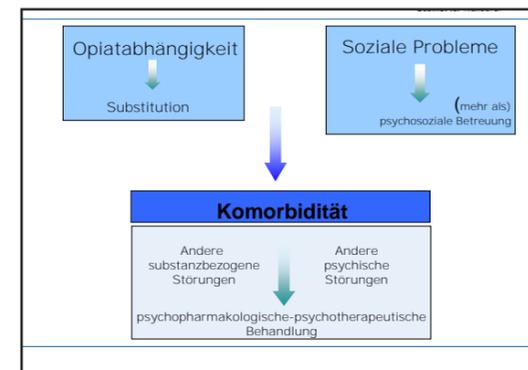
Modelle:

berufliche Tätigkeit als Teil der Behandlung

→ (Möglichkeit psychosozialer Stabilisierung durch Tagesstruktur, Selbstwert, soziale Kontakte etc.)

versus

→ berufliche Tätigkeit als Folge erfolgreicher Behandlung (somatisches? Reha-Modell)



Inklusion und Suchthilfe – Ein gesellschaftlicher Auftrag mit konkreten Folgen

Jost Leune

Auftrag Inklusion: Wen betrifft es?

Gemäß der Definition der World Health Organization (WHO) zählen suchtkranke Menschen zu den Personen mit einer „seelischen Behinderung“. Hilfe für Behinderte ist in Deutschland als „Eingliederungshilfe“ Aufgabe der Sozialhilfe als unterstem Netz im System der sozialen Sicherung.

Diese setzt ein, wenn vorrangige Leistungen (der Gesetzlichen Rentenversicherung oder der Gesetzlichen Krankenversicherung) nicht oder nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen. Eingliederungshilfe soll Menschen mit Behinderungen befähigen, ihr Leben selbst zu gestalten, um auf Dauer möglichst unabhängig von öffentlicher Hilfe zu leben.

Dafür wurden in den vergangenen Jahrzehnten verschiedene theoretische Grundlagen benutzt:

- Das soziale Modell (60er bis etwa 80er Jahre) sah „Behinderung“ als soziales Konstrukt. Menschen sind nicht sondern werden durch gesellschaftliche Exklusion behindert.
- Das medizinische Modell (WHO 1980). Mit dem ICDH („international classification of impairments, disabilities and handicaps“) werden Krankheitsfolgen von Behinderung beschrieben.
- Das Fähigkeiten-Modell (WHO 1999). 1999 wurde dieses Schema in der ICDH-2 verändert und erweitert. Hierin sind nicht mehr die Defizite einer Person maßgeblich, sondern die für die betreffende Person relevanten Fähigkeiten und die soziale Teilnahme auf Grundlage eines „Normalitätsmodells“.

- Das Bio-Psycho-Soziale Modell (WHO 2001): Der ICF (International classification of functioning, disability and health) beschreibt die Verbindung von Körper, Psyche sowie physischer und sozialer Umwelt. Damit werden nicht Menschen, sondern Lebenssituationen als dynamisches Geschehen beschrieben.

Hilfe für Menschen mit einer Behinderung schafft Teilhabe. Dabei geht es um Soziale Teilhabe, also eine gesellschaftliche und soziale Eingebundenheit, die auf Freiwilligkeit beruht sowie um Wahlmöglichkeiten, die Entscheidungshandeln bzw. Entscheidungsteilhabe ermöglichen.

Teilhabe hat auch Partizipation zum Inhalt. Sie ist als individuelle oder kollektive Teilhabe an Entscheidungen zu verstehen, die die eigene soziale, ökonomische und politische Situation, die eigene Lebensgestaltung – und damit auch die eigene Gesundheit – betreffen.

Teilhabe findet selten im normalen gesellschaftlichen Leben als vielmehr in den „Sonderwelten“ von Einrichtungen der Suchthilfe statt. Bisher funktioniert auch die Steuerungsfunktion der Eingliederungshilfe – gemessen an Aufgabe und Ziel (Teilhabe) der sozialrechtlichen Grundlagen – nicht.

Die UN-Behindertenrechtskonvention und die Folgen

Als Menschen mit einer Behinderung definiert Artikel 1 Satz 2 der UN-Behindertenrechtskonvention: „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“

Seit 26.03.2009 ist die UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland verbindlich und geltendes Recht. Sie hat die Umsetzung der Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen zum Ziel, schafft aber kein neues „Recht“. In diesem Zusammenhang wurde der Begriff der „Inklusion“ eingeführt, der erstmals in der „Salamanca Erklärung“ der UNESCO im Jahr 1994 als „inclusion, inclusive education und inclusive schools“ Erwähnung fand. Im Jahr 1997 formulierte die UNESCO „Inklusion“ als Überzeugung: Alle Menschen sind gleichberechtigt, werden in gleicher Weise geachtet und geschätzt und genießen fundamentale Menschenrechte.

Die Menschenwürde gilt für alle Menschen in gleicher Weise. Daher ist es Aufgabe des Staates, die Menschenrechte als Vorgabe eigenen Handelns zu achten, betroffenen Menschen vor drohenden Rechtsverletzungen durch Dritte zu schützen sowie Infrastrukturmaßnahmen zu ergreifen, damit Menschen von ihren Rechten Gebrauch machen können (Übernahme der zur Umsetzung notwendigen Kosten).

Zur Einlösung der Menschenwürdegarantie sind die individuelle ethisch begründeten Freiheitsrechte („autonomy rights“) genauso erforderlich wie sozialethisch begründete Schutzrechte („care rights“).

Freiheitsrechte umfassen Selbstbestimmung, Persönlichkeitsentfaltung, Meinungsfreiheit und Teilhabe.

Schutzrechte bezeichnen das Recht auf Schutz bei Schwäche und Bedürftigkeit, die Sicherung des Überlebens und der leiblichen und sozialen Bedingungen eines Lebens mitten in der Gesellschaft, Schutz vor Eingriffen des Staates, das Recht auf angemessene Behandlung von Krankheit und die Assistenz bei Hilfebedürftigkeit.

Die Bedeutung der Inklusion wird in den unterschiedlichen Formen des Umgangs mit „dem Anderen“ deutlich:

Exklusion heißt, dass Menschen in besonderen Lebenslagen von der Gesellschaft ausgeschlossen werden.

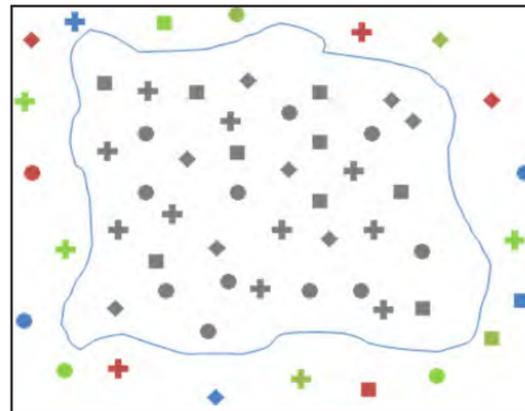


Abb.1 Exklusion

Separation beschreibt die Abtrennung der Menschen in besonderen Lebenslagen von der Gesellschaft und die Teilhabe „untereinander“.

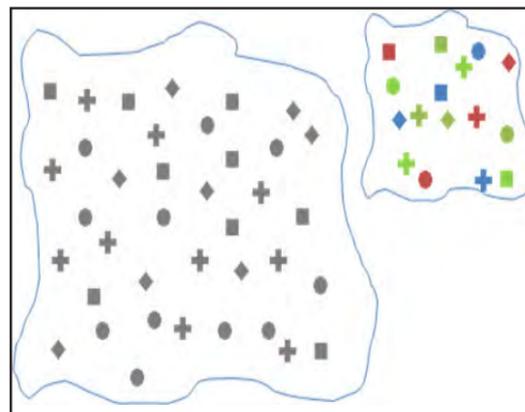


Abb.2 Separation

Integration lässt Menschen in besonderen Lebenslagen mit spezieller Unterstützung in der Gesellschaft teilhaben.

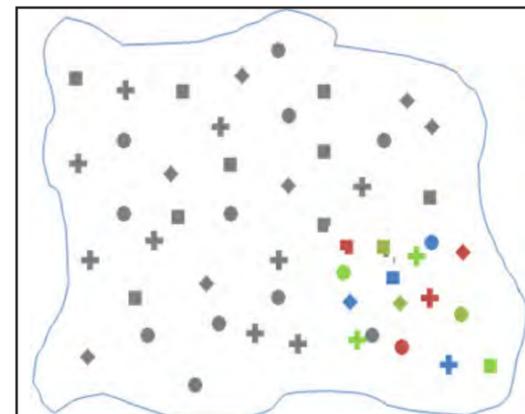


Abb.3 Integration

Inklusion dagegen sorgt dafür, dass Menschen in besonderen Lebenslagen mit anderen Menschen mit ihren jeweiligen auch teilweise besonderen Bedürfnissen in der Gesellschaft teilhaben können. Die resultierende Heterogenität wird gegenseitig geschätzt.

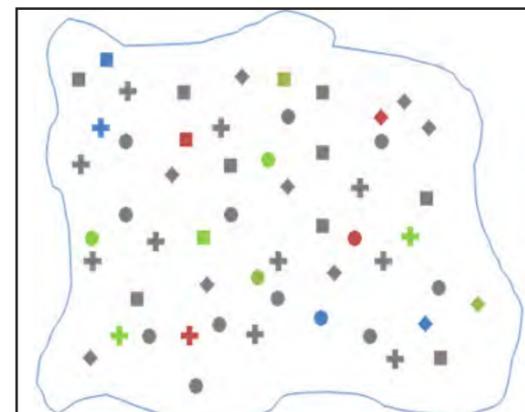


Abb. 4 Inklusion

In Deutschland gilt bisher „Integration“ als fachliches Konzept. Die UN-Behindertenrechtskonvention und der Nationale Aktionsplan formulieren dagegen Inklusion als Menschenrecht nach dem alle Regelinstitutionen allen offen stehen müssen. Das bedeutet den Abschied von Einordnung „normal“ oder „behindert“ und betont die Vielfalt.

Inklusion umfasst alle Formen von gesellschaftlicher Benachteiligung – bedingt durch: Migration/Interkulturalität, Gender Mainstreaming, Lebenslange Behinderung, Sozioökonomische Benachteiligung, Ethnie, Religion u.a..

Inklusion bedeutet das wertschätzende und respektvolle Miteinander, die Teilhabe durch Akzeptanz von Diversität und dem konsequenten Abbau von Barrieren und interdisziplinäre Auseinandersetzung mit anderen Arbeitsfeldern. Inklusion bedeutet nicht „Alle sind gleich!“ als Aufhebung von Besonderheit sondern „Jede(r) ist anders und das ist gut so!“

Inklusion beschreibt den Weg von der einrichtungsbezogenen Hilfe zu einer personenbezogenen Hilfe. Der Umwelt- und Lebensweltbezug steht im Vordergrund im Sinne einer Sozialraumorientierung: Jedes Individuum schafft durch seine Aktivitäten, Vorlieben und Beziehungen Sozialräume und lebt in diesen. Inklusive Sozialräume sind gleichermaßen individuelle Lebensräume und strategische Handlungsräume mit einer inklusiven Zielrichtung.

Inklusion in der Suchthilfe

Suchthilfeangebote werden durch freiwillige Leistungen, Kostensätze der gesetzlichen Versicherungen und Leistungen aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern finanziert. Angebote der Behindertenhilfe im sozialrechtlichen Sinne machen nur ein Teil der Finanzierung aus, bezogen auf den Behindertenbegriff der WHO ist Suchthilfe auch Behindertenhilfe.

Die gegenwärtige Situation der Suchthilfe ist dadurch gekennzeichnet, dass bei Planung, Steuerung und Bedarfserhebung die finanziellen Rahmenbedingungen größeren Einfluss haben als die fachlichen Notwendigkeiten.

Die Aushandlung und konkrete Ausgestaltung von Dienstleistungen zur Unterstützung der Lebenspraxis von Betroffenen ist bisher nicht die Regel. Es überwiegen diagnostische oder therapeutische Ziele, die nicht immer dialogisch erarbeitet sind und sich an den Erfahrungen von Professionellen orientieren.

Betroffene erhalten dadurch weniger Chancen, sich ihrer Fähigkeiten bewusst zu werden, eigene Kräfte zu entwickeln und ihre personalen und sozialen Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen zu lernen.

Inklusion ist das Stichwort, um diese Situation zu verändern.



Abb.5 Inklusion als Rahmen

Das erfordert jedoch,

- „Inklusive Kulturen“ zu schaffen. Dazu gehören
 - Reflexion der eigenen Überzeugungen, Werte und Haltungen
 - Respekt von Diversität
 - Verknüpfung von Haltung mit Handeln
 - Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung

Inklusive Kulturen zu schaffen bedeutet, die Wertschätzung gegenüber den unterschiedlichen Ausdrucksformen menschlicher Vielfalt als Normalität in allen Bereichen zu etablieren. Das erfordert Veränderungen in der Unternehmenskultur.

- „Inklusive Strukturen“ umfassen z.B.
 - (Kommunikative) Barrierefreiheit
 - Benutzung der „Leichten Sprache“
 - Inklusive Einrichtungen und Dienste als Aspekt einer inklusiven Gesellschaft
 - Überarbeitung des Online-Auftritts
 - Einfluss auf die Operationalisierung der UN-BRK

Inklusive Strukturen beinhalten die strukturellen Rahmenbedingungen zur Umsetzung von Inklusion einschließlich des Abbaus von Barrieren und der Etablierung von individuellen Angeboten.

- Durch die Mobilisierung von Ressourcen können „Inklusive Praktiken“ entwickelt werden. Dazu gehört,
 - dass Interdisziplinarität zur Regel wird
 - die Partizipation aller Beteiligten
 - Netzwerkarbeit (Inklusionsbeauftragte) insbesondere im Fokus der Übergänge der verschiedenen Systeme.

Inklusive Praktiken müssen in der Gestaltung von Strukturen, Angeboten und Maßnahmen zum Tragen kommen: Fähigkeiten und Kompetenzen werden im gegenseitigen Austausch erworben, Ziele und Maßnahmen partizipativ festgelegt und von allen getragen.

Die Umsetzung der Inklusion macht es notwendig, sie zur Handlungsleitlinie zu machen. Das gelingt zum Beispiel dadurch, sie ins Leitbild des Trägers zu integrieren, alle Mitarbeiter/-innen entsprechend fortzubilden sowie „physische“ und „kommunikative“ Barrierefreiheit herzustellen. In wie weit Betroffene an Entscheidungsprozessen beim Träger beteiligt werden können, muss im Einzelfall entschieden werden.

Es ist aber für alle Träger verpflichtend, die neuen Anforderungen an die Leistungen für behinderte Menschen erfüllen. Waren bisher die Schlagworte „Fürsorge“, „Fremdbestimmung“ oder „Sondereinrichtungen“ kennzeichnend, gilt für Soziale Teilhabe Selbstbestimmung, Inklusion und Barrierefreiheit. Das kann auf verschiedenen Wegen erreicht werden. Bezogen auf die betroffenen Menschen geht es um

- die Stärkung der individuellen Bedürfnisse behinderter Menschen gegenüber den Interessen der Leistungserbringer
- die Umsetzung eines personenzentrierten Ansatzes
- den Abbau der bisherigen Bevorzugung der stationären Leistungen

- die Anerkennung der „berechtigten“ Wünsche (§ 9 SGB IX) gegenüber den „angemessenen“ Wünschen (§ 9 SGB XII)
- die Verpflichtung der Leistungsträger, für eine soziale Infrastruktur zu sorgen, die an den Bedürfnissen behinderter Menschen ausgerichtet ist.

Für abhängigkeitskranke Menschen müssen

- die persönliche Assistenz bzw. das Persönliche Budget eingeführt werden,
- Hilfen individualisiert werden: keine Pauschalleistungen, Pflegesätze, Leistungskomplexe oder Einordnung in Hilfebedarfsgruppen,
- die soziale Teilhabe neu strukturiert werden: Gleichrangiger Anspruch neben der medizinischen Rehabilitation und der beruflichen Teilhabe.

Inklusion in der Suchthilfe heißt Neues zu denken und andere Haltungen zu entwickeln. Inklusion besagt, dass jeder Mensch mit einer Benachteiligung die Wahl haben soll, dort zu leben, zu wohnen, zu arbeiten und zu lernen, wo alle anderen Menschen es auch tun. Wenn akzeptiert wird, dass es normal ist, verschieden zu sein, muss Suchthilfe in ihren Konzepten die „beschützende Versorgung“ verlassen und individuelle Lebensführung unterstützen. Dazu bedarf es Ressourcen und einer neuen Professionalität. „Sonderwelten“ müssen zurückgenommen und evt. zu Gunsten von „Rückzugsräumen“ verändert werden.

Im Mittelpunkt muss die Ergebnisqualität, Nutzen für Einzelne und deren Beteiligung stehen. Selbstverständlich gehört zur Inklusion auch die Arbeit der Träger direkt im Gemeinwesen.

Inklusion hat Auswirkungen auf die Dienstleistungen der Suchthilfe, die jedoch bei den Suchthilfeträgern diskutiert werden müssen. Beispiele dafür können sein:

- In der Beratung müssen z.B. Angebote in der Lebenswelt der Betroffenen und die Akzeptanz des Konsumstatus eine Rolle spielen.
- Teilhabe an Arbeit sollte nicht in Maßnahmenform sondern als individuelle Unterstützung von Personen erfolgen, anknüpfend an deren Kompetenzen und ihre Förderung im Sozialraum in einer Kooperation zwischen Jobcenter, Beratungsstellen der Suchthilfe.
- Im Bereich Wohnen muss der Weg von der „beschützenden Versorgung“ zur Unterstützung einer individuellen Lebensführung gegangen werden.
- Für Menschen in Substitution gilt insbesondere, dass soziale Teilhabe zentrales Ziel der Behandlung sein muss.

Zusammenfassung . . .

- Inklusion ist keine Methode, sondern eine Haltung!
- Inklusion braucht nicht mehr Geld, sondern anderes Denken!
- Inklusion muss nicht beschrieben, sondern gelebt werden!
- Inklusion braucht Zeit!

. . . und Ausblick

Im Koalitionsvertrag 2013 verpflichtet sich die Bundesregierung, die Leistungsstrukturen der Eingliederungshilfe durch ein »Bundesteilhabegesetz« weiter zu entwickeln.

Dessen Ziele sind lt. www.gemeinsam-einfach-machen.de, dass mit dem Bundesteilhabegesetz entsprechend der Vorgaben des Koalitionsvertrages die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen verbessert und damit das deutsche Recht im Licht der UN-Behindertenrechtskonvention weiterentwickelt werden soll.

Konkretisierend sollen mit dem Bundesteilhabegesetz folgende Ziele erreicht werden:

1. Dem neuen gesellschaftlichen Verständnis nach einer inklusiven Gesellschaft im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention wird Rechnung getragen.
2. Selbstbestimmung und individuelle Lebensplanung werden dem gewandelten Rollenverständnis von Menschen mit Behinderung entsprechend vollumfänglich unterstützt.
3. Die Eingliederungshilfe wird zu einem modernen Teilhaberecht entwickelt, in dessen Mittelpunkt der Mensch mit seinen behinderungsspezifischen Bedarfen steht.
4. Die vorgelagerten Systeme und die mit der Eingliederungshilfe verbundenen Systeme sowie ihre Zusammenarbeit werden verbessert.
5. Die Koordinierung der Rehabilitationsträger wird verbessert. Dazu wird eine Weiterentwicklung des SGB IX angestrebt. Die Leistungen sollen für den Bürger wie aus einer Hand erbracht werden.
6. Hierzu soll die Eingliederungshilfe als bedarfsdeckendes Leistungssystem strukturell in eine „Eingliederungshilfe neu“ (Arbeitstitel) weiterentwickelt werden.

Wesentliche Punkte dabei sind:

- Weiterentwicklung des Behinderungsbegriffs,
- „Herauslösen“ der Eingliederungshilfe aus dem „Fürsorgesystem“,
- Überprüfung der gegenwärtigen Einkommens- und Vermögensanrechnung,
- Personenzentrierte Gestaltung der Leistungen, unabhängig von Wohnort und -form,
- Konzentration der Eingliederungshilfe auf die Fachleistung, Ermöglichung einer ziel-

genauen Leistungserbringung durch ein partizipatives, bundeseinheitliches Verfahren,

- Prüfung der Möglichkeiten unabhängiger Beratung,
 - Wirksamkeitskontrolle auf Einzelfall- und Vertragsebene,
 - Verbesserung der Steuerung der Leistungen der Eingliederungshilfe, um die Leistungen im Rahmen der begrenzten Ressourcen effektiv und effizient zu erbringen und zur Verbesserung der Situation behinderter Menschen beizutragen.
7. Mit dem Bundesteilhabegesetz wird die Entlastung der Kommunen dem Koalitionsvertrag entsprechend umgesetzt.
 8. Die Neuorganisation der Ausgestaltung der Teilhabe zugunsten der Menschen mit Behinderung wird so geregelt, dass daraus keine neue Ausgabedynamik entsteht.

Inklusion: Ein gesellschaftlicher Auftrag mit konkreten Folgen. Das wird zurzeit bei der Entwicklung des Bundesteilhabegesetzes deutlich und soll auch eine Ermutigung sein, sich so weit wie möglich an der Ausgestaltung zu beteiligen.

Literatur

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen; (2014); (-Hrsg.-) Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland, Internet: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2014-08-27_DHS-Systemanalyse_Final_01.pdf: Zugriff am 15.10.2014

Gromann, P.; Empowerment in der sozialen Arbeit: Theorie und Praxis, Vortrag bei der Fortbildung Partizipation – Gesundheitsförderung – Empowerment, Potsdam, 7. November 2013

Gromann, P.; Wirkung – was sind positive Ergebnisse von empowermentorientierten Suchthilfemaßnahmen? Vortrag Fortbildung Partizipation – Gesundheitsförderung – Empowerment, Potsdam, 7. November 2013

Hartung, Susanne (2012): Partizipation – wichtig für die individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen. In: Rolf Rosenbrock/Susanne Hartung (Hrsg.); Handbuch Partizipation und Gesundheit, Verlag Hans Huber.

Komorek, Dr. Michael, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS e.V.) – Fachvortrag „Inklusion in der Suchthilfe“ am 25.09.2012

Wessel, T.; Das Zusammenspiel von personenzentrierten Hilfen und Regionalisierung in der Suchthilfe, Vortrag beim Fachgespräch Notdienst Berlin e.V. am 4. Mai 2012, Internet: <http://www.drogennotdienst.org/assets/PDFs/PrsentationDr.Wessel.pdf>, Zugriff am 13.8.2013

<http://www.gemeinsam-einfach-machen.de>; Zugriff am 4. 12. 2014

Arbeitsgruppe 1

Niedrigschwellige Hilfen und Qualifizierte Akutbehandlung

Klaudia Herring-Prestin und Werner Terhaar

Zusammenfassung:

Zu Beginn des Workshops stellten die Referierenden kurz sich selbst und ihren Bezug zum Thema vor.

Nachdem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer schon den ganzen Vormittag gesehnt und vor allem zugehört hatten, wurden sie im Workshop zur aktiven „Teilhabe“ aufgefordert. An Stelle einer Vorstellungsrunde baten wir die Anwesenden, sich im Raum sortiert nach Arbeitsbereichen aufzustellen. Vorgegeben wurde eine Sortierung nach dem „Grad der Niederschwelligkeit“, also gruppiert nach den Arbeitsfeldern „Fachklinik“ – „Akutklinik“ – „Beratungsstelle“ – „Konsumraum“. Interessant und im weiteren Diskussionsprozess sehr belebend war, dass einige Teilnehmende im Workshop Mitarbeitende von Kostenträgern waren.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden dann gebeten, sich mit verschiedenen Thesen zum Thema „Teilhabe, Niedrigschwelligkeit und Entzugsbehandlung“ auseinanderzusetzen. Nach Darstellung der These sollten sich die Anwesenden auf einer quer durch den Raum verlaufenden Skala von 1 bis 10 bzw. „trifft nicht zu“ bis „trifft voll zu“ positionieren.

Die Thesen lauteten:

- Ich finde es richtig, dass die Klienten/Patienten die Medikamente/Substanzen bekommen, die sie haben wollen
- Manchmal ärgere ich mich über die Ansprüche der Klienten/Patienten
- An Stelle dieses Klienten/Patienten würde ich auch nicht mehr arbeiten wollen

Zusammenfassend wurden folgende Ergebnisse deutlich:

- Niedrigschwelligkeit ist die Voraussetzung zur Teilhabe.
- Niedrigschwelligkeit hat die Aufgabe der Schadensreduzierung (= Harm Reduction).
- Harm Reduction kann durch Beschäftigung erfolgen.
- Arbeit und Beschäftigung führen zur Teilhabe.
- Die Hürden des Arbeitsmarktes sind strukturell bedingt und weniger den Leistungsmöglichkeiten der Zielgruppe geschuldet.
- Qualifizierte Entzugsbehandlung kann ein erster Schritt zu Teilhabe sein.
- Teilhabe führt im Bereich der Niedrigschwelligkeit zu besonderen Spannungen im Konfliktfeld „Autonomie“ versus „Versorgungsansprüchen“.
- Teilhabe verlangt personenbezogene Einzelhilfen.
- Die individuelle Haltung der professionellen Helferinnen und Helfer beeinflussen die Teilhabemöglichkeiten.

Der Workshop lebte vom lebendigen Austausch der Teilnehmenden untereinander. Alle waren aufgefordert, sich zu äußern. Es entwickelte sich eine zum Teil sehr lebhaft diskutierte, die direkt zur aktiven Vernetzung der Teilnehmenden untereinander genutzt werden konnte.

Arbeitsgruppe 2

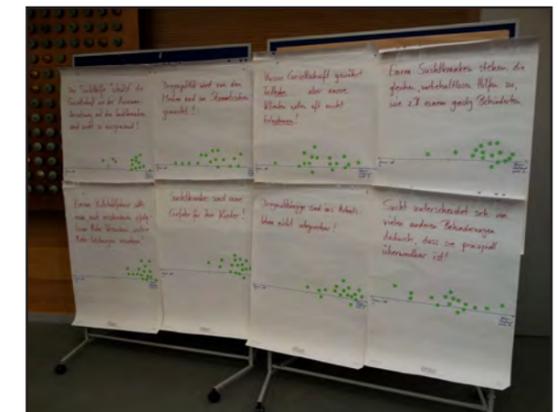
Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Qualifizierte Akutbehandlung

Renate Steinert und Norbert Teutenberg

Als Einstieg in die Diskussion wurden acht pointierte Thesen auf Flipchart vorformuliert:

1. „Unsere Gesellschaft gewährt Teilhabe ... aber unsere Klienten wollen oft nicht teilnehmen!“
2. „Drogenabhängige sind ins Arbeitsleben oft nicht integrierbar!“
3. „Einem Suchtkranken stehen die gleichen, vorbehaltlosen Hilfen zu wie z. B. einem geistig Behinderten!“
4. „Sucht unterscheidet sich von vielen anderen Behinderungen dadurch, dass sie prinzipiell überwindbar ist!“
5. „Suchthilfe „schützt“ die Gesellschaft vor der Auseinandersetzung mit den Suchtkranken und wirkt so ausgrenzend!“
6. „Drogenpolitik wird von den Medien und an Stammtischen gemacht!“
7. „Einem Rollstuhlfahrer sollte man nach verschiedenen erfolglosen Reha-Versuchen weitere Reha-Leistungen verwehren!“
8. „Suchtkranke sind eine Gefahr für ihre Kinder!“

Unter den Thesen waren jeweils lineare Skalen von „stimme voll zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“ angezeichnet. Jede/r Teilnehmer/in konnte sich mit einem Klebepunkt zu diesen Thesen positionieren.



Aus diesen Zuordnungen entwickelte sich eine lebhafte Diskussion, aus der wir die folgenden zentralen Denkanstöße festhalten wollen:

- Früher wurde Sucht oft als selbstverantwortetes, überwindbares Leiden gesehen. Daraus entwickelten sich z.B. Diskussionen um den „Königsweg“ in der Suchtbehandlung. Inklusives Denken hingegen sieht Sucht als behindernde, chronische Erkrankung, die das betroffene Individuum nachhaltig an Teilhabe in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft hindert, woraus sich ein entsprechender individueller Hilfebedarf ergibt.

- Inklusion ist wichtig – aber in unserer Nachbarschaft? Unsere Klienten und Klientinnen werden oft als „störend“ erlebt. Damit Inklusion gelingen kann, müssen Schubladen geschlossen, Vorurteile überwunden, Stigmatisierungen abgeschwächt oder gar beendet werden. Inklusion ist Aufgabe „der Gesellschaft“ und funktioniert am ehesten über den persönlichen Kontakt, wie wir an Beispielen sehen konnten. Also: Nicht übereinander, sondern miteinander reden! Doch selbst dann bleibt es ein nur schwer zu erreichendes Ziel, mit dem sich die Gesellschaft – und damit auch die Hilfeinstitutionen – noch lange werden beschäftigen müssen.

- Inklusion wurde jedoch in der Arbeitsgruppe auch als „zweischneidiges Schwert“ gesehen. Sie birgt große Chancen, jedoch auch ebensolche Risiken, wenn sie nämlich, bei entsprechender Auslegung, als Sense eingesetzt wird, mit der bestehende, funktionierende Hilfesysteme aufgelöst und ersatzlos eingestellt werden. Deshalb ist ein differenziertes Herangehen notwendig. Den nur sehr unterschiedlich inklusionsfähigen und –willigen drogenabhängigen Klienten und Klientinnen muss weiterhin ein breites Angebot gemacht werden können, in dem auch „Inseln“ verbleiben, in denen sie, je nach Wunsch, auch ganz uninkludiert unter sich bleiben können. Ein Recht auf Inklusion kann nicht zur Pflicht zur Inklusion werden!

- Drogenabhängige sind im Gegensatz zu anderen psychiatrisch Kranken kaum organisiert und selbst in Lobbys vertreten. Diese Aufgabe obliegt damit dem Suchthilfesystem, wird aber durch die Zersplitterung der Hilfen z.B. auf die unterschiedlichsten Sozialgesetzbücher sehr erschwert. Die Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Hilfen sind im Alltag nur mit hohem Aufwand zu managen. Auch hier trifft der Wille zur Inklusion auf Schwierigkeiten und Widerstände in der Auseinandersetzung um Macht, Einfluss und/oder Gelder.

Wir haben in unserer Arbeitsgruppe ein Kaleidoskop von Bildern und Möglichkeiten aufgefähert und sahen diesen Tag als guten Einstieg zu einem dringend notwendigen Diskurs der verschiedenen mit diesem Thema befassten Gruppen ... **miteinander, nicht übereinander!**

Arbeitsgruppe 3

Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung

Dr. Andreas Rhode und Dr. Ralph Marggraf

Zunächst erfolgte ein kurzes Impulsreferat zum Thema Community Reinforcement Approach (siehe Anlage). Im Weiteren erfolgte eine Diskussion entlang von einigen Leitfragen.

Was bedeutet eigentlich Teilhabe konkret?

- Teilhabe sei schon, wenn die Betroffenen nicht mehr kriminell sind und wenn sie ihr Geld so einteilen können, dass sie am Ende des Monats noch was zu essen haben.
- Teil der Teilhabe sei es, eine Beziehung zu dem Betroffenen zu bekommen und ein wertschätzendes Miteinander aufzubauen.
- Eine befriedigende Tagesstruktur einschließlich sinnstiftenden Tätigkeiten und Aufgaben sowie Freizeitgestaltung und sozialem Netzwerk seien wichtig; ebenso die berufliche Teilhabe. Eine sinnstiftende Tätigkeit mancher Substitutionspatienten und -patientinnen sei es bereits, einmal am Tag zur Vergabe zu kommen.
- Die Klärung von sozialrechtlichen Dingen stehe oft im Vordergrund; ohne KV-Schutz, ohne Hartz IV keine Teilhabe.

Wo werden Probleme bei der Teilhabe dieser Gruppe gesehen?

- Faktor Zeit: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe haben zu wenig Zeit, um das wichtige Assistenzsystem einzuspielen.
- Am Ende einer Reha stehe meist keine berufliche Andockung (Umschulung, Ausbildung). Die Kostenträger streiten sich, wer zuständig ist.
- Wohnungen können gefunden werden, allerdings häufig eher in problematischen Umfeldern.
- Wertschätzender Umgang mit den Betroffenen ist oft nicht gegeben, in vielen Bereichen, teils auch in psychiatrischen Kliniken.

- Es ist fast unmöglich, Ärzte und Ärztinnen für die medizinische Rehabilitation Suchtkranker zu gewinnen; der Stellenwert des Bereichs im medizinischen System ist eher gering.

■ Deutscher Reha-Dschungel

- Viele Rehabilitantinnen und Rehabilitanten wollen arbeiten, aber sie finden nichts; oder suboptimale Möglichkeiten (Zeitarbeitsfirmen usw.).

- Es gibt viele Barrieren in den Köpfen der Menschen, auch der Professionellen; wer will schon Drogenabhängige als Jugendtrainer im Verein haben oder als Nachbarn? Es gibt viele Vorbehalte gegenüber diesen Menschen.

- Es ist kaum möglich, in einem Altenheim einen substituierten Patienten zu führen.

- Es gibt kaum Patientinnen und Patienten, die in Stadtteilstrukturen (Vereine, Kirchengemeinde etc.) integriert sind.

- Verhalten der Betroffenen ist krankheitsbedingt oft auch tatsächlich nicht tragbar für andere; auch wenn es positive Erfahrungen gegeben haben sollte können einzelne Negativbeispiele für Misstrauen sorgen.

- Substitution wird nicht wie eine „normale“ medizinische Behandlung eingestuft.

- ALG II Antrag oder andere Anträge sind viel zu kompliziert; EU Rentenantrag über 100 Seiten.

- Jobcenter glaubt nicht, dass ein stationärer Patient, der fixiert war, nicht ins JC kommen konnte.

- Menschen, die aus JVA entlassen werden, seien oft nicht entsprechend darauf vorbereitet.

Welche Wünsche können formuliert werden?

- sofort verfügbare Wohnungen;
- Arbeitsprogramme und Arbeitsgelegenheiten unbefristet (sozialer Arbeitsmarkt);
- Es sollte nur einen einzigen Träger für berufliche Rehamaßnahmen geben;
- Firmen sollten keine Vorbehalte gegen Drogenabhängige haben;
- Vertrauensvorschuss muss existieren; durch die Struktur soll das Suchtmittel zunehmend seine Funktion verliert;
- Bürgerhilfe sollte ausgebaut werden;
- Betroffene sollten keine Mitgliedsbeiträge zahlen müssen;
- Betroffene sollten als normal „Kranke“ angesehen werden;
- Barrierefreiheit; das Antragswesen erleichtern;
- Jobcenter Mitarbeitende sollten auch in die Klinik kommen.

Welche positiven Praxisbeispiele sind bekannt?

- Projekt Etappe in Düsseldorf (vergleichbares in Essen); müssen Wohnsitz haben, Hartz IV und Substitutionspatienten. Betroffene bekommen an fünf Tagen in der Woche ein Freizeit- und Beschäftigungsangebot;
- Drogenambulanz am Checkpoint Charlie als touristische Hochburg;
- Es gibt auch positive Erfahrungen von Implementierung von Wohn- oder Therapieprojekten in Wohnsiedlungen (Hansestadt Bremen).

Fazit:

Aktuell ist es so, dass Drogenabhängige meist keine oder wenig Teilhabe erfahren und nicht inkludiert sind. Insgesamt stehen für die Gruppe eher basale Themen im Vordergrund. Die sozialen Sicherungssysteme sind aber bisher nicht gut darauf ausgerichtet, die basalen Teilhabethemen zu unterstützen. Sozialrechtliche Belange sind eher geregelt, wenn Betroffene ans Hilfesystem angebunden sind. Denn Teilhabe setzt auch Eigeninitiative voraus; das ist in der Betreuung der Gruppe der Drogenabhängigen häufig schwierig.

In der Diskussion ist eine Differenzierung zwischen verschiedenen Patientengruppen erforderlich; die suchtbetragenden Probleme müssen von Persönlichkeitsstörungen oder anderen störenden Verhaltensweisen getrennt werden.

Nicht nur die allgemeine Bevölkerung, auch die Professionellen haben Probleme, die vorbehaltlose Akzeptanz der Betroffenen umfassend zu praktizieren. Inklusion braucht deshalb verstärkte Aufklärung und einen Haltungswandel; sie kann eigentlich nur über positive Erfahrungen geschehen. Inklusion braucht (Rahmen-) Bedingungen und Strukturen.

Anlagen zu Workshop 3

LVR-Dienststelle / -Einrichtung
Dienststellen bzw. Einrichtungunterzeile

LVR
Qualität für Menschen

Medizinische Rehabilitation und qualifizierte Akutbehandlung

Dr. Ralph Marggraf
LVR-Klinik Viersen

LVR-Dienststelle / -Einrichtung
Dienststellen bzw. Einrichtungunterzeile

LVR
Qualität für Menschen

Ist CRA eine Lösung?

LVR-Dienststelle / -Einrichtung
Dienststellen bzw. Einrichtungunterzeile

LVR
Qualität für Menschen

Stichworte

(aus dem Flyer entnommen)

- Recht auf (umfassende) Teilhabe
- ICF
- Lebensbedingungen Drogenabhängiger?
- Sinnvolle Tätigkeit?
- Wohnsituation?
- Freizeitaktivitäten?
- Einbeziehung in Stadtteilaktivitäten?

LVR-Dienststelle / -Einrichtung
Dienststellen bzw. Einrichtungunterzeile

LVR
Qualität für Menschen

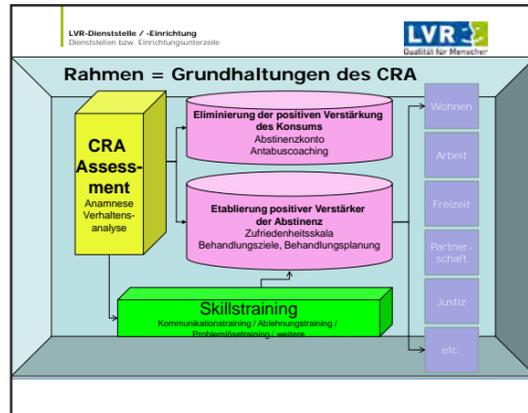
Community Reinforcement Approach

Community Gemeindenaher - Verstärker aus dem sozialen Umfeld können erheblichen Einfluss auf das Konsumverhalten nehmen.	Reinforcement Verstärkungs - CRA ist ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Verfahren mit dem Hauptelement (positive) Verstärkung.	Approach Ansatz
---	---	---------------------------

grundlegende Behandlungsstrategien

1. Eliminierung der positiven Verstärker des Suchtmittelgebrauchs
2. Entwicklung positiver Verstärker abstinenter Verhaltens im direkten sozialen Umfeld

Anlagen zu Workshop 3



Community Reinforcement Approach

Lebensbereich	völlig unzufrieden					völlig zufrieden				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Trinken / Abstinenz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Arbeit / Ausbildung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Umgang mit Geld	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Sozialleben	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Persönliche Gewohnheiten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Familiäre Beziehungen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Juristische Angelegenheiten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Gefühlsleben	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Kommunikation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Allgemeine Zufriedenheit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ziel: in allen Zufriedenheitsbereichen ein strukturiertes verlässliches Angebot aufzubauen durch strukturierte Absprachen oder Verträge mit

Community Reinforcement Approach

Entwicklung positiver Verstärker abstinenter Verhaltens

Abstinenz nur sinnvoll, wenn sinnstiftende Ziele („Alles Leben braucht einen Sinn“)

- Ziel: Abstinenz attraktiver als Konsum

individuell wirksame Verstärkermechanismen im direkten Umfeld des Betroffenen

Zufriedenheitsskala: Erarbeitung potenzieller positiver Verstärker

- subjektive Selbsteinschätzung in 10 (oder 18) wesentlichen Lebensbereichen
- Auf diese Bereiche bezieht sich dann die Behandlungsplanung

Voraussetzungen an die Verstärker:

- realistisch, verfügbar, kleinschrittig (Ziel: Erfolgserlebnisse)

hier setzen gemeindeorientierte Verstärkerprogramme an

Community Reinforcement Approach

	Wohnen	Arbeit	Führerschein	Partnerschaft	Haft etc.	Gesundheit	Sorge-recht
Modell							
Koop-partner							
An-sprech-partner							
Status quo							
Termine							

Fazit

Dr. med. Thomas Kuhlmann

Bei der Planung und Vorbereitung der Tagung haben wir als Veranstalter intensiv diskutiert, inwiefern wir das Thema Inklusion anpacken und auch direkt zum übergeordneten Tagungsthema machen können. Aufgrund des visionären Charakters der Inklusion und der Sorge einer abstrakten, damit im Alltag wenig nutzbaren Diskussion Vorschub zu leisten, haben wir uns für das Tagungsthema Teilhabe entschieden: Der unverzichtbaren Voraussetzung um überhaupt einen großen Schritt in Richtung Inklusion weiterzukommen.

Interessanterweise durchzog alle Plenarvorträge und Nachmittagsworkshops die Verbindung von Integration über Teilhabe hin zur Inklusion wie ein Roter Faden. In allen Diskussionsvorträgen ist deutlich geworden, dass den formalen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen ein hoher Stellenwert zukommt. So wie sich eine Suchterkrankung auf alle Lebensbereiche auswirkt und alle gesellschaftlichen Bereiche durchzieht, sind Lösungsansätze und einklagbare Rechtsansprüche auch über die gesamte Sozialgesetzgebung verteilt, ein Umstand, der die Durchsetzung und praktische Absicherung des Rechts auf Teilhabe nicht einfacher macht, sondern kompliziert.

Über die notwendig zu beachtenden und zu verbessernden Rahmenbedingungen hinaus ist aber stets zu beachten, dass in jedem Einzelfall konkret zu klären ist, welcher Unterstützungsbedarf besteht, welche Chancen bestehen und welche Hindernisse zu berücksichtigen sind, um zu einer stabilen Arbeitsbeziehung mit dem Betroffenen zu gelangen und deren Lebensqualität durch konkrete Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten zu sichern: Sei es im Bereich Wohnen, Tagesstruktur und Arbeit, Freizeit und/oder soziale Beziehungen.

Während Inklusion das Ziel hat allen Menschen mit und ohne Behinderung jedweder Art ein gemeinsames Zusammensein auch im Alltag zu ermöglichen, ist die Arbeit mit Drogenabhängigen weiterhin davon geprägt, diesen zumindest das Recht auf Wohnen, Tagesstruktur (die bereits schwer durchzusetzen ist) und etwaiger Freizeitgestaltung zu sichern in Sonderräumen, seien es spezifische Angebote ausschließlich für Drogenabhängige auch nach medizinischer Reha, seien es soziotherapeutische Heime etc..

Die Integration mitten in die Gesellschaft, z. B. ein Altenheim, den ersten Arbeitsmarkt, eine Mietwohnung, ist möglich, gelingt jedoch nach wie vor nur in Einzelfällen. Auch Vorbehalte, unterschiedliche Blickwinkel und Lücken innerhalb des Drogenhilfesystems sind dabei zu beachten. So sind bislang erst ca. 10% aller Drogenreha-Kliniken bereit Patienten auch unter Substitution gemeinsam mit abstinenzgestützten Patienten und Patientinnen zu behandeln.

Wenn substituierte Patienten und Patientinnen in der Reha nicht erneut in eine Ghettosituation, sondern gemeinsam mit abstinenter Patienten und Patientinnen behandelt werden sollen (als Ausdruck auch des inklusiven Gedankens) ergeben sich daraus zwangsläufig lange Wartezeiten, so lange 90% der Drogenreha-Kliniken diesen Ansatz ablehnen. Nach Entlassung aus der Reha gibt es wieder das nächste Problem: Als substituierter Patient oder Patientin ohne Beikonsum in einer Clean-WG einen Platz zu finden, ist nahezu unmöglich.

Dennoch, es ist sehr viel erreicht worden in den letzten 25 Jahren, zugleich ist kein einziger Fortschritt automatisch für immer gesichert, sondern muss stets neu wieder erarbeitet werden. Hier setzt unser aller Aufgabe an: Darauf zu achten, was wir selbst tun können, um bestehende Hindernisse zu überwinden, Lücken im Hilfesystem zumindest weitgehend zu schließen, Ressourcen der Patienten und Patientinnen, unserer Mitarbeitenden und Institutionen zu nutzen und zusätzlich Verbesserungen der äußeren Rahmenbedingungen einzufordern - nicht jedoch vorrangig auf mangelhafte äußere Rahmenbedingungen (sei es gesetzlicher oder finanzieller Art) hinzuweisen und uns damit faktisch nicht unserer Eigenverantwortung stellen.

Auch drogenabhängige Menschen haben ein Recht auf Unterstützung, nicht erst seit Inkrafttreten der ICF. Diese Unterstützung durch Betreuung und alltagsnaher Hilfe sicherzustellen ist unser aller Aufgabe und nicht die Alleinverantwortung einer Berufsgruppe oder Institution.

Diesem Ziel sind wir einen großen Schritt nähergekommen. Ausdruck dafür ist auch diese Tagung, die aktive Beteiligung und die Würdigung unserer gemeinsamen Diskussionen und Anstrengungen durch die Teilnahme von Herrn Dr. Ingo Ilja Michels, Leiter des Arbeitsstabes der Drogenbeauftragten der Bundesregierung.

All das sind Zeichen der Ermutigung, dass wir uns auf dem richtigen Weg befinden ohne dabei abzuheben. Wir haben viel erreicht und sind aufgerufen, das Erreichte zu festigen und weiterzumachen, um Teilhabe auch für drogenabhängige Menschen in höherem Maße durchzusetzen und das Ziel, die Haltung des Rechts auf Inklusion durchzusetzen statt aufzugeben. Diese Haltung ist die Basis, alles andere baut darauf auf.

Der Weg stimmt, jetzt gilt es gemeinsam und zusammen weiter daran zu arbeiten.

Referentinnen und Referenten

Klaudia Herring-Prestin

Gleis 1 Drogenhilfe Wuppertal
Döppersberg 1
42103 Wuppertal

Friedhelm Kitzig

Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Klinikverbund
und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
Fachbereich Planung, Qualitäts- und
Innovationsmanagement
50633 Köln

Dr. Thomas Kuhlmann

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach
Schlodderdicher Weg 23a
51469 Bergisch Gladbach

Jost Leune

Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.
Gierkezeile 39
10585 Berlin

Dr. Ralph Marggraf

LVR-Klinik Viersen
Johannisstraße 70
41749 Viersen

Dr. Andreas Rhode

Fachklinik Release
Merschstrasse 49
59387 Ascheberg

Prof. Dr. Norbert Scherbaum

LVR-Klinikum Essen
Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Virchowstraße 174
45147 Essen

Renate Steinert

LWL-Klinik Münster
Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30
48147 Münster

Werner Terhaar

LWL-Klinik Lengerich
Parkallee 10
49525 Lengerich

Norbert Teutenberg

Sozialdienst katholischer Männer e.V.
Kontakt- und Beratungsstelle
„Vor Ort“ Kalk
Dieselstraße 17
51103 Köln

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement

Siegburger Str. 203, 50679 Köln

Tel 0221 809-6947