

Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung –



Gemeindepsychiatrische Suchtkranken-
versorgung -
Regionale Vernetzung medizinischer und
psychosozialer Versorgungsstrukturen

Herausgegeben von
Bernhard Jagoda
Heinrich Kunze
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte
Band 21

Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung - Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungs- strukturen

Tagungsbericht Bonn,
4./5. Mai 1993

Herausgegeben von Bernhard Jagoda
Heinrich Kunze AKTION PSYCHISCH
KRANKE

Tagungsberichte
Band 21

1994
Rheinland-Verlag GmbH • Köln
in Kommission bei
Dr. Rudolf Habelt GmbH • Bonn

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

© Rheinland-Verlag GmbH - Köln 1994

Rheinland-Verlag- und Betriebsgesellschaft
des Landschaftsverbandes Rheinland mbH
Abtei Brauweiler, Postfach 21 40, 50250 Pulheim
Alle Rechte vorbehalten
Redaktion: Erika Märke / Birgit Meiners
Gestaltung: Norbert Radtke
Umschlaggestaltung: Renate Triltsch • Köln
Gesamtherstellung: Nettesheim Druck GmbH • Köln
ISBN3-7927-1464-7

Inhaltsverzeichnis

Bernhard Jagoda

Eröffnung und Begrüßung 7

Horst Seehofer

Grußwort des Bundesministers für Gesundheit 9

Heinrich Kunze

Einführung in die Thematik der Tagung 11

I. Gemeindepsychiatrische Ziele und Grundsätze in der Suchtkranken- versorgung - mit beispielhaften Ansätzen.... 17

Günther Wienberg

Die vergessene Mehrheit - Struktur und Dynamik der Versorgung Abhängig-
keitskranker in der Bundesrepublik , ... 18

Niels Pörksen

Die Empfehlungen der Expertenkommission zur Versorgung Abhängigkeits-
kranker - eine Bilanz 38

Bruce Ritson

Die Zusammenarbeit zwischen primären Gesundheitsdiensten und Spezial-
einrichtungen für Menschen mit Alkoholproblemen 50

Ray G. Hodgson

Die Antwort der Gemeinde auf Alkoholprobleme und ihre Folgen 66

Winfried Bertram

Zusammenbruch der Suchtkrankenversorgung in den neuen Ländern:
Welche Strukturen und Arbeitsformen in der ehemaligen DDR haben sich
fachlich bewährt? 79

Ulrich John, Clemens Veltrup und Martin Driessen

Motivationsarbeit bei alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten in
somatischen Abteilungen und Allgemeinkrankenhäusern 93

Günther Kruse

Die Tagesklinik für Abhängigkeitskranke als integrierter Bestandteil einer
regionalisierten Suchtkrankenversorgung 102

Jörg Ebeling, Manfred Kramer

Personalbetreuung/betriebliche Suchtkrankenhilfe im regionalen Verbund 108

Heinz-Günther Mergelkuhl

Die Selbsthilfefirma für Suchtkranke - Das Beispiel KOMET in Gütersloh . . . 116

Andreas Rothe

Beschütztes Wohnen und Arbeiten in einem integrativen Konzept zur Eingliederung von Abhängigkeitskranken 121

Eckhard Sundermann

Überlegungen zur Wiedereingliederung für sozial randständige, wohnungs- und obdachlose chronisch Abhängigkeitskranke 129

Plenumsdiskussion zum Themenbereich I 139

II. Finanzierung von Hilfen im gegliederten System der sozialen Sicherung 145

Otto Ernst Krasney

Behandlung und Rehabilitation: Kriterien für die Leistungszuständigkeit von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern aus der Sicht des Bundessozialgerichts 146

Margot Wehmhöner

Kriterien für die Leistungszuständigkeit von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern aus der Sicht der Krankenkassen 159

Dietmar Männchen

Medizinische Rehabilitation der LVA Westfalen in Übergangseinrichtungen 170

Podiums- und Plenumsdiskussion zum Themenbereich II 177

III. Regionale Bedarfsplanung und Selbstverwaltung der Leistungsträger - ein antagonistischer Widerspruch? 185

Rolf Hüllinghorst

Interessen und Entscheidungsstrukturen von Leistungsträgern: Handicaps auf dem Weg zur regionalen Bedarfsplanung 186

Andreas Brunk

Die Bedeutung des regionalen Verbundes aus Sicht der Suchtfachkliniken . . 196

Horst Schmidbauer

Die kommunale Verantwortung für eine gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung 209

Podiums- und Plenumsdiskussion zum Themenbereich III 219

Verzeichnis der Referentinnen und Referenten 225

Eröffnung und Begrüßung

Bernhard Jagoda

Alkoholismus ist eines der größten Gesundheitsprobleme in unserer Gesellschaft, aber nur ein ganz geringer Anteil der betroffenen Menschen wird von der offiziellen Suchthilfe erreicht.

Die DHS geht von 2,5 Mio. behandlungsbedürftigen Alkoholkranken und 600.000 bis 800.000 medikamentenabhängigen Personen aus (Stand 1990 für das vereinte Deutschland). Nicht nur die Psychiatrie, sondern fast alle anderen medizinischen Fächer haben in großem Umfang mit kranken Menschen zu tun, bei denen Alkohol eine zentrale Rolle spielt.

Aber es geht nicht nur um die medizinische Seite, sondern auch um die vielfältigen sozialen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Probleme. Das Leben zahlloser Familien, und damit auch insbesondere von Kindern, ist vom Alkoholismus geprägt. Alkoholfolgen spielen in der Arbeitswelt, bei Unfällen im Straßenverkehr und bei Straftaten eine große Rolle. Alkohol trägt entscheidend zur Ausgliederung aus allen sozialen Bezügen bis hin zur Obdachlosigkeit bei.

Alkoholismus führt auf der subjektiven Seite bei den betroffenen - und mitbetroffenen - Menschen zu Leid, Elend, Verzweiflung am Leben; auf der objektiven Seite zu sozialen Schäden sowie immensen Kosten im Gesundheitswesen und anderen Bereichen der Gesellschaft.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat vor 10 Jahren schon einmal Sucht zum Thema einer Tagung gemacht. Sie tut es erneut, weil von den „Empfehlungen der Expertenkommission“ (1988) die Ausführungen zum Thema Alkoholismus viel zu wenig Wirkung entfaltet haben. Die öffentliche und politische Aufmerksamkeit beschränkt sich zu sehr auf - auch wichtige - Themen wie z. B. illegale Drogen. Alkohol gehört zu unserem Lebensstil, und wir verschließen die Augen vor den Folgen.

Das Hilfesystem für Abhängigkeitskranke gemäß dem klassischen Konzept für Behandlung und Rehabilitation „Fachberatungsstelle- Fachklinik-Selbsthilfe als wichtiger Teil der Nachsorge“ ist heute in der Bundesrepublik breit ausgebaut mit qualifizierten Fachkräften, unterschiedlichen Therapieprogrammen und vielfältigen Angeboten.

Aber mit der Strategie „mehr vom Gleichen“ ist den umfangreichen Defiziten bei der Versorgung verschiedener Gruppen von Abhängigkeitskranken nicht beizukommen. Viele Abhängigkeitskranke, oft in frühen Stadien, werden von niederge-

lassenen Ärzten und Ärztinnen und somalischen Krankenhäusern kostenaufwendig - zwar somatisch korrekt, aber meist suchtu~~n~~spezifisch, oft sogar (unbeabsichtigt) suchstabilisierend - behandelt. Viele Abhängigkeitskranke kommen in die klinische Psychiatrie, die sich dieser Aufgabe bisher nur zum Teil qualifiziert stellt. Die ambulante, teilstationäre und stationäre Nachsorge steht noch ganz in den Anfängen. Eingliederungsbedürftige Alkoholiker und Alkoholikerinnen finden sich in überforderten Altenheimen, Einrichtungen der Heilsarmee oder in großer Zahl unter den Obdachlosen.

Verbesserungen können nur erreicht werden, wenn Politik, Kosten- und Leistungsträger, helfende Institutionen sowie Therapeutinnen und Therapeuten zusammenwirken, denn es geht nicht nur darum, Therapie- und Hilfekonzepte bedarfsgerecht fortzuentwickeln, sondern auch darum, entsprechende Finanzierungsmöglichkeiten mit den Kosten- und Leistungsträgern sowie kontinuierliche regionale Planungsprozesse unter Einbeziehung der Leistungsträger wie Einrichtungsträger auf den Weg zu bringen.

Tagungen wie diese der AKTION PSYCHISCH KRANKE bemühen sich deshalb, Expertinnen und Experten der verschiedenen genannten Bereiche an einen Tisch zu bringen, denn meist diskutieren und beraten Politiker und Politikerinnen, Verwaltungsfachleute oder Therapeuten und Therapeutinnen jeweils nur unter ihresgleichen.

Ich freue mich daher besonders, daß Sie alle unserer Einladung gefolgt sind, und begrüße Sie herzlich zu dieser Tagung, für die ich uns einen fruchtbaren Erfahrungsaustausch, anregende Diskussionen und in die Zukunft weisende Ergebnisse wünsche.

Grußwort des Bundesministers für Gesundheit

Horst Seehofer

Suchtkrankheiten gehören in Deutschland zu den meist verbreiteten Krankheiten. Um nur einige Zahlen zu nennen: 2,5 Mio. Menschen sind alkoholabhängig, 800.000 medikamentenabhängig und weitere 100.000 Menschen drogenabhängig. Und die Dunkelziffern liegen weit höher.

Dabei ist besonders der Trend zu mehrfachem Suchtmittelmißbrauch und die wachsende Zahl der chronisch mehrfach geschädigten Abhängigen besorgniserregend. Viele von diesen Abhängigen sind mit den traditionellen Versorgungsstrukturen nicht zu erreichen.

Vor diesem Hintergrund begrüße ich es sehr, daß die AKTION PSYCHISCH KRANKE das Thema „gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung“ in den Mittelpunkt dieser Informationsveranstaltung stellt. Denn solche Strukturen sind ein wichtiger Beitrag dazu, „vor Ort“ sowohl den Betroffenen selbst als auch den Familienangehörigen zu helfen.

Die Suchtkrankenhilfe muß insgesamt sehr verschiedene Hilfsmöglichkeiten anbieten: von der aufsuchenden Arbeit über Beratungs- und Behandlungsangebote bis hin zur Nachsorge und Unterstützung durch Selbsthilfegruppen. Verschiedene Dienste in der Suchtkrankenversorgung arbeiten aber noch zu oft eher nebeneinander als miteinander.

Hier gilt es, nach Lösungsansätzen zu suchen, wie durch eine engere Kooperation verschiedener medizinischer Disziplinen und durch ein differenziertes Angebot im komplementären Bereich die Versorgung der Abhängigkeitskranken im allgemeinen und der chronisch Abhängigkeitskranken im besonderen verbessert werden kann.

Der Bund leistet dazu unter anderem mit der Förderung eines Forschungsprojektes an der Universität Lübeck einen Beitrag: Dieses Forschungsprojekt widmet sich der besseren Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Allgemeinkrankenhäusern zur Früherkennung und Betreuung von Alkoholkranken.

Ich würde mich freuen, wenn es dieser Tagung gelingt, auch einen Beitrag zur stärkeren Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen für Alkohol- und Medikamentenabhängige zu leisten.

Ihrer Informationstagung wünsche ich einen erfolgreichen Verlauf und Ihrer weiteren Arbeit viel Erfolg.

Einführung in die Thematik der Tagung

Heinrich Kunze

Sucht wurde erst 1968 als Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne durch ein Urteil des Bundessozialgerichtes anerkannt. 1978 kam die erste Empfehlungsvereinbarung zwischen Kassen und Rentenversicherungsträgern zustande. Die offizielle Suchthilfe (Beratungsstelle, Fachklinik, Nachsorge) wurde in der Vergangenheit erheblich ausgebaut und qualifiziert. Für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen, die von diesem „Königsweg“ erreicht werden, ist die Suchthilfe wirksam, doch sind dies nur wenige Prozent der behandlungsbedürftigen Suchtkranken.

Denn einerseits kommen die meisten Alkoholikerinnen und Alkoholiker zu spät in suchtspezifische Behandlung, weil die Kontaktaufnahme mit der Suchthilfe die Selbstdefinition als suchtkrank voraussetzt - und das bei einer Krankheit, deren zentrales Symptom die Verleugnung der Sucht ist. Und andererseits werden Suchtkranke wegen psychiatrischer Begleit- und Folgeerkrankungen sowie anderer als ungünstig angesehener Prognose-Merkmale - das betrifft insbesondere Rückfälle - aus suchtspezifischen Hilfeformen ausgegrenzt, obwohl Rückfälle zur Dynamik der Abhängigkeitserkrankung gehören und ein hoher Anteil von Suchtkranken zugleich andere schwere psychische Störungen aufweist. - Diese Menschen gelten also als zu krank oder nicht motiviert für Therapien und stützende Hilfen.

Die Psychiatrie-Enquête formulierte vier Ziele für die psychiatrische Versorgung, die heute noch genauso gültig sind wie vor 20 Jahren:

- gemeindenah
- bedarfsgerecht
- koordiniert
- Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken.

Für Alkoholkranke bedeutet Gemeindepsychiatrie, die Hilfen zu schaffen, die es ihnen ermöglichen, Mitbürger und Mitbürgerinnen ihres Kreises/ihrer Stadt bleiben zu können, statt umso eher ausgegrenzt zu werden, je kränker sie sind.

Das ist zu aller erst eine Herausforderung an die Ebene der Therapie und der helfenden Institutionen. Es geht um bedarfsgerechte statt angebotsorientierte Konzepte. Es geht um suchtzentrierte Hilfen,

- die den Verleugnungsprozeß bei Suchtkranken und ihren Bezugspersonen im persönlichen und sozialen Bereich als Ausgangsfaktum akzeptieren, statt die Einsicht in die Abhängigkeit als Eingangsbedingung vorauszusetzen;
- die Rückfälle sowie psychiatrische Begleit- und Folge-Erkrankungen konstruktiv in den Hilfeprozeß einbeziehen, statt sie zum Ausschlußkriterium aus Therapien, anderen unterstützenden Hilfen sowie sozialen Beziehungen zu machen.

In den letzten 10 bis 20 Jahren ist diesbezüglich der fachliche Klärungsprozeß in der Suchthilfe wie in der Psychiatrie zwar weitergekommen, doch angesichts des Umfangs und der Komplexität des Problems ist diese Umorientierung in therapeutischen Fachkreisen noch im Gange, und bei Kosten- und Leistungsträgern ist dieser Umdenkungsprozeß offiziell noch kaum angekommen. Ein Regelkreis zwischen beiden Seiten stabilisiert herkömmliche Konzepte und Strukturen:

- Das von Kosten- und Leistungsträgern strukturierte materielle Sein bestimmt das fachliche Bewußtsein. Denn wer von anerkannten Finanzierungskonzepten abweicht (z.B. Empfehlungs-Vereinbarung Sucht 78), riskiert den Entzug der materiellen Basis seiner therapeutischen Arbeit.
- Kosten- und Leistungsträger wiederum stützen sich auf das, was ihnen ihre - von ihnen finanzierten - Fachleute als richtig darstellen.

Dieser Regelkreis in Verbindung mit der Fragmentierung der Leistungszuständigkeiten nach unserem gegliederten System der sozialen Sicherung behindert erheblich die Entwicklung von am regionalen Bedarf orientierten Therapiekonzepten, Kooperations- und Vernetzungsformen sowie von unterstützenden Finanzierungsregelungen.

Deshalb werden bei dieser Tagung zur Sprache kommen:

- a) praktische Erfahrungen mit der Suchthilfe unter anderen Rahmenbedingungen, z.B. auch in England sowie der ehemaligen DDR;
- b) die Funktion der kritischen wissenschaftlichen Untersuchung durch Therapiefor schung und Versorgungsforschung (in der Bundesrepublik noch in den Anfängen);
- c) Gemeindepsychiatrie als politische Aufgabe: Kreise und Städte sind durch die Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge legitimiert, dafür zu sorgen, daß Therapeuten/innen und helfende Institutionen der Gesundheits- und Sozialdienste, die zuständigen Kosten- und Leistungsträger sowie das Land die Hilfen realisieren, die die in der Stadt/dem Kreis lebenden Menschen brauchen, damit sie Mitbürger und Mitbürgerinnen bleiben können und nicht durch Krankheit und Behinderung ausgegliedert werden.

Warum wird das alles von psychiatrischer Seite ins Gespräch gebracht? Es geht hier nicht darum, das Thema Suchthilfe in Konkurrenz zu anderen mit einem Alleinvertretungsanspruch seitens der Psychiatrie zu besetzen. Im Gegenteil: Wirksame Suchthilfe setzt die differenzierte regional vernetzte Kooperation der verschiedenen Sparten des gesamten Gesundheitswesens sowie anderer gesellschaftlicher Hilfe- und Kontrollsysteme bis hin zur Polizei voraus.

Dennoch hat die Psychiatrie besondere Erfahrungen mit sich im Verhältnis zu den Suchtkranken und mit der Suchtkrankenhilfe, die weithin auch im positiven wie im negativen Sinne für andere gelten können oder von anderen ähnlich formuliert werden.

Sind Alkoholiker „krank oder böse“ - behandelbare oder hoffnungslose Fälle? Von der Beantwortung dieser Frage hängt die Einstellung zu Suchtkranken ab - nicht nur bei Therapeuten und Therapeutinnen, sondern auch bei Verwaltungsfachleuten der Kosten- und Leistungsträger sowie bei Politikerinnen und Politikern, und ihre Einstellungen orientieren sich wieder wechselseitig aneinander.

Das gesplante Verhältnis der Psychiatrie zu Alkoholkranken wird selbstkritisch deutlich in dem Titel eines kürzlich erschienenen Buches: „Suchtkranke - die ungeliebten Kinder der Psychiatrie“ (SCHWOON/KRAUSZ 1990). Dort wird die Äußerung des Direktors eines psychiatrischen Landeskrankenhauses wiedergegeben (S. 28): „Wir haben eine gewisse Anzahl von ihnen aufgenommen, aber wir sollten es nicht tun, sie können nicht geheilt werden. Sie sind die unangenehmsten Patienten. Der Psychiater braucht viel Zeit und Beherrschung, um Gleichmut zu bewahren gegenüber solcher Mischung von Eitelkeit, Charakterschwäche, Lügen und Widerstand.“ - Wenn das Zitat auch schon über 100 Jahre alt ist, so ist diese Sichtweise wahrscheinlich auch heute noch innerhalb der Psychiatrie - und außerhalb - weit verbreitet und prägt das Handeln Alkoholikern und Alkoholikerinnen gegenüber.

Doch nimmt die Zahl der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen zu, die dem Behandlungsbedarf von Suchtkranken, wie er im Bereich der psychiatrischen Versorgung sichtbar wird, nicht mehr ausweichen, sondern am regionalen Bedarf orientierte Konzepte entwickeln. 30 bis 50 Prozent der Patientinnen und Patienten, die in der klinischen Psychiatrie zur Aufnahme kommen, sind Suchtkranke, die meisten von ihnen kommen als Notfälle, die zuvor vom sogenannten Königsweg nicht erreicht wurden. Viele Suchtkranke haben psychiatrische Begleit- und Folge-Erkrankungen, viele Patientinnen und Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen haben zusätzlich Suchtprobleme.

Weit verbreitet ist immer noch die Auffassung, Motivation sei ein vom Therapeuten bei Patienten feststellbares Faktum, Motivation könne erst echt und dauerhaft sein, wenn Betroffene den Tiefpunkt ihrer Suchtkarriere („mit dem Gesicht in der Gosse“) erreicht hätten. Sogenannte Therapiemotivation ist aber das Ergebnis der Interaktion zwischen Therapeuten, Alkoholkranken sowie deren sozialen Bezugspersonen (Familie, Arbeitswelt, Freunde usw.). Und daraus ergibt sich die Leitfrage, wenn ein Patient oder eine Patientin nicht „motiviert“ ist: Wie tragen Therapeuten, Angehörige und andere Bezugspersonen dazu bei?

Wir werden davon hören, v/o überall in den verschiedenen Sparten des Gesundheitswesens sowie anderen sozialen Hilfs- und Kontrollsystemen unserer Gesellschaft Suchtkranke mit direkten und indirekten Alkoholproblemen auftauchen, wo immer wieder die vielfältigen medizinischen und sozialen Folgeprobleme mit großem Aufwand „repariert“ werden. Verleugnung ist nicht nur ein Problem der Suchtkranken, sondern auch all der Ärzte und Ärztinnen und anderen Helfenden, der Arbeitskollegen und -Kolleginnen, Vorgesetzten und Angehörigen, die Folgeprobleme der Sucht immer wieder ausgleichen, ohne daß die Sucht qualifiziert angegangen wird.

Es kommt darauf an, Alkoholiker früh in ihrer Suchtkarriere zu erreichen und nicht erst, wenn die gesundheitlichen und sozialen Folgeschäden die Behandlungs- und Rehabilitations-Chancen immer geringer werden lassen. Dabei ist von zentraler Bedeutung, die suchttypische Abwehr und Verleugnung nicht nur als individuelles Problem der Suchtkranken, sondern auch als komplexen sozialen Prozeß in ihrer Lebenswelt (Familie, Arbeit, Freizeit) sowie der mit den gesundheitlichen und sozialen Folgeschäden befaßten Profis zu begreifen. Wenn das so richtig ist, dann besteht ein großer Machthofbedarf an Therapie-, Interventions- und Kooperationsformen, wie sie auch für die entwickelte Gemeindepsychiatrie kennzeichnend sind.

Das gilt grundsätzlich für alle Altersgruppen von abhängigen Personen, besonders aber auch für die jugendlichen und alten Menschen mit Suchtproblemen, deren Hilfebedarf in den eigentlich zuständigen Institutionen der Bildung und Jugendhilfe sowie der Altenhilfe kaum wahrgenommen wird. Darauf sei ausdrücklich hingewiesen, da diese Probleme bei dieser Tagung aus Zeitgründen nicht weiter vertieft werden können.

Suchtspezifische Hilfe innerhalb der offiziellen Suchtkrankenhilfe wie aber auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens und anderen gesellschaftlichen Bereichen setzt eine Weiterentwicklung der Finanzierung und der Planung voraus. Dabei kommt einer qualifizierten Therapie- und Versorgungsforschung eine entscheidende kritische Rolle zu, um die Wirksamkeit von Therapien sowie die Nutzen-Kosten-Relationen nicht als Glaubenssätze zu behaupten, sondern kritisch empirisch zu überprüfen. Das betrifft z.B. die Frage, inwiefern qualifizierte, auf frühe Intervention abzielende Suchthilfe Folgekosten für symptomatische medizinische Behandlungen in teuren chirurgischen oder internistischen Betten mindert, wie sich betriebliche Suchtkrankenarbeit auf Fehlzeiten, auf Qualitätsmängel bei den Produkten und auf Unfälle auswirkt usw.

Die Finanzierung von Suchthilfen nach dem Sozialleistungsrecht ist trotz mancher Fortschritte unzulänglich. Die Verwaltungspraxis der Krankenkassen und Rentenversicherer ist in mancher Hinsicht und vielerorts viel restriktiver als das geltende Sozialleistungsrecht. Die Handhabung, zum Beispiel der Empfehlungsvereinbarung '78, hat in der Praxis zum Teil das geltende Sozialleistungsrecht außer Kraft gesetzt, und in den Köpfen von Betroffenen und Therapeuten wird solchen Verwaltungsabsprachen eine Gültigkeit wie Paragraphen des Sozialgesetzbuches zugeschrieben.

Konzepte differenzierter Behandlung und Rehabilitation von suchtkranken Menschen könnten mit dem geltenden Sozialleistungsrecht, insbesondere im Hinblick auf ambulante und teilstationäre Behandlungsformen, weiter entwickelt werden als sie es bisher sind. Dennoch bleibt auf der Ebene der Gesetzgebung die Notwendigkeit klarzustellen, daß zielgerichtete multiprofessionelle Komplexleistungen zur Behandlung und Rehabilitation - nicht nur für Abhängigkeitskranke - auch ambulant und teilstationär in die Leistungszuständigkeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger gehören. Bisher ist das auch im Sozialrecht verankerte Prinzip

„ambulant vor stationär“ nur eine allgemeine Deklamation ohne wesentliche praktische Folgen.

Die Politik ist gefordert: nicht nur auf Bundesebene, wo insbesondere die Leistungsgesetze gemacht werden, sondern auch auf Landesebene und vor allem auf kommunaler Ebene. Hier geht es in erster Linie um die politische Interessenvertretung für die kranken und behinderten Mitbürgerinnen und Mitbürger gegenüber Leistungsträgern, Einrichtungsträgern und helfenden Professionellen.

Wir wollen auf dieser Tagung im Hinblick auf das Ziel eines am regionalen Bedarf orientierten Suchthilfenetzes miteinander verknüpfen:

- die Weiterentwicklung von therapeutischen Konzepten und Kooperationsformen;
- die Weiterentwicklung der Finanzierung dieser differenzierten Hilfen und
- die Weiterentwicklung der Planung und Steuerung.

Zu den entsprechenden Themenbereichen I, II und III sind Diskussionsforen mit eingeladenen Experten und Expertinnen vorgesehen, die das Auditorium einbeziehen. Deshalb haben wir Fachleute aus den verschiedenen Bereichen - Behandlung, Sozialleistungsrecht und Verwaltung der Leistungsträger sowie Politik - eingeladen, die sonst in der Regel unter ihresgleichen, aber viel zu wenig über die Fach- und Institutionsgrenzen hinweg gemeinsam an der Weiterentwicklung der Hilfen für Suchtkranke arbeiten.

Literatur

DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (DHS):

Jahrbuch Sucht '93

Geesthacht. Neuland 1992 EDWARDS, G.:

Arbeit mit Alkoholkranken

Weinheim/München: Psychologie Verlags Union Beltz 1986 GRANT, M.:

Gesundheitspolitische Konzepte und Maßnahmen zur Steuerung des
Alkoholkonsums.

Europäische Schriftenreihe Nr. 18

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, Kopenhagen 1986 GRANT, M., HODGSON, R. (Ed): Responding to drug and alcohol problems in the community.

World Health Organisation, Geneva 1991 GRIGOLEIT, HP., WENIG, M., HÜLLINGHORST, R.: Handbuch Sucht-Prävention und Behandlung, Rechtsgrundlagen und Rechtssprechung -

St. Augustin: Asgard-Verlag 1989

HÄFNER, H., WELZ, R., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Drogenabhängigkeit und Alkoholismus

Tagungsberichte Bd. 7

Köln: Rheinland Verlag 1984 HOLDER, H.D., BLOSE, J.O.: The Reduction of Health Care Costs Associated with

Alcoholism Treatment: A 14-year Longitudinal Study

Journal of Studies on Alcoholism Vol. 53 (1992) 293-302 LINDSTRÖM, L.:

Managing Alcoholism - Matching Clients to Treatments

Oxford University Press, 1992 ORFORD, J.: Alcohol problems in the community. In: BENNETT, D.H., FREEMAN,

H.L. (Eds.): Community Psychiatry, Edinburgh; Churchill Livingstone, 1991

SCHWOON, D. R., KRAUSZ, M. (Hrsg.): Suchtkranke - Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie - Stuttgart: Enke-Verlag 1990 WIENBERG, G.: Die vergessene Mehrheit- Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen.

Bonn: Psychiatrie-Verlag 1992

I. Gemeindepsychiatrische Ziele und Grundsätze in der Suchtkrankenversorgung - mit beispielhaften Ansätzen

Die vergessene Mehrheit - Struktur und Dynamik der Versorgung Abhängigkeitskranker in der Bundesrepublik

Günther Wienberg

1. Vorbemerkung

Beim Nachdenken über die Strukturprobleme der Versorgung Abhängigkeitskranker in der Bundesrepublik kommt der Autor immer wieder zurück auf das Bild des Berges. Sei es das eines Berges, der sich von unterschiedlichen Betrachtungsstandpunkten aus einmal als vertraut und im besten Licht, ein anderes Mal als unbekannt und von seiner Schattenseite präsentiert (WIENBERG 1992). Sei es als Bild eines Eisberges, von dem - zumindest auf den ersten Blick - nur die Spitze sichtbar ist (RICHTER 1991).

Sucht als „Eisberg-Phänomen“ - dieses Bild paßt gut zur These von der „vergessenen Mehrheit“, die im Zentrum dieses Beitrages steht. Es ist sehr treffend aus psychologischer Sicht, versucht doch der abhängigkeitskranke Mensch, sein Elend so lange wie möglich unter der Oberfläche scheinbarer Normalität zu verbergen. Es ist aber auch treffend im Hinblick auf soziale Gruppen und Gemeinwesen, die das Problem Sucht ebenfalls nur widerständig und höchst partiell zur Kenntnis nehmen; und es trifft insbesondere zu auf das Versorgungssystem als Ganzes, das bis heute dazu neigt, die Spitze des Eisberges für die ganze Wahrheit zu halten. Insofern treffen wir auch auf diesem Feld auf die Erfahrung, daß Helfersysteme dafür prädestiniert sind, ein Stück der Problemdynamik von Klientensystemen zu reproduzieren. Schließlich assoziieren wir mit „Berg“ wohl nicht zuletzt Masse, schiere Größe, Unbeweglichkeit - auch dies Eigenschaften, die einem einfallen können beim Nachdenken über Abhängigkeitserkrankungen und den professionellen Umgang damit.

Die Auseinandersetzung mit letzterem, also dem Versorgungssystem, geschieht im folgenden in drei Schritten:

- *erstens* wird ein allgemeines Rahmenmodell zur *Beschreibung* der Versorgung vorgeschlagen, das den Anspruch erhebt, die Gesamtheit der professionellen Hilfen für Abhängigkeitskranke annäherungsweise vollständig abzubilden;
- *zweitens* werden die hauptsächlichen *Defizite* des Hilfesystems unter quantitativen und qualitativen Aspekten analysiert; und
- *drittens* werden einige sehr allgemeine Hinweise dazu gegeben, wo die *Perspektiven* für eine Neuorientierung der Versorgung liegen könnten.

2. Das Strukturmodell

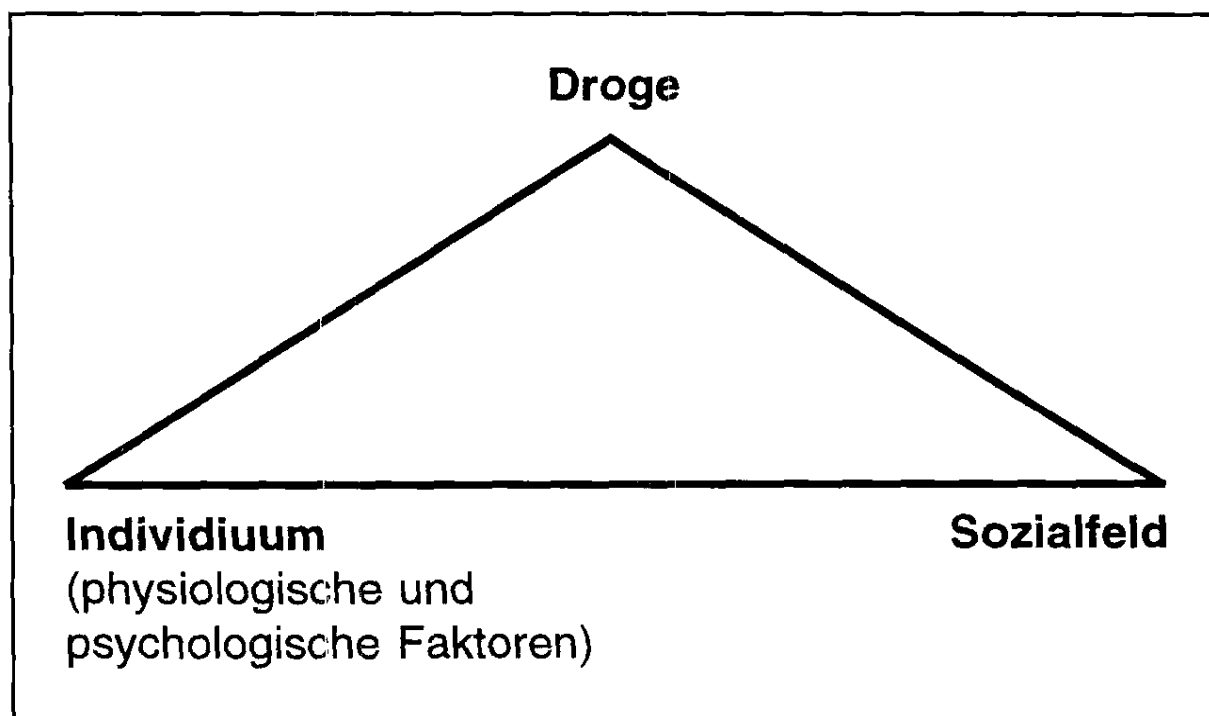
Ausgangspunkt der Überlegungen, die zu dem Beschreibungsmodell geführt haben, war eine naheliegende, aber nur selten gestellte Frage: „Wieviele behand-

lungsbedürftige Abhängigkeitskranke gibt es in der Bundesrepublik insgesamt, und wieviele von ihnen werden von welchen professionellen Diensten und Einrichtungen erreicht?" Der erste Teil der Frage - „wieviele gibt es?“ - ist heute, zumindest für den Bereich der stoffgebundenen Abhängigkeiten, auf der Basis einer Reihe fundierter, empirischer Untersuchungen mit hinreichender Genauigkeit zu beantworten: 4% der Gesamtbevölkerung, etwa also 3,3 Millionen Menschen, sind zu jedem Zeitpunkt manifest abhängigkeitskrank und damit behandlungsbedürftig (vergl. WIENBERG 1992, DEUTSCHE HAUPTSTELLE 1992). 0,5 %, also jeder achte Kranke, muß als chronisch krank und mehrfach geschädigt gelten. Diese Zahl ist allerdings mit Vorsicht zu betrachten, denn sie beruht auf einer einzigen, methodisch anfechtbaren Erhebung, die im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie in einem Sektor der Stadt Duisburg durchgeführt wurde (BUNDESMINISTERIUM 1988). 4 % der Bevölkerung sind demnach als *potentielle Zielgruppe* von Hilfs- und Behandlungsangeboten anzusehen - welcher Art diese auch sein mögen.

Für die Beurteilung der Versorgungssituation ist nun der zweite Teil der gestellten Frage von zentraler Bedeutung: „Welche und wieviele der Erkrankten werden von welchen professionellen Diensten und Einrichtungen erreicht?“ Dieser Fragestellung wird nur eine Analyse gerecht, die den Blick über den Bereich der traditionellen Suchtkrankenhilfe hinaus erweitert. Denn Abhängigkeitskranke werden bei weitem nicht nur dort beraten, behandelt und betreut, wo ein entsprechendes Türschild dies ausweist.

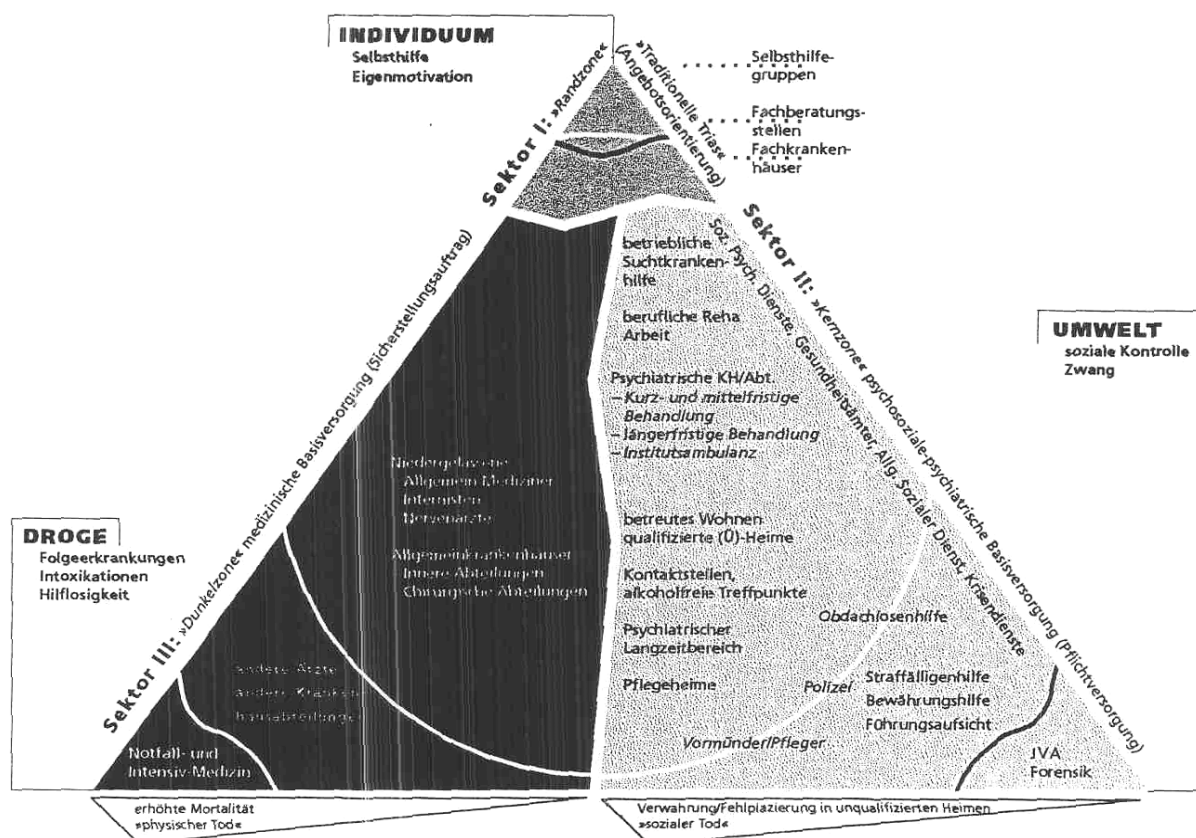
Das Beschreibungsmodell greift zurück auf das bekannte Dreieck von Wilhelm FEUERLEIN (1975):

Abb. 1: Modell zur Entstehung der Drogen-Abhängigkeit (nach FEUERLEIN)



Dieses recht schlichte Modell bietet nach FEUERLEIN einen allgemeinen Rahmen zur Erklärung der multikonditionalen *Genese* des Alkoholismus im Zusammenwirken von Droge, Individuum und Sozialfeld. Das Dreieck kann allerdings nicht nur den Entstehungszusammenhang von Abhängigkeit verdeutlichen, sondern es ist ebenso geeignet als Grundlage zur Beschreibung und Analyse der *Hilfen* bzw. des *Hilfesystems*. Ein entsprechendes Modell zeigt Abbildung 2:

Abb. 2: Strukturmodell zur Beschreibung des Hilfesystems für Abhängigkeitskranke



Nach diesem Modell lassen sich die Hilfen entsprechend ihrem *primären* Ansatzpunkt gruppieren und innerhalb des Dreiecks anordnen:

- Den einen Eckpunkt markieren diejenigen Hilfen, die ihren Schwerpunkt auf die *Person* des oder der Abhängigkeitskranken legen. Hierhin gehören jene Konzepte, die auf der Basis von psycho- und soziotherapeutischen Verfahren primär auf eine Modifikation von Verhalten, Einstellungen, Affekten und Interaktionen der/des Kranken abzielen. Diesem Bereich sind auch die unterschiedlichen Ansätze der Beratung hinzuzurechnen sowie das breite Spektrum der Selbsthilfegruppen und Abstinenzverbände. Es sind also die Institutionen der „*traditionellen Trias*“ Fachberatungsstellen, Fachkliniken und Selbsthilfegruppen, die diesen Teil des Hilfesystems ausmachen. Obwohl vertreten, dominieren nicht Mediziner, sondern nichtärztliche Berufsgruppen diesen Bereich. Die zur Verfü-

gung stehenden Hilfen haben *Angebotscharakter*, d.h. die Betroffenen müssen von sich aus aktiv werden. Dies setzt ein Mindestmaß an Leidensdruck, Problembewußtsein und Eigenmotivation zur Veränderung der Situation bereits voraus.

- In Richtung auf den zweiten Eckpunkt sind diejenigen Hilfen anzuordnen, die stärker auf die *soziale Situation und das soziale Umfeld* der Erkrankten bezogen sind. Die Interventionen zielen primär darauf ab, soziale Folge- und Begleitprobleme der Abhängigkeit zu mildern, sei es bei der Unterhaltssicherung, bei Arbeit und Beschäftigung, bei der Wohnsituation, bei Straffälligkeit oder familiären Problemen. Neben den klassischen Diensten der öffentlichen Sozial- und Gesundheitsfürsorge sind hier die Träger der freien Wohlfahrtsverbände mit komplementären Angeboten vertreten. Aber auch die Behandlung in psychiatrischen Versorgungskrankenhäusern ist diesem Bereich zuzurechnen, denn in der Psychiatrie werden besonders jene Abhängigkeitskranken behandelt, die bereits ausgeprägte soziale Beeinträchtigungen aufweisen und stark von Desintegration bedroht sind (WIENBERG et al. 1993). Schließlich sind auch Justizvollzug und Forensik in starkem Umfang mit der Bewältigung der sozialen Folgen von Abhängigkeit befaßt. Dieser Bereich wird als *psychosoziale / psychiatrische Basisversorgung* bezeichnet. Selbstverständlich kommen auch hier psycho- und soziotherapeutische Konzepte zum Tragen. Überwiegend ist jedoch nicht die Abhängigkeitserkrankung an sich akuter Anlaß für den Kontakt zu diesem Teil des Hilfesystems, sondern die sozialen Problemlagen. Dabei artikuliert häufig nicht der oder die Kranke selbst, sondern das soziale Umfeld den Hilfebedarf. Soweit sie dem Bereich des öffentlichen Sozial- und Gesundheitsdienstes oder der Justizverwaltung angehören, müssen die Institutionen dieses Sektors tätig werden, d.h. sie erfüllen gesetzlich geregelte *Pflichtaufgaben*.
- Nach der dritten Ecke sind diejenigen Institutionen angeordnet, die sich in erster Linie des *körperlichen* Aspektes von Abhängigkeitserkrankungen annehmen. Behandelt werden die Auswirkungen des Substanzmißbrauchs auf den Organismus. Dies sind die akuten oder auch chronischen körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen, die Folgen von Unfällen und Verletzungen sowie schwere Intoxikationen. Behandlungsanlaß ist auch hier zumeist nicht die Abhängigkeitserklärung selbst, sondern es sind die körperlichen Störungen, die damit in direktem Zusammenhang stehen. Dies ist der Bereich der *medizinischen Basisversorgung*. Die Hilfeanbieter sind zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung ohne Ansehen der Person *verpflichtet* - die niedergelassene Ärzteschaft im Rahmen des sogenannten Sicherstellungsauftrages, die Krankenhäuser im Rahmen ihres jeweiligen, durch die Krankenhausbedarfspläne festgelegten Versorgungsauftrages.

Eine erste, hier vertretene These lautet, daß sich durch das Dreiecksmodell der Gesamtkomplex professioneller psychosozialer und psychiatrisch-medizinischer Hilfeleistungen für Abhängigkeitskranke annäherungsweise vollständig beschreiben läßt. Es bietet damit auch eine Grundlage zur Analyse der wichtigsten Defizite und Strukturprobleme in der Versorgung. Die *zweite* Hauptthese lautet: Zwischen

den drei großen Bereichen bestehen - abgesehen von vereinzelten Übergängen an den Rändern - generell geringe und wenig stabile Kooperationsbeziehungen. Wenn überhaupt Kooperation vorkommt, so beschränkt sie sich in der Regel auf Weiterverweisung (Delegation) der Patientinnen und Patienten an andere Institutionen. Es besteht also eine Tendenz zur „Versäulung“ des Gesamtsystems, und es mangelt an Integration der unterschiedlichen Hilfeleistungen. Deshalb kann von relativ *unverbundenen Sektoren* der Versorgung gesprochen werden. Zwischen diesen Sektoren bleiben viele individuelle Bedarfslagen unbefriedigt. Eine der Folgen davon ist eine immense Verschwendung von Ressourcen, eine weitere, daß die meisten Abhängigkeitskranken ohne angemessene Behandlung und Hilfe bleiben.

3. Defizite

Die Frage nach den Strukturdefiziten der Versorgung wird im folgenden unter *quantitativem* und unter *qualitativem* Aspekt behandelt. Zunächst zum quantitativen Aspekt: Wieviele manifest Erkrankte werden je Jahr von der traditionellen Suchtkrankenhilfe insgesamt erreicht und wieviele von den beiden anderen Sektoren? Um es vorweg zu sagen: Genaues ist darüber bis heute nicht bekannt! Insgesamt ist die Datenlage äußerst lückenhaft. Am verlässlichsten ist die Datenbasis noch im Bereich der traditionellen Suchtkrankenhilfe (dank der Dokumentationssysteme EBIS und DOSY). Es geht in diesem Zusammenhang jedoch lediglich darum, Größenordnungen aufzuzeigen, also eher um die Zehnerpotenz vor als um die Stelle hinter dem Komma. Tabelle 1 zeigt das Ergebnis entsprechender Hochrechnungen:

	% der Gesamtpräsenz	Kontakte je 100.000 Einwohner
Gesamtprävalenz	ca. 100,0 %	4.000
Sektor I: „Randzone“		
• Fachberatungsstellen (freie Träger)	ca. 4,7 %	195
• Fachkliniken (freie / gewerbl. Träger)	ca. 0,8 %	33
• Selbsthilfegruppen	?	
Sektor II: „Kernzone“		
• Psychiatr. Krankenhäuser u. Abteilungen (öffentl. u. freie Träger)	ca. 2,5 %	100
• Gesundheitsämter / SpsD	ca. 4,4 %	175
• Familienfürsorge / andere soziale Dienste	?	
• Obdachlosen-/Nichtseßhaftenhilfe	?	
• Krisendienste, Polizei, Ordnungsbehörden	?	

	% der Gesamtpräsenz	Kontakte je 100.000 Einwohner
Gesamtprävalenz	ca. 100,0 %	4.000
Sektor II: „Kernzone“		
• Heime, Betreutes Wohnen	?	
• Treffpunkte, Kontaktstellen	?	
• betriebliche Suchtkrankenhilfe	?	
• berufliche Rehabilitation	?	
Sektor III: „Dunkelzone“		
• Allg. Krankenhäuser (Innere/Chirurgie)	ca. 24,0 %	975
• Niedergelassene Ärzte	ca. 70,0 %	2.800

Tab. 1: *Kontaktdichte in den Versorgungssektoren (Überschneidungen unberücksichtigt)*

Grundlage der Angaben zur Kontaktdichte ist jeweils: Kranke je Jahr, unabhängig von der Anzahl der Kontakte. Wegen der ungenügenden Datenbasis für die neuen Länder beschränken sich die Hochrechnungen auf das Gebiet der alten Länder. Einzelheiten bezüglich Berechnungsgrundlagen und Annahmen finden sich an anderer Stelle (WIENBERG 1992).

Das Resümee zum *quantitativen* Aspekt der Versorgungssituation:

- Von den professionellen Diensten der traditionellen Suchtkrankenhilfe des Sektors I werden je Jahr weniger als 5 % der Betroffenen erreicht (die Zahlen für Beratungsstellen und Fachkliniken addieren sich nicht, weil praktisch alle Patienten und Patientinnen von Kliniken vorher auch Kontakt zu Beratungsstellen hatten).
- Zu Sektor II: In der klinischen Psychiatrie werden jährlich ca. dreimal so viele Abhängigkeitskranke stationär behandelt wie in den Fachkliniken des Sektors I (einschl. der Mehrfachaufnahmen sind es sogar ca. fünfmal so viel). Der öffentliche Gesundheitsdienst hat zu etwa genau so vielen Kranken ambulant Kontakt wie die Beratungsstellen in Sektor I. Zur Kontaktdichte in den anderen Arbeitsfeldern dieses Sektors sind derzeit nicht einmal verlässliche Schätzungen möglich.
- Zur medizinischen Basisversorgung: Etwa drei von vier Abhängigkeitskranken suchen mindestens einmal pro Jahr einen niedergelassenen Arzt auf. Damit ist die Kontaktdichte in diesem Bereich ca. *fünfzehnmal* höher als bei den Fachberatungsstellen. Etwa jeder vierte abhängigkeitskranke Mensch wird mindestens einmal im Jahr in einem Allgemeinkrankenhaus behandelt - nur gerechnet die Episoden in chirurgischen und internistischen Abteilungen. D.h. die Behandlungs-Prävalenz im Allgemeinkrankenhaus ist etwa *zehnmal* höher als in der Psychiatrie und etwa *dreißigmal* höher als in den Fachkliniken!

Alles in allem kommt man angesichts dieser Zahlen um folgende Feststellungen nicht herum:

- *Erstens:* Die große Mehrzahl der behandlungsbedürftigen Abhängigkeitskranken kommt im Laufe eines Jahres überhaupt nicht in Kontakt mit Fachdiensten der traditionellen Suchtkrankenhilfe. Deshalb kann Sektor I auch die „Randzone“ genannt werden. Da diese Mehrzahl bis heute auch in der Fachdiskussion allzu oft außen vor bleibt, wird sie hier die „vergessene Mehrheit“ genannt. Diese Mehrheit findet sich allerdings zu einem hohen Anteil in Sektor II, der deshalb als „Kernzone“ bezeichnet wird, sowie in Sektor III, der als „Dunkelzone“ bezeichnet werden könnte, da dort das Problem Abhängigkeitserkrankungen und der Umgang damit weitgehend „maskiert“ sind.
- *Zweitens:* Im Hinblick auf chronisch Kranke dürfte das Gefälle zwischen den Sektoren noch ausgeprägter sein; die Fachdienste haben zu dieser Gruppe praktisch keinen Kontakt mehr. Chronisch Kranke finden sich deshalb massiert in der psychosozialen/psychiatrischen Basisversorgung, und sie dürften in einem sehr hohen Maße die medizinische Basisversorgung in Anspruch nehmen.

Es gibt derzeit nur eine Untersuchung, mit der sich die weitgehend auf Hochrechnung beruhenden Zahlen der Tabelle 1 vergleichen lassen. Es ist die bemerkenswerte epidemiologische Längsschnittstudie, die MELLER, FICHTER & WITZKE (1989) in drei oberbayerischen Landkreisen durchführten. Die Autoren untersuchten, wieviele derjenigen Bewohnerinnen und Bewohner des Untersuchungsgebietes, die in einer Ersterhebung als abhängigkeitskrank diagnostiziert worden waren, im Verlauf von fünf Jahren mindestens einmal Kontakt zu einem psychiatrischen oder psychosozialen Fachdienst hatten. Eingeschlossen wurden alle Einrichtungen, die in unserem Modell in den Sektor I fallen, außerdem die ambulanten und stationären psychiatrischen Einrichtungen (Sektor II) sowie die Nervenärzte und -ärztinnen (Sektor III). Das Ergebnis: 13,2 % aller behandlungsbedürftigen Kranken hatten in dem Fünfjahreszeitraum mindestens mit einem dieser Dienste Kontakt. Diese Gruppe war damit von allen psychisch Kranken die mit Abstand am deutlichsten unterversorgte. Vergleicht man diese in Bayern gefundene Behandlungsprävalenz über fünf Jahre mit den hier zusammengetragenen Daten bezogen auf ein Jahr, so läßt sich eine recht gute Übereinstimmung feststellen.

Um keine Mißverständnisse aufkommen zu lassen: Es wäre eine Illusion zu glauben, man könnte alle oder doch fast alle Betroffenen erreichen, wenn es nur genügend und die geeigneten Hilfen gäbe. Stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen sind in vielen Fällen eine Krankheit, die zum Tode führt, und viele erreicht die nötige Hilfe nie oder zu spät. Dennoch: Es wäre unprofessionell bis zynisch, sich mit dem Erreichten abzufinden unter dem resignativen Motto, mehr sei eben nicht drin. Wo die Obergrenze des Machbaren liegt, ist gegenwärtig schwer zu sagen und muß so lange offenbleiben, wie eine umfassende Neuorientierung des Hilfesystems nicht erfolgt ist. In US-amerikanischen und kanadischen Planungen wird aufgrund komplexer Analysen die Untergrenze für den Anteil der Zielgruppe, der *pro*

Jahr durch Fachdienste erreicht werden sollte, auf 20 % festgesetzt (FORD 1985, BUSH 1990). Inwieweit diese Größenordnung für hiesige Verhältnisse realistisch ist, ist auf der Basis des heutigen Kenntnisstandes kaum zu sagen; in jedem Fall sind wir in der Bundesrepublik weit von dieser Zielgröße entfernt.

Die *qualitativen* Defizite der Suchtkrankenhilfe sollen im folgenden in drei Teilschritten umrissen werden:

- bezüglich der Zielgruppen und des Hilfespektrums,
- bezüglich der Interventionsziele und
- bezüglich der Hilfeangebote und Hilfeanbieter.

1. Zielgruppen und Hilfespektrum

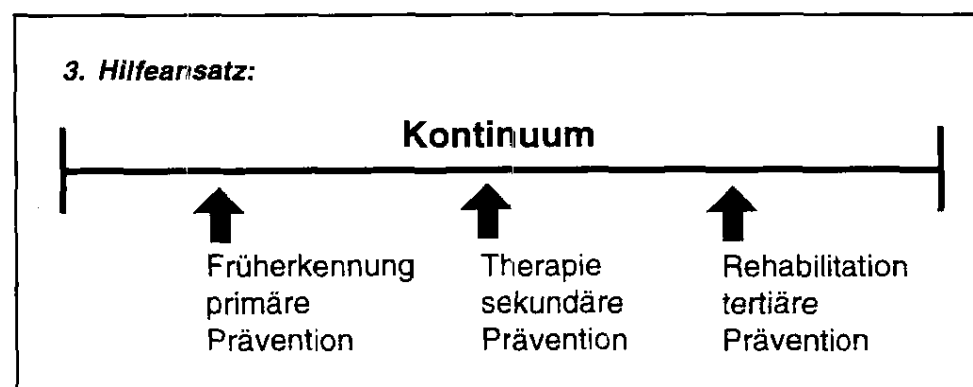
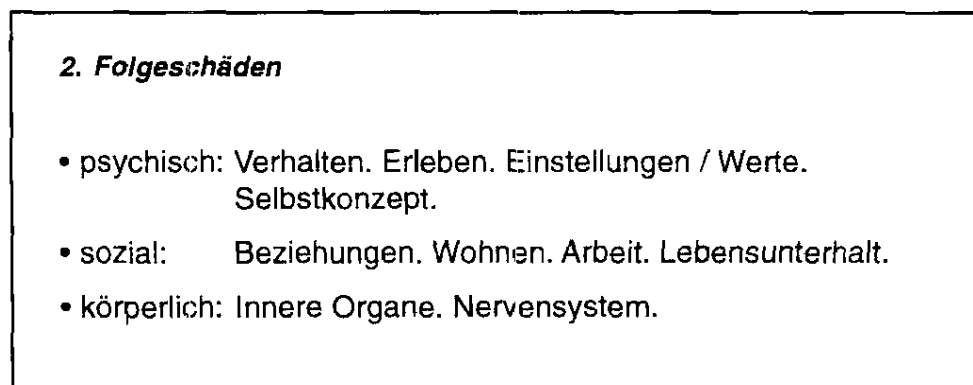
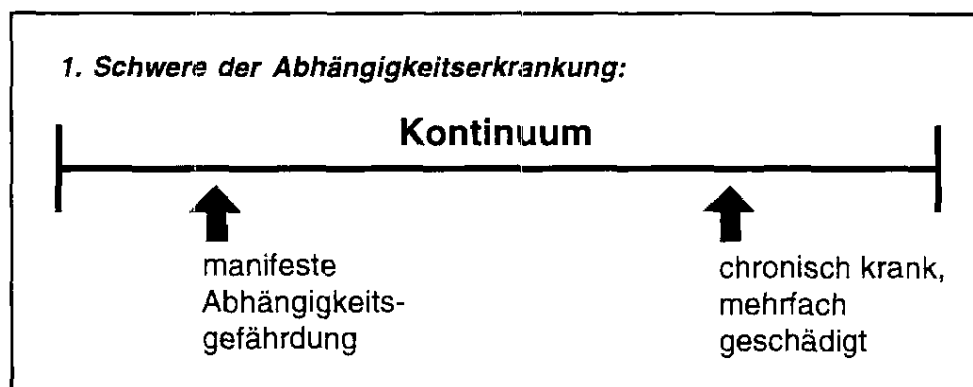


Abb. 3: Zielgruppe(n) und Hilfespektrum

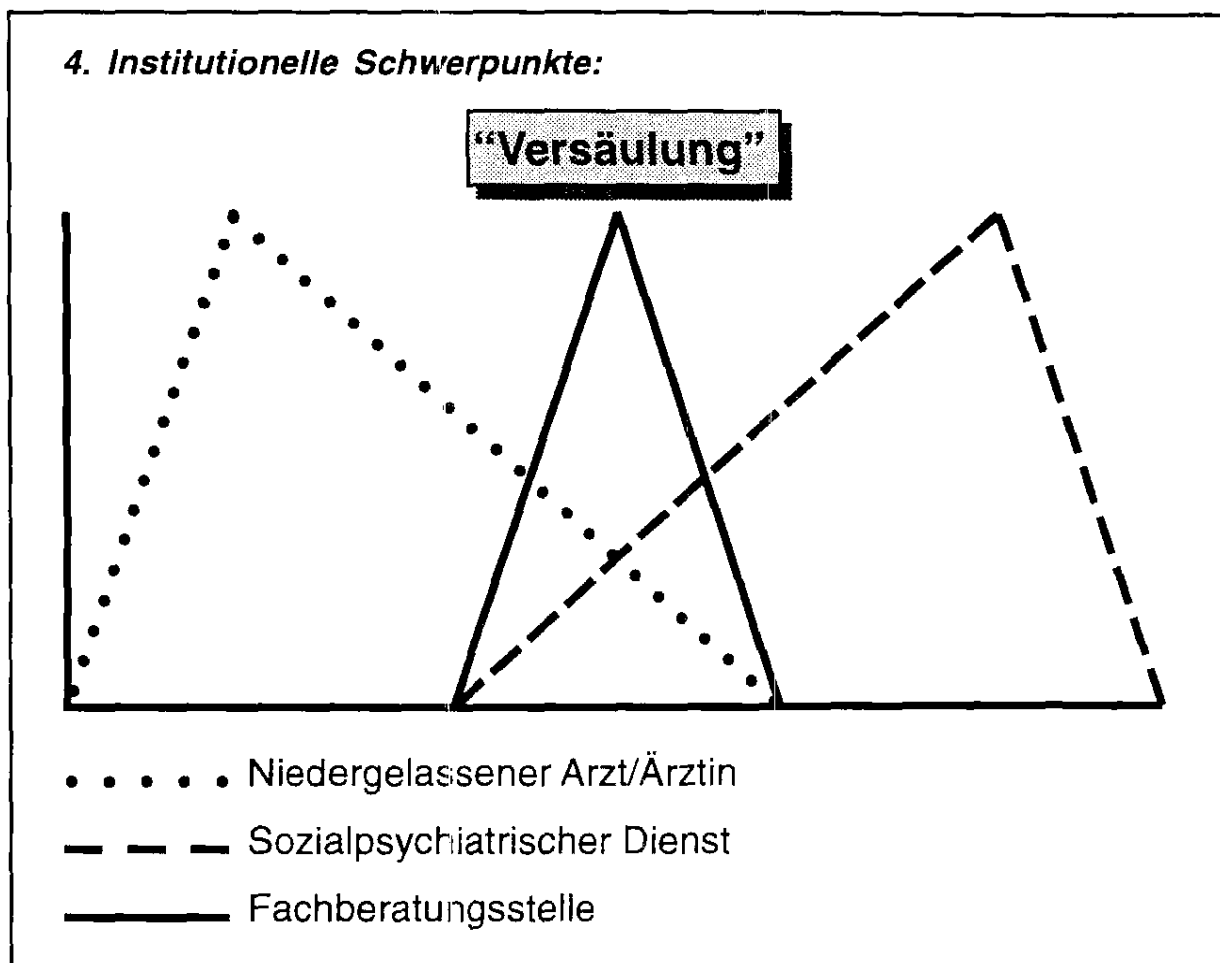


Abbildung 3 soll folgenden Zusammenhang verdeutlichen:

Nach allem, was über stoffgebundene Abhängigkeiten bis heute als gesicherte Erkenntnis gelten kann, handelt es sich dabei um Phänomene, die im Hinblick auf zahlreiche Merkmale den Charakter von *Kontinua* aufweisen; dies gilt z.B. sowohl für die Schwere der Abhängigkeit (vergl. zusammenfassend SCHMIDT, DUFEU & ROMMELSPACHER 1993) als auch für das Ausmaß von Folgeschäden (eigene, bisher unveröffentlichte Untersuchungen). Das heißt aber auch, daß vom Hilfeansatz her gesehen nicht von distinkten, a priori abgrenzbaren Gruppen mit unterschiedlichem Bedarf ausgegangen werden kann. Zwar lassen sich unterschiedliche Zielgruppen definieren, deren Hilfebedarf überschneidet sich jedoch in weiten Bereichen - sowohl im Quer- als auch im Längsschnitt. Das Spektrum dieses Bedarfes reicht von primärer Prävention und Frühintervention über Beratung und Therapie bis hin zu sozialer und beruflicher Rehabilitation sowie Betreuung. Sämtliche Teilaspekte wären gleichermaßen qualifiziert sicherzustellen, um von einem umfassenden und bedarfsgerechten Gesamtsystem sprechen zu können.

Das in sich vielfach gegliederte Sozialrechts- und Versorgungssystem der Bundesrepublik führt nun dazu, daß unterschiedliche Funktionen innerhalb des Hilfespek-

trums verschiedenen Institutionstypen „zugewiesen“ werden. Am Beispiel ambulanter Hilfen sind dies hauptsächlich niedergelassene Ärzte, der öffentliche Gesundheitsdienst sowie die Fachberatungsstellen des traditionellen Sektors. Auf diese Weise entsteht nicht nur eine potentiell unproduktive Spaltung innerhalb des Gesamtsystems, sondern auch ein erhebliches Qualitätsgefälle zwischen den Teilsystemen.

Der Stellenwert der traditionellen Suchtkrankenhilfe ist für Primärprävention und Früherkennung ebenso gering wie für tertiäre Prävention und soziale Rehabilitation. Polemisch zugespitzt könnte man sagen: Außen vor bleiben diejenigen, die noch nicht krank genug sind, und diejenigen, die schon zu krank sind. Erreicht werden diejenigen, die das meiste bereits erreicht haben: Krankheitseinsicht, Bündnisfähigkeit, Therapiemotivation. Oft ist sogar die Abstinenz selbst bereits erreicht, wenn das traditionelle Hilfesystem ansetzt. Es werden dann noch anspruchsvollere Therapieziele gesetzt: Persönlichkeitsreifung, Aufarbeitung der Ursachen der Sucht in der frühen Kindheit etc. Chronisch Kranke mit schweren und meist mehrfachen Folgeschäden, die den Anforderungen des therapeutischen Settings nicht genügen, werden in die Zuständigkeit der psychosozialen/psychiatrischen Basisversorgung verwiesen. Hier werden sie jedoch überwiegend *nicht* primär als Abhängigkeitskranke identifiziert und behandelt, sondern als Menschen in sozialen Notlagen - dies gilt bis hinein in die Psychiatrie und ist zunächst auch unausweichlich. Die Sicherung der sozialen Existenzgrundlage ist jedoch nur eine notwendige, nicht aber eine hinreichende Hilfe, erst wenn suchtspezifische Behandlungs- und Betreuungsformen hinzukommen, wird daraus Rehabilitation - bis heute wohl allzu selten, denn das Hilfespektrum in diesem Sektor ist nur sehr bedingt auf suchtspezifische Hilfen ausgerichtet.

Von der traditionellen Suchtkrankenhilfe nicht erreicht wird aber auch die große Gruppe von manifest Abhängigkeitsgefährdeten bzw. Abhängigen in einem noch frühen Stadium der Erkrankung. Denn ihnen mangelt es noch an Einsicht und Problembewußtsein, die die „Eintrittskarte“ in das traditionelle Hilfesystem darstellen. Die zumeist jähre- bis jahrzehntelangen Krankheitsverläufe bis zum ersten qualifizierten Beratungs- und Behandlungskontakt werden auch von Fachleuten als ein besonders tückisches Charakteristikum der Erkrankung selbst erklärt. Dieses vermeintlich krankheitsimmanente Merkmal hat jedoch mindestens soviel mit den Defiziten des Hilfesystems zu tun. Vor allem fehlt es an Konzepten und Praxismodellen der Früherkennung und Frühintervention - und dafür liegt der Schlüssel eindeutig im medizinischen Sektor.

Dort wiederum wird diese Aufgabe zumeist gar nicht als notwendiger Teil des Hilfespektrums realisiert. Wenn die Chancen der Früherkennung und Frühintervention aber nicht qualifiziert genutzt werden, leistet dies letztlich chronischen Krankheitsprozessen Vorschub. Es muß deshalb eines der wichtigsten Ziele der Weiterentwicklung des Hilfesystems sein, *mehr Betroffene früher* zu erreichen. In weiten Bereichen des englischsprachigen Raums geht man schon lange nicht mehr von der Fiktion aus, daß alle Hilfsbedürftigen durch Suchtfachdienste erreicht werden könnten. Deshalb werden dort verstärkt Konzepte entwickelt und erprobt, die in der

ersten Linie der Versorgung ansetzen, und das sind niedergelassene Ärzte und Ärztinnen und Krankenhäuser (vergl. die Beiträge von HODGSON und RITSON in diesem Band). Die Ergebnisse entsprechender Modellversuche sind außerordentlich ermutigend; sie werden im deutschsprachigen Raum allerdings bisher kaum zur Kenntnis genommen.

Allgemeinkrankenhaus und niedergelassener Arzt/Ärztin müssen in Zukunft eine tragende Rolle bei der Früherkennung und Frühintervention übernehmen; sie dürfen sich nicht länger auf die Behandlung von Folgeschäden oder gar auf die Suchtförderung durch fahrlässige Therapiepraktiken beschränken. Daß die Annahme absurd wäre, alle Hilfsbedürftigen ließen sich durch Fachdienste des traditionellen Systems allein erreichen, wird klar» wenn man das Dreieck von Abbildung 2 auf den Kopf stellt: dann erscheint es als Trichter, dessen Engpaß verhindert, daß die „vergessene Mehrheit“ auch nur in die Nähe qualifizierter Hilfen gelangen könnte.

2, Interventionsziele

Wenn man fragt, warum denn das traditionelle Hilfesystem so wenige Betroffene erreicht, so muß ein Teil der Antwort lauten: weil dort Zielsetzungen verfolgt werden, die allzu ambitioniert und damit für viele Betroffene völlig unrealistisch sind. Deshalb ist der Hinweis von SCHWOON (1992) äußerst hilfreich, daß in der Suchtkrankenhilfe grundsätzlich von einer *Hierarchie* von Interventionszielen auszugehen ist, die prinzipiell gleichwertig sind. Abb. 4 zeigt die Hierarchie von SCHWOON in einer überarbeiteten und ergänzten Form:

Abb. 4: Die Hierarchie der Interventionsziele bei Alkoholkranken

1. Sicherung des Überlebens
2. Verhinderung von schweren körperlichen Folgeschäden
3. Sicherung der sozialen Umgebung gegen Beeinträchtigungen
4. Verhinderung sozialer Desintegration
5. Ermöglichung längerer Abstinenzphasen
6. Einsicht in die Grunderkrankung
7. Akzeptanz des eigenen Behandlungs- bzw. Hilfebedarfs
8. Akzeptanz des Abstinenzzieles
9. Konstruktive Bearbeitung von Rückfällen
10. Individuelle therapeutische Grenzziehung („Selbsthilfe“)

(nach SCHWOON 1992, überarbeitet)

„Hierarchie der Ziele“ ist so zu verstehen, daß die Ansteuerung des jeweils nächsten Zieles im Prinzip voraussetzt, daß die vorhergehenden bereits erreicht wurden. Es ist unmittelbar einleuchtend, daß die traditionelle Suchtkrankenhilfe bereits

von einer sehr anspruchsvollen Zielsetzung ausgeht. Sie setzt zumeist erst und nur dann an, wenn die Betroffenen den eigenen Behandlungs- bzw. Hilfebedarf bereits akzeptiert haben (Stufe?). Damit sind aber andere, vorgeordnete und existentiell bedeutsame Teilziele aus dem Hilfeansatz von vornherein ausgeschlossen - diese lassen sich auch mit Therapie im engeren Sinn allein nicht erreichen.

Demgegenüber ist es durchaus legitim, angemessen und im Hinblick auf zahlreiche Betroffene schlicht notwendig, zunächst hierarchisch niedriger angesiedelte Ziele anzusteuern. Denn Therapie im engeren Sinn kann erst beginnen, wenn das physische Überleben gesichert und die soziale und psychische Verelendung gestoppt sind. Die Zielsetzungen des Sektors III sind dagegen als übertrieben bescheiden anzusehen. Wird die Behandlung von Abhängigkeitskranken gänzlich auf das physische Überleben und die Behandlung der körperlichen Folgeerkrankungen reduziert, bleibt die Grunderkrankung außen vor, und dies hat potentiell krankheitsverlängernde Folgen.

Grundsätzlich gilt es also festzuhalten, daß bei der Weiterentwicklung des Hilfesystems vom Gesamtspektrum der Interventionsziele ausgegangen werden muß. Das Erreichen von Teilzielen ist oft als notwendiger Zwischenschritt in einem längerfristigen, durchaus therapeutischen Prozeß anzusehen. Wenn in den Köpfen professioneller Helfer und Helferinnen jeglicher Provenienz an diesem Punkt kein Wandel eintritt, besteht die Gefahr, daß immer wieder der Aufnahmegrund - „kann nicht aufhören zu trinken“ - zugleich der Entlassungsgrund ist.

3. Art des Angebotes und Anbieter

Abbildung 5 stellt charakteristische Defizite aller drei Versorgungssektoren in komprimierter und holzschnittartiger Form dar. Dabei wird unterschieden zwischen Defiziten auf Seiten des Hilfeangebotes und solchen auf Seiten derer, die helfen bzw. Hilfen anbieten.

Abb. 5: Qualitative Defizite – Angebot / Anbieter

Angebot	Anbieter
<i>Sektor I: „Traditionelle Trias“</i> 1. Selektion der Klientel 2. Selektion der Hilfeart 2. Selektion der Hilfeform 4. Fehlende Kooperationskultur mit II und III 5. Delegation an III	● einseitige Angebotsorientierung ● Ablehnung von Versorgungsverantwortung ● elitäres Selbstkonzept

<i>Sektor II: Psychosoziale/psychiatrische Basisversorgung</i> 1. Unklarer Auftrag 2. Mangelhafte Konzepte 3. Ungenügende Ressourcen 4. Fehlende Kooperationskultur mit I und III 5. Delegation innerhalb des Sektors <i>Sektor III: Medizinische Basisversorgung</i> 1. Mangelhafte Diagnostik 2. Negation der Zuständigkeit für die Grunderkrankung 3. Mangel an fachlichen personellen Ressourcen 4. Fehlende Kooperationskultur mit I und II 5. Delegation an I und II	• Überforderung (quantitativ/qualitativ) • Resignation • negatives Selbstkonzept • Mangel an Fachkompetenz • Hilflosigkeit • Negative, pessimistische Grundeinstellung gegenüber Betroffenen
--	---

Zu den Sektoren im einzelnen:

- Das Hilfeangebot des Sektors I ist gekennzeichnet durch eine dreifache Selektion. Bezüglich der Klientel ist das Angebot ausgerichtet auf sozial noch integrierte Klientinnen und Klienten, die über Wohnung und zumeist einen Arbeitsplatz verfügen, die noch mit Unterstützung ihres weitgehend intakten sozialen Umfeldes rechnen können und die aktiv an der Bewältigung ihrer Abhängigkeit arbeiten. Dementsprechend ist die Hilfeart auf unterschiedliche Formen von Therapie und Beratung eingegrenzt. Bezüglich der Form des Hilfeangebotes herrschen vor: Wartelisten, reine Komm-Struktur und eine relativ hohe Schwelle (Abstinenz als Voraussetzung für den *Beginn* einer Therapie). Die Einrichtungen vertreten weithin eine dezidiert angebotsorientierte Grundhaltung („wir machen ein spezifisches Angebot; wer meint, davon profitieren zu können, der oder die soll dieses Angebot nutzen, für andere Kranke sind wir nicht zuständig“). Dementsprechend wird die Übernahme einer verbindlich definierten Versorgungsaufgabe zumeist entschieden abgelehnt - nicht selten mit dem Hinweis auf die Wahlfreiheit der Betroffenen! In z.T. expliziter Abgrenzung von den Hilfen und Helfenden in den beiden anderen Sektoren ist ein elitäres Selbstkonzept verbreitet.
- In weiten Bereichen des Sektors II ist unklar, wieweit und in welcher Form sich der Arbeits- bzw. Dienstleistungsauftrag auf die Grunderkrankung Abhängigkeit

bezieht; z.T. wird ein solcher Auftrag explizit abgelehnt. Dementsprechend gibt es - soweit es um die Grunderkrankung geht - nur mangelhafte Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungskonzepte. Generell ungenügend sind die materiellen und personellen Ressourcen in diesem Sektor, gemessen an Schwere und Komplexität der Klientenprobleme. Auf Seiten der Helfenden sind Erfahrungen von Überforderung fast ubiquitär, auch wenn die meisten dies mit sich allein ausmachen. Bezüglich der Wirksamkeit und Reichweite des eigenen Hilfeansatzes dominiert eine resignative Grundeinstellung. Durchaus parallel zur Klientel ist das professionelle Selbstkonzept der Helfenden eher negativ („wir machen doch nur die Dreckarbeit“).

- In der medizinischen Basisversorgung werden die meisten Abhängigkeitskranken nicht als solche erkannt oder benannt - was in bezug auf den Kranken auf das Gleiche hinausläuft. Entsprechende Studien deuten darauf hin, daß nur jeder 10. bis allenfalls jeder 5. abhängigkeitskranke Mensch in diesem Bereich als solcher diagnostiziert wird (NIEDER 1985, MÖLLER, ANGERMUND & MÜHLEN 1987). Selbst wenn eine adäquate Diagnostik erfolgt, wird in der Regel eine (Teil-) Zuständigkeit für die Behandlung der Grunderkrankung abgelehnt; auch eine angemessene Beratung bezüglich spezieller Hilfeangebote unterbleibt. Wenn eine zumindest partielle Zuständigkeit anerkannt wird, fehlt es zumeist gänzlich an den personellen und konzeptionellen Ressourcen, um auch nur auf bescheidenem Niveau ein qualifiziertes Hilfeangebot sicherzustellen. Der Hauptgrund für diese Defizite ist der gravierende Mangel an spezifischer Fachkompetenz, insbesondere auf Seiten der behandelnden Ärzte und Ärztinnen. Dieser hat eine weitverbreitete Hilflosigkeit zur Folge, die nicht selten mit untauglichen oder problemverschärfenden Mitteln kompensiert wird (z.B. Verschreibung von Pharmaka mit Suchtpotential). Die Unzulänglichkeit und Erfolglosigkeit des Hilfeangebotes und die entsprechende Beziehungsdynamik zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin bilden die Basis für die gerade im ärztlichen Bereich sehr weit verbreitete negative und pessimistische Grundeinstellung gegenüber Abhängigkeitskranken (REIMER & FREISFELD 1984, FEUERLEIN 1986), die wiederum allzu leicht in einen perniziösen Zirkel nach Art der sich selbst erfüllenden Prophezeiung einmündet.

Es sollte deutlich werden: Jeder Sektor löst die Strukturprobleme auf seine charakteristische Weise. Besonders zu beachten sind die *Delegationsmechanismen*, die wohl in keinem Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens so drastisch ausfallen wie hier: Sektor III delegiert de facto auf die Sektoren I und II, Sektor I auch auf Sektor II. Nur Sektor II selbst kann nicht weiter delegieren, weil seine Zuständigkeit letztlich allumfassend ist - es ist die Sphäre der Sozialhilfe und damit des Staates. Es spielen sich jedoch auch *innerhalb* dieses Sektors noch Delegationsprozesse ab. Diese laufen nach demselben Muster ab wie zwischen den Sektoren. Es funktioniert nach dem „*inverse care law*“. Diejenigen Klientinnen und Klienten, die den umfassendsten und qualifiziertesten Hilfebedarf aufweisen, bekommen am wenigsten und am wenigsten qualifizierte Hilfe. Am unteren Ende sind dann die chronisch Kranken in Obdachlosenunterkünften oder in der Obhut von völlig überforderten

gesetzlichem Betreuungspersonal, die nicht einmal mehr in den Genuß einer minimalen medizinischen Grundversorgung kommen - von qualifizierter Suchtkrankenbehandlung ganz zu schweigen. Die größte Herausforderung, die sich heute allen Verantwortlichen in der Suchtkrankenversorgung stellt, ist diese: das *inverse care law* außer Kraft zu setzen bzw. es auf den Kopf zu stellen - im Sinne eines *proportional care law*.

4. Perspektiven

Wo liegen die Perspektiven für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe? Zunächst ein Wort dazu, wo diese Perspektiven auf keinen Fall liegen: in einem „mehr desselben“! Mehr Einrichtungen derselben Struktur werden die aufgezeigten Probleme einer Lösung *nicht* näher bringen; sie würden die Probleme eher verschärfen und die mangelnde Effizienz des Gesamtsystems auf die Spitze treiben.

Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang die Empfehlungen der „Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren“ vom September 1992, die nicht mehr von einem bloßen Ausbau des herkömmlichen Systems von Beratungsstellen ausgehen, sondern einen qualitativ neuen Ansatz darstellen. Dort werden ambulante Basisdienste mit einem umfassenden Hilfespektrum gefordert - einschließlich Überlebens- und Alltagshilfen für chronisch Kranke und einschließlich ärztlich-medizinischer Grundversorgung (DEUTSCHE HAUPTSTELLE 1992). Also nicht mehr desselben, sondern anders! Was könnte das heißen? In erster Annäherung ergibt sich eine Antwort aus dem Vergleich der drei Versorgungssektoren bezüglich einiger versorgungspolitisch relevanter Merkmale.

Tab. 2: Merkmalsprofil der Versorgungssektoren

Merkmale	Sektor I <i>Randzone</i>	Sektor II <i>Kernzone</i>	Sektor III <i>Dunkelzone</i>
1. Kontaktdichte	gering	hoch	sehr hoch (++)
2. Anteil chronisch Kranker	gering	hoch (+)	hoch (+)
3. Schwelle (Motivation etc.)	hoch	niedrig	sehr niedrig (++)
4. Kapazität	gering	gering	sehr groß (++)
5. Qualifikation	sehr hoch (++)	bedingt	gering
6. Stellenwert für Früherkennung und Primärprävention	gering	gering	hoch (+)

7. Einbindung in regionale Kooperationsstruktur	gering	stark (++)	sehr gering
8. Hauptfinanzierungsquelle	RV; Land/ Kommunen	Kommunen/ überörtl. Sozialhilfe	KV (++)

+ = im Vorteil,

++ = im großen Vorteil gegenüber den anderen Sektoren.

RV = Rentenversicherung

KV = Krankenversicherung

Demnach scheint *die* Perspektive zur Weiterbildung der Suchtkrankenhilfe im medizinischen Bereich zu liegen. Dies ist soweit sicher richtig, als die Einbeziehung des medizinischen Sektors in ein umfassendes Gesamtkonzept als eine *notwendige* Voraussetzung dafür anzusehen ist, daß sich in der Substanz etwas bewegt - keinesfalls jedoch als eine *hinreichende*. Tatsächlich kommt es auf eine *Integration* der vorhandenen Qualitäten und ihre optimale Nutzung unter geeigneten Rahmenbedingungen an. Für eine Neuorientierung der Suchtkrankenhilfe insgesamt erscheinen folgende Punkte unverzichtbar:

1. Die Fachdienste des Sektors I müssen sich der verbindlichen *Übernahme von Pflichtaufgaben* stellen. Versorgungsverpflichtung heißt, daß für vorhandene Klientinnen und Klienten die jeweils passenden Therapien und Hilfen zu entwickeln sind - anstatt für vorhandene Therapieangebote die passende Klientel zu suchen. Die Übernahme von Pflichtaufgaben bedeutet dabei stets nur eine Verpflichtung der Anbietenden, nicht der Nutzenden, diese bleiben frei in ihrer Wahl - solange sie noch in der Lage sind, wählen zu können.

Die Übernahme von Pflichtaufgaben muß finanziell honoriert werden; d.h. der Träger, der in die Verantwortung eintritt, sollte dafür durch öffentliche Zuwendungen belohnt werden - und umgekehrt.

2. In den meisten Einrichtungen und Diensten des Sektors II besteht ein teils erheblicher Qualifizierungsbedarf bezüglich der Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Abhängigkeitskranken. Dies gilt bis hinein in Psychiatrische Kliniken und Sozialpsychiatrische Dienste. Qualifizierung darf hier allerdings nicht heißen, mit dem Sektor I in einen Wettbewerb um die höchste therapeutische Kompetenz einzutreten. Vielmehr geht es darum, Konzepte zu entwickeln und Kompetenzen zu erwerben, die dem besonderen Hilfebedarf chronisch Kranker gerecht werden und die sich auf alle Ebenen der Zielhierarchie beziehen. Fort- und Weiterbildungsangebote in dieser Richtung fehlen leider bisher fast völlig. Erforderlich ist außerdem der verstärkte Einsatz von Pflegepersonal in den ambulanten und komplementären Diensten, denn Schwestern und Pfleger bringen einen Teil der erforderlichen Kompetenzen eher mit als Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen.

Schließlich geht es in weiten Bereichen der psychosozialen/psychiatrischen Basisversorgung darum, den Arbeitsauftrag bezüglich der Grunderkrankung zu

klären und zu präzisieren. Abhängigkeitserkrankungen müssen erkannt, benannt und Teil des Hilfeplanes werden, auch wenn es zunächst um scheinbar dringendere Probleme wie Schuldenregulierung oder ein Dach über dem Kopf geht. Auch im Sektor II muß die Finanzierung komplementärer Angebote freier Träger an verbindliche Versorgungsaufträge gekoppelt werden,

3. Im Sektor III ist eine *gründliche Qualifizierung* der Mediziner und Medizinerinnen bezüglich Diagnostik und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen sowie des Versorgungssystems im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung unerlässlich (diese ist bisher nicht einmal in der Facharztweiterbildung Psychiatrie ausreichend gewährleistet). Dringend geboten ist weiter die Einrichtung qualifizierter Stationen bzw. Abteilungen für die *kurzfristige* Behandlung Abhängigkeitskranker an allen großen Allgemeinkrankenhäusern. Diese sollen eine qualifizierte Behandlung der Grunderkrankung sicherstellen und über entsprechend qualifiziertes Personal verfügen. Sie müssen mit allen anderen Fachdiensten im Rahmen eines regionalen Verbundsystems zusammenarbeiten. Schließlich muß es sich für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen rechnen, wenn sie die qualifizierte Diagnostik und Therapie von Abhängigkeitserkrankungen in ihre Praxis integrieren.
4. Die Dienste der Basis- und Spezialversorgung Abhängigkeitskranker haben sich mittelfristig in regionale Verbundsysteme mit einem hohen Maß an Verbindlichkeit zu integrieren. Es geht darum, vor Ort tragfähige „Verantwortungsgemeinschaften“ aufzubauen, die verhindern, daß die Mehrheit der Bedarfslagen in die Zuständigkeits- und Angebotslücken zwischen den Versorgungssektoren fällt. Regionale Kooperation und Koordination dürfen aber nicht vom guten Willen einzelner abhängig sein. Deshalb:
5. Die Federführung beim Aufbau, bei der Steuerung und bei der Kontrolle der Verbundsysteme muß bei den kommunalen Gebietskörperschaften liegen. Sie haben dabei eng mit den Diensten, Einrichtungen und Kostenträgern zusammenzuarbeiten. Es ist ein Grundsatz von Verfassungsrang, daß den kommunalpolitischen Gremien sowie der Verwaltung die Daseinsvorsorge für alle ihre Bürger obliegt. Nur auf dem Weg der Übernahme der Verantwortung durch die Kommunen ist mittelfristig sicherzustellen, daß nicht immer wieder die schwächsten, chronisch kranken und am meisten hilfebedürftigen Menschen durch die Maschen fallen. Übergeordnete Interessenlagen, z.B. auf Seiten von Kosten- und Leistungsträgern, haben sich mittelfristig kommunalen Planungsprozessen unterzuordnen.

Der wichtigste Punkt zum Schluß:

6. Erforderlich ist die Integration von pflegerischer, sozialarbeiterischer, medizinischer und psychotherapeutischer Kompetenz, in *ambulant* Basisdiensten, wie sie bereits die Expertenkommission in ihren „Empfehlungen“ von 1988 als zentralen Baustein eines bedarfsgerechten Hilfesystems fordert. Diese müssen ein breites Aufgaben- und Hilfespektrum abdecken: Prävention und Früherkennung, Therapie, soziale und medizinische Rehabilitation, Überlebenshilfe sowie

längerfristige Betreuung chronisch Kranker gehören letztlich in eine Hand. An die Stelle von Versäulung und relativ unverbundenen Sektoren muß ein integratives Dienstleistungsmodell *an der Schnittstelle der drei Sektoren* treten.

Mindestens drei Argumente sprechen für Integration statt Versäulung und zunehmender Spezialisierung der Hilfen:

- Betroffene benötigen nacheinander, aber oft auch gleichzeitig unterschiedliche Hilfen; nur Basisdienste mit breitem Hilfespektrum können darauf reagieren, ohne daß es zu einem Abbruch von konzeptioneller und personeller Kontinuität kommen muß.
- Nur Basisdienste mit umfassender Zuständigkeit sind letztlich ein Mittel gegen die fachlich wie menschlich unangemessenen Delegations-, Abschiebe- und Ausgrenzungsprozesse, denen viele Betroffene oft über Jahre ausgesetzt sind. Manche von ihnen buchstäblich bis zum Verrecken - nachdem jeder Dienst oder Helfer immer noch einen Grund gefunden hat, warum gerade *er nicht* zuständig ist.
- Basisdienste sind mitarbeiterfreundlich. Sie bieten abwechslungsreiche Tätigkeitsfelder und ermöglichen Rotation; auf diese Weise werden einseitige Beanspruchungen mit all ihren negativen Folgen wie „Burn-out“ und Skotomisierung der jeweiligen Weltsicht vermieden. Niemand kann nur und auf Dauer mit den vermeintlich Hoffnungslosen arbeiten, und niemand sollte sich auf Dauer in therapeutische Nischen zurückziehen.

Basisdienste mit umfassendem Hilfespektrum erfordern zwingend die Einbindung ärztlicher Kompetenz. Ärztinnen und Ärzten kommt eine zentrale Brückenfunktion, insbesondere zum Sektor III, zu. Dies ist keine Forderung nach Medikalisierung psychosozialer Hilfen, sondern die nach wirklicher Multiprofessionalität, die im leider abgewickelten System der Polikliniken in den neuen Ländern gewährleistet war. Kosten- und Leistungsträger sowie der Gesetzgeber sind aufgefordert, für die Finanzierung von Diensten der genannten Art geeignete Instrumente zur Verfügung zu stellen und flexible, betroffenenorientierte Regelungen zu ermöglichen. Im Hinblick auf die administrative Realisierung solcher Basisdienste wird es keine Patentlösungen geben - zumindest nicht in Regionen mit der üblichen „versäulten“ Versorgungsstruktur. Neben Modellen der Pool- und Mischfinanzierung wird es erforderlich sein, integrative Lösungen auf unterschiedlichen Wegen anzusteuern: über Kooperations- und Gestellungsverträge, über die gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Dienste, bis hin zu Zweckverbänden oder der Etablierung besonderer Rechtskonstruktionen auf Trägerebene.

Spätestens an dieser Stelle dürfte die Frage auftauchen, ob nicht utopische Wunschbilder die Vorstellungen des Autors leiten, anstatt die Orientierung am sozialrechtlich Mach- und Finanzierbaren. Utopisch klingt das Geforderte wohl in der Tat. Aber erstens wagt selbst die DHS in den genannten Empfehlungen von 1992, die in die gleiche Richtung gehen, einen Schuß Utopie. Hier werden nicht nur ambulante Basisdienste mit umfassendem Hilfespektrum, sondern darüber hinaus ihre

personelle Ausstattung nach einem Schlüssel von 1 Stelle je 10.000 Einwohner gefordert. Und zweitens braucht es sicher einen Schuß Utopie, um angesichts der oft öden Versorgungsroutine die Hoffnung auf Veränderung nicht ganz zu verlieren und motiviert zu werden, ausgetretene Pfade zu verlassen und Neues zu probieren.

Literatur

- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hrsg): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn, 1988
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN/DHS (Hrsg): Informationen zur Suchtkrankenhilfe 2 (1992)
- FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Thieme, Stuttgart 1975
- FEUERLEIN, W.: Alkoholranke, die ungeliebten Patienten. Nervenheilk. 5 (1986) 5-8
- FORD, W. E.: Alcoholism and drug abuse Service forecasting models: a comparative discussion. Int. J. Add. 20 (1985) 233-252
- MELLER, L, M. FICHTER, W. WITZKE: Die Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste in der Bevölkerung - Ergebnisse einer epidemiologischen Längsschnittstudie. Nervenarzt 60 (1989) 462-471
- MÖLLER, H. J., A. ANGERMUND, B. MÜHLEN: Prävalenzraten von Alkoholismus an einem chirurgischen Allgemeinkrankenhaus: Empirische Untersuchungen mit dem Münchner Alkoholismustest. Suchtgef. 33 (1987) 199-202
- NIEDER, C.: Vergleichende Untersuchungen über die Prävalenz und Diagnostik von Alkoholismus an drei Kliniken der Medizinischen Hochschule Lübeck. Unveröffentl. Diss., 1985. Zit. nach DILLING, H., A. M. OSCHINSKI, C. NIEDER: Trends in epidemiological and evaluative research on alcoholism in the Federal Republic of Germany. In: COOPER, B. (Hrsg.): Psychiatric Epidemiology-progress and prospects. Croom Helm, London, Sidney (1987) 296-309
- REIMER, C., A. FREISFELD: Einstellungen und emotionale Reaktionen von Ärzten gegenüber Alkoholikern. Ther. W. 34 (1984) 3514-3520
- RICHTER, G.: Alkoholabhängigkeit - ein Eisbergphänomen. Sucht 37 (1991) 93-101
- RUSH, B.: A system approach to estimating the required capacity of alcohol treatment Services. Br. J. Add. 85 (1990) 49-59
- SCHMIDT, L G., P. DUFEU, H. ROMMELSPACHER: Diagnostik der Alkoholabhängigkeit. Nervenarzt 64 (1993) 36-44
- SCHWOON, D. R.: Motivation - ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In: WIENBERG; G. (Hrsg.): Die vergessene Mehrheit - Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1992
- WIENBERG et al.: Abhängigkeitskranke in psychiatrischer Krankenhausbehandlung - Ergebnisse einer Erhebung in 14 Kliniken in der Bundesrepublik. Sucht 4 (1993) 264-275
- WIENBERG; G.: Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik - ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen, in: WIENBERG, G. (Hrsg.): Die vergessene Mehrheit - Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1992

Die Empfehlungen der Expertenkommission zur Versorgung Abhängigkeitskranker - eine Bilanz

Niels Pörksen

Nachdem uns GÜNTHER WIENBERG die Struktur und Dynamik der Versorgung Abhängigkeitskranker in der Bundesrepublik vor Augen geführt hat, stellen sich unmittelbar zwei Fragen:

- Hat die Experten-Kommission in ihrem Bericht dieser Situation Rechnung getragen? und
- Hat sie in ihren Empfehlungen das Anliegen unserer jetzigen Tagung „Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung“ ausreichend berücksichtigt?

Es ist an der Zeit, fünf Jahre danach Bilanz zu ziehen.

Die Aktion Psychisch Kranke hat sich dankenswerterweise in ihrer Vergangenheit immer in besonderem Maße der Situation chronisch Kranker angenommen mit der Zielsetzung, komplexe kommunale Versorgungsstrukturen denjenigen zu ermöglichen, die sich selbst am wenigsten helfen können.

Aus diesem Blickwinkel geben uns die Daten und Fakten, wie sie von GÜNTHER WIENBERG vorgetragen wurden, das gesamte Ausmaß der Thematik vor, mit der wir uns an diesen beiden Tagen beschäftigen werden.

Wir müssen selbstkritisch feststellen, daß die Psychiatrie-Enquete aus dem Jahre 1975 diesen Komplex unzureichend erfaßte und daß das gesamte Ausmaß der Thematik erst seit den 80er Jahren voll und ganz in unser Bewußtsein eingedrungen ist. Als wir daran gingen, den Bericht der Experten-Kommission zu erstellen, fand sich zunächst niemand, der sich mit der Suchtkrankenversorgung befassen wollte. Es gab und gibt immer noch Tendenzen, die Suchtkrankenversorgung in der Psychiatrie als „randständig“ zu bewerten. Wir berücksichtigen in unseren Empfehlungen im Bericht der Experten-Kommission zwar die wesentlichen Gesichtspunkte gemeindepsychiatrischer Suchtkrankenversorgung; heute - fünf Jahre später - müßte man aber einige dieser Empfehlungen noch konsequenter und radikaler formulieren.

Zur ambulanten Versorgung

Unsere grundsätzlichen Empfehlungen haben wir am Schluß des Kapitels „Suchtkrankenversorgung“ in Einzelempfehlungen zusammengefaßt, an denen ich versuchen werde, meine heutige Bilanz auszurichten.

Empfehlungen zur ambulanten Versorgung:

1. Empfehlung:

Träger der ambulanten Versorgung müssen multidisziplinäre ambulante Dienste sein, an denen Ärzte mindestens als Teilzeit-Mitarbeiter tätig sind. Jeder ambulante Dienst ist zuständig für alle Abhängigkeitskranken einer definierten Versorgungsregion (mit Ausnahme der Drogenabhängigen).

2. Empfehlung

Die ambulanten Dienste müssen verpflichtet werden, mit dem medizinisch-ärztlichen Versorgungssystem verbindliche Kooperationsformen zu entwickeln - und umgekehrt.

Diese Empfehlungen haben nach wie vor Gültigkeit.

Die Realität ist so, wie wir sie im Experten-Bericht beschrieben haben und wie sie uns GÜNTHER WIENBERG gezeigt hat.

Abhängigkeitskranke erscheinen überall da, wo sie aufgrund ihrer Störung auffällig werden oder Hilfe suchen. Am ehesten erreicht sie noch das System der medizinischen Versorgung, allen voran die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen. Sie behandeln in der Regel jedoch die Begleit- und Folgeerkrankungen und tragen nicht selten durch Verschreibung von Suchtmitteln zur Verstärkung der Grundstörung bei. Niedergelassene Nervenärzte und -ärztinnen beteiligen sich in der Regel nicht an der Suchtkrankenbehandlung (BOCHNIK/KOCH 1990). Suchtkranke machen 5 % der Klientel aus.

Auch im System der sozialen und psychosozialen Hilfestellungen ist das Bild uneinheitlich. Gemeinsame, feste Standards gibt es nicht und sind auch nicht in Sicht. Die Standards in den Suchtberatungsstellen sind im wesentlichen hochschwellig, hochselektiv und damit versorgungspolitisch trotz ihrer hohen Kompetenz von randständiger Bedeutung (WIENBERG), weil chronisch Abhängigkeitskranke die Zugangskriterien zu Beratung und therapeutischer Intervention nicht erfüllen und deshalb vom ambulanten Beratungs- und Behandlungsangebot im Regelfall nicht profitieren.

An den übrigen sozialen Brennpunkten unserer Gesellschaft, an denen Abhängigkeitskranke selbstverständlich dazu gehören, ist die Beachtung der Abhängigkeit jeweils nur Teil des Interventionszieles. Dies gilt für Bewährungshilfe, Führungsaufsicht und die Arbeit mit Strafgefangenen. Dies gilt in der ambulanten und stationären Nichtseßhaftenhilfe, in Übernachtungseinrichtungen der Kommunen und Streetwork. Ein einheitliches Bild ambulanter Abhängigkeitskrankenversorgung existiert nicht

Und es gibt keine Richtlinien oder Regeln:

- weder für die Ausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste und deren Zuständigkeit für die vorsorgenden, begleitenden und nachgehenden Hilfen für Abhängigkeitskranke

- noch für die Suchtberatungsstellen und deren Zuständigkeit und Arbeitsweise
- noch für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.

Im Gegenteil: noch 1990 - zwei Jahre nach Erscheinen des Berichts der Experten-Kommission - werden vom Diakonischen Werk Westfalen „Leitlinien für evangelisches Handeln in der Hilfe für Abhängige“ herausgegeben, in denen davor gewarnt wird, die Freiheit der Beratungstätigkeit aufzugeben. Der Trend zur Medizinisierung wird ausdrücklich bedauert. An anderer Stelle heißt es: „... Zunehmende Aufmerksamkeit auch staatlicher Stellen erwecken zu Recht die Personen, die die vorgenannten Angebote nicht annehmen können oder wollen (z. B. langfristig chronisch Abhängige mit gravierenden Schädigungen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich) und die oft nur im Zusammenhang mit hoheitlichen Maßnahmen sichtbar werden. Hier steht die Diakonie in der Versuchung, hoheitliche Aufgaben zu übernehmen und in ordnungspolitische Maßnahmen verstrickt zu werden.“

Schließlich wird sogar vorgeschlagen, für die chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigen ein eigenes Hilfesystem zu entwickeln, weil die ambulante Suchtkrankenhilfe diese Aufgabe nicht wahrnehmen könnte.

GÜNTHER WIENBERG hat uns deutlich vor Augen geführt, daß die Defizite ambulanter Suchtkrankenversorgung gerade darin liegen, daß keine Verbindlichkeiten und Zuständigkeiten existieren, daß die selektive Wahrnehmung bestimmter Patientengruppen oder Therapieformen alle Klientinnen und Klienten mit „schlechten Risiken“ ausgrenzt.

Ich gehe davon aus, daß wir am Ende dieser Tagung gemeinsam zu der Überzeugung gelangen, daß aufgrund dieser Situation die Empfehlungen der Experten-Kommission mit Nachdruck unterstützt werden müssen. Wir brauchen Zuständigkeit und Verantwortung, verbindliche Beziehungen zwischen dem ärztlichen und psychosozialen Versorgungssystem sowie die Verantwortung im ambulanten Bereich für die Zuständigkeit der chronisch Abhängigkeitskranken.

Es lohnt sich, auch mit denjenigen Patientinnen und Patienten zu arbeiten, die nicht von sich aus Hilfe suchen, die über lange Zeit trotz intensiver Betreuung abhängig bleiben. Es lohnt sich, von der Hochschwelligkeit des Angebots Abstand zu nehmen - auch bei Alkoholabhängigen. Die Drogenberatungsstellen, die zum Teil ein umfassendes Versorgungskonzept entwickelt haben (wie bei uns in Bielefeld), haben uns dies vorgemacht. Nur die Arbeitsweise muß verändert werden: wir brauchen auch für die Alkoholabhängigen Niedrigschwelligkeit, Akzeptanz ihrer Ausgangssituation - auch ihrer Rückfälle - und die umfassende Zuständigkeit.

Daß dies möglich ist, erwähnt SCHWOON bereits in seinem Artikel, der ebenfalls im Buch „Die vergessene Mehrheit“ (WIENBERG 1992) veröffentlicht wurde. Ich zitiere aus dem Bericht einer amerikanischen Studie über eine Notfallambulanz:

„... Während im allgemeinen nur knapp 1 % der jährlich ca. 1.200 von alkoholbezogenen Komplikationen betroffenen Patienten in die ihnen empfohlene Beratungsstelle gingen, konnte dieser Anteil auf 65 % gesteigert werden, und 42 % nahmen dort sogar fünf oder mehr Termine in Anspruch! Dies wurde erreicht durch einen

rücksichtsvollen, interessierten und akzeptierenden Umgang in der Krisensituation und durch den intensiven Einsatz von Sozialarbeitern, die die Patienten bei Abklärung ihrer aktuellen Lebenssituation tatkräftig unterstützten." (SCHWOON 1992)

Das klingt sehr ermutigend. Natürlich bedarf es dazu - neben einer akzeptierenden und nicht ausgrenzenden Grundhaltung - einer angemessenen Personalausstattung.

Wir hatten bereits in den Empfehlungen der Experten-Kommission für eine allgemein zuständige Fachberatungsstelle oder Fachambulanz folgenden Stellenplan - bezogen auf 100.000 Einwohner - vorgeschlagen:

Arzt/Ärztin	0,5 – 1,0 Stelle
Dipl. Psychologe/Psychologin	0,5 – 1,0 Stelle
Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin oder Sozialpädagoge/ -pädagogin	4,0 Stellen
Sonstiges Personal in der Beratung und im Pflegedienst für ältere Patientinnen und Patienten	2,0 Stellen
insgesamt ca.	<u>7,5 Stellen</u>

Wir sind davon ausgegangen, daß Ärztinnen und Ärzte integrativ mitarbeiten, daß Diplompsychologen/-psychologinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen und sonstiges Personal in der Beratung und im Pflegedienst (vor allem für ältere Kranke) mit in die Verantwortung hineingenommen werden müssen. Es ist sehr wahrscheinlich, daß diese Stellenplan-Empfehlungen nirgends auch nur annähernd realisiert wurden. Ganz anders ist dies sicher im Fall der Community Alcohol Teams (CAT), von denen wir gleich aus England hören werden.

Hiermit unterscheidet sich die ambulante Versorgung alkoholabhängiger Patienten erheblich von der drogenabhängiger Patienten, bei der derartige Anhaltszahlen - bezogen auf die Zahl der Abhängigen - bereits realisiert wurden.

Ebenfalls fehlen ambulante Beratungs- und Behandlungsformen, die den Personenkreis der chronisch abhängigkeitskranken, alten Menschen einbeziehen. Frauen und Männer, die erst im höheren Lebensalter abhängig werden (entweder von Alkohol oder von Medikamenten), leben nach den Ergebnissen der Begleitforschung des Modellprogramms besonders häufig allein. Die Abhängigkeit ist nicht selten Folge von Vereinsamung. Alte Menschen finden weder in Selbsthilfegruppen noch in ambulanten Beratungsstellen angemessene Beachtung. In unserer gerontopsychiatrischen Tagesklinik stellen wir fest, daß ein erheblicher Teil unserer Patienten zusätzlich zu ihren depressiven oder anderen Erkrankungen auch abhängigkeitskrank ist.

Soweit meine Bemerkungen zu den beiden ersten Empfehlungen zur ambulanten Versorgung. Ich gehe im folgenden auch auf die Finanzierung ein.

3. Empfehlung

Die ambulanten Beratungsdienste mit regionalem Pflichtversorgungsauftrag leisten auch Behandlungsaufgaben.

Die Sozialversicherungsträger sollen dieser Tatsache Rechnung tragen. Ihre finanzielle Beteiligung kann aufgrund der Aufgabenstellung und Struktur der ambulanten Dienste nur durch eine Pauschalfinanzierung erfolgen.

Seit einiger Zeit existiert eine neue Empfehlungsvereinbarung zur ambulanten Rehabilitation und ambulanten Entwöhnung. Leider ist unserer Forderung nach Pauschalfinanzierung ambulanter Dienste nicht entsprochen worden. Nach unserer Einschätzung macht jedoch die Forderung, den ambulanten Behandlungs- und Beratungsstellen Pflichtversorgungsregionen zuzuweisen und ihnen Beratung, Behandlung, Betreuung, Pflege und soziale Hilfe zu übertragen, die teilweise Anerkennung der Leistungen als Heilbehandlung erforderlich. Die Beratungsstellen müßten also um Behandlungsfunktionen erweitert werden, wie vorgeschlagen unter Einschluß ärztlicher Kompetenz. Ich zitiere aus den Empfehlungen der Experten-Kommission:

„... Die bisher im wesentlichen von der Kommune, vom Land und aus Eigenmitteln finanzierten Beratungseinrichtungen haben ein flexibles Leistungsangebot entwickelt, das auf Einzelfall-Vergütung verzichtet. Das beschriebene Leistungsspektrum des geforderten ambulanten Dienstes muß auch bei einer möglichen Beteiligung der Sozialversicherungsträger in ähnlicher Weise flexibel, differenziert und bedarfsgerecht eingebunden werden.

Dies bedeutet zugleich, daß nicht in jeder konkreten Behandlungs- oder Beratungssituation einzelfallbezogene Leistungsanteile definiert und den entsprechenden Kostenträgern zugeordnet werden können.

In der ambulanten Behandlung geht es neben der psychotherapeutischen Behandlung im eigentlichen Sinne um einen qualitativ anderen Ansatz, wie er zum Beispiel von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren gefordert wurde. Dieser Ansatz geht davon aus, daß primär sozialpädagogische, heilpädagogische, psychologische und psychosoziale Hilfen notwendig sind, damit der Abhängigkeitskranke mit Alltagsanforderungen und Krisen - sei es in der Familie oder am Arbeitsplatz - und mit seinen psychischen und sozialen Folgen der Arbeitslosigkeit oder Abhängigkeit leben lernt. Dies gilt auch für die ambulante Entwöhnungs-Behandlung und für die Nachsorge.

Es geht also um ein Bündel von Hilfen und Maßnahmen, und keineswegs nur um die Fixierung auf bestimmte Therapie-Angebote im engeren Sinne. Daraus ergibt sich zwangsläufig eine Pauschal- und Mischfinanzierung."

(EMPFEHLUNGEN 1988)

Dem ist nichts hinzuzufügen.

4. Empfehlung:

In jeder Planungseinheit bzw. Versorgungsregion muß ein allgemeiner psychiatrischer 24-Stunden-Notfalldienst für Krisenfälle zur Verfügung stehen, der auch für akute Krisen bei Abhängigkeitskranken zuständig ist.

In der Stadt Bielefeld existiert seit mehr als fünf Jahren ein Krisendienst. Etwa ein Drittel aller Personen mit Notfällen dieses Dienstes sind abhängigkeitskrank. Wir haben die Hoffnung, daß bei Fortschreibung des PsychKG zumindest in Nordrhein-Westfalen Krisendienste verbindlich festgeschrieben werden.

Auch diese Empfehlung gilt unverändert. Sie bedarf *n u r* der Umsetzung .

Soweit zunächst zürn sogenannten ambulanten Bereich.

//. Zur stationären Versorgung

Auch im Bereich stationärer Behandlung Abhängigkeitskranker sind Alkoholranke noch weithin die „ungeliebten Kinder der Psychiatrie“ (SCHWOON 1992)

Vielerorts gilt noch das, was 1885 der damalige Direktor PELMANN über Alkoholranke im Landeskrankenhaus Düsseldorf-Grafenberg vermerkte:

„...Wir haben eine gewisse Anzahl von ihnen aufgenommen, aber wir sollten es nicht tun.

Sie können nicht geheilt werden. Sie sind die unangenehmsten Patienten. Der Psychiater braucht viel Zeit und Beherrschung, um Gleichmut zu bewahren gegenüber solcher Mischung aus Eitelkeit, Charakterschwäche, Lügen und Widerstand.“ (Zit. in SCHWOON 1992)

SCHWOON fragt zu Recht, ob wir heute wirklich schon viel weiter sind.

Bei uns in der Klinik hat die Akzeptanz Abhängigkeitskranker erheblich zugenommen, seitdem wir uns darum bemühen, die von ihm (SCHWOON) empfohlene Hierarchie therapeutischer Interventionen konsequent anzuwenden:

1. Sicherung des Überlebens.
2. Sicherung eines gesunden Überlebens.
3. Sicherung der sozialen Umgebung gegen Beeinträchtigungen.
4. Ermöglichung längerer Abstinenzphasen.
(Kontrolle, Substitution, z. B. bei Drogenabhängigen, und Therapie im engeren Sinne).
5. Rückfälle einkalkulieren und einbeziehen in den Behandlungsprozeß.
6. Individuelle therapeutische Grenzziehung, in einzelnen Fällen heißt dies Abstinenz.

Diese Therapie-Hierarchie ist die konsequente Umkehr hochschwelliger Therapieansätze, die die weitaus größte Zahl Abhängigkeitskranker - wie sie in der Psychiatrie behandelt werden - von Behandlungen ausschließen würde. Diese Therapie-

Hierarchie zeigt auch, daß es sich lohnt, die Aufgaben 1 - 4 wahrzunehmen und nicht resignierend dabei zu verharren, die stationäre Suchtkrankenhilfe sei im Grunde ein frustrierendes, weil erfolgloses Geschäft.

Wenn man dies allerdings versucht, dann explodieren die Aufnahmezahlen. Allein in unserer Klinik, die für die Versorgung der 320.000 Einwohner der Stadt Bielefeld verantwortlich ist, platzt die Suchtabteilung aus allen Nähten. Im vergangenen Jahr wurden 1.328 Personen mit Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Medikamente und Drogen) aufgenommen. 80 % aller Patientinnen und Patienten in der Suchtabteilung sind alkoholabhängig (s. Tabelle im Anhang).

Ähnlich wie in der ambulanten Versorgung zitiere ich zunächst die zusammenfassenden Empfehlungen der Experten-Kommission:

5. Empfehlung:

Stationäre Entgiftungs-Behandlungen dürfen nur noch in stationären Einrichtungen durchgeführt werden, die neben den Aufgaben der symptomatischen Beseitigung akuter Folge- und Begleitkrankheiten auch ein auf die Grundkrankheit Abhängigkeit ausgerichtetes Behandlungsangebot vorhalten. Zur Entgiftung gehört die differenzierte sozial- und psychotherapeutische Behandlung durch entsprechend ausgebildetes Fachpersonal (d. h. auch die sogenannte Motivation).

Die Ärzte müssen im Rahmen ihrer Aus-, Weiter- und Fortbildung ebenso auf die Behandlungserfordernisse der Grundkrankheit Abhängigkeit ausgerichtet werden wie auf die Behandlung der Folge- und Begleitkrankheiten.

6. Empfehlung:

Mittelfristig sind die Begriffe ‚Entgiftung‘ und ‚Entwöhnung‘ aufzugeben. Die Phasen der Entgiftung und Entwöhnung lassen sich nicht schematisch voneinander trennen. Die notwendige Flexibilität in der Versorgung Abhängigkeitskranker darf nicht mehr an finanzierungsrechtlichen Barrieren scheitern. Die Motivations-Behandlung dauert in der Regel 4-6 Wochen. Sie muß in Zukunft Teil der Entgiftungs-Behandlung sein. Es muß ferner möglich sein, langfristige Entwöhnungs-Behandlungen- bis zu 2 Jahren -durchzuführen.

7. Empfehlung:

Die fachgerechte Behandlung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker mit vielfältigen somatischen oder psychiatrischen Grund- oder Begleitkrankheiten läßt sich nicht mit den Begriffen ‚Entgiftung‘ oder »Entwöhnung‘ adäquat fassen. Die Behandlung dieser Patienten findet im Regelfall in psychiatrischen Kliniken statt. Sie kann bis zu 2 Jahren andauern. Allein Art und Schwere der Krankheit dürfen über die Behandlungsdauer entscheiden.

8. Empfehlung:

Suchtfachkliniken müssen nach und nach verbindlich in die regionale Gesamtversorgung einbezogen werden. Patienten muß die Möglichkeit eröffnet werden, schon jetzt in regionalen Fachkliniken aufgenommen zu werden.

9. Empfehlung:

Über die Frage, wann und wo ein Patient zur Entwöhnungs-Behandlung aufgenommen wird, dürfen nur therapeutische Gesichtspunkte entscheiden, ebenso über die Frage, ob im Anschluß an die Entzugs-Behandlung ein nahtloser Übergang in die Entwöhnungsphase erfolgt oder der Patient zunächst aus der stationären Behandlung entlassen wird.

Soweit die zusammenfassenden Empfehlungen 5 bis 9, die auch heute noch unverändert Gültigkeit besitzen.

Sie sind - anders als im ambulanten Bereich - allerdings durch folgende Ereignisse in den vergangenen fünf Jahren der Realisierung nähergerückt.

Seit zwei Jahren gilt die Psychiatrie-Personalverordnung, die endlich die Abhängigkeitskranken den übrigen psychisch Kranken im Spektrum stationärer Behandlung gleichstellt. Nach der Personalverordnung gilt für Abhängigkeitskranke das gleiche Spektrum:

- von der Reget- zur Intensivbehandlung,
- von der rehabilitativen Behandlung im Krankenhaus bis zur langdauernden Behandlung schwer- und mehrfachkranker Abhängiger,
- von der psychotherapeutischen bis zur tagesklinischen Behandlung.

Die Psychiatrie-Personalverordnung kennt die künstliche Trennung von Entgiftung und Entwöhnung nicht, sie konzentriert sich in der Beschreibung der Personengruppe, der Behandlungsmittel und der Behandlungsziele auf die jeweils individuelle Situation des oder der Abhängigen und beschreibt die erforderlichen Standards.

Insbesondere für die Dauer der sogenannten Entgiftungs-Behandlung und für die Notwendigkeit der längerfristigen Behandlung schwer und mehrfach Kranker werden die Standards der Personalverordnung gestärkt durch Sozialgerichts-Entscheidungen, die in den letzten Jahren ergangen sind und die letzten Endes dazu geführt haben, daß die Benachteiligung Abhängigkeitskranker in der psychiatrischen Behandlung weitestgehend beseitigt werden konnte.

Wir haben zusätzlich den Eindruck, daß in einigen Suchtfachkliniken die Erkenntnis reift, daß es auch aus therapeutischen Gesichtspunkten angezeigt ist, die Behandlung Abhängigkeitskranker regional und gemeindeorientiert aufzubauen. Mit Angehörigen und dem beruflichen Umfeld sind Kooperationsformen letzten Endes nur auf regionaler Ebene erfolgversprechend.

In der Umsetzung der Thesen 5 bis 9 bedarf es noch mancher Anstrengung. Abhängigkeitskranke dürfen in Zukunft nicht mehr flexible Belegungsreserve der

allgemeinen Krankenhäuser bleiben. Diese müssen sich entweder den Kriterien umfassender Suchtkranken-Behandlung in ihrer Struktur stellen oder dazu gezwungen werden, die Suchtkrankenversorgung an diejenigen Krankenhäuser abzugeben, die dazu in der Lage sind. Die psychiatrischen Kliniken sind aufgefordert, sich den Standards der Psychiatrie-Personalverordnung anzupassen.

Am 25. 03. 1992 fand ein Hearing zu Betten-Meßziffern in Hessen statt, veranstaltet vom Landeswohlfahrtsverband. Die Analyse der Behandlungsdaten und -zahlen psychisch Kranker in Allgemein-Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken, v wie sie BÖCKER (1993) aus Bayreuth vorgetragen hat, macht deutlich, daß zu geringe Betten-Meßziffern und zu entlegene psychiatrische Kliniken die Aufnahme- und Belegungszahlen zwar klein hatten, daß aber vor allem Suchtkranke und psychisch Alterskranke dann in Allgemein-Krankenhäusern aufgenommen werden und eine fachpsychiatrische Behandlung nicht stattfindet. Bei diesem Hearing, dessen Ergebnisse in einer Sondernummer der „Krankenhauspsychiatrie“ im März 1993 erschienen sind, habe ich mich zur Frage der Betten-Meßziffern so geäußert:

1. Die Suchtkrankenbehandlung ist originäre Aufgabe der Psychiatrie.
2. Es ist davon auszugehen, daß es eine Verschiebung vom Allgemein-Krankenhaus zum psychiatrischen Krankenhaus geben wird, sobald die Suchtkrankenversorgung nach und nach zur Selbstverständlichkeit psychiatrischer Krankenhaus-Behandlung gehört, und
3. bei der großen Zahl der Behandlungsfälle und bei Überwindung der strikten Trennung von Entgiftung und Entwöhnung ist davon auszugehen, daß wir langfristig in den Suchtabteilungen genauso viele Betten benötigen wie in den allgemeinpsychiatrischen Abteilungen (PÖRKSEN 1993).

Soweit zum stationären Bereich.

III. Zur komplementären Versorgung

Ich zitiere die

10. Empfehlung:

Die komplementäre Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker bedarf dringend des Ausbaus und einer umfassenden Neuorganisation. Einzelne Träger oder auch ein Trägerverbund müssen auf jeder regionalen Ebene differenzierte Hilfen entwickeln für

- Hilfen im Wohnungsbereich (Betreutes Wohnen, Wohngruppen, Übergangseinrichtungen, Heime);
- Arbeit und tagesstrukturierende Maßnahmen (normale Arbeitsplätze, Selbsthilfe-Firmen, Zuverdienst-Firmen, Werkstätten für Behinderte);
- Hilfen bei sozialen Kontakten und Freizeitverhalten (Treffpunkte, Clubs, Tagesstätten, alkoholfreie Gaststätten).

Ähnlich wie im Bereich der ambulanten Versorgung gibt es auch hier auf regionaler Ebene keinen Sicherstellungsauftrag für die komplementäre Versorgung. Die Experten-Kommission geht bei ihren Empfehlungen für den allgemeinpsychiatrischen Bereich von der funktionalen Betrachtungsweise aus, indem die wesentlichen Hilfen für die Frage des Wohnens, der Arbeit oder der Beschäftigung, der Integration in die Gesellschaft und der Betreuung, Pflege und Unterstützung auf kommunaler Ebene komplex und integrativ geleistet werden müßten. Bei Abhängigkeitskranken ist das Gesamtbild noch verwirrender.

Wir haben von G. WIENBERG erfahren, wo sie überall zu finden sind und wo sie betreut werden - überwiegend, wo sie nicht betreut werden.

Fehlplazierungen gibt es sicherlich am häufigsten bei chronisch Abhängigkeitskranken, in vielen Langzeit-Einrichtungen für Abhängigkeitskranke gibt es keine klaren Behandlungs- und Betreuungsaufträge. Nicht selten ist der Aufnahmegrund (chronisch abhängigkeitskrank und häufig rückfällig) nach einiger Zeit auch der Entlassungsgrund (chronisch abhängigkeitskrank und häufig rückfällig). Diese komplementären Einrichtungen werden damit ihrem eigentlichen Auftrag nicht gerecht. Auch fünf Jahre nach Abgabe der Empfehlungen ist hier - wie im ambulanten Bereich - das Defizit offensichtlich. Letzten Endes lassen sich all die genannten Empfehlungen nur realisieren, wenn wir mit der gemeindepsychiatrischen Suchtkrankenversorgung und der regionalen Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen wirklich ernstmachen.

Die Empfehlungen 11 und 12 waren nach meiner Ansicht dazu noch zu zögerlich:

11. Empfehlung:

Alle Träger der Suchtkrankenversorgung sind zur Koordination und Kooperation verpflichtet,

12. Empfehlung:

Finanzierungsrechtliche Vorgaben dürfen das System der flexiblen, differenzierten, am Bedarf ausgerichteten Kontinuität der Versorgung nicht behindern.

Diese beiden Empfehlungen sind richtig. Sie bedürfen jedoch der Ergänzung: Wir müssen auf dieser Tagung so etwas wie einen Sicherstellungsauftrag für die gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung formulieren. Darin müssen Zuständigkeit, Verantwortung und Hilfeformen sowohl für die ambulante als auch für die komplementäre Versorgung ausdrücklich definiert werden.

Planung, Steuerung und Versorgungs-Verantwortung sollten ausdrücklich den Kommunen übertragen werden, die in entsprechenden Ausschüssen und Gremien mit den Kostenträgern und den Versorgungseinrichtungen für die Sicherstellung Sorge tragen.

In einigen Kommunen geschieht dies bereits für die Drogenabhängigen. Bielefeld ist - zumindest bei Drogenabhängigen - vorbildlich. Bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen allerdings gibt es so etwas wie Zuständigkeit und Verantwortlichkeit nicht.

Die Psychiatrie als Ort der Behandlung und Pflege insbesondere der schwerkranken und chronisch Abhängigen soll ihre Zuständigkeit noch deutlicher als in der Vergangenheit erklären. Alle anderen Dienste und Einrichtungen, die sich zu Recht in diesem Arbeitsfeld betätigen, müssen allerdings verbindlich eingebunden werden in ein gemeindepsychiatrisches Gesamtkonzept.

Ich habe die konkrete Hoffnung, daß wir an diesem Punkt während der Tagung ein entscheidendes Stück vorankommen.

Zusammenfassung

Die zusammenfassenden Empfehlungen unseres Experten-Berichts kann man nach wie vor in vollem Umfang und mit Nachdruck unterstützen. Nur im stationären Bereich sind wir nach meiner Einschätzung in den vergangenen fünf Jahren ein erhebliches Stück vorangekommen.

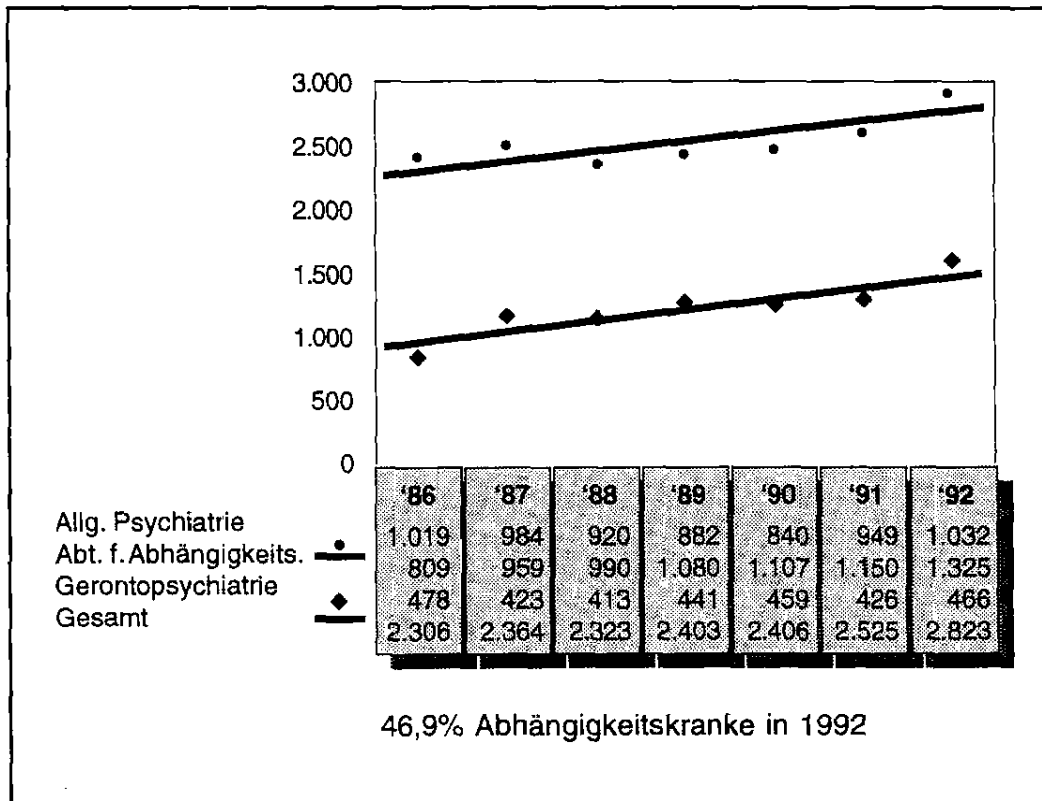
Wir bedanken uns beim zuständigen Bundesministerium für die Psychiatrie-Personalverordnung und bei den Sozialgerichten für weise Entscheidungen, die uns unsere tägliche Arbeit erheblich erleichterten.

Wir bedanken uns bei denjenigen, die in der konkreten Arbeit gelernt haben, daß auch die chronisch Abhängigkeitskranken und die angeblich schwierigen Abhängigkeitskranken ein außergewöhnlich dankbares Arbeitsfeld bieten, und daß Abgrenzung oder Hochschwelligkeit keineswegs zur höheren Zufriedenheit und größerem Erfolg in der Arbeit mit Abhängigkeitskranken beiträgt.

Wir alle sind auf dieser Tagung aufgefordert, die erheblichen Defizite in der ambulanten und komplementären Versorgung Abhängigkeitskranker wahrzunehmen und die regionale Vernetzung gemeindepsychiatrischer Suchkrankenversorgung durch zukünftige Sicherstellungsaufträge zu präzisieren.

Anhang

Psychiatrische Klinik Gilead Aufnahmeentwicklung 1986–1992 Trend



Literatur

- BOCHNIK, H.J., KOCH, H.: Die Nervenarzt-Studie, Köln 1990
- BÖCKER, F.: Versorgung psychisch Kranker in somatischen Abteilungen, in: Krankenhauspsychiatrie, Sonderheft 1, März 1993
- BUNDESMINISTER FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.): Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen, Bonn 1991
- EMPFEHLUNGEN DER EXPERTENKOMMISSION der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn 1988
- ORFORD, J.: Alcohol problems in the community, in: BENNETT, D., FREEMAN, H.L. (eds.): Community Psychiatry, Livingstone 1991
- PÖRKSEN, N.: Versorgung von Suchtkranken, in: Krankenhauspsychiatrie 4, . 1993
- SCHWOON, D. R.: Motivation - ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker, in: WIENBERG 1992 WIENBERG; G. (Hrsg.): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn 1992 WIENBERG, G., PÖRKSEN, N., WESSEL, T., ZECHERT, Ch.: Die Behandlung Abhängigkeitskranker in der psychiatrischen Klinik, in: WIENBERG 1992

Die Zusammenarbeit zwischen primären Gesundheitsdiensten und Spezialeinrichtungen für Menschen mit Alkoholproblemen

Bruce Ritson

Einleitung

Menschen mit zunehmenden Alkoholproblemen führen oft ein Leben, das randvoll ist mit Krisen: Krisen im sozialen Leben, am Arbeitsplatz oder - am häufigsten - innerhalb der Familie; bei ihnen nimmt die Wahrscheinlichkeit von physischen oder psychischen Schäden infolge von Intoxikationen oder chronisch übermäßigem Alkoholgenuß deutlich zu. Natürlich werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der primären Gesundheitsdienste auf viele dieser Krisen aufmerksam. Das Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, ein Versorgungsmodell für Menschen mit Alkoholproblemen zu entwickeln, dessen Schwerpunkt auf Prävention und Früherkennung liegt, und das darüber hinaus ein Hilfsangebot für Menschen mit schwierig zu handhabenden Problemen enthält.

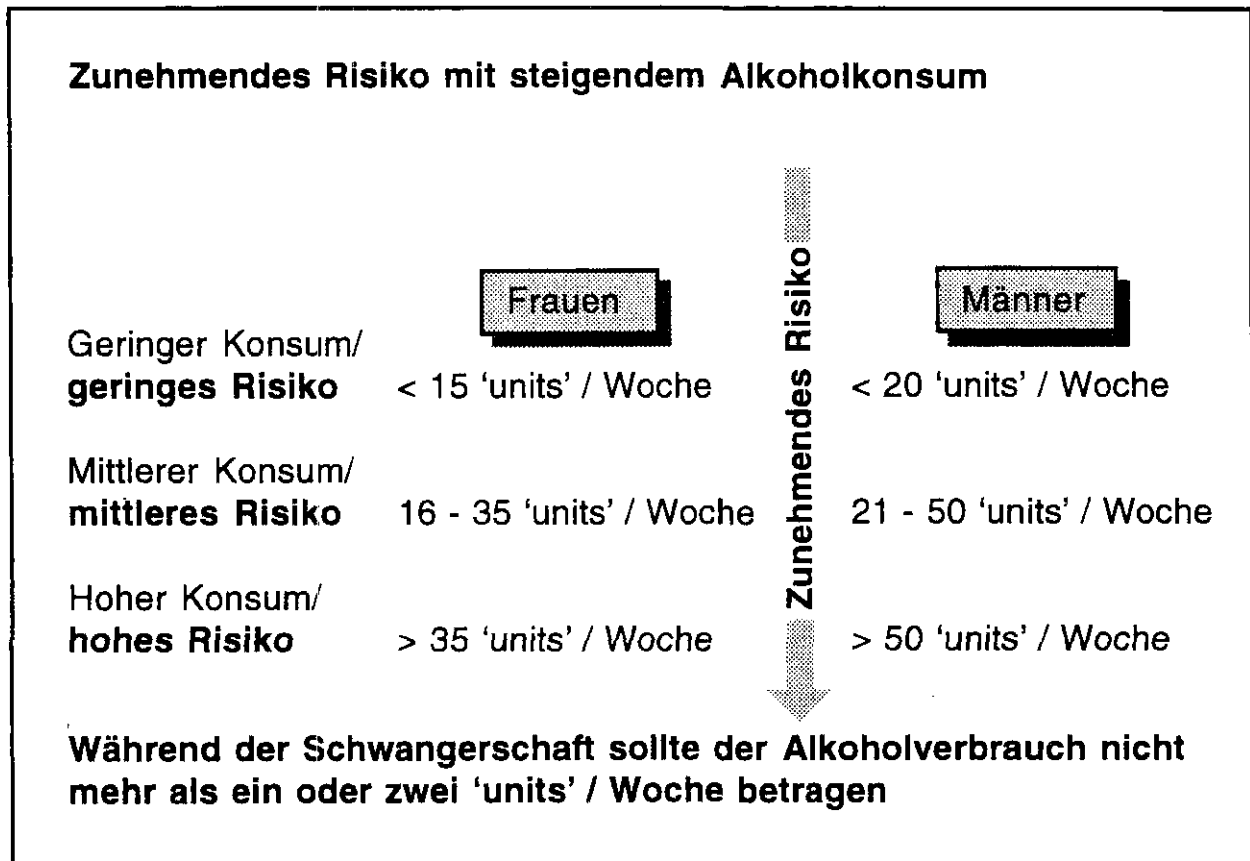
Das Modell sollte so gestaltet sein, daß Warnsignale im frühestmöglichen Stadium erkannt werden können und jede Krise als Chance für eine positive Wendung genutzt wird. Das setzt bei den Diensten der Primärversorgung ein hohes Maß an Problembewußtsein und Wissen über die Folgen übermäßigen Alkoholkonsums voraus sowie die Fähigkeit, angemessen auf die Betroffenen einzugehen. Glücklicherweise stehen inzwischen wirksame Techniken zur Erkennung und Frühintervention zur Verfügung. Primäre Gesundheitsdienste (Primary Health Care Services) sind außerdem ein idealer Ort, um systematisch oder bei passenden Anlässen Alkoholberatung zu leisten und damit insgesamt gesundheitsfördernd zu wirken.

Zur Notwendigkeit eines neuen Ansatzes

Es ist allgemein anerkannt, daß die Wahrscheinlichkeit alkoholbedingter Gesundheitsschäden zunimmt, sobald der wöchentliche Alkoholkonsum bei Männern 21 Einheiten und bei Frauen 14 Einheiten * überschreitet. Bei einem Verbrauch von 50 Einheiten pro Woche bei Männern und 35 Einheiten bei Frauen wird die Wahrscheinlichkeit schädlicher Folgen hochsignifikant (s. Abb. 1).

Trotz dieser Erkenntnis setzen viele Gesundheitssysteme in Europa ihren Schwerpunkt immer noch auf die Spätstadien alkoholbedingter Erkrankungen, wie Alkoholismus, Leberzirrhose und Hirnschäden. Alkohol wird nach wie vor kaum als allgemeines gesundheitspolitisches Problem thematisiert; in der medizinischen Fachliteratur beispielsweise wird das Thema lediglich in den Kapiteln über Psychiatrie oder Lebererkrankungen abgehandelt.

Abb. 1: Empfehlungen für den Alkoholkonsum



Wichtigste Voraussetzung für eine Neustrukturierung des Gesundheitsversorgungssystems ist ein grundsätzlicher konzeptioneller Wandel in der gesundheitspolitischen Einschätzung des Problems Alkohol. Es ist notwendig, die enge Beschränkung auf die Befassung mit physischen oder sozialen Spätfolgen aufzugeben und anzuerkennen, daß Alkoholmißbrauch ein breites Spektrum an sozialen, psychologischen und medizinischen Problemen schafft und damit zu einem Hauptkostenfaktor für das Gesundheitssystem eines jeden Staates wird. Für England und Wales beispielsweise schätzt man die durch Alkoholprobleme verursachten Kosten (einschl. Arbeitslosigkeit und alkoholbedingter Todesfälle) auf 1,989 Milliarden £ (1). Da in Großbritannien der Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol mit 7,6 l pro Jahr etwas niedriger ist als in Deutschland, müßten hier die sozialen Kosten proportional höher sein. Es ist daher von vorrangiger Bedeutung, das Thema Alkohol unter einem sehr viel umfassenderen Blickwinkel im Rahmen der medizinischen und pflegerischen Grundausbildung wie auch der Postgraduierten-Ausbildung, insbesondere bei den Berufsgruppen der primären Gesundheitsdienste, zu behandeln (2).

* 1 Einheit (unit) Alkohol entspricht ungefähr einem Glas Wein oder 0,31 Bier oder 2 cl Schnaps oder einem Glas Sherry

Abb. 2 Alkoholbedingte Problemfelder

Soziale Probleme	Psycholog. Probleme	Physische Probleme
Familienstreit	Schlaflosigkeit	Hepatitis
Häusliche Gewalt	Depression	Gastritis
Vernachlässigung od.	Angst	Erkrankungen
Mißbrauch v. Kindern	Gedächtnisverlust	Gicht
Häusl. Unfälle	Selbstmordversuche	Herzrhythmus-
Nichterscheinen am	Selbstmord	störungen
Arbeitsplatz		Verletzungen
Arbeitsunfälle		Akute Alkohol-
Mangelnde Arbeitseffizienz		vergiftung
Störung d. öffentl.		Impotenz
Ordnung		Schädigung d. Fötus
Hooliganismus		HIV/AIDS-Risiko
Diebstahl		
Totschlag		
Alkohol am Steuer		
Verkehrsunfälle		
Unerwünschte		
Schwangerschaft		
Ungeschützter		
Geschlechtsverkehr		

Die primären Gesundheitsdienste (Primary Health Care)

Für England läßt sich feststellen, daß Menschen mit exzessiven Trinkgewohnheiten ihren Hausarzt bzw. ihre Hausärztin häufiger als andere vergleichbare Patientinnen und Patienten konsultieren (3). Primäre Gesundheitsdienste bieten ideale Voraussetzungen dafür, Alkoholmißbrauch zu erkennen und in den meisten Fällen auch darauf einzugehen, in den letzten Jahren wurde eine Reihe von Fragebogen entwickelt, die dabei helfen sollten, Personen zu identifizieren, deren Trinkgewohnheiten ein gesundheitsgefährdendes oder gesundheitsschädliches Ausmaß erreicht haben (4). BABOR u.a. (5) haben eine einfache Fragebogentechnik (AUDIT) vorgestellt, die mit einer gezielten Beratung kombiniert werden konnte. Dieser Ansatz hat sich in einem breiten Spektrum von primären Gesundheitseinrichtungen als effektiv erwiesen und - wie Nachuntersuchungen (follow-up) gezeigt haben - signifikante Veränderungen hervorgebracht.

Eine der ersten einfachen Interventionsstudien wurde 1983 in Schweden durchgeführt (6). Im Rahmen einer allgemeinen Gesundheitsuntersuchung wurde bei einer

Abb. 2a Alkoholbedingte Problemfelder

Soziale Probleme	Psycholog. Probleme	Physische Probleme
Probleme bei schwerem Alkoholmißbrauch		
Familienprobleme	Schlaflosigkeit	Fettleber
Scheidung	Depression	Hepatitis
Obdachlosigkeit	Angst	Leberzirrhose
Arbeitsschwierigkeiten	Selbstmordversuche	Leberkrebs
Arbeitslosigkeit	Persönlichkeitsveränd.	Gastritis
Geldprobleme	Gedächtnisverlust	Erkrankungen
Schulden	Delirium Tremens	d. Bauchspeichel-
Häufige Verurteilungen	Entzugskrämpfe	drüse
wegen Trunkenheit	Halluzinationen	Krebs im Mund- und
	Dementia	Rachenraum
	Mißbrauch anderer	Dickdarmkrebs
	Suchtmittel	Mangelernährung
		Fettleibigkeit
		Diabetes
		Herzmuskelschaden
		Bluthochdruck
		Schlaganfälle
		Gehirnschäden
		Polyneuropathie
		Muskelschwund
		Sexuelle Störungen
		Unfruchtbarkeit
		Schädigungen
		d. Fötus
		Schädigung der
		Blutbildung
		Wechselwirkung mit
		anderen Sucht-
		mitteln

Gruppe von 585 gesunden Männern mittleren Alters exzessiver Alkoholgebrauch festgestellt. Das wichtigste Hilfsmittel, um dies herauszufinden, war die Serum Glutaryl Transferase (SGT). Die Gruppe wurde randomisiert, und die Männer der Kontrollgruppe wurden brieflich darüber informiert, daß sie pathologische Leberwerte hätten. Es wurde ihnen geraten, das Trinken zu reduzieren und in zwei Jahren weitere Tests vornehmen zu lassen. Die Männer der Interventionsgruppe wurden einer gründlichen körperlichen Untersuchung unterzogen und über ihre Trinkgewohnheiten befragt. Daran schlossen sich monatliche Nachfolgeuntersuchungen an, die immer durch denselben Arzt durchgeführt wurden. In den Zwischenzeiten hatten die Männer ebenfalls einmal im Monat Kontakt mit einer bestimmten Krankenschwester, die die Bluttests wiederholte. Sie wurden beraten, wie sie ihre Trinkgewohnheiten mäßigen könnten. Die Fortschritte eines jeden Patienten wurden zuerst nach 2 und dann nach 4 Jahren festgehalten. Der SGT-Wert ging in beiden Gruppen zurück, aber es ergaben sich über den Zeitraum von 4 Jahren signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, und zwar hinsichtlich krankheitsbedingter Fehlzeiten am Arbeitsplatz sowie der Anzahl der Krankenhaustage und der Todesfälle. Die Kontrollgruppe hatte 1644 Krankenhaustage, während die Interventionsgruppe nur 808 Krankenhaustage auswies. Die Studie zeigt, daß eine einfache Beratung in Verbindung mit regelmäßigen Kontrolluntersuchungen mit , Hilfe eines biochemischen Markers die Gesundheit signifikant beeinflusst.

Allgemeine Krankenhäuser und Unfallstationen sind ebenfalls ein geeignetes Feld für die Identifizierung von alkoholgefährdeten oder -geschädigten Personen – ungefähr 20 % der Patientinnen und Patienten in allgemeinen Krankenhausstationen sind übermäßig starke Trinker. Eine Untersuchung in Edinburgh vermerkt ähnliche vorteilhafte Entwicklungen bei starken Trinkern, die als solche in einem allgemeinen Krankenhaus identifiziert worden waren, nach nur einer einzigen Sitzung mit gezielter Beratung (7).

WALLACE u.a. (8) berichten über ein Projekt, das 47 allgemeine Praxen in ganz Großbritannien umfaßte. Patienten und Patientinnen, die als starke Trinker identifiziert waren (Männer mit mehr als 35 Einheiten pro Woche, Frauen mit mehr als 21 Einheiten pro Woche), wurden in einer randomisierten Studie entweder einer Gruppe zugewiesen, die eine Beratung und eine Broschüre sowie eine Nachfolgeuntersuchung nach drei Monaten erhielt, oder einer Kontrollgruppe ohne Behandlung. Auch hier zeigte die Intervention wieder definitiv Wirkung. Würde eine solche strukturierte Beratung, so die Schlußfolgerung von WALLACE, durch Arbeitskräfte der primären Gesundheitsdienste in ganz Großbritannien geleistet, so würde dies im Laufe eines Jahres den Alkoholkonsum von rd. 110.000 Männern und 130.000 Frauen auf ein mittleres Maß reduzieren. In Schottland wurde ein konzertierter Versuch unternommen, Allgemeinärzte und -ärztinnen in gezielten Interview-Techniken auszubilden und mit Material zur Selbsthilfe auszustatten, das speziell für Personen mit gesundheitsgefährdenden Trinkgewohnheiten entworfen worden war. Diese Broschüren namens DRAMS (Drinking Reasonably and Moderately with Self-Control) haben sich als populär und effektiv erwiesen, allerdings müssen die Ärzte im richtigen Gebrauch unterwiesen werden (9). Für eine Gruppe

von Ärztinnen und Ärzten der primären Gesundheitsdienste wurden entsprechende Trainingsveranstaltungen zur Anwendung von Interview-Techniken und zur Einführung der Klientinnen und Klienten in die Selbsthilfebroschüre veranstaltet.

Interventionen durch primäre Gesundheitsdienste haben viele Vorteile. Sie sind meist gut erreichbar in der Nachbarschaft. Der Gang zur Klinik ist nicht bedrohlich und wird nicht mit einem Stigma assoziiert, wie es oft der Fall ist, wenn man zu einer Alkohol-Beratungsstelle geht. Darüber hinaus kann ein Ansatz, der sich in der einen Situation als effektiv erwiesen hat, sehr gut auf andere Situationen im ganzen Land übertragen werden. Ein häufiger und regelmäßiger Kontakt ist eine relativ einfache Sache und hat außerdem den Vorteil, keine weiteren Kosten für neue Einrichtungen nach sich zu ziehen. Die Untersuchungs- und Interventionsverfahren sind weder zeitaufwendig noch teuer. In einigen Ländern befürchten Ärztinnen und Ärzte verständlicherweise, daß die Aufnahme neuer Aktivitäten mit zusätzlichem Zeitaufwand für sie verbunden sein könnte. In diesem Fall sollte man darauf hinweisen, daß Menschen mit Alkoholproblemen sowieso von medizinischen Diensten Gebrauch machen, da viele ihrer Beschwerden ihre Ursache im Alkohol haben, so daß es langfristig gesehen effektiver ist, die zugrundeliegende Ursache zu behandeln, als immer wieder nur die Symptome zu lindern.

Die Dienste müssen zugänglich und nicht stigmatisierend sein, und sie müssen auf individuelle Bedürfnisse eingehen. Alkoholprobleme sind sehr unterschiedlich und die Organisation der Einrichtungen muß diese Unterschiedlichkeit widerspiegeln. Der vorliegende Beitrag konzentriert sich auf die Gesundheitsdienste, aber ebenso können Sozialarbeit und Selbsthilfegruppen ihren jeweiligen Beitrag leisten. Ein Ansatzpunkt, der sich in vielen Ländern als sehr wirksam erwiesen hat, ist die Arbeitswelt. Der Arbeitsplatz bietet gute Chancen zur Gesundheitsförderung, zur frühen Intervention und Rehabilitation.

Der Aufbau eines Behandlungs-Netzwerks

Die neue Schwerpunktverlagerung auf die primären Gesundheitsdienste als Ausgangspunkt für die Behandlung von Alkoholproblemen erfordert eine innovative Neustrukturierung und Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bestehender Dienste. Das Personal der primären Ebene braucht Informationen und Instrumente, um Suchttests und Fallidentifikationen durchführen zu können. Desgleichen müssen Techniken der gezielten Kurzintervention, der Datenaufzeichnung und Erfolgskontrolle erlernt werden. Darüber hinaus muß das Personal in der Lage sein zu erkennen, wann Fachberatung heranzuziehen oder die betreffende Person an eine andere Einrichtung zu überweisen ist. Wir wissen, daß viele Kliniker eine pessimistische Einschätzung hinsichtlich der Arbeit mit Alkoholkranken haben; diese einstellungsmäßige Barriere muß angesprochen werden, bevor Motivation und Interesse geweckt werden können.

Wenn wir hier die Wichtigkeit primärer Gesundheitsdienste hervorheben, so mindert das nicht die Bedeutung spezialisierter Einrichtungen; es soll aber auch nicht der Eindruck erweckt werden, das Behandlungsangebot auf der primären Ebene sei von minderer Qualität. Menschen bekommen dort die Behandlung, die ihren Bedürfnissen entspricht, andere dagegen mögen vielleicht differenziertere und langwierigere Behandlung benötigen. Die Entwicklung von Kriterien für die Feststellung, wann eine Person Spezialbehandlung braucht, und für die Abstimmung der Behandlung auf die jeweiligen Bedürfnisse der Betroffenen ist eine zentrale Forschungsaufgabe, in die sehr viel mehr investiert werden müßte, als es in der Vergangenheit der Fall war.

Auf jeden Fall ist klar, daß die Probleme im Zusammenhang mit Alkohol so groß sind, daß keine einzelne, spezialisierte Einrichtung effektiv auf den Bedarf einer Kommune eingehen kann, selbst wenn dies wünschenswert wäre. MILLER und HESTER (1986) (10) untersuchten die zum damaligen Zeitpunkt existierenden Behandlungskonzepte und folgerten: „Kontrollierte Untersuchungen zu Dauer und Intensität von Behandlungen haben sehr klar und konsistent ergeben, daß mehr Behandlung nicht notwendigerweise bessere Behandlung bedeutet“. Infolgedessen lastet auf den Spezialeinrichtungen die Aufgabe, Wege einer effektiven Zusammenarbeit mit den primären Gesundheitsdiensten zu finden und sorgfältig zugeschnittene Behandlungskonzepte für die Patienten zu entwickeln, die auf einfachere Methoden nicht ansprechen.

Die Struktur primärer Gesundheitsdienste und ihr Verhältnis zu den Spezialdiensten ist in Europa von Land zu Land sehr unterschiedlich (11). Während es in einigen Regionen überhaupt keine, nur minimale oder schwer zugängliche Spezialeinrichtungen gibt, sind diese in anderen Regionen von jeher an vorderster Front zu finden. Die Polikliniken, wie es sie in manchen Ländern, besonders in Ost-Europa gibt, sind ein gutes Beispiel für die Zusammenarbeit zwischen Primär- und Spezialdiensten. Mancherorts wird der Zugang zu Spezialdiensten sogar nur nach vorhergehender Kontaktaufnahme mit dem primären Gesundheitsdienst möglich. In Großbritannien geht die Entwicklung dahin, daß Spezialistinnen und Spezialisten Seite an Seite mit den Teams des primären Gesundheitsdienstes arbeiten: Sie bieten Beratungen an und behandeln Patientinnen und Patienten, die von praktischen Ärzten überwiesen wurden. Einige der Spezialeinrichtungen haben ihre Dienstleistungen dergestalt erweitert, daß sie Untersuchungen und Behandlungen bei den Kranken zu Hause durchführen. Das hat den Vorteil, daß sofort gehandelt werden kann, und es bietet die Möglichkeit, die betroffene Person in ihrer Familie zu erleben. Mehrere Einrichtungen in England bieten inzwischen auch Entgiftungen in heimischer Umgebung an (12). Dazu gehört meist, daß eine zum Spezialistenteam gehörende Gemeindeschwester die Patientin oder den Patienten während der Entziehung zu Hause besucht. Das hat sich als populär und effektiv erwiesen und illustriert sehr gut die Art und Weise, wie primäre und spezialisierte Dienste zusammenarbeiten können.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich in erster Linie mit Diensten im Gesundheitsbereich. Dennoch ist sowohl für spezialisierte als auch für nicht-spezialisierte Ein-

richtungen sehr wichtig, sich als diejenigen zu verstehen, die ein Netz von Hilfsangeboten auf Gemeindeebene und - in geringerem Umfang - im häuslichen Bereich bereitstellen.

Zwischen den verschiedenen Einrichtungen auf der primären Ebene müssen stabile Verbindungen bestehen. Hierzu gehören in der Regel Gesundheitseinrichtungen (Allgemeinärzte und -Krankenhäuser, Unfallkrankenhäuser), Sozialstationen, Beratungsstellen (z. B. Paarberatung), Unterstützungsprogramme für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, kirchliche Wohlfahrtsorganisationen, Polizei, Gericht und andere Stellen, die im Rahmen ihrer Arbeit Kontakt zu Menschen mit Alkoholproblemen haben. Idealerweise sollten die Einrichtungen der primären Ebene Beratungsfunktion haben für Stellen, die sich speziell mit Alkoholproblemen befassen. Diese sind entweder im Selbsthilfesektor (z. B. Anonyme Alkoholiker, kirchliche Organisationen usw.), im Gesundheits- oder Sozialbereich oder in den Gerichten (Rückfälle während Entziehungsprogrammen oder bei Bewährung) angesiedelt.

Abb. 3 Interventionsebenen

Ebene 1

Freunde	Trinker	Familie
---------	---------	---------

Ebene 2

Arbeitskollegen	Kneipenwirt	Arbeitgeber
Wohlfahrtsverbände		
Polizei	Rechtsanwälte	Gerichte

Ebene 3

Primäre Gesundheitsversorgung (Allgemeinarzt)	
Sozialarbeiter	Bewährungshelfer
Unfallambulanz	Krankenhaus
Eheberater	Kirchliche Angestellte (z.B. Pfarrer)

Ebene 4

Alkoholberatungsstellen
Alkoholbehandlungsstätten
Anonyme Alkoholiker

Behandlungsziele und -methoden

Es ist wichtig, Kriterien dafür zu definieren, wann eine Klientin oder ein Klient auf der primären Ebene behandelt werden kann oder wann sie oder er an spezialisierte

Einrichtungen zu überweisen ist. Oft sind verschiedene Stellen an der Behandlung beteiligt; unter diesen Umständen ist es entscheidend, daß es zwischen ihnen einen „nahtlosen Übergang“ gibt. Hier ist es meist hilfreich, Richtlinien für das Personal der primären Ebene zu entwickeln, die ihnen als Anleitung für ihre eigene Tätigkeit bzw. für Überweisungen dienen können (s. Abb. 4).

Abb. 4 Modell zur Diagnose und Implementation reduzierten Alkoholkonsums in der medizinischen Primärversorgung

Diagnose:

alle erwachsenen Patienten

Erfassung und Aufzeichnung des wöchentlichen Alkoholkonsums in ‚units‘

Gebrauch der „Zweifragentechnik“

- Menge
- Häufigkeit

Bestimmung der Interventionsnotwendigkeit

- 21 ‚units‘ für Männer
- 14 ‚units‘ für Frauen

Intervention:

Bestimmung der notwendigen Interventionsebene
(abgestimmt auf die Schwere des Alkoholmißbrauchs)

Verbrauch innerhalb der empfohlenen Grenzen

Verbrauch über den empfohlenen Grenzen

Geringes Risiko

Mittleres Risiko

Hohes Risiko

Anweisung zur Reduktion des Konsums

Anweisung zur Reduktion oder Einstellung des Konsums

Wiedereinstellung nach fünf Jahren (soweit Situation unverändert)

Wiedereinbestellung nach einem Jahr

Enge Überwachung
Abhängig: Entgiftung

Überweisung zur weiteren Behandlung falls notwendig

Für Menschen, die ein zerstörerisches Trinkverhalten, aber keine sonstigen spürbaren Probleme aufweisen, kann eine gezielte Beratung zur Veränderung ihrer Trinkgewohnheiten ausreichend sein (13). Dazu sollten auf der primären Ebene Muster, Art und Umfang des Alkoholgebrauchs, gegebenenfalls alkoholbedingtes Krankheitsbild und Grad der physischen Abhängigkeit der betreffenden Person festgestellt werden. Andere Faktoren, die Einfluß auf die Art der Behandlung haben, sind Alter, Geschlecht, Persönlichkeit, Belastungen im Umfeld sowie intrapsychische und zwischenmenschliche Konflikte.

Wenn man es mit einem breiten Spektrum von Menschen mit Alkoholproblemen zu tun hat, wird man verstärkt mit der Frage nach den Zielen und der Intensität der Ziele konfrontiert. Oft diktiert eher der klinische Pragmatismus als die Wissenschaft die Ziele, die Alkoholkranken gesetzt werden. Die meisten Kliniker würden wahrscheinlich eine Abstinenzperiode von zwei Wochen bis drei Monaten als Vorphase für kontrolliertes Trinken empfehlen, außer für diejenigen, die nur eine geringe Abhängigkeit oder physische Zerstörung aufweisen. Die Entscheidung, kontrolliertes Trinken als Ziel anzustreben, sollte gemeinsam von der behandelnden Einrichtung, der betreffenden Person und ihrer Familie getroffen werden. Auch wenn Abstinenz für einige als Ziel inakzeptabel ist, so erscheint es doch oft als sicherste Alternative, besonders für diejenigen, die schwer abhängig oder physisch geschädigt sind. Bei der Entscheidung über das Ziel sind die folgenden Faktoren von besonderer Wichtigkeit: die Wünsche der betroffenen Person und ihrer Familie, körperliche Gesundheit, Grad der Abhängigkeit, vorausgegangene Behandlungserfahrung, Alter und persönliche Stabilität (14).

Zusätzliche Faktoren

Wenn direkte Hinweise zu einem veränderten Umgang mit Alkohol nicht ausreichen, weil das Trinkmuster so angelegt ist, daß es als Mittel zur Bewältigung von tieferliegenden intrapsychischen oder zwischenmenschlichen Konflikten dient, ist es notwendig, diese zu erkennen und sie zusätzlich zur Behandlung der Alkoholprobleme effektiv anzugehen. Wenn Alkohol erst einmal zur „Krücke“ geworden ist, wäre es unangemessen, diese einfach nur wegzunehmen, ohne für eine weitergehende Rehabilitation zu sorgen. Dies kann die Überweisung an eine Beratungsstelle oder die Vermittlung psychologischer Hilfen irgendeiner Form umfassen. In anderen Fällen kann es sein, daß die Lebensumstände eines Menschen seiner Gesundung derart entgegenstehen, daß eine Veränderung seiner Trinkgewohnheiten begleitet sein muß von Veränderungen in seiner Umgebung. Will man beispielsweise einem obdachlosen Menschen mit Alkoholproblemen helfen, so ist die Beschaffung einer Unterkunft wichtige Voraussetzung für jeglichen signifikanten Wandel.

In manchen Fällen sind es die häusliche Umgebung und Spannungen im Familienleben, die einer wirksamen Wende zum Besseren im Wege stehen. Generell ist es von Vorteil, Familienmitglieder oder enge Freundinnen und Freunde in die Entwicklung einer Behandlungsstrategie miteinzubeziehen. Zumindest kann der Part-

ner/die Partnerin dem kranken Menschen helfen, das Behandlungsprogramm durchzuziehen und sie oder ihn darin ermutigen, mit den Selbsthilfestrategien durchzuhalten.

Je komplexer und zeitaufwendiger der Behandlungsbedarf wird, desto mehr werden die Dienste der primären Ebene um Unterstützung von spezialisierten Diensten nachsuchen. Zeitpunkt und Verfahrensweise der Überweisung richten sich dabei nach den örtlichen Gegebenheiten. In Großbritannien ist es in der Regel so, daß der in der primären Gesundheitsversorgung tätige praktische Arzt die Stellungnahme eines Experten oder einer Expertin über die betreffende Person einholt. In anderen Fällen nutzen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der primären Gesundheitsdienste ihre Kenntnis der örtlichen Möglichkeiten, um sich an Spezialeinrichtungen oder Selbsthilfeorganisationen, wie z. B. die Anonymen Alkoholiker, zu wenden (s. Abb. 5).

Abb. 5 Grundlegende Strategien gegen den Alkoholmißbrauch

1. Wichtigkeit der Früherkennung

Trinker im Frühstadium mit stabilem sozialen Umfeld haben eine bessere Prognose

2. Gründliche Anamnese

Erkennung des zugrundeliegenden Trink-/Drogenmißbrauchsmusters
Ausmaß der Alkoholabhängigkeit
Medizinische und psychosoziale Anamnese

3. Einzelne Beratungsstunde

- Diskussion der Anamnesebefunde mit dem Patienten und der Familie
- Diskussion aller relevanten physischen Befunde (alkoholinduziert), z.B. erhöhte Leberwerte
- Betonung der Eigenverantwortlichkeit des Patienten und der Familie für das Erreichen von Zielen
- Setzen von Zielen in Bezug auf den Alkoholkonsum (z.B. Abstinenz, kontrolliertes Trinken)
- Setzen von Zielen in anderen Schlüsselbereichen
- Überweisung an andere Instanzen

4. Selbsthilfebroschüren

- Stufenweise Anleitung zum Erzielen der Abstinenz oder des kontrollierten Alkoholkonsums
- Hilfsmaßnahmen in anderen Bereichen (z.B. Streßtherapie)

5. Regelmäßiger periodischer Kontakt

- Alkohol-Tagebuch
- Überprüfung von physischen Anzeichen schweren Alkoholkonsums (z.B. Leberwerte)
- Überprüfung von Fortschritten in den Zielsetzungen
- Überweisung an andere Instanzen

Spezialisierte Dienste und Einrichtungen

Sie sind oft Teil eines ganzen Netzwerkes von Spezialdiensten, von denen einige zum Gesundheitswesen, andere zu den Sozialdiensten oder zu freien Trägern gehören. Wir konzentrieren uns hier auf den Gesundheitsbereich. In England ist das Behandlungsangebot normalerweise auf den Einzugsbereich einer Stadt oder eines Distrikts ausgerichtet. Das Personal setzt sich zusammen aus Psychiatern/Psychiaterinnen, Psychologen/Psychologinnen, Krankenschwestern, -pflegern und Ergotherapeuten/-therapeutinnen, manchmal auch Beratern/Beraterinnen, Physiotherapeuten/-therapeutinnen und Kunsttherapeuten/-therapeutinnen usw. Üblicherweise werden sie durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter unterstützt. Die Behandlungsprogramme haben eine enorme Variationsbreite: Manche beruhen vollständig auf Beratung und Hilfen in der Gemeinde, andere kombinieren das mit ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Behandlung. Seit einigen Jahren geht der Trend weg von Langzeitbehandlungen in der Klinik hin zu gezielten ambulanten Diensten, bei denen oftmals die Kontinuität der Nachsorge im Mittelpunkt steht. Falls überhaupt nötig, wird ein Klinikaufenthalt lediglich als eine Phase in einem sehr viel längeren Behandlungsprozeß in der Gemeinde gesehen. Natürlich gibt es Untergruppen innerhalb der Bevölkerung, die eine Spezialbehandlung benötigen: obdachlose Alkoholranke, Frauen, Jugendliche, ethnische Minderheiten und Menschen mit bleibenden kognitiven Schäden.

Ein Spektrum von Therapien

In den meisten Fällen werden die spezialisierten Teams zunächst eine genaue Untersuchung vornehmen, indem sie die betroffene Person gemeinsam mit dem Partner/der Partnerin oder der Familie befragen. Als Resultat der Untersuchung wird sich eine der verschiedenen Behandlungsoptionen, wie sie in Abb. 6 aufgezeigt sind, ergeben.

Oft wird eine Vielfalt von Behandlungsmöglichkeiten miteinander kombiniert und als „Kompaktpaket“ angeboten, das auch Einzel- und Gruppentherapie - meist stationär - umfaßt, Beispiele hierfür sind das Minnesota-Programm, wie von COOK (14) beschrieben, und in Deutschland die von KÜFNER und FEUERLEIN evaluierten Modelle (15). Nur in wenigen Studien wird eine individuelle Psychotherapie und Beratung losgelöst von den anderen Teilen des Behandlungsprogramms untersucht. MILLER und NESTER (10) kommen zu einer ziemlich pessimistischen Schlußfolgerung hinsichtlich verschiedener Formen der Psychotherapie: „Es reicht

aus zu sagen, daß zwar Gruppen- und Einzelberatung und Psychotherapie zu außerordentlich populären [Elementen in der Standardbehandlung von Alkoholkranken geworden sind, es aber bis heute nur geringe oder keine Beweise dafür gibt, daß solche Interventionen eine spezifische Langzeitwirkung auf das Trinkverhalten haben".

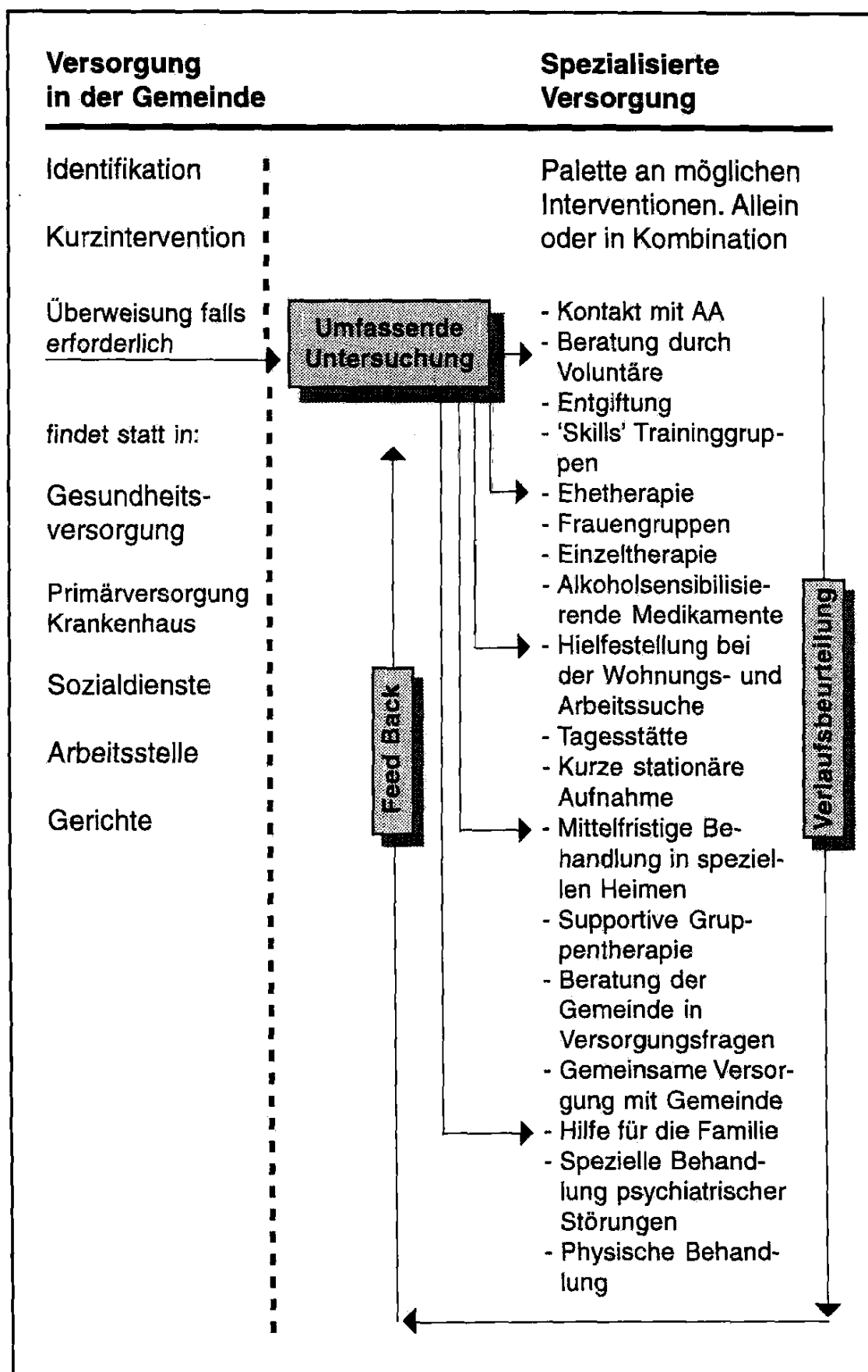
Viele Jahre lang rangierte die Gruppentherapie an erster Stelle bei der Behandlung von Alkoholproblemen. Die angewandten Methoden reichten von der formalen Gruppenpsychotherapie über Training in kognitiven sozialen Fähigkeiten sowie Bildungs- und Ausbildungsveranstaltungen bis hin zu aktionsorientierten Gruppen und experimentellen Methoden wie Psychodrama oder Kunsttherapie. Diesen Ansätzen ist hoch anzurechnen, daß sie die Patientinnen und Patienten in die Lage versetzen, voneinander zu lernen und das Gefühl von Stigmatisierung, Isolation und Besonderheit abzubauen, indem sie einen Hintergrund gegenseitiger Unterstützung, Ermutigung und wechselseitigen Verständnisses schaffen. All dies hat sehr starken Einfluß auf den therapeutischen Prozeß. In manchen Behandlungsprogrammen haben Familien- und Paartherapie einen hohen Stellenwert. Zweifellos haben Alkoholprobleme enorm zerstörerische Auswirkungen auf das Familienleben und es gibt Grund zur Annahme, daß die Einbeziehung des Partners oder der Partnerin das Ergebnis der Therapie verbessert.

Medikamentöse Behandlung spielt, außer bei kurzfristiger Anwendung von Tranquilizern während der Entziehungsphase, nur eine begrenzte Rolle in der Behandlung von Alkoholproblemen. Es wächst das Interesse an einer Medikation, die die Intensität der Sucht reduzieren könnte. Für Alkohol sensibilisierende Medikamente, wie Calcium-Carbamide (eine ähnlich wie Disulfiram/Antabus wirkende Substanz), haben schon lange ihren angestammten Platz in der Behandlung. Dennoch sind die vorherrschenden Therapien psychologischer Art.

Obwohl einige Studien zu dem Schluß kommen, daß einzelne Interventionen signifikante Verbesserungen bewirken können, betonen die meisten Kliniker die Bedeutung fortgesetzter Kontrolle und Evaluation. Rückfälle sind bei Alkoholkranken die Regel, daher spielen Techniken der Rückfallprävention eine wichtige Rolle in vielen Programmen (18). In vielen Fällen können Nachfolgeuntersuchungen auf der primären Ebene durchgeführt werden, vorausgesetzt es gibt eine enge Zusammenarbeit unter den beteiligten Einrichtungen.

Der vorliegende Beitrag will keinen Überblick über Spezialbehandlungen geben. Evaluationsstudien haben gezeigt, daß nur wenige Behandlungsformen einer kritischen Prüfung mit sorgfältig ausgearbeiteter Nachfolgeuntersuchung standhalten (16,17). Dies mag wohl daher kommen, daß die Behandlungseinrichtungen früher die Unterschiedlichkeit der zu behandelnden Krankheitszustände mißachtet haben. Inzwischen hat man ein großes Interesse daran, die Behandlungsstrategie sorgfältig auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abzustimmen. Dazu bedarf es einer engeren Zusammenarbeit zwischen den primären und spezialisierten Einrichtungen und eines Zusammenwirkens quer durch die verschiedenen Stellen, um möglicherweise unterschiedliche, auf die Patientinnen und Patienten zugeschnittene Therapien anbieten zu können.

Abb. 6 Der Umgang mit dem Alkoholmißbrauch in Lothian



Schlußfolgerungen

Diese Art der Zusammenarbeit erfordert eine Neugestaltung der Prioritäten in den Einrichtungen und in der Ausbildung und setzt eine Veränderungsbereitschaft bei den spezialisierten Diensten voraus. Sie müssen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der primären Ebene lernen und die erforderlichen Fähigkeiten für die Arbeit mit Alkoholkranken im frühen Stadium erwerben. Einige Spezialistinnen und Spezialisten werden möglicherweise Angst haben, ihre mühsam erworbenen Kenntnisse aufzugeben und werden Bestätigung und Unterstützung während des Überganges zu einer engeren Zusammenarbeit benötigen. Personal der primären Ebene fühlt sich durch solche Neuerungen oft überfordert. Diese Widerstände müssen anerkannt und durch eine angemessene Fortbildung und Unterstützung überwunden werden. In England hat man damit begonnen, das Gesundheitssystem dergestalt neu zu strukturieren, daß finanzielle Anreize für Gesundheitsförderung geschaffen wurden, die auch Untersuchungen zur Feststellung von Trinkgewohnheiten beinhalten. Maßnahmen dieser Art können zu einer Neuorientierung des Gesundheitswesens beitragen, die auf eine frühe Intervention und ein größeres Interesse am Lebensstil und Gesundheitsverhalten der Patientinnen und Patienten ausgerichtet ist.

Literatur

- (1) ROBINSON, D., MAYNARD, A., & CHESTER, R. (1989) Controlling legal addictions, London, MacMillan.
- (2) GLASS, I.B. (1988) Substance abuse and Professional education, a tops down or bottoms up approach, *British Journal of Addiction*, 83, 999-1001.
- (3) BUCHAN, L.G., BUCKLEY, E.G., DEACON, G.L.S., IRVINE, R. & RYAN, M.P. (1981) Problem drinkers and their problems, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31, pp. 151-153.
- (4) BABOR, T. RITSON, B. & HODGSON, R. (1956) Early Intervention strategies in a primary health care setting. *B.B., Addiches* 81, 23-46.
- (5) BABOR, T., GRANT, M. (1992) Project on Identification and management of alcohol related problems, World Health Organisation, Geneva.
- (6) KRISTENSON, H. & HOOD, B. (1984) The impact of alcohol on health in the general population: A review with particular reference to experience in Malmo, *British Journal of Addiction*, 79, pp. 139-145.
- (7) CHICK, J., LLOYD, D. & CROMBIE, E. (1985) Counselling problem drinkers in medical wards: A controlled study, *British Medical Journal*, 290, pp. 965-967.
- (8) WALLACE, P., CUTLER, S. & HAINES, A. (1988) Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption, *British Medical Journal*, 297, pp. 663-668.
- (9) HEATHER, N., ROBERTSON, I. & GASK, L (1989) DRAMS: Skills for Helping Problem Drinkers. Teaching videotapes, Trainer Notes, Notes for the GP and Patient Self-Help Booklets, Scottish Health Education Group.
- (10) MILLER, W., HESTER, R.K. (1986) Inpatient alcoholism treatment and to benefit. *A.M. Psychological* 41(7), 794 805.
- (11) WORLD HEALTH ORGANISATION (1983) Primary Care in Industrialised countries, World Health Organisation, Copenhagen.
- (12) STOCKWELL, T. BOLT, E. & HOOPER, J. (1986) Detoxification from alcohol at home, *British Medical Journal*, 292, 733-35.
- (13) SANCHEZ CRAIG, M. (1990) Brief didactic treatment for alcohol and drug related problems, *British Journal of Addiction*, 85, 169-177.
- (14) COOK, J. (1988) Minnesota model in the management of drug and alcohol sessions, *British Journal of Addiction*, 83, 735-748.
- (15) KÜFNER, H. & FEUERLEIN, W. (1989) Inpatient treatment for alcoholism, Springer Verley, Berlin.
- (16) RITSON, E.B. (1992) Which treatments work for alcohol related problems, *J. Royal Soc. Med.* 85, 4720476.
- (17) SAUNDERS, J. (1989) Efficacy of treatment for drinking problems.
- (18) ANNIS, H. DAVIS, C. (1989) Relapse Prevention in: Hester and Miller Hand-book of alcoholism treatment approaches, Pergamon, New York.

Die Antwort der Gemeinde auf Alkoholprobleme und ihre Folgen

Ray G. Hodgson

Die wichtigste Folgerung, die sich aus den zahlreichen Forschungsarbeiten über Alkoholmißbrauch und seine Folgen ergibt, ist, daß die durch Alkohol verursachten gesundheitlichen und sozialen Probleme die Gesellschaft als Ganze, nicht nur die Fachleute der Suchtforschung und -behandlung, angehen. Aufgrund des in Großbritannien und anderen europäischen Ländern gesammelten Materials lassen sich folgende Feststellungen treffen:

- Durch Alkoholmißbrauch entstehen der Gesellschaft erhebliche Kosten in Gestalt von Produktivitätseinbußen und Ausgaben im Gesundheitswesen sowie in der Sozialhilfe, im Verkehrs- und Transportwesen und schließlich im Bereich der Justiz. Die wirtschaftliche Belastung wird auf 5-6 % des Bruttosozialproduktes geschätzt (1);
- Alkoholmißbrauch ist verantwortlich für ein Großteil aller Erkrankungen und Sterbefälle und belastet damit das Gesundheitssystem außerordentlich (2). Schätzungsweise stehen 6 % aller Todesfälle bei Menschen unter 75 Jahren und ein Fünftel aller in Krankenhäuser eingelieferten Akutfälle im Zusammenhang mit Alkoholkonsum (3). Zu den schwerwiegenden Erkrankungen, für die der Alkoholkonsum mitverantwortlich ist, gehören Bluthochdruck, Arteriosklerose, verschiedene Krebsarten (betroffen sind vor allem der Bereich der oberen Atemwege und der Verdauungstrakt), Leberzirrhose sowie psychische Erkrankungen einschließlich Abhängigkeit und andere Verhaltensstörungen;
- bei mehr als einem von drei nicht-tödlichen oder tödlichen Verkehrsunfällen ist Alkohol im Spiel; das gleiche trifft zu für Unfälle im Haushalt, in der Freizeit und am Arbeitsplatz (4);
- bei einer Vielzahl von Problemen der öffentlichen Ordnung einschließlich des ganzen Spektrums der Kriminalität bis hin zu Gewaltverbrechen und Mord spielt Alkohol eine wesentliche Rolle (5);
- Alkoholmißbrauch ist einer der Hauptgründe für das Auseinanderbrechen von Familien, für Gewalt in der Familie und Kindesmißbrauch und stellt damit auch eine schwere Belastung der Sozialfürsorge dar (5);
- die Arbeitsproduktivität sinkt durch alkoholbedingte Fehlzeiten, Unfälle und reduzierte Leistungsfähigkeit (6);
- Alkoholkonsum tritt häufig in Verbindung mit dem Gebrauch anderer Suchtstoffe auf und trägt so in Wechselwirkung mit anderen Risikofaktoren zur Steigerung der Krankheits- und Sterblichkeitsrate bei.

Gesundheitliche und soziale Probleme sind nicht nur eine Folge von Alkoholabhängigkeit und exzessivem Trinken, sondern entstehen auch bei mäßigem Konsum. Da die Zahl der Personen mit mäßigem Alkoholkonsum in der Bevölkerung sehr

groß ist, sind die von ihnen ausgehenden Probleme für die Gesellschaft von größter gesundheitlicher, sozialer und wirtschaftlicher Bedeutung (6). Eine der wichtigsten Empfehlungen des US-Institute of Medicine ist ein gemeindeorientierter Ansatz zur Bewältigung alkoholbedingter Probleme. Das Institut hat eine äußerst umfangreiche Untersuchung zu Fragen der Behandlung und Rehabilitation bei Alkoholismus und Alkoholmißbrauch durchgeführt und dazu einen Bericht mit dem Titel „Broadening the Base of Treatment“ (Wie läßt sich die Basis der Behandlungsangebote verbreitern?) veröffentlicht (7). Er enthält die folgenden Hauptempfehlungen:

- Alkoholprobleme sind eine große, weitverbreitete, teure und dauerhafte Bedrohung der Gesundheit der Bevölkerung. Sie sind komplex und von sehr unterschiedlicher Natur. Während sich viele Behandlungsmethoden für eine Reihe von Patienten als wirksam erweisen mögen, gibt es doch nicht die eine Methode, die bei allen Betroffenen gleichermaßen Erfolg hat.
- Gegenwärtig werden Alkoholranke in der Regel nur einer einzigen oder einer sehr begrenzten Anzahl von Behandlungsmethoden unterzogen. Es gibt aber einen Trend zur Entwicklung umfassender Behandlungssysteme, die ein breites Spektrum individuell angepaßter Interventionen beinhalten. Dieser Trend sollte gefördert werden.
- Ein wesentlicher Bestandteil des Therapie-Systems sollte die gemeindeintegrierte Behandlung sein, die von verschiedenen örtlichen Beratungsstellen und Einrichtungen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereichs betrieben wird. Alle Menschen, die solche Dienste in Anspruch nehmen, sollten zu Beginn routinemäßig auf Alkoholprobleme untersucht werden. Personen mit leichten oder mäßigen Problemen sollten eine Kurzbehandlung durch das Personal der jeweiligen Institution erhalten. Menschen mit erheblichen oder schwerwiegenden Problemen sowie solche, bei denen Kurzinterventionen erfolglos bleiben, sollten für die weitere Behandlung an spezialisierte Einrichtungen überwiesen werden.) Solche Einrichtungen allein können, realistisch betrachtet, nicht das gesamte Ausmaß an Alkoholproblemen bewältigen. In jeder Gemeinde sollte eine ganze Bandbreite verschiedener Behandlungseinrichtungen aufgebaut werden. Sie sollte die folgenden Maßnahmen umfassen: Check-up, Untersuchung vor der Behandlung, Wiederholungsuntersuchung, alkoholbezogene Kurzinterventionen in gemeindeintegrierten und spezialisierten Programmen, Entgiftung und andere Formen der Akut-Intervention sowie Rehabilitation und Betreuung in einem kostengünstigen, qualitativ angemessenen sozialen oder medizinischen Rahmen, der den Bedürfnissen und Möglichkeiten der jeweiligen Patientinnen und Patienten entspricht; die Dauer der stationären und/oder ambulanten Behandlung sollte nicht im voraus festgesetzt werden, sondern im Verlauf aus klinischer Sicht entschieden werden.

Noch vor 20 Jahren stand die Behandlung schwerer Alkoholabhängigkeit im Mittelpunkt. Das Angebot für diese Gruppe muß erhalten bleiben; darüber hinaus besteht jedoch die Chance, einen massiven gesundheitlichen und sozialen Fortschritt zu erzielen, indem wir auf der Gemeindeebene Lösungen für die Alkoholproblematik anstreben: Es geht um einen Ansatz, bei dem die gesamte Bevölkerung einbezo-

gen ist, der gemeindebezogene Projekte beinhaltet, die eine Reduzierung alkoholbedingter Probleme zum Ziel haben (z. B. die Kontrolle von Gaststätten durch Beauftragte der Gemeinde), sowie Kurzinterventionen jeglicher Art und kostengünstige Behandlungsformen, Bevor ich mich detaillierter mit dem gemeindeintegrierten Ansatz befasse, will ich auf Wirksamkeit und Kosten einer Reihe möglicher Interventionen eingehen.

Zur Wirksamkeit von Behandlungsformen

Die Entwicklung eines breiten, umfassenden Behandlungssystems sollte sich an den aktuellen Forschungsergebnissen zur Wirksamkeit von Behandlungsformen orientieren. HOLDER, MILLER u.a. (8) haben in ihrer jüngsten Veröffentlichung stichprobenartig einige klinische Versuche sowie Studien mit einer passenden Vergleichsgruppe untersucht. Als positives Ergebnis wurde gewertet, wenn eine bestimmte Behandlung signifikant bessere [Ergebnisse in bezug auf das Trinken hervorbrachte als eine andere. Aus den mehr als 200 Vergleichen gingen einige Behandlungsmethoden als klare „Gewinner“ und andere als klare „Verlierer“ hervor. HOLDER u.a. entwickelten einen einfachen gewichteten Index aus der Differenz der positiven und negativen Ergebnisse plus einem Extrapunkt für jedes positive Ergebnis größer als 2. Dieser Index trägt der Tatsache Rechnung, daß es schwieriger ist, positive als negative Ergebnisse zu erreichen und daß z. B. eine Behandlung mit 5 positiven und 5 negativen Punkten eindrucksvoller ist als eine mit nur einem positiven und einem negativen Punkt.

Gegenüber der Verwaltung der Gesundheitsdienste oder einer anderen autorisierten Stelle muß angegeben werden, zu welcher der folgenden Kategorien eine Behandlungsform gehört:

- Behandlungsform mit erwiesenermaßen guter Wirksamkeit;
- vielversprechende, in ihrer Wirksamkeit aber nicht bewiesene Behandlungsformen;
- Behandlungsformen mit unzureichendem Wirksamkeitsnachweis;
- gut erforschte Behandlungsformen, die aber keinen guten Wirksamkeitsbeweis ergeben haben.

Tabelle 1 zeigt das Ergebnis der Untersuchung von HOLDER u.a. mit leichten Veränderungen, um es den vier Kategorien zuordnen zu können.

	Anz. d. Studien	Anz. d. positiven Studien	Gewicht. Index
GUTER WIRKSAMKEITSNACHWEIS			
(gew. Index +6 oder mehr)			
Training sozialer Fertigkeiten	10	10	+ 18
Training d. Selbstkontrolle	17	12	+ 17
Kurze Motivationsberatung	9	8	+ 13
Paartherapie (Verhaltenstherapie)	7	7	+ 12
Ansatz z. Änderung d. Umfeldes	4	4	+ 6
Streßbewältigungstraining	10	6	+ 6

	Anz. d. Studien	Anz. d. positiven Studien	Gewicht. Index
VIELVERSPRECHENDE, IN IHRER WIRKSAMKEIT ABER NICHT BEWIESENE BEHANDLUNGSFORMEN (gew. Index 0 bis + 5)			
Aversionstherapie, verdeckte Sensibilisierung	7	4	+ 3
Verhaltensvertrag	4	3	+ 3
Disulfiram, oral	10	5	+ 3
Psychopharmaka, Antidepressiva	4	3	+ 3
Disulfiram (Implantat)	5	3	+ 2
Paartherapie (keine Verhaltenstherapie)	3	2	+ 1
Kognitive Therapie	7	3	0
Hypnose	4	2	0
Psychopharmaka, Lithium	7	3	0
BEHANDLUNGSFORMEN MIT UNZUREICHENDEM WIRKSAMKEITSNACHWEIS (weniger als 3 Studien)			
Akupunktur	1	1	+ 1
Kalziumkarbimide	1	1	+ 1
Stationäre/Milieuthherapie (Minnesota-Modell)	1	1	+ 1
Stationäre/Milieuthherapie (Halfway House)	1	0	— 1
Anonyme Alkoholiker	2	0	— 2
Aversionstherapie, Apnoe	2	0	— 2
Psychopharmaka, antipsychotisch	2	0	— 2
BEHANDLUNGSFORMEN OHNE WIRKSAMKEITSNACHWEIS (gew. Index 2 oder weniger)			
Aversionstherapie, elektrisch	15	5	— 2
Aversionstherapie, chemisch	5	1	— 3
Konfrontative Interventionen	4	0	— 4
Pädagogische Vorträge u. Filme	9	2	— 5
Psychotherapie (individuell)	9	2	— 5
Psychopharmaka, psychodelisch	9	2	— 5
Selbstkonfrontation mittels Videoaufnahme	5	0	— 5
Psychopharmaka, Angstbewältigung	10	2	— 6
Beratung, allgemein	9	1	— 7
Metronidazol	10	1	— 8
Gruppen-Psychotherapie	13	2	— 9
Stationäre/Milieuthherapie	14	1	— 12

In der Originalstudie finden sich Beschreibungen aller 34 Behandlungsansätze. Im folgenden sind nur die erfolgreicherer Ansätze kurz dargestellt.

Tabelle 1: Wirksamkeit von Behandlungsformen

(Übernommen und leicht verändert mit Zustimmung von HOLDER u.a. 1991. Dargestellt ist die Gesamtheit der durchgeführten Untersuchungen zu bestimmten Behandlungsformen, die Anzahl positiver Ergebnisse und der gewichtete Index)

Training sozialer Fertigkeiten

Die Patientinnen und Patienten erlernen spezifische soziale Fertigkeiten, die ihnen den Aufbau und Erhalt zwischenmenschlicher Beziehungen erleichtern. Selbstbehauptungstraining steht meist im Mittelpunkt. Dieses Training wird in der Regel in Gruppen durchgeführt.

Training der Selbstkontrolle

Eingeübt werden bestimmte Fertigkeiten der Selbststeuerung (Self-Management), einzeln oder in Gruppen, um den Patientinnen und Patienten zu helfen, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren oder ganz einzustellen. Zur Strategie gehört meist die Bestimmung spezifischer Ziele, Selbstbeobachtung und -Kontrolle, Verminderung des Konsums, Selbstbestätigung, Funktionsanalysen und das Erlernen alternativer Bewältigungsstrategien.

Kurze Motivationsberatung

Kurzberatung bei Alkoholproblemen besteht in der Regel aus 1-3 Sitzungen mit Motivations-Feedback und Ratschlägen. Meist wird die Person über alkoholbedingte Beeinträchtigungen aufgeklärt und darüber beraten, wie sie ihr Trinkverhalten ändern kann. Konfrontative Interventionen gehören nicht zu dieser Kategorie.

Paar-Therapie

In die Paar-Therapie wird die betroffene Person gemeinsam mit ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner einbezogen. Die Behandlung kann mit einem oder mehreren Paaren durchgeführt werden. Im Rahmen der Verhaltenstherapie für Paare wird versucht, die Kommunikations- und Problemlösungsfähigkeiten zu verbessern und den Austausch gegenseitiger positiver Verstärkung zu steigern. Auch andere, nicht verhaltenstherapeutische Ansätze wurden getestet.

Ansatz zur Änderung des Umfeldes

Dieser besonders breitgefächerte Ansatz versucht, die Umgebung der alkoholkranken Person so zu ändern, daß die Abstinenz attraktiver wird als das Trinken. In der täglichen Einnahme von Disulfiram wird der oder die Betroffene unterstützt und überwacht von einem für sie oder ihn wichtigen Menschen. Hinzu kommt eine verhaltensorientierte Beratung zur Unterstützung bei der Arbeitssuche und bei der Entwicklung von Problemlösungsstrategien, zur Verbesserung sozialer Beziehungen und zur Intensivierung der Teilnahme an alkoholfreien und unterhaltsamen Freizeitaktivitäten.

Streßbewältigungstraining

Die Person lernt Methoden zum Abbau von Spannung und Streß; hierzu gehören Entspannungstechniken, systematische Desensibilisierung und kognitive Strategien.

Nach Sichtung der vorhandenen Untersuchungen wird eine Gesundheitsbehörde wissen wollen, wie repräsentativ die Ergebnisse sind. Sind alle Studien methodisch gleich streng und gibt es andere Fragen, die in Betracht gezogen werden sollten? Zugegebenermaßen ist es durchaus möglich, daß einige der Studien weniger streng ausgefallen sind als andere, obwohl alle einen akzeptablen Standard haben. Man muß auch berücksichtigen, daß eine nachlässige Studie mit ungenauen Messungen vermutlich keine wirklichen Unterschiede zwischen den Behandlungsmethoden wird feststellen können. Ein weiterer wichtiger Punkt, der nicht vergessen werden darf, ist, daß ein bestimmter Behandlungsansatz nur für eine ganz bestimmte Untergruppe von Alkoholkranken wirksam sein kann. Z.B. können wir davon ausgehen, daß die stationäre Milieuthapie Patientinnen und Patienten nützt, die stark abhängig sind und keine Unterstützung im sozialen Umfeld haben. Eine solch positive Auswirkung auf eine kleine Gruppe wird dann nicht zu beobachten sein, wenn eine Studie nur weniger stark Abhängige einbezieht oder solche, die in eine gute soziale Umgebung zurückgehen. Auch vor dem Hintergrund dieser methodologischen Aspekte können der Gesundheitsbehörde guten Gewissens die folgenden Empfehlungen gegeben werden.

1. Ansätze, die auf die Verbesserung der sozialen und ehelichen Beziehungen ausgerichtet sind, haben sich als sehr wirksam herausgestellt und sollten daher in ein umfassendes Angebot für Menschen mit Alkoholproblemen einbezogen werden. Die Forschungsergebnisse hierzu sind sehr überzeugend. Wenn wir die Arbeiten zürn Training sozialer Fertigkeiten, zur Verhaltenstherapie von Paaren und zur Änderung des Umfeldes zusammen betrachten, so finden wir 21 Studien vor, die alle positiv ausfallen. Außerdem deuten Untersuchungen darauf hin, daß eine stabile Familie sowie Zusammenhalt und Unterstützung im sozialen Umfeld zu den wichtigsten Faktoren gehören, die Rückfall und Genesung beeinflussen (9 und 10).
2. Es ist erwiesen, daß Interventionen zur Förderung von Selbstkontrolle und Streßbewältigung gute Ergebnisse erzielen. Insgesamt haben sich 27 Studien mit diesen Ansätzen befaßt und 18 (67%) sind positiv. Im Rahmen dieses Ansatzes lernen die Patientinnen und Patienten, Risikosituationen oder -anzeichen zu erkennen, und sie üben Bewältigungsstrategien ein. Es gibt gute Gründe anzunehmen, daß diese sehr guten Ergebnisse noch verbessert werden könnten, wenn Elemente in das Training aufgenommen würden, in denen sich die Betroffenen bewußt Risikosituationen oder -anzeichen aussetzen (11).
3. Es gibt einige Ansätze, die immer noch weithin angewandt werden, obwohl ihre Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist. Man sollte sich ernsthaft überlegen, die vorhandenen Ressourcen in effektivere Methoden zu investieren. Elektrische und chemische Aversionstherapien, konfrontative Interventionen, pädagogi-

sehe Vorträge und Filme sowie psychodynamische Einzel- und Gruppentherapien sind suspekt und sollten nicht in einen umfassenden Ansatz miteinbezogen werden, es sei denn, es gäbe dafür einen wirklich guten Grund. Nachweislich hat es auch keinerlei positive Auswirkung, sich ein Video anzusehen, das einen selbst im Zustand der Alkoholvergiftung zeigt. Betrachtet man das Kosten-Nutzen-Verhältnis, so ist es besonders wichtig, sich darüber klar zu sein, daß die zeitweise Entfernung von Patientinnen und Patienten aus der dem Alkoholkonsum förderlichen Umgebung der Mehrheit unter ihnen in keiner Weise nutzt (stationäre/Milieuthherapie),

Das Kosten-Nutzen-Verhältnis

HOLDER u.a. sind zu einer ersten Kostenschätzung der verschiedenen Behandlungsformen (s. Tabelle 1) auf der Grundlage der folgenden Schritte gekommen:

1. Zusammenstellung umfassender Daten über die Durchschnittskosten auf Seiten der Anbieter, der Versicherungsträger, der staatlichen Stellen, die für Alkohol- und Drogenprobleme zuständig sind, und der privatversicherten Unternehmer. Die Kosten reichten von £ 6,- für einen Hausbesuch im Rahmen eines Nachbarschaftsprogramms bis zu £ 585,- pro Tag für eine Akut-Behandlung im Allgemeinkrankenhaus (Preise von 1987).
2. Befragung von 29 Expertinnen über das Setting, in dem eine bestimmte Therapie normalerweise angeboten wird, über die Berufsgruppen, die die Therapie durchführen und über die empfohlene, durchschnittlich notwendige Behandlungsdauer.
3. Schätzung der minimalen Gesamtkosten für den durchschnittlichen Patienten auf der Grundlage dieser Informationen.

Tabelle 2 faßt die Untersuchungsergebnisse zusammen, in dem jede Behandlungsform in eine von 5 Kostenkategorien eingestuft wird.

Tabelle 2: Kosten der verschiedenen Behandlungsformen

	Minimale Kosten (\$ 0–99)	Niedrige Kosten (\$ 100–199)	Mittlere Kosten (\$ 200–599)	Hohe Kosten (\$ 600–999)	sehr hohe Kosten (= \$ 1000)
Guter Wirk- samkeits- nachweis	Kurze Motivati- onsberatung	Training der Selbstkontrolle Streßbewälti- gungstraining	Training sozialer Fertigkeiten, Änderung des Umfeldes, Paartherapie (Verhaltens- therapie)		

	Minimale Kosten (\$ 0–99)	Niedrige Kosten (\$ 100–199)	Mittlere Kosten (\$ 200–599)	Hohe Kosten (\$ 600–999)	sehr hohe Kosten (= \$ 1000)
Vielversprechende, aber in ihrer Wirksamkeit nicht bewiesene Behandlungsformen		Verhaltensvertrag	Aversions- therapie, Verdeckte Sensibilisie- rung, Psycho- pharmaka, Antidepres- siva, Andere Paar- therapie, Kognitive Therapie, Psychophar- maka/Lithium	Disulfiram/ Oral, Disulfiram/Imp- lantat, Hypnose	
Behandlungs- formen mit unzureichen- dem Wirk- samkeits- nachweis	Anonyme Alkoholiker		Aversions- therapie, Apnoe	Calcium- Carbamide, Psychotrope, anti- psychotische Medikamente, Akupunktur, Übergangs- heim	Stationäre/ Milieuthherapie Minnesota- Modell
Kein Wirk- samkeits- nachweis		Pädagogische Vorträge und Filme	Konfrontative Interventionen, elektr. Avers- sionstherapie, Selbst- konfrontation mittels Video- aufnahme, Gruppen- therapie	Psychophar- maka, Angst- bewältigung Psycho- pharmaka/ psychodelisch, Metromidazol, Allg. Beratung	Aversions- therapie, Stationäre/ Milieuthherapie aufdeckende Psycho- therapie

Aus dieser Tabelle läßt sich einiges schließen, was für eine Gesundheitsbehörde von Interesse sein sollte. Erstens gibt es eine Reihe von Behandlungsformen, die niedrige bis mittelhohe Kosten verursachen und gute Ergebnisse erzielen. Es handelt sich um die Arten von Therapien, die ihren Schwerpunkt auf das Einüben von Bewältigungsstrategien und die Stärkung der Beziehungsfähigkeit legen. Zweitens gibt es Behandlungsformen, die hohe Kosten verursachen, deren Wirksamkeit aber nicht erwiesen ist. Hierzu gehören die aufdeckende Psychotherapie, die stationäre/Milieuthherapie und einige medikamentöse Behandlungen. Es ist eindeutig, daß die Wirksamkeit nicht unbedingt mit den Kosten steigt.

Besonders wichtig ist die Schlußfolgerung, daß die stationäre/Milieuthherapie keine routinemäßige Antwort auf Alkoholabhängigkeit sein sollte. Es ist eine sehr teure Behandlungsform, und dennoch gibt es keine Beweise für ihre Wirksamkeit, nimmt

man sämtliche Forschungsergebnisse verschiedener Institute zusammen (12). Zum Beispiel haben GHAPMAN und HUGHES (13) kürzlich in einer nach dem Zufallsauswahlprinzip durchgeführten Klinikstudie keinen Vorteil bei der stationären Behandlung im Vergleich zur ambulanten Behandlung am Wohnort (6 Behandlungseinheiten oder eine) gefunden. Das bestätigt die Ergebnisse der ersten dieser Studien, die vor 25 Jahren von EDWARDS und GUTHRIE (14) durchgeführt wurde. Es ist auch interessant, daß private Krankenhäuser in den USA, die Alkoholranke behandeln, ihre Patientinnen und Patienten häufig doppelt so lange stationär behandeln wie staatliche, obwohl es keineswegs erwiesen ist, daß die Aufenthaltsdauer die Wirksamkeit erhöht (15). Wenn eine stationäre Behandlung überhaupt einen Wert hat, dann nur für eine ganz bestimmte Gruppe von alkoholkranken Menschen ; um sich dieser Sichtweise anschließen zu können, wird die Gesundheitsbehörde jedoch weitere empirische Nachweise brauchen.

Aus dem umfangreichen Forschungsmaterial lassen sich drei zentrale Schlußfolgerungen ziehen: Erstens sollten die meisten Menschen, die sich beruflich mit Alkoholproblemen befassen, in der Lage sein, eine dem jeweiligen Krankheitsstadium entsprechende Kurzintervention durchzuführen. Zweitens haben wir nun den soliden Nachweis, daß einige Interventionen tatsächlich wirksam sind; dies betrifft u.a. die Ansätze zur Verbesserung der sozialen und ehelichen Beziehungen sowie zur Verbesserung der Selbstkontrolle und der Streßbewältigung. Drittens haben sich diese erfolgreichen Ansätze auch als die kostengünstigsten erwiesen.

Man sollte hinzufügen, daß unser Kenntnisstand noch sehr begrenzt ist, und sicher müssen wir uns im Laufe der nächsten 10 Jahre weiter fragen, welche Ansätze für welchen Menschen die wirksamsten und kostengünstigsten sind.

Erweiterung des Behandlungssystems

Zunächst muß betont werden, daß die im letzten Kapitel zusammengefaßten Studien nur eine gewisse Orientierung für den Bereich der Kerndienste oder -Interventionen bieten. Man muß auch die folgenden Erkenntnisse mitberücksichtigen, die wohl bei den meisten mit Alkoholproblemen befaßten Menschen Zustimmung finden würden:

- *Wahrscheinlich gibt es keine einzige Behandlungsform, die für alle Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen wirksam ist.*
- *Viele Behandlungsformen sind nur für kleinere Gruppen von Alkoholkranken effektiv.*

Beispielsweise hat Lithium kaum den Status der „nachweislich hohen Wirksamkeit“ erreicht. Dennoch können wir fast sicher sein, daß es eine wirksame Intervention für einige Menschen mit Alkoholproblemen ist. Das gleiche gilt für Antabus, sofern es unter angemessener Anleitung eingenommen wird. Die Schlüsselaufgabe für die Zukunft wird sein, *die Behandlungsart zu finden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Person mit einem bestimmten Problem positive Ergebnisse erzielt* (7).

Die oben skizzierten Forschungsergebnisse dienen zum einen als Orientierungshilfe bei der Entwicklung bestimmter Angebote, zum anderen helfen sie zu klären, wie künftige Behandlungssysteme beschaffen sein sollten:

- Die weite Verbreitung von Alkoholproblemen und das günstige Kosten-Nutzen-Verhältnis von Kurzinterventionen sollte uns zu einer Erweiterung des Behandlungssystems veranlassen: Wir sollten ein breites Spektrum an Einrichtungen aus dem Bereich der primären Gesundheitsdienste, der sozialen Dienste, des Arbeitsplatzes, der Justiz u.a. einbeziehen.
- Die Heterogenität der Alkoholprobleme und die Wirksamkeit einer Bandbreite von psychosozialen Interventionen sollte zur Konsequenz haben, auch ein breites Spektrum von Institutionen einzubeziehen, um mehr Spezialisierung zu erreichen.
- Wenn eine Gemeinde Gesundheitsförderung zu ihrem Schwerpunkt macht, muß sie an einem Behandlungssystem interessiert sein, das sich um die große Zahl der Menschen mit moderaten Alkoholproblemen, und nicht nur um die stark Abhängigen und chronisch Kranken kümmert.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Forschungsergebnisse es nahelegen, die meisten Behandlungssysteme in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet um allgemeine und primäre Gesundheitsdienste und sonstige Facheinrichtungen zu erweitern und damit auch auf den Großteil der Bevölkerung mit moderaten Alkoholproblemen einzugehen.

Entwicklung eines breiten Behandlungssystems

In Abbildung 1 ist das vom US-Institute of Medicine vorgeschlagene Behandlungssystem dargestellt (s. Anhang). Die Hauptelemente dieses Systems sind ein Spektrum an allgemeinen Diensten, ein breitgefächertes Angebot an spezialisierten Einrichtungen und ein Assessment-Team. Der Vorschlag umfaßt die Vorstellung, daß das Assessment-Team unabhängig ist und eher auf der Seite der Benutzerinnen und Benutzer bzw. derer, die die Dienstleistungen in Auftrag geben, steht als auf der der Anbieter. Im folgenden sind einige Vor- und Nachteile eines solchen unabhängigen Assessment-Teams als Kernstück des Behandlungssystems aufgeführt.

Vorteile:

1. Der professionelle Hintergrund beeinflußt die Feststellung des Bedarfs. Ein unabhängiges Team ist der Beeinflussung durch bestimmte Gruppen- oder Eigeninteressen weniger ausgesetzt.
2. Das Assessment-Team könnte die Verantwortung für das Aufdecken von Lücken im Dienstleistungsangebot übernehmen.
3. Das Assessment-Team könnte denen, die die Dienstleistungen nutzen oder in Auftrag geben, wertvolle Hinweise geben.
4. Schließlich könnte das Team externe Evaluationen und Benutzerumfragen durchführen.

Nachteile:

1. Begutachtung ist ein kontinuierlicher Prozeß, der das Aufstellen von Hypothesen und deren Überprüfung im Verlauf des Behandlungsprozesses umfaßt. Die Träger der Dienste sind am ehesten in der Lage, eine solche fortlaufende Begutachtung zu leisten.
2. Ein Assessment-Team macht das Behandlungssystem teurer und komplizierter. Es muß sich auf jeden Fall als wirksam; und qualitätssteigernd erweisen.
3. Die Betroffenen werden nicht gerne von einem zum anderen Dienst weitergereicht.
4. Eine Reihe unterschiedlichster Einrichtungen würde der Blockierung von direkten Überweisungen nicht so einfach zustimmen.

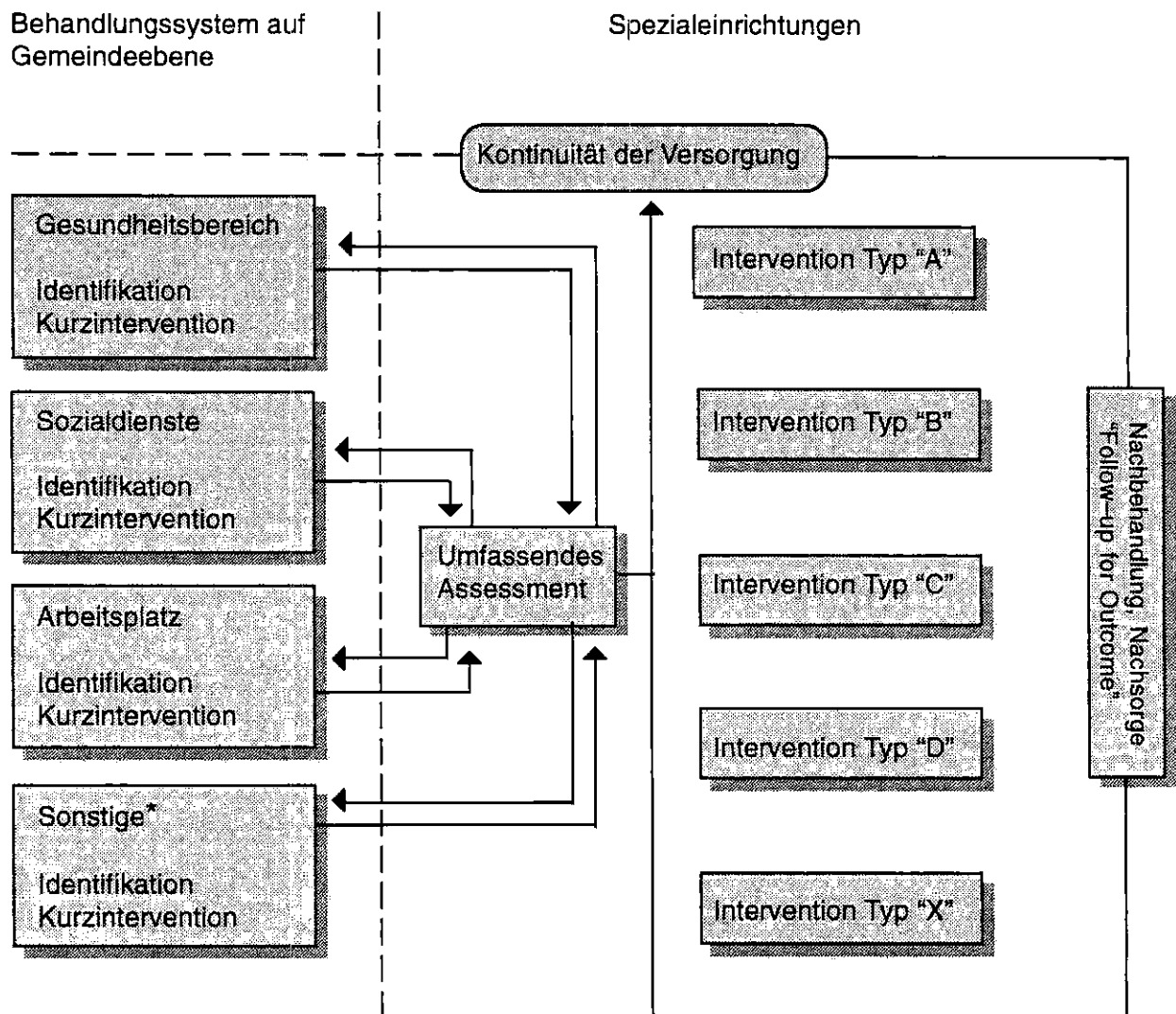
Das Konzept des Assessment-Teams bedarf also eindeutig weiterer Untersuchungen. Für einen Kreis oder eine Gemeinde ist es auf jeden Fall ratsam, aufeinander abgestimmte Prüfungs- und Begutachtungsverfahren einzuführen und die unterschiedlichsten Leistungsträger davon zu überzeugen, ein gemeinsam erarbeitetes integriertes Behandlungsangebot zur Verfügung zu stellen.

Das Behandlungsangebot für Alkohol- und Drogenkranke in South-Glamorgan umfaßt ein Community Alcohol Team und ein Community Drug Team, eine Tagesstätte und ein Wohnheim in privater Trägerschaft, einen von freiwilligen Helferinnen und Helfern betriebenen Beratungsdienst, stationäre und ambulante klinische Behandlung, Anonyme Alkoholiker, einen ambulanten Entgiftungsdienst und einen Dienst für Straffällige. Es gibt ein Konsortium der Leistungsträger, das an der Entwicklung gemeinsamer Prüf- und Begutachtungsverfahren arbeitet, und zur Zeit sind wir gerade dabei, eine Einkäufer-Gruppierung zu bilden, die die Leistungen von dem Konsortium beziehen soll. Hinsichtlich einiger praktischer Fragen im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Behandlungssystems bestehen noch Lücken in der gegenwärtigen Forschung. Wird ein Netzwerk verschiedener Dienstleistungseinrichtungen sich auf die Bildung eines einzigen Assessment-Teams einigen können? Funktioniert dies in der Praxis und ist es kostengünstiger?

Was wir mit einiger Sicherheit feststellen können, ist, daß sich enorme Möglichkeiten für eine Verbesserung der allgemeinen Gesundheitssituation eröffnen, wenn es schaffen, das Behandlungsangebot für Alkoholkranke so zu erweitern, daß ein breites Spektrum von Problemen und Einrichtungen einbezogen wird.

Anhang

Abb. 1: Vorschlag für ein gemeindeintegriertes Behandlungssystem für Menschen mit Alkoholproblemen (Institute of Medicine, USA)



*Sonstige = Bildungs- und Ausbildungsbereich, Justiz etc.

Literatur

- (1) WALSH, B.M. (199). Alcohol, the economy and public health. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe (unpublished document EUR/ICP/ADA 022).
- (2) PLANT, M., Ed. (1989). Alcohol-related problems in high risk groups. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, (EURO Reports and Studies, No. 109).
- (3) ANDERSON, P. (1990). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (WHO Regional Publications. European Series, No. 32).
- (4) Alcohol and Accidents: report of a WHO Working Group. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1988. (Unpublished document EUR/ICP/ APR, 117).

- (5) CASSELMAN, J. & MOORTHAMER, L (1988). Violent social behaviour and alcohol use. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (unpublished document EUR/ICP/ADA 014).
- (6) ASSLAND, O.G. (Ed)(1991). The negative social consequences of alcohol use. Oslo, Norwegian Ministry of Health and Social Affairs.
- (7) Institute of Medicine (1990). Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems. Washington D.C.: National Academy Press.
- (8) HOLDER, H., LONGAUGH, R., MILLER, W.R. & RUBONIS, A.V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcohol problems: a first approximation. *Journal of Alcohol Studies*.
- (9) ORFORD, J. & EDWARDS, G. (1977). Alcoholism: a comparison of treatment and advice. Maudsley Monograph No 26. London: Oxford University Press.
- (10) BILLINGS, A.G. & MOOS, R.H. (1983). Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: implications for clinicians and program evaluators. *Addictive Behaviours*, 8, 205, 218.
- (11) HODGSON, R. J.(1989). Resisting Temptations: a psychological analysis. *British Journal of Addiction*, 84, 21-257.
- (12) MILLER, W.R. (1990). Emergent Treatment Concepts and Techniques. In P.E. Nathan, J.W. Langenbucher, B.S. McCrady & W. Frankenstein (Eds). *Annual Review of Addictions Research and Treatment*. Vol.1.
- (13) CHAPMAN, P.L.H. & HUYGENS, I. (1988). An evaluation of three treatment programmes for alcoholism: an experimental study with 6 and 18 month follow-ups. *British Journal of Addiction*, 83, 67-81.
- (14) EDWARDS, G, & GUTHRIE, S. (1967). A controlled trial in inpatient and out-patient treatment of alcohol dependency. *Lancet*, 1, 555-559.
- (15) TEMPLER, D.U. & KAUFFMAN, I: (1988). Exploitation or neglect. *American Psychologist*, 43, 200-201.

Zusammenbruch der Suchtkrankenversorgung in den neuen Ländern:

Welche Strukturen und Arbeitsformen in der ehemaligen DDR haben sich fachlich bewährt?

Winfried Bertram

Das Thema dieses Vortrages ist provokant - auch für mich selbst; denn:

1. Die Suchtkrankenversorgung der DDR ist tot - es lebe die Suchtkrankenversorgung in den neuen Bundesländern!
2. Das, was in der DDR möglich war, entstand auf dem Boden eines im wesentlichen einheitlichen staatlichen Gesundheits- und Sozialwesens und einer einheitlichen Sozialversicherung mit den sich daraus ergebenden Nachteilen, aber auch Vorzügen. Es ist die Frage, wie das für ein marktwirtschaftliches, vorwiegend am Geld orientiertes System nutzbar gemacht werden kann, das noch dazu durch eine Bürokratie der Leistungszuständigkeiten und ein Übergewicht der Verwaltung über Fachkompetenz gekennzeichnet ist.

Welche Strukturen und Arbeitsformen der Suchtkrankenhilfe haben sich also in der ehemaligen DDR fachlich bewährt?

Ich denke, um das Selbstverständnis der Suchttherapeuten und -therapeutinnen in der ehemaligen DDR! zu verstehen, muß man ein paar Hintergründe und Daten zur Entwicklung der dortigen Suchtkrankenhilfe darstellen.

In einer von Erik WINTER (30) so genannten Vorphase von 1945 bis 1949 waren die Bedingungen in den psychiatrischen Krankenhäusern Nachkriegsdeutschlands katastrophal; es standen zu wenig Betten zur Verfügung, und das Personal war knapp, Alkoholismus war selten, weil alkoholische Getränke für die Mehrheit der Bevölkerung kaum zu haben waren.

Mit der Gründung der beiden deutschen Nachkriegsstaaten im Jahr 1949 begann in der DDR der hierzulande oft beschworene „unaufhaltsame Vorstoß der DDR zur 'Weltspitze'“ - jedenfalls im Alkoholkonsum. Ab Anfang/Mitte der 50er Jahre wurden wieder „Alkoholiker“ zu „Entziehungskuren“ eingewiesen, überwiegend zwangsweise.

Der therapeutische Ansatz war beschämend und beruhte tatsächlich nur auf der „Entziehung“ des Alkohols durch räumliche Trennung und der Ablenkung durch „Arbeitstherapie“. Die Sozialversicherung war damals auch nur zur Finanzierung einer medizinischen Intervention im engeren Sinne bereit. Von einer Psychotherapie der Abhängigkeit konnte keine Rede sein.

In der Frühphase der Alkoholkrankenbetreuung von 1950 bis 1965 (30) wurde dennoch 1960 die AGAS, die evangelische Arbeitsgemeinschaft zur Abwehr der Suchtgefahren, als Fachverband des Diakonischen Werkes gegründet (29). Die

AGAS weckte zumindest im kirchlichen Bereich Problembewußtsein für Suchtfragen, organisierte „Besinnungswochen“ und „Rüstzeiten“ und betreute mit hauptamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen Gruppen Suchtkranker in weit bezirksübergreifenden Regionen. Diese Gruppen zählten zu den Vorbildern für die späteren geleiteten Selbsthilfegruppen an den Polikliniken.

Die Anfang der 60er Jahre im staatlichen Bereich an psychiatrischen Krankenhäusern gegründeten Patientenklubs hatten - vermutlich wegen ihrer ortsbedingten Stigmatisierung - häufig keine lange Lebensdauer. Die Bedeutung der Gruppenarbeit war den Suchttherapeuten aber voll bewußt.

Überhaupt wurden internationale Trends aufmerksam verfolgt und zum Teil begierig aufgesogen. Internationale Konferenzen in der DDR wurden „benutzt“, um Druck auf die Verantwortlichen auszuüben.

So enthielten die Empfehlungen des internationalen Symposions über psychiatrische Rehabilitation (2), das 1963 in Rodewisch im Vogtland durchgeführt wurde, auch Grundforderungen für die Suchtkrankenhilfe. Rehabilitation war dabei keine Phase nach der Therapie, sondern ein Behandlungsprinzip vom ersten Tag an mit dem Ziel der „Rückführung ins tätige, freie und verantwortliche Leben“. Diese leider in der DDR nie voll verwirklichten Rodewischer Thesen (25) forderten - schlagwortartig wiedergegeben - eine aktive therapeutische Einstellung, komplexe und optimale Therapie unter optimalen Bedingungen, die Ablösung des umfassenden Sicherungsprinzips zugunsten eines umfassenden Fürsorgeprinzips, die Profilierung von Krankenstationen mit verstärkter ärztlicher Besetzung und Bettenauflockerung, planvolle Reorganisation und Modernisierung, nachgehende Fürsorge, Übergangseinrichtungen, eine wirksame Prophylaxe, Früherfassung und Frühbehandlung von psychisch Kranken, Volkserziehung gegen die Intoleranz im Verhältnis zu psychisch Kranken und die Beschränkung von Zwangsmaßnahmen gegenüber psychisch Kranken auf das unbedingt notwendige Minimum.

Die internationale Entwicklung in der Suchtkrankenhilfe und der Druck des Faktischen führten schließlich auch in der DDR zwischen 1965 und 1975 in eine Phase der zunehmenden Akzeptanz der Alkoholkrankheit (30).

Die therapiefeindliche Position der Sozialversicherung wurde aufgeweicht und die Kostenübernahme gesichert. Die ambulante Arbeit beschränkte sich typischerweise noch auf die Nachsorge durch die Suchtambulanzen der psychiatrischen Krankenhäuser, die auch die Entwöhnungsbehandlung durchgeführt hatten, wenn auch Hugo von KEYSERLINGK sen. schon Anfang der 50er Jahre in Magdeburg eine Beratungsstelle eröffnet und KIELSTEIN 1972 wiederum in Magdeburg schon mit ambulanter Gruppenpsychotherapie begonnen hatten.

Die Zeit von 1975 bis 1989 faßt WINTER schließlich als vierte Phase der spezialisierten Betreuung zusammen (30), Mitte der 70er Jahre entstanden die ersten spezialisierten Kliniken für Alkoholranke in den Bezirkskrankenhäusern für Psychiatrie und Neurologie, etwas zeitverschoben erfolgte die Schwerpunktverlagerung der Suchtkrankenversorgung vom stationären in den ambulanten Bereich.

Die ersten Alkoholkliniken in der Psychiatrie wurden in Brandenburg und Berlin eröffnet. Im Thüringischen entstanden entsprechende Fachabteilungen in den Bezirksfachkrankenhäusern 1978 in Stadtroda, 1980 in Mühlhausen und 1985 in Hildburghausen. Das bedeutet aber zum Beispiel nicht, daß in Hildburghausen bis dahin keine qualifizierte Alkoholikerbehandlung stattfand. Als ich 1968 als Assistenzarzt dorthin kam, waren Apomorphin- und Disulfiram-(Antabus)-„Kuren“ für Alkoholranke unter der Leitung von zwei Arzthelfern, also ehemaligen Feldscheren, die Regel. Die entindividualisierte Diagnose bei Alkoholabhängigen lautete nahezu ausnahmslos: „chronischer Alkoholismus bei haltloser, willensschwacher Persönlichkeit“. 1972 wurde mit der Gruppentherapie für Suchtkranke in der Männerpsychiatrie, 1976 in der Frauenpsychiatrie begonnen. Bis 1984 führten wir Nachbetreuungsgruppen für unseren Einzugsbereich, den südthüringischen Bezirk Suhl, durch. Zeitweise bestanden 12 solcher Gruppen gleichzeitig. Die Behandlungsergebnisse waren nicht schlechter als heute.

Jedenfalls hatten die ersten dieser Suchtkliniken Wegbereiterfunktionen für die übrigen Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie, so daß in rund 15 Jahren ein Netz stationärer Versorgungsmöglichkeiten mit 57 Einrichtungen für die 15 Bezirke der DDR entstand. Dabei handelte es sich überwiegend um Einrichtungen im staatlichen Bereich, denn konfessionelle Häuser, die eine Tradition in der stationären Suchtkrankenbehandlung hatten, gab es nur wenige (23).

Die ambulante Betreuung lag in diesem Zeitraum überwiegend in der Zuständigkeit der neuropsychiatrischen Abteilungen der Polikliniken, wobei das ärztliche Engagement je nach Neigung und Eignung sehr unterschiedlich war. Psychologen zeichneten für die Psychodiagnostik und Psychotherapie der Suchterkrankung verantwortlich, und Fürsorgerinnen übernahmen die Betreuung des Suchtkranken. Dazu gehörten Hausbesuchsdienste sowie die Vermittlungsfunktion zwischen Betrieb und Betreuungsstelle. Mit der Zeit entstanden auch eigenständige Beratungsstellen für Suchtkranke, die, sofern sie nicht ärztlich geleitet waren, Kooperationsbeziehungen zu Nervenärzten und anderen Fachärzten und -ärztinnen hatten.

VON KEYSERLINGK wußte 1990 von 235 staatlichen und 21 konfessionell geführten ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen (3), STOIBER (22) berichtet ein Jahr später auf Grund einer Erhebung der DHS von ca. 400 Beratungs- und Behandlungsstellen für die ca. 16 Mio. Einwohner der DDR. Die Leistungen der freien Träger schätzt sie letztlich auf 25 %. Dazu gehörten die AG AS, die evangelische Stadtmission und andere Einrichtungen des Diakonischen Werkes, der Caritasverband, die Siebenten-Tages-Adventisten und schließlich auch die Anonymen Alkoholiker.

Therapeutische Gruppen entstanden mit der Zeit in fast jedem Kreis. Die konkrete Durchführung war allerdings nach Intensität und Methoden recht unterschiedlich - abhängig von der Zahl und der Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, von den räumlichen Bedingungen und von der sozialen Akzeptanz im Umfeld.

Intensiviert wurde die Gruppenarbeit schließlich durch Formen ambulanter Ganztagsbetreuung vor allem in den Großstädten.

1978 hatte KIELSTEIN als erster in der DDR mit der tagesklinischen Betreuung begonnen, die er „als Intensivbehandlungsphase vor der mehrjährig angelegten ambulanten Gruppentherapie“ definierte (10,11,14,18). 1988 berichtete er bereits über 4 Behandlungsstellen mit Tagesbetreuung im damaligen Bezirk Magdeburg. Gefordert wurden 15 Behandlungsplätze auf 60.000 bis 70.000 Einwohner. Ilona STOIBER (23) kannte 12 Tageskliniken in den neuen Bundesländern, hielt aber eine höhere Zahl für möglich.

Wo sich die tagesklinische Arbeit als volles Programm nicht durchsetzen ließ, war es zum Beispiel, wie in Hildburghausen, möglich, mehrmals wöchentlich Gruppenstunden im Sinne einer ambulanten Motivations- und Entwöhnungsbehandlung durchzuführen. Dafür wurde, wenn notwendig, auf der Grundlage der Schonarbeitsverordnung vollbezahlte Freistellung gewährt. Nachtambulabetten als andere Form der teilstationären Behandlung wurden an Entwöhnungseinrichtungen immer wieder für die Patienten und Patientinnen geschaffen, die diese Form der Nachbetreuung brauchten, aber tagsüber schon in erreichbarer Nähe ihrer Arbeit nachgehen konnten.

Im Mittelpunkt des Systems der Suchtkrankenhilfe stand die Beratungsstelle, (14, 18), die ihre Aufgaben nur in vielfältigen Kooperationsbeziehungen wahrnehmen konnte. Als Leipziger Modell wurde die dort seit 1986 geübte Praxis (unter der Federführung von Roland WEISE) bekannt (27,28), die die drei Hauptglieder Betriebsgesundheitswesen, Suchtdispensaire und Suchtklinik zu einem funktionierenden System im Interesse der Suchtkrankenhilfe zusammenführte. Dazu diente das Prinzip der Doppelüberweisung, nach dem neben dem Informationsfluß zwischen Poliklinik, Ausnüchterungsstation und Betriebsgesundheitswesen immer eine zweite Überweisung als Information an das Suchtkrankendispensaire geschickt werden sollte. Schwierigkeiten gab es noch 1988 in zweierlei Hinsicht: Zum einen waren die Rückinformationen vom Suchtdispensaire an das Betriebsgesundheitswesen bei Therapieabbrüchen unzureichend, zum anderen wiesen Überweisungen von Krankenhäusern, die alkoholtoxische Organschäden behandeln, an das Suchtdispensaire oder das Betriebsgesundheitswesen Mängel auf. Die Früherfassung von Menschen mit Alkoholproblemen durch den Betriebsarzt basierte auf den Ergebnissen der Reihenuntersuchungen und der Krankenstandanalyse des Betriebes. Über Vorträge vor den Meistern und Abteilungsleitern wurden diese für Alkoholprobleme sensibilisiert, so daß sie wie auch die Kaderabteilung (die ostdeutsche Personalabteilung) Hinweise an den Betriebsarzt geben konnten. Betriebsangehörige wie auch deren Verwandte konnten sich zur Beratung an den Betriebsarzt in der Betriebsambulanz oder Betriebspoliklinik wenden. Der Betriebsarzt wiederum war Berater für die Leistungsgremien des Betriebes in Gesundheitsfragen. Zu seinen Aufgaben gehörten die Diagnostik der Art und des Grades der Alkoholproblematik, die Differentialdiagnostik zwischen Alkoholmißbrauch und Alkoholkrankheit und die Weiterbeobachtung von Verdachtsfällen von Alkoholabhängigkeit, wobei aufgrund seiner kurativen Tätigkeit durchaus die Führung von Mißbrauchern mit Organschäden über ein Trinkkontrollprogramm möglich

war. Ziel war unter anderem auch, durch betriebliche Hilfen „die soziale Stabilität der Alkoholkranken zu erhalten bzw. unsinnige Ausgliederungsprozesse zu bremsen und zu verhindern" (27).

Großbetriebe errichteten eigene Betriebsbetreuungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. So entstanden zum Beispiel allein in Dresden Betriebsbetreuungsstellen 1984 im VEB Elbchemie, 1985 im VEB Transformatoren- und Röntgenwerk sowie 1986 an der TU (3).

Wenn Friedrich HERBER (5) schrieb: „Alkoholmißbrauch ist keine Privatangelegenheit", und weiter ausführte: „Gesellschaftliches Eingreifen bei gehäuftem Mißbrauch oder Alkoholismus kann deshalb in Folge der allgemeinen Gefährdung der Gesellschaft durch den Betreffenden nicht als Beeinträchtigung seiner 'persönlichen Freiheit' angesehen werden", so traf er sicher die Grundhaltung vieler Suchttherapeuten, selbst wenn sie „befreiende Psychotherapie" z. B. im Sinne SCHIP-KOWENSKIS auf ihre Fahnen geschrieben hatten. Im patriarchalisch-fürsorglichen System der DDR konnten gesetzliche Regelungen im Interesse der Suchtkranken „benutzt" werden, obwohl sie in ihrer Ausrichtung auch diskriminierend wirken konnten. Als „kriminell gefährdet" galten unter anderem Bürger, die „in Folge ständigen Alkoholmißbrauchs fortgesetzt die Arbeitsdisziplin verletzen bzw. das gesellschaftliche Zusammenleben beeinträchtigen" (25a). Auf der Grundlage der Verordnungen über die Aufgaben der örtlichen Räte und der Betriebe bei der Erziehung kriminell gefährdeter Bürger in den Fassungen von 1974 und 1979 konnten durchaus sinnvolle Auflagen erteilt werden. Auflagen wie die, „einen ... zugewiesenen Arbeitsplatz einzunehmen und diesen nicht ohne Zustimmung des Auflagenerteilenden zu wechseln", „eine begonnene schulische und berufliche Aus- bzw. Weiterbildung fortzusetzen und abzuschließen", „einen zugewiesenen Wohnraum zu beziehen", „sich einer notwendigen fachärztlichen Untersuchung zu unterziehen", „einer ärztlich festgelegten Heilbehandlung bei Alkoholmißbrauch mit Verdacht auf Trunksucht oder bei Mißbrauch von Suchtmitteln nachzukommen und die ärztlichen Anweisungen strikt einzuhalten", nahmen auch die Betriebe, das Wohnungsamt und andere Behörden in die Pflicht. Sie bedeuteten also, mit anderen Worten, Kündigungsschutz bei der Arbeit und beim Wohnen.

Die spätere Rechtsprechung setzte durch, daß keinem Alkoholabhängigen wegen seiner Krankheit gekündigt werden konnte, wenn der Betrieb nicht zuvor geeignete Hilfsmaßnahmen eingeleitet und in angemessenem Maße durchzusetzen versucht hatte.

Auch die Ministerratsbeschlüsse über Aufgaben zur Einflußnahme und Kontrolle gegenüber psychisch auffälligen Bürgern, die sich asozial verhalten und die kriminell gefährdet sind, aus den Jahren 1985 und 1986 ließen sich therapeutisch nutzen (30). Gemeint waren unter anderem Alkoholiker und Alkoholikerinnen, „die auf Grund ihrer Persönlichkeitsentwicklung mit Krankheitswert nicht die Fähigkeit besitzen, sich gesellschaftsgemäß zu verhalten und deshalb unentschuldigt Fehltage verursachen". Die Anmerkung ist bemerkenswert: „Verhaltensänderungen sind bei diesen Werktätigen in der Regel nicht mit nachdrücklichen Disziplinarstrafen zu erreichen. Sie bedürfen vielmehr einer mit Unterstützung des Arbeitskollek-

tivs unter Einschaltung des Betriebsgesundheitswesens und anderer Fachkräfte zu organisierenden Hilfe und Betreuung." (12a) Dort, wo Betriebe geeignete und engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der Leitung dieser besonderen Brigaden beauftragten, wo diese Leiter und Leiterinnen der Brigaden an Fortbildungsmaßnahmen teilnahmen und mit Verständnis helfen wollten, wurden solche Brigaden Kristallisationspunkte für die soziale Rehabilitation auch von Suchtkranken. Andererseits wurden dort, wo Betriebe die Aufgabe nicht oder nur widerwillig wahrnahmen, die besonderen Brigaden Sammelorte für Problempersonen, die so noch mehr ins Abseits gedrängt wurden.

Auf der Grundlage einer Direktionsweisung Nr. 2/84 der Verwaltung der Sozialversicherung beim FDGB-Bundesvorstand konnte durch Gutachten festgestellt werden, daß die Beendigung eines Arbeitsverhältnisses durch eine psychische Krankheit - Alkoholismus eingeschlossen - bedingt war. Danach konnte rückwirkend Versicherungsschutz entstehen.

Ähnlich wurden das Gesetz über die Einweisung in stationäre Einrichtungen für psychisch Kranke aus dem Jahre 1968 oder die Richtlinie für die medizinische und psychologische Untersuchung und Beurteilung von Kraftfahrzeugführern aus dem Jahr 1982 im Interesse unserer Patientinnen und Patienten genutzt. Übrigens treten wir immer noch für die Wiedereinführung der 0,0-Promille-Regelung beim Führen von Kraftfahrzeugen ein.

Zur Methodik der Arbeit: Die Suchttherapeuten und Therapeutinnen arbeiteten vorwiegend mit den Inventarien der intendiert-dynamischen Gruppenpsychotherapie (7, 13, 14, 18), einer in der DDR entstandenen tiefenpsychologischen Richtung, weiterhin der Verhaltenstherapie (20, 21, 24, 31) und Gesprächspsychotherapie (4), für die es Platz in verschiedenen wissenschaftlichen Gesellschaften gab. Allerdings bestanden für die Weiter- und Fortbildung der Suchttherapeuten und -therapeutinnen sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter keine verbindlichen Anforderungen.

Bekannt ist, daß WENDT und TUCHSCHERER 1977 aus der damaligen Bezirksnervenklinik Uchtspringe Fortbildungen für die Suchttherapeuten aller Professionen organisierten. Es waren jedoch besonders die Fürsorgerinnen, die „die Flamme der aktiven Alkoholkrankentherapie“ in die Kreise der Bezirke trugen, wie KIELSTEIN (10) geradezu schwärmerisch bemerkte. In wenigen strukturschwachen Kreisen der DDR blieben sie bis zuletzt das wesentliche Element der Alkoholkrankentherapie, da erst wesentlich später genügend Psychologinnen und Psychologen auch in dieses ambulante Arbeitsfeld drängten.

Anteil an der verbesserten Therapeutenausbildung hatte Ilona STOIBER (20, 24) mit der Gründung der Arbeitsgruppe „Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit“ der Gesellschaft für Psychologie der DDR und der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie im Jahre 1979. Unter dem „Deckmantel verhaltenstherapeutischen Vorgehens“ (30) war die Arbeitsgruppe immer offen für differenzierte, patientenorientierte, integrative Behandlungskonzepte.

1984 schließlich entstand als „Sammlungsbewegung“ der Suchttherapeuten und -therapeutinnen der DDR eine Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankheiten der Sektion Psychiatrie in der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR, zu der alle interessierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Zugang hatten, also nicht nur Ärzte/Ärztinnen, sondern auch Psychologen/Psychologinnen, Fürsorgerinnen, andere Berufsgruppen. Ab 1987 führte diese Arbeitsgemeinschaft, die unter Leitung von Hugo von KEYSERLINGK jun. stand, Jahrestagungen durch, die für den Gedankenaustausch der Suchttherapeuten und -therapeutinnen äußerst wichtig wurden. Schon vor der Wende im Vorstand diskutiert, aber damals nicht durchsetzbar, gründeten die Aktiven dieser Arbeitsgruppe am 16. 5. 1990 in Dresden die Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren (GAD), die nicht nur Suchttherapeuten und -therapeutinnen anspricht, sondern auch präventiv Tätige wie abstinente lebende Suchtkranke aufnimmt, um sie unter anderem zu gemeinsamer konzeptioneller Arbeit zusammenzubringen (9).

Auch zuvor hatten die Suchttherapeuten und -therapeutinnen in der DDR eine enge Verbindung zur Abstinenzbewegung, wie sie besonders von Hubertus WINDISCHMANN und Hasso ENGEL befördert worden war. Das erklärt sich zum einen daraus, daß viele Selbsthilfegruppen und Therapeutische Klubs aus Therapiegruppen an den Polikliniken hervorgegangen waren, zum anderen große gemeinsame Veranstaltungen Suchttherapeuten und Abstinente immer wieder zusammenführten. 1979 beschloß WINDISCHMANN in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Abstinenzclub, ein Abstinenzlertreffen in Brandenburg durchzuführen. Zum damaligen Zeitpunkt gab es in der DDR bereits 80 Therapeutische Klubs und Gruppen, die aber häufig nichts voneinander wußten. Es folgten nun weitere große und großartige Treffen in Brandenburg in den Jahren 1981, 1983, 1986 und 1988. Ab 1982 begleiteten Treffen Therapeutischer Klubs und Selbsthilfegruppen die seit 1979 jährlich auf besondere Initiative von ENGEL durchgeführten Dresdner Klubgespräche, die sich zu einer bedeutsamen Fortbildungsveranstaltung für Suchttherapeuten und -therapeutinnen entwickelt hatten.

In die wissenschaftliche Arbeit waren zu DDR-Zeiten viele Praktiker einbezogen. So führten insbesondere die Arbeiten von WINDISCHMANN (28,29) zu einem besseren Verständnis des Delta-Alkoholismus, der von JELLINEK (5a) nur unzureichend für die praktikable Diagnostik beschrieben worden ist. Der Fragebogen zur Klassifikation des Trinkverhaltens Alkoholabhängiger von ROTH (17) erwies sich als ein treffsicheres und valides Instrument zur Diagnostik Alkoholabhängiger auf der Grundlage der Jellinekschen Typologie. Die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Alcohol Clinical Index von SKINNER und HOLT (19) aus Kanada, der in der westdeutschen Fachliteratur kaum zur Kenntnis genommen worden war, führte in der Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankheiten zur Erarbeitung eines Aufnahmebogens für Alkohol- und, Medikamentenabhängige (12) in einer Forschungsversion (Arbeitsgruppe um KIELSTEIN) und einer Praxisversion (Arbeitsgruppe um BERTRAM). Gudrun RICHTER (15) entwickelte ein Diagnoseinventar zur Identifizierung von Alkoholmißbrauch und Abhängigkeit bei Patienten, die zur Mitarbeit unter anderem auf Grund ihrer beruflichen Situation kaum bereit waren.

Die nach diesen Vorarbeiten schließlich in der DDR entstandene Nomenklatur zur Unterscheidung eines Alkoholmißbrauchs mit vorwiegend somatischen Komplikationen von einem mit vorwiegend psychosozialen Komplikationen hatte durchaus gesundheitspolitische Bedeutung (1, 16). Somatische Komplikationen führen vorwiegend zum Allgemeinmediziner und zum Internisten, so daß Ärzte/Ärztinnen dieser Fachgebiete zu angemessener Beratung einschließlich der Durchführung von Trinkkontrollprogrammen befähigt werden sollten, zumal diese Patienten und Patientinnen die Überweisung zu einer Beratungsstelle für sich häufig nicht akzeptieren konnten. Psychosoziale Komplikationen beruhen jedoch häufig auf dem Mangel an Konfliktlösungsstrategien, so daß für diese Patientengruppe schon die Überweisung zur Psychotherapie in die Beratungsstelle zu empfehlen war.

Vor dem Hintergrund all dieser Aktivitäten, Strukturen und Vernetzungen war die Richtlinie über Aufgaben des Gesundheits- und Sozialwesens zur Verhütung und Bekämpfung der Alkoholkrankheit vom 12. Juli 1989 eine ziemliche Spätgeburt. Zudem hatte es sich um eine schwierige Geburt gehandelt, die schließlich Wohlgestalt vermissen ließ und schlechter war als der erste Entwurf, aber immer noch besser als das, was zwischenzeitlich durch das Ministerium für Gesundheitswesen daraus gemacht worden war. So hinkte diese Richtlinie schon bei ihrer Veröffentlichung hinter bestehenden Initiativen hinterher, und andererseits fehlte jeder verbindliche Charakter. Dennoch bekam eine rechtliche Grundlage, was bisher mehr auf dem guten Willen von Verantwortlichen beruhend entstanden war. Die Richtlinie legte unter anderem grundsätzlich fest, daß die ambulante medizinische und soziale Betreuung der Patientinnen und Patienten mit Alkoholkrankheit in jedem Kreis zu gewährleisten und die stationäre medizinische Betreuung dieser Kranken in profilierten Kliniken bzw. Abteilungen von Krankenhäusern in allen Bezirken zu sichern sei. „DDR-typisch“ sollten die Bezirks- und Kreisärzte jeweils „einen politisch und fachlich qualifizierten Arzt mit der Koordinierung aller Aktivitäten des Gesundheitswesens zur Verhütung und Bekämpfung von Suchtkrankheiten im Territorium“ beauftragen. Wegen des weithin vorhandenen Mangels an politischer Qualifikation war dann in der Regel doch fachliche Kompetenz ausschlaggebend. Die Bedeutung der ambulanten Arbeit wurde wiederum dadurch unterstrichen, daß auf Kreisebene in der Regel der Leiter /die Leiterin der Beratungsstelle für Suchtkrankheiten damit beauftragt werden sollte.

Für die Arbeit der Beratungsstellen wurde in der Richtlinie festgelegt:

„(1) Die Beratungsstelle zur Betreuung von Patienten mit Alkoholkrankheit ist Bestandteil einer vom Kreisarzt festzulegenden Einrichtung der ambulanten medizinischen Betreuung. Sie trägt die Bezeichnung ‚Beratungsstelle für Suchtkrankheiten‘.

(2) Sie wird von einem speziell auf diesem Gebiet der Suchtkrankheiten qualifizierten Facharzt geleitet, der eng mit Psychologen, Krankenschwestern und Fürsorgerinnen zusammenarbeitet.

(3) Die Beratungsstelle sichert

- die diagnostische Abklärung überwiesener Patienten mit Verdacht auf Alkoholkrankheit,
- die Einleitung bzw. Weiterführung der Therapie bei Patienten mit Alkoholkrankheit,
- die fachliche Anleitung und Beratung der Patientengruppe sowie
- die Unterstützung der Haus- und Betriebsärzte sowie anderer medizinischer Leistungsbereiche bei der Früherkennung, Diagnostik und Langzeitbetreuung von Patienten mit Alkoholkrankheit einschließlich somatischer und psychosozialer Folgezustände.

(4) Die Beratungsstelle koordiniert alle Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation in Zusammenarbeit mit staatlichen Organen, dem Kreisrehabilitationszentrum sowie den Kombinat, Betrieben, Genossenschaften und Einrichtungen und unterstützt die Schaffung geeigneter Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten für Patienten mit Alkoholkrankheit.

(5) Die Beratungsstelle unterstützt die Kabinette bzw. Beauftragten für Gesundheitserziehung und nimmt Einfluß auf die Wissensvermittlung zur Verhütung und Bekämpfung der Alkoholkrankheit." (16a)

Innerhalb der DDR kritisierten die Suchttherapeuten und -therapeutinnen gerade wegen der regional erreichten vorbildlichen Lösungen in Teilbereichen (6,10)

- Mängel der Präventionsarbeit,
- eine unzureichende Früherfassung und damit Frühbehandlung der Suchtkranken,
- Mängel der Kooperation zum Beispiel mit dem Betriebsgesundheitswesen,
- Mängel einer durchgängigen Sicherung des Behandlungsnetzes, besonders der ambulant-stationären Zusammenarbeit,
- den Einsatz von für die Behandlung Suchtkranker ungeeigneten Therapeuten und die unzureichende Nutzung der psychotherapeutischen Methoden,
- das Fehlen von Einrichtungen für die Langzeitbehandlung und von Übergangseinrichtungen.

Was also sind unsere Positiva:

Als erstes waren es die Menschen, die in der lange Jahre wenig attraktiven Suchttherapie wuchsen und eng zusammenarbeiteten (23).

Suchttherapeuten und -therapeutinnen pflegten enge kooperative Beziehungen zu Hausärzten, Betriebsärzten und anderen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens, darüber hinaus zur Jugendhilfe, zur Ehe- und Familienberatung, sachbezogen auch zur Abteilung Innere Angelegenheiten.

Der Umgang der Behörden und Institutionen mit den Abhängigen wurde langsam angemessener und damit hilfreicher. Es gab einen Anspruch auf die Vermittlung einer Arbeit, einer Ausbildung, einer Wohnung. Die Betriebe waren in die Suchtkrankentherapie mit einbezogen.

Der Vorrang der durchgehenden ambulanten Behandlung wurde lediglich durch mangelnde Qualifikation des ambulanten Suchttherapeuten und erst in zweiter Linie durch mangelnde räumliche und zeitliche Gegebenheiten eingeschränkt. Ambulante Ganztagsbehandlung wurde zunehmend in sogenannten Tageskliniken realisiert. Aufsuchende Sozialarbeit für langfristig Abhängige war für die meisten Beratungsstellen selbstverständlich.

Ambulante Entgiftungen, natürlich von Ärzten/Ärztinnen in den Beratungsstellen oder in Kooperation geleitet, waren bei gegebener Indikation durchführbar. Stationäre Entgiftungen erfolgten in den Kreiskrankenhäusern, idealerweise unter täglicher Präsenz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus der Beratungsstelle, die die Weiterbehandlung nahtlos übernehmen konnten. Die Dauer der stationären Behandlung wurde nach individueller Notwendigkeit festgelegt. Gegebenenfalls erfolgte die Verlegung in die psychiatrische Suchtklinik, um zumindest Abstinenzfähigkeit bei Abstinenzwilligen für die ambulante Therapie zu erreichen. Auch Kriseninterventionen waren jederzeit möglich. Entwöhnungsbehandlungen dauerten konzeptgebunden in der Regel 3 bis 4 Monate, waren aber der individuellen Situation jederzeit anzupassen. Die Behandlung erfolgte überwiegend im regionalen Bezirksfachkrankenhaus, konnte aber bei entsprechender Indikation (erwünschte soziale Distanz, spezielle Therapiekonzepte) auch in entfernteren Einrichtungen durchgeführt werden. Natürlich war eine Stigmatisierung durch die Behandlung in der Psychiatrie nicht immer zu vermeiden. Im wesentlichen wurde aber Alkoholabhängigkeit als psychiatrische Erkrankung akzeptiert.

Einer konsequenten durchgängigen Therapie mit Nutzung aller ambulanten und stationären Möglichkeiten im Sinne eines Netzwerkes standen zumindest keine Finanzierungshindernisse im Wege. Schnelles und flexibles Reagieren auf die aktuellen Probleme der Patientinnen und Patienten war so prinzipiell möglich. Die Kompetenz der Suchttherapeuten und -therapeutinnen war auch bei den Kassen anerkannt.

Die enge Verbindung der ambulanten Suchttherapeuten und -therapeutinnen zu den Therapeutischen Klubs und Selbsthilfegruppen verbesserte die Möglichkeiten der Tertiärprophylaxe.

Zunehmend wurden erfahrene Suchttherapeuten und -therapeutinnen in die regionale Bedarfsplanung mit einbezogen (10).

Was war typisch für die DDR-Suchtcrankenhilfe? Für mich sind folgende Prinzipien erkennbar:

1. das Prinzip der Staatlichkeit,
2. das Prinzip der Individualität und der fachlichen Kompetenz,
3. das Prinzip der Kooperation und
4. das Prinzip des Vorrangs der ambulanten Behandlung vor einer stationären Therapie.

Zum Prinzip der Staatlichkeit gehört neben der weitgehenden Anbindung der Suchtcrankenhilfe an das staatliche Gesundheitswesen auch, daß, solange etwas

staatlich nicht geregelt ist, Entscheidungsspielraum regional Verantwortlicher besteht, daß aber dann, wenn Vorschriften ergangen sind, deren Ausmaß auch Uniformität bewirken kann. Intendiert wurde dabei auch eine Hierarchiebildung, die dazu führte, daß Einrichtungen vor allem in den Bezirksstädten als „Leiteinrichtungen“ die Entwicklung in den anderen Kreisen kontrollieren wollten. Das konnte, abhängig von den Personen, förderlich, aber auch ausgesprochen hemmend sein.

Dies führt uns zum genannten Prinzip der Individualität und der fachlichen Kompetenz. Die Persönlichkeit der Suchttherapeuten und -therapeutinnen, ihr Engagement, ihr Ansehen konnten wesentlich sein für die Förderung oder Behinderung ihrer Arbeit und die Entwicklung sogenannter „Insellösungen“, war aber innerhalb dieser gesteckten Grenzen förderlich für eine fachkompetente, oft wenig reglementierte Arbeit. Arbeitsgruppen in den Bezirken konnten auf Grund ihrer persönlichen Beziehungen auch bei mangelnder Unterstützung durch Behörden oft individuelle Lösungen finden.

Das Prinzip der Kooperation beschreibt auch den Zwang, daß, wenn man etwas erreichen wollte, die Zusammenarbeit mit Betrieben, Räten (also den Abteilungen der Stadt- und Kreisverwaltungen) und weiteren Institutionen zwingend erforderlich war. Auch die Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten anderer Bereiche und Fachgebiete ist hier gemeint. Alkoholabhängigkeit wurde bei uns tatsächlich als somatopsycho-soziale Krankheit aufgefaßt. Die Ärztin bzw. der Arzt hatten eine große Bedeutung, weil sie in der Suchtkrankentherapie nicht nur für die somatische Seite verantwortlich waren.

Der Vorrang der ambulanten Behandlung vor der stationären Therapie wurde von mir, hoffe ich, unter anderem am Beispiel der ambulanten Ganztagsbetreuung ausreichend beschrieben.

Dieses Versorgungssystem ist besonders mit dem forciert betriebenen Zusammenbruch der Polikliniken untergegangen. Erfahrene Suchttherapeuten und -therapeutinnen haben bei neuen Trägern neue Möglichkeiten, aber auch Einengungen erfahren. Manche werden immer noch von existentiellen Ängsten bedroht. Für die, die ihren relativ sicheren Arbeitsplatz behalten oder gefunden haben, ist die Bürokratisierung der Arbeit die einschneidendste negative Erfahrung. Doch das ist ein anderes Thema.

Literatur

- (1) BERTRAM, W.: Begriffsbestimmung und Einteilung von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit. In: Zschr. Klin. Medizin 45 (1990), Heft 1, S. 25-27
- (2) Empfehlungen des internationalen Symposions über psychiatrische Rehabilitation vom 23. bis 25. Mai 1963 in Rodewisch i.V. In: SPÄTE, H.F., A. THOM, K. WEISE: Theorie, Geschichte und aktuelle Tendenzen in der Psychiatrie. (Medizin und Gesellschaft - 15) Gustav Fischer Verlag, Jena 1982, S. 166-170.
- (3) ENGEL, H.: Erste Erfahrungen über die Arbeit von Betriebsbetreuungsstellen für Alkohol- und Arzneimittelabhängige. In: Behandlungsstrategien bei Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit. Ergebnisse der 2. Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankheiten der Sektion Psychiatrie der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR, Wustrow 3. -6. Oktober 1988. Hrsg.: KEYSERLINGK, H. v., V. KIELSTEIN, J. ROGGE. Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1990. S. 27 - 36.
- (4) GRÜSS, U.: Möglichkeiten und Grenzen der Gesprächspsychotherapie bei Alkoholkranken. In: Diagnostik und Therapie ...a.a.O., S. 60 - 66.
- (5) HERBER, F.: Alkohol. Prozepte - Promille - Probleme. 2. überarbeitete Auflage. Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1978
- (5a) JELLINEK, E. M.: Die Phasen der Alkoholsucht. In: Das Problem des Alkoholismus. Hrsg. v. A. Habernoll. G. Thieme, Stuttgart 1956. Jellinek, E. M.: The Disease Concept of Alcoholism. Yale University Press, New Haven 1960.
- (6) KEYSERLINGK, Hugo v.: Übersichtsreferat zu aktuellen Problemen der Sucht. In: Diagnostik und Therapie Suchtkranker. Ergebnisse der 1. Arbeitstagung der Arbeitsgruppe „Suchtkrankheiten“ der Sektion Psychiatrie der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR, Wustrow 27. - 30. Oktober 1987. Hrsg.: KEYSERLINGK, H.v., V. KIELSTEIN, J. ROGGE. Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1988. S. 9 - 16
- (7) KEYSERLINGK, H.v.: Intendiert-dynamische Gruppenpsychotherapie bei Abhängigen - Teil 2. In: Diagnostik und Therapie ...a.a.O., S. 75 - 80.
- (8) KEYSERLINGK, Hugo v.: Die stationäre und ambulante Behandlung Suchtkranker in der ehemaligen DDR und ihr gesundheitspolitischer Auftrag. In: Drogentagung 1990. Suchtkrankenbehandlung und Gesundheitspolitik in den alten und neuen Bundesländern. Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD e.V. (Hrsg.) Nicol-Verlag, Kassel 1991, S. 9-18.
- (9) KEYSERLINGK, H. v.: Von der Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankheiten zur Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren (GAD). Sucht 37 (1991) S. 90 - 92.
- (10) KIELSTEIN, V.: Aufgaben des Beauftragten des Bezirksarztes für die Betreuung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen. In: Behandlungsstrategien bei Alkoholmißbrauch ...a.a.O., S. 17-26.
- (11) KIELSTEIN, V.: Indikationskriterien und Prinzipien der ambulanten Therapie von Alkoholkranken. In: Behandlungsstrategien bei Alkoholmißbrauch ...a.a.O., S. 37-47.

- (12) KIELSTEIN, V., H. ENGEL; C. LINDE, H. v. KEYSERLINGK, M. RIBSCHLAEGER, G. RICHTER, A. WAHLSTAB, E. WEIHMANN: Erfassungs- und Dokumentationssystem für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In: Diagnostik und Therapie ...a.a.O., S. 12 - 35.
- (12a) Ministerratsbeschuß über Aufgaben zur Einflußnahme und Kontrolle gegenüber psychisch auffälligen Bürgern, die sich asozial verhalten und die kriminell gefährdet sind. Anlage 1. 1986. Unveröffentlicht.
- (13) RIBSCHLAEGER, M.: Intendiert-dynamische Gruppenpsychotherapie bei Abhängigen - Teil 1. In: Diagnostik und Therapie ...a.a.O., S. 67 - 74.
- (14) RIBSCHLAEGER, M., A. WAHLSTAB, K. KESTEN und I. ANGER: Therapie der Alkoholkrankheit. In: NICKEL, B., G.V. MOROZOV (Hrsg.): Alkoholbedingte Krankheiten. Grundlagen und Klinik. Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1989, S. 285-320.
- (15) RICHTER, G., P.G. KLEMM, M. ZAHN: Beitrag zur Lösung des Dreigruppen-Trennproblems in der Alkoholismus-Diagnostik - Vorschlag für einen 9-Item-Screening-Test. Zeitschrift für klinische Medizin 45 (1990), 79 - 83.
- (16) RICHTER, G., N. H. IVANEC, G. V. MOROZOV: Einteilung des Alkoholismus. In: Alkoholbedingte Krankheiten ... a.a.O., S. 36 - 50.
- (16a) Richtlinie über Aufgaben des Gesundheits- und Sozialwesens zur Verhütung und Bekämpfung der Alkoholkrankheit vom 1.7.1989. In: Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen (der DDR) 1989, Nr. 5, S. 40.
- (17) ROTH, J.: Fragebogen zur Klassifikation des Trinkverhaltens Alkoholabhängiger. Handanweisung. Hrsg. Psychodiagnostisches Zentrum, Sektion Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin, 1987
- (18) SCHMITZ, K., S. DÖTTGER, K. ERNST: Betreuung Alkoholkranker. Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1986.
- (19) SKINNER, H. A., S. HOLT. The Alcohol Clinical Index: Strategies for Identifying Patients with Alcohol Problems. Addiction Research Foundation, Toronto 1987.
- (20) STOIBER, I.: Stellung der Verhaltenstherapie in der Behandlung der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. In: 5. Arbeitstagung der Thematischen Arbeitsgemeinschaft und Sektion Verhaltenstherapie am 23. Mai 1984 im Städtischen Klinikum Berlin-Buch. Ergebnisse der Arbeitsgruppe Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Hrsg. v. DUMMER, W., und I. STOIBER. Manuskriptdruck. S. 2 - 11.
- (21) STOIBER, I.: Verhaltenstherapie bei Abhängigen. In: Diagnostik und Therapie ...a.a.O., S. 51 -59.
- (22) STOIBER, I.: Suchttherapie und Möglichkeiten der Therapeuten in der DDR. Sucht 37 (1991), S. 86-89.
- (23) STOIBER, I.: Situation und Perspektive der Suchtkrankenhilfe in den neuen Bundesländern. In: Jahrbuch Sucht 1992. Hrsg. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Neuland-Verlagsgesellschaft, Geesthacht 1991, S. 171 - 184.

- (24) TAGUNGSMATERIAL zum zehnjährigen Bestehen der Arbeitsgruppe Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit 1979 - 1989. Theorien -Tendenzen - Ergebnisse - Erfahrungen. Hrsg. von I. STOIBER und der Gesellschaft für Psychologie der DDR, TAG Verhaltenstherapie. Eigenverlag, 1989.
- (25) UHLE, M., K. WEISE: Zu einigen Entwicklungsfragen psychiatrischer Betreuungsorganisation in der DDR - 25 Jahre nach Rodewisch. In: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 40 (1988), 12, S. 697 - 703.
- (25a) Verordnung über die Aufgaben der örtlichen Räte und der Betriebe bei der Erziehung kriminell gefährdeter Bürger vom 19.12.1974. In: Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik, Teil I, 1975, Nr. 6, S. 130. Zweite Verordnung über die Aufgaben der örtlichen Räte und der Betriebe bei der Erziehung kriminell gefährdeter Bürger. In: Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik, Teil I, 1979, Nr. 21, S. 195.
- (26) WEISE, R.: Über die Konzeption des Komplexen Betreuungssystems für Alkoholranke in Leipzig. In: Behandlungsstrategien bei Alkoholmißbrauch ...(a.a.O.), S. 27-36.
- (27) WEISE, R.: Über die Konzeption des Regionalen Präventionssystems gegen Alkohol- und Drogengefahren in Leipzig. Sucht 37 (1991), S. 102-103.
- (28) WINDISCHMANN, H.: Die Alkoholismustypologie nach Jellinek und ihre Bedeutung für unsere tägliche Arbeit. In: 3. Erfahrungsaustausch abstinent lebender Alkohol- und Drogenkranker in der DDR, Bezirksnervenklinik Brandenburg, 1983, S. 107- 122.
- (29) WINDISCHMANN, H.: Ein Gläschen in Ehren... Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1989.
- (30) WINTER, E.: Alkoholismus im Sozialismus der Deutschen Demokratischen Republik - Versuch eines Rückblickes. Sucht 37 (1991), 2, 71 -85.
- (31) WINTER, E., I. STOIBER, H. ENGEL: Schicksal Abhängigkeit? Ausweg aus Problemen mit sich und dem Alkohol. (Psychologie populär) Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin 1988.

Motivationsarbeit bei alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten in somatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern

Ulrich John, Clemens Veltrup, Martin Driessen

Ziel des Beitrages ist die Darstellung des Problems der Versorgung alkoholabhängiger Patientinnen und Patienten in somatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern. Der Text ist in drei Teile gegliedert: erstens Angaben zur Häufigkeit des Alkoholismus, zweitens Motivationsarbeit als ein Versorgungsansatz für die betroffenen Patientinnen und Patienten und drittens Schlußfolgerungen zum Behandlungsbedarf.

1. Häufigkeit des Alkoholismus im Allgemeinkrankenhaus

Im Allgemeinkrankenhaus werden Alkoholabhängige mit körperlichen Störungen aufgenommen, die infolge der Abhängigkeit oder tendenziell unabhängig davon auftreten. Während des stationären Aufenthaltes kommt es zum Entzug, wenn die Patientinnen und Patienten keinen Alkohol trinken. Unter zwei Gesichtspunkten ist dieses Problem zu analysieren: 1. „Maskierung“ des Alkoholismus durch die körperlichen Erkrankungen, 2. Schätzungen der Häufigkeit von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus.

1.1 „Maskierung“ des Alkoholismus im Allgemeinkrankenhaus

Aus den vorliegenden Untersuchungen läßt sich schließen, daß Alkoholismus durch körperliche Erkrankungen „maskiert“ wird, d.h. diese stehen im Vordergrund der Therapie und lassen die Alkoholprobleme zu wenig berücksichtigt. Erforderlich ist ein zweigleisiges Vorgehen: die Behandlung der akuten körperlichen Störung und eine Behandlung der Alkoholabhängigkeit. Bis heute liegen keine genauen Erkenntnisse darüber vor, wie oft es zu einer Therapie des Alkoholismus kommt. Wahrscheinlich wird bei weitem nicht in allen Fällen eine Diagnose der Alkoholabhängigkeit gestellt, und von den diagnostizierten Alkoholikern und Alkoholikerinnen werden vermutlich nur wenige einer Therapie der Abhängigkeit nahegebracht. Dieses Fazit beruht im wesentlichen auf Resultaten einer Reihe internationaler Untersuchungen (vgl. JOHN & GEISLER, 1993). In einer Studie von TAYLOR et al. (1986) ergaben sich bei 313 Patienten und Patientinnen, bei denen nach Aufnahme Alkoholmißbrauch oder Alkoholabhängigkeit diagnostiziert wurde, folgende Aufnahmeanlässe: Trunkenheit 27 %, Kopfverletzung 22 %, Verkehrsunfall 18 %, Blutungen im Magenbereich 11 %, Delir 6 %, Frakturen 5 %, Blutungen der Speiseröhre 5 %, (sonstige Aufnahmeanlässe jeweils weniger als 5 %). Eine Studie von MOORE et al. (1989) über 2002 Patientinnen und Patienten identifizierte Alko-

holmißbraucher in folgenden Fachgebieten: Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Hals-Nasen-Ohren, Kardiologie, Neurochirurgie, Neurologie, Gynäkologie einschließlich Geburtshilfe, Psychiatrie.

1.2 Häufigkeit von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit in stationären Bereichen von Allgemeinkrankenhäusern Ergebnisse

Aus dem Stand der Forschung läßt sich das Fazit ziehen, daß 10 bis 20 % der untersuchten Patientinnen und Patienten auf Stationen von Allgemeinkrankenhäusern alkoholabhängig sind. Studien in den USA und Europa stimmen in diesen Quoten überein. In Deutschland liegen bisher zu wenige Arbeiten zur Frage der Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit in Allgemeinkrankenhäusern vor. Unter anderem wurden zwei Studien in Bayern erstellt (ATHEN & SCHRANNER, 1981; MÖLLER et al., 1987), in Lübeck sind zwei Untersuchungen abgeschlossen und weitere in der Durchführungsphase. Die Studien in Deutschland wurden mit dem Münchner Alkoholismustest durchgeführt (FEUERLEIN et al., 1979). Sie zeigen, daß 10 bis 20 % der untersuchten Patienten und Patientinnen alkoholabhängig sind; hinzu kommen Mißbraucher. Nehmen wir beide Gruppen zusammen, so ergeben drei von vier Arbeiten in Deutschland, daß 20 bis 25 % der Patienten und Patientinnen entweder Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit im Sinne des Münchner Alkoholismustests aufweisen. Die Quoten sind bei Männern höher als bei Frauen. Betrachten wir als Beispiele eine Untersuchung aus New York, eine aus Lausanne und eine aus Lübeck, so ergeben sich 30 bis 50 % der männlichen Patienten als alkoholabhängig (vgl. JOHN & GEISLER, 1993).

Forschungsaufgaben

Noch nicht gelöste Probleme betreffen erstens die Frage der Repräsentativität. Wir verfügen bisher lediglich über Ergebnisse, die für einzelne Stationen oder Abteilungen repräsentativ sind. Darüber hinaus sind jedoch repräsentative Resultate für ein Krankenhaus insgesamt und, wenn möglich, für alle Krankenhäuser einer bestimmten Region erforderlich. Ein zweites Problem betrifft die Frage der Diagnostik: In den Allgemeinkrankenhäusern sollte eine übereinstimmend standardisierte Diagnostik der Alkoholabhängigkeit geleistet werden. Ein drittes Problem besteht in der Motivierung der ärztlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, eine Diagnostik der Alkoholabhängigkeit auch durchzuführen. In einer unserer Studien fanden wir mit lediglich vier Fragen (VASE; JOHN, 1993) 20.2 % der Patientinnen und Patienten mit einem Verdacht auf Alkoholismus, der eine ausführlichere Diagnostik erforderlich machte. Eine Absicherung durch den Münchner Alkoholismustest ergab 15% der Patienten und Patientinnen als Alkoholabhängige. Die Stationsärzte identifizierten dagegen nur 8.9 % der Patienten als Alkoholabhängige, wenn wir die entsprechenden schriftlichen Berichte zugrundelegen (JOHN & GEISLER, 1993).

2. Motivationsarbeit

Im folgenden wird mit der Motivationsarbeit ein Ansatz zur Versorgung alkoholabhängiger Patientinnen und Patienten im Allgemeinkrankenhaus vorgestellt. Nach Definitionen geht es um die Struktur eines Motivationsprogramms und therapeutisch potentiell wirksame Faktoren. Die Motivationsarbeit bildet einen Mosaikstein im Gebäude der Versorgung Alkoholkranker (JOHN, 1985). Sie soll möglichst nahe an der medizinischen Primärversorgung angesiedelt sein und vor allem der Behandlung derjenigen Kranken dienen, die zwar zur stationären Behandlung aufgenommen werden, bei denen die Alkoholabhängigkeit aber nicht zielgerichtet behandelt wird.

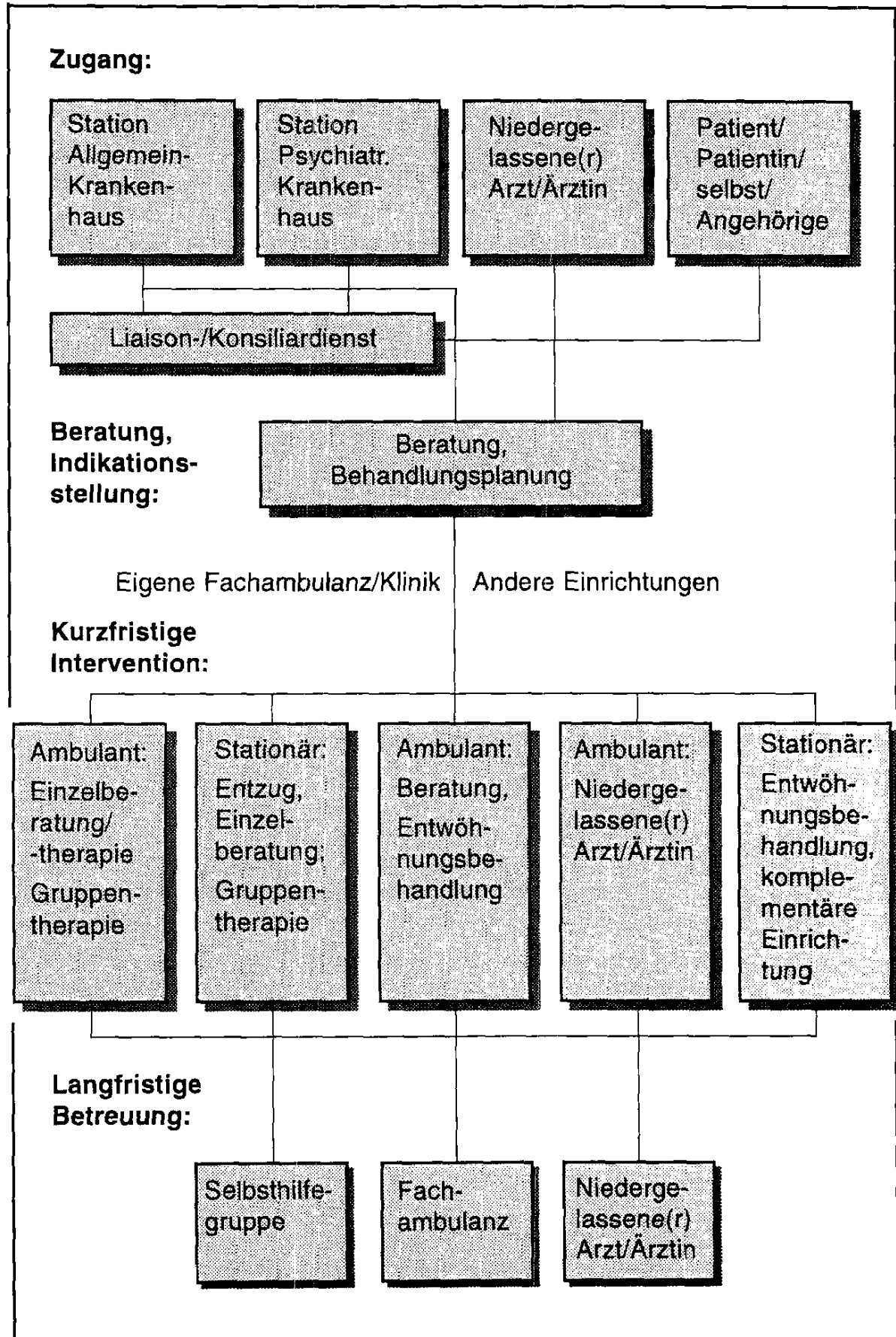
2.1 Definitionen

Motivationsarbeit besteht aus Interventionen mit dem Ziel der Änderung von Verhalten und psychologischen Einstellungen in Richtung einer Abstinenz von psychotropen Substanzen. Das aktuelle Ziel auf Seiten der Patientin oder des Patienten kann auch vorübergehende Abstinenz oder gemäßigter Konsum sein; das Fernziel der Behandlung besteht in lebenslanger Abstinenz. Die Interventionen sind an Mißbraucher oder Abhängige von psychotropen Substanzen gerichtet. Bei den Interventionen kann es sich um Beratung, psychotherapeutische oder andere Maßnahmen handeln, die dem Ziel der Abstinenz potentiell dienen. Motivierung soll an einem oder mehreren von drei Elementen ansetzen, auch wenn sie nur rudimentär vorhanden sind: Änderungsmotivation, Behandlungsmotivation, Abstinenzmotivation. Die Änderungsmotivation bezeichnet die Absicht, am eigenen Leben, in beeinträchtigten Bereichen, etwas zu ändern. Sie beinhaltet z.B., daß ein Patient oder eine Patientin meint, etwas gegen seine oder ihre Partnerschaftsprobleme tun zu müssen. Über diesen Weg läßt sich ein Zusammenhang mit dem Alkoholmißbrauch erarbeiten. Die Motivation zur Teilnahme an einer Behandlung (Behandlungsmotivation) kann vordergründig sein. Sie setzt nicht zwingend eine Abstinenzmotivation voraus. Die Abstinenzmotivation ist das entscheidende Ziel, das erarbeitet werden soll.

2.2 Struktur eines Motivationsprogramms

Das folgende Programm ist in die psychiatrische Versorgung oder die medizinische Primärversorgung integrierbar. Es wird ausführlicher von VELTRUP & DRIESSEN (1993) vorgestellt. Es deckt sich weitgehend mit Erfahrungen in einzelnen psychiatrischen Krankenhäusern. Zugangswege für eine solche Interventionseinheit sind u.a. die Stationen im Allgemeinkrankenhaus (Abb. 1). Die Patientinnen und Patienten erhalten nach einer ersten Kontaktaufnahme über einen Liaison- oder Konsiliardienst, der von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Motivationsprogramms geleistet wird, oder als ersten Schritt eine Beratung mit Behandlungsplanung: ein Indikationsgespräch. Nach diesem Indikationsgespräch ergeben sich mehrere Möglichkeiten einer kurzfristigen Intervention.

Abb. 1 Struktur der Motivationsarbeit



In der Fachambulanz für Abhängigkeiten besteht die Möglichkeit von Beratung sowie Einzel- oder Gruppentherapie. Stationär können neben dem somatisch-medizinischen Entzug Einzelberatung sowie die Teilnahme am stationären Motivationsprogramm angeboten werden. Weitere Möglichkeiten sind Beratung oder Behandlung in einer anderen ambulanten Einrichtung oder bei einem niedergelassenen Arzt/Ärztin sowie die Entwöhnungsbehandlung oder die Überweisung an eine komplementäre Einrichtung. Die langfristige Betreuung ist vor allem durch Selbsthilfegruppen gewährleistet. Im folgenden wird ein Ausschnitt, die stationäre Gruppentherapie, beschrieben.

Stationäre Gruppentherapie

Das Behandlungsprogramm ist strukturiert, d.h. für jeden Tag sind die Behandlungselemente und der gesamte Ablauf festgelegt. Die Arbeit in den gruppentherapeutischen Sitzungen orientiert sich allerdings an den Bedürfnissen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Verlauf und Inhalte dieser Gesprächsrunden sind durch einen inhaltlichen Rahmen festgelegt. Die Dauer der Behandlung beträgt drei Wochen. Eine Ausdehnung auf vier Wochen ist aufgrund der Erfahrungen wünschenswert.

Eine *Gruppe mit Therapeuten oder Therapeutinnen* findet an allen Wochentagen statt. Die Gruppe dient als sozialer Mikrokosmos der Offenlegung von Verhaltensauffälligkeiten und -Störungen und kann so Verhaltensänderungen fördern. In der ersten Woche wird vor allem eine Problem- und Verhaltensanalyse mit allen Patienten und Patientinnen durchgeführt. In der zweiten Woche geht es um das Üben konkreter Bewältigungsstrategien für den Umgang mit Gefährdungs- und Risikosituationen. In der dritten Woche versuchen die Patienten, mittel- und langfristige Ziele im Rahmen der alkoholbezogenen Probleme zu entwickeln. Je nach Bedarf werden auch Sachthemen in den gruppentherapeutischen Sitzungen besprochen, z.B. Erkrankungen infolge des Alkoholmißbrauchs. Eine *Gruppe ohne Therapeuten* findet einmal wöchentlich statt. Die Patienten sollen Gelegenheit haben, die Regeln ihres Zusammenlebens zu klären und auf deren Einhaltung zu achten. Darüber hinaus müssen sie an drei Abenden in der Woche an Treffen der in der Stadt vertretenen *Selbsthilfegruppen* teilnehmen. Dies soll bei ihnen die Schwellenängste gegenüber Selbsthilfegruppen mindern helfen und sie motivieren, sich für ein Angebot zu entscheiden, das sie nach der Behandlung in Anspruch nehmen möchten.

Bei Bedarf sind *Gespräche zwischen Angehörigen und dem Therapeuten bzw. der Therapeutin* möglich. Ziel ist, den Angehörigen dabei zu helfen, die Patienten und Patientinnen besser zu verstehen und angemessen mit ihnen umzugehen sowie sie zur Teilnahme an einer Angehörigengruppe zu ermuntern. Neben den genannten Angeboten nehmen die Patientinnen und Patienten täglich an *Gymnastik* und *Werktherapie* teil. Dreimal wöchentlich findet *autogenes Training* statt.

2.3 Therapeutische Wirkfaktoren

Unabhängig von der Art der Intervention, z.B. ambulante Beratung oder dreiwöchige Motivationsgruppe, gelten 12 Grundsätze der Motivierungsarbeit:

1. Akzeptieren, Empathie zeigen,
2. Selbstwert fördern,
3. Vertrauen geben,
4. den Alkoholkranken Ansprüche durch das soziale Netzwerk verstehbar machen,
5. Alkoholprobleme definieren und den Alkoholkranken die Entscheidung darüber lassen, sich als abhängig zu sehen oder nicht,
6. konfrontieren mit der alkoholischen Realität, wenn Akzeptanz hergestellt ist,
7. den Alkoholkranken die Wahlfreiheit zu Form, Dauer und Ziel der Hilfe lassen,
8. Selbstverantwortlichkeit für die zukünftige Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit fördern,
9. Ziele konkret definieren,
10. die Entscheidung fördern, sich allein oder in der Gruppe mit der Abhängigkeit auseinanderzusetzen,
11. die Wahrnehmung von Risikosituationen für erneuten Alkoholkonsum und entsprechende Verhaltensmöglichkeiten fördern und üben,
12. Kontinuität der Hilfe gewährleisten.

Zwei Behandlungselemente werden im folgenden dargestellt: Umgang mit psychischer Abwehr der Realität der Abhängigkeit sowie Kontinuität der Hilfe.

Umgang mit psychischer Abwehr der Realität der Abhängigkeit

Abwehr ist als psychischer Schutz Abhängiger zu verstehen, der sein oder ihr alkoholisches Lebenssystem unterstützt. Es handelt sich um abhängigkeitspezifische Wahrnehmungen, Äußerungen und Handlungen. Alkoholkranken stellen diese so auf das Trinken ab, daß sie einen Tagesablauf ermöglichen, der Alkoholkonsum dann erlaubt, wenn er der Abhängigkeit zufolge erforderlich ist. Die Handlungen sind z.B.: Verstecken von Alkohol, Ausreden im Arbeits- oder Familienleben, um rasch an Alkohol zu gelangen. Erklärungsansätze zur Abwehr liegen vor allem in den psychologischen Theorien der kognitiven Dissonanz und des Selbstwertschutzes (JOHN, 1990).

Die Bearbeitung von Abwehr läßt sich als notwendiger Bestandteil der Beratung und Therapie Alkoholabhängiger bezeichnen. Beratung und Therapie sollten persönliche Entscheidungen fördern, insbesondere über die Selbstwahrnehmung als alkoholkrank sowie die Art der Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit. Es lassen sich drei Handlungsleitlinien zum therapeutisch sinnvollen Umgang mit Abwehr zusammenfassen: 1. Die Patienten und ³atientinnen sollten zu ihren Einstellungen und Normen über Alkoholranke im allgemeinen befragt werden. Vieles

von der Abwehr wird dann deutlich. 2. Es ist den Patientinnen und Patienten dabei zu helfen, ihre alkoholische Realität, gekennzeichnet durch die Sorge um ausreichende Alkoholvorräte, zu erkennen. Eine vertrauensvolle Beziehung ist dafür notwendig. 3. Wenn die Abwehr nicht zu groß erscheint, sollten eigene Einstellungen der Alkoholikerinnen und Alkoholiker über das, was wichtige Personen aus dem sozialen Netzwerk meinen, bearbeitet werden. Diese Handlungsleitlinien ergeben sich aus den aufgezeigten Grundsätzen sowie der Beratungspsychologie.

Kontinuität der Hilfe

Die Patientinnen und Patienten lernen primär aus der Gesamtheit ihrer Erfahrungen und nicht zwangsläufig allein aus den Vorschlägen von Therapeuten. Sind sie z.B. überzeugt, aufgrund von Vermeidungsstrategien, ohne weitere Hilfen erneutes Trinken zu verhindern, und mißlingt ihnen dies, wird ein Teil von ihnen geneigt sein, die Argumente der Berater und Beraterinnen für die Notwendigkeit einer Behandlung mehr als vorher zu akzeptieren. Es kommt darauf an, daß die Patientinnen und Patienten vor, während oder nach dem erneuten Trinken den Kontakt zur Beraterin oder dem Berater wieder aufnehmen. Dazu sollte den Betroffenen vermittelt werden, daß ein sogenannter Rückfall auch eine lehrreiche Erfahrung sein kann.

Ein Angebot unter mehreren Hilfen ist die minimale therapeutische Intervention. Sie wurde für jene Patientinnen und Patienten konzipiert, die glauben, daß sie allein aus eigener Kraft „trocken“ bleiben können. Sie werden eingeladen, sich in monatlichen Abständen in der Fachambulanz zu melden, um über ihre Erfahrungen zu berichten. Ziel ist, die Patienten und Patientinnen zu begleiten, ihren Umgang mit Risiko- und Gefährdungssituationen zu besprechen und erforderlichenfalls die Behandlungsmotivation schrittweise zu erhöhen. Eine weitere Form minimaler Intervention ist die „Puste-Ambulanz“: Ehemalige Patienten kommen regelmäßig in die Ambulanz, um ihre Abstinenz mittels Atemalkoholkontrolle unter Beweis zu stellen. Lernpsychologisch läßt sich zeigen, daß dies ein effizientes Vorgehen sein kann.

3. Schlußfolgerungen zum Behandlungsbedarf

Sechs Schlußfolgerungen sind hervorzuheben:

1. Alkoholismus im Allgemeinkrankenhaus wird bisher zu selten entdeckt und zu selten gezielt behandelt.
2. Alkoholismus im Allgemeinkrankenhaus ist ein häufiges Problem.
3. Die Motivationsarbeit ist als ein wirksamer Beitrag zu Hilfen für abhängige Patientinnen und Patienten zu werten.
4. Besonders wichtige Bestandteile der Motivationsarbeit sind die Bearbeitung von Abwehr der Realität der Alkoholabhängigkeit, Kontinuität der Hilfe sowie knappe Interventionen (Beratung, stationäre Kurzintervention).

5. Das Programm der Motivationsarbeit ist in ein Netzwerk der Hilfen eingebunden und ermöglicht individuelle Behandlungsketten.
6. Die Empfehlungsvereinbarung zur Kostenregelung zwischen Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen im stationären Bereich aus dem Jahr 1978 (WENIG, 1979) wird dem aktuellen Wissensstand nicht gerecht (vgl. WIENBERG, 1992). Sie regelt: Behandlungsnotwendigkeiten lediglich bei einer Minderheit Alkoholabhängiger und sollte deshalb ersetzt werden durch die Vereinbarung einer konzertierten Aktion der an Beratung und Behandlung Alkoholabhängiger Beteiligten. Eine solche Vereinbarung sollte ein breites Spektrum an Hilfen umfassen, um individuelle Behandlungsketten zu ermöglichen.

Es ergibt sich der im folgenden beschriebene Behandlungsbedarf. Stationen zur Motivationsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit sind sowohl an Allgemeinkrankenhäusern als auch an psychiatrischen Krankenhäusern zu errichten oder auszubauen. Möglichst alle Patientinnen und Patienten sind hinsichtlich Alkoholismus zu diagnostizieren. Wenn sich eine Alkoholabhängigkeit oder ein Alkoholmißbrauch als sicher oder wahrscheinlich herausstellt, sind die Betroffenen sobald wie möglich in die stationäre Motivationsbehandlung zu verlegen. Dort sollte eine standardisierte Motivationsarbeit durchgeführt werden, wenn die Patientinnen und Patienten folgende Einschlusskriterien erfüllen: 1. Die Diagnose der Alkoholabhängigkeit oder des Alkoholmißbrauchs ist gestellt. 2. Eine minimale Änderungsmotivation ist vorhanden. Eine Abstinenzmotivation ist nicht zwingend erforderlich. Die Therapie ist ungeeignet für Patienten mit beginnendem Korsakow-Syndrom, mit anderen nicht ausreichend behandelten psychischen oder körperlichen Erkrankungen. Sie benötigen andere therapeutische Hilfen. Die Dauer der stationären Motivationsbehandlung beträgt bis zu vier Wochen. Es sollte sich um Stationen oder Abteilungen mit einer Größe von 18 Betten handeln, in denen die Arbeit in zwei Gruppen zu je neun Patienten und Patientinnen durchgeführt wird. Der Personalbedarf ist nach der Psychiatrie-Personalverordnung zu bemessen. Es sind zehn Stellen für Arzt/Ärztin, Dipl.-Psychologen/Psychologin, Pflegepersonal, Physiotherapeut/Physiotherapeutin, Ergotherapeut/Ergotherapeutin, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin vorzuhalten.

Literatur

- ATHEN, D., SCHRANNER, B.: Zur Häufigkeit von Alkoholikern im Krankengut einer medizinischen Klinik. In: KEUP, W. (Hrsg.): Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe. Stuttgart 1981, S. 43-47
- FEUERLEIN, W., KÜFNER, H., RINGER, C. & ANTONS, K. (1979). Münchner Alkoholismustest. Weinheim: Beltz.
- JOHN, U. (1985). Rehabilitation Alkoholabhängiger. Ansätze und Grenzen sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. Freiburg: Lambertus.
- JOHN, U. (1990). Psychische Abwehr Alkoholabhängiger. Erklärungsansätze, empirische Bestimmung und Behandlung. In: D. SCHWOON & M. KRAUSZ (Hrsg.) Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Enke, S. 61-68.
- JOHN, U., & GEISLER, J. (1993). Fallfindung bei Alkoholismus im Allgemeinkrankenhaus. Tagung Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie, Berlin, 15./16. 3. 1993.
- JOHN, U. (1993). Die Alkoholkrankheit. Neue Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. TW Neurologie Psychiatrie, 7, 183-186.
- MÖLLER, H. J., ANGERMUND, A., MÜHLEN, B.: Prävalenzen von Alkoholismus an einem chirurgischen Allgemeinkrankenhaus: Empirische Untersuchungen mit dem Münchner Alkoholismus-Test. Suchtgefahren, 33, 1987, 199-202
- MOORE, A. D., BONE, L. R., GELLER, G., MAMON, J. A., STOKES, E. J. & LEVINE, D. M. (1989), Prevalence, detection, and treatment of alcoholism in hospitalized patients. Journal of the American Medical Association, 261, 403-407.
- TAYLOR, C. L, PASSMORE, N., KILBANE, P. & DAVIES, R. (1986). Prospective study of alcohol-related admissions in an inner-city hospital. Lancet, 2,265-268.
- VELTRUP, C. & DRIESSEN, M. (1993). Einfluß einer Kurzzeitpsychotherapie auf den Krankheitsverlauf bei alkoholabhängigen Patienten. Sucht, 39, 168-172.
- WENIG, M (1979) Zusammenarbeit zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Die Krankenversicherung, 3-14.
- WIENBERG, G. (1992). Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik - ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: G. Wienberg (Hrsg.) Die vergessene Mehrheit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Die Tagesklinik für Abhängigkeitskranke als integrierter Bestandteil einer regionalisierten Suchtkrankenversorgung

Günther Kruse

Rückblick

In der als richtungsweisend angesehenen Psychiatrie-Enquete heißt es: „Spezielle Tageskliniken für Suchtkranke erübrigen sich. Auf eine tagesklinische Betreuung angewiesene Suchtkranke sind verhältnismäßig selten. Derartige Patienten können in der Regel in allgemeinen psychiatrischen Tageskliniken und Tagesstätten betreut werden.“

Diese These hat sich offenbar auch nach Auffassung der Veranstalter als falsch erwiesen. Denn: Zum einen ist die tagesklinische Behandlung von Suchtkranken auf allgemeinen psychiatrischen Stationen nicht möglich und wird von Therapeutinnen und Therapeuten als obsolet abgelehnt, und zum ändern sind abhängige Patientinnen und Patienten, die tagesklinisch behandelt werden können, ganz offensichtlich nicht so selten wie damals angenommen. So war eine Korrektur der damaligen Einschätzung angezeigt. Diese ließ auch nicht lange auf sich warten und erfolgte durch die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung. Es finden sich dort - zwar nicht im Kapitel „Tagesklinik“, dafür aber im Kapitel „Abhängigkeitskranke“ - die Forderungen, daß in einem regionalen Gesamtversorgungskonzept auch die teilstationäre Versorgung den Abhängigkeitskranken nicht - wie bisher - vorenthalten bleiben darf. Dort, wo die tagesklinische bzw. nachtklinische Behandlung Abhängigkeitskranker realisiert werde, bewähre sie sich.

Bewährt habe sich auch die Genehmigung eines sogenannten Tagesklinikstatus für Patientinnen und Patienten in der Schlußphase der stationären Behandlung. Aus therapeutischen Gründen könne es erforderlich sein, daß Patientinnen und Patienten tagsüber an den therapeutischen Programmen der Klinik teilnahmen, abends, nachts und an Wochenenden jedoch zu Hause seien, um sich allmählich und unter therapeutischer Begleitung wieder an das Leben in der Familie zu gewöhnen.

Die frühere Zurückhaltung gegenüber tagesklinischer Behandlung von Suchtkranken liegt sicherlich in der überfürsorglichen und unterfordernden therapeutischen Zugangsweise, die damals noch gepflegt wurde. Man lief Anfang der 80er Jahre Gefahr, sich lächerlich zu machen, überlegte man, Suchtkranke auch tagesklinisch zu behandeln. Von ambulanten Behandlungsmöglichkeiten war ja damals überhaupt noch nicht die Rede. Auch ich konnte mir vor 15 Jahren aus der von stationären Behandlungsperspektive einer Suchtabteilung eines Landeskrankenhauses überhaupt nicht vorstellen, daß ein alkoholkranker Mensch, wenn man ihm oder

ihr vor Abschluß der Therapie Urlaub gibt, jemals nüchtern wieder zurückkehren würde. Wie zu erwarten, gaben sich die Süchtigen auch entsprechende Mühe, unsere Erwartungen nicht unerfüllt zu lassen.

Aufbau einer Tagesklinik für Suchtkranke

Seit Beginn der 80er Jahre hat es eine zunehmende Anzahl von Publikationen gegeben, die sich mit dem Thema befassen. So hat der Psychologe MÜNZENBERG 1980 über die Möglichkeiten der Alkoholismusbehandlung durch eine Tagesklinik berichtet und wenig später SAWITZKI und KRUSE (1981). LÖFFEL-HOLZ-DRESSLER, SCHEIDT-WUNNENBERG (1984) und KRUSE (1984) sowie KRUSE/SIEVERS (1987) empfahlen, die Tagesklinik als Glied in der Versorgungskette innerhalb einer regionalisierten Suchtkrankenversorgung zu verankern. Angesichts dessen fällt die Behauptung KIELSTEINS (1992), in Deutschland sei schlichtes Nichtwissen über die tagesklinische Behandlung von Suchtkranken verbreitet, ein Stück auf ihn selbst zurück.

Die 1984 auf der DGPN-Tagung in Tübingen während meines Vertrags zum selben Thema von mir gestellte Frage, ob es außer den Modellen in Bremen und Hannover ein weiteres gebe, blieb unbejaht. 1992 stellte sich immerhin bei der in Weinsberg durchgeführten 4. Arbeitstagung der Leiterinnen und Leiter der Suchtfachbereiche psychiatrischer Krankenhäuser heraus, daß mittlerweile mindestens 8 Tageskliniken für Suchtkranke etabliert sind.

Patientengruppen

Aus persönlicher Anschauung sind mir zwei gut funktionierende Tageskliniken bekannt, die allerdings jeweils ein abweichendes Angebot für unterschiedliche Patientengruppen vorhalten.

Wie es in der Kategorie S 6 der Personalverordnung Psychiatrie beschrieben wird, werden in Tageskliniken alkohol- und/oder medikamentenabhängige Patientinnen und Patienten behandelt, die bereits entgiftet sind und *nicht oder nicht mehr* vollstationär behandlungsbedürftig sind.

In dem Fall, in dem die Patienten und Patientinnen nicht vollstationär behandlungsbedürftig sind, kann die teilstationäre Behandlung gewissermaßen die „Entwöhnungskur“ ersetzen. In der anderen Variante schließt sich hingegen nach Abschluß einer Entwöhnung die tagesklinische Behandlung an. Therapeuten und Therapeutinnen oder Patienten und Patientinnen halten dann den „Kurerfolg“ aus diversen Gründen noch nicht für „haltbar“ genug.

Variante 1: Therapie nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftiger Patienten

Bei dieser Variante hatten in der Bremer Klinik Psychiatrie III (Sebaldsbrück) alle in der Tagesklinik aufgenommenen Patienten und Patientinnen eine vollstationäre Behandlung durchlaufen. Diese vollstationäre Therapie wurde üblicherweise durch eine sogenannte Kurzzeittherapie dargestellt (etwa 8 Wochen). Die Suchtproblematik steht neben primären und sekundären Erkrankungen therapeutisch im Vor-

dergrund. Das heißt, die Therapeutinnen und Therapeuten der Tagesklinik können darauf zurückgreifen, daß bereits während der stationären Behandlung beispielsweise der Besuch von Selbsthilfegruppen eingeübt wurde, weil dies als unabdingbar angesehen und die Bereitschaft dazu als Vorbedingung gestellt wurde.

Getreu den jetzt unter S 1 der Psych-PV beschriebenen Behandlungszielen - Erkennen der Abhängigkeit, Abstinenz, Befähigung zur ambulanten Behandlung, Integration in Selbsthilfegruppen, Krisenbewältigung, Vermeidung oder Verkürzung vollstationärer Behandlung - war dieser Akzent also bereits voll integriert. Die Indikation zur Aufnahme in die dortige Tagesklinik wurde dann gestellt, wenn schwerwiegende häusliche und familiäre Komplikationen sowie körperliche und seelische Behinderungen bestanden, die es dem Therapeutenteam bzw. dem behandelnden Arzt/Ärztin auf der vorherigen Station unmöglich erscheinen ließen, den Patienten oder die Patientin ohne eine weiterführende und begleitende klinische Behandlung nach Hause zu entlassen. Entsprechend waren die Patientinnen und Patienten auf dieser Station häufig bedeutend älter als die Vergleichsgruppe in Hannover. Beispielsweise war in der Bremer Tagesklinik mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten älter als 50 Jahre. Der hannoversche Altersdurchschnitt lag bei 38 Jahren.

Patienten und Patientinnen, die in dieser Therapie bereits innerhalb der ersten 3 Wochen die Behandlung abbrachen, waren nach unseren Erfahrungen durch ein dreifaches Handicap gekennzeichnet, nämlich, daß sie sowohl alkohol- als auch medikamentenabhängig waren und zudem alleine lebten. Sie hatten die höchste Rückfallrate, während diejenigen, die die ersten 3 Wochen „überstanden“, zumindest innerhalb eines Jahreszeitraums zu 50 % trocken blieben. Wie so oft konnte auch hier festgestellt werden, daß die Frauen offenbar am wenigsten Chancen hatten, von der Behandlung zu profitieren, insbesondere diejenigen, die noch eine Arbeit hatten und durch die tagesklinische Behandlung von der Arbeit ferngehalten wurden.

Variante 2: Tagesklinische Behandlung nicht vollstationär (entwöhnungs-) behandlungsbedürftiger Patienten

Hier könnte die Vermutung aufkommen, daß für eine solche Behandlung nur die edelste Kategorie von Suchtkranken in Betracht kommt, Patientinnen und Patienten, die sogar die von den Rentenversicherungen aufgestellten Hürden überspringen könnten. Denn es schien den Eingeweihten nahezu unmöglich, daß es sofort nach einer Entgiftung machbar sein sollte, Alkoholranke mit 5 x 8 Std. Therapie pro Woche trocken „zu halten“, sie aber 5 x 16 Std. und 2 x 24 Std. pro Woche auf sich alleingestellt sein zu lassen. Wenn man dann noch durch strenge Regularien dafür sorgen würde, daß rückfällige Patienten und Patientinnen nicht mehr aufgenommen werden, könnte die Gruppe bedenklich klein und fein werden. Sie wäre möglicherweise auch ohne jede Behandlung fähig, zukünftig trocken zu bleiben. Wenn aber die tagesklinische Behandlung flexibler, federnder, problemorientierter, rückfallanlaßbezogener arbeitet, kann durchaus die Beobachtung angestellt werden, daß man nicht nur 4-Sterne-Admirale der Trockenheit in der Therapie behütet.

So besagen unsere jetzigen hannoverschen Erfahrungen, daß von den im Durchschnitt 15 in Behandlung befindlichen Patienten und Patientinnen nicht mehr in deutlich gesicherteren Verhältnissen leben als die Akutkranken auf den Vollversorgungs-Sucht-Aufnahmestationen. Der elementare Unterschied dürfte der sein, daß eine eigene Wohnung/Unterkunft vorhanden ist. Ohne die Merkmale exakt beschreiben zu können (ganz zu schweigen von Wissenschaftlichkeit), hat man jedoch den Eindruck, daß bei dieser Form der „Entwöhnungstherapie“ eine bestimmte Gruppe von Patientinnen und Patienten davon in besonderer Weise profitieren kann.

Im Zeitraum von 1988 bis 1992 haben bisher ca. 150 Aufnahmen stattgefunden, davon 25 Wiederaufnahmen. Von den 125 insgesamt behandelten Patientinnen und Patienten waren 91 (72,8 %) Männer, 34 (27,2 %) Frauen. Im Arbeitsverhältnis standen zu diesem Zeitpunkt noch 58 (46,4 %), 40 Männer (44 %) und 18 Frauen (53 %)!!

Zugangswege im regionalen Verbund

In Hannover arbeiten die Kliniken regionalisiert. Es gibt einige wenige Ausnahmen, die sektorübergreifend tätig sind, u.a. unsere Drogenentzugsstation oder unsere Abteilung für Suchtkranke in der Tagesklinik. Durchweg werden die Patientinnen und Patienten während der Entzugsbehandlung in den umliegenden psychiatrischen Kliniken oder Allgemeinkrankenhäusern auf unsere Einrichtung aufmerksam gemacht. In einem „Vorstellungsgespräch“ versuchen wir zu klären, ob die betroffene Person den Willen besitzt, auf Alkohol und Medikamente zu verzichten und - ob sie bereit ist, bei Nichteinhalten dieser Abstinenzverpflichtung ihren Rückfall anzusprechen und sich damit auseinanderzusetzen. Man darf den mit den Aufnahmegesprächen verbundenen zeitlichen Aufwand im übrigen nicht unterschätzen.

Darüber hinaus gibt es in der Kooperation zwischen Tagesklinik und vollstationärer Behandlung Informationsveranstaltungen, die von den in tagesklinischer Therapie befindlichen Patienten und Patientinnen abgehalten werden. Die Zugkraft dieser Informationsveranstaltungen ist bedeutend höher, als wenn nur die Therapeutinnen und Therapeuten auf die Existenz der Tagesklinik aufmerksam machen würden.

Man muß allerdings auch im Auge behalten, daß es häufig alles andere als aus der Tiefe der Eigen-Motivation stammende Gründe sind, die viele Patienten in die Tagesklinik streben lassen. Nach dem Motto, bevor ich mich fernab in eine vollstationäre Therapie begeben lasse, lasse ich es hier etwas lockerer angehen, ich kann zuhause bleiben, brauche mich wenig umzustellen und gehe fünfmal in der Woche zur Therapie in der Tagesklinik vorbei. Dieser Ansatz muß natürlich von vornherein problematisiert werden.

Von therapeutischer Seite wird die Tagesklinik häufig dann ins Spiel gebracht, wenn jemand ein bis zwei voll stationäre Entwöhnungstherapien bereits durchlaufen hat, jeweils auch mit einem begrenzten Erfolg, d.h. daß er oder sie nicht gleich

während oder unmittelbar nach der Behandlung rückfällig geworden sein sollte und es andererseits nicht sinnvoll erscheint, der betreffenden Person nun noch ein weiteres Mal alle therapeutischen Segnungen einer vollstationären Langzeitentwöhnungstherapie angedeihen zu lassen.

Angesichts des vorgegebenen Themas muß ich mich im wesentlichen auf die Rolle der Tagesklinik im regionalisierten Suchtkrankenversorgungsverbund konzentrieren und kann nur wenig einsteigen auf die inhaltlichen Vorgaben der tagesklinischen Behandlung. Um dies jedoch wenigstens noch kurz anzusprechen, sei darauf verwiesen, daß auch hier die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen während der Behandlung und insbesondere nach der Behandlung für unabdingbar gehalten wird. Entsprechend wird die gesamte Therapie auf eine Gruppenorientiertheit ausgerichtet. Der Schwerpunkt der therapeutischen Ausgestaltung liegt in der Beschäftigungs-/Arbeitstherapie und in Interaktionsgruppen. Einzeltherapeutische Gespräche werden nur selten geführt. Die gruppenpsychotherapeutischen Runden sind nicht themenzentriert, machen insbesondere nicht den Alkohol zum Hauptthema und sind nicht direktiv. Die Therapeuten nehmen sich in verbalen Äußerungen und pädagogischen Interventionen zurück und versuchen, in klassischer Weise auf Gefühle einzugehen. Konkrete Beratung und das Verabreichen probater Ratschläge sind verpönt. Darüber hinaus wird eine ganze Reihe von außerstationären Aktivitäten geübt wie Schwimmen, Hallensport, Frühsport und Museumsbesuche, Wanderungen - alles Außenaktivitäten, die von den Patientinnen und Patienten selbst geplant und organisiert werden müssen. Bezüglich der erwartungsgemäß auftretenden Rückfälle wird vermieden, das Thema Alkohol und Rückfall zu tabuisieren. Die Betroffenen selbst sollen in die Lage versetzt werden, ihre Mitpatienten kritisch einzuschätzen und sich stets der Möglichkeit eines Rückfalls gewärtig zu sein. Die Atmosphäre soll nicht dazu führen, daß sich die Betroffenen dauernd kontrolliert fühlen, daß sie meinen, sie müßten überführt und überwacht werden. Wenn der Rückfall insgeheim über mehrere Tage geht, wird eine Zäsur gesetzt in Form einer vorübergehenden stationären Wiederaufnahme, die zwar als Entgiftung beschrieben wird, meistens aber klinisch nicht ein solches Ausmaß hat. Es geht hauptsächlich um die Unterstützung bei der Unterbrechung der sich wieder einschleichenden Trinkverhaltensweisen.

Im übrigen arbeitet die Tagesklinik im regionalen Verbund nicht nur mit den Kliniken, d.h. den Psychiatrischen und den Allgemein-Krankenhäusern zusammen, sondern viele Einweisungen erfolgen auch direkt über die Hausärzte, über Suchtberatungsstellen und andere therapeutische Einrichtungen. Selbstverständlich sind auch die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen im Spiel.

Ein Problem ist immer wieder die Belegungssituation: Die relativ langen Therapie-dauern führen dazu, daß die Plätze meistens besetzt sind und die von außen kommenden Anmelder immer wieder über die langen Wartezeiten enttäuscht sind. Dadurch droht die tagesklinische Behandlungsmöglichkeit vorübergehend aus dem Blickfeld zu geraten, und es kann dann phasenweise zu Unterbelegung kommen, denen mit verstärkter „Anwerbearbeit“ begegnet wird.

Ein theoretischer, leider praktisch bisher wenig genutzter Vorteil in unserer Tagesklinik ist im übrigen der, daß während der Behandlung in Absprache mit den Kosten/Leistungsträgern definiert werden kann, bis wann ein Patient noch ein Krankenhausbehandlungsfall ist und ab wann seine Rehabilitation auf Kosten der Rentenversicherung (L V A) in den Vordergrund tritt. Der Übergang von dem einen Kostenträger zum anderen ist nahtlos und erfolgt im übrigen zum selben Pflegesatz. Ich halte das für sehr wichtig und sehe in dieser Übereinkunft das Anerkenntnis der Tatsache, daß die tagesklinische Suchtkrankenbehandlung als integrierter Bestandteil einer regionalisierten Suchtkrankenversorgung auch aus Sicht der Kostenträger nicht wegzudenken ist. Warum sonst würden sie einer solch flexiblen Regelung zugestimmt haben.

Abschließend darf ich also festhalten, daß die tagesklinische Suchtkrankenbehandlung ein leider noch zu selten genutzter Mosaikstein im Rahmen einer regionalisierten Suchtkrankenversorgung ist. Ich bin des weiteren sicher, daß mit der Weiterentwicklung neuerer Umgangsformen in der Therapie von Suchtkranken der Stellenwert dieser Therapievariante noch zunehmen wird, insbesondere natürlich in städtischen Ballungsgebieten.

Literaturangaben:

- KIELSTEIN, V.: Tagesklinische Behandlung - eine längst überfällige Notwendigkeit, in: Sozialmedizinische Beratung der gesetzlichen Krankenversicherung - Arbeitspapiere -, hrsg. v. J. MÜNSTERMANN u. P. PIEK, Reihe B, Nr. 3 (1992), 25-35
- KRUSE, G.: Tagesklinische Behandlungsmöglichkeiten für Abhängige, Vortrag auf der DGPN-Tagung in Tübingen, Oktober 1984
- KRUSE, G.: Praxisratgeber - Sozialpsychiatrie als integraler Bestandteil therapeutischer Konzepte, Gustav-Fischer Verlag, Stuttgart, 1992
- KRUSE, G., W. MASSING, H. LINDEMANN, A. ZIEGLER: Die tagesklinische Behandlung Abhängigkeitskranker (S 6), Vortrag auf der 4. Arbeitstagung der Suchtfachbereiche der off. psychiatr. Krankenhäuser im November 1992 in Weinsberg, Druck in Vorb.
- KRUSE, G., K. SIEVERS: Tagesklinische Behandlung von Abhängigkeitskranken, Psychiat. Prax. 14 (1987) 174-178
- LÖFFELHOLZ-DRESSLER, A., R. SCHEIDT-WUNNENBERG: Vier Jahre Tagesklinik für psychiatrische Patienten mit Abhängigkeitsproblematik. Sozialpsychiatrische Informationen 14, 1 (1984) S. 55-67
- MÜNZENBERG, J. C.: Möglichkeiten der Alkoholikerbehandlung durch eine Tagesklinik; in: Alkohol-Medikamenten- und Drogensucht, WIdO-Materialien Band 10. Bonn (1980) 31-41
- SAWITZKI, B., G. KRUSE: Tagesklinische Behandlung von Alkoholikern. Niedersächsisches Ärzteblatt 6/1981, 203-204

Personalbetreuung/betriebliche Suchtkrankenhilfe im regionalen Verbund

Jörg Ebeling, Manfred Kramer

Zur Orientierung

Es soll hier um die betriebliche Suchtkrankenhilfe in der regionalen Einbindung gehen. Zwischen dem VW-Werk in Baunatal und verschiedenen Institutionen der Suchtkrankenversorgung der Region hat sich eine fruchtbare Zusammenarbeit entwickelt. Am Beispiel der Zusammenarbeit zwischen dem Betrieb und dem PKH Merxhausen soll dieses hier dargestellt werden. Nun wissen sicherlich viele von Ihnen nicht, wo Baunatal liegt und schon gar nicht, wo das PKH Merxhausen sich befindet. Baunatal ist eine Stadt mit 25.000 Einwohnern vor den Toren Kassels in Nordhessen. Das PKH in Merxhausen befindet sich etwa 20 km vom VW-Werk in Baunatal entfernt.

1. Aufgaben der Personalbetreuung

Die Abteilung Personalbetreuung ist ein Bestandteil der Personalabteilung und kümmert sich um folgende Aufgabenbereiche:

- Beraten und Betreuen von besonders geschützten Personengruppen (z.B. Schwerbehinderte, Jugendliche)
- Beraten und Unterstützen der Werksangehörigen bei akuten Problemfällen, z.B.
 - Suchtkrankenhilfe
 - Arbeitsplatzwechsel
 - EU/BU-Renten
 - Langzeitkrankenbetreuung
 - Personaleinsatz aus gesundheitlichen Gründen
- Unterstützen bei Rückkehrgesprächen
- Erarbeitung präventiver Maßnahmen
- Entwickeln von Konzepten für eine zukunftsorientierte Personalarbeit.

Für unseren Zusammenhang ist der Bereich „Krankenbetreuung und Wiedereingliederung“ relevant.

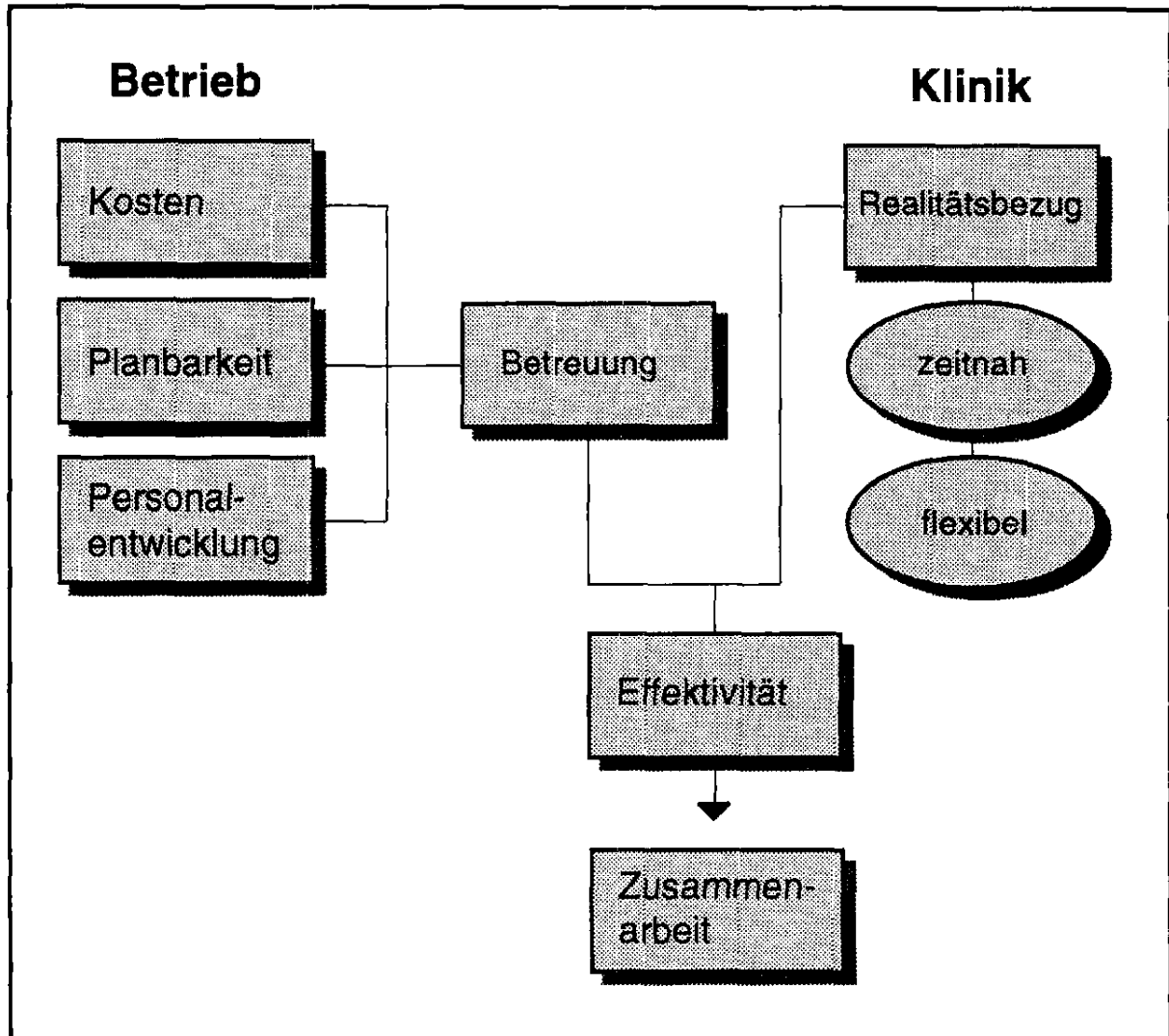
2. Betriebliche Suchtkrankenhilfe

Um betriebswirtschaftlichen Schaden und Verschlimmerung der Krankheit weitgehend einzugrenzen oder zu verhindern, sind Fehlzeiten oder Auffälligkeiten, die mit Mißbrauch oder Abhängigkeit in Verbindung gebracht werden können, Anlässe für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Personalbetreuung, aktiv zu werden. Die Interventionen geschehen im Rahmen einer Verfahrensregelung/Betriebsvereinbarung und nach einem konkreten Stufenplan (siehe Abb. 1 und 2),

2.1 Zielsetzung

Das Ziel der betrieblichen Interventionen ist die Beendigung des problematischen Trinkverhaltens bzw. das Erreichen der Abstinenz, damit die Betroffenen ihre Arbeitsleistung wieder erbringen können und ihre Gesundheit nicht weiterhin gefährden.

Abb. 1 Interessen/Ziele



2.2 Bedarf

In der aktuellen Fachliteratur wird überwiegend davon ausgegangen, daß in Betrieben von der Größenordnung des VW-Werkes in Baunatal (18.000 Beschäftigte) von etwa 10 % alkoholgefährdeten bzw. 5 % alkoholabhängigen Beschäftigten auszugehen ist.

2.3 Ansatzpunkte bzw. Interventionsebenen

Um eine Zunahme der Gefährdeten, eine Verschlimmerung der Krankheit und eine Steigerung der daraus resultierenden betriebswirtschaftlichen Folgen möglichst

weitgehend zu verhindern, ist ein gezieltes, einheitliches und transparentes Vorgehen erforderlich. Die Maßnahmen, die hier ergriffen werden, umfassen

- Versuche zur Früherkennung und
- Verfahrensregelungen (Beratung, Unterstützung, Einleitung von Therapie).

Die Maßnahmen können unter dem Stichwort „Sekundäre Prävention“ zusammengefaßt werden.

Weiter gibt es eine Reihe von Maßnahmen

- zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß nach bzw. während der Therapie und
- zur Erleichterung der Nachsorge.

Diese Maßnahmen können unter dem Stichwort „Tertiäre Prävention“ zusammengefaßt werden.

Maßnahmen zur „Primären Prävention“ geschehen in Absprache mit anderen Abteilungen, der Betriebskrankenkasse und dem Betriebsrat; sie umfassen:

- Arbeitskreis Gesundheit:
Beginn einer Diskussion zur Gesundheitsförderung,
- Drogenprävention mit den Auszubildenden,
- Rückenschule,
- Ernährungsprogramm.

2.4 Anforderungen an die betriebliche Suchtkrankenbetreuung

Die Personalbetreuung tritt in Aktion, wenn

- unverhältnismäßig viel oder gehäuft Fehlzeiten vorliegen;
- Hilfsersuchen durch den Meister oder Vorgesetzten kommen;
- Informationen vom Werksarzt (nach Schweigepflichtsentbindung des Mitarbeiters) vorliegen;
- ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin selber um Unterstützung bittet.

Den Rahmen bildet die Betriebsvereinbarung (siehe Abb. 1), die Vorgehensweise wird entsprechend einem Stufenplan (siehe Abb. 2) geregelt.

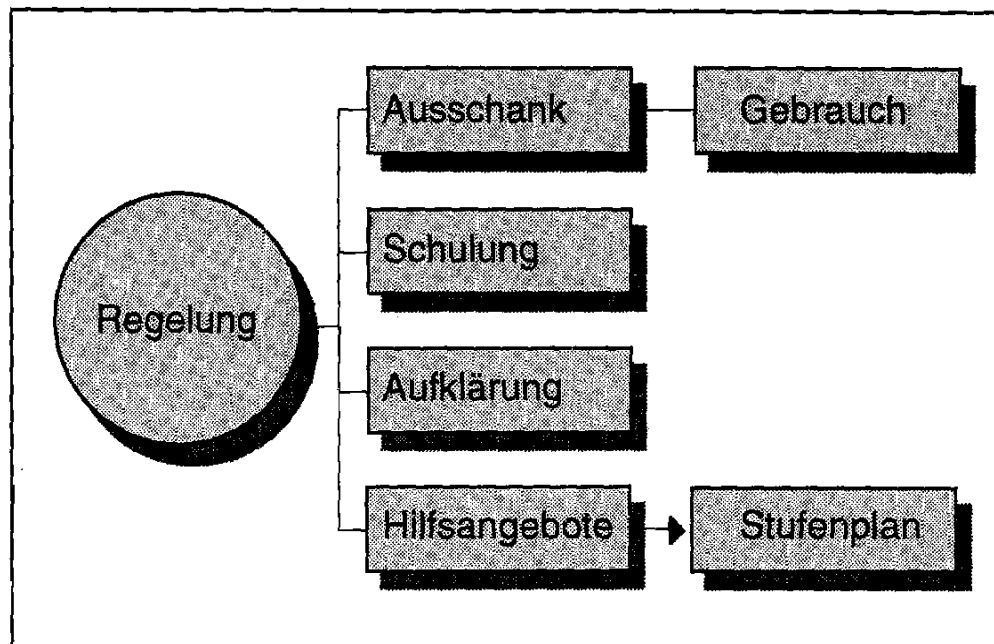
2.5 Betriebsvereinbarung und Stufenplan

Zunächst zur Betriebsvereinbarung: Entsprechend den Rahmenbedingungen, wie sie im Betriebsverfassungsgesetz festgelegt sind, ist im VW-Werk Baunatal eine Verfahrensregelung/Betriebsvereinbarung gemäß § 87, Abs. 1 BetrVG zwischen der Werksleitung und dem Betriebsrat abgeschlossen worden.

Eine Verfahrensregelung, wenn sie entsprechend angenommen wird, gewährleistet für alle Beteiligten Transparenz und Verbindlichkeit.

Die Betriebsvereinbarung sieht z.B. Regelungen vor für den Gebrauch von Suchtmitteln und für den Ausschank von Alkohol, für Schulung und Aufklärung, für Maßnahmen und Hilfsangebote, für den Umgang mit Rückfällen.

Abb. 2 Verfahrensregelung



Im Stufenplan wird auf dem Hintergrund der Verfahrensregelung festgehalten:

- welcher Vorschlag gemacht bzw. welche Maßnahme ergriffen wird,
- welche Personen beteiligt werden (Meister, Betriebsrat usw.),
- es wird ein weiteres Gespräch verabredet.

- (a) Anlässe, wie z.B. unter 2.4 beschrieben
- (b) Vergleichen
- (c) Verändern
- (d) Kooperation
- (e) Exit

Es müssen definiert sein:

- + Maßnahmen
- + beteiligte Personen
- + Fristen
- + Kriterien
- + Konsequenzen

Kooperation beinhaltet

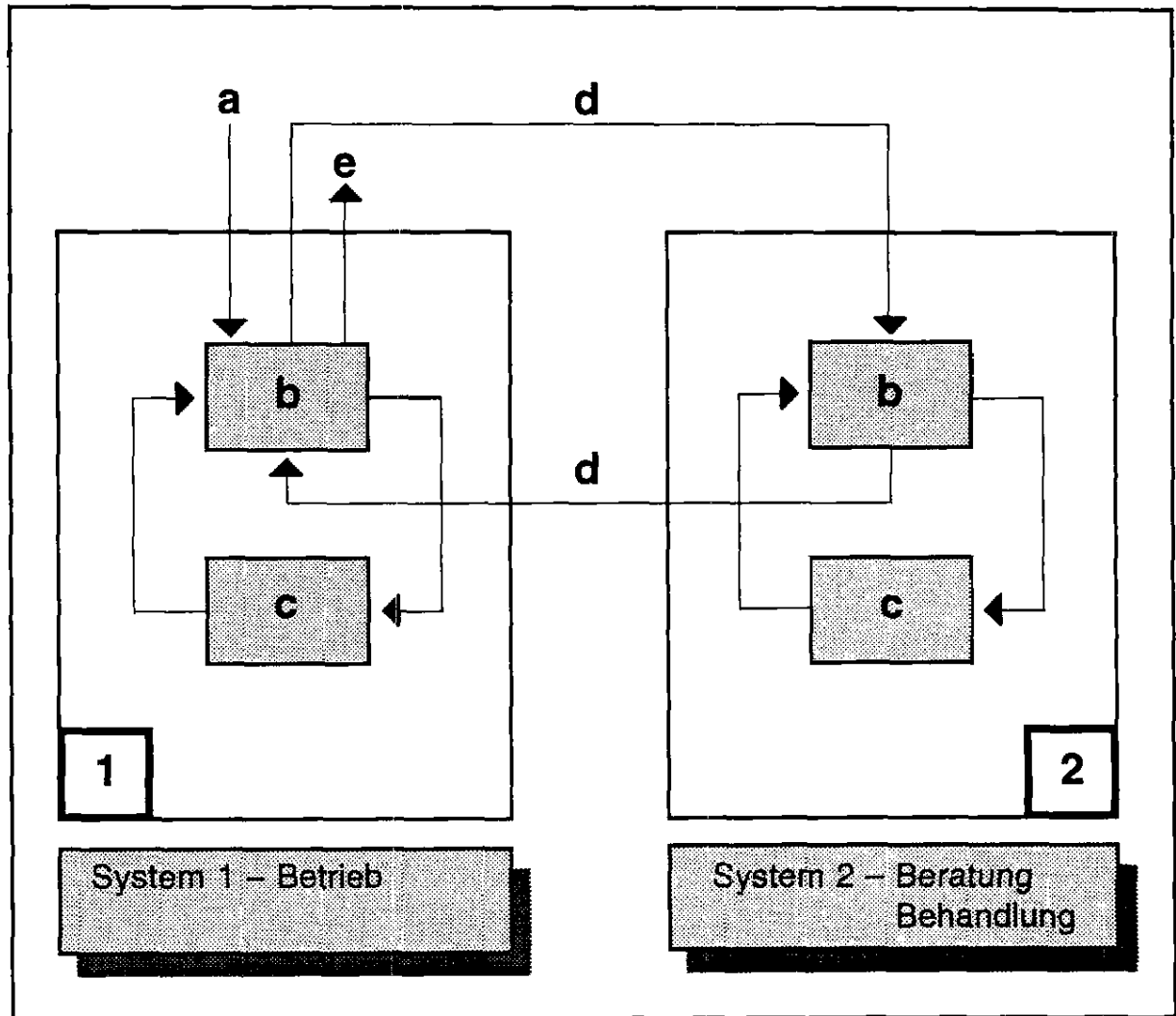
Vereinbarung über Maßnahmen (Therapie):

- + Art
- + Dauer
- + Kriterien für Beendigung
- Erfolg vs. Abbruch
- Übergang

Den Stufenplan kann man sich im Sinne eines Regulationsmodells vorstellen.

Die wichtigsten Funktionen des Stufenplanes bestehen darin, die unmittelbaren Vorgesetzten der Betroffenen besser in die Lage zu versetzen, ihrer Fürsorgepflicht bei der Personalführung nachkommen zu können, die Schrittfolge verbindlich zu regeln und die Übergänge von einer Stufe zur nächsten nach festgelegten Kriterien erfolgen zu lassen.

Abb. 3 Stufenplan



3. Regionale Vernetzung

Die Zusammenarbeit im regionalen Verbund, insbesondere zwischen dem VW-Werk Baunatal und dem PKH Merxhausen hat eine mittlerweile 10-jährige Tradition. Sie wird durch die geringe Entfernung begünstigt und hat sich über die Jahre hinweg kontinuierlich entwickelt. Absprachen können präzise und gut abgestimmt vorgenommen werden, die persönliche Bekanntheit der verschiedenen Partner erleichtert das Procedere. Die regionale Vernetzung geschieht unter verschiedenen Gesichtspunkten bzw. auf verschiedenen Ebenen:

Personenbezogen, d.h. wenn bei einem Mitarbeiter des VW-Werkes ein Hilfsangebot gemacht werden soll.

Strategie- oder konzeptbezogen; hier sind Absprachen zu verschiedenen gemeinsamen Projekten gemeint.

3.1 Personenbezogene Vernetzung

Wenn für einen Beschäftigten des VW-Werkes Unterstützung organisiert werden muß, sind in der Regel der oder die unmittelbare Vorgesetzte und meist darüber

hinaus auch der Betriebsrat und/oder die Abteilung Personalbetreuung, manchmal auch der Werksarzt bzw. Werksärztin, beteiligt. Hier wird je nach Schwere des Problems und unter Berücksichtigung der bereits gemachten Vorschläge (Stufenplan) ein Hilfsangebot erarbeitet, das Beratung, Selbsthilfegruppe oder auch Therapie umfassen kann.

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unserer Klinik oder der Beratungsstelle werden als externe Experten und Expertinnen hinzugezogen oder vorgeschlagen, um eine angemessene Maßnahme für die Betroffenen zu finden.

Tritt eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter des VW-Werkes im PKH Merxhausen eine Therapie an, wird das bisherige Verfahren im Werk mit ihm bzw. ihr erörtert und mit seinem bzw. ihrem Einverständnis ein gemeinsames Gespräch mit dem Meister, dem zuständigen Betriebsrat und, sofern nötig, einem Mitarbeiter oder Mitarbeiterin der Personalbetreuung geführt.

Hier werden folgende Gesichtspunkte mit der betroffenen Person erörtert:

- die Vorgeschichte im Werk bezogen auf ihr Problemverhalten;
- zu erwartende Konsequenzen, damit die Person weiß, was nach der Therapie auf sie zukommt;
- Maßnahmen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß.

Solche Gespräche können je nach Bedarf auch mehrmals geführt werden. Sie sind sehr fruchtbar, weil dort die einzelnen Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereiche der beteiligten Personen deutlich werden und die Zusammenarbeit koordiniert werden kann.

Diese Form der Zusammenarbeit ermöglicht

- kurzfristige Absprachen,
- konkrete und überschaubare Verabredungen und
- ein flexibles, den Bedürfnissen der jeweiligen Lage angepaßtes Vorgehen.

Das Verfahren ist für alle Beteiligten somit überschaubarer und effektiver.

Die stufenweise Wiedereingliederung ermöglicht es Beschäftigten des VW-Werkes, während oder nach einer Therapie schrittweise in den Arbeitsprozeß wieder eingegliedert zu werden. Während einer (dann zumeist teilstationären) Behandlung im PKH Merxhausen wird der Patient oder die Patientin stundenweise am alten Arbeitsplatz eingesetzt und verbleibt gleichzeitig in psychotherapeutischer Behandlung. Der stundenweise Einsatz kann gestaffelt werden. Es hat sich als günstig erwiesen, die Anforderungen, denen die Person im Arbeitsleben ausgesetzt ist, zeitnah in die Therapie miteinzubeziehen, ebenso wie die strategisch wichtigen Personen im Werk. Diese Maßnahmen werden festgelegt durch eine gemeinsame Verabredung zwischen dem Patienten oder der Patientin, dem behandelnden Therapeuten/Therapeutin, dem zuständigen Werksarzt/-ärztin, dem/der direkten Vorgesetzten, der Personalbetreuung und dem Betriebsrat.

3.2 Projektbezogene Zusammenarbeit

Der Betriebsrat des VW-Werkes kann gemäß §§ 37 und 89 des BetrVG externe Experten heranziehen, um sich sachkundig zu machen oder aber sie damit zu beauftragen, bestimmte Fragestellungen zu verfolgen. Eine vergleichbare Zusammenarbeit gibt es auch zwischen dem Betriebsrat und unserem PKH oder der Beratungsstelle und zwischen der Personalbetreuung und uns oder dem Gesamtverband.

Projekte wie die Betriebsvereinbarung, der Stufenplan oder die Diskussion zum Thema Gesundheitsförderung sind in diesen Zusammenhängen entstanden.

4. Gefahren der Vernetzung

Bei allen Vorteilen, die eine solche enge Zusammenarbeit mit sich bringt, müssen auch einige Gefahren im Auge behalten werden: Enge Zusammenarbeit bedeutet immer den Austausch von viel Information. Auch wenn sensibel mit diesen Informationen umgegangen wird, hat dies die Tendenz der Erweiterung des Kontrollnetzes und somit eine Ausweitung sozialer Kontrolle zur Folge. Wenn in der Zusammenarbeit Fragen der Früherkennung erörtert werden, also wie bereits im Vorfeld mögliche Probleme identifiziert werden können, stellt sich die Frage nach Indikatoren. Diese Indikatoren sind zumeist aber sehr unspezifisch und bergen auch die Gefahr der Stigmatisierung.

Ich möchte dies hier nicht weiter ausführen, es war mir jedoch wichtig, an dieser Stelle darauf hinzuweisen.

5. Innovative Maßnahmen

Die oben beschriebene enge Zusammenarbeit von Betrieb und Klinik bietet gute Rahmenbedingungen, um innovative Maßnahmen gemeinsam zu realisieren.

5.1 Neue Möglichkeiten für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des VW-Werkes

Hier werden insbesondere Möglichkeiten benutzt, wie sie das Verfahren zur stufenweisen Wiedereingliederung bietet. Der Regelfall ist eine teilstationäre Behandlung mit einer Kombination von Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß und weiterer psychotherapeutischer Behandlung. Dabei geschieht normalerweise die Wiedereingliederung stufenweise in einer Staffelung von 4, 6 oder 7 Stunden.

Es ist jedoch auch einmal bei einer besonderen Problemstellung mit einer gestuften Wiedereingliederung bereits unter stationären Bedingungen begonnen worden. Hier lag eine akute psychiatrische Krisenintervention vor, der sich ein 2wöchiger stationärer Aufenthalt anschloß, und die Behandlung wurde dann teilstationär fortgesetzt.

Bei einem anderen Beschäftigten des VW-Werkes ging es darum, den weiteren Verbleib im 3-Schicht-Rhythmus zu ermöglichen. Hier lag eine Kombination einer psychiatrischen und einer internistischen Erkrankung vor. Der Patient verblieb in seinem Schichtrhythmus, wobei die beiden Tagesschichten gestaffelt wurden und er während der ersten Nachtschicht nicht zu arbeiten brauchte; zuletzt wurde auch dort der Arbeitseinsatz gestaffelt.

5.2 Maßnahmen für Patienten und Patientinnen des Psychiatrischen Krankenhauses, die nicht im VW-Werk beschäftigt sind

Hier nutzen wir die Möglichkeit, unter tagesklinischen Bedingungen Patienten und Patientinnen ihrer Qualifikation entsprechend im Sinne eines Praktikums oder einer Hospitation im Werk einzusetzen. Die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen hierfür bietet der § 39 SGB V, Die Vorgehensweise wurde eng mit der Abteilung Personalbetreuung und den jeweiligen Krankenkassen abgestimmt.

Die Selbsthilfefirma für Suchtkranke - Das Beispiel KOMET in Gütersloh

Heinz-Günther Mergelkuhl

1. Zur Entstehungsgeschichte

Ende 1987 werden erste Überlegungen angestellt, ein Projekt zu schaffen, in dem Arbeitsplätze für Suchtkranke angeboten werden. Der Dachverband der Selbsthilfegruppen im Kreis (ca. 1200 Mitglieder in 4 Vereinigungen) wird Hauptgesellschafter in der zu gründenden GmbH. Es ist das erste Mal, daß eine Zusammenarbeit in dieser Form zustande kommt; sie verspricht, die Isolierung chronisch Suchtkranker zu lockern, indem für sie sinnvolle Arbeitsplätze geschaffen werden.

Im Dezember 1988 stellt ein Förderkreis als formaler Anstellungsträger drei Sozialarbeiter ein; zwei von ihnen werden im Rahmen einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM) bezahlt, der dritte befindet sich im Anerkennungsjahr. Außerdem wird eine Produktionshalle für Metallarbeiten angemietet.

Im Oktober 1989 wird die GmbH ins Handelsregister eingetragen und damit zu einer eigenständigen, vom Förderkreis losgelösten Einheit. Außerdem wird zu dieser Zeit der Betrieb um einen Montagebereich erweitert. Einen Monat später setzt die zweijährige Förderung durch das Ministerium für Wirtschaft, Mittelstand und Technologie Nordrhein-Westfalen ein, und im Januar des darauffolgenden Jahres signalisiert auch der Landschaftsverband Unterstützungsbereitschaft.

Im August 1990 beginnt im Rahmen einer Wiedereingliederungsmaßnahme des Arbeitsamtes eine einjährige Trainings- und Übungswerkstatt im Metallbereich, in die vier suchtkranke und/oder psychisch kranke Personen einbezogen sind. Im November 1990 wird ein Wohnprojekt (Betreutes Wohnen) mit zunächst einer Person eingerichtet, das einen Monat später - nach Verhandlungen mit dem Kreis-Sozialamt - um zwei weitere Wohnungen ergänzt wird. Im Mai 1991 stehen 6 bezugsfertige Wohnungen zur Verfügung.

Im November 1991 erfolgt die Gründung des Vereins „KOMET e.V.“ Zu diesem Zeitpunkt läuft die Modellförderung durch das Land Nordrhein-Westfalen aus, und eine zweite Trainingsmaßnahme des Arbeitsamtes für insgesamt 10 arbeitslose Suchtkranke beginnt. Im Juli 1992 erkennt der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband KOMET als Mitglied an.

Gegenwärtig - das heißt nach dem Stand vom März 1993 - sind im Arbeitsbereich 45 Personen mit psychischen Erkrankungen und Suchtproblemen beschäftigt. Davon arbeiten 15 als Festangestellte - 4 von ihnen als Betreuungspersonal. Die übrigen 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommen aus verschiedenen Kliniken als Zuverdiener in die Selbsthilfe-Firma. 6 Personen nutzen das Angebot des Betreuten Wohnens. Darüber hinaus wird derzeit an Konzeptionen für Kleinstheime und für Betreutes Wohnen in der eigenen Wohnung gearbeitet.

2. Ziele

Für die Klientinnen und Klienten ist das Projekt Selbsthilfefirma mit der Zielsetzung verbunden, ihr Selbstbewußtsein zu steigern, ihnen einen Einstieg in den normalen Arbeitsmarkt und eine suchtmittelfreie Tagesstruktur zu ermöglichen.

Die Ziele für KOMET e.V. lassen sich wie folgt benennen:

- Aktivierung einer hospitalisierten Gruppe
- kostendeckende Produktion
- Schaffung von Arbeitsplätzen für eine bisher nicht berücksichtigte Gruppe von Klientinnen und Klienten
- Vermittlung einer Lebensperspektive
- Schaffung von Arbeitsplätzen für Festangestellte und Zuverdienende, aber auch für Patienten und Patientinnen der Klinik.

3. Klientel

Während zunächst nur Suchtkranke (Alkohol, Drogen, Medikamente, Spiel) in das Projekt einbezogen waren, wurden nach und nach physisch und psychisch Mehrfachbehinderte, Langzeitpatientinnen und -patienten mit chronischem Status und Langzeitarbeitslose aufgenommen.

3.1 Vermittlung

Die Klientinnen und Klienten kommen zu KOMET e.V. über die Stationen der Westfälischen Klinik (im Rahmen der Arbeitstherapie), über die Beratungsstellen des Gesundheitsamtes, der Caritas und über die Selbsthilfegruppen im Suchtbereich.

3.2 Betreuung

Die Bereiche Arbeit, Bildung und Betreutes Wohnen werden von zwei Sozialarbeiterinnen und einem Sozialarbeiter geleitet. Für die praktische Betreuung am Arbeitsplatz, Kalkulationsberechnungen, Auftragsabwicklung und Kundenkontakte ist ein Metallmeister zuständig.

4. Beschreibung der Arbeitsbereiche

Bei KOMET werden Dienstleistungen für die Industrie erbracht, d.h. von Firmen zur Verfügung gestelltes Material wird bei KOMET zu einem Teilprodukt gefertigt.

Im Bereich *Metallverarbeitung* sind die Tätigkeiten Sägen, Bohren, Schweißen und Stanzen angesiedelt. In diesem Bereich sind 16 Personen beschäftigt, davon 5 Festangestellte und 11 Zuverdienende. Sie werden betreut und angeleitet von einer Sozialarbeiterin, einem Metallmeister und einem Vorarbeiter, der selbst suchtkrank ist.

Die *Montageabteilung* umfaßt die Tätigkeiten Verpacken, Verdrahten, Komplettieren, Zusammenbauen von Schaltkästen und Becherhaltern sowie Punktschweißen. Hier arbeiten 5 Festangestellte und 19 Zuverdienende unter Leitung einer

Sozialarbeiterin. Als positive Besonderheit ist zu nennen, daß stabilere, gefestigte Personen häufig Aufgaben der Betreuung und Arbeitsanleitung gegenüber schwächeren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern übernehmen.

5. Bildungsbereich

Mit einem Programm zur beruflichen Ausbildung bzw. Umschulung wurde im August 1990 begonnen. Für das erste Jahr wurde dies als Maßnahme des Arbeitsamts finanziert, das auch die in Frage kommenden Personen vermittelte. Dabei handelte es sich teilweise um „nasse“ Alkoholiker. Neben der fachlichen Anleitung werden die Auszubildenden darin unterstützt, ihre generelle Arbeitsfähigkeit zu verbessern, zum Beispiel indem sie darin trainiert werden, einen bestimmten Tages- und Arbeitsablauf einzuhalten.

Im Personenkreis des Ausbildungsprogramms herrscht allerdings eine starke Fluktuation, was die finanzielle Sicherung dieses Bereiches erheblich erschwert. Obwohl die theoretische und praktische Unterweisung durch einen Meister und einen Pädagogen erfolgt, kann bisher als Abschluß nur ein Teilnahmezertifikat vergeben werden.

Bisher konnten nur Umschulungskurse im Metallbereich angeboten werden; es ist daran gedacht, künftig zusätzlich Kurse im Bürobereich und in der Holzverarbeitung einzuführen.

6. Betreutes Wohnen

Seit Ende 1990 stehen 6 Wohnplätze zur Verfügung, die von 3 Frauen und 3 Männern eingenommen werden.

Es herrscht eine sehr strenge Hausordnung, die u.a. vorsieht, daß nach drei Rückfällen in kurzen Abständen die Wohnung geräumt werden muß. Grundlage des Wohnverhältnisses ist eine Nutzungsvereinbarung. Die Betreuung der besonders schwierigen Klientel der Mehrfachbehinderten erfolgt nach dem Schlüssel 1:10.

Vorgesehen ist, den Wohnbereich um ein Kleinstheim zu erweitern; an der Konzeption hierfür wird gearbeitet. Außerdem soll die Betreuung auf Klienten und Klientinnen mit eigener Wohnung ausgedehnt werden.

7. Ein Fallbeispiel

Die alkoholranke Frau X kam Ostern 1990 in die Westfälische Klinik. Nach der Entgiftung wurde sie auf die Station für chronisch Kranke verlegt. Im Juli 1990 begann sie, im Rahmen einer Arbeitstherapie täglich 3-4 Stunden bei KOMET e.V. zu arbeiten. Wegen der vorliegenden Alkohol-Halluzinose bekam sie hohe Medikamentengaben. Die Arbeit in der Selbsthilfefirma bewirkte nach und nach eine deutliche Stabilisierung.

Im Januar 1991 wechselte sie in das Betreute Wohnen bei KOMET und entschied sich dafür, die Medikamentenmenge herabsetzen zu lassen. Zwar hatte sie um Ostern (April) zwei Rückfälle, seither ist jedoch eine weitere Stabilisierung zu beob-

achten. Frau X übernahm mehr und mehr Verantwortung im Arbeitsbereich, fühlte sich deshalb immer sicherer und bat schließlich ihren Arzt, die Medikamente weiter herabzusetzen. Mit zunehmendem Selbstvertrauen wurde sie im Arbeitsbereich immer eigenständiger, führte selbst Telefonate mit den Kunden und koordinierte den Arbeitsablauf.

Im März 1992 wurden die Medikamente schließlich ganz abgesetzt. Frau X ging völlig in ihrer Arbeit auf und bekam am 1. 5.1992 einen festen Arbeitsplatz im Rahmen des Programms „Arbeit statt Sozialhilfe“. Sie ist sehr stolz, sich wieder so weit gefestigt zu haben und für sich selbst sorgen zu können.

8. Wirtschaftlichkeit

Der in der Rechtsform einer GmbH gegründete Betrieb erhielt eine zweijährige Modellförderung durch das nordrhein-westfälische Wirtschaftsministerium: Sämtliche Betriebs-, Sach- und Personalkosten wurden mit 40 % bezuschußt, 60 % mußten selbst erwirtschaftet werden. Ende 1990 stabilisierte sich der Umsatz auf monatlich DM 30.000. Da die Produktion jedoch von Auftragseingang und Wirtschaftslage abhängig ist, ist der Arbeitsbereich wirtschaftlich nicht gesichert.

Im Bereich Betreutes Wohnen werden die Personalkosten zu 100 % und die Sachkosten (Miete etc.) anteilig vom örtlichen Sozialhilfeträger übernommen.

Die Kosten für die sozialpädagogische Betreuung im Bildungsbereich, die ursprünglich das Arbeitsamt getragen hatte, werden seit dem 1.1.1993 aufgrund der Novellierung des Arbeitsförderungsgesetzes von dort nicht mehr übernommen. Das Bildungsprojekt trägt sich daher nur noch mit mindestens 10 Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

9. Konsequenzen, Forderungen und Perspektiven

Um die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens zu verbessern, müssen die Lohnkosten gesenkt werden, indem in der Beschäftigtenstruktur der Schwerpunkt noch stärker von den Festangestellten zu den Zuverdienenden verlagert wird. Das beinhaltet auch, daß keine zusätzlichen Stellen für Festangestellte mehr geschaffen werden sollten. Allerdings hat dies die Konsequenz, daß noch mehr Klientinnen und Klienten - nämlich diejenigen, die nur als Zuverdienende beschäftigt werden können - Schwierigkeiten haben werden, das Niveau der freien Wirtschaft zu erreichen.

Es ist zu fordern, daß auch Suchtkranke ohne Schwerbehindertenausweis in den Genuß öffentlicher Hilfen kommen und damit chronisch Suchtkranke endlich als Behinderte im Sinne des Schwerbehindertengesetzes anerkannt werden. Nicht nur bei Drogenabhängigen, sondern auch bei Alkohol- und Spielsüchtigen sollten Mittel für Strukturen der Betreuung und Förderung zur Verfügung gestellt werden.

Für die Zukunft des Unternehmens geht es zum einen darum, die Sicherung der Wirtschaftlichkeit auf eine breitere Basis zu stellen. Hierzu gehört langfristig auch, eine dauerhafte Unterstützung durch die Hauptfürsorgestelle (z.B. durch Über-

nähme der Betreuungskosten und evtl. Gewährung eines Minderleistungsausgleichs) zu erwirken.

Wenn wir auch die letzten Zweifler am Konzept „Arbeit statt Krankenhaus“ für die Versorgung chronisch Suchtkranker überzeugt haben werden, hat dieses Modell in Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen der verschiedenen Stadt- und Landkreise eine ganz große Zukunft.

Beschütztes Wohnen und Arbeiten in einem integrativen Konzept zur Eingliederung von Abhängigkeitskranken

Andreas Rothe

Das HAUS AN DER BUCHE in Duisburg ist eine therapeutische Gemeinschaft zur Eingliederungshilfe für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer.

Beschütztes Wohnen und Arbeiten mit unterschiedlichen Intensitätsgraden des Schutzes und der Betreuung runden die Gesamtpalette der Hilfen in unserem Programm ab. Deshalb wollen wir zum besseren Verständnis die Besonderheiten unserer Klientel, unsere grundsätzlichen Überlegungen zur Hilfe sowie einige Worte zu unserer Arbeitsweise der Schilderung des beschützten bzw. betreuten Wohnens und Arbeiten« voranstellen.

Es soll auch von unseren Erfahrungen und Erfolgen berichtet und anhand einer Kosten-Nutzen-Analyse dargestellt werden, daß unser im Modellprogramm Psychiatrie entstandenes Projekt zur Eingliederungshilfe für „hoffnungslose Fälle“ sich für die Gesellschaft „rechnet“: Der weitaus größte Teil unserer Klientinnen und Klienten findet bei regulärem Werdegang im Programm zu einem abstinenten und von der Sozialhilfe unabhängigen Leben.

Unsere Klientel

Eine große Zahl von Mitbürgerinnen und Mitbürgern „fällt durch die Maschen des sozialen Netzes“. Bei sehr vielen steht dieses Fallen in engem Zusammenhang mit dem Mißbrauch von Alkohol und Medikamenten. Schließlich sind viele körperlich schwer krank, wohnungslos und überschuldet, auch straffällig geworden, und die meisten sind bitter arm, einsam und ohne Hoffnung.

Die Zahl derer, die von diesem Schicksal betroffen oder bedroht sind, wächst in unserem rauher werdenden sozialen Klima, und wir müssen heute schon mit Hunderttausenden rechnen. Unsere Gesellschaft der „Normalen“ und „Gesunden“ hat denen gegenüber, die sich nicht anpassen oder mit den anderen Schritt halten können, wenig Nachsicht - sie werden ausgegrenzt.

Insbesondere chronischen Trinkern, die es ja scheinbar nicht anders wollen, bringt die Gesellschaft bald kein Verständnis mehr entgegen, und die Ausgrenzung scheint dadurch gerechtfertigt, daß die Betroffenen solche Etiketten tragen wie „depraviert“, „abgebaut“¹, „therapieresistent“ oder „chronisch“ und „mehrfachgeschädigt“. Diese Etiketten weisen darauf hin, daß es sich um „Endzustände“ handelt, bei denen angeblich nicht mehr viel zu bessern ist.

Es liegt nahe, die „Chronischen“, „Abgebauten“ und „Depravierten“ als irreversible Endzustände mit geringem therapeutischen Aufwand „endzuversorgen“. Sie werden sich dann der Prognose entsprechend verhalten, und die Prophezeiung

wird sich erfüllen. Die durch die o.g. Benennungen und Konnotationen eingeschränkte Wahrnehmung wird dann auch nicht gestatten, bei einem „hoffnungslosen Fall“ Spontanremissionen zu bemerken und diese Zustandsänderungen zu würdigen und zu fördern.

Nun soll nicht bestritten werden, daß es Mitbürgerinnen und Mitbürger gibt, die dauernde Betreuung benötigen. Als wir unsere Einrichtung im Modellprogramm Psychiatrie konzipierten, fragten wir uns jedoch:

Wann kann man denn sagen, ein suchtkranker und im Elend lebender Mensch sei „depraviert“ oder „therapieresistent“? Handelt es sich bei denen, die trotz wiederholter Vorbehandlungen („Drehtürpatienten“) und ungeachtet offenkundig zur Umkehr zwingender Lebensumstände nicht vom Suchtmittelmißbrauch lassen können, generell um eine Gruppe von Unbelehrbaren und Menschen mit erloschenem Lernvermögen, die nur noch verwahrt werden können?

Oder wird in die Schublade „Depraviert-Abgebaut-Resistent“ nicht oftmals vorschnell eine breite und vielgestaltige Menge von Mitmenschen einsortiert, denen zwar in ihrer jeweiligen Lebenssituation nicht jene Hilfe zuteil geworden ist, die für eine dauerhafte Gesundung erforderlich gewesen wäre, von denen jedoch ein beträchtlicher Teil bei angemessener Hilfe durchaus noch eine Chance auf eine Wiedereingliederung und ein menschenwürdiges Leben hätte?

Das Spektrum der Auffälligkeiten und des abweichenden Verhaltens unserer von der Ausgrenzung bedrohten und betroffenen Mitbürgerinnen und Mitbürger ist sehr breit. Zur Veranschaulichung sollen einige typische Merkmale aufgezeigt werden.

Da gibt es Menschen, denen das Scheitern schon in die Wiege gelegt worden ist, die in Problemfamilien hineingeboren wurden, schon in der frühen Kindheit nicht mit den anderen Schritt halten konnten und nie eine Chance auf ein normales Leben hatten. Wir finden in dieser Gruppe viele Waisen und Scheidungswaisen, Heimkinder, ehemalige Sonderschüler und Analphabeten, Menschen ohne ausreichende Schul- und Berufsausbildung.

Wir sehen hier immer wieder die katastrophalen Auswirkungen des Suchtmittelmißbrauchs in den Familien: Mindestens die Hälfte unserer Klientinnen und Klienten leidet unter den Auswirkungen der körperlichen und seelischen Verletzungen durch die Trunksucht ihrer Eltern bis hin zu geistigen Behinderungen verschiedenen Ausprägungsgrads aufgrund des Suchtmittelkonsums ihrer Mütter während der Schwangerschaft.

Weiter finden wir in unserer Klientel Menschen, die jahrelang anscheinend ausreichend in die Gesellschaft integriert gewesen sind und wegen ihrer Abhängigkeit mehrfach an Therapien zur Wiederherstellung ihrer Erwerbsfähigkeit teilgenommen haben. Drei oder vier Vorbehandlungen in Fachkliniken sind keine Seltenheit, dazu oft dutzendweise medizinische Akutbehandlungen. Durch die Rehabilitationsmaßnahmen hatten diese Menschen jedoch nicht zur dauerhaften Suchtmittelfreiheit finden können, und sie waren durch die Rückfälle immer weiter abgerutscht, bis die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit unerreichbar scheinen mußte.

Eine weitere Gruppe von Betroffenen ist durch den jahrzehntelangen Alkoholmißbrauch hirnganisch stark beeinträchtigt und im Gebrauch der geistigen Kräfte eingeschränkt. Ihr Zustand erlaubte auch bei Abstinenz keine günstige Prognose im Hinblick auf ein selbständiges Leben. Dies sind meist ältere Menschen, und nicht selten finden wir die Diagnose „Korsakow-Syndrom“.

Eine Gruppe von jüngeren Menschen ist in unserer Klientel immer häufiger anzutreffen: Junge Frauen und Männer, die schon in der Kindheit und Jugend beständig Alkohol und Medikamente, gelegentlich auch illegale Drogen, mißbraucht haben. Sie scheinen halt-, orientierungs- und bindungslos, können ihre Impulse nur mangelhaft kontrollieren und sind fast alle bereits mit dem Gesetz in Konflikt gekommen. In der Anamnese stellen wir immer wieder fest, daß sie aus Familien stammen, in denen das Scheitern Tradition ist, ebenso wie die Schwäche für Suchtmittel.

Alle Frauen und Männer in unserem Haus sind bei der Aufnahme abstinentunfähig, mittellos, fast alle einsam, wohnungslos und seit langem ohne Arbeit. Etwa die Hälfte steht unter Kuratel und Bewährungsaufgaben. Viele sind vor allem durch die Folgen des jahrzehntelangen Suchtmittelmißbrauchs körperlich gezeichnet, und ein großer Teil weist körperliche Abweichungen von der Norm auf.

Wir sagen angesichts dieses geballten und mannigfachen Elends jedoch nicht: „Da machen wir nicht mehr viel, da sich diese Süchtigen ohnehin nicht mehr ändern können (da ‚abgebaut‘, ‚depraviert‘, ‚chronisch mehrfachgeschädigt‘), oder wollen (da »therapieresistent«)“, sondern: „Um diesen Mitbürgerinnen und Mitbürgern ein menschenwürdiges Leben in Aussicht zu stellen, müssen wir ihnen eine Hilfe anbieten, die intensiver, langfristiger und konsequenter als das ist, was sie bisher erfahren haben“. Und die Hilfe muß sofort angeboten werden, ohne langes Warten auf die Kostenzusage.

Unser Programm

Das HAUS AN DER BUCHE ist eine therapeutische Gemeinschaft zur gemeindenahen, bedarfsgerechten und in das Netz psychosozialer Dienste in Duisburg integrierten Behandlung von alkohol- und medikamentenabhängigen Frauen und Männern mit äußerst geringen Chancen auf eine Rehabilitation.

Unsere Klientinnen und Klienten sind auf Maßnahmen der Sozialhilfeträger nach §§ 39/40 BSHG angewiesen, da sie von den medizinisch-psychotherapeutischen Therapiemaßnahmen der Krankenkassen und Rentenversicherer aus verschiedenen Gründen ausgeschlossen sind. Viele haben die dafür geforderten Sozialversicherungsbeiträge nicht eingezahlt, bei anderen lehnen die Rentenversicherer eine nochmalige stationäre Behandlung zur Rehabilitation wegen der vorangegangenen erfolglosen Maßnahmen ab, und bei allen erlaubt der Zustand bei der Aufnahme keine günstige Prognose hinsichtlich der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Die Eingliederungshilfe nach BSHG ist in einer Hinsicht sehr bedarfsgerecht: Sie muß nicht innerhalb einer festgelegten Frist abgeschlossen sein, sondern kann so

lange angeboten werden, wie es der Zustand der/des Betroffenen erfordert. Unsere Klientinnen und Klienten können ohne Zeitdruck in einer abstinenten und überschaubaren Gruppe körperlich wieder gesund werden und lernen, mit sich und anderen Menschen zurechtzukommen, die Abstinenz als Freiheit zu bejahen, selbstständig und eigenverantwortlich zu leben und wichtige psychosoziale Probleme unter fachlicher Leitung anzugehen.

Im Haupthaus mit 22 Plätzen verwalten und betreiben die Klientinnen und Klienten „ihre“ Gemeinschaft weitgehend selbst, wobei die Erfahreneren Modellfunktion haben und Anleitung geben. Im Vordergrund stehen lebenspraktische Trainings in Hauswirtschaft, Werkstatt und Garten und das lebendige Miteinander der Menschen in der Gemeinschaft, in der jede und jeder Position und Aufgaben, Rechte und Grenzen findet. Somit wird ein realitätsnahes Übungsfeld für die Überprüfung der Selbstwahrnehmung und die Entwicklung von Selbstregulation, sozialer Kompetenz und Selbstvertrauen bereitgestellt. Dies wird durch psychotherapeutische und pädagogische Einzel- und Gruppenangebote ergänzt.

Psychotherapeutisch arbeiten wir eklektisch und ressourcenorientiert, wobei die Methoden der Verhaltenstherapie und des Neurolinguistischen Programmierens im Vordergrund stehen. Wir können dabei keine klassischen Verfahren der bürgerlichen Therapieschulen anwenden und müssen sehr darauf bedacht sein, unsere Klientinnen und Klienten „da. abzuholen, wo sie stehen“, und das ist zuweilen ein weiter und schwer gangbarer Weg.

Die pädagogische Förderung betrifft vor allem die Bereiche Hauswirtschaft und Arbeitserziehung. Alphabetisierung und Elementarunterricht wurden in den letzten fünf Jahren durch ABM-Lehrer wahrgenommen und sollen in der Zukunft durch das Evangelische Familienbildungswerk erfolgen.

Von entscheidender Bedeutung ist in unserer Gemeinschaft die Sicherung der Abstinenz. Rückfälle in den Suchtmittelmißbrauch sind für die Menschen mit den oben skizzierten Schicksalen und Krankheitsverläufen Katastrophen. Wir müssen immer wieder feststellen, daß Menschen, die in unserer Gemeinschaft gewesen sind und wieder zu Suchtmitteln greifen, nach Rückfällen körperlich und geistig schwer gezeichnet sind, und nicht selten erfahren wir von Todesfällen.

Wir widmen einen großen Teil der therapeutischen Arbeit der Sicherung der Abstinenz, und unsere Hausregeln haben weitgehend zum Thema, daß der Schutz vor Suchtmitteln unser gemeinsames Interesse ist. Wir haben den Eindruck, daß die Menschen in Gemeinschaft das Abstinenzgebot als Schutz akzeptieren, denn in all den Jahren kam es kaum zu Rückfällen im Haus, obwohl das Personal nachts nicht im Haus ist, keine Kontrollen macht und nicht einmal einen Alko-Tester besitzt. Wir verlassen uns auf die freiwillige Selbstkontrolle in der Gemeinschaft.

Die Menschen, die wieder trinken wollen, wissen, daß es in der Gemeinschaft nicht gut möglich ist, und verlassen das Haus. Sie können sich um die Wiederaufnahme bewerben, und wir haben mit den vielen „Wiederholern“ recht gute Erfahrungen gemacht.

Aufgrund der Selbstversorgung und Selbstverwaltung der Gemeinschaft liegt der Pflegesatz im Vergleich zu anderen Einrichtungen für diese Klientel an der unteren Grenze, zur Zeit beträgt er DM 103,41.

Im Team arbeiten zusammen ein Psychologe als Leiter, drei Fachkräfte aus den Bereichen Sozialarbeit/-pädagogik, ein Arbeitsanleiter, eine Hauswirtschafterin, eine Verwaltungskraft und eine Krankenschwester. Die medizinische Versorgung geschieht durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte; wir haben keinen verantwortlichen oder Konsiliararzt. Zum Team gehört weiterhin eine Sozialarbeiterin für die Betreuung der Wohngruppen.

Die Wohn-Trainings-Gruppen

Nach ein bis zwei Jahren Aufenthalt und Mitarbeit sollte sich abzeichnen, ob mehr als eine Binnenrehabilitation zu erreichen ist. Wenn die oder der einzelne soviel Orientierung und Verhaltenssicherheit gezeigt hat, daß die weitere Prognose nicht ungünstig scheint, erfolgt der Umzug in die *Wohntrainingsgruppe* (WTG) im Anbau des Haupthauses.

Hier organisieren sie ihr Zusammenleben als kleinere Gruppe mit eigenem Budget und freier Einteilung von Arbeit und Freizeit, wobei sie durch das Fachpersonal regelmäßig betreut werden. Alle Klientinnen und Klienten haben dann bereits wichtige Schritte zu ihrer Wiedereingliederung unternommen, Kontakte zu Familienangehörigen und sonstigen wichtigen Bezugspersonen aufgenommen, sich um die Regulierung ihrer Schulden bemüht und sich Abstinenzverbänden oder Selbsthilfegruppen angeschlossen.

In dieser Zeit ist die Verzahnung mit der Gruppe im Haupthaus noch sehr eng: Oft stehen die Mitglieder der WTG der Gruppe im Haupthaus mit Rat und Tat zur Seite, auch sind sie wichtige Modellpersonen und vertreten unsere Gemeinschaft nach außen.

Zu den organisierten Außenkontakten gehört neben der Präsenz und Mitarbeit in den Selbsthilfegruppen und Abstinenzverbänden im Duisburger Süden das Engagement in einem Altenheim des Diakonischen Werkes in der Nähe des *HAUSES AN DER BUCHE*. Die Mitglieder der WTG unterstützen hier das Personal als „Grüne Damen und Herren“, führen die alten Menschen spazieren, machen Besorgungen und Einkäufe und leisten Gesellschaft.

Bei guten Erfahrungen kann nach einigen Wochen oder Monaten der Umzug in die *externe Wohntrainingsgruppe* erfolgen. Hierfür steht ca. 2,5 km vom Haupthaus entfernt eine Wohnung zur Verfügung, die vier Personen in Einzelzimmern Platz bietet. Hier ist die Betreuung lockerer, die Anforderungen an die Selbstregulation also noch höher.

Bis hierher werden Unterkunft, Lebensunterhalt sowie sonstige Hilfen aus dem mit dem Landschaftsverband Rheinland vereinbarten Pflegesatz bestritten. Es stellt sich nun die Frage, ob die Klientinnen in absehbarer Zeit wieder in der Lage sein

werden, sich noch weiter zu verselbständigen und für ihr Leben selbst zu sorgen. Zwar ist ein Teil unserer KlientInnen dann bereits berentet, doch für einen großen Teil sind die Aussichten auf eine Wiedereingliederung ins Arbeitsleben nach der jahrelangen Abstinenz und dem intensiven lebenspraktischen Training recht gut. Diese Personen können im Rahmen des *Landesarbeitsprogramms NRW „Arbeit statt Sozialhilfe“* Plätze in unseren Arbeitsprojekten erhalten.

Beschütztes Arbeiten

Das Diakoniewerk konnte seit 1984 fünf *Projektbetriebe* aufbauen: *Garten- und Landschaftsbau, Umzüge/Transporte, Renovierungswerkstatt Malerei/Lackiererei, Polsterei* und *Auslieferungslager* für technische und medizinische Gase. Insgesamt stehen hier 50 auf zwei Jahre befristete Arbeitsplätze zur Verfügung, davon die Hälfte im Garten- und Landschaftsbau. Zusätzlich konnten ABM-Stellen eingerichtet werden.

Die *Arbeitsprojekte* haben zum Ziel, Arbeitslose, insbesondere Langzeitarbeitslose, durch eine geschützte und sozialpädagogisch begleitete Beschäftigung beruflich zu integrieren.

Die Anforderungen sind hier nicht so hoch wie im gewerblichen Bereich, und es bietet sich eher die Möglichkeit, die Menschen individuell zu beraten und zu fördern. Es gilt allerdings für die Klientinnen und Klienten aus den suchttherapeutischen Einrichtungen des Diakoniewerkes das Abstinenzgebot und für die anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Verbot von Alkoholkonsum am Arbeitsplatz.

Die ehemaligen Klientinnen und Klienten unserer Einrichtung können hier ihre Arbeitsfähigkeit erproben, ihre sozialen Kontakte wesentlich erweitern, ihren finanziellen Verpflichtungen nachkommen und von der Sozialhilfe unabhängig werden.

Insgesamt wurden von den bislang 42 regulär aus dem *Haus an der Buche* Entlassenen 21 in den Arbeitsprojekten beschäftigt. 13 leben abstinent, zwei griffen während ihrer Beschäftigungszeit wieder zu Alkohol und verstarben, sechs konnten ein Jahr oder länger arbeiten und wurden in der folgenden Arbeitslosigkeit rückfällig. Unsere Klientinnen werden in den Arbeitsprojekten sehr geschätzt, und fünf bewähren sich seither wieder in unbefristeten Arbeitsverhältnissen, z.T. nach Umschulungen.

Wir haben einer früheren Klientin nach einer entsprechenden Ausbildung einen beschützten Arbeitsplatz im Haus an der Buche selbst eingeräumt: Sie leitet die Hauswirtschaft. Daneben konnten wir für Ehemalige vier Nebentätigkeitsstellen in den Spätdiensten im Haus einrichten.

Beschütztes Wohnen

Programme des *Beschützten bzw. Betreuten Wohnens* im Anschluß an die Behandlung nehmen in unseren Eingliederungsmaßnahmen einen breiten Raum ein, wobei unterschiedliche Stufen der Betreuung und des Schutzes angeboten werden.

Die Betreuung erfolgt seit 1986 im Rahmen der Förderung von Wohngemeinschaften für Behinderte durch den Landschaftsverband Rheinland und die Stadt Duisburg. Sie wird von einer dafür eingestellten Sozialarbeiterin geleistet. Ziel ist es, die Menschen so weit als möglich unabhängig von stationärer oder teilstationärer Hilfe zu machen und gegebenenfalls völlig selbständig werden zu lassen.

Bei der katastrophalen Lage auf dem Wohnungsmarkt müssen wir sehr dankbar sein, wenn wir die von uns Betreuten überhaupt in Wohnungen vermitteln können, wobei wir nicht nur aus ökonomischen Gründen das Wohnen in Gemeinschaften dringend nahelegen.

Immerhin haben wir zur Gründung einiger Wohngemeinschaften in der Nähe unseres Hauses beitragen können:

- Das Diakoniewerk konnte ein kleines Haus direkt neben dem Haus an der Buche anmieten und fünf Personen - drei Frauen und zwei Männern - zur Verfügung stellen, die hier in Untermiete wohnen. Dies sind Menschen, die schon älter und - mit einer Ausnahme - berentet sind und regelmäßige und intensive Betreuung benötigen.
- Im Anbau dieses Hauses konnten zwei weitere frühere Klienten ihren Lebensraum finden, die wieder Arbeit gefunden haben.
- In mittelbarer Nähe des Haupthauses haben sich eine Frau und ein Mann gemeinsam eine Wohnung genommen und leben als Paar zusammen. Beide sind Rentner und im Haus an der Buche im Spätdienst.
- Zwei Männer leben ein wenig weiter entfernt in Gemeinschaft. Hier wurden leider Kriseninterventionen nötig, da einer der beiden ungefähr in Jahresabständen für ein paar Tage dem Alkohol verfällt.
- Ungefähr einen Kilometer vom Haupthaus entfernt konnte 1986 eine Großwohnung für fünf Personen angemietet werden. Der Hauptmieter ist ein berenteter ehemaliger Klient, der im Haupthaus Spätdienste versieht. Diese Wohnung hat im Lauf der Jahre einer ganzen Reihe von Ehemaligen als Sprungbrett in die Selbständigkeit gedient. Zur Zeit leben dort drei frühere Klienten des Hauses an der Buche und ein ehemaliger Klient einer anderen Einrichtung des Diakoniewerks. Wichtigster Punkt der Hausordnung ist hier das Abstinenzgebot.

Daneben werden derzeit noch fünf Einzelwohner betreut.

Neben der aufsuchenden Betreuung in ihren Wohnungen erfahren unsere ehemaligen Klientinnen und Klienten die Unterstützung der Gemeinschaft und des Diakoniewerks in unserem Haus selbst. Hier finden regelmäßig Treffen statt, zu denen sich jeweils ein Kern von zwölf bis fünfzehn Personen einfindet. Diese Gruppe unternimmt auch gemeinsame Ausflüge und sonstige Unternehmungen, hier begegnen sich die Ehemaligen und die aktuellen Klienten in der Gemeinschaft, hier feiert man gemeinsam und tauscht die neuesten Nachrichten aus.

Die ganze Gemeinschaft - also die aktuell im Haus und den Wohntrainingsgruppen Lebenden, alle interessierten Ehemaligen und das Team - fährt jedes Jahr zusammen nach Holland, um dort eine Woche lang in einem Ferienpark Urlaub zu

machen. Hier bilden sich in Ferienhäusern Kleingruppen von sechs bis acht Personen, die sich weitgehend selbständig organisieren, verpflegen und verwalten. Dabei gelten dieselben Grundsätze und Regeln wie „zu Hause“.

Wenn wir das breite Spektrum und Ausmaß der Hilfebedürftigkeit unserer Klientinnen und Klienten betrachten, dann sind wir uns darüber im klaren, daß ein beträchtlicher Teil auf unabsehbare Zeit beständige, intensive und regelmäßige Begleitung und Hilfe benötigt, daß der Prozeß der Ablösung bei den meisten zu schweren Krisen führt, und daß manche auf diesem Weg wieder straucheln und dem Mißbrauch von Suchtmitteln verfallen werden,

Erfahrungen

Es hat sich gezeigt, daß die *beschützte, betreute und begleitete Wiedereingliederung* Menschen zu einem weitgehend selbständigen Leben in dauerhafter Abstinenz verhilft, die anderenorts als „depraviert“ bezeichnet oder als „therapieresistent“ betrachtet wurden.

Seit 1983 haben wir 42 Klientinnen regulär entlassen können. Davon leben 30 abstinent, 12 sind rückfällig und ohne Kontakt zu uns, drei davon verstorben. 23 der Abstinente leben in eigenen Wohnungen, einer wieder in der Gemeinschaft, einer in einem anderen Heim und fünf zur Untermiete und in enger Betreuung.

28 Personen, die unser Eingliederungsprogramm im Haus an der Buche regulär durchlaufen und beendet haben, leben abstinent und außerhalb von Heimen. Davon lebt nur noch eine Person von der Sozialhilfe, zwölf sind berentet, elf unbefristet beschäftigt, zwei sind arbeitslos gemeldet. Eine Frau lebt von Ehegattenunterhalt. Ein Klient ist nach Jahren der Abstinenz und fester Anstellung als Vorarbeiter im Arbeitsprojekt verstorben.

Das sind, bezogen auf die unabsehbare Zahl der im Elend lebenden Süchtigen bescheidene Zahlen. Allein für Duisburg wurde die Zahl dieser Menschen auf 3.500 geschätzt (PROGNOS). Vieles gilt es noch zu verbessern, doch können wir sagen, daß sich unsere Arbeit gelohnt hat - für die von uns Betreuten, für uns und für die Träger der Sozialhilfe.

Letztere werden dadurch entlastet, daß wir die von uns Betreuten so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen und sie wieder in die Gemeinschaft eingliedern. Freilich haben diese langfristigen Maßnahmen ihren Preis: Zwei Jahre Aufenthalt im Haus an der Buche kosten beim heutigen Pflegesatz incl. Barbeträgen und sonstigen Beihilfen ca. DM 80.000.

Wir können diesem Betrag gegenüberstellen, daß die Suchtkarriere unserer Klientinnen (Schätzung für 22 Personen zum 31.12.92) vorher im Mittel ca. DM 113.000 an Kosten für stationäre Vorbehandlungen und das nackte Überleben verschlungen hat, nicht gerechnet die Kosten für Behandlungen bei niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen. Ohne eine Hilfe zur dauerhaften Abstinenz würden die Sozialhilfeträger weitere beträchtliche Summen im Rahmen ihrer gesetzlichen Verpflichtungen aufbringen müssen.

Überlegungen zur Wiedereingliederung für sozial randständige, wohnungs- und obdachlose chronisch Abhängigkeitskranke

Eckhard Sundermann

Im Gegensatz zu den vorherigen Beiträgen kann ich Ihnen leider bisher keine Erfahrungen mitteilen, sondern Sie nur teilhaben lassen an unseren Überlegungen, die wir, die Innere Mission, - Diakonisches Werk Bochum e.V., demnächst in einem Sektor Bochums erproben wollen.

Gestatten Sie mir an dieser Stelle eine Vorbemerkung. Die gesamte Diskussion der gemeindebezogenen Suchtkrankenhilfe scheint darauf hinauszulaufen, das Rad neu erfinden zu müssen. Die Diskussion um die Versorgung Abhängigkeitskranker, und hier besonders der chronisch Abhängigkeitskranken, wiederholt diejenige um die Versorgung psychisch Kranker. Standards der ambulanten psychiatrischen Versorgung wie Regionalisierung, Sektorprinzip, Versorgungsverpflichtung, Koordination und verbindliche Kooperation müssen im Suchtbereich offensichtlich erneut von verhärteten Positionen aus mit aller emotionalen Vehemenz geführt werden. Dies ist bedauerlich, bedeutet es doch ein Verschleudern von Ressourcen, die dringend benötigt werden, um kreative Lösungen menschenwürdiger Hilfe für Abhängigkeitskranke zu entwickeln. Dennoch müssen wir die Diskussion mit all ihren fachlichen, politischen und moralisch-ethischen Implikationen führen, sollen die vorliegenden Konzepte und Versorgungsprinzipien durch überzeugtes, engagiertes Handeln der Fachleute mit Leben gefüllt werden.

Die Kürze der Zeit gebietet es, Ihnen unsere Überlegungen nur grob darzulegen. Einer der Ausgangspunkte für unsere Überlegungen waren die ausgesprochen positiven Bochumer Erfahrungen der letzten 10 Jahre im Aufbau und in der Umsetzung gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen und -konzepte, wie sie sich in den Empfehlungen der Expertenkommission wiederfinden. Dies gilt besonders für die positiven Erfahrungen der beteiligten Träger, auch der freien Wohlfahrtspflege, mit dem Konzept der Versorgungsverpflichtung für alle psychisch Kranken eines definierten Sektors. Die daraus resultierenden Veränderungen in der Wahrnehmung und Lösung der Probleme haben zu rehabilitativen Erfolgen, zu Steigerungen der Lebensqualität und zu vermehrter Durchsetzung der Rechte der psychisch behinderten Bürgerinnen und Bürger in unserer Stadt beigetragen.

Ein weiterer Ausgangspunkt unserer Überlegungen war die Analyse der Versorgungssituation abhängigkeitskranker Bochumer Bürgerinnen und Bürger. Sie deckt sich größtenteils mit dem, was Günter Wienberg vorgetragen hat. Für uns besonders überraschend war dabei die Feststellung, daß trotz einer Vielzahl vorhandener Institutionen und Dienste im medizinischen, sozialen und psychosozialen Bereich die Gruppe der chronisch Abhängigkeitskranken so gut wie nicht wahrgenommen, geschweige denn angemessen behandelt und betreut wird. Dies über-

rascht umso mehr, müssen wir doch bei Zugrundelegung der Empfehlungen der Expertenkommission von ca. 2000 chronisch Abhängigkeitskranken in Bochum ausgehen.

Es ist diese Personengruppe, auf die wir unser besonderes Augenmerk richten wollen, denn auch hier gilt die Erkenntnis aus der Allgemeinpsychiatrie, daß sich die Qualität der Versorgung am Umgang mit den chronisch Kranken zeigt. Mein Träger fühlt sich diesem zutiefst diakonischen Ansinnen verbunden, seine Arbeit am Umgang mit den Schwächsten und Bedürftigsten messen zu lassen, und läßt sich hier gern in die Pflicht nehmen. Darüber hinaus verfügt er bezüglich der Aufgabe über gute Voraussetzungen, da er in Bochum

- eine Suchtberatungsstelle,
- Beratungsstellen, Tagesaufenthalte und eine Übernachtungsstelle für alleinstehende wohnungslose Frauen und Männer,
- einen Arbeitslosentreff und
- einen Betreuungsverein

unterhält und über Erfahrungen in der Behinderten- und Altenhilfe verfügt. Unsere strukturellen und inhaltlichen Vorstellungen zur Wiedereingliederung sozial randständiger, wohnungs- bzw. obdachloser chronisch Abhängigkeitskranker beabsichtigen wir in einem Projekt zu überprüfen.

Wie ist die Klientel zu charakterisieren?

Chronisch Abhängigkeitskranke sind mehrfachgeschädigt, sie zeichnen sich durch langjährigen Suchtmittelmißbrauch mit ausgeprägten Folgeschäden auf der körperlichen und psychischen Ebene, dem weitgehenden Verlust des sozialen Umfeldes und einer geringen materiellen Absicherung aus. Es handelt sich um gravierend beeinträchtigte Menschen, deren Rehabilitation von vornherein als schwieriges Unterfangen erscheinen muß. Im psychischen Bereich finden sich gravierende Persönlichkeitsveränderungen, Psychosen, Depressionen, Verhaltensstörungen und erhöhte Suizidalität. Somatisch sind hirnorganische Grund- und Folgeerkrankungen, Störungen des peripheren Nervensystems und Schädigungen der inneren Organe zu finden.

Auf Grund dieser Folgeschäden wird in Bochum allein von 115 bis 135 Alkoholtoten pro Jahr (bei Zugrundelegung der Schätzungen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren) ausgegangen, die weitestgehend dieser Personengruppe zuzurechnen sind.

Sozial ist die Gruppe zu kennzeichnen durch Arbeitslosigkeit und zunehmende soziale Isolation, die familiären Bezüge sind in der Regel verlorengegangen. Chronisch Abhängigkeitskranke sind häufig frühberentet und verschuldet, von Zwangsversteigerungen und Lohnpfändungen betroffen. Ein größerer Teil dieser Personengruppe lebt zwar noch in eigenen Wohnungen, zumeist in 1-Personen-Haushalten, häufig droht aber der Wohnungsverlust. Ein weiterer Teil dieser Personengruppe zählt zum Kreis der erst kurzzeitig Wohnungslosen, die aber angesichts

der katastrophalen Lage auf dem Wohnungsmarkt nur schwer wieder eine eigene Wohnung finden können. In den städtischen Obdachlosenunterkünften zählt ein nicht unerheblicher Prozentsatz der Bewohnerinnen und Bewohner zu dieser Gruppe. Der überwiegende Teil der langjährig alleinstehend Wohnungslosen (früher diskriminierend „Nichtseßhafte“ genannt) ist ebenfalls als abhängigkeitskrank und ein nicht geringer Teil davon als chronisch mehrfachgeschädigt anzusehen.

„Die ‚persönliche Landschaft‘ ist geprägt durch Einsamkeit und soziale Isolation, ständige Beziehungsabbrüche, Mobilität (manchmal als notwendige Voraussetzung zur Aufrechterhaltung des Suchtverhaltens), verarmte Lebenssphäre (ausschließlich kurzfristige Planungen und Bedürfnisbefriedigung), wenig Anknüpfungspunkte in normalen sozialen Netzwerken, Verhaftetsein mit der Szene und der künstlichen Gemeinde von professionellen Helfern. Auf der subjektiven Seite dominieren Resignation und Hilflosigkeit.“ (RIEGER, WESSEL 1992)

Auch viele Besucher der mobilen Treffs für junge Erwachsene müssen schon zu diesem Personenkreis gezählt werden. Bei ihnen sind körperliche Folgeerkrankungen noch nicht so gravierend ausgeprägt, andererseits sind auch hier die Merkmale soziale Entwurzelung, Wohnungslosigkeit und materielle Verelendung anzutreffen. Es hat sich eine Szene herausgebildet, vergleichbar der der Drogenabhängigen, in der innerhalb kürzester Zeit bei vielen ein massiver Persönlichkeitsverfall zu beobachten ist. Die Klientel ist durch häufige, kurzzeitige Aufenthalte in Bochumer Allgemeinkrankenhäusern oder den psychiatrischen Versorgungskliniken bekannt. Hier werden sie meist unter Zwang aufgenommen.

Auf welche Versorgungsstruktur stößt diese Gruppe?

Für die umfangreichen Probleme dieser Klientel gibt es keine entsprechenden Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote. Die Personengruppe geht verloren in einer Versorgungslandschaft, die durch weitgehende Isolierung, Abgrenzung und Spezialisierung gekennzeichnet ist. Dies betrifft das medizinische und psychosoziale Hilfesystem im ambulanten, stationären wie auch komplementären Bereich und bezieht sich sowohl auf die inneren Strukturen der Systeme als auch auf das Verhältnis zwischen ihnen.

Im ambulanten Bereich ist die Trennung zwischen suchttherapeutisch-beraterischen und sozialen und medizinischen Hilfen besonders nachteilig für diese Personengruppe. Die Suchtberatungsstellen zeichnen sich durch eine hohe fachspezifische Kompetenz aus, erreichen diese Personengruppe in der Regel aber nur schwer auf Grund ihrer hohen Zugangsschwelle, der Komm-Struktur und der Voraussetzung eines hohen Maßes an Eigenmotivation, verbunden mit der Ausrichtung auf das Ziel dauerhafter Abstinenz.

Auf der anderen Seite verfügen andere psychosoziale Dienste der Wohnungslosenhilfe, der Arbeitslosenhilfe, der Betreuungsvereine, der Schuldnerberatung u.a. über gute Voraussetzungen als Erstanlaufstellen für diese Personengruppe. Ihre Hilfen beruhen in der Regel auf dem Primat der Sozialarbeit. Es geht in erster Linie um die Linderung sozialer Not, um die Behebung materieller Mängel und die

Bewältigung schwieriger Lebenslagen. Sie machen keine speziell auf Abhängigkeitsprobleme bezogenen Betreuungs- und Hilfsangebote. Die Angebote sind niedrigschwellig, leisten somit einen hohen Beitrag zur Erreichung von Abhängigkeitskranken, beinhalten aber keine suchtspezifische Kompetenz. Die Dienste werden damit den umfassenden Problemlagen der Klientinnen und Klienten nicht gerecht und sind überfordert, da die häufig verschlüsselt dargebotenen Hilferufe nicht wahrgenommen oder, gemäß dem Auftrag der Stellen, fast ausschließlich sozialfürsorgerisch und nicht suchtkrankenspezifisch beantwortet werden. Vernetzungen und Angebote, wie sie im psychiatrischen Bereich bestehen bzw. aufgebaut werden (Betreutes Wohnen, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte, Kontaktstellen und Tagesstätten), sind nicht entwickelt.

Im stationär-psychiatrischen Bereich ist eine Polarisierung festzustellen. Einerseits erfolgt suchtspezifische Behandlung im Rahmen psychotherapeutischer Angebote vornehmlich für sogenannte „motivierter“ Suchtkranke. Andererseits kommt es zu den klassischen Aufnahmen auf vormundschaftlicher Grundlage oder über Psych-KG und der möglichst umgehenden Entlassung nach Abklingen der Intoxikation. Unter suchtspezifischen Gesichtspunkten werden keine weiteren Angebote bereitgehalten.

Jedoch hat die Situation in Bochum immer wieder gezeigt, daß bei entsprechenden Absprachen und klaren Definitionen der Verantwortlichkeit im Einzelfall bei diesem Personenkreis durchaus rehabilitative Erfolge zu erzielen sind. In den wenigen Fällen, in denen es zumeist aufgrund des persönlichen Engagements der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Beratungsstellen für alleinstehende Wohnungslose, Diakoniestationen, vom Sozialpsychiatrischen Dienst, vom Betreuungsverein und von der Suchtberatungsstelle zu einer Kooperation gekommen ist, konnten aufgrund der Entwicklung und Umsetzung gemeinsamer Betreuungskonzepte durchweg positive Erfahrungen, nicht nur im Hinblick auf die körperliche, materielle und soziale Stabilisierung, sondern insbesondere auch im Hinblick auf das Suchtverhalten gemacht werden.

Es scheint sinnvoll und dringend notwendig, von diesen „goodwill-Einzelaktionen“ zur Entwicklung von verbindlichen und verlässlichen ambulanten Versorgungsstrukturen mit problemangemessenen Hilfef Konzepten für alle abhängigkeitskranken Bürgerinnen und Bürger unter Einschluß der sozial randständigen und wohnungslosen chronisch abhängigen Personen zu kommen.

Wie ist dies zu erreichen?

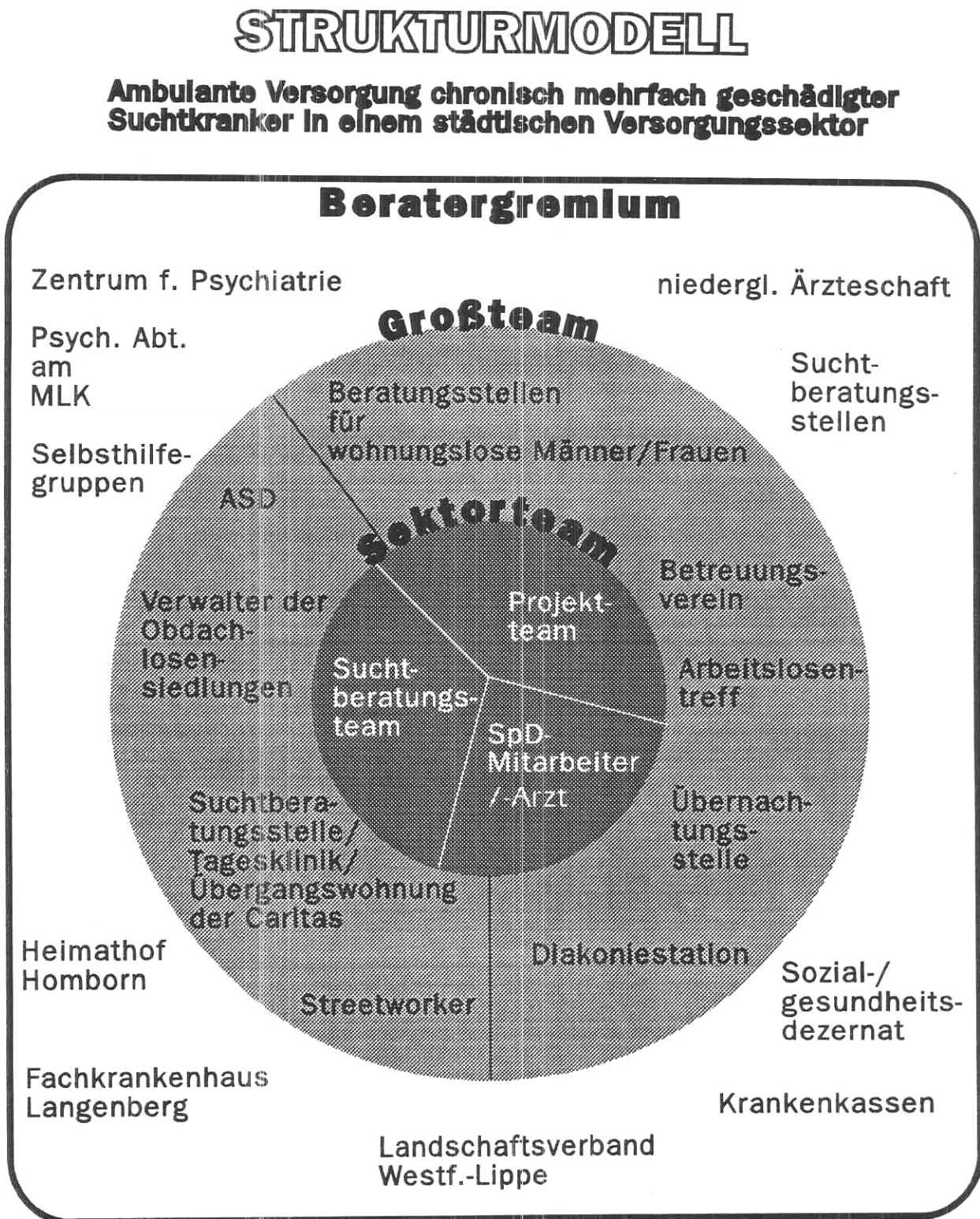
1. über die Bereitschaft, in einem definierten Sektor die ambulante Versorgung aller abhängigkeitskranken Personen sicherzustellen,
2. über verbindliche Kooperationsstrukturen zwischen unterschiedlichen Institutionen, Fachdiensten und Professionen der medizinischen, psychosozialen und sozialen Hilfesysteme,
3. über die Veränderung der klassischen Zielhierarchie suchtt therapeutischen Arbeitens.

Die Schaffung eines spezialisierten Dienstes halten wir für kontraproduktiv. Die Vernetzung schon bestehender Dienste soll als strukturelle Vorbedingung für die

Entwicklung problemangemessener Arbeitsweisen dienen. Diese Arbeitsweisen beinhalten besonders die Verknüpfung suchtspezifischer und sozialer Hilfen.

Unser Modell der zu schaffenden Strukturen möchte ich Ihnen mit Hilfe des folgenden Schaubildes verdeutlichen.

Abb. 1 Strukturmodell



Im Kern befindet sich das sogenannte Sektorteam.

Es setzt sich zusammen aus den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Suchtberatungsstelle und Projekten. Die Integration von für diesen Aufgabenbereich zuständigem Personal des Sozialpsychiatrischen Dienstes in das Sektorteam ist intendiert, insbesondere auch die zumindest teilweise Mitarbeit eines Arztes oder einer Ärztin des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Dieses Team soll per Versorgungsvertrag mit der Kommune die ambulante Versorgung aller Abhängigkeitskranken, mit Ausnahme der von illegalen Drogen Abhängigen, in einem definierten Sektor (Bochum-Stadtmitte mit 160.000 Einwohnern) übernehmen. Die Arbeit dieses Teams orientiert sich grundsätzlich am Rahmenplan der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren vom September 1992. Es soll multiprofessionell besetzt werden mit SozialarbeiterInnen, Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin, Krankenpflegekraft, Dipl.-Psychologin, Arzt/Ärztin. Neben dem bestehenden Beratungsangebot der Suchtberatungsstelle soll aufsuchend-nachgehende Arbeit, Krisenintervention von Suchtkranken während der Tagesstunden, notwendige Initiierung und Begleitung von vormundschaftsgerichtlichen und über PsychKG erfolgenden Unterbringungen und rehabilitatives Arbeiten mit chronisch Abhängigkeitskranken erfolgen. Die Arbeitshaltung soll dabei gekennzeichnet sein durch rücksichtsvolle Akzeptanz und Achtung der Würde und des Willens des Klienten oder der Klientin. Dem Sektorteam obläge ebenfalls die Koordination der Hilfen durch Kooperation mit dem medizinischen und sozialen Hilfesystem. Das Sektorteam scheint mir vergleichbar den Community Alcoholic Teams (CAT) in England.

In einem Großteam soll über gemeinsame Fallbesprechungen und Fortbildungen eine Vernetzung des Sektorteam mit den o.g. Einrichtungen und Diensten des Trägers erfolgen. Für eine Mitarbeit im Team sollen des weiteren Vertreter und Vertreterinnen

- der Streetworker und des Allgemeinen Sozialen Dienstes,
 - der Suchtkrankenhilfe der Caritas,
 - der städtischen Obdachlosensiedlungen und
 - der Diakoniestationen
- gewonnen werden.

Ggf. sind weitere Kooperationspartner (Polizei, Bewährungshilfe, Sozialamt etc.) hinzuzuziehen.

Durch die Zusammenarbeit im Großteam soll der Transfer der Informationen und Konzepte gewährleistet werden. Die Teammitglieder sollen so als „Konzeptträger“ des Projektes in ihren Einrichtungen und Diensten fungieren. Andererseits soll durch die feste Zuordnung von Sektorteammitgliedern zu den einzelnen Diensten/ Einrichtungen eine tragfähige Vernetzung erfolgen. Durch eine Begrenzung der Mitgliederzahl ist die Arbeitsfähigkeit sicherzustellen.

Begleitet werden soll das Projekt durch ein Beratungsgremium mit Vertretern und Vertreterinnen

- des Zentrums für Psychiatrie,
- der psychiatrischen Abteilung am Martin-Luther-Krankenhaus,

- der niedergelassenen Ärzteschaft,
- der Suchtberatungsstellen anderer Träger,
- der Selbsthilfegruppen,
- des Fachkrankenhauses für Suchtkrankheiten Langenberg,
- des Heimathofs Homborn,
- des Sozial- und Gesundheitsdezernats der Stadt Bochum,
- des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe,
- der örtlichen Krankenkassen.

Die Grundlage hierfür ist inzwischen durch die Einsetzung einer Arbeitsgruppe des Psychosozialen Ausschusses des Rates erfolgt. Den Begriff Verbundsystem hier zu verwenden, wäre sicher zu hoch gegriffen, soll aber die Richtung aufzeigen.

Mit diesen Strukturbedingungen soll dreierlei erreicht werden:

- *personelle Kontinuität* durch das Sektorteam im Sinne eines Bezugspersonensystems auf der Grundlage der Versorgungsverpflichtung mit aufsuchend-nachgehendem Arbeiten, aber möglichst auch durch die anderen Einrichtungen und Dienste bei Inanspruchnahme durch die Klientinnen und durch Klienten;
- *Polarisierung* der Hilfen* durch abgestimmtes Handeln aller Beteiligten auf der Grundlage möglichst weitgehender gemeinsamer Behandlungs-, Betreuungs bzw. Förderpläne;
- *konzeptionelle Kontinuität* durch die Mitglieder des Großteams bzw. des Beratungsgremiums als „Konzeptträger“ des Projekts in ihren Einrichtungen und Diensten. Dem entspricht im Sektorenteam der der jeweiligen Einrichtung zugeordnete Mitarbeiter bzw. die Mitarbeiterin.

Nach unseren Erfahrungen im allgemeinpsychiatrischen Bereich ist hierbei die Bedeutung eindeutiger, möglichst vertraglich festgelegter Kooperationen nicht hoch genug einzuschätzen. Es ist daher sicherlich vorteilhaft, daß wesentliche Teile der ambulanten Hilfen bei einem Träger in einem Fachbereich zusammengefaßt sind.

Die Hilfen für die Gruppe der chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken machen eine Veränderung der Zielsetzung suchtherapeutischen Handelns notwendig. Die Leitidee der Suchtkrankenhilfe - die volle Verantwortung an den Klienten/die Klientin zurückzugeben und Autonomie und Selbstbestimmung wiederherzustellen - muß (ohne Aufgabe der Idee) erweitert werden um reale Lebenshilfen mit Hilfs-Ichfunktionen.

* Erstmals aufgefallen ist mir dieser Begriff beim Studium der „Affektlogik“ von LUC CIOMPI (Stuttgart: Klett-Cotta 1982). Er beschreibt dort als eine der wichtigsten therapeutischen Aufgaben bei der Rehabilitation schizophrener Menschen die Notwendigkeit der Polarisierung des unstrukturierten, erstarrten sozialen Umfeldes. Mir scheint dieser Begriff hilfreich zu sein zur Umschreibung der Aufgaben der bei der Rehabilitation von chronisch mehrfachgeschädigten Menschen beteiligten Institutionen und Diensten in dem Sinne, daß eine gemeinsame explizite, möglichst konkrete Zielsetzung erfolgt und dadurch eine therapeutische Ausrichtung in eine klar definierte Richtung möglich wird. Polarisierung steht hier im Sinne von CIOMPI für die Analogie der Ausrichtung von Eisenspänen durch einen Magneten.

Dauerhafte Abstinenz als Lebensziel ist dieser Personengruppe nur schwer vermittelbar. Trinken ist nicht dysfunktional, ist sozial und damit Bestandteil der Lebensverhältnisse. Das Trinken kann erst aufgegeben werden, wenn eine höher bewertete Alternative vorhanden ist. Mit der folgenden, auf SCHWOON (1992) zurückgehenden Zielhierarchie ist der Abhängigkeit, den schweren körperlichen Schädigungen, den Persönlichkeitsveränderungen, Verwahrlosungstendenzen und latenten Suizidgefährdungen, den aggressiven Verhaltensweisen, der materiellen Verelendung, aber auch den verschütteten individuellen Ressourcen Rechnung zu tragen:

I. *Sicherung des Überlebens*

II. *Sicherung eines gesunden Überlebens*

III. *Sicherung der materiellen Lebensgrundlagen*

IV. *Sicherung der sozialen Umgebung gegen Beeinträchtigungen durch die Klienten und Klientinnen*

V. *Ermöglichung längerer Abstinenzphasen*

Zur Erreichung der Teilziele sind jeweils eine Reihe von Interventionsformen und Arbeitsweisen denkbar und notwendig. Sie sind hier nicht umfassend darzustellen und müssen z.T. auch erst in der konkreten Arbeit entwickelt werden. Stichwortartig sind einige zu nennen:

- akute Notfallhilfe; Krisendienst; Errichtung von Notschlafplätzen und Tagesaufenthalt;
- somatische und psychiatrische Krankenhausbehandlung; verbindliche ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen;
- Zurverfügungstellung von Wohnraum und ausreichenden Mitteln zur Lebensführung;
- Unterstützung bei der Durchsetzung von Rechten;
- Hilfestellungen für die familiären, sozialen und beruflichen Systeme; Prävention; Schutz vor Gewalt, Mißhandlung, materiellen und psychischen Folgeschäden; Angehörigenarbeit;
- rehabilitative Bemühungen auf den Ebenen Behandlung, Wohnen, Arbeit und Freizeit; betreute Wohnformen, Aufenthalts- und Treffmöglichkeiten, die auch Angebote für Menschen in „Trinkphasen“ beinhalten; milieuangemessene Behandlungsformen, die eine Aufrechterhaltung der Beziehungskontinuität auch während und nach stationären Aufenthalten ermöglichen und Rückfälle als Entwicklungschancen miteinbeziehen.

Zum Schluß möchte ich auf einige nicht nur für uns vor Ort besonders bedeutsame Aspekte für die Wiedereingliederung hinweisen.

Die Wahrnehmung der somatischen Aspekte im Rahmen der ambulanten Hilfen ist nicht zu unterschätzen. Wir glauben, daß die Behandlung und Pflege der vielfältigen körperlichen Beeinträchtigungen einen guten Zugang zur Abhängigkeitsproblematik liefern kann. Hier machen wir zur Zeit in unserer Wohnungslosenhilfe gute Erfahrungen mit dem Einsatz von Krankenpflegekräften der Diakoniestation und

in der Zusammenarbeit mit einem niedergelassenen Allgemeinmediziner, der bereit ist, diese Personengruppe angemessen zu behandeln. Die Bemühungen werden dahin gehen müssen, die niedergelassene Ärzteschaft in die Pflicht zu nehmen, sich für diese Personengruppe verantwortlich zu fühlen.

Die Wiedereingliederung wird nur gelingen, wenn ambulante und stationäre Angebote möglichst weitgehend aufeinander abgestimmt sind. Die bei dieser Personengruppe häufig notwendigen Wiederholungsbehandlungen sind eher als Chance für die Rehabilitation anzusehen denn als Scheitern der Bemühungen. Der Motivation zur Behandlung muß eine kurzfristig und wiederholt verfügbare stationäre Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung vor Ort entsprechen. Hier sind Krankenhaus- und Kostenträger gefordert, die nötigen Bedingungen zu schaffen.

Wir wollen auf die Entwicklung und Erprobung von Angeboten im Bereich von Arbeit und Beschäftigung besonderes Gewicht legen. Dem liegt die Hypothese zugrunde, daß über Tätigsein, über Gestalten und das Herstellen von Produkten handlungsorientierte Angebote für die Personengruppe gemacht werden können, die eher angenommen werden als die sonst üblichen gesprächsorientierten Hilfen und damit erfolgsversprechender sind sowohl für weitere suchtspezifische Beratung und Therapie als; auch für die berufliche Rehabilitation. Durch sinnstiftende Tätigkeit, durch gemeinsames Tun ist die Steigerung des Selbstwertgefühls, aber auch die Einschränkung oder der Verlust von Fähigkeiten erfahrbar, eröffnen sich Perspektiven realistischer Zukunftsplanung.

All unsere Bemühungen um Reintegration dieser Personengruppe werden allerdings entscheidend davon abhängen, ob für sie ausreichender Wohnraum und ein Mindestmaß an Mitteln zur Lebensführung zur Verfügung steht. Angesichts der dramatischen Wohnungsnot, des wirtschaftlichen Abschwungs und der beabsichtigten Einschnitte bei der Sozialhilfe mag unser Vorhaben anachronistisch wirken. Dennoch sind wir voller Hoffnung, Mut und Tatendrang und glauben - natürlich nur bei ausreichend zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Mitteln -, auch sozial randständige, wohnungs- und obdachlose chronisch Abhängigkeitskranke wiedereingliedern zu können.

Literatur

- BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn, 1988.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN: Informationen zur Suchtkrankenhilfe 2/1992. Hamm, 1992.
- ORFORD, J.: Alcohol Problems in the Community. In: BENNETT, D. H. und FREEMAN, H. L. Community Psychiatry. Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York, Tokio 1991
- RIEGER, J. & WESSEL, T.: Ambulante und stationäre Nichtseßhaftenhilfe: Endstation Armut - wohnungs- und arbeitslose Abhängigkeitskranke ohne Chance? In: WIENBERG, G. (Hrsg.): Die vergessene Mehrheit: zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Psychiatrieverlag, Bonn, 1992
- SCHWOON, D. R.: Motivation - ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In: WIENBERG, G. (Hrsg.): Die vergessene Mehrheit: zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1992

Plenumsdiskussion zum Themenbereich

Moderation: Niels Pörksen

Niels Pörksen, Bielefeld:

Meine Damen und Herren, nach unserer wohlverdienten Pause möchte ich nun die Diskussion zum Themenbereich I eröffnen, zu dem wir gestern einige grundsätzliche Beiträge und heute eine Reihe von beispielhaften Ansätzen gehört haben.

Gudrun Richter, Angermünde:

Ich möchte ein paar ergänzende Anmerkungen machen zum Thema Sekundärprävention und Früherkennung, sowie zur Rolle von Allgemeinkrankenhäusern in der ehemaligen DDR. Bereits 1983 gab es die ersten Veröffentlichungen zu dieser Thematik, und ab 1986 wurden hierzu Fortbildungsveranstaltungen und -lehrgänge für Ärztinnen und Ärzte angeboten. Seit 1990, seit der Vereinigung der beiden deutschen Staaten, wurden jedoch diese Weiterbildungsmöglichkeiten von den Ärztinnen und Ärzten nicht mehr wahrgenommen, es kam vermehrt zur Gründung privater Praxen, zugleich verminderten sich die Überweisungen an die spezialisierten Dienste, weil nach Ansicht der Kolleginnen und Kollegen diese nicht mehr bezahlbar seien; das Gleiche gilt für das Allgemeinkrankenhaus. Die Suchtkranken kommen zu spät und mit massiven Komplikationen zur Entgiftung als Folge der bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vorhandenen Unsicherheit. Zur Zeit arbeiten wir wieder an neuen Konzeptionen zur Motivationsarbeit -in diesem Sinne für uns ein neuer Terminus technicus. Früher gab es bei uns die Früherkennung/Frühintervention mit einer vierwöchigen Kurzzeitbehandlung, und ich möchte Herrn John darin unterstützen,, daß gerade bei Frühgestörten die Abwehrarbeit sehr wichtig ist. Für genauso wichtig halte ich aber die Überwindung der Haltung der Kolleginnen und Kollegen. Sekundärprävention im Krankenhaus ist nur möglich, wenn die Ausbildung des ärztlichen Personals verbessert wird und unter den jetzigen neuen Bedingungen Möglichkeiten gefunden werden, diese Leistungen zu strukturieren und abrechenbar zu gestalten. Suchtkranke Menschen akzeptieren die Diagnose nur, wenn diese dezidiert bearbeitet und akzeptabel vermittelt wird. Das ist die Basis der Motivationsarbeit bei Frühgestörten, die man als die zweite große „vergessene Mehrheit“ bezeichnen kann, da ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung viermal so hoch ist (Basis des Eisbergs) wie der der Abhängigen.

Hans-Jürgen Gaber, Gütersloh:

Wir haben die paradoxe Situation, daß in der ehemaligen DDR bestehende Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich, insbesondere die Suchtfachambulanzen in den Polikliniken, nach der deutschen Vereinigung zerschlagen worden sind und wir gleichzeitig im Westen daran arbeiten, solche aufzubauen. Wir haben ja gestern

gehört und machen im Grunde genommen diese Erfahrung jeden Tag, daß das Kriterium der Niedrigschwelligkeit von besonderer Bedeutung ist. Viele Suchtkranke gehen in die ärztliche Praxis oder ins Allgemeinkrankenhaus, können dort aber nicht adäquat behandelt werden - das gleiche trifft aber auch zu für die anderen, die in die psychiatrischen Krankenhäuser gehen. Da auch in Zukunft wegen der Niedrigschwelligkeit und der im Vordergrund stehenden körperlichen Beschwerden ein Großteil der Suchtkranken in den Allgemeinkrankenhäusern zu finden sein wird, müssen wir dorthin gehen, müssen unser Know-How, das wir im Laufe der Jahre entwickelt haben, dorthin transferieren, dafür sind wir zuständig und verantwortlich. Andererseits haben wir die Überlappung mit dem psychiatrischen Bereich: Menschen, die psychisch krank und suchtkrank sind („Doppeldiagnose“), sind bisher durch die Raster des Versorgungssystems gefallen. An der Hochschwelligkeit der psychiatrischen Klinik, besonders des Landeskrankenhauses, wird sich wohl nichts ändern lassen. Auch wenn solche Institutionen noch so gute Arbeit leisten, werden sie von vielen Betroffenen einfach abgelehnt. Und das gilt es erst einmal zu akzeptieren. Was den ambulanten Bereich angeht, so ist die Kompetenz der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf die Behandlung suchtkranker Menschen tatsächlich sehr niedrig anzusiedeln. Dennoch müssen wir davon ausgehen, daß sie auch künftig von einem Großteil der Betroffenen aufgesucht werden. Der Aufbau von Suchtfachambulanzen gerät damit in das Konkurrenzfeld dreier Institutionen. Einmal sind dies die Träger der psychiatrischen Krankenhäuser und der Landschaftsverband, zum anderen die traditionellen Suchtberatungsstellen der Wohlfahrtsverbände und schließlich die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Letzteres sollte meines Erachtens durchaus unterstützt und nicht einfach abgewehrt werden, damit die Kompetenz in diesem Bereich mehr im Rahmen von multiprofessionellen Teams aufgebaut wird.

Ute Schönherr, Berlin:

Herrn John möchte ich fragen, wie motiviere ich das Allgemeinkrankenhaus, Motivierungsarbeit zu machen? Wie kann das gehen, Patientinnen und Patienten 4 Wochen in einer Motivationseinheit zusammenzufassen im Allgemeinkrankenhaus, die ja aus ganz unterschiedlichen somatischen Gründen ins Krankenhaus gekommen sind und ganz unterschiedliche spezifische Behandlung brauchen?

Ulrich John, Lübeck:

Die Idee ist, Patientinnen und Patienten aus der somatischen Behandlung, sobald es die körperliche Störung erlaubt, in eine Motivationseinheit zu verlegen, d.h. mit der Verlagerung der Behandlungsschwerpunkte sozusagen Betten aus der einen in die andere Abteilung zu verlegen. Das muß nicht zwangsläufig eine Verlängerung der Behandlungsdauer zur Folge haben, wird es aber wahrscheinlich in geringfügigem Umfang. Betrachtet man das aber unter längerfristigeren Kosten-Nutzen-Erwägungen, so wird man feststellen, daß eine solche einmalige etwas intensivere Behandlung sich möglicherweise auf lange Sicht sehr auszahlt, weil der schon aus der Psychiatrie bekannte „Drehtür-Effekt“ vermieden wird. Sehr wichtig ist in diesem Zusammenhang, und da möchte ich Frau Richter unterstützen, daß

endlich eine allgemein verbindliche Kostenregelung geschaffen wird. Ein weiterer Punkt, der ebenfalls von Frau Richter angesprochen wurde, ist die Einstellungsänderung bei den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Sie ist im Rahmen einer Motivationsarbeit im Allgemeinkrankenhaus ebenso wichtig wie das Einwirken auf die Patientinnen und Patienten in Richtung Abstinenz. Eine solche Einstellungsänderung wird schon im Rahmen der Ausbildung während des Medizinstudiums angestrebt, jedoch hat dieser Weg auch gewisse Grenzen. Daher bin ich aufgrund unserer bisherigen [Erfahrung der Meinung, daß solche Einrichtungen mit Suchtfachleuten zusammenarbeiten müssen, ebenso wie sie Konsiliar-Psychiater zu Rate ziehen. Psychiatrische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern bieten meines Erachtens einen günstigen Ausgangspunkt für die Suchtkrankenbehandlung.

Niels Pörksen, Bielefeld:

Im Expertenbericht hatten wir uns darauf festgelegt, daß die Allgemeinkrankenhäuser nicht flexible Belegungsreserve sein dürfen, für die die Gruppe der Alkoholabhängigen je nach Bedarf genutzt wird, sondern daß solche Krankenhäuser entsprechend qualifizierte Arbeitsprogramme für diese Personengruppe entwickeln müssen, andernfalls sollten ihnen die Kostenträger diese Aufgabe irgendwann entziehen.

Bruce Ritson, Edinburgh:

Ich möchte einige Anmerkungen machen zu der Frage, wie man Ärztinnen und Ärzte für die Arbeit mit Alkoholkranken interessieren kann. Leider reicht der allgemeine Hinweis oder das empirische Faktum, daß z.B. 25 % der Patientinnen und Patienten Alkoholprobleme haben, nicht aus. Und bei Fortbildungsveranstaltungen sprechen immer Fachleute miteinander, die die gleichen Ansichten haben - wir bezeichnen das als „Missionieren von Gläubigen“ - und erreichen nicht andere - die „Ungläubigen“. Aber ein Weg, diese Grenze zu überwinden, besteht darin, das Interesse von ein oder zwei angesehenen Ärzten/Ärztinnen, sei es unter niedergelassenen Ärzten oder denen im Krankenhaus, zu gewinnen. Denn auch wir machen die Erfahrung, daß Ärzte und Ärztinnen am ehesten ihresgleichen zuhören und nicht Kolleginnen und Kollegen von entfernten Fachdisziplinen oder gar nicht-ärztlichen Suchtexperten und -expertinnen. Manchmal findet sich auch die eine oder andere Krankenschwester aus einer der somatischen Abteilungen im Krankenhaus, die sich für die Probleme von alkoholkranken Patientinnen und Patienten sehr interessiert und sich um diese Menschen kümmert. Wenn man sich mit solchen Schlüsselpersonen verbündet und sie unterstützt, können sie Informationen an die Betroffenen weitergeben, Suchtanamnesen erheben und Kontakte zu suchtherapeutischen Einrichtungen und Diensten herstellen. Krankenschwestern und -pfleger sind wichtige potentielle Verbündete in diesem Feld. - Auf lange Sicht ist es sehr wichtig, Grundzüge der Suchttherapie in das Curriculum des Medizinstudiums, der Krankenpflege-Ausbildung sowie des Sozialpädagogikstudiums einzubeziehen.

Ray Hodgson, Whitchurch:

Wir haben bisher über die Motivation von Ärzten und Ärztinnen, Krankenschwestern und -pflegern sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, über ihre vorhandene oder fehlende Bereitschaft zur Veränderung gesprochen. Ich möchte etwas sagen zur Motivation des Gesundheitssystems zur Veränderung. In England haben wir in jedem Verwaltungsbezirk eine Gruppe von verantwortlichen Personen, deren Aufgabe es ist, Leistungen einzukaufen für den Bezirk. Und ein wichtiges Kriterium, das sie anwenden, ist die Aussicht auf Zugewinn an Gesundheit in der Bevölkerung. Es kommt also darauf an, empirische Belege vorzuweisen, daß bestimmte Behandlungen oder präventive Programme Krankheit in der Bevölkerung des Bezirkes reduzieren. So entsteht insbesondere Interesse am Einkauf von Interventionen, die früh im Verlauf von Suchterkrankungen ansetzen. - Nicht nur Ärzte und Ärztinnen sowie Krankenschwestern und -pfleger müssen überzeugt werden, sondern auch Manager, z.B. von Krankenhäusern. Sie interessieren sich dafür, wenn durch gezielte, frühe Interventionen bei Alkoholproblemen die Wahrscheinlichkeit steigt, daß Patientinnen und Patienten somatischen Folgeerkrankungen seltener kommen, so Wartelisten abgebaut und weniger Betten belegt werden. Daß ca. 25 % der Patientinnen und Patienten in somatischen Abteilungen aufgenommen werden, darauf wurde hier schon mehrfach hingewiesen. Wenn ein Distriktkrankenhaus sich also ein Alkohol-Team für das Krankenhaus leistet, so bekommt das Krankenhaus das investierte Geld mit „Gewinn“ zurück. - Ich möchte noch einem Mißverständnis vorbeugen: Wenn wir auf viele verschiedene Behandlungsformen für alkoholranke Menschen hingewiesen haben, wie Entgiftung zu Hause oder Tagesbehandlung, so bedeutet dies nicht, daß spezialisierte Krankenhausbehandlung überflüssig sei. Aber sie ist nicht die Standardbehandlung.

Norbert van Eikels, Landau:

Ich möchte die Krankenkassen, die sich ja als Leistungsträger und nicht nur als Kostenträger verstehen, fragen, ob es nicht sinnvoll wäre, im Rahmen einer Evaluationsforschung das von ihnen finanzierte Versorgungssystem für Suchtkranke im Hinblick darauf zu untersuchen, inwieweit die Mittel - gerade die, die für die Behandlung von Folgeschäden ausgegeben werden - fachlich effektiv und wirtschaftlich eingesetzt werden. Ich vermisse hier unternehmerisches Planungsverhalten, wie es in Industriebetrieben üblich ist - die Erarbeitung von Szenarien zur Entwicklung der Kosten und Märkte, Prognosen für die nächsten 10 Jahre. Ich glaube, daß nicht das gegenwärtige „Kopf-in-den-Sand-stecken“, sondern nur strukturelle Veränderungen dazu beitragen können, die Kosten in diesem Bereich etwas unter Kontrolle zu bekommen.

Margot Wehmhöhner, Essen:

Ihr Vorschlag hört sich sehr faszinierend und einfach an, ist aber leider nicht so einfach in die Realität umzusetzen, weil die Leistungsträger nicht wie ein großer Konzern „aus einem Topf“ arbeiten, gemeinsam planen und Zukunftsperspektiven entwickeln können, da wir ein kompliziertes gegliedertes System mit unterschied-

liehen Zuständigkeiten haben. Auch das einheitliche Sozialversicherungssystem in der ehemaligen DDR war, wie wir den Vorträgen entnehmen konnten, nicht gerade ideal. Natürlich sind die Leistungsträger an einer Qualitätssicherung interessiert. Die Frage ist, wie dies erreicht werden kann. Die Lösung kann, glaube ich, nicht darin liegen, daß angesichts der vorhandenen Defizite immer neue Strukturen und Einrichtungstypen aufgebaut werden (weil damit das ganze System noch undurchschaubarer wird), sondern darin, daß die vorhandenen Einrichtungen qualifiziert werden. Das beinhaltet für mich auch Qualifizierung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und des ärztlichen Personals in Allgemeinkrankenhäusern.

Jutta Bott, Detmold:

Zur Zeit liegen dem Land Nordrhein-Westfalen 14 Anträge von Entwöhnungskliniken vor, die in den Bereich der akutpsychiatrischen Pflichtversorgung, d.h. Entgiftung nebst Motivationsbehandlung, einsteigen wollen. Nach all dem, was wir gestern und heute gehört haben, stellt sich doch die Frage - und die möchte ich besonders an die Herren Kruse und John richten -, ob es sinnvoll und wünschenswert ist, daß solche Entwöhnungseinrichtungen quasi zum Extrabaustein in der Motivations- und Entgiftungsbehandlung werden.

Ulrich John, Lübeck:

Der entscheidende Faktor bei der Behandlung von Alkoholkranken, das zeigt unsere therapeutische Erfahrung, ist die Nähe zum Patienten und die personelle Konstanz. Die Person, die den ersten Kontakt zu dem oder der Betroffenen hat, sollte dann auch die Motivationsarbeit machen. Das bedingt, daß der Behandlungsort in unmittelbarer Nähe der Station liegt, was Entwöhnungskliniken weitgehend ausschließt, da sie in der Regel weit entfernt sind.

Heinrich Kunze, Bad Emstal:

Motivation ist eben nicht nur ein individuelles Problem, sondern ein Problem der Vernetzung und der Zusammenarbeit mit dem realen Lebensnetz der suchtkranken Menschen. Da muß man die Familie, die Freunde, den Freizeitbereich, den Pub, die Arbeit, den Fußballverein und alles, was dazu gehört, miteinbeziehen, und das geht nur am Ort und nicht über 200 oder auch nur 100 Kilometer Entfernung. So können Ansatzpunkte für Motivation gefunden werden.

Johann Kebbel, Bremen:

Nach den Vorträgen von gestern und heute frage ich mich, wie die Zukunft des ambulanten Sektors, vor allem die der Fachberatungsstellen eigentlich aussehen soll. Nach den Vorträgen von Herrn Wienberg und Herrn Pörksen müssen wir zur Kenntnis nehmen, daß das bisherige ambulante Versorgungssystem nur einen sehr kleinen Teil der Abhängigen, und unter ihnen in der Regel eher die Bessergestellten, erreicht. Ich frage mich, ob ein radikaler Aufgabenwandel erforderlich ist, und zwar in den folgenden drei Bereichen. Zum einen wäre ein präventiv orientierter Bereich denkbar der Strategien verfolgt, wie sie Herr Ritson aus England

beschrieben hat: Ambulante Beratungsstellen müßten sich aufmachen und die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen sowie die Allgemeinkrankenhäuser aufsuchen, um dort mit den entsprechenden medizinischen Professionen zusammenzuarbeiten und einfache, gesundheitsorientierte Programme zu entwickeln. Zum zweiten könnten die bisherigen Aufgaben fortgeführt und dabei die Möglichkeiten der ambulanten Rehabilitation besser genutzt und umgesetzt werden. In einem dritten Aufgabenbereich könnte das, was Herr Sundermann heute dargestellt hat, angestrebt werden: Wie erreichen die ambulanten Fachberatungsstellen die chronisch Kranken, die Mehrfachgeschädigten, die am Rande unserer Gesellschaft Lebenden, die Obdachlosen? Wenn man diese drei Aufgabenbereiche zusammenfaßt, kommt man folgerichtig auf die Empfehlung der Expertenkommission, die von einem multiprofessionellen Team von 7,5 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für etwa 100.000 Einwohner ausgeht. In der Realität sind es jedoch, soweit ich orientiert bin, höchstens 3 bis 4 Personen für ein Einzugsgebiet dieser Größe. Wir brauchen für den ambulanten Bereich ebenso eine Psychiatrie-Personalverordnung wie für den stationären Bereich, um die gestellten Aufgaben auch wirklich wahrnehmen zu können.

Niels Pörksen, Bielefeld:

Aus dem, was Herr Keibel und viele andere in der vorangegangenen Diskussion gesagt haben, wird meines Erachtens deutlich, daß es unbedingt erforderlich ist, die Finanzierung einer Komplexleistung für den ambulanten Bereich zu sichern. Hier ist die Bereitschaft der Krankenkassen gefragt, sich ein Stück weiter zu entwickeln, wobei, wie wir alle wissen, die Betriebskrankenkassen in dieser Beziehung über all die Jahre immer Vorreiterinnen gewesen sind.

II. Finanzierung von Hilfen im gegliederten System der sozialen Sicherung

Behandlung und Rehabilitation: Kriterien für die Leistungszuständigkeit von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern aus der Sicht des Bundessozialgerichts

Otto Ernst Krasney

I. Versicherter Personenkreis

Bereits der versicherte Personenkreis grenzt die Leistungszuständigkeit von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern zum Teil ab, da er sich in beiden Sozialversicherungszweigen nicht deckt. Dies gilt insbesondere für zwei in der Suchtkrankenbetreuung wichtige Personengruppen, in der gesetzlichen Krankenversicherung (KV) sind im Rahmen des § 10 SGB V auch der Ehegatte und die Kinder von Mitgliedern im Rahmen der Familienversicherung versichert. Sie erhalten bis auf das Krankengeld die gleichen Leistungen wie alle anderen Versicherten. Sie haben deshalb auch Anspruch auf ambulante und stationäre Behandlung sowie auf Rehabilitationsleistungen. Demgegenüber sind Ehegatten und Kinder außerhalb eines Beschäftigungsverhältnisses und ohne Vorliegen der Voraussetzung des § 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB VI in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV) nicht versichert und deshalb auch hinsichtlich der Rehabilitationsleistungen in der RV grundsätzlich nicht anspruchsberechtigt. Da Nach- und Festigungskuren für Angehörige von Versicherten nur bei Geschwulsterkrankungen vorgesehen sind, kommt für Kinder von Versicherten eine stationäre Heilbehandlung nur im Rahmen der sonstigen Leistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI in Betracht.

II. Ziel der Behandlung und Rehabilitation; Ausschluß von Leistungen bei Arbeitsunfällen

Ein wesentliches, unter III und insbesondere unter IV näher zu behandelndes Abgrenzungskriterium für die Leistungszuständigkeit von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern bildet auch das Ziel der Behandlung und Rehabilitation. Bei Suchtkranken, die zugleich in der KV und in der RV versichert sind, ist bei der Heilbehandlung weiterhin die Abgrenzung zwischen den Aufgaben der RV und denen der KV auch rechtlich nicht einfach; denn die Gewährung von Heilbehandlung gehört gleichermaßen zu den Aufgaben der KV als auch im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen zu denen der RV. Grundsätzlich ist es wesentliche Aufgabe der KV, Krankenpflege und Krankenhauspflege zu leisten. Es handelt sich hierbei um die sogenannte kurative Medizin, die von den medizinischen Rehabilitationsleistungen zu unterscheiden ist. Insbesondere seit dem Rehabilitations-Angleichungsgesetz (RehaAngIG) sind allerdings die Krankenkassen ebenfalls Träger der medizinischen Rehabilitation, was die allgemeinen Abgrenzungen zwischen RV und KV zusätzlich nicht vereinfacht. Man wird davon ausgehen müssen, daß die Krankenkasse zuständig ist, soweit es sich um rein kurative Maßnahmen handelt, die überhaupt nicht oder noch nicht im Zusammenhang mit einer Rehabili-

tation stehen. Sowohl die Zuständigkeit der KV als auch der RV ist allerdings hinsichtlich der Rehabilitation anzunehmen, und zwar hinsichtlich der RV, wie noch zu zeigen ist, gegebenenfalls auch für die Rehabilitation unmittelbar vorbereitende oder dazwischen geschobene kurative Maßnahmen, die dann schon oder noch als Teil der Rehabilitation anzusehen sind. Grundsätzlich ist somit hinsichtlich der Rehabilitation von einer Zuständigkeit sowohl der KV als auch der RV auszugehen. Die allgemeine Abgrenzung ist dahin zu treffen, daß die Rehabilitation durch die RV zusätzlich voraussetzt, daß sie sich auf die Erwerbsfähigkeit des Berechtigten günstig auswirkt. Dies wird insbesondere unter IV 2 näher dargelegt.

Weder die KV noch die RV ist zuständig für Rehabilitationsmaßnahmen aus Anlaß von Arbeitsunfällen (§11 Abs. 4 SGB V, 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI).

III. Behandlung und Rehabilitation durch die Krankenkassen

1. Risikoabgrenzung „Krankheit“

Die KV erfaßt das Risiko der Krankheit. Ob Sucht eine Krankheit ist, war von Anfang an nur insoweit umstritten, als das RVA nicht von Anbeginn der Abhängigkeit an das Vorliegen einer Krankheit annahm, sondern die damals als Sucht in Deutschland praktisch allein relevante Trunksucht lediglich „im vorgeschrittenen“ oder „erheblichen Grade“ als Krankheit bewertete (Reichsversicherungsamt - RVA AN 1916, 341, 342). Den veröffentlichten Entscheidungen ist allerdings zu entnehmen, daß das RVA den Begriff der Trunksucht im vorgeschrittenen oder erheblichen Grade zwar nicht näher umschrieb, ihn aber im Ergebnis nicht eng auslegte. Außerdem hatte in den Fällen, in denen Leistungen der KV wegen einer Trunksucht begehrt wurden, diese regelmäßig ersichtlich bereits einen erheblichen Grad erreicht und bestand im vorgeschrittenen Stadium. Das BSG sieht seit seinem Urteil vom 18. Juni 1968 (Entscheidungen des Bundessozialgerichts - BSGE 28, S. 114; ebenso BSGE 54, 54, 57; BSG SozR 3-2200 § 1237 Nr. 2) Trunksucht nicht erst im vorgeschrittenen oder erheblichen Grade als Krankheit im Sinne der KV an. Vielmehr bildet nach der nunmehr schon ständigen Rechtsprechung des BSG die Sucht selbst einen regelwidrigen Körper- und Geisteszustand, der sich im Verlust der Selbstkontrolle und in der krankhaften Abhängigkeit vom Suchtmittel, im Nicht-mehr-aufhören-können äußert.

2. Ambulante Behandlung und Rehabilitation

Auch aus der Form der Behandlung können sich Kriterien für die Abgrenzung der Zuständigkeit der KV und RV ergeben.

a) Ambulante Behandlung

aa) Vorrang vor stationärer Behandlung

Versicherte haben Anspruch auf Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch

ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (siehe § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Aus dieser gesetzlichen Regelung ergibt sich bereits für die Krankenbehandlung der Vorrang einer (gleichwertigen) ambulanten vor der stationären Behandlung. Dies gilt auch für die Behandlung Suchtkranker. Sollte sich im Einzelfall ergeben, daß - außerhalb einer Entgiftung - eine ambulante Behandlung für eine Therapie ausreicht, so ist diese durchzuführen, der Versicherte hat einen Anspruch darauf, daß eine ambulante Behandlung gewährt wird. Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung besteht insofern nicht. Dies hat erhebliche Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung. Allerdings sei hier und auch für die weiteren Ausführungen festgestellt: In welcher Form und in welchem Umfang die gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung durchgeführt und „vernetzt“ werden soll, ist eine nicht vornehmlich von Juristen zu beantwortende Frage.

bb) Ärztliche Behandlung

Reicht (wohl ausnahmsweise) eine ambulante Behandlung eines Suchtkranken aus, so ist zu beachten, daß die Krankenkasse insoweit grundsätzlich nur ärztliche Behandlung gewährt. Diese umfaßt die Tätigkeiten des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind (siehe § 28 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die ärztliche Behandlung ist demnach durch die Tätigkeit des approbierten Arztes gekennzeichnet. Zwar muß nicht jede Maßnahme vom Arzt persönlich durchgeführt werden. Der Arzt kann sich vielmehr nach § 28 Abs. 1 SGB V der Hilfe anderer Personen bedienen. Das BSG hat jedoch bereits zur inhaltsgleichen Regelung der Reichsversicherungsordnung (RVO) wiederholt betont (BSGE 29, 27; 53, 144, 147), daß die anordnende Tätigkeit des Arztes sich dabei nicht auf eine bloße Verordnung der Leistungen anderer Personen beschränken darf, sondern wegen der mit jeder Krankenbehandlung verbundenen Risiken je nach Lage des Falles eine mehr oder weniger intensive persönliche Anleitung oder Beaufsichtigung der Hilfsperson einschließt. Außerhalb des Bereichs der ärztlichen Behandlung liegt deshalb jede, gerade in der Suchtkrankenbehandlung sehr wichtige Behandlungstätigkeit eines Dritten, die nicht durch einen approbierten (und hier zur Vertragsarztpraxis zugelassenen) Arzt in der aufgezeigten Weise geleitet, sondern von einem Dritten eigenverantwortlich ausgeübt wird (BSGE 29, 27, 29; 48, 258, 263).

Es ist nicht zu übersehen, daß durch die intensive Ausbildung und die damit verbundene selbständige eigenverantwortliche Tätigkeit nichtärztliche Therapeuten und Therapeutinnen auf dem Gebiet der Behandlung Suchtkranker grundsätzlich nicht mehr als Hilfspersonen des Arztes in dem oben aufgezeigten Sinne angesehen werden können. Gerade in der Suchtkrankenbetreuung gewinnt vielmehr - auch unter dem Gesichtspunkt einer Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen - die selbständige Mitarbeit nichtärztlicher Therapeuten/-innen und Sozialarbeiter/-innen unmittelbar im Rahmen der Suchtkrankenbehandlung tatsächlich immer stärkere Bedeutung. Diese selbständige Behandlung von Suchtkranken durch nichtärztliche Therapeuten und Therapeutinnen gehört nicht zur ärztlichen Behandlung im Sinne der KV und damit grundsätzlich (siehe aber

auch unten) nicht in die Leistungspflicht der KV. Das SGB V hat diese ständige Rechtsprechung des BSG noch bestätigt, und zwar insbesondere auch dadurch, daß es in § 27 Satz 2 SGB V nunmehr deutlich die Leistungen der Krankenbehandlung abschließend aufzählt, indem es gegenüber § 182 RVO nicht mehr das Tatbestandsmerkmal „insbesondere“ enthält. In der Begründung zum Gesundheitsreformgesetz heißt es ebenfalls: „Der Wegfall des Wortes 'insbesondere' macht deutlich, daß der Leistungsinhalt jetzt abschließend beschrieben wird“ (BT-Drucksache 11 /2237 S. 170). Allerdings gilt dies nur für die selbständige freiberufliche Tätigkeit und nicht für die Mitarbeit nichtärztlicher Therapeuten und Therapeutinnen in Krankenhäusern.

Sonderregelungen, zum Beispiel für Beratungs- und Behandlungsstellen, können im Rahmen der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation (siehe § 43 SGB V) geschaffen werden (siehe z. B. die Rahmenvereinbarungen Niedersachsen 1981 und Ersatzkassen 1984). Ob die Vergütung pauschal oder nach Einzelabrechnungen erfolgt, ist m.E. keine krankenversicherungsrechtliche Frage; der SGB V läßt beides zu.

Die in der KV Versicherten dürfen sich grundsätzlich nur von Ärztinnen und Ärzten behandeln lassen, die zur vertragsärztlichen Behandlung zugelassen oder an ihr beteiligt sind. Nicht zugelassene oder nicht beteiligte Ärzte und Ärztinnen dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden (siehe § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

b) Medizinische Rehabilitation

aa) Vorrang der ambulanten Rehabilitation

Das SGB V betont auch für die Rehabilitationsmaßnahmen den Vorrang der ambulanten Maßnahmen. Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung einschließlich ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen nicht aus, um die in § 27 Satz 1 und § 11 Abs. 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen, kann nach § 40 Abs. 1 SGB V die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer ambulanten Rehabilitationskur durchführen. Es besteht somit ein doppelter Vorrang der ambulanten Therapie. Nur wenn auch diese Leistung nicht ausreicht, kann die Krankenkasse stationäre Behandlung und Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht (siehe § 40 Abs. 2 SGB V). Auch diese Regelung kann Bedeutung für eine regionale Vernetzung gewinnen.

bb) Stationäre Rehabilitation

Weder in § 39 SGB V (stationäre Behandlung) noch in § 40 SGB V (medizinische Rehabilitationsmaßnahmen) ist eine Abgrenzung zwischen der kurativen stationären Behandlung und der stationären Rehabilitation vorgenommen. Die Grenzen dürften auch so fließend sein, daß eine scharfe Trennung nicht durchführbar ist. Der Gesetzgeber hat eine gewisse Abgrenzung jedoch in der Beschreibung von Krankenhäusern einerseits und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen andererseits versucht. In § 107 SGB V sind Krankenhäuser und Rehabilitationsein-

richtungen sowohl hinsichtlich der Organisation als auch nach Behandlungsinhalten abgegrenzt. So zeichnet die Krankenhäuser aus, daß sie „mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heuen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten" (§ 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V), Dagegen ist es Aufgabe einer Rehabilitationseinrichtung, „eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern (Rehabilitation)" (§ 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. SGB V). Dieses Ziel wird in einer fachlich-medizinischen Einrichtung „unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal verfolgt, um den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen" (§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Neben den aufgezeigten Inhalten und der Zielrichtung der Therapie ist somit die Rehabilitationseinrichtung auch durch die Organisationsform insofern gekennzeichnet, daß sie (lediglich) unter ständiger ärztlicher Verantwortung und nicht wie ein Krankenhaus unter ständiger ärztlicher Leitung stehen muß.

Noch nicht höchstrichterlich geklärt ist, ob der Versicherte einen Anspruch auf stationäre Rehabilitation hat und nur die Durchführung dieser Rehabilitationsmaßnahmen im Ermessen der Krankenkasse liegt. Im Hinblick auf die unter IV aufgezeigte Rechtsprechung des BSG zur RV wird davon auszugehen sein, daß trotz des Gesetzeswortlautes („kann") der Versicherte zwar einen Anspruch hat, Rehabilitationsmaßnahmen zu erhalten, daß aber die Durchführung der Rehabilitation nach Ort, Zeit und Umfang der Rehabilitation sowie Bestimmung der Rehabilitationseinrichtung im Ermessen der Krankenkasse steht.

cc) Vorrang der Rentenversicherungsträger für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung hinsichtlich der Abgrenzung der Leistungszuständigkeit von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern enthält § 40 Abs. 4 SGB V, wonach stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die nicht anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung durchgeführt werden, von der Krankenkasse nur erbracht werden, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können. Daraus folgt, daß für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen grundsätzlich die RV zuständig ist, da ihr Leistungsbereich auch medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation erfaßt. Eine Ausnahme besteht hinsichtlich der Leistungen,

die die RV als sonstige Leistungen in § 31 SGB VI vorsieht. Es ist allerdings zu beachten, daß § 40 SGB V den Vorrang der RV für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nur für die Versicherten bestimmen kann, die sowohl in der KV als auch in der RV versichert sind. Maßnahmen der Rehabilitation für im Rahmen der Familienversicherung versicherte Ehegatten und Kinder fallen deshalb grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich der KV.

IV. Behandlung und Rehabilitation durch die Rentenversicherungsträger

1. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Leistungen der Rehabilitation werden in der RV Versicherten gewährt, worauf bereits unter I hingewiesen wurde. Dazu gehören, wie bereits mehrfach dargelegt, nicht die Familienmitglieder im Sinne des § 10 SGB V. Anders als in der KV setzt die RV voraus, daß die Versicherten eine sogenannte Vorversicherungszeit erfüllt haben, die für medizinische und für berufsfördernde Maßnahmen unterschiedlich ist (siehe § 11 SGB VI). Sind die - relativ geringen - versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist - für sowohl in der KV als auch in der RV Versicherte - die KV auch für stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zuständig; der Vorrang des § 40 Abs. 4 SGB V greift nicht ein. Für Versicherte, die ausschließlich in der RV versichert sind, bleibt bei Fehlen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in der Regel als Sozialleistung nur die Sozialhilfe.

2. Persönliche Voraussetzungen

Neben den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen müssen die Versicherten auch die in § 10 SGB VI aufgeführten „persönlichen Voraussetzungen“ erfüllen. Die Erwerbsfähigkeit muß wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Gebrechen erheblich gefährdet oder gemindert sein, und durch die Rehabilitation muß voraussichtlich die Gefährdung der Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet oder die schon eingetretene Minderung der Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt sein. Die Voraussetzung, daß die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist, ist bei Suchtkranken ebenfalls erfüllt, da die Suchterkrankung auch als Krankheit im Sinne der RV angesehen wird (BSG SozR 3-2200 § 1237 Nr. 2; BSG Urteil vom 21. Januar 1993 - 13 RJ 53/91).

Bei Suchtkranken wird in der Regel auch die Erwerbsfähigkeit gemindert oder erheblich gefährdet sein. Die Rehabilitationsmaßnahmen der RV setzen jedoch voraus (und das unterscheidet sie, wie bereits kurz aufgezeigt, wesentlich von denen der KV), daß durch diese Maßnahmen voraussichtlich die Erwerbsfähigkeit des oder der Versicherten wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann, oder wenn sie bereits gemindert ist, der Eintritt von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit abgewendet oder eine bereits eingetretene Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit behoben werden kann. Ob dies im Einzelfall möglich sein wird, ist bei Sucht-

kranken vielfach nicht einfach zu beurteilen. Das BSG hat jedoch einerseits entschieden, daß bloße Zweifel am Erfolg der Entwöhnungskur noch nicht zur Ablehnung der medizinischen Maßnahme der Rehabilitation berechtigen (BSG SozR 2200 § 184a Nr. 5); es hat aber andererseits (BSGE 68, 167, 171) die Prognose, durch die Leistung zur Rehabilitation könne die Erwerbsfähigkeit des Versicherten wesentlich gebessert oder sogar wiederhergestellt werden, zu den Voraussetzungen gezählt, unter denen allein die Leistungen zur Rehabilitation zu rechtfertigen seien. Eine wesentliche Besserung genügt. Ein Heilverfahren wird nicht allein deshalb abzulehnen sein, weil ein Rückfall nicht ausgeschlossen werden kann. Dies ist auch bei anderen Erkrankungen z. B. des Herzens oder des Kreislaufs, nicht der Fall,

Es ist aber zu beachten, daß eine auf die Abhängigkeit selbst bezogene Rehabilitationsmaßnahme dann nicht in Betracht kommt, wenn sie zwar in dem Sinne Erfolg haben könnte, daß der oder die Versicherte entwöhnt wird, aber durch andere Erkrankungen (z. B. Lebererkrankung, psychische Leiden, Aids im Krankheitsspätstadium) die Erwerbsfähigkeit doch nicht mehr wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beseitigt werden kann. Insoweit verbleibt es dann wiederum bei den Leistungen der KV, da die Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen der RV nicht erfüllt sind. Für die Suchtkranken, die nur in der RV versichert sind, ist der Sozialhilfeträger zuständig.

3. Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation

Die Frage, was zu den „medizinischen“ Maßnahmen der Rehabilitation gehört, hat in den letzten Jahren die Rechtsprechung häufig beschäftigt.

a) Medizinische Leistungen

Die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation umfassen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI „insbesondere“ Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden, einschließlich der Anleitung des Versicherten, eigene Abwehr- und Heilungskräfte zu entwickeln.

Das BSG vertritt nunmehr in ständiger Rechtsprechung die Auffassung, daß aus dem Umstand, daß das Gesetz von „medizinischen“ Leistungen spricht - zugunsten einer Vernetzung medizinischer psychosozialer Versorgungsstrukturen -, keine Prägung des Katalogs insgesamt abzuleiten ist, die die ärztliche Funktion bei diesen Leistungen als unerlässlich vorschreibt (BSGE 54, 54; 66, 87; 68, 187; BSG SozR 2200 § 1237 Nr. 22, SozR 3-2200 § 1237 Nr. 2; BSG Urteil vom 21. Januar 1993- 13 RJ 53/91 -). Versteht man unter Medizin oder - deutsch ausgedrückt - unter Heilkunde die Wissenschaft vom gesunden und kranken Lebewesen, von Ursachen, Erscheinungen, Auswirkungen ihrer Krankheiten, deren Heilung und Verhütung, so ist nach der Auffassung des BSG diese thematische Bezeichnung der Leistungen in § 1237 RVO aF (nunmehr § 15 SGB VI) inhaltlich

so weit, daß sie auch andere, der Gesundheit eines Menschen dienende Maßnahmen umfaßt als solche, die ausschließlich von ärztlichem Personal oder unter Leitung oder Überwachung durch Ärztinnen und Ärzte erbracht werden. Außerdem führt das Gesetz die ärztliche Behandlung lediglich als eine von mehreren Arten medizinischer Leistungen auf. Schließlich ist die Aufzählung der konkret genannten Leistungsarten in § 1237 RVO aF und nunmehr § 15 SGB VI kein geschlossener Katalog ausschließlich möglicher Leistungen, sondern nur (wie - anders als in der KV (siehe § 27 Satz 2 SGB V) - die Worte „insbesondere“ und „vor allem“ im Gesetzestext deutlich machen) eine beispielhafte Auflistung von typischerweise in Betracht kommenden Maßnahmen. Dieselbe Weite des Leistungsumfanges wird auch in § 10 des RehaAnglG bezeichnet.

Aufgrund dieser Vorgabe geht das BSG (SozR 3-2200 § 1237 Nr. 2) davon aus, daß es im Wesen wie er spezifischer Rehabilitationsmaßnahmen liegt, daß sie multifunktional wirken, d. h. außer dem Sacherfolg, auf den sie ihrer Bezeichnung und inhaltlichen Geltung nach zunächst ausgerichtet sind, noch weitere Erfolge bewirken, deren Erreichung nicht Aufgabe der Rentenversicherungsträger ist. Multifunktionalität einer Rehabilitationsmaßnahme bedeutet aber nach der Auffassung des BSG nicht, daß die Maßnahme von vornherein, weil nicht eindimensional einzuordnen, aus dem Katalog der Leistungen zur Rehabilitation der RV ausscheide. Entscheidend ist vielmehr, ob Maßnahmen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit erforderlich sind und die eingeleitete Maßnahme hierfür geeignet ist.

Als Konsequenz ergibt sich nach der Rechtsprechung des BSG, daß das Ziel einer Rehabilitation nicht losgelöst von der verursachenden Beeinträchtigung des Befindens des oder der Versicherten bestimmt werden kann. In bezug auf die Alkoholabhängigkeit hält es das BSG für allgemeinkundig, daß bei diesen Kranken zur Wiedereingliederung im Sinne des gesamtheitlichen Enderfolges nicht nur körperbezogene Einzelmaßnahmen erforderlich sind, sondern mindestens ebenso notwendig eine psychosoziale Behandlung. Insoweit teilt das BSG nicht die immer noch vorwiegend vertretene Auffassung der Träger der RV, daß eine psychotherapeutische Maßnahme nicht zu den medizinischen Leistungen der Rehabilitation im Sinne von § 15 SGB VI zählt. Eine derartige spezialisierte, im wesentlichen auf die ärztliche Beteiligung an der Maßnahme (Anordnung, Leitung oder wenigstens Überwachung) orientierte Auslegung des Leistungskatalogs ist nach dem BSG weder aus dem Gesetzeswortlaut abzuleiten noch mit dem Zweck zu vereinbaren, der mit diesen Vorschriften als Bestimmung des Umfanges der Leistung zur Rehabilitation verfolgt wird. Insofern wird man davon ausgehen müssen, daß der Umfang der medizinischen Leistungen im Rahmen der Rehabilitation durch die Träger der RV wesentlich weiter ist als bei der KV. Das folgt auch bereits aus dem Gesetz selbst. § 15 Abs. 2 Satz 2 SGB VI bestimmt insoweit abweichend von § 107 Abs. 2 SGB V, daß die Rehabilitationseinrichtung nicht einmal unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen braucht, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert. Deshalb kann z. B. die Betreuung in einem Übergangswohnheim durchaus noch ein Teil der medizinischen Rehabilitation sein, wenn durch den Aufenthalt in diesem Heim nicht allein eine stärkere Absicherung gegen die Rückfallgefahren

erreicht werden soll, sondern auch eine - wenn auch auf diesen fortgeschrittenen Behandlungsabschnitt abgestellte - Therapie stattfindet.

b) Vorrang stationärer Behandlung

Nach § 15 Abs. 2 SGB VI sind die in dieser Vorschrift angeführten medizinischen Leistungen „vor allem“ in Kur- und Spezialeinrichtungen zu gewähren. Anders als bei der KV (siehe III 2 b aa), aber im Anschluß an § 40 Abs. 4 SGB V (1 III 2 b cc), besteht somit einerseits ein Vorrang der stationären Rehabilitation. Es ist aber andererseits schon nach dem Gesetzeswortlaut nicht ausgeschlossen, daß die Rentenversicherungsträger ihre medizinischen Leistungen zur Rehabilitation auch in Form einer ambulanten ärztlichen oder - nach der oben aufgezeigten Entscheidung des BSG - nichtärztlichen Behandlung durchführen. Es müssen allerdings sowohl die versicherungsrechtlichen als auch die sonstigen Voraussetzungen für medizinische Leistungen der Rehabilitation erfüllt sein. Ebenso ist es den Rentenversicherungsträgern rechtlich möglich, eine - für die Vernetzung von medizinischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen - unter Beachtung der Rechtsprechung des BSG (siehe unter a) wichtige - kombinierte stationäre und ambulante Behandlung als Leistungen der medizinischen Rehabilitation durchzuführen. Bei sowohl in der RV als auch in der KV Versicherten sind jedoch - wie bereits erwähnt - die Sonderregelungen des § 40 Abs. 4 SGB V und des § 13 Abs. 2 SGB VI zu beachten. Der Rentenversicherungsträger kann z. B. im Anschluß an eine dreimonatige stationäre Entwöhnungsbehandlung noch eine ambulante Behandlung als rechtlich einheitliche Leistung der medizinischen Rehabilitation gewähren. Ob nun derartige Therapiekonzepte angebracht sind und die notwendige Erfolgsaussicht aufweisen, ist keine rechtliche, sondern eine tatsächliche Frage, die nach therapeutischen Gesichtspunkten zu beurteilen ist. Der Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger in diesen Fällen steht auch nicht entgegen, daß der oder die Suchtkranke während der ambulanten Behandlung gegebenenfalls schon beruflich wieder ganz oder überwiegend tätig wird. Vor allem aber wird man - sofern die tatsächlichen Voraussetzungen erfüllt sind - regelmäßig davon ausgehen dürfen, daß im Anschluß an eine kürzere stationäre Entwöhnungsbehandlung die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person ohne eine sich anschließende ambulante Behandlung noch erheblich gefährdet im Sinne des § 10 SGB VI ist. Unter dem 29. Januar 1991 haben die Bundesverbände der RV und der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger eine Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht getroffen. Auf sie wird unter V kurz eingegangen.

c) Rehabilitationseinrichtungen

Nach § 15 Abs. 2 SGB VI werden die stationären medizinischen Leistungen zur Rehabilitation in erster Linie in Einrichtungen erbracht, die - unter ständiger ärztlicher Verantwortung und Mitwirkung von besonders geschultem Personal - entweder von dem Träger der RV selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag besteht. Die Einrichtung braucht also nicht unter ständiger ärztlicher Leitung zu ste-

hen. Darüber hinaus bestimmt § 15 Abs. 2 Satz 2 SGB VI, daß die Einrichtung, wie bereits erwähnt, nicht einmal unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen braucht, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert. Als Beispiel hierfür werden insbesondere auch Einrichtungen zur Entwöhnung von Suchtkranken angeführt.

d) Ermessensentscheidung

In § 1236 RVO aF war bestimmt, daß der Träger der RV Rehabilitationsmaßnahmen leisten „kann“. Aus diesem Tatbestandsmerkmal „kann“ folgte das überwiegende Schrifttum zunächst, daß dem Träger der RV bereits ein Ermessen insoweit zustand, ob er überhaupt eine Maßnahme zur Rehabilitation durchführe. Dieser Auffassung ist das BSG jedoch nicht gefolgt, sondern hat in mehreren Entscheidungen (BSGE 57, '57, 161; 66, 84; 66, 87; 68, 167) vornehmlich zu Rehabilitationsmaßnahmen für Suchtkranke entschieden, daß dieser Wortlaut des § 1236 Abs. 1 Satz 1 RVO nicht bedeute, daß dem Rentenversicherungsträger für die Eingangsprüfung, ob er überhaupt Rehabilitationsmaßnahmen leisten müsse, ein Ermessensspielraum eingeräumt sei. Lediglich die Bestimmung des „Wie“ der Rehabilitation sei eine nach pflichtgemäßem Ermessen zu treffende Entscheidung des Versicherungsträgers. Diese Auffassung gilt m.E. auch für das seit dem 1. Januar 1992 geltende Recht des SGB VI und wird von den neuen Vorschriften zur Rehabilitation sogar bestätigt. Allerdings bestimmt der Träger der RV weiterhin Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (siehe § 13 Abs. 1 SGB VI). Daß neben den persönlichen Verhältnissen des jeweiligen Betroffenen (siehe § 33 Satz 1 SGB I) auch noch dessen angemessene Wünsche zu beachten sind (siehe § 33 Satz 2 SGB I), wird dabei leider oft nicht akzeptiert.

V. Weitere Abgrenzungen

Die grundsätzliche Zuständigkeit sowohl der KV als auch der RV für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation, insbesondere auch für Suchtkranke, bringt ebenso wie die Vorrangentscheidungen bei ambulanten (KV) und stationären Rehabilitationsleistungen (RV) bei weiterhin möglichen ambulanten Maßnahmen der RV schon naturgemäß Abgrenzungsprobleme mit sich, die jedoch soweit wie irgendwie möglich nicht auf dem Rücken der Suchtkranken ausgetragen werden dürfen. Gesetzgeber und Rechtsprechung haben versucht, dies zu vermeiden.

1. Gesetzliche Zuständigkeitsregelungen für vorläufige Leistungen

a) Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG)

Nach § 6 Abs. 2 RehaAnglG ist in Fällen medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation der Träger der RV zuständig, bei dem die behinderte Person versichert ist, im

übrigen die nach dem Wohnsitz des oder der Behinderten zuständige Landesversicherungsanstalt, wenn und soweit ungeklärt ist, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist oder die unverzügliche Einleitung der erforderlichen Maßnahmen aus anderen Gründen gefährdet ist. Das heißt, streiten sich Träger der KV und der RV darüber, welcher von ihnen im Einzelfall eine grundsätzlich notwendige medizinische Rehabilitationsmaßnahme für eine suchtkranke Person zu erbringen hat, so muß zunächst vorläufig der Träger der RV eintreten.

b) Vorläufige Leistungen nach § 43 SGB I

Als alle Bereiche des SGB umfassende Regelung ist § 43 SGB I zu erwähnen. Besteht ein Anspruch auf Sozialleistungen (hier als Beispiel auf Rehabilitationsmaßnahmen) und ist zwischen mehreren Leistungsträgern streitig, wer zur Leistung (hier der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme) verpflichtet ist, kann der unter ihnen zuerst angegangene Leistungsträger vorläufige Leistungen erbringen, deren Umfang er nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt (siehe § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Diese Vorschrift enthält zunächst einmal eine Ermächtigung an den angegangenen Sozialleistungsträger, die Leistung auch dann zu erbringen, wenn zwischen ihm und einem anderen Sozialleistungsträger streitig ist, wer die Sozialleistung, auf die der Versicherte einen Anspruch hat, zu erbringen hat. Wesentlich für die Suchtkranken ist jedoch § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB I, wonach der zunächst angegangene Leistungsträger vorläufige Leistungen zu erbringen hat, wenn die berechtigte Person es beantragt.

2. Verwaltungsvereinbarungen

Das BSG hat in seinem Urteil vom 15. Februar 1978 (BSGE 46, 41) die Auffassung vertreten, daß Sucht, jedenfalls solange sie ärztlicher Behandlung bedarf, eine akute Krankheit ist, die Krankenpflege und Krankenhauspflege oder Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung (früher: Kur- oder Spezialeinrichtung) erfordere; sie könne aber auch hinsichtlich der im Regelfall erforderlichen Dauer einer stationären Behandlung nicht eindeutig als eine kurzfristige Erkrankung angesehen werden, die vornehmlich in die Zuständigkeit der KV falle. Ihre spezielle und umfassende Behandlung dient nicht nur der kurativen Behandlung der Krankheit selbst, sondern auch der Erhaltung der durch sie langfristig bedrohten Erwerbsfähigkeit und der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, so daß die Behandlung der Sucht sowohl in den Aufgabenbereich der KV als auch in den der RV fällt.

Diese Entscheidung hat zu der Empfehlungsvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der KV-Träger und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger vom 20. November 1978 geführt. Danach fällt - grob gesagt - nur noch die Entzugsbehandlung in den Zuständigkeitsbereich der KV, während die Entwöhnungsbehandlung zu gewähren hat. Dies gilt aber nur für die Versicherten, die die Voraussetzungen sowohl für die entsprechenden Leistungen der KV als auch der RV erfüllen. Für nur in der RV Versicherte oder für zwar in der RV Versicherte,

die aber die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen oder die persönlichen Voraussetzungen für Rehabilitationsleistungen der RV nicht erfüllen, ist die KV - bei Vorliegen der sonstigen Leistungsvoraussetzungen der KV - auch für die Entwöhnungsbehandlung zuständig. Andererseits hat aber das BSG zu Recht den Träger der RV auch für die Entgiftung für zuständig erachtet, wenn der beklagte Träger der RV der (nicht mehr in der KV) versicherten Person bereits eine Entwöhnungsbehandlung bewilligt hatte, die zur Zeit der streitigen Maßnahme noch nicht durchgeführt worden war (BSGE 66, 87; 68, 167, 170).

Daraus ist auch ersichtlich, daß Verwaltungsvereinbarungen zunächst einmal zu begrüßen sind, weil sie regelmäßig die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen zu Gunsten der Versicherten wesentlich erleichtern. Sie dürfen jedoch nicht dazu führen, Ansprüche der Versicherten gegen einen oder beide Versicherungsträger zu beschneiden. Aus der Tatsache allein, daß bei Versicherten, die sowohl in der KV als auch in der RV versichert sind, nach der Verwaltungsvereinbarung die Träger der KV die Entgiftung durchführen, darf z. B. nicht geschlossen werden, daß ihr Rechtsanspruch gegen den Träger der RV vollständig untergegangen sei. Dies führt dazu, daß bei den nur in der RV Versicherten der Anspruch auf die Entgiftung durch Rehabilitationsmaßnahmen des Trägers der RV bestehen bleibt, wenn die Entgiftung notwendig ist, um die Rehabilitationsmaßnahme mit Aussicht auf Erfolg beginnen und - nach einem Rückfall - weiter durchführen zu können.

VI. Nachholbedarf

1. Einheitliche Entscheidung über Zulassung von Rehabilitationseinrichtungen

Wie insbesondere unter IV 3 d aufgezeigt wurde, bestimmt der Träger der RV und letztlich auch der Träger der KV (siehe unter III 2 b bb) nicht nur Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der medizinischen Rehabilitation, sondern auch die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Dies führt dazu, daß der Sozialleistungsträger nicht nur prüft, ob eine erfolgreiche medizinische Maßnahme durch die in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführte Therapie und das in der Therapie eingesetzte Fachpersonal gesichert ist, sondern daß der Versicherungsträger seine Prüfung auch darauf erstreckt, ob die Einrichtung zwar ausreichend, aber nicht übermäßig mit Therapeuten, Therapeutinnen und sonstigem Fachpersonal besetzt ist. Dabei bestehen nicht selten unterschiedliche Auffassungen nicht nur zwischen den Trägern der RV, sondern insbesondere auch zwischen ihnen und den Sozialhilfeträgern. Dies kann z. B. auch dazu führen, daß der Sozialversicherungsträger eine stärkere Mitwirkung von Therapeutinnen und Therapeuten besonderer Fachrichtungen fordert (Kunze), während der Sozialhilfeträger oder auch ein anderer Sozialleistungsträger dies nicht für erforderlich hält und deshalb nicht bereit ist, in seinen Verhandlungen über die Tagessätze diesen Personalaufwand mitzuberücksichtigen. Die Rehabilitationseinrichtung steht dann manchmal vor schier unüberwindlichen Schwierigkeiten. Es wäre deshalb mehr als empfehlenswert, wenn eine zentrale Stelle aller Sozialleistungsträger die Prüfung der Eignung einer Rehabilitationseinrichtung und der Berechtigung der geforderten

Tagessätze vornimmt und ihre Entscheidung für alle Versicherungsträger bindend ist. Dabei müßte allerdings sichergestellt werden, daß diese zentrale Stelle auch darlegt, ob z. B. die eingeschlagene Therapie auch den Behandlungszielen der RV entspricht, die im Hinblick auf die Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit, wie aufgezeigt, von denen der KV abweichen kann.

2. Nahtlosigkeit zwischen ambulanter-stationärer-ambulanter Behandlung und Nachsorge

Auch hier besteht trotz der Vereinbarung ambulanter Rehabilitation zwischen den Trägern der KV und der RV noch ein erheblicher Nachholbedarf, jedenfalls in der Praxis. Inwieweit eine stationäre Behandlung durch eine ambulante Behandlung ersetzt oder insbesondere eine stationäre Behandlung durch eine vorausgehende bzw. nachfolgende ambulante Behandlung wesentlich verkürzt werden kann, ist nicht nur eine Frage der finanziellen Belastung oder der Zuständigkeit des Sozialleistungsträgers. Häufig wird immer noch nicht ausreichend beachtet, daß die Versicherten einen Anspruch darauf haben, die für sie sowohl sicherste als auch schonendste Behandlung zu erhalten. Dazu gehört, daß die mit einer stationären Behandlung zwangsläufig verbundenen Einschränkungen (Aufgabe oder zumindest Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit, Trennung von der Familie, Einordnen in eine besondere Gemeinschaftsordnung) so gering wie möglich gehalten werden. Deshalb haben - wie schon unter III 2 a aa aufgezeigt - die Versicherten selbst einen Anspruch darauf, soviel wie möglich ambulante und so wenig wie erforderlich stationäre Behandlung zu erhalten.

Literatur:

BRÜHL, Albrecht: Drogenrecht, 1992

GRIGOLEIT, Hanspeter, WENIG, Manfred, HÜLLINGHORST, Rolf: Handbuch Sucht (Loseblatt)

KRASNEY, Otto Ernst: Sozialrechtliche Vorschriften bei der Betreuung Suchtkranker, 7. Aufl. 1992

KUNZE, Heinrich: Zur Versorgung chronisch Abhängigkeitskranker aus der Sicht eines Psychiatrischen Krankenhauses, Sozialpsychiatrische Informationen 3/89 S. 40

MROZYNSKI, Peter: Rehabilitationsrecht, 3. Aufl. 1992

Kriterien für die Leistungszuständigkeit von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern aus Sicht der Krankenkassen

Margot Wehmhöner

Ich bin erleichtert, dieses Thema im Rahmen einer Veranstaltung darzustellen, die sich schwerpunktmäßig mit der Versorgung Suchtkranker befaßt. Durch diese Schwerpunktsetzung ergeben sich - im Gegensatz zur allgemeinpsychiatrischen Versorgung - in einer Reihe von Einzelbereichen ermutigende und wegweisende Beispiele und Perspektiven für eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern zur Weiterentwicklung der Strukturen für eine gemeindepsychiatrische Versorgung - auch wenn die Entwicklungen nicht immer so schnell verlaufen, wie es sich viele von uns wünschen.

In meinen Ausführungen werde ich zunächst auf die formalen Kriterien der Leistungszuständigkeiten eingehen, um in einem zweiten Schritt die Besonderheiten in der Suchtkrankenversorgung darzustellen. Schließlich werde ich auf einige noch offene und in der Praxis strittige Bereiche eingehen,

Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen

Für die Rehabilitation psychisch Kranker stehen als Leistungsträger neben der Kranken- und Rentenversicherung auch die Arbeitsverwaltung und insbesondere die Sozialhilfeträger im Vordergrund. Der Vollständigkeit halber müssen in diesem Zusammenhang auch die Leistungen nach dem Schwerbehindertengesetz genannt werden. Die Zuständigkeiten der einzelnen Leistungsträger ergeben sich zum einen aus den gesetzlichen Vorgaben, zum anderen aus den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen im Einzelfall. Im groben Überblick stellen sich die Aufgaben wie folgt dar:

Aufgabe der *gesetzlichen Krankenversicherung* ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Dies umfaßt Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten, medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Leistungen bei schwerer Pflegebedürftigkeit.

Aufgabe der *gesetzlichen Rentenversicherung* ist es, medizinische, berufliche und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation zu erbringen, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit des oder der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Betroffenen oder deren vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern (§ 9 SGB VI). Die Rentenversicherung erbringt ihre Maßnahmen vor allem stationär (§ 15 Abs. 2 SGB VI).

Hilfen zur beruflichen Wiedereingliederung Behinderter leistet im wesentlichen die *Bundesanstalt für Arbeit (BA)* als zuständige Rehabilitationsträgerin. Die Abgrenzung zur Rentenversicherung erfolgt über die Wartezeit (Vorversicherungszeit). Beträgt sie weniger als 15 Jahre - und das ist bei Suchtmittelabhängigen häufig der Fall - ist generell die BA zuständig.

Einerseits nachrangig ist die *Sozialhilfe* andererseits im Bereich der psychiatrischen Versorgung faktisch eine wesentliche Sozialversicherungsträgerin. Sie ist als eigentlich nachrangige Leistungsträgerin vielfach zur wesentlichen Trägerin von Leistungen in der psychiatrischen Versorgung geworden, soweit notwendige Hilfen nicht eindeutig der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation zuzuordnen sind.

Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sozialgesetzbuch (SGB) V festgeschrieben.

Nach § 27 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Somit umfaßt die Krankenbehandlung:

- ärztliche und zahnärztliche Behandlung
- Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln
- häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe
- Krankenhausbehandlung
- medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungs-erprobung und Arbeitstherapie.

Zu diesen Leistungen gehören auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern (§ 11 Abs. 2 SGB V). Diese Maßnahmen können ambulant und stationär zu Lasten der Krankenversicherung erbracht werden. Die GKV ist aber nur nachrangig zur Leistung verpflichtet, Ansprüche z. B. gegenüber der Rentenversicherung gehen vor.

Durch die Erweiterung der rehabilitativen Zielstellung eröffnet § 11 SGB V stärker als bisher die Möglichkeit, alle Rehabilitationschancen auszunutzen, ehe ein Pflegefall festgestellt wird. Mit dem § 27 Satz 3 SGB V verpflichtet der Gesetzgeber die Krankenversicherung, bei der Ausgestaltung der Krankenbehandlung die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker - insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation - zu berücksichtigen.

Diese Forderung wird jedoch in der Gesetzesbegründung zur Gesundheitsreform wieder relativiert, wenn dort nämlich festgestellt wird, daß psychosoziale Maßnahmen, die bei der Betreuung psychisch Kranker eine wichtige Rolle spielen, weiterhin nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören, da sie über deren gesetzlich fest-

gelegte Zuständigkeit der medizinischen Versorgung hinausgehen, (vgl. Bundstags-Drucksache 11/2237 Seite 163 und 180).

Stationäre Versorgung

Sowohl in der Akutversorgung als auch in der stationären Rehabilitation können alle erforderlichen medizinischen, soziotherapeutischen und flankierenden Maßnahmen über einen pauschalen Pflegesatz als Komplexleistung zu Lasten der GKV finanziert werden. Die Psychiatrie-Personalverordnung vom 18. 12. 1990 macht das noch einmal sehr deutlich. Diese Leistungen werden unbegrenzt übernommen, es sei denn, es handelt sich um einen Pflegefall. Dies betrifft leider einen Teil der in psychiatrischen Krankenhäusern behandelten Kranken, unter ihnen auch ein Teil chronisch Suchtkranker. Es handelt sich dabei aber weniger um ein administratives Problem als vielmehr um die Frage der ärztlichen Diagnose und Einschätzung der Therapieaussichten sowie bestehender Behandlungskonzepte.

Ambulante Versorgung

Nach der Entlassung der Patientinnen und Patienten aus dem stationären Bereich ist die Sicherstellung der Versorgung primär Sache der Kassenärztlichen Vereinigungen und der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen. Dementsprechend bezieht sich die Versorgung auf die ärztlich medizinischen Maßnahmen, die im wesentlichen ergänzt werden durch häusliche psychiatrische Krankenpflege und/oder Ergotherapie.

Während in der stationären Versorgung das erforderliche Leistungsspektrum (inkl. soziotherapeutischer Maßnahmen und Leistungen von Sozialdiensten) zu Lasten der Krankenversicherung finanziert werden kann, sind die Möglichkeiten im ambulanten Bereich stark eingeschränkt. Hier werden alle Maßnahmen getrennt auf ihre Leistungsmöglichkeit zu Lasten der GKV geprüft. Andere Maßnahmen, auch wenn sie wegen der besonderen Bedarfslage psychisch Kranker eigentlich notwendig sind, sind nicht zu Lasten der Krankenversicherung finanzierbar. Eine Komplexversorgung wie im stationären Bereich gibt es nicht. Dem widerspricht auch nicht das von den Institutsambulanzen nach § 118 SGB V vorgehaltene Angebot. Mit den Mitteln des Krankenhauses decken sie - auf der Grundlage von Fallpauschalen - den medizinischen Versorgungsbedarf ab,.

Es ist mehr als unbefriedigend, wenn durch eine Begrenzung wesentlicher - in der stationären Versorgung zum Standard gehörender - Versorgungs- und Leistungsinhalte eine aus medizinischen, humanitären und ökonomischen Gründen angezeigte frühestmögliche Krankenhausentlassung und ambulante Weiterrehabilitation gefährdet wird. Dies ist um so unverständlicher, als auch der Gesetzgeber in § 40 SGB V auf den Vorrang ambulanter vor stationärer Rehabilitation hinweist. Diese Situation ist maßgeblich durch die in § 43 SGB V genannte und in der bereits erwähnten Gesetzesbegründung näher ausgeführte Einschränkung der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen begründet.

Die Krankenversicherung ist kein umfassend zuständiger Rehabilitationsträger. Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation oder Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören nicht in den Aufgabenbereich der Krankenversicherung, sondern werden zu Lasten anderer Leistungsträger erbracht.

Im folgenden greife ich einige für die ambulante Versorgung psychisch Kranker besonders relevante und entwicklungsfähige Bereiche heraus.

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Von besonderem Stellenwert für die bedarfsgerechte Versorgung psychisch Kranker sind die ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V. Hierzu zählen Leistungen, die erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern. Darunter können grundsätzlich auch die soziotherapeutischen Maßnahmen verstanden werden, die erforderlich sind, um entsprechend den Besonderheiten des Krankheitsbildes, die medizinische Rehabilitation zu ergänzen und zu sichern. Von ihnen abzugrenzen sind Maßnahmen, die im Rahmen der Betreuung psychisch Kranker zu deren allgemeiner psychosozialer Eingliederung und zur Förderung der Teilnahme am Leben in der Gesellschaft erforderlich sind. Um diese Abgrenzung sachgerecht treffen zu können, müssen die spezifischen Rehabilitationsmaßnahmen entsprechend dem jeweiligen Krankheitsbild aufgezeigt werden. Wesentliches Kriterium zur Unterscheidung ist die Zielrichtung der jeweiligen Behandlungsmaßnahme. Was in einem Fall durchaus zur medizinisch ergänzenden Rehabilitation gehört, ist in einem anderen Fall möglicherweise als Maßnahme der allgemeinen psychosozialen [Eingliederung zu bewerten.

Psychotherapie

Psychotherapeutische Maßnahmen können durch Ärzte/Ärztinnen mit anerkannter Zusatzausbildung erbracht werden. Darüber hinaus können im Rahmen eines sogenannten Delegationsverfahrens auch Diplom-Psychologen/Psychologinnen und Psychagogen/Psychagoginnen mit anerkannter Zusatzausbildung beteiligt werden.

Heilmittel

Zu den Heilmitteln gehören die sogenannten therapeutischen Dienstleistungen wie Krankengymnastik und Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (Ergotherapie). Die Verordnungsfähigkeit von Ergotherapie in der Psychiatrie ist seit dem 14. 08. 1990 in entsprechenden Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelt. Sie zielen ab auf eine Verbesserung der

- psychischen Funktionseinschränkungen
- psychisch und medikamentös-toxisch bedingt eingeschränkten körperlichen Funktionen
- Motivation und Kommunikation

- kommunikativen Funktionen
- entwicklungspsychologisch wichtigen Funktionen
- zur Erhaltung der Selbständigkeit erforderlichen Funktionen.

Die Abgrenzung von Heilmitteln und Leistungen der medizinischen Rehabilitation auf der einen und der allgemeinen psychosozialen Maßnahmen auf der anderen Seite ist oft schwierig und letztendlich nur im Hinblick auf den einzelnen Menschen, auf das jeweilige Krankheitsbild, auf den Verlauf der bisherigen medizinischen Versorgung sowie auf therapeutische Konzepte und Verfahren möglich.

Unabhängig von unterschiedlichen Sichtweisen mehr naturwissenschaftlich oder stärker sozialpsychiatrisch ausgerichteter Experten und Expertinnen ist es unstrittig, daß sich psychische Erkrankungen durch eine krankhaft gestörte Beziehung zur eigenen Persönlichkeit und zur sozialen Umwelt sowie durch soziale Funktions-einbußen ausdrücken. Die medizinischen Maßnahmen müssen daher auf die Beeinflussung dieser gestörten Bereiche - also psychotherapeutisch und soziotherapeutisch - ausgerichtet sein. Dies ist in der stationären Versorgung selbstverständlich.

Häusliche Krankenpflege

Sie spielt bei der Versorgung psychisch Kranker, insbesondere bei der Versorgung Suchtkranker, bislang noch eine untergeordnete Rolle. Prinzipiell kann aber auch diese Maßnahmeart sinnvoll eingesetzt werden, wenn eine Krankenhausbehandlung dadurch vermieden, verkürzt bzw. das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann.

Ein Teil der für den allgemeinspsychiatrischen Bereich geltenden Probleme ist erfreulicherweise in der Rehabilitation Suchtkranker überwunden. Hier hat der Suchtbereich eine Vorreiterfunktion übernommen, die perspektivisch hoffentlich auch dringend erforderliche Impulse für Entwicklungen in der Rehabilitation von anderen Teilgruppen psychisch Kranker setzt.

Während auch für Suchtkranke Rehabilitationsmaßnahmen bis vor zwei Jahren fast durchweg vollstationär durchgeführt wurden, besteht seit Januar 1991 die Möglichkeit, auch außerhalb der kassenärztlichen Versorgung in geeigneten Einrichtungen eine ambulante Rehabilitation durchzuführen. Mit der „Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht“ wurden nach § 43 SGB V auch soziotherapeutische Maßnahmen zu Lasten der Krankenversicherung finanzierbar, und die Rentenversicherung zeigte sich bereit, auch eine ambulante Form der Rehabilitation anzuerkennen. Seither können auf der Grundlage eines Antrages des oder der Versicherten, eines ärztlichen Gutachtens und der Einzelentscheidung des Leistungsträgers die ambulanten Rehabilitationsleistungen für eine begrenzte Zeit (18 Monate) mit einer begrenzten Anzahl von ambulanten Maßnahmen (120 Maßnahmen) erbracht werden.

Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung

Aufgabe der Rentenversicherung ist es, durch geeignete Rehabilitationsmaßnahmen die Versicherten in das Erwerbsleben einzugliedern und eine Berufs- und Erwerbsunfähigkeit zu vermeiden. Die Zuständigkeit der Rentenversicherung ist vom Vorliegen persönlicher Voraussetzungen der Versicherten abhängig (§§ 10 ff. SGB VI). So muß

- die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert sein
- bei einer erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich vermieden werden können
- bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit diese voraussichtlich erheblich gebessert oder wiederhergestellt werden bzw. der Eintritt von Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit abgewendet werden können (§ 10 SGB VI).

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen richten sich nach der vorausgegangenen Erwerbstätigkeit (§ 11 SGB VI).

Voraussetzung für die Leistungspflicht der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Aussicht auf einen Erfolg der Rehabilitationsleistungen. Die Einschätzung der Erfolgsaussichten muß sich unter der Beachtung allgemeiner prognostischer Gesichtspunkte an den jeweiligen individuellen Vorgaben orientieren. Es ist naheliegend, daß eine absolut sichere Vorhersage nicht möglich ist, doch muß eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für den Rehabilitationserfolg im Sinne einer wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bestehen. Bei einer zweifelhaften oder ungünstigen Prognose kann die Rentenversicherung keine Leistungen erbringen.

Der in § 9 SGB VI formulierte Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ stellt eine grundsätzliche Verbesserung auch für psychisch Kranke dar. Die Realität entspricht dagegen noch lange nicht diesem Grundsatz. Statistiken zeigen, daß ein Großteil der Frühberentungen ohne eine Rehabilitation in einem vorhergehenden Zeitraum von fünf Jahren erfolgt (VDR-Statistik - Rentenzugänge 1991: Von 14.102 Frühberentungen aufgrund psychiatrischer Diagnosen wurde in ca. 40 % der Fälle im Zeitraum von fünf Jahren vor der Berentung keine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt). Dies hängt mit der- in der Psychiatrie sicherlich schwierig zu stellenden - Erfolgsprognose als Voraussetzung für die Leistungszuständigkeit der Rentenversicherung zusammen. Das Problem dieser Prognosen liegt in den zugrundegelegten Maßstäben bzw. im ärztlichen Gutachten. Wenn diese Gutachten - die eine Entscheidungsgrundlage für die Leistungsträger sind - in der Beurteilung des Verlaufs und der Therapieaussichten psychischer Erkrankungen eher pessimistisch und zögerlich ausfallen, können die darauf aufbauenden Entscheidungen der Leistungsträger zwangsläufig nicht positiver getroffen werden.

Die zu Lasten der Rentenversicherung erbrachten Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation umfassen

- ärztliche Behandlung
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie
- Befastungserprobung und Arbeitstherapie
- Versorgung mit Körperersatzstücken und ähnlichem.

In der Regel ist die Rentenversicherung vor allem für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen zuständig. Die stationären Leistungen der Rentenversicherung haben Vorrang vor gleichartigen Leistungen der Krankenversicherung.

Über die medizinische Rehabilitation hinaus übernimmt die Rentenversicherung Leistungen der beruflichen Rehabilitation (§ 16 SGB VI), insbesondere Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich der Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme und Eingliederungshilfen an Arbeitgeber, Berufsvorbereitung sowie berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung. Weiterhin kann außerdem Übergangsgeld nach § 28 SGB VI als ergänzende Leistung zur Rehabilitation erbracht werden, aber nur bei langer Wartezeit (§ 11 Abs. 1 SGB VI).

Zuständigkeit der Bundesanstalt für Arbeit

Berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen werden auch von der Bundesanstalt für Arbeit nach dem Arbeitsförderungsgesetz (§ 56 AFG) erbracht, wenn nicht - wie anfangs bereits erwähnt - andere Rehabilitationsträger für die Gewährung zuständig sind.

Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers

Nach dem Bundessozialhilfegesetz erhalten Kranke Krankenbehandlung im Rahmen der Krankenhilfe sowie medizinische, berufliche, ergänzende oder allgemein soziale Rehabilitationsleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe. Bei bestehender Pflegebedürftigkeit kommt Hilfe zur Pflege in Betracht. Darüber hinaus umfaßt die Sozialhilfe auch Hilfen zum Lebensunterhalt und gegebenenfalls zur Weiterführung des Haushaltes. Voraussetzung für eine Hilfestellung durch den Sozialhilfeträger ist die Hilfebedürftigkeit der Kranken oder Behinderten, fehlendes eigenes Einkommen oder Vermögen sowie fehlende Ansprüche gegenüber vorrangig verpflichteten Sozialleistungsträgern.

Da in der Versorgung psychisch Kranker wichtige ergänzende und begleitende Hilfen zur psychosozialen Betreuung und andere komplementäre Leistungen nicht durch die Sozialversicherungssysteme finanzierungsfähig sind, müssen die Betroffenen mit ihrem Einkommen und Vermögen dafür aufkommen - was eine gravierende Benachteiligung gegenüber somatisch Kranken bedeutet. Davon sind vor allem chronisch Kranke betroffen. Aufgrund der für sie i. d. R. ungünstigen Prognose ist auch die Rentenversicherung vielfach nicht leistungsfähig. Somit wird für sie der eigentlich nur nachrangig zuständige Sozialhilfeträger häufig zu einem Regelfinanzier.

Leistungen nach dem Schwerbehindertengesetz

Der Vollständigkeit halber müssen auch die Leistungen nach dem Schwerbehindertengesetz genannt werden. Voraussetzung für diese Leistungen ist die staatliche Anerkennung der Schwerbehinderung. Gerade dem Personenkreis der psychisch Kranken fällt es jedoch - krankheits- und behinderungsbedingt - oft schwer, sich dies einzugestehen und die Schwerbehinderung durch das Versorgungsamt anerkennen zu lassen. Daher entscheiden die Hauptfürsorgestellen über zu gewährende Hilfe größtenteils unabhängig von einem amtlichen Ausweis aufgrund vorliegender Fachgutachten (Fachklinik oder behandelnder Facharzt/-ärztin).

Sonderregelungen in der Rehabilitation Suchtkranker

Soweit die faktische Darstellung der Zuständigkeiten der einzelnen Leistungsträger. Zu Beginn meiner Ausführungen habe ich bereits erwähnt, daß die Versorgung Suchtkranker insgesamt gesehen günstiger gestaltet ist als die der psychisch Kranken allgemein. Dies möchte ich an einigen Beispielen belegen.

Uns erscheint heute das Angebot der- bereits erwähnten - ambulanten Rehabilitation Suchtkranker- und dessen leistungsrechtliche Bewertung durch die Kranken- und Rentenversicherung -fast schon als eine Selbstverständlichkeit. Auf dem Weg dahin bedurfte es aber langer Diskussionen auf Seiten der Leistungsträger, ehe diese die jeweiligen Hürden aufgrund leistungsrechtlicher Vorschriften überwinden konnten. Während durch die Empfehlungsvereinbarung zur ambulanten Rehabilitation Suchtkranker die Rentenversicherung ihre vorrangige Zuständigkeit für die stationäre Rehabilitation auch auf die ambulante Rehabilitation ausgedehnt hat, waren es die - vor allem von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und vergleichbaren Berufsgruppen erbrachten - soziotherapeutischen Leistungen, für die die Krankenversicherung eine griffige Begründung und Zuordnung in Abgrenzung zu den allgemeinen psychosozialen Leistungen finden mußte. Eine Entwicklung, wie sie für andere Teilbereiche der Versorgung auch hilfreich sein könnte.

Vorbehalten der Leistungsträger standen auch Vorbehalte auf Seiten der Leistungserbringer gegenüber. Sie wollten zwar ihre ambulante Arbeit durch eine leistungsrechtliche Anerkennung aufgewertet wissen, taten sich aber zum Teil schwer, die damit verbundenen berechtigten Interessen der Leistungsträger zu akzeptieren, z. B. nach einer klaren Struktur der Angebote, nach einer Dokumentation der erbrachten Leistungen, nach qualitätssichernden Vorgaben (unter anderem zur Ausbildung der jeweiligen Mitarbeiterteams), nach einer Steuerungsmöglichkeit durch ein einzelfallbezogenes Antragsverfahren und nach einem zwar möglichst unbürokratischen, aber doch transparenten Abrechnungsmodus. Dies schien vielen ambulant arbeitenden Einrichtungen zunächst suspekt, zu arztzentriert und zu aufwendig. Es war daher ein Prozeß, der schließlich von allen Beteiligten mit konstruktivem Engagement - aber auch mit langem Atem - entwickelt wurde und der im Ergebnis richtungsweisende Ansätze auch für weitere, noch nicht befriedigend gelöste Regelungen in der ambulanten Versorgung anderer psychisch Kranker bringen kann.

Auch wenn immer wieder in Einzelfällen der Suchtkrankenversorgung leistungrechtliche Klärungen erforderlich sind, kann doch eine Bereitschaft aller Beteiligten festgestellt werden, medizinisch-therapeutische Entwicklungen leistungrechtlich abzusichern, was sich auch am folgenden Beispiel zeigt.

„Motivationsbehandlung“ ist ein Stichwort, das viele von Ihnen unter dem Aspekt strittiger bzw. fehlender Zuständigkeitsregelungen einordnen. Die Problematik einer sehr großen Zahl von „Drehtür-Entgiftungen“ bei chronisch Suchtkranken ist bekannt und sowohl aus humanitären als auch ökonomischen Gründen äußerst unbefriedigend.

An dieser Schnittstelle zwischen der GKV-finanzierten Entzugsbehandlung (Akutbehandlung) und der Entwöhnung (Rehabilitation) zu Lasten der Rentenversicherung stellt sich auch das folgende Problem, Die bei einem Teil der chronisch Suchtkranken während der Akutbehandlung anzutreffende mangelnde Krankheitseinsicht und Bereitschaft zu einer weiterführenden Entwöhnungsbehandlung kann krankheitsbedingt eingeschränkt sein, so daß eine gezielte Motivationsbehandlung dazu beitragen kann, den Ausstieg aus einem eigentlich unfreiwilligen Drehtür-Effekt zu finden. Andererseits muß aber auch die - für Außenstehende oft schwer zu verstehende - Entscheidung eines kranken Menschen respektiert werden, wenn sie sich - zumindest zu diesem Zeitpunkt - gegen eine anschließende Rehabilitationsmaßnahme richtet. Eine „Zwangsmotivation“, d. h. ein Verbleib im Krankenhaus so lange, bis eine Motivation für eine sich anschließende Rehabilitation vorhanden ist, wäre eine nicht zu akzeptierende Entmündigung und Abwertung des oder der Betroffenen.

Dennoch, die Problematik von „Drehtür-Entgiftungen“ wird auch von den Leistungsträgern diskutiert, die nach Wegen für eine leistungrechtliche Einordnung der Motivationsbehandlung suchen. Es gibt bereits in einzelnen Bundesländern unterschiedliche - mit den jeweiligen Leistungsträgern abgestimmte - Modellansätze. Die dabei Gesammelten Erfahrungen können in einem zweiten Schritt -bezogen auf die notwendigen leistungrechtlichen Zuordnungen - ausgewertet werden.

Ein weiteres Problem in der Versorgung chronisch Suchtkranker besteht im defizitären Angebot niedrigschwelliger Hilfeeinrichtungen und komplementärer Betreuungsangebote für Personen, die nicht in die Angebotsstruktur der Einrichtungen mit einem „höheren Anspruchsniveau“ - bezogen auf Motivation und Therapiefähigkeit - passen. Diese Personengruppen finden sich gehäuft in den psychiatrischen Einrichtungen wieder. Die Bereitstellung eines angemessenen und differenzierten Angebotes liegt jedoch weniger in den Händen der Sozialversicherungsträger; allerdings sind sie bereit, auf der Grundlage von qualifizierten Konzepten für ihren Zuständigkeitsbereich nach leistungrechtlichen Lösungen zu suchen.

Allzu große Hoffnungen auf klarere Zuständigkeitsregelungen sollten auf den Gesetzgeber nicht gerichtet sein. Dem Vernehmen nach wird wahrscheinlich das SGB IX (Rehabilitation und Eingliederung Behinderteter) in dieser Legislaturperiode doch nicht mehr eingebracht werden. Der durch andere - offenbar vordringlichere

- Gesetze arg strapazierte Zeitplan läßt das vermutlich nicht mehr zu. Ob das SGB IX in Anbetracht schwieriger ökonomischer Rahmenbedingungen und defizitärer Haushaltslagen vieler Reha-Träger Leistungsverbesserungen im Rahmen der ursprünglich angekündigten begrenzten Sachreform ermöglicht hätte, wäre ohnehin fraglich gewesen.

Es kennzeichnet eine mehr reaktive Entscheidungs- und Planungspraxis, daß erst nachdem Versorgungsdefizite offensichtlich werden, sich darauf abgestellte qualifizierte Leistungsangebote entwickeln. Auch wenn alle Beteiligten immer wieder darum bemüht sein müssen, notwendige Klärungen zügig vorzunehmen, liegt es auch in der Natur der Sache, daß diese Abstimmungen in einem gegliederten System weder mit der „Keule“ noch im Handumdrehen zu leisten sind. Es fehlt an regionalen Strukturen für eine bedarfsgerechte Angebotsplanung.

Leistungsrechtliche Lösungen für die gemeindepsychiatrische Versorgung Suchtkranker könnten gefunden werden, wenn im Rahmen einer integrierten Gesamtangebotsplanung die jeweiligen Versorgungsangebote entsprechend dem qualitativen und quantitativen Bedarf koordiniert würden. Prinzipiell könnten dann auch gebündelte Angebotsstrukturen mit Mischfinanzierungsregelungen anteilig - je nach Schwerpunkt der konkreten Bedarfslage - zu Lasten beteiligter Reha-Träger entstehen.

Die trotz aller Defizite vorhandenen Spielräume müssen intensiver genutzt werden. So bieten sich mit den von der GKV unproblematisch zu finanzierenden Maßnahmen der Ergotherapie oder der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege - ggf. durch eine enge Kooperation mit Tagesstätten oder Einrichtungen des betreuten Wohnens - vielfache Möglichkeiten zur bedarfsgerechten Gestaltung des Versorgungsangebotes. Dies erfordert aber auch von den Leistungserbringern eine stärkere regionale Zusammenarbeit. Hier sind auch die kommunalen Koordinatoren und Koordinatorinnen gefordert, mit den beteiligten Institutionen regionale Ausgangsbedingungen festzustellen und Zielstellungen zu entwickeln.

Eine befriedigende Lösung bestehender Problemfelder und die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung hängen letztendlich entscheidend davon ab, daß alle Beteiligten ihre jeweiligen Zuständigkeiten offensiv darstellen und aufzeigen, was sie bereit sind einzubringen. Eine defensive Haltung, in der die Verantwortung wie eine heiße Kartoffel weitergereicht wird, bewirkt dagegen eine stärkere Abgrenzung und verhindert die notwendige Kooperation. Sie geht dann leider trotz Vorleistungsregelungen häufig zu Lasten Betroffener.

Gute Chancen für innovative Regelungen bestehen bei regionalen Absprachen und (Finanzierungs-)Modellen. Die Verantwortlichen und die Entscheidungsträger vor Ort entwickeln aufgrund des hautnah erlebten Handlungsbedarfs i. d. R. eine große Bereitschaft, auch pragmatische Regelungen zu finden. Gleiche Regelungen würden oftmals auf der überregionalen Ebene aufgrund der grundsätzlichen Bedeutung nicht zustande kommen. Aber gerade diese praktischen Erfahrungen bieten wesentliche Impulse für künftige Entscheidungen mit grundsätzlicher Wirkung. Dieser Weg ist zwar weniger kalkulierbar, eröffnet aber positive Entwicklungschancen.

Für die Betriebliche Krankenversicherung kann ich zusagen, daß wir bereit sind, unsere Verantwortung zu erfüllen und offensiv nach leistungsrechtlichen Möglichkeiten zu suchen. Entsprechende und zukunftsweisende Konzepte sind von uns gemeinsam mit Experten entwickelt und in die politischen Abstimmungsrunden der Spitzenverbände eingebracht worden. Ganz aktuell zeichnet sich jetzt auch bei anderen Spitzenverbänden die Bereitschaft ab, auf der Grundlage unserer Initiativen und Vorschläge nun über Umsetzungsmodalitäten zu beraten bzw. weitere Möglichkeiten zur Verbesserung der ambulanten Rehabilitation psychisch Kranker zu sondieren. Wenn Sie, die anderen Leistungsträger, aber auch die Leistungserbringer, in gleicher Weise kreativ und engagiert dazu beitragen, werden wir gemeinsam die notwendige Weiterentwicklung voranbringen.

Medizinische Rehabilitation der LVA Westfalen in Übergangseinrichtungen

Dietmar Männchen

Zwischen der LVA Westfalen und dem Landschaftsverband Westfalen Lippe (LWL) war seit Jahren die Übernahme der Kosten für die

1. Unterbringung von psychisch Kranken in Übergangseinrichtungen und
2. Unterbringung von Suchtkranken in Übergangseinrichtungen streitig.

Wegen der Vielzahl der Fälle haben sich die beiden Parteien im Interesse der Betroffenen am 09.12.87 darauf geeinigt, daß der Landschaftsverband Westfalen-Lippe in Vorleistung tritt, Musterstreitverfahren geführt werden und eine endgültige Entscheidung über den zuständigen Leistungsträger nach dem Vorliegen höchst-richterlicher Entscheidung getroffen werden soll.

Der 13. Senat des BSG hat nach mehreren Urteilen des 5. Senats am 23.04.92 entsprechende Urteile gefällt. In diesen Urteilen begründet der 13. Senat im einzelnen, warum er die Behandlung in Übergangseinrichtungen als eine Leistung der medizinischen Rehabilitation ansieht (Az.; 13 RJ 27/91, 13 RJ 25/91, 5 RJ 76/88).

Zu der von der LVA Westfalen geforderten *ärztlichen Mitwirkung* in der medizinischen Rehabilitation führt er aus:

Die Aufgabe der Rentenversicherungsträger werde durch ihr Ziel definiert, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu bessern oder wiederherzustellen. Eine Beschränkung auf bestimmte Arten von Rehabilitations-Leistungen sehe das Gesetz dabei nicht vor - trotz Nennung einzelner Leistungsarten als Schwerpunkte der Rehabilitation. Entscheidend sei, ob Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit erforderlich und geeignet seien. Eine im wesentlichen an der ärztlichen Beteiligung orientierte Auslegung des Leistungskataloges des § 1237 RVO sei weder aus dem Gesetzeswortlaut abzuleiten noch mit dem Zweck zu vereinbaren.

Nach der Rechtsprechung des BSG wird der Begriff der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation nicht durch einen Leistungskatalog, sondern durch das Ziel bestimmt. Dazu gehören alle Leistungen, die im Rahmen eines Gesamtkonzeptes erforderlich sind, um eine Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit zu erreichen. Insoweit muß jetzt von einer gesicherten Rechtsprechung ausgegangen werden, nach der der Rentenversicherungsträger auch für die Übernahme der Behandlungs- und Unterbringungskosten von psychisch Kranken und Suchtkranken in sogenannten Übergangseinrichtungen zuständig ist, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und die Erfolgsaussichten im Sinne der Rentenversicherung gegeben sind.

Auf der Grundlage dieser Rechtsprechung haben die LVA Westfalen und der LWL im März 1993 gemäß der Absprache vom 09.12.87 die Vorleistungsfälle bis zum 30.06.93 abschließend erledigt.

Ab dem 01.07.93 wird die LVA Westfalen für psychisch Kranke und Suchtkranke unter bestimmten Voraussetzungen die Leistungen in sogenannten Übergangseinrichtungen als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation finanzieren.

Die wesentlichen Voraussetzungen hierfür sind das Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen gemäß § 10 SGB VI, das Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gemäß §11 SGB VI, die vorherige Antragstellung und der Abschluß eines Vertrages nach § 15 Abs. 2 SGB VI zwischen der LVA Westfalen und der Übergangseinrichtung.

Gemeinsam mit den Übergangseinrichtungen in Westfalen-Lippe hat die LVA Westfalen inzwischen für die Bereiche der Suchtkranken und der psychisch Kranken Rahmenkonzepte sowie Entwürfe eines Vertrages nach § 15 Abs. 2 SGB VI erarbeitet. Einen Antrag auf Abschluß eines Vertrages nach § 15 Abs. 2 SGB VI haben für den Suchtbereich bisher 10 Einrichtungen gestellt. Davon 8 Übergangseinrichtungen für Alkohol-/Medikamentenabhängige und 2 Übergangseinrichtungen für Drogenabhängige. Von den 19 Übergangsheimen für psychisch Kranke in Westfalen-Lippe haben bisher 15 Einrichtungen einen Antrag auf Abschluß eines Vertrages nach § 15 Abs. 2 SGB VI gestellt. Ab dem 01.07.93 wird also die LVA Westfalen unter den genannten Voraussetzungen die Kosten für die Behandlung in Übergangseinrichtungen offiziell und direkt übernehmen.

Die Verfahrensweise bei den übrigen Rentenversicherungsträgern ist unterschiedlich. Die *BFA* und die *LVA Rheinprovinz* prüfen derzeit, ob sie sich der Regelung der LVA Westfalen anschließen werden, Die *Bundesknavpschaft* hat erklärt, sich den von der LVA Westfalen getroffenen Absprachen anzuschließen. Das gleiche gilt für den *Landschaftsverband Westfalen-Lippe*, der die Kosten für Suchtkranke und psychisch Kranke übernehmen wird, die keinen Anspruch gegenüber der Rentenversicherung haben und die nicht krankenversichert sind. Die Verfahrensweise bei den *Krankenversicherungsträgern* ist noch ungeklärt.

In der Politik fand auf Anregung des MAGS NRW am 24.05.92 in Essen eine Fachtagung zum Thema „Zukunft der Übergangseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte“ statt, auf der die Forderung erhoben wurde, die Sozialversicherungsträger in die Kostenträgerschaft einzubinden. Es wurde eine Arbeitsgruppe auf Landesebene gebildet, die sich mit dieser Problematik eingehender befassen soll.

Die Bundesregierung hat am 18. 12. 1992 eine Große Anfrage zur Situation der psychisch Kranken in der Bundesrepublik Deutschland beantwortet. Sie geht davon aus, daß im Hinblick auf die Besonderheit psychiatrischer Erkrankungen eine Mischfinanzierung der Leistungsträger im ambulanten und komplementären Bereich einen sinnvollen Lösungsansatz bietet. Die Sozialleistungsträger seien aufgerufen, die im Sozialrecht verankerten Ansprüche der Betroffenen verantwortlich auszuschöpfen.

Das Konzept der LVA Westfalen kommt den Vorstellungen der Bundes- und Landesregierung NRW entgegen. Es entspricht der erhobenen Forderung zu den

Empfehlungen der Expertenkommission, wonach die Übergangseinrichtungen vom bloßen Verwahren der Klientinnen und Klienten zur aktiven Rehabilitation weiterzuentwickeln sind.

Die von der LVA Westfalen und den Übergangseinrichtungen gemeinsam erarbeiteten *Rahmenkonzepte* für psychisch Kranke und Suchtkranke in Übergangseinrichtungen sind jeweils Bestandteile eines Gesamtkonzeptes der medizinischen Rehabilitation. Die Gesamtkonzepte der medizinischen Rehabilitation psychisch Kranker und Suchtkranker sind integriert in ein regionales Verbundsystem ambulanter und stationärer Hilfen, in dem das aufeinander abgestimmte Zusammenspiel der verschiedenen Leistungen und Einrichtungen mitentscheidend für den Erfolg ist. In den Rahmenkonzepten für die Übergangseinrichtungen wird daher die Einbindung in ein umfassendes Verbundsystem und die Zusammenarbeit mit allen beteiligten Stellen ausdrücklich festgelegt.

In den Übergangseinrichtungen werden unter ärztlicher Verantwortung Leistungen erbracht

- zur Heilung, Besserung und Verhütung der Verschlimmerung der Krankheit,
- zur Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit,
- zur sozialen Eingliederung.

Es werden Personen aufgenommen, bei denen noch ein Restbedarf an Betreuung oder Behandlung vorhanden ist, der mit den speziellen therapeutischen Angeboten der Einrichtung abgedeckt werden kann, für den eine ambulante Behandlung und Betreuung nicht ausreichend ist. Die Übergangseinrichtungen sollten bei *Suchtkranken* mindestens über 12 Plätze verfügen und mindestens vier Plätze für Betreutes Wohnen bereithalten. Bei *psychisch Kranken* sollten die Einrichtungen mindestens 15 Plätze haben und 25 bis 30 Plätze nicht überschreiten.

Die Einrichtungen nehmen Personen auf,

- die wegen ihrer Krankheit noch therapeutische Angebote brauchen, um die Selbstversorgungsfähigkeit zu stärken, soziale Kompetenzen zu steigern, Versorgungsängste abzubauen, Selbstvertrauen zu fördern und die Eingliederung in die Gesellschaft, in Arbeit und Beruf zu erleichtern;
- die als Folge ihrer Erkrankung (noch) nicht zu einem möglichst selbständigen Leben gekommen sind, notwendige tragfähige Beziehungen zu Verwandten, Freunden, Partnern und Kollegen (noch) nicht aufbauen konnten und daher von Isolation bedroht sind;
- die aufgrund labiler Persönlichkeitsstruktur, verminderter psychischer, sozialer und körperlicher Belastbarkeit, Neigung zur psychischen und sozialen Verwahrlosung oder geringem Selbstwertgefühl noch ein gewisses Maß an geschütztem Rahmen brauchen, um die in der vorausgegangenen Therapie erlernten Fähigkeiten umzusetzen bzw. angestoßene positive Persönlichkeitsveränderungen weiterführen zu können.

Bei der Aufnahme in eine Übergangseinrichtung sollte das Erreichen der Behandlungsziele der Einrichtung als realistisch eingeschätzt werden können (Erfolgsprognose). Der/die Betroffene soll die Notwendigkeit der Maßnahme einsehen.

Ein Mindestmaß an Mitwirkung und Inanspruchnahme der Leistungsangebote wird vorausgesetzt. Die entsprechende Bereitschaft hierzu muß vorhanden sein. Voraussetzungen sind auch ein Mindestmaß an Gemeinschafts- und Gruppenfähigkeit und an Belastbarkeit, die die Teilnahme an dem Programm der Einrichtung ermöglichen.

Nicht aufgenommen werden Personen, bei denen eine geistige Behinderung im Vordergrund steht. Abhängigkeitskranke, die ihre klinische Therapie beendet haben und bei denen noch ein Restbedarf an Therapie vorhanden ist, werden in der Regel im direkten Anschluß in die Übergangseinrichtung aufgenommen.

Ansonsten finden vor jeder Aufnahme mit dem/der Betroffenen, erforderlichenfalls auch mit der vermittelnden Stelle, ein oder mehrere ausführliche Aufnahmegespräche statt, um unter Berücksichtigung der biographischen und beruflichen Entwicklung und des bisherigen Krankheitsverlaufes die individuellen Voraussetzungen für die Aufnahme zu klären. Ein schriftlicher Arzt- und Sozialbericht der vermittelnden Stelle sollte frühzeitig vor Aufnahme vorliegen. Die vermittelnde Stelle übernimmt die Kostenregelung, Aufgenommen werden kann der/die Betroffene dann, wenn die Leistungszusage vorliegt und ein Platz in der Einrichtung frei geworden ist.

Abhängigkeitskranke werden auch aufgenommen, wenn sie nach Beendigung einer therapeutischen Behandlung bereits „draußen“ gelebt haben und aufgrund unterschiedlicher persönlicher Schwierigkeiten eine weitere medizinische Rehabilitationsleistung benötigen. In Ausnahmefällen können dies auch Betroffene sein, die kurz vor Beendigung ihrer Langzeittherapie „abgebrochen“ haben, wenn dennoch eine positive Prognose von der vorhergehenden Einrichtung erstellt wird.

Die *Behandlungsziele* sollen bei *Suchtkranken* durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- Verselbständigung des/der Betroffenen bei reduzierter therapeutischer Intensität;
- Eingliederung in den gesellschaftlichen Alltag nach einer Zeit der therapiebedingten Isolation; Bearbeitung der dabei entstehenden Übergangsprobleme, z. B. im Beruf, in der Freizeit und im Aufbau neuer suchtfreier Kontakte;
- Bearbeitung der Problemfelder, die erst in der realen alltäglichen Situation deutlich werden und die während der Entwöhnungsbehandlung nicht bzw. nur begrenzt behandelt werden konnten, z. B. eine generelle Partnerschafts- und Sexualproblematik, Mißbrauchserfahrungen usw.;
- Übertragung verbesserter Kommunikationsstrategien auf reale Situationen mit dem Ziel der Sensibilisierung für persönliche Entwicklungsprozesse. Der/die Betroffene muß für sich Strategien entwickeln, mit den „erlernten“ Erkenntnissen und Fertigkeiten umzugehen. Dabei geht es nicht um die bloße Anpassung an die gesellschaftliche Realität. Es geht um die Entwicklung einer individuellen Ausgangssituation und einer ehrlich gewollten Lebensperspektive unter Einbeziehung der eigenen Geschichte und der gesellschaftlichen Realität,

Bei *psychisch Kranken* sollen die *Behandlungsziele* der Einrichtung insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- durch eine körperliche und psychische Stabilisierung, d. h. unter anderem die Einsichtsfähigkeit in die Akzeptanz der Psychischen Krankheit zu erlangen und dabei den eigenen Handlungsspielraum auszuprobieren und für sich zu nutzen;
- durch Aktivierung und Training Interesse an der eigenen Lebensgestaltung zu gewinnen, Handlungsschritte zu planen und durchzuführen;
- durch Erhöhung und Förderung des Selbstwertgefühls;
- durch Klärung der häufig konflikthafter Beziehungen zu Angehörigen und dem sozialen Netzwerk;
- Durch Abklärung der vorliegenden Behinderung, durch das Erkennen, die Stärkung und das Training der vorhandenen Ressourcen - auch vor dem Hintergrund bereits gemachter Berufserfahrungen.

Die hier sicherlich nicht vollständig aufgeführten Maßnahmen sollen einen Einblick vermitteln, durch welche Schritte eine möglichst weitgehende und dauerhafte Wiedereingliederung in Gesellschaft und Beruf erreicht werden soll. Auch die Wiedereingliederung in Firmen für psychisch Kranke und die Arbeit in Werkstätten für Behinderte kann bei einzelnen Betroffenen ein sinnvolles Rehabilitationsziel sein.

Im Rahmen der stationären Leistung zur Rehabilitation werden individuelle Rehabilitationsziele festgesetzt, bei denen die jeweils besonderen medizinischen, beruflichen und sozialen Aspekte Berücksichtigung finden.

Das *Rehabilitationsangebot* umfaßt insbesondere:

- Planung, Begleitung und Überprüfung der Rehabilitation unter verantwortlicher Mitwirkung des Arztes oder der Ärztin der Einrichtung.
- Psychotherapie und Sozialtherapie in Form von Einzel- und Gruppengesprächen;
- Beratung;
- Beschäftigungs- und Arbeitstherapie;
- therapeutische und soziale Begleitung bei Arbeitsversuchen, Arbeitstraining, Arbeitsaufnahme, Schul- und Berufsausbildung, Betriebspraktika und dergleichen,
- Freizeitaktivitäten und Gesundheitserziehung.

Eine Betreuung erfolgt durchgängig an allen Wochentagen. Ruf- und Nachtbereitschaften werden gewährleistet.

Das *therapeutische Milieu in den Einrichtungen* ist ein wesentlicher Bestandteil des *Rehabilitationsangebotes*. Es soll unter beschützenden und überschaubaren Bedingungen möglichst realistische Alltagsanforderungen, sowohl im zwischenmenschlichen als auch im lebenspraktischen Bereich, widerspiegeln. Hieraus ergeben sich eine Vielfalt von Anknüpfungspunkten für eine therapeutische Bearbeitung der individuellen Beeinträchtigungen sowie auch eine Weckung und Förderung der Selbsthilfepotentiale. Durch diese Normalisierungskonzepte werden Folgewirkungen einer Hospitalisierung verhindert und Eigenständigkeit und berufliche Integration gefördert.

Betreutes Wohnen ist integrierter Bestandteil der Einrichtungen für *Suchtkranke*. Als Bewohnerinnen und Bewohner können Suchtkranke aufgenommen werden,

die keiner stationären Therapie und auch nicht des Angebotes eines Heimes bedürfen, die aber Wiedereingliederungshilfe brauchen, da sie aufgrund ihrer spezifischen sozialen Situation im Bereich von Wohnen, Arbeiten und sozialen Kontakten rückfallgefährdet sind.

Betreutes Wohnen ist an keine spezielle Wohnform (z. B. Wohngemeinschaft) gebunden. Die Bewohnerinnen und Bewohner gestalten ihren Lebensablauf selbstständig und selbstverantwortlich. Ziel ist zu erreichen, daß sie ihre Wohnstätte als eigene Wohnung mit familienähnlichem Charakter ausgestalten und ein Wohnumfeld schaffen können, das Möglichkeiten zur persönlichen Entfaltung und Reifung bietet. Die Betreuung wird von außen erbracht (z. B. durch eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter der Übergangseinrichtung). Sie muß sich auf der Grundlage der Ergebnisse der stationären Vorbehandlung individuell und methodenvariabel gestalten. Sie dient insbesondere der weiteren Stabilisierung des Therapieprozesses und der Hilfestellung zur Entwicklung eines eigenständigen, eigenverantwortlichen Lebensstils,

Die Betreuung umfaßt:

- Beratung und Unterstützung in sozialen Fragen und persönlichen Angelegenheiten (Behördenangelegenheiten, finanzielle Fragen usw.),
- stützende Einzelgespräche, Kriseninterventionen, regelmäßige Teilnahme an einer Abstinenzgruppe,
- bei Wohngemeinschaften:
regelmäßige Wohngruppengespräche.

Die *Behandlung bei psychisch Kranken* läßt sich grob in drei Phasen unterteilen:

In der ersten *Phase* der Behandlung liegt der Schwerpunkt der Rehabilitation in einer Abklärung der individuellen Voraussetzungen und Motivation.

Hierauf aufbauend wird ein spezieller Rehabilitationsplan erstellt, der weitere Rehabilitationsschritte festlegt. Dieser individuelle Rehabilitationsplan faßt medizinische, berufliche und soziale Aspekte zusammen. Der Rehabilitationsplan wird regelmäßig überprüft und individuell fortgeschrieben. In der Regel dauert diese erste Phase drei bis sechs Monate.

Die je nach Rehabilitationsziel erforderlichen Leistungen werden in der *zweiten Phase* der Behandlung sowohl in der Übergangseinrichtung als auch bei kooperierenden Trägern durchgeführt. Letztere können sein: Industrie- und Handwerksbetriebe der Region, die Praktikums- und Erprobungsplätze zur Verfügung stellen; (Selbsthilfe-) Firmen für psychisch Kranke (einschließlich Zuverdienstfirmen); Werkstätten für Behinderte; psychiatrische Fachkrankenhäuser.

Die zweite Phase der Behandlung und die dort angebotenen Leistungen (wie Arbeitserprobung, Berufsfindungs-, Berufsvorbereitungs- und Trainingsmaßnahmen) sollen die berufliche Wiedereingliederung des/der Betroffenen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereiten. Auftretende Überforderungs- und Belastungssituationen können durch die begleitenden therapeutischen Angebote gezielt bearbeitet werden (Dauer ca. 9 bis 12 Monate).

Die *dritte und letzte Phase* der Behandlung dient der *Ablösung* aus der Einrichtung und der Beurteilung, inwieweit das Ziel der Rehabilitation (z. B. höhere psychische Belastbarkeit, Herstellung der Erwerbsfähigkeit) erreicht worden ist. Hierzu gehört auch die Formulierung von begründeten Empfehlungen, welche weiteren Schritte der beruflichen und sozialen Eingliederung notwendig sind.

Sollte eine Nachbetreuung durch andere Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung in der Region erforderlich sein, wird diese geplant und vorbereitet.

Die *Behandlung bei Suchtkranken* konzentriert sich mehr auf die berufliche und soziale Wiedereingliederung und ist wegen der vorher durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen in der Regel kürzer.

Eine zeitliche Begrenzung der Behandlung ist im vorhinein aus inhaltlichen Gründen nicht möglich und sinnvoll. Ein überschaubarer Zeitrahmen zur Erreichung des Behandlungszieles in der Einrichtung sollte aber gegeben sein. Im Einzelfall ist Flexibilität notwendig. In der Regel sollte die Behandlung in der Übergangs- bzw. Adaptionseinrichtung für Suchtkranke nicht länger als sechs bis zwölf Monate dauern. In der Einrichtung für psychisch Kranke dauert die Behandlung in der Regel 1 1/2 bis 2 Jahre.

Die beschriebenen therapeutischen Leistungen werden durch ein *interdisziplinäres Team* insbesondere aus folgenden Berufsgruppen erbracht:

- verantwortliche/r (behandelnde/r) Arzt/Ärztin (Teilzeit)
- Dipl.-Sozialarbeiter/in oder Dipl.-Sozialpädagoge/in
- Psychologe/in
- Dipl.-Pädagoge/in
- Arbeits- und Beschäftigungstherapeut/in

Die Arbeit der Mitarbeiter/innen der Einrichtungen wird durch Supervision begleitet.

Zusätzliche Stellen für Verwaltungs- und Hauspersonal sind erforderlich.

Podiums- und Plenumsdiskussion zum Themenbereich II

Moderation: Heinrich Kunze

Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Podiums:

<i>Sabine Brückel,</i>	Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen, Bonn
<i>Eberhard Grundig,</i>	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Thüringen, Weimar
<i>Rainer Kranzusch,</i>	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin
<i>Otto Ernst Krasney,</i>	Vizepräsident des Bundessozialgerichtes, Kassel
<i>Dietmar Männchen,</i>	LVA Westfalen, Münster
<i>Gerhard Vigener,</i>	Landeswohlfahrtsverband Baden, Karlsruhe
<i>Margot Wehmhöner,</i>	Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
<i>Günther Wienberg,</i>	Dezernent Ausbildungsstätten, Von Bodelschwinghsche Anstalten, Bielefeld

Heinrich Kunze, Bad Emstal:

Ich möchte beginnen mit einer Meinungsumfrage bei den anwesenden Kostenträgern, wie sie denn zu dem stehen, was die LVA Westfalen - wie es Herr Männchen vorgetragen hat - jetzt vor hat, und ob sich z. B. die Krankenkassen als Reha-Leistungsträger verstehen.

Rainer Kranzusch, Berlin:

Ich bin von Hause aus Jurist und Referent im Grundsatzreferat für medizinische und berufliche Rehabilitation der BfA und betreue dort u.a. intensiv den Suchtbereich. Die BfA und mit ihr die Mehrheit der anderen Rentenversicherungsträger befinden sich, glaube ich, derzeit in der Abwarteposition. Wir werden das, was Herr Männchen hier vorgetragen hat, wohl im Moment noch nicht so ganz unterschreiben können. Es laufen auf VDR-Ebene Gespräche mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger der Sozialhilfe - Herr Vigener, der Vorsitzende, sitzt hier mit am Tisch -, und den Inhalt dieser Gespräche würden wir ganz gerne abwarten. Nur soviel: Es läuft darauf hinaus, daß hier eine Verfahrensabsprache entworfen worden ist, die eine pauschalisierte Beteiligung der Rentenversicherung vorsieht.

Gerhard Vigener, Karlsruhe:

Sie haben wohl im Laufe des Tages mitbekommen, daß - abgesehen von den wichtigen Phasen der Entgiftung und Entwöhnung - eine für viele Fälle ebenso wichtige Phase der - jetzt sage ich einfach mal ganz untechnisch - Nachsorge in der Ver-

gangenheit im wesentlichen von der Sozialhilfe finanziert wurde. Wir haben dann irgendwann versucht, Versicherungsleistungen auch für Versicherte zu bekommen, die eine medizinische Rehabilitation als Suchtkranke benötigen. Es gibt viele andere Bereiche, in denen medizinische Rehabilitation gang und gäbe ist - nach einem Schlaganfall oder nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen - warum eigentlich nicht in diesem Bereich? Und dankenswerterweise und zu Recht geht ja auch die Entscheidungspraxis des Bundessozialgerichts in diese Richtung: Wenn das, was im Rahmen der Nachsorge geleistet wird, notwendig ist, um den Therapieerfolg, den Erfolg der medizinischen Rehabilitation, zu sichern, muß es Bestandteil der medizinischen Rehabilitation sein. Schon 1989 haben wir Gespräche mit dem VOR aufgenommen, mit dem - allerdings noch nicht ganz abgesicherten, aber schon zum Teil praktizierten Ergebnis einer Verfahrensabsprache zwischen den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und den Trägern der Sozialhilfe über die Behandlung von Suchtkranken. Wir haben gesagt, die Adaptionphase ist für uns immer dann, wenn es notwendig ist, ein Bestandteil der Entwöhnungsbehandlung. Adaption findet statt in der Entwöhnungsklinik selbst, aber auch in Einrichtungen, die außerhalb dieser Entwöhnungsklinik liegen. Häufig sind sie ortsnäher, näher am Leben der Betroffenen als die Entwöhnungskliniken. Ich will nichts gegen Entwöhnungskliniken sagen; auf jeden Fall muß die Adaption stattfinden in Einrichtungen, die ein gemeinsames therapeutisches Konzept mit einer Entwöhnungsklinik haben, so haben wir das im Grunde mit dem VDR abgesprochen.

Nach Beratung mit Fachleuten, auch aus dem Ausland, sind wir zu dem Schluß gekommen, daß über die Dauer der Entwöhnungsbehandlung einschließlich Adaptionphase individuell entschieden werden muß. Im Rahmen der Verfahrensabsprache haben wir dann gesagt, was noch übrigbleibt, ist Betreutes Wohnen. Beim Betreuten Wohnen sind wir bereit, auf der Grundlage eines Schlüssels von 1:10 die Personalkosten zu übernehmen. Dann fallen noch therapeutische Leistungen an, die die Rentenversicherung mit 900- bis 1.200,- DM pauschal pro Fall vergütet, und wir schließen uns an und zahlen das natürlich auch pro Fall.

Ich bin Herrn Männchen und der LVA Westfalen sehr dankbar für das, was sie gemeinsam mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe ins Werk gesetzt haben. Sie sind in der Tat sehr mutig herangegangen und haben im Suchtbereich im wesentlichen das umgesetzt, was ich gerade referiert habe und was mit dem VDR so diskutiert war. Und sie sind noch darüber hinausgegangen. So, wie das Bundessozialgericht derzeit entscheidet, ist es eigentlich ein Modell, das auf den Bereich der psychisch Kranken in toto übertragbar ist und das mißglückte RPK-Modell ablösen sollte.

Ein Kernproblem scheint mir weiterhin die Definition des Begriffs der medizinischen Rehabilitation zu sein. Es hat mir noch nie jemand erklären können, wie die beiden Begriffe der soziotherapeutischen Maßnahmen und der Maßnahmen zur allgemeinen sozialen Eingliederung voneinander abgegrenzt werden sollen. Was sind denn nun soziotherapeutische Leistungen, die die Krankenkasse im Rahmen der medizinischen Rehabilitation übernehmen will, und was sind allgemeine Leistungen zur

sozialen Eingliederung, die dann die Krankenkasse nicht bezahlt und die letztlich die Patientinnen und Patienten wieder selbst bezahlen müssen?

Sabine Brückel, Bonn:

Herr Prof. Krasney hat vorhin sehr plastisch geschildert, wie die rechtlichen Voraussetzungen in Kranken- und Rentenversicherung sind. Wir müssen darüber hinaus beachten, daß der Bereich der Krankenversicherung dem gesamten Medizinsystem oder Gesundheitswesen noch stärker verpflichtet ist als der Bereich der Rentenversicherung. Von daher hat auch das Erfordernis der ärztlichen Präsenz oder zumindest der ärztlichen Verantwortung für die Krankenversicherung noch stärkere Bedeutung., Wir sind zwar in den letzten Jahren zu der Überzeugung gekommen, daß der Begriff Gesundheit eigentlich heute anders gesehen werden muß, daß der Arzt bzw. die Ärztin hier nicht mehr alleine Verantwortung tragen muß und daß man interdisziplinär für eine neue Art von Gesundheit im Sinne umfassenden Wohlbefindens sorgen muß. Wir sind aber nach wie vor an Gesetze gebunden, und insofern können wir nur versuchen, im Wege der Interpretation und des Übereinkommens mit anderen Trägern uns schrittweise in andere Felder zu begeben. Einen solchen Schritt haben wir z. B. 1991 im Rahmen der Empfehlungsvereinbarung für ambulante Suchtbehandlung getan, die ihnen ja sicher auch bekannt ist: Wir haben uns damals mit den Rentenversicherungsträgern darauf verständigt, daß die Einrichtungen eine verantwortliche ärztliche Funktion aufweisen müssen, die aber nicht mit einer hauptamtlichen ärztlichen Tätigkeit gleichzusetzen ist. Das könnte ein Kompromiß sein, dem man sich vielleicht auch auf anderen Feldern annähern könnte, z. B. müßte man versuchen, den Begriff der psychosozialen Leistungen weiter auszudifferenzieren und zu überlegen, welche davon näher am Bereich der medizinischen Rehabilitation liegen.

Otto Ernst Krasney, Kassel:

Zum Problemkomplex Vorleistungen im Bereich Rehabilitation ist zu sagen, daß eine Vorleistungspflicht der Rentenversicherung aus § 6 Abs. 2 Rentenangleichungsgesetz höchstwahrscheinlich schwierig abzuleiten ist, da bestimmte Maßnahmen von vornherein nicht als Rehabilitation definiert sind. Damit fällt die Voraussetzung des § 6 Abs. 2 Rentenangleichungsgesetz weg, die besagt, daß eine Maßnahme grundsätzlich als Rehabilitation anerkannt und lediglich die Frage der Trägerschaft ungeklärt ist. Nun könnte man den § 43 SGB I heranziehen, der vorsieht, daß der zuerst angesprochene Leistungsträger vorläufige Leistungen erbringen kann, wenn ein Anspruch auf Sozialleistungen besteht und zwischen mehreren Leistungsträgern streitig ist, wer zur Leistung verpflichtet ist. Ich persönlich würde das so auslegen, daß es nicht immer die gleiche Leistung sein muß, sondern daß es entweder dem Bereich der Renten- oder Krankenversicherung oder auch der Sozialhilfe zugerechnet werden kann. Wenn beispielsweise feststeht, daß entweder die Kranken- oder die Rentenversicherung leisten muß, dann besteht eine Vorleistungspflicht auf Seiten des zuerst angesprochenen Versicherungsträgers. Kommt der Sozialhilfeträger ebenfalls in Betracht, so reicht es nicht aus festzustellen, ob er im Hinblick auf die Leistungsart zuständig ist, sondern es müssen auch die son-

stigen Voraussetzungen gegeben sein - vor allem das Nichtvorhandensein von Vermögen -, um einen Anspruch auf Sozialhilfe zu begründen. Eine Verwaltungsvereinbarung könnte helfen, das Problem zu lösen, indem sie vorsieht, daß Vorleistungen erbracht werden, und dann höchstrichterlich geklärt wird, welcher Versicherungsträger bzw. Sozialhilfeträger zuständig ist, und dieser dann dem Vorleistenden die Kosten erstattet, sofern die sonstigen Voraussetzungen erfüllt sind. Es bliebe dann nur das kleine Risiko, daß diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, aber wir haben ja in solchen Fällen in der Regel eine Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers. Das wäre eigentlich die eleganteste, kollegialste und sicherste Art und Weise.

Gerhard Vigener, Karlsruhe:

Die Differenzierung nach soziotherapeutischen Leistungen und Leistungen zur allgemeinen sozialen Rehabilitation wurde vorhin als Kunstgriff bezeichnet, der auch als Chance genutzt werden kann. Das ist aber nur möglich, wenn diese Chance auch ergriffen werden kann. Wenn aber dann seit vielen Jahren die Ortskrankenkassen gerade im Fall von psychisch Kranken die Zuständigkeit ablehnen mit dem Hinweis, es handele sich um eine Leistung zur allgemeinen Rehabilitation, dann ist das eben keine Chance. Die Rentenversicherung scheint jetzt allerdings diese Chance wahrnehmen zu wollen und ist wohl mit uns auf dem richtigen gemeinsamen Weg. Im übrigen ist es ja nicht so, daß sich die Sozialhilfe aus der Verantwortung wegstellen will. Wir werden im Bereich der Suchtkrankenversorgung sicherlich und unbestritten weiter Kostenträger sein für die vielen Fälle, in denen die dritte oder vierte Entwöhnungsbehandlung erfolglos abgebrochen wurde oder die keine Kranken- und Rentenversicherung (mehr) haben. Dieser Personenkreis ist gar nicht so klein, und er wächst weiter ungemein, weil in vielen Fällen eine nachhaltige Entwöhnungsbehandlung nach wie vor unterbleibt.

C. Kirchner, Greifswald:

Ich möchte einmal ganz naiv fragen: Was kostet es eigentlich in diesem komplizierten System von Kosten- und Leistungsträgern, den jeweils zuständigen Kostenträger festzustellen? Wir haben am Anfang von dem Ursachendreieck der Sucht von Feuerlein gehört, dann vom Dreieck der Therapiemaßnahmen und schließlich, denke ich, muß man auch von einem Kostenträgerdreieck reden, das letztendlich dazu führt, daß es in der Suchtkrankenbehandlung, jedenfalls meiner Ansicht nach, zu einer Kostenexplosion statt zu einer Dämpfung kommt, weil einfach diese drei Träger der Therapien nicht oder nur ungenügend zusammenarbeiten. Dabei sind auch die Folgekosten für nichterfolgte Therapien einzubeziehen: Ich erinnere an das Beispiel von Herrn Rothe am Schluß seines Vertrages, daß die Therapie seiner Klienten und Klientinnen billiger ist als Nichtbehandlung.

Dietmar Männchen, Münster:

Das gegliederte System ist durchaus gut und erhaltenswert. Unsere Bemühungen in Westfalen haben gezeigt, daß es möglich ist, daß sich Sozialleistungsträger an einen Tisch setzen und gemeinsam eine Lösung finden, die die Versicherten, die

Betroffenen nicht belastet. Eine solche Vereinbarung zwischen den Sozialleistungsträgern müßte doch auch auf Bundesebene möglich sein. Sogar im Drogenbereich haben wir die Frage der Vorleistung im Rahmen einer Vereinbarung ganz hervorragend gelöst. Das ist zu einem nicht unerheblichen Teil das Verdienst der Sozialhilfeträger, die sich bereit erklärt haben, unabhängig vom Kriterium der Bedürftigkeit zu erstatten, wenn die Rentenversicherung ihrerseits bereit ist, in Vorleistung zu gehen, sich dann aber herausstellt, daß die renten- und krankenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht vorliegen. Als Rentenversicherungsträger sind wir nicht Kosten-, sondern Leistungsträger, die ihren Auftrag darin sehen, Leistungsinhalte mit dem Ziel der Verbesserung mitzubestimmen. Vor dem Hintergrund dieses Interesses können wir nur bestätigen, daß die Behandlung in der Übergangseinrichtung billiger ist als in der Langzeiteinrichtung bzw. als wiederholte Entgiftungsbehandlungen.

Wolfram Schuler, Kassel:

ich komme vom Verband der Fachkrankenhäuser aus Kassel. Zum Thema ambulante Hilfen hat sich der Gesetzgeber vorsehend mehr Gedanken gemacht, als ihm sonst zugetraut wird. Im derzeit gängigen Entwurf des SGBIX wird in § 11 sinngemäß das folgende festgehalten: Wenn streitig bzw. zweifelhaft ist, ob eine Leistung dem Bereich der medizinischen Rehabilitation oder den Leistungen zur Wiedereingliederung ins Arbeitsleben oder anderen Leistungen der Krankenbehandlung zuzuordnen ist, erbringen die Rentenversicherer die Leistungen. Wenn es streitig ist, ob eine Leistung dazu dient, die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft zu verbessern, also eine psychosoziale Leistung ist, oder dem Bereich der medizinischen Rehabilitation oder der Eingliederung ins Arbeitsleben zuzuordnen ist, erbringen die BSHG-Träger die Leistungen. Das ist meines Erachtens eine eindeutige und gute Regelung, in der man den Gesetzgeber bestärken sollte.

Andreas Rothe, Duisburg:

Ich will noch einmal die Notwendigkeit der Einigung innerhalb der Trias der Kostenträger im Hinblick auf die chronisch Abhängigkeitskranken unterstreichen, um zu bedarfsgerechten Maßnahmen zur Rehabilitation und Eingliederungshilfe zu kommen. Die Nichthilfe ist oft erheblich teurer als die Hilfe in einer bedarfsgerechten Einrichtung. Ich kann belegen, daß bei uns viele Patientinnen und Patienten abgebrochen haben, weil monate- oder gar jahrelang über die Finanzierung ihres Aufenthaltes in der Einrichtung nicht entschieden wurde. Sie haben abgebrochen, weil sie die Unsicherheit einfach nicht ausgehten haben. Das sind Menschen, die wir sofort aufnehmen müssen - Nichtseßhafte, schwerkranke Menschen, die in Folge jahrzehntelangen Alkoholmißbrauchs natürlich auch hirnnorganisch beeinträchtigt sind. Solche Patientinnen und Patienten sind am Anfang ihrer Therapie sehr sensibel, sie müssen eine neue Heimat finden, müssen an die Einrichtung gebunden werden, was kaum möglich ist, wenn über einen langen Zeitraum keine Finanzierungszusage erfolgt. Ich habe bei uns die Beobachtung gemacht, daß man wirklich nur im Verlauf einer langen Behandlung irgendwann erkennen kann, ob eine Person, z. B. mit alkoholbedingtem hirnnorganischem Psychosyndrom, noch erwerbs-

fähig ist bzw. ihre Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden kann. Bei dieser Klientel der chronisch Suchtkranken kann man nicht von vornherein sagen, ob 6 oder 12 Monate ausreichen. Für sie müßte eine besondere Vereinbarung erarbeitet werden, an der sich auch die Rentenversicherungsträger beteiligen.

Dietmar Männchen, Münster:

Bei der entscheidenden Frage nach dem Vorhandensein bzw. Wiederherstellen der Erwerbsfähigkeit sind, wie ja auch Herr Prof. Krasney deutlich gesagt hat, die Anforderungen nicht so hoch,, Meines Erachtens wird, wenn eine Chance zur Erreichung des Rehabilitationszieles besteht, in der Flegel bewilligt. Es muß ein überschaubarer Zeitraum sein, und das ist genauso dehnbar wie der Begriff der ärztlichen Verantwortung. Was den Zeitrahmen angeht, so sollten wir generelle bedarfsgerechte Regelungen schaffen und darüber hinaus Einzelfälle gesondert behandeln.

Niels Pörksen, Bielefeld:

Wir sollten uns darüber im klaren sein, daß wir hier gerade eine Lehrstunde über die Schwierigkeiten der finanzierungsrechtlichen Situation in der gemeindepsychiatrischen Suchtkrankenversorgung erleben. Da hier alle Beteiligten zusammensitzen, sollten wir uns Gedanken darüber machen, wie wir zu der Mischfinanzierung kommen, von der in einigen Vorträgen die Rede war. Wie kommen wir dahin, das Prinzip der Priorität ambulanter vor stationärer Therapie so zu interpretieren, daß nicht nur der niedergelassene Arzt ärztliche Maßnahmen verschreiben kann, und wie bewerkstelligen wir es, daß Ergotherapie nicht mehr daran scheitert, daß die niedergelassenen Nervenärzte und -ärztinnen sie als zu teuer verwerfen? Gegenwärtig haben wir nur die viel zu teuren Suchtkrankenbehandlungen in stationären Einrichtungen und Allgemeinkrankenhäusern und die insuffiziente ärztliche Behandlung - dieses Angebot beinhaltet gerade nicht das, was wir eigentlich brauchen. Während in den neuen Bundesländern die Suchtberatungsdienste an den Gesundheitsämtern völlig vernachlässigt wurden und ums Überleben kämpfen, machen wir uns Gedanken darüber, welche Leistungen wir denen noch anbieten, die jetzt schon Leistungen bekommen. Wir müssen uns bewußt machen, daß in der Bundesrepublik 3 Millionen Menschen von der Suchtproblematik betroffen sind und daß im gegenwärtigen gegliederten Versicherungssystem eine Menge Geld stationär wie auch ambulant falsch verwendet wird. Es hilft also nicht, das bisherige Behandlungsangebot beizubehalten und lediglich mehr Mittel zu investieren. Die Frage an die Kostenträger ist, ob sie wirklich bereit sind, sich an einem integrativen Konzept zu beteiligen, das die Versorgung im ambulanten Bereich sicherstellt als Voraussetzung für die Verwirklichung des Zieles 'ambulant vor stationär'. Das bedeutet nicht unbedingt für alle Beteiligten einen höheren Kostenaufwand als bisher, sondern die Notwendigkeit einer strukturellen Veränderung des Versorgungssystems. Ziel muß es sein, für ein Einzugsgebiet mit etwa 100.000 Menschen 7,5 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung zu haben.

Günther Wienberg, Bielefeld:

Angesichts der Tatsache, daß wir ein tragfähiges Sozialleistungssystem haben, und der Erkenntnis, daß Sucht eine Krankheit ist, darf es nicht passieren, daß die große Mehrheit der Betroffenen letztlich von qualifizierten Leistungen ausgegrenzt wird - das ist aber de facto der Fall. Ich möchte daher zwei konkrete Fragen an die Krankenversicherungen stellen.

Zum einen ist zu fragen, wie sie sich im Hinblick auf die Empfehlungsvereinbarung zu der Tatsache stellen, daß faktisch zwei Gruppen von Patientinnen und Patienten konstruiert worden sind: diejenigen, die sich einer vier- bis sechsmonatigen Entwöhnungsbehandlung zu Lasten der Rentenversicherung unterziehen, und die anderen, die nach Auffassung der Krankenversicherung mit einer vierzehntägigen Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus ausreichend versorgt sind. Eine solche Regelung kann doch nur zu Lasten eines Großteils der Versicherten gehen, nämlich derjenigen, die weder mit 14 Tagen noch mit 4-6 Monaten adäquat und qualifiziert behandelt werden können. In der Psychiatrie sehen die Krankenkassen ihre Leistungszuständigkeit zu eng auf 14 Tage begrenzt, während sie die „Drehtür-Behandlungen“ von organischen Folgeerkrankungen bei Suchtkranken in (teureren) Allgemeinkrankenhäusern bei weitem nicht so kritisch sehen.

Zur Frage der ambulanten Komplexleistung, die eine wesentliche Voraussetzung für eine wirksame Entwöhnungsbehandlung ist, müssen sich die Krankenversicherungsträger fragen lassen, warum sie im stationären Bereich Komplexleistungen einschließlich Arbeitstherapie, Sozialarbeit und Psychologie bis hin zu Sport und Bewegung finanzieren und sich andererseits nicht in der Lage sehen, zu solch einer Leistung im ambulanten Bereich zumindest anteilmäßig beizutragen,,

Otto Ernst Krasney, Kassel:

Die zweite Frage muß an den Gesetzgeber, nicht an die Krankenkassen gerichtet werden. Dieser hat grundsätzlich festgelegt, daß die Krankenkassen im ambulanten Bereich nur ärztliche Behandlung, keine ergänzenden Maßnahmen oder Rehabilitationen abdecken dürfen. Ambulante Entwöhnung kann laut SGB V und Entscheidung des Bundessozialgerichtes nur im Rahmen einer ärztlichen Behandlung durchgeführt werden,, wenn sie von den Krankenkassen finanziert werden sollen.

Heinrich Kunze, Bad Emstal:

Wir sind jetzt bei der zentralen Frage, unter welchen Bedingungen die Krankenkassen ambulante Komplex-Leistungen erbringen könnten, und Herr Krasney hat darauf hingewiesen, daß das zur Zeit die Gesetzeslage nicht hergibt. In diesem Zusammenhang sollte der Gesetzgeber daran erinnert werden, daß er selbst an verschiedenen Stellen im Sozialgesetzbuch das Prinzip der Priorität ambulanter vor stationärer Behandlung festgeschrieben und sich damit die Aufgabe gestellt hat, dies auch umzusetzen. In der Sozialgesetzgebung wird mehrfach gefordert, die besonderen Belange psychisch Kranker zu berücksichtigen, und das setzt ein

multiprofessionelles ambulantes Behandlungsangebot voraus. An der Stelle sollten wir weiter nachhaken.

Andreas Brunk, Duisburg:

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal auf die Institutsambulanzen zu sprechen kommen und wende mich damit insbesondere an die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen und Herrn Prof. Krasney. Wenn wir eine integrierte Suchtkrankenbehandlung wollen und der ambulanten Behandlung Priorität vor der stationären einräumen, brauchen wir Institutsambulanzen. Wir sind daran gehindert, ein sinnvolles integriertes Konzept zu erstellen, weil die Krankenkassen ohne erkennbaren Grund die sogenannte psychosoziale Arbeit der Institutsambulanz aus den Gesamtkosten herausnehmen.

Henning Bauer, Hannover:

Als ärztlicher Leiter der Psychiatrischen Abteilung eines Allgemein-Krankenhauses möchte ich die Gelegenheit wahrnehmen, zum Stichwort Institutsambulanzen darauf hinzuweisen, daß an den psychiatrischen Abteilungen von Allgemein-Krankenhäusern etwa 40 bis 50% Abhängige behandelt werden. Gleichzeitig ist es diesen Abteilungen aber - und das sage ich an die Adresse des Gesetzgebers, der ja hier auch vertreten ist - untersagt, Institutsambulanzen einzurichten. Bisher ist das nicht vorgesehen, und darüber hinaus hat die Bundesregierung auf die Große Anfrage der SPD-Fraktion geantwortet, sie sehe da keinen Handlungsbedarf. Dies ist meines Erachtens ein ganz unbefriedigender Zustand, weil es dazu führt, daß Patientinnen und Patienten weit länger als 14 Tage, manchmal mehrere Monate lang, im stationären Bereich bleiben müssen, weil eine ambulante Anschlußbehandlung nicht gewährleistet ist und wir nicht ständig in die Lage kommen wollen, einen Menschen zu entlassen, von dem wir genau wissen, daß er oder sie drei Tage später ohnehin wieder da ist.

III. *Regionale Bedarfsplanung und Selbstverwaltung der Leistungsträger - ein antagonistischer Widerspruch?*

INTERESSEN UND ENTSCHEIDUNGSSTRUKTUREN VON LEISTUNGSTRÄGERN: HANDICAPS AUF DEM WEG ZUR REGIONALEN BEDARFSPLANUNG

„Es kann schon schwierig werden,
wenn lauter ehrliche Leute ganz
offen miteinander reden.“

(Gerd Bucerius)

Rolf Hüllinghorst

Wo liegt die Verantwortung für die Planung, Koordination und Steuerung der Hilfsangebote für suchtkranke Menschen?

Fachlich gibt es heute zur regionalen Beratung, Betreuung und Behandlung keine Alternativen. Deshalb kann die Verantwortung für die unterschiedlichen Hilfeagenturen auch nur in der Region liegen.

Da die Finanzierung der Hilfe für Suchtkranke durch eine Vielzahl von Kosten- und Leistungsträgern geprägt ist, ist die Koordination und Steuerung in der Region nicht nur schwierig, sondern sie kann immer wieder von Entscheidungen überregionaler Gremien und Leistungsträger verändert, boykottiert oder negiert werden.

Ich möchte im Rahmen dieses Vortrages zunächst einmal versuchen, Ihnen „Träger“ im weitesten Sinne vorzustellen, um dann die Handicaps für die optimale Versorgung zu benennen, die sie n aus der Situation der zuständigen Leistungsträger ergeben.

Im dritten Schritt werde ich daraus Forderungen für die notwendigen Veränderungen der Rahmenbedingungen ableiten, um eine optimale Versorgung *aller* Suchtkranken in der Region zu gewährleisten.

1. Der Trägerbegriff in der Suchtkrankenversorgung

In der Vorbereitung dieses Vortrages habe ich mich - das kann der Veranstalter ja auch erwarten - intensiv mit dem Begriff des „Trägers“ auseinandergesetzt.

Dabei gingen meine Gedanken weit zurück: Wie es sich als Sozialarbeiter gehört, habe ich zunächst einen „richtigen“ Beruf gelernt. Als Lehrling im Groß- und Außenhandel absolvierte ich meine Ausbildung im Eisenhandel. Noch heute denke ich in Tonnen verkaufter Träger. (Dabei haben wir im Sinne von positivem Denken immer mehrfach gezählt: beim Auftragserhalt, beim Versand und dann bei der Rechnungsstellung.) Noch heute sind mir die DIN-Bezeichnungen und die Stahlgüte so lebendig wie damals im Gedächtnis. Jeder Auftrag von I; IPE; U- und Breitflanschträgern lenkte mit dem Sattelschlepper die Gedanken zur Verwendung der

Träger. Stahlträger waren immer die Basis für etwas Aufzubauendes; egal ob im Stahl-, Maschinen- oder Hausbau. Wenn sie richtig dimensioniert und in der richtigen Qualität ausgesucht und geliefert worden waren, trugen sie ihre Last viele Generationen.

Nach meiner Ausbildung zum Sozialarbeiter arbeitete ich bei einem der großen Wohlfahrtsverbände und war schon bald Geschäftsführer eines *Einrichtungsträgers*. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege (und nicht nur sie, sondern auch die öffentlich-rechtlichen und die privaten Träger), so habe ich den Eindruck, definieren sich und ihre Stärke über Größe, Anzahl und Zahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus der Summe dieser Einrichtungen, also quantitativ und weniger qualitativ.

Spätestens als Mitglied von Widerspruchsausschüssen beim örtlichen und überörtlichen *Sozialhilfeträger* gem. § 144 BSHG lernte ich dann die Argumentation der *Kostenträger* von innen kennen.

Seit dem Einstieg in die Funktionärstätigkeit in der Suchtkrankenhilfe war mir dann der Begriff des *Leistungsträgers* ständig präsent.

Wofür sind diese Träger die Basis? Was tragen sie, was halten sie, was stabilisieren sie?

Einrichtungsträger (Wohlfahrtsverbände, Vereine, Initiativen, Kommunen, Private) sichern die Versorgung Suchtkranker durch das Vorhalten von Einrichtungen, in denen dem oder der einzelnen Hilfe angeboten wird. Werden diese Einrichtungen durch Kostenträger (örtliche oder überörtliche Sozialhilfe) belegt, so sind die Einrichtungen dennoch für die Inhalte der Arbeit verantwortlich und werden für die von ihnen geleistete und verantwortete Arbeit finanziert.

Sind aber *Leistungsträger* (Kranken- bzw. Rentenversicherer) für die Finanzierung zuständig, so übernehmen diese auch die Verantwortung für die Inhalte und die Qualität der Maßnahme im Sinne „ihrer Versicherten“.

Der Kostenträger entscheidet also über das „Ob“ der Hilfe und delegiert diese an die in eigener Verantwortung handelnde Einrichtung: die Leistungsträger entscheiden über das „Ob“ und das „Was“, „Wo“ und „Wie“ der Hilfe, die dann wiederum durch die Einrichtung erbracht wird und für die der Träger der Einrichtung verantwortlich ist.

Als Eisenhändler schrieb ich den Typ des Trägers, Anzahl und Abmessungen auf den Bestellzettel. Das war einfach.

Als Funktionär bin ich gezwungen, Gesetzestexte zu lesen oder über Gespräche (und Vorträge wie heute) mit dazu beizutragen, daß über ein Zusammenwirken zwischen den Trägern, die, um im Bild zu bleiben, von Haus aus ja zunächst einmal statisch, unbeweglich sind, eine fachliche Entwicklung im Sinne der Betroffenen ermöglicht wird. Da ist dann Elastizität und Flexibilität von allen Seiten erforderlich. Bewegung, die, so kann man den Eindruck haben, zunächst im Widerspruch zum Trägerbegriff steht, und das meine ich bestimmt nicht nur bezogen auf die Kosten- und Leistungsträger, sondern dieses Beharrungsvermögen trifft auch auf Einrichtungsträger in erheblichem Maße zu.

2. Anforderungen an die Versorgung Suchtkranker

Vor genau einem Jahr stellte ich auf der Tagung des Fachverbandes Sucht folgende Forderungen auf, die teilweise als idealistisch abqualifiziert wurden (was vor dem Hintergrund privater Träger, die nur in den ausreichend finanzierten Segmenten der Arbeit tätig sind, verständlich wird):

Die Suchtkrankenhilfe ist zuständig für die Versorgung *aller* suchtkranken Menschen in diesem Lande. Das setzt die folgenden Bedingungen voraus:

- Die Suchtkrankenhilfe muß niedrigschwellig arbeiten und
- für alle zugänglich sein;
- die Angebote müssen regelhaft und grundsätzlich vorhanden sein;
- die Zusammenarbeit muß horizontal und vertikal verbindlich abgesprochen sein;
- die zu erbringenden Leistungen müssen auf allen Ebenen finanziell abgesichert sein;
- die Leistung muß fachlich hochwertig sein und ohne konkurrenzbedingten Leistungsverlust erbracht werden.

Heute würde ich hinzufügen: Die Arbeit muß dokumentiert werden, überprüfbar und vergleichbar sein.

All diese Forderungen müßten auch den Interessen von Leistungsträgern entgegenkommen. Sie wollen „ihre Versicherten“ optimal versorgen, müssen dabei aber die Grundsätze der sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung berücksichtigen. Das bedeutet, daß auf der einen Seite eine prognostisch günstige Klientel bedient wird und auf der anderen Seite finanziellen Anforderungen immer erst dann entsprochen wird, wenn es dafür eine gesetzliche Grundlage gibt oder eine Entwicklung langfristig gereift ist.

Wenn ich also auf die Forderungen aus dem Arbeitsfeld zurückkomme und mir dann das Programm dieser Tagung betrachte, so hieße es heute sicherlich Eulen nach Athen tragen, wenn noch weitere Argumente für die regionale Versorgung suchtkranker Menschen gesucht und referiert würden. Dennoch möchte ich zwei Aspekte aus Gesprächen in der letzten Woche anläßlich des Wissenschaftlichen Symposiums der DHS in Tutzing erwähnen.

Auf der einen Seite waren es Vertreterinnen und Vertreter einiger Therapieschulen, die davon sprachen, daß lange Zeiträume erforderlich sind, um langfristig und stabil gesund zu werden und zu bleiben. Nicht selten war die Rede von fünf bis sieben Jahren, die die Umorientierung im körperlichen, sozialen und geistigen Bereich erfordert. Da drängt sich sofort die Frage auf, ob hier die lineare Betrachtungsweise (der „Königsweg“) - Beratungsstelle - Fachklinik- Nachsorge - noch trägt, oder ob nicht andere Formen der Behandlung und Begleitung gefunden werden müssen. Wenn wir dies bejahen - und alles spricht dafür-, dann ist die Begleitung über einen solchen Lebensabschnitt doch nur vor Ort in unterschiedlicher Intensität, und nicht in ortsfernen Einrichtungen, zu leisten.

Auf der anderen Seite erfuhr ich in Gesprächen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der wissenschaftlichen Begleitung des Bundesmodellprogramms „Krisenbe-

rater", daß einiges darauf hindeutet, daß die Abbruchquoten in Einrichtungen von regional arbeitenden Therapieverbünden geringer sind als in den Fachkliniken, die zwar gerne von Leistungsträgern belegt werden, die aber relativ unverbunden und wohnortfern arbeiten. Was für den Therapieverbund zutrifft, trifft erst recht für die koordinierte Betreuung vor Ort im Sinne von regionaler und personaler Kontinuität zu.

3. Die Leistungsträger

3.1 Die Sozialwahlen stehen vor der Tür

Karl Kaula, der Vorsitzende des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen, schreibt in einer der letzten Ausgaben der Zeitschrift „Ersatzkasse“:

„Die vor uns liegenden Sozialwahlen - übrigens die achten in der Geschichte der Bundesrepublik- haben in zweierlei Hinsicht historische Bedeutung: Zum erstenmal werden die Versichertenparlamente, d. h. die Vertreterversammlungen, bei den Trägern der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung im vereinten Deutschland gewählt. Gleichzeitig werden zum letzten Mal Sozialwahlen nach altem Muster für die Selbstverwaltung in der Krankenversicherung durchgeführt. Leider ist die Bedeutung dieser Wahl im allgemeinen Bewußtsein viel weniger verankert als die der politischen Wahlen zum Bundestag, zu den Landtagen oder zu den Gemeindeparlamenten. ...“

Ich erinnere mich an eine Initiative bei einer der letzten Sozialwahlen, Mehrere engagierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus dem Suchtbereich haben versucht, mit dem „Gang durch die Institutionen“ einen Fuß in die Tür der Selbstverwaltung zu bekommen, um dann von dieser Ebene aus dazu beizutragen, die Versorgung Suchtkranker zu verbessern. Das war ein Flop. Es hat den Eindruck, als ob selbst bei den wenigen Versicherungsträgern, bei denen überhaupt gewählt wird, die Listen fester geschlossen sind, als mir das aus der Kommunalpolitik in Erinnerung ist.

Stellt sich also die Frage, wer was entscheidet, und ob das in irgendeiner Weise einen Bezug zum Tagungsthema, der „Gemeindepsychiatrischen Suchtkrankenversorgung“, hat.

3.2 Kranken- und Rentenversicherung

Ich bitte um Ihr Verständnis, daß ich im Rahmen meines kurzen Vertrages nicht alle Leistungsträger auf ihren Beitrag zur regionalen Versorgung Suchtkranker untersuchen kann, und mich deshalb auf die Renten- und Krankenversicherung konzentriere. Meine Fragen in der Vorbereitung dieses Vertrages waren:

- Welche Interessen haben die Leistungsträger?
- Welche fachlichen Kriterien fließen in ihre Entscheidungen ein?
- Welche Möglichkeiten der Einflußnahme bestehen?
- Wie kann diese im Kontext regionaler Versorgungsstrukturen ausgeübt werden ?

In den gemeinsamen Vorschriften für die Sozialversicherung ist im Sozialgesetzbuch IV festgelegt, daß die Verantwortung für grundsätzliche Entscheidungen beim Vorstand bzw. bei der Vertreterversammlung liegt. Diese gewählten Vertreter können wiederum Ausschüsse bilden, in denen fachlich argumentiert und gegebenenfalls vorberaten wird, um damit Entscheidungen im Vorstand bzw. in der Vertreterversammlung vorzubereiten.

Das ist nicht ganz genauso wie im parlamentarischen Bereich. Wenn die Vertreterversammlung das „Parlament“ ist, so ist der Vorstand nicht die „Regierung“, sondern bestenfalls so etwas - jeder Vergleich hinkt - wie eine zweite Kammer. Die Regierung, das ist die hauptamtlich tätige Geschäftsführung. Der Geschäftsführung obliegt die Durchführung der laufenden Verwaltungsgeschäfte, wozu die Erteilung sämtlicher Leistungs- und anderer Bescheide gehört. Die Geschäftsführung gehört dem jeweiligen Vorstand mit beratender Stimme an, „um“, wie es in einer BfA-Broschüre zur Sozialwahl nachzulesen ist, „eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der hauptamtlichen Geschäftsführung und der ehrenamtlichen Selbstverwaltung zu erleichtern und zu fördern“. Es heißt nicht: „sicherzustellen“.

Wer sich schon einmal mit Fragen der politischen Partizipation befaßt hat, merkt sicherlich bereits an dieser Stelle, daß eine Beeinflussung von außen sehr, sehr schwierig ist. Wir haben es hier mit einem geschlossenen System zu tun, wie wir es im Suchtbereich ja überall antreffen, z. B. in einer Sucht-Familie. Es stellen sich auch die Fragen: Wann wird ein Problem grundsätzlich, und wo hat die jeweilige Verwaltung den längeren Atem und die - zumindest kurzfristig - schlagenderen Argumente?

Die Schwierigkeit der Mitwirkung wird auch noch aus einem anderen Zusammenhang heraus deutlich: So umfaßt der Haushaltsplan der BfA (das ist ungefähr die Hälfte der gesamten Rentenversicherung) in diesem Jahr ca. 150 Milliarden DM. Lediglich 2,4 Milliarden DM davon (auch das ist viel Geld) entfallen auf Rehabilitationsmaßnahmen, der entsprechende Anteil an Maßnahmen der Rehabilitation Suchtkranker dürfte ca. 1/10, also 240 Millionen DM betragen. Zu wenig, als daß sich Vertreterversammlung und Vorstand im Detail mit diesen Aspekten auseinandersetzen würden.

(Nur der guten Ordnung halber: 1991 erbrachten alle Rentenversicherer Rehabilitationsleistungen in Höhe von 6,4 Milliarden DM: davon 505 Millionen DM für das Arbeitsfeld Sucht.)

3.3 Rechtsaufsicht

Mehrfach haben die Vertreter der Suchtkrankenhilfe versucht, über das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung auf veränderte Rahmenbedingungen für die Planung und Steuerung der Suchtkrankenhilfe hinzuwirken. Dabei ist unser Interesse nicht, daß der Bund die Arbeit vor Ort regelt. Er hat gesetzlich sicherzustellen, wo Planung zu erfolgen und wer sich wie verbindlich daran zu beteiligen hat. Dieses Vorgehen war bisher nicht sehr erfolgreich, da immer wieder nur auf die Zuständig-

keit und die Eigenständigkeit (Selbstverwaltung) der Renten bzw. Krankenversicherungen hingewiesen wird.

Bei der jetzigen Rechtslage obliegt dem BMA, über das Bundesversicherungsamt, lediglich die Rechtsaufsicht.

3.4 Fachaufsicht

Es stellt sich für uns die Frage der Fachaufsicht. Wenn diese, wie eben ausgeführt, durch die Aufsichtsgremien nicht zu gewährleisten ist, so verbleibt sie der Geschäftsführung bzw. der Verwaltung. (Das trifft übrigens auf fast alle Träger, die ich in der Einleitung erwähnte, zu. Gerade für die Träger der Einrichtungen ist die Frage der Standards und der Sicherstellung der Qualität leider nach wie vor ein ungeliebtes Kind.)

Bei Entscheidungen über die Genehmigung einer „medizinischen Rehabilitation“ sind in der Regel zwei Bereiche zuständig: Die Verwaltung, die den gesetzlichen, versicherungsrechtlichen Anspruch und die Rechtmäßigkeit dieser beantragten Maßnahme prüft, und der Medizinische oder Ärztliche Dienst, der die Antragsunterlagen fachlich zur Kenntnis nimmt und entscheidet.

Bleiben wir beim Medizinischen Dienst. Seine gutachterliche Funktion läßt ihm die Freiheit, z. B. gegen den Bericht des niedergelassenen Arztes bzw. der Ärztin und den Sozialbericht (ist das die Kompetenz des Arztes, könnte man zusätzlich fragen) zu entscheiden, ohne daß die Kriterien der versicherten bzw. der antragstellenden Person bekannt sind. So spielt z. B. für die erneute Bewilligung einer Entwöhnungsbehandlung die Bewertung des Rückfalles eine entscheidende Rolle. Fazit: Die Kriterien für die Entscheidung, Begutachtung und Indikationsstellung sind uns nicht transparent.

Das macht die Diskussionen über die notwendige Weiterentwicklung der Versorgung problematisch. Worauf wird aufgebaut, was ist wissenschaftlich abgesicherter Standard, was ist (durch welche Erfahrung gefestigte) Meinung? Nur auf dieser Ebene wird die Aussage einer Rentenversicherung verständlich, daß man die ambulante Rehabilitation ja eigentlich nicht wollte, sich aber nun nicht entziehen werde.

Wo gibt es also Transparenz, wo wirkt Mitsprache, und wer übt Kontrolle aus?

3.5 Selbstverwaltung

„Selbstverwalten heißt mitgestalten“ - so ist die Broschüre der BfA zur laufenden Sozialwahl überschrieben. Nicht nur ich habe versucht, durch Gespräche mit Mitgliedern der Vertreterversammlung und des Vorstandes mitzugestalten. Das war eine Reihe von guten Gesprächen und gegenseitigen „Aha-Erlebnissen“ - der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung war am Ende eines solchen Gespräches, zumindest für unser Arbeitsfeld, kaum mehr auszumachen.

Dabei komme ich über die Vorsilbe „Selbst“ ins Grübeln. Begriffe wie Selbständigkeit, Selbststeuerung und Selbstkontrolle fallen mir ein. Ambivalent bin ich dann schon bei der Selbstbedienung, und Selbstzufriedenheit und Selbstbezogenheit machen mich, im Zusammenhang meines Themas, stutzig.

Man könnte dieses Wortspiel mit dem Gegensatz „Fremd“ fortsetzen. Fremdbestimmung erleben Klientinnen und Klienten ebenso wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchtkrankenhilfe; Fremdsteuerung betrifft auch die Einrichtungsträger; und wenn ein Mensch wegen einer nicht akuten Selbstgefährdung behandelt werden soll, dann ist eine Voraussetzung, daß er mit einer Fremdunterbringung einverstanden ist.

Selbstverwaltung ist ein hoch einzuschätzendes Gut, wenn sie ihre Funktionen der Selbststeuerung, der Selbstbestimmung und der Selbstkontrolle erfüllen kann.

3.6 Zusammenfassung

Kranken- und Rentenversicherer haben seit 1978 in mehreren Empfehlungsvereinbarungen ihre Kooperation in bezug auf die Behandlung Suchtkranker festgelegt. Während die erste Empfehlungsvereinbarung Ausfluß gesetzlicher und rechtlicher Vorgaben war, wurde in den nächsten Vereinbarungen versucht, den veränderten Notwendigkeiten in der Suchtkrankenhilfe Rechnung zu tragen.

Immer aber waren und sind es Diktate, denen sich die Klientel und die Träger der Suchtkrankenhilfe zu beugen hatten und haben.

4. Forderungen der Suchtkrankenhilfe an die Leistungsträger

Das Hilfesystem der Suchtkrankenhilfe wird in dreifacher Hinsicht von Finanzierungsproblemen belastet:

- Investitionskosten

Investitionen zum Aus- und Aufbau bestehender und neuer Einrichtungen sind nicht ausreichend vorhanden, um ein bedarfsdeckendes Angebot vorzuhalten. Hier sind Entscheidungen der Bundesländer gefragt.

- Planung und Steuerung

Die notwendige strukturelle Unterstützung der Suchtkrankenhilfe durch Planungsgremien auf der jeweils zuständigen Stufe existiert: nur in einem sehr begrenzten Umfang.

Als Mitglied eines städtischen Ausschusses, der für die Krankenhäuser und die Gesundheit zuständig ist, erlebe ich es hautnah: Wenn keine andere Finanzierung möglich ist, soll die „Daseinsvorsorge“ der Kommune die nötigen Mittel liefern. Da ist die Verantwortung der Kommune gefragt, um die Finanzierung zu sichern. Solange es aber um andere „Leistungsträger“ geht, wird die Kommune in Planungen nicht einbezogen. Sie bekommt mitgeteilt, meistens durch die Zeitung, häufig durch Einladungen zur Eröffnung, welche neue Einrichtung in ihren Mauern entstanden

ist. Man kann ja eigentlich nichts gegen eine kleine, aus Mitteln des überörtlichen Sozialhilfeträgers bezahlte Nachsorge-Einrichtung haben - wenn man sich darüber klar ist, daß das E3etreute Wohnen im Anschluß daran finanziert werden muß, obwohl auf die Planung vorher kein Einfluß genommen werden konnte.

Ähnlich erging es und ergeht es jetzt auch den neuen Bundesländern. Nicht sie reden mit über Standorte von Fachkliniken, sondern hier entscheiden Leistungsträger mit Belegungszusagen über regionale Strukturfragen.

- Laufende Kosten

Die Kosten der Arbeit können nur durch erhebliche zusätzliche Anstrengungen der jeweiligen Einrichtungsträger aufgebracht werden (Eigenmittel). Dies trifft ganz besonders für den ambulanten Bereich zu, in dem es keine fest und verbindlich geregelten Finanzierungsvereinbarungen gibt.

5. Die Suchtvereinbarung vom 20. 11. 1978

Nach fast 15jähriger Erfahrung mit der Anwendung der Empfehlungsvereinbarung - kurz Suchtvereinbarung genannt - ist festzustellen, daß ihr ein zu starres Verständnis von Suchtkrankheit zugrunde liegt.

Der Vereinbarung liegt das folgende lineare gedankliche Schema zugrunde: Beratung - Behandlungsmotivation - Antrag auf Entwöhnungsbehandlung (Sozialbericht und ärztliches Gutachten) - Bewilligung der Entgiftung/Entwöhnung -Antritt der Entgiftungsbehandlung - nahtloser Übergang zur Entwöhnungsbehandlung - Entlassung - Nachsorge. Dieses widerspricht jeder heutigen Erfahrung mit Suchtkranken, ganz besonders aber z. B. der Arbeit mit Drogenabhängigen. Der Behandlungsprozeß läuft ebensowenig linear ab wie die Entwicklung der Suchtkrankheit selbst.

Allerdings will ich auch an diesem Punkt nicht verhehlen, daß das „starre Denken“ nicht nur bei den Partnern der Empfehlungsvereinbarung vorherrscht. Auch bei den Vertreterinnen und Vertretern des Arbeitsfeldes, das WIENBERG die „traditionelle Trias“ nennt, gibt es ein großes Beharrungsvermögen (wir können es auch Rigidität nennen), das den notwendigen neuen Vernetzungen und Kooperationen entgegensteht.

Wir brauchen Bewegung in zwei Bereichen. Auf der einen Seite betrifft dies die Anbieter von Hilfen für Suchtkranke. Die Angebote müssen vernetzt werden: Es ist unbedingt notwendig, in Therapieverbünden regional zusammenzuarbeiten. Hier sei auf den Rahmenplan für die Arbeit der Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und deren Angehörige der DHS von 1992 verwiesen. Da geht es z. B. um die optimale Größe von Beratungsstellen; es geht um die verbindliche Zuständigkeit für ein Versorgungsgebiet, und es geht um die Einbindung in regionale Betreuungs- und Behandlungskonzepte.

Auf der anderen Seite brauchen wir nicht unbedingt neue Formen der Behandlung, sondern vor allen Dingen neue Formen der Finanzierung. So muß die Verantwor-

tung für das gesamte Hilfespektrum in die Region verlagert werden. Das ist möglich durch die Mitwirkung aller Leistungsträger bei der Planung und Steuerung der Angebote. Die Versorgung muß in der Verantwortung der Träger erfolgen und im Sinne von notwendigen Interventionen zum jeweils erforderlichen Zeitpunkt.

Die Träger der Suchtkrankenhilfe sind im Moment dabei, all diese Forderungen zu formulieren, um sie in die Beratungen des SGB IX einzubringen. Dabei, und das sollte bei aller Begeisterung für regionale Versorgung nicht vergessen werden, muß die Wahlfreiheit der Klientin oder des Klienten gewahrt bleiben. Die Alternative darf nicht sein, daß bisher der Rentenversicherer entschieden hat und nun das kommunale Konzept auf alle passen muß. Das klientenzentrierte und einzelfallbezogene Vorgehen muß der tragende Leitgedanke für die Realisierung einer regionalen Versorgung sein. Er darf nicht einer regionalen „Einheitsbehandlung“ geopfert werden.

6. Wohin geht die Entwicklung ?

Um im Bild zu bleiben: Alle Träger tun ihr Bestes. Sie tragen fleißig und beständig. Aber es ist wie „im richtigen Leben“: Jeder der trägt, klagt ob seiner Last, egal wie schwer diese auch sei. Wie ist es mit dem politischen Anspruch, die Last auf die zu verteilen, die die breiten Schultern haben?

Da der große Sprung zu einer Pool-Finanzierung (oder Komplex-Vergütung) aktuell - leider - nicht möglich sein wird, sind wir darauf angewiesen, die derzeitige Situation im Rahmen des Möglichen zu verändern. Es ist dafür zu sorgen, daß die Vorgaben der Leistungsträger aufgrund der vorhandenen Strukturen optimal greifen und sich nicht zu Handicaps in der Versorgung entwickeln.

Das bedeutet:

- Suchtkranke sind in der Regel in regional definierten Strukturen zu versorgen.
- Suchtkrankenhilfe äst nicht die Aneinanderreihung von Einrichtungen, sondern es sind Interventionen in unterschiedlicher Häufigkeit und Intensität zu verschiedenen Zeitpunkten bei verschiedenen Menschen notwendig.
- Das erfordert eine neue Form der Zusammenarbeit in der Planung und Sicherstellung der notwendigen Angebote.
- Die Einbeziehung überregional tätiger Leistungsträger ist aus den oben geschilderten Gründen zwar problematisch, aber unverzichtbar.
- Deshalb müssen entweder die Absprachen an Leistungsträger vor Ort delegiert oder Vorleistungen durch den (örtlichen) Sozialhilfeträger erbracht und die Kosten anschließend verteilt werden. Bisher wird die Empfehlungsvereinbarung zur Vorleistung im Falle von Drogenabhängigkeit von 1981 zu wenig in Anspruch genommen.

7. Schlußfolgerungen - Veränderungen bei den Trägern sind erforderlich

Ein Träger, meine sehr verehrten Damen und Herren, kann nicht ver(ge-)bogen werden. Er ist stabil und im Rahmen der vorgegebenen Dimensionen belastbar,

weil er berechnet ist. Wenn wir mehr als eine gerade verlaufende Mauer absichern und unterstützen wollen, benötigen wir mehrere Träger. Entweder in Rechtecke gelegt, oder zu Netzwerken verschweißt.

Leistungsträger müssen nicht so starr sein, sondern können sich in ihren Leistungen flexibel zeigen, wenn sie wollen. Dem stehen nur wenige gesetzliche Gründe entgegen, dafür aber viel Rigidität.

Wir stehen - nicht zuletzt aufgrund von mangelnden Finanzen - vor der Durchleuchtung von Verwaltungstätigkeiten auf allen Ebenen. Vielleicht hilft das auch, überflüssige Antragsformulare zugunsten von Einzelfallansprüchen einzusparen.

Hoffen wir also, daß suchtkranke Menschen und ihre Angehörigen auch aufgrund von Änderungen in den Rahmenbedingungen die Hilfe bekommen, die sie benötigen und auf die sie einen Anspruch haben. Eine Gesellschaft, die es zuläßt, daß Menschen suchtkrank werden, hat die notwendige Hilfe ohne Wenn und Aber zu finanzieren", sagte der ehemalige Drogenbeauftragte in Hessen, Wolfgang Winkler,

Hoffen und kämpfen wir, daß es sich bei der Hilfe nicht nur um Hilfe für privilegierte Suchtkranke handelt, sondern daß diese Hilfe allen, sowohl den chronisch Suchtkranken als auch den erst Suchtgefährdeten angeboten werden kann.

„Was ich am meisten verabscheue
ist die traurige Rolle des Zuschauers,
der unbeteiligt tut oder ist.

Um zu sein, muß ich teilhaben."

(St. Exupery)

Die Bedeutung des regionalen Verbundes aus Sicht der Suchtfachkliniken

Andreas Brunk

Duisburg, Zentrum des westlichen Ruhrgebietes und des Niederrheines mit knapp 540.000 Einwohnern, ist bekanntlich eine Stadt, die im Begriff ist, sich von einer völlig von der Montanindustrie geprägten Wirtschafts- und Arbeitsmetropole zu einem multiökonomischen Zentrum umzuwandeln. Die völlige Neuorientierung des Arbeitsmarktes hat zu einem Anstieg der Arbeitslosigkeit unter Frauen und Männern auf etwa 13 bis 14 Prozent geführt.

Bis Ende der 70er Jahre gab es in Duisburg für psychisch Kranke keine stationäre psychiatrische Einrichtung. Zuständig für die Behandlung Duisburger Patientinnen und Patienten waren die Landeskliniken in Viersen-Süchteln und Bedburg-Hau. Erst die Krankenhausplanung mit dem Ziel, nicht mehr bedarfsgerechte Betten im somatischen Bereich abzubauen, brachte es mit sich, daß die Krankenhausträger sich zur Einrichtung psychiatrischer Abteilungen bzw. zur Umwandlung in eine Fachklinik bereiterklärten. Es wurde dann relativ rasch das sogenannte „Duisburger Modell“ geschaffen, bei dem in der Versorgung der drei Sektoren mit insgesamt ca. 180.000 Einwohnerinnen und Einwohnern neben der zuständigen psychiatrischen Abteilung auch psychiatrische Hilfsvereine eine wesentliche Rolle spielen. 1980 wurde ein Allgemeinkrankenhaus im Norden Duisburgs, das St. Camillus-Hospital, in die Fachklinik St. Camillus, zuständig für die Behandlung erwachsener alkohol- und medikamentenabhängiger Frauen und Männer, umgewandelt.

Einen entscheidenden Impuls zur Weiterentwicklung des Behandlungsangebotes gab das Modellprogramm Psychiatrie. Duisburg-Nord war Modellregion. Daher konnten Einrichtungen geschaffen werden, die für eine integrierte Suchtkrankenbehandlung notwendige Bestandteile sind, wie die Institutsambulanz an der Fachklinik, das Psychosoziale Beratungs- und Behandlungszentrum, eine sozialtherapeutische Einrichtung für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke sowie der Sozialpsychiatrische Dienst.

Gemessen an verlässlichen und eher zurückhaltenden Schätzwerten gibt es im Duisburger Stadtgebiet etwa 16.400 Alkoholranke und 5.500 Medikamentensüchtige. Ca. 650 Menschen sind abhängig von illegalen Drogen, ein Fünftel von ihnen ist HIV-infiziert. Für weitere Formen stofflicher und nicht-stofflicher Abhängigkeit gibt es weder eindeutige Zahlen noch klare Kriterien für ihre Krankheitswertigkeit. Wegen der Überlappung von Alkoholabhängigkeit mit anderen Verhaltensstörungen, z. B. Eßstörungen und pathologischem Glücksspiel, hat sich die Notwendigkeit ergeben, für die davon betroffene Personengruppe spezifische Behandlungsangebote bereit zu halten.

Anfang der 80er Jahre gab es in Duisburg für Suchtkranke ein selektives Beratungs- und Behandlungsangebot mit den Stufen Beratung - Entgiftung - Entwöh-

nung - Nachsorge. Es konnte nur von einem kleinen Prozentsatz - ca. 5% - der Suchtkranken bewältigt werden, für die es sich allerdings als durchaus hilfreich herausstellte. Für die Mehrheit der betroffenen Menschen gab es kein geeignetes fachliches Behandlungsangebot. Die Konzeption der Fachklinik St. Camillus orientiert sich deshalb weitgehend an den konkreten Erfordernissen, die sich aus diesen Mängeln ergaben.

Wir gehen dabei von dem Begriff der Krankheitskarriere aus und bieten ein Konzept der integrierten Suchtkrankenbehandlung im regionalen Verbund; Es umfaßt eine zwischen den verschiedenen Beratungs- und Behandlungsstellen kombinierte Krankheitskarriere-Begleitung, bei der abgestufte und jeweils angemessene Schritte der Karriereumkehr gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten erarbeitet werden. Grundsätzlich verlieren wir dabei die Ziele der suchtmittelfreien Lebensführung und der beruflichen Rehabilitation nicht aus den Augen, sehen sie aber als mittel- und langfristiges Behandlungsziel an und entwickeln oft vorübergehende Teilziele.

Mit der Mehrzahl aller in der Suchtkrankenhilfe Tätigen hat sich im Rahmen dieses Konzeptes eine intensive Zusammenarbeit entwickelt; einzelne Stellen verweigern allerdings bis heute die Kooperation und behalten weiterhin Arbeitsansätze bei, die Entgiftungen in somatischen Fachabteilungen sowie wohnortferne Entwöhnungsbehandlungen vorsehen. Dabei hat es sich die Klinik von Anfang an zum Prinzip gemacht, den hohen Standard bei den Entwöhnungsbehandlungen, wie er sich in den letzten Jahren in den Fachkliniken entwickelt hat, nicht zu opfern. Allerdings geht es im Rahmen einer integrierten Suchtkrankenbehandlung darum, statt eines selektiven Therapieangebotes für nur wenige eine adaptives Therapieangebot für möglichst viele Suchtkranke zu schaffen.

Die Fachklinik ist in die Bereiche Fachambulanz, Stationäre Akutbehandlung und Stationäre Entwöhnungsbehandlung gegliedert.

Fachambulanz

In der Fachambulanz werden Konsultat-Untersuchungen durchgeführt für Patientinnen und Patienten aus anderen Krankenhäusern, psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Abteilungen - sowie solche, die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten überwiesen wurden. Bekanntlich ist die Mehrheit der Suchtkranken ausschließlich bei niedergelassenen Ärzten in Behandlung; 61 % der Patientinnen und Patienten erhalten Psychopharmaka, erfahren also keine sachgerechte Behandlung ihrer Grunderkrankung. In somatischen Abteilungen liegt im Durchschnitt bei knapp einem Viertel der Patientinnen und Patienten eine Sucht als Primärerkrankung vor.

Die Fachambulanz nimmt eine wichtige Screening-Funktion wahr. Bei den meisten Erkrankten, auch bei denen, die zur stationären Behandlung überwiesen werden, ist eine Hospitalisierung durch ein individuell zugeschnittenes ambulantes Behandlungsangebot vermeidbar. Dies umfaßt insbesondere die Integration in eine Selbst-

hilfegruppe und die Vermittlung von Freizeitangeboten, die in suchtmittelfreier Atmosphäre - beispielsweise durch die Teestube auf dem Gelände des Krankenhauses, die von ehemaligen Patientinnen und Patienten in Selbstverwaltung als alkoholfreies Kommunikationszentrum geführt wird.

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit der Fachambulanz liegt in der ambulanten Psychotherapie suchtmittelfrei lebender Abhängigkeitskranker, bei denen sich infolge der Suchtmittelabstinenz psychische Erkrankungen deutlicher manifestieren. Durch ihre multiprofessionelle Personalausstattung (1,5 Ärzte, ein Diplom-Psychologe, eine Diplom-Sozialpädagogin) ist die Fachambulanz in der Lage, Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Zweitdiagnosen zu betreuen. Zunehmend erfolgen Überweisungen zur Vermeidung iatrogenen Abhängigkeit bei Personen mit psychogenen Erkrankungen, die vorher durch den niedergelassenen Arzt bzw. Ärztin Psychopharmaka erhielten. Neben strukturierten Angeboten zur ambulanten Entwöhnungsbehandlung gibt es stützende Therapieverfahren zur Stabilisierung chronisch mehrfach geschädigter Abhängigkeitskranker, bei denen die Vermeidung fortschreitender gesundheitlicher und sozialer Schädigung im Vordergrund steht. Dieses Behandlungsangebot erstreckt sich naturgemäß nur auf ein sehr kleines Einzugsgebiet.

In der Fachambulanz werden jährlich 550 Patientinnen und Patienten, vorwiegend aus Duisburg-Nord, behandelt. Suchtkranke aus anderen Regionen Duisburgs werden in der Regel an die Suchtberatungsstellen oder an den Sozialpsychiatrischen Dienst vermittelt.

Die Fachambulanz wurde anfänglich im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie gefördert, danach bewilligte das Land Nordrhein-Westfalen eine Anschlußfinanzierung : seitdem ist die Finanzierung offen. Zwar findet eine pauschalierte Vergütung „psychosozialer Leistungen“ durch die Krankenkassen statt, sie beschränkt sich jedoch auf einen willkürlich auf 15% des Gesamtetats festgelegten Kostenanteil. Damit entsteht ein ständiges Defizit, das auf Dauer auch durch Drittmittel, wie etwa Spenden, nicht aufgefangen werden kann.

Stationäre Akutbehandlung

In diesem Bereich stehen dreißig Behandlungsplätze zur Verfügung; pro Jahr gibt es etwa 1.000 Aufnahmen. Die Akutstation sieht sich als weiterführende Hilfe für die Patientinnen und Patienten, bei denen durch ambulante Betreuung oder Behandlung ein Fortschritt nicht erzielt werden konnte oder bei denen eine akute Krise eingetreten ist.

Voraussetzung für diesen Behandlungsansatz ist eine kontinuierliche Zusammenarbeit in Form von regelmäßigen Treffen mit allen anderen Institutionen der Suchtkrankenhilfe in der Region Duisburg. Dabei hat sich gezeigt, daß solche Treffen sowohl auf Leitungsebene als auch auf der Ebene der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter notwendig sind, um ein effektives Zusammenwirken zu ermöglichen. Beteiligt sind der Sozialpsychiatrische Dienst mit seinen vier Stellen, das Psychosoziale

Beratungszentrum der Caritas, 16 betriebliche Suchtberatungsstellen sowie eine weitere Beratungsstelle der Diakonie im Duisburger Westen. Darüber hinaus finden regelmäßige Treffen mit den folgenden Selbsthilfegruppen statt: dem Kreuz-Bund mit insgesamt 36 Gruppen, dem Guttempler-Orden mit 4 Gruppen, dem Blau-Kreuz mit 5 Gruppen, den Anonymen Alkoholikern mit 10 Gruppen, dem Freundeskreis mit 4 Gruppen und einigen anderen Selbsthilfevereinigungen. Einzelfallbezogene Kontakte bestehen zum Wohnheim für chronisch Abhängigkeitskranke des Diakonie-Werkes mit 18 Plätzen und nachgehender Wohngemeinschaft mit der Möglichkeit Betreuten Wohnens, zu einem Übergangsheim für Alkohol- und Medikamentenabhängige mit 35 Plätzen sowie zum Übergangswohnheim des Caritas-Verbandes der Stadt Duisburg mit 10 Plätzen und weiteren 24 Plätzen für Betreutes Wohnen,, Punktuelle Kooperationen gibt es mit den Beratungsstellen für Nichtseßhafte, für Straffällige und deren Angehörige sowie mit der Telefonseelsorge.

Für die Klientel all dieser Institutionen, insbesondere die der Selbsthilfegruppen mit über 1.100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern pro Woche, bieten wir die Möglichkeit der stationären Aufnahme im Falle akuter Krisensituationen. Hinsichtlich der Entscheidungskriterien für die Aufnahme gehen wir aus von Untersuchungsergebnissen, die besagen, daß persönlichkeitspezifisch gefaßte Prädiktoren für die Feststellung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung nicht verlässlich sind, soziale Variablen dagegen als sehr viel aussagekräftiger zu betrachten sind. Entscheidend für eine stationäre Aufnahme sind also nicht Einzelsymptome wie Rückfall, sondern mangelnde Voraussetzungen zur Bewältigung der Krise im ambulanten Rahmen.

Eine Vollversorgung wird von der Fachklinik derzeit nicht geleistet; dies wäre aufgrund der personellen und räumlichen Ausstattung nicht in befriedigendem Maße umsetzbar, auch wenn die Psychiatrie-Personalverordnung in abgestufter Weise zur Anwendung käme. In der Praxis hält der Akutbereich der Fachklinik täglich mindestens zwei Behandlungsplätze für Notaufnahmen frei, womit der Bedarf auch weitgehend gedeckt werden kann. In einzelnen Situationen muß jedoch auf die pflichtversorgenden psychiatrischen Fachabteilungen verwiesen werden mit der Möglichkeit der Verlegung in die Suchtfachabteilung, sobald dies von den Kapazitäten her möglich ist.

Wir sprechen von einem Modell der Regelversorgung: Suchtkranke, die einer stationären Fachbehandlung bedürfen, sind in der Regel durch die Fachklinik St. Camillus aufzunehmen. Dieses Modell hat sich in der Praxis bewährt; es treten selten Komplikationen in der Zusammenarbeit auf. Allerdings gibt es weiterhin eine beträchtliche Anzahl von Fehlbelegungen in somatischen Fachabteilungen. Die Begriffe Entgiftung oder Motivationsbehandlung werden im Akutbereich bewußt vermieden, weil Entgiftung, Entzug und Motivation selbstverständlicher Bestandteil der Behandlung sind. Entscheidend ist jedoch die individuelle Diagnose der Suchtkrankheitskarriere und eine entsprechende individuelle Therapieplanung. Gerade der Umgang mit den Begriffen Entgiftungs- und Motivationsbehandlung hat immer wieder zu dem Mißverständnis geführt, daß es darum gehe, alle Patientin-

nen und Patienten auf den sogenannten „Königsweg“ einer stationären Rehabilitationsmaßnahme zu führen. Die Praxis zeigt jedoch, daß das Konzept der indikationsgerechten Akutbehandlung und der Inanspruchnahme ambulanter Hilfen, die bereits während der stationären Behandlung vermittelt werden, vielen Betroffenen dazu verhilft, sich schrittweise für eine suchtmittelfreie Lebensführung zu qualifizieren. Obwohl der Prozeß oft mühsam und von Rückschlägen begleitet ist, können auf diese Weise deutlich mehr Patientinnen und Patienten in ihrer Suchtdynamik aufgefangen werden als durch ein starres Konzept von Entgiftung und Entwöhnung. Für uns gilt dabei die von Dirk SCHWOON entwickelte Hierarchie der Interventionen bei Alkoholkranken:

1.) Sicherung des Überlebens

Dies erfordert die Kooperation mit anderen Fachabteilungen: So werden beispielsweise Suchtkranke mit dem Vollbild eines Delirium tremens in eine intensivmedizinische Fachabteilung verlegt und nach Abklingen des akuten Syndroms wieder aufgenommen.

2.) Vermeidung weiterer Chronifizierung von Folgeerkrankungen

3.) Sicherung der sozialen Umgebung gegen Bedrohung oder Beeinträchtigung durch die oder den Kranken

4.) Ermöglichung längerer Abstinenzphasen

5.) Das realistische Einkalkulieren von Rückfällen,

d. h. für akute Exazerbationen der an sich chronisch Abhängigkeitskranken die Möglichkeit stationärer Kriseninterventionen bereithalten. Damit wird die Abschiebung von Patientinnen und Patienten in Entwöhnungsbehandlungen, zu denen sie persönlich gar nicht entschlossen sind und die deshalb eher zu einer Verfestigung der Suchtdynamik führen, vermieden.

Kern des Behandlungskonzeptes, das an dieser Stelle nicht näher ausgeführt werden soll, ist die Befähigung der Betroffenen zu kognitivem, sozialem und emotionalem Lernen im Rahmen von Gruppengesprächen. Angehörige und Bezugspersonen aus dem familiären, beruflichen und Freizeitbereich werden in die Gespräche integriert. Es werden konkrete Verabredungen mit weiterführenden Behandlungsstellen und Selbsthilfegruppen noch während der Behandlungszeit getroffen.

Die Akutbehandlung dauert entsprechend dem Spektrum der Behandlungsindikationen unterschiedlich lange. Wir streben eine indikationsgerechte Behandlungsdauer an und setzen diese, soweit von den Leistungsträgern akzeptiert, auch um. In der Regel setzt bei den Patientinnen und Patienten, die länger als 10 Tage in Behandlung sind, ein bürokratischer Kleinkrieg mit den Krankenkassen ein.

Wir unterscheiden vier Behandlungsindikationen, die im folgenden dargestellt sind.

1.)

Die akute Krisenintervention wird bei Rückfällen oder psychischer Dekompensation vorgenommen; die Behandlungsdauer beträgt 1 bis 10 Tage.

2.)

Die sogenannte Entgiftung erfolgt als stationäre Entzugsbehandlung im Rahmen einer konkret geplanten weiteren ambulanten oder stationären Behandlung. Sie dauert in der Regel fünf Tage bei solitärer Alkoholabhängigkeit, bei polyvalentem Abhängigkeitsverhalten je nach Art des Suchtmittelgebrauchs 10 bis 24 Tage.

Pharmakotherapie wird nicht als schematische Behandlung, sondern dem klinischen Verlauf entsprechend nach dem Grundsatz „so wenig wie möglich, so viel wie nötig“ durchgeführt. Auf Wunsch kann eine Entzugsbehandlung mit Akupunktur erfolgen.

3.)

Bei Therapiewiederholung ist in der Regel eine kurze Behandlungszeit im Sinne einer stationären Krisenintervention ausreichend. Im Rahmen der notwendigen Kontinuität der Begleitung einer Suchtkrankheitskarriere muß die Schwelle zur Wiederbehandlung niedrig gehalten werden. Im Rahmen eines solchen abgestuften Vorgehens finden sich jedoch Patientinnen und Patienten, bei denen zwar allmählich eine Motivation zur Bewältigung der Suchtkrankheit und zur Inanspruchnahme angemessener Hilfsleistungen gewachsen, die Umsetzung dieser Intention jedoch krankheitsbedingt blockiert ist. Es handelt sich dabei um Personen, deren Suchtmittelgebrauch als „Behandlungsversuch mit untauglichen Mitteln“ gekennzeichnet werden kann. Im Entzug demaskieren sich psychopathologisch, vereinzelt auch somatisch relevante Erkrankungen (z. B. Chorea Huntington), welche bereits vorher bestanden und nun umso schärfer hervortreten. Vorwiegend handelt es sich um neurotische Störungen sowie sogenannte Ich-strukturelle Störungen, welche z. B. phänomenologisch psychoseähnlich erscheinen und auch heute noch in psychiatrischen Krankenhäusern oft zu Fehldiagnosen führen. Weiterhin finden sich Patientinnen und Patienten, bei denen sich bei einer genauen Auseinandersetzung mit ihrer lebensgeschichtlichen Situation entwicklungspsychologisch begründbare Sozialisationsdefizite zeigen, die über lange Zeit hinweg kompensiert werden konnten, um nach entsprechenden dramatisch verlaufenden Krisen im partnerschaftlichen Bereich, in der Familie, am Arbeitsplatz oder in der Beziehung zu öffentlichen Einrichtungen umso deutlicher in Erscheinung zu treten.

In nicht geringem Maße handelt es sich um eine Klientel, die im Vorfeld der Suchterkrankung zunächst kompensierte frühkindliche Vorbelastungen, abnorme Persönlichkeitsdispositionen und latente Bereitschaft zu psychasthenischen Reaktionen aufweist, welche unter dem Einfluß von toxischen Faktoren zur Dekompensation ihrer bislang nicht manifesten Einschränkungen geraten.

Klinisch können diese in Gestalt von komplizierender hirnorganischer Wesensveränderung, intermittierender Anfallsbereitschaft, Störungen der Urteils- und Kritikfunktion sowie durch Offenlegung und Verdeutlichung von Persönlichkeitsvarianten sichtbar werden. Auf dem Hintergrund der sowohl von den Betroffenen selbst als auch von der Umgebung als fremd erlebten Konflikte kommt es zu Auseinandersetzungen, die der kranke Mensch sehr stark als Gefährdung seiner gesamten Person wahrnimmt und die in seinem Verhalten starkes Mißtrauen und Abwehr hervor-

rufen. Diese Personengruppe bedarf einer Behandlungszeit von etwa sechs Wochen, da ihre persönlichkeitsbedingten Blockaden, ihre Unfähigkeit, sich verbal zu regulieren, ihre nicht bewußt steuerbaren Scham- und Schuldgefühle und das nachfolgende Rückzugsverhalten aufgrund der klinisch erreichten Suchtmittelfreiheit zu einer vehementen Verstärkung der inneren Suchtdynamik führen. Dieser Prozeß erfordert eine den Tagesablauf strukturierende Unterstützung. Es handelt sich hier nicht um sogenannte „unmotivierte Patientinnen und Patienten“, vielmehr ist ihr gesundheitliches und soziales Schicksal als krankheitsbedingt anzusehen. Für diese Personengruppe - es handelt sich um 30 % der im Akutbereich der Fachklinik St. Camillus Behandelten - bedarf es noch der Anerkennung einer indikationsgerechten Behandlungszeit von 6 bis 8 Wochen durch die Krankenkassen.

4.)

Bei chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken liegt die Regelbehandlungszeit bei etwa 14 bis 17 Tagen, bei schweren Suchtmittelfolgeerkrankungen kann sie sich verlängern, wenn im Rahmen stationärer Behandlung sukzessiv eine weitere Verbesserung im Zustandsbild zu erwarten ist. Bei gleichbleibendem Krankheitsbild, welches eine selbstverantwortliche Lebensführung durch den Patienten oder die Patientin zum gegebenen Zeitpunkt ausschließt, ist die Verlegung in ein beschütztes Wohnheim notwendig. Da sich diese aufgrund des Mangels an Unterbringungsmöglichkeiten häufig hinauszögert, muß die Kostenübernahme für eine überbrückende stationäre Behandlung durch den örtlichen Sozialhilfeträger erfolgen. Bisher kann durch die Fachklinik nur die Akutbehandlung für diesen Patientenkreis durchgeführt werden, eine längerfristige therapeutische stationäre Behandlung, wie sie sich an anderen Stellen als durchaus effektiv erwiesen hat (beispielsweise im Fachkrankenhaus Langenberg) kann unter den gegebenen Umständen in der Fachklinik St. Camillus nicht geleistet werden.

Der Klinikbereich der stationären Entwöhnungsbehandlung umfaßt 50 Betten, es werden jährlich etwa 150 Personen behandelt. Die relativ lange durchschnittliche Verweildauer von 4 Monaten hängt damit zusammen, daß mit Beginn der gemeindenahen Entwöhnungsbehandlung vorwiegend Menschen mit überdurchschnittlich komplikationsreichen Suchtkarrieren zu uns vermittelt wurden. Erst in letzter Zeit sind hier Änderungen eingetreten. Es ist auf das Bemühen der Fachklinik in Zusammenarbeit mit den Rentenversicherungsträgern, insbesondere der LVA Rheinprovinz, zurückzuführen, daß mittlerweile ein indikationsgerechtes Behandlungsangebot von einer solchen Differenziertheit vorgehalten werden kann, daß tatsächlich eine Indikation zu ortsferner Entwöhnungsbehandlung nur noch in wenigen Einzelfällen besteht und dieser Tatbestand nicht nur dem Wunschdenken der Befürworter gemeindenaher Entwöhnungsbehandlungen entspricht.

Anzumerken ist, daß im Versorgungsgebiet keine qualifizierte Akutbehandlung für Abhängige von illegalen Drogen angeboten wird. Dadurch sehen wir uns mit dieser Personengruppe konfrontiert: Im Jahre 1991 waren es insgesamt 81 Drogenabhängige, die zu einer Akutbehandlung aufgenommen wurden. Nach Ansicht aller mit der Frage Befassten besteht nicht nur die Notwendigkeit, eine Akutstation für

Drogenabhängige im Versorgungsgebiet einzurichten, sondern auch der politische Wüte, eine solche an der Suchtfachklinik zu installieren.

Anhand von 10 Thesen zur gemeindenahen Suchtkrankenarbeit, die Thomas BADER (1992) aufgestellt hat und in denen die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung Suchtkranker berücksichtigt wurden, soll der aktuelle Stand des Konzeptes einer integrierten Suchtkrankenbehandlung im regionalen Verbund im Versorgungsgebiet Duisburg im folgenden zusammengefaßt werden.

1.)

Gemeindenähe verpflichtet zur Kooperation der verschiedenen Einrichtungen innerhalb einer Region und stellt verbindliche Ansprüche an die einzelnen Leistungsanbieter.

Durch die Initiative der Suchtfachklinik in der Region Duisburg besteht inzwischen eine enge und fruchtbare Kooperation zwischen den meisten in der Suchtkrankenhilfe beruflich und ehrenamtlich Tätigen. Verbindliche Ansprüche und verpflichtende Aufgaben an die einzelnen Leistungsanbieter konnten bisher nicht formuliert werden ; noch fehlt eine Struktur, in der administrativ solche Regelungen entwickelt und umgesetzt werden könnten. In der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft werden zwar Vorschläge erarbeitet, diese haben für die verschiedenen Träger jedoch keine Verbindlichkeit und konnten bisher auch nicht zu einer gemeinsamen Plattform führen.

2.)

Gemeindenähe Behandlung sichert, gerade bei Suchterkrankungen, die typischerweise von lebenslanger Dauer sind, die unabdingbare Kontinuität und die Integration von Vorsorge, stationärer Therapie und Nachsorge sowie Beratung, Behandlung, Betreuung und Selbsthilfe.

Dieser sicherlich hohe Anspruch konnte durch das Konzept der gemeindenahen Suchtkrankenarbeit in Duisburg zwar nicht vollständig verwirklicht werden, doch sind deutliche Fortschritte zu verzeichnen. Anhand der Zahlen kann gezeigt werden, daß eine deutlich höhere Anzahl von Patientinnen und Patienten erreicht wird, als dies durch Beratungsstellen und ortsferne Entwöhnungseinrichtungen möglich ist.

Es gibt jedoch noch beträchtliche Versorgungslücken, von denen einige genannt werden sollen. Für eine präventive Arbeit im Bereich Alkohol- und Medikamentenmißbrauch ist bisher weder eine Konzeption noch das notwendige Personal vorhanden. Besuche von Schülerinnen und Schülern, politischen und anderen gesellschaftlichen Gruppen in der Fachklinik und dort insbesondere die Diskussion mit den Suchtkranken sind zwar für beide Seiten oft sehr hilfreiche Erfahrungen, eine strukturierte präventive Arbeit können sie natürlich nicht ersetzen. Ein adäquates Behandlungsangebot für Patientinnen und Patienten mit sowohl endomorphen Psychosen als auch Suchtkrankheiten existiert nicht. Hier fehlen ebenfalls noch Konzepte, wobei Ansätze dazu durch die Suchtkrankenbehandlung der anderen

psychiatrischen Kliniken in der Region vorliegen. Katastrophaler Mangel besteht an Wohnplätzen für obdachlose Suchtkranke, deren erfolgreiche Rehabilitation in erster Linie daran scheitert, daß sie im Rahmen des therapeutischen Prozesses wohnungslos bleiben oder auf Notunterkünfte angewiesen sind, in denen Alkoholmißbrauch an der Tagesordnung ist.

Es besteht ein eindeutiger Bedarf an einer Tagesklinik, ein wahrscheinlicher Bedarf an einer Nachtambulanz für Suchtkranke. Tagesklinische Behandlung sollte sowohl als Alternative zur vollstationären Entwöhnungsbehandlung als auch als abgestufte Weiterbehandlung zur sozialen Rehabilitation nach einer Entwöhnungsbehandlung möglich sein. Es fehlen wohnortnahe Heimplätze für Abhängigkeitskranke mit chronifizierter Suchtdynamik.

Ungeklärt ist die Frage der Vollversorgung Suchtkrankender. Aufgrund einer reibungslosen Kooperation zwischen Fachambulanz und den vollversorgenden psychiatrischen Kliniken ist diese Frage trotz ihrer grundsätzlichen Bedeutung derzeit ohne größere Relevanz. Ein sehr viel bedeutenderes Problem besteht darin, daß trotz aller Verbesserungen weiterhin diejenigen Suchtkranken keine angemessene Behandlung erfahren, für die die Komm-Struktur der vorhandenen Institutionen der Suchtkrankenbehandlung eine unüberwindliche Hürde darstellt. Ein Angebot für aufsuchende Betreuung wäre allerdings nur dann sinnvoll, wenn verbindliche Ansprüche an den Leistungsanbieter gestellt würden - mit dem Ziel, dem Bedarf an Betreuung armer, alter und chronisch Suchtkrankender besser gerecht zu werden.

3.)

Gemeindenaher Suchtkrankenbehandlung erlaubt die permanente und flexible Beteiligung aller relevanten Bezugspersonen an dem therapeutischen Prozeß (z. B. Angehörigen- und Partnergruppen, Paar- und Familientherapie, Hausbesuche) und die Einbeziehung des beruflichen Umfeldes.

Mit der Ausnahme, daß Hausbesuche nur in sehr begrenztem Umfang möglich sind, ist die Einbeziehung des Umfeldes Suchtkrankender ohne Wenn und Aber bereits erreicht, sofern die Bereitschaft zur Mitarbeit bei beiden Bezugspersonen besteht. Durch diese unmittelbare Zusammenarbeit in dem Dreieck Patient/Patientin -Bezugsperson - Therapeut/Therapeutin sind aufwendige Therapieverfahren oft durch die Vermittlung von Kontakten, die es dem Suchtkranken ermöglichen, ein soziales Netz zu knüpfen, ersetzbar.

4.)

Gemeindenaher Suchtkrankenbehandlung wirkt Selektionsprozessen entgegen und erhöht die Chancengleichheit für alle Beteiligten, die für sie bestmögliche Behandlung zu bekommen.

In der Tendenz ist in dieser Hinsicht eine klare Verbesserung zu beobachten: deutlich wird dies insbesondere bei den Patientinnen und Patienten, die über zwei bis drei Jahre mehrfach in Akutbehandlung waren und weitere therapeutische Interventionen ablehnten, und die durch die ständige Auseinandersetzung mit den negativen Folgen ihrer Suchterkrankung und durch die Aufarbeitung akuter Krisen

in kurzfristigen stationären Behandlungen sich dennoch in einem längeren Prozeß psychisch stabilisieren.

5.)

Gemeindenaher Suchtkrankenbehandlung ermöglicht einen nach individuellen Erfordernissen gestalteten flexiblen Behandlungsprozeß (Beginn und Dauer der Behandlung, „Abbruch“ und Wiederaufnahme).

Auch in diesem Punkt sind eindeutige Fortschritte erreicht, wenn auch spezifische Behandlungsangebote, beispielsweise einer Tagesklinik, weiterhin fehlen. So ermöglicht es die kontinuierliche Begleitung von Betroffenen über mehrere Rückfälle und Krisen hinweg einem größeren Kreis von Patientinnen und Patienten, das therapeutische Angebot zu nutzen.

6.)

Gemeindenaher Suchtkrankenbehandlung dient der Verbesserung des sozialen Netzwerkes der Betroffenen innerhalb ihrer Heimatregion, nicht zuletzt durch langfristige Kontakte über die stationäre Behandlung hinaus.

Wir können feststellen, daß die Möglichkeiten zum Gestalten eines persönlichen sozialen Netzwerkes, das für die psychische Stabilität Abhängigkeitskranker notwendig ist, zugenommen und sich eindeutig verbessert haben, auch wenn bei den Patientengruppen, welche insbesondere aus sozialen Gründen am hilfsbedürftigsten sind, hier noch die deutlichsten Mängel bestehen. Vor allem eine Selbsthilfefirma für Suchtkranke könnte in dieser Beziehung ein Impuls zur Strukturverbesserung sein.

7.)

Gemeindenaher Suchtkrankenhilfe erweitert das Hilfspotential bei schweren Rückfallkrisen durch Bekanntheit und leichtere Erreichbarkeit der stationären Therapieangebote.

Dieser Vorteil gemeindenaher Suchtkrankenbehandlung wird insbesondere durch die Möglichkeit einer stationären Krisenintervention verwirklicht. Das klare Angebot an Selbsthilfegruppen, die in aller Regel die krankheitsbedingte Isolation eines rückfälligen Suchtkranken am ehesten wahrnehmen, sie in ihrer Arbeit mit diesem Personenkreis zu unterstützen, vermeidet oft eine erneute Chronifizierung der Suchtdynamik infolge des Rückfalles,

8.)

Im Rahmen des regionalen Verbundes ist das Versorgungssystem immer wieder auf die sich fortlaufend wandelnden Bedarfs- und Bedürfnislagen abzustimmen (Koordination, Planung und fachliche Kontrolle der Gesamtversorgung).

Für die Region Duisburg muß gesagt werden, daß weiterhin ein Mangel an Verbindlichkeit der Kooperation besteht. Ein Fortschritt liegt vielleicht darin, daß den meisten Beteiligten inzwischen dieser Mangel bewußt ist. Ansätze zu klaren strukturellen und administrativen Lösungen sind bisher jedoch nicht entwickelt worden.

9.)

Gemeindenahe Behandlungskonzepte dürfen nicht auf Erfahrung und Qualität bestehender Fachkliniken verzichten, sondern müssen diese gewachsenen Strukturen integrieren.

In Duisburg ist die Fachklinik in das gemeindenahe Behandlungskonzept integriert, die Prinzipien gemeindenaher Suchtkrankenbehandlung wurden von Seiten der Fachklinik kontinuierlich in der Region vertreten. In dieser Konstellation ergibt sich die Chance, die inzwischen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) entwickelten hochdifferenzierten und auf hohem Niveau angesiedelten therapeutischen Konzepte, die bisher nur einem kleinen Personenkreis zugänglich waren, mit den Prinzipien eines adaptiven Behandlungsangebotes, das sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten in der Region orientiert, zu verknüpfen.

10.)

Gemeindenahe Entwöhnungsbehandlung sollte ein Angebot der Regelversorgung für alle Abhängigkeitskranken sein. Eine Indikation zur wohnortfernen Behandlung besteht nur in wenigen Einzelfällen.

Durch die Integration von Menschen mit überdurchschnittlich komplikationsreichen Suchtkarrieren in das Behandlungskonzept entsteht bei Beratungsstellen oder anderen Institutionen häufig der Eindruck, daß die Fachklinik nur für diesen Personenkreis zuständig ist. Andere Betroffene mit relativ komplikationsloser Suchtkarriere werden, alten Gewohnheiten folgend, noch weiterhin in wohnortferne Behandlungen vermittelt. Es kann jedoch bei neutraler Betrachtung festgestellt werden, daß für eine solche Behandlung nur in wenigen Einzelfällen eine Indikation besteht; für die Mehrheit dieser Patientinnen und Patienten bietet die Fachklinik ein wissenschaftlich fundiertes Behandlungskonzept. Es gibt keinerlei Hinweise, daß die Effektivität der Entwöhnungsbehandlung im regionalen Verbund geringer sei als bei wohnortferner Behandlung. Statt dessen lassen sich verschiedene Vorteile der gemeindenahen Entwöhnungsbehandlung feststellen: So zeigt die Tatsache, daß 60% der zu Beginn der Entwöhnungsbehandlung arbeitslosen Patientinnen und Patienten sich ein Jahr nach dieser Behandlung wieder in einem Arbeitsverhältnis oder in einer Umschulungsmaßnahme befinden, deutlich die Chancen eines gemeindenahen Behandlungsansatzes, wie er sich beispielsweise durch regelmäßige Kooperation mit dem örtlichen Arbeitsamt ergibt.

Die vorhandenen Kapazitäten der Fachklinik sind voll ausgeschöpft, eine Verbesserung der gemeindenahen Suchtkrankenbehandlung kann also nur erzielt werden, wenn im regionalen Verbund das Behandlungsangebot spezifiziert und koordiniert wird.

In 13 Jahren ihres Bestehens hat sich die Fachklinik St. Camillus in ihrer Konzeption deutlich gewandelt. Zu Anfang wurde neben anderen, bereits bestehenden eine weitere stationäre Entwöhnungsbehandlung durchgeführt, die Hilfe nur für eine sehr begrenzte Anzahl von Abhängigkeitskranken an einem spezifischen Punkt ihrer Suchtkrankenkariere vorhielt. Inzwischen besteht durch die Gliede-

rung in ambulante, akut-stationäre sowie stationär-rehabilitative Behandlungsangebote unter enger Zusammenarbeit mit vielen anderen Behandlungsstellen für Suchtkranke die Möglichkeit, spezifische und fachlich fundierte Behandlungsschritte zur Umkehr der Suchtkrankenkariere für die jeweils konkrete Situation der Patienten und Patientinnen vorzuhalten; dabei hat sich im Verlauf der letzten Jahre herausgestellt, daß eine große Anzahl von Betroffenen, die das Behandlungsangebot von Beratung - Entgiftung - Entwöhnung - Nachsorge nicht in Anspruch nehmen konnten oder wollten, durch ein solches abgestuftes Behandlungsprogramm ihre Suchtkrankenkariere zum Stillstand bringen konnten. Die Anzahl der Suchtkranken in einer Region, die über mehrfache Rückfälle, kurzzeitige Kriseninterventionen, Therapieabbrüche und die Wiederaufnahme des Behandlungskontaktes dahin gelangen, eine suchtmittelfreie Lebensführung umzusetzen, erscheint nach einer ersten Übersicht quantitativ höher als die der Patienten und Patientinnen, die eine Entwöhnungsbehandlung durchlaufen.

Literaturverzeichnis

- G. AMANN, U. BAUMANN, S. LEXEL-GARTNER: Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung bei männlichen Alkoholikern, Suchtgefahren 34, 1988
- M. ANGERMEYER, B. BOCK: Das Soziale Netzwerk Alkoholkranker, Psychoter-med Psychol 34, 1984
- T. BADER: Gemeindenähe als neues Strukturelement, in: Suchtkrankenhilfe im Umbruch, 11. Landestagung der Landesstelle gegen Suchtgefahren in Baden-Württemberg, Geesthacht, 1992
- D. BAUSZUS, A. BRUNK, G. SOMMER: Entwurf zur Struktur einer integrierten Suchtkrankenbehandlung in Duisburg. Duisburg 1992
- K. BECKER, O. LEITNER, W. SCHULZ: Soziales Umfeld von Alkoholikern bei Klinikentlassung und sein Einfluß auf den Behandlungserfolg, Psychiatrische Praxis 13, 1986
- Bericht über die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in Duisburg. Duisburg 1990
- BMJFFG, (Herausgeber): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn 1988
- H.J. BOCHNIK (Herausgeber): Nervenarztstudie, 1989
- D. DILLING, S. WEYERER, R. CASTELL: Psychische Erkrankung in der Bevölkerung. Stuttgart 1984
- M. FICHTER, U. FRICK: Therapie und Verlauf von Alkoholabhängigkeit. Berlin, 1992
- Gesundheitsbericht der Stadt Essen, Band 2, 1992

- U. JOHN: Alkoholabhängige in Entzugsbehandlung, Psychiatrische Praxis 13, 1986
- K.N. KILTY: Longitudinal Analysis of Demonstration Rural Outreach Alcoholism Program, J Stud Ale 45, 1984
- W. KNAUF: Individuelle Therapieplanung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Sucht, 38/5, 1992
- P. KÖNIG, H. SPITALER, R. WAANDERS: Zur Epidemiologie des Alkoholismus im Vorarlberg. Psychiatrische Praxis, 5,1992
- G. KRUSE: Praxisratgeber Sozialpsychiatrie. Stuttgart 1992
- C. KULENKAMPFF, U. HOFFMANN, AKTION PSYCHISCH KRANKE: Der Gemeindepsychiatrische Verbund als Kernstück der Empfehlung der Expertenkommission. Köln, 1990
- H. KUNZE: Wen verbindet der Behandlungsverbund? in: Wissenschaftliche Beiträge aus der Fachtagung des Verbandes der Fachkrankenhäuser. Kassel, 1992
- H.R. MÜLLER, J. SCHACKE, S. STIMMER: Gemeindenahe Suchtkrankenhilfe. Hamburg, 1990
- R. SCHLEICHER: Komplementäre Einrichtungen, in: GVS (Herausgeber): Suchtkrankenhilfe 2000. Kassel 1990
- A. SCHLOSSER: Gemeindenahe Versorgung Suchtkranker. Sozialpsychiatrische Informationen 3, 1985
- G. SCHÜSSLER, M. LINDEN, I. OTTEN: Patienten in der nervenärztlichen Praxis, Nervenarzt 53, 1982
- D. SCHWOON, M. KRAUSS: Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart 1990
- D. SCHWOON, C. VELTRUP, A. GEHLEN: Mittelfristige Alkoholismus-Therapie in geschlossenen und offenen Gruppen: Daten zum Therapieprozeß und zum Therapieergebnis. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 11, 1988.
- D. SCHWOON, C. VELTRUP, A. GEHLEN: Ein mehrstufiges Behandlungsprogramm für Alkoholranke: Inanspruchnahme und Behandlungsergebnisse. Psychiatrische Praxis, 16, 1989
- D. SCHWOON: Integrierte Suchtkrankenbehandlung in der Gemeinde, Vortrag anlässlich des 10jährigen Bestehens der Fachklinik St. Camillus, 1990
- S. STÖCKLIN, G. LUCIUS-HOENE: Die Frage des Bedarfs an psychiatrischen Einrichtungen: Problemstellung und Modelle, Fortschr. Neurol. Psychiat. 56,1988
- Suchtbericht 1992, Stadt Mülheim/Ruhr
- G. WEITHMANN, G. FRITZ PFANNKUCH, H. ROTENBACHER: Zur Bedeutung des Merkmals „ambulante Behandlungserfahrung“ für die Entwicklung differenzieller Therapiemaßnahmen bei Suchtkranken, Suchtgefahren 34, 1988
- G. WIENBERG: Die vergessenen Mehrheit. Bonn 1992
- A. ZINTEL-WIEGAND, B. COOPER, B. KRUMM: Psychisch Kranke in der ärztlichen Allgemeinpraxis. Weinheim 1980

Die kommunale Verantwortung für eine gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung

Horst Schmidbauer

Das Thema der Tagung, die Neuordnung der Suchtkrankenversorgung hin zu einem gemeindepsychiatrischen Konzept, zeigt, wie wenig es den Reformkräften gelang, neue Strukturen für das Feld der kooperativen Steuerung und integrierten Finanzierung durchzusetzen.

Für mich gilt es dreierlei zu beachten:

1. die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, die den Reformprozeß stützen, ja erst ermöglichen;
2. auf kommunaler und regionaler Ebene eine gemeindenaher Suchtkrankenversorgung zu einem politischen Thema zu machen, Öffentlichkeit herzustellen und Ressourcen bereitzustellen;
3. schließlich, auf kommunaler und regionaler Ebene Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit zu leisten, d. h. dazu beizutragen, die Integration der Versorgungsangebote in medizinischer, finanzieller und organisatorischer Hinsicht zu fördern.

2. Die Strukturprobleme der Suchtkrankenversorgung

In der Diskussion setzt sich die Erkenntnis durch, daß für eine große Zahl von Suchtkranken der „Königsweg“ von Fachberatungsstelle-Fachklinik-Selbsthilfegruppe nicht gangbar ist. Man spricht deshalb von einer „vergessenen Mehrheit“, die vom dominierenden System ausgegrenzt wird. Die Gründe dafür sind auch auf dieser Tagung benannt worden: Viele der Klagen und Probleme betreffen nun nicht nur die Suchtkrankenversorgung. Es sind Strukturprobleme, die das Gesundheitssystem als Ganzes kennzeichnen. Wie wir alle wissen, ist es hochgradig zersplittert. Die Versorgungssektoren haben in der Regel keine Kooperationsbeziehungen entwickelt, sie sind weitgehend versäult. Mehr noch: Unsere Gesellschaft hat sich daran gewöhnt, daß viele ihrer Mitglieder aus dem Arbeitsmarkt, aus dem Wohnungsmarkt, aus den sozialen Sicherungssystemen und schließlich aus dem Kalkül des politischen Systems herausfallen: Sie haben keine Lobby, keine starken Verbände, keine Verbände mit Verhandlungsmacht und Drohpotential. Deswegen sind sie für die Politik nur allzuoft uninteressant.

Zwei Einsichten können jedoch selbst unter dieser Annahme als gegeben vorausgesetzt werden:

- die Einsicht, daß Ignoranz und Gleichgültigkeit den Schwächsten gegenüber das soziale Sicherungssystem sehr viel mehr kosten als Prävention, Therapie und Bemühungen um Rehabilitation;

- und die Einsicht, daß die mit der kommunalen Daseinsvorsorge, dem Sicherstellungsauftrag und der Versorgungsverpflichtung betrauten Personen und Institutionen sich ihre Klientel nicht aussuchen können und dürfen. Deswegen ist das alle Versorgungssektoren kennzeichnende Paradox, daß die hilfebedürftigsten Patientinnen und Patienten die geringste Hilfe erhalten, ein finanzieller, politischer und moralischer Skandal. Um Mißverständnissen vorzubeugen: Es geht dabei um die relativ kleinere Zahl der hilfebedürftigen Menschen, die am wenigsten Hilfe erhalten, und nicht um irgendeine Zwangsbeglückung für alle oder für die große Zahl derer, die sich ihre Hilfen selber holen und organisieren können.

3. Die Reformgrundsätze:

Bei meinen Überlegungen habe ich mich von den 1975 formulierten „Grundsätzen einer Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter“ leiten lassen. Sie haben für mich unverändert Gültigkeit:

1. Psychischen Erkrankungen muß schon präventiv begegnet werden.
2. Der sozialpsychiatrische Reformgedanke verlangt die Aufklärung der Bevölkerung.
3. Die Ausschöpfung präventiver Hilfen von pädagogischen, sozialtherapeutischen und beratenden Stellen sowie die Förderung von Selbsthilfegruppen ist ein Bestandteil der Reform.
4. „Die Versorgung im Bereich von Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik muß als ein *umfassendes Angebot allen* von psychischer Krankheit oder Behinderung Betroffenen und Bedrohten zur Verfügung stehen.“ Die Dienste müssen deshalb miteinander verbunden werden,
5. „Alle Dienste, bei denen dies nur möglich ist, sollen *gemeindenah* eingerichtet werden.“
6. „Alle noch bestehenden Unterschiede hinsichtlich rechtlicher, kostenmäßiger und sozialer Regelungen zwischen psychisch Kranken und körperlich Kranken müssen beseitigt werden.“
7. „Die psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Dienste können ihren Aufgaben nur durch eine multidisziplinäre Zusammenarbeit zahlreicher Berufsgruppen gerecht werden.“
8. „Fachkrankenhäuser mit ihrem hohen personellen und technischen Aufwand sollen nur diejenigen psychisch Kranken aufnehmen, deren Zustand diesen diagnostischen und therapeutischen Aufwand erforderlich macht.“
9. Die Angebote und Dienste sollen so miteinander verbunden werden, daß auch die Kontinuität der Betreuung der Kranken erhalten bleibt.
10. Die Behandlung von Suchtkranken ist integraler Bestandteil der gemeindepsychiatrischen Versorgung.

4. Regionalisierung und Koordination

Sie erwarten von mir als Politiker sicherlich nicht, daß ich Ihnen *die* Lösung der genannten Probleme biete. Bevor ich konkreter auf Lösungsmöglichkeiten zur Verwirklichung des Ziels gemeindepsychiatrischer Suchtkrankenversorgung eingehe, möchte ich einige Modelle zur Regionalisierung des Gesundheitswesens zumindest kurz benennen. Wir kommen nicht umhin, auch in der heutigen Zeit unsere gesundheitspolitische Phantasie zu bemühen.

Bereits 1957 wurde im Auftrag der SPD der „Sozialplan für Deutschland“ erarbeitet. Er sah die Bildung einer „Sozialgemeinde“ auf regionaler Ebene vor, in die die Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungsträger Vertreter delegieren. Die „Sozialgemeinde“ sollte die Koordination der Sozialversicherungsträger sicherstellen.

Zwanzig Jahre später entwickelten Gewerkschafter und Wissenschaftler in der WSI-Studie „Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaats“ das Modell der Bildung von Arbeitsgemeinschaften aller Sozialleistungsträger und Leistungsanbieter einschließlich der freien Verbände auf Örtlicher, regionaler und Bundesebene. Die horizontale Vernetzung soll zum einen den Übergang von einer reaktiven und kompensatorischen zu einer vorbeugenden aktiven und zielbewußten Sozial- und Gesundheitspolitik im Sinne des Konzepts einer Lebenslagepolitik betreiben. Zum anderen soll die demokratische Partizipation der Bürgerinnen und Bürger durch eine Demokratisierung und Dezentralisierung der Selbstverwaltung erweitert werden. Ohne aktive Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger, so die Grundidee, ist eine bedarfsgerechte Versorgung nicht zu erreichen. Dieses Modell ist in § 94 SGB X abgesichert; dort ist ausdrücklich festgeschrieben, daß die Leistungsträger und ihre Verbände zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Eingliederung Behinderter Arbeitsgemeinschaften bilden können. Diese Regelung könnte und sollte auch Modellcharakter für den Bereich der psychiatrischen Versorgung gewinnen.

Die Rekommunalisierung der Gesundheitsvorsorge und -sicherung hat 1985 der Präsident der Berliner Ärztekammer, Ellis HUBER, vorgeschlagen. In jeder Region soll ein Verbund „gemeinschaftliche Gesundheitssicherung“, bestehend aus Vertretern des Kreises, der Kassen, der Renten- und Arbeitslosenversicherung und der Selbstverwaltungsorgane der Gesundheitsdienste, sowie ein „regionales Gesundheitsparlament“ entstehen. Der Sicherstellungsauftrag soll dazu von den Krankenversicherungen auf die Kommunen übergehen.

Ein Modell „Kommunaler Gesundheitsplanung“ haben SCHRÄDER und andere vorgelegt: „Kommunale Gesundheitsplanung im Gesundheitswesen soll eine dezentrale Koordination und Kooperation aller Beteiligten einführen bzw. verbessern, durch verstärkte Orientierung und Verpflichtung auf Gesundheitsziele dazu beitragen, im Gesundheitswesen die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.“ Ein regionales Gesundheitsbüro koordiniert die laufenden Planungen. Die Entwürfe werden vom Kommunalparlament beschlossen.

Schließlich der SPD-Vorschlag zur Bildung von „Regionalen Gesundheitskonferenzen“. Sie sollen drittelparitätisch mit den Vertreterinnen und Vertretern der Kassen, der Gebietskörperschaften und der Selbstverwaltungsorgane der Leistungsanbieter besetzt sein. Die Aufgabe der regionalen Gesundheitskonferenz nach den SPD-Vorschlägen ist es, den auf Bundesebene beschlossenen inhaltlichen und finanziellen Orientierungsrahmen für die gesetzliche Krankenversicherung auf regionaler Ebene zu konkretisieren und umzusetzen. Der Sicherstellungsauftrag geht auf die regionale Gesundheitskonferenz über, die Erfüllung der Bedarfsplanung liegt bei den Krankenkassen, die nach dem Einkaufsmodell - also über einen Markt - die Leistungsanbieter vertraglich verpflichten.

Ich denke aber, daß es an der Zeit ist, wieder in eine Phase konzeptioneller Reformdiskussionen einzutreten, zu denen alle Beteiligten beitragen können.

5. Reformschritte in einer gemeindepsychiatrischen Suchtkrankenversorgung

Wie können Schritte hin zu einer gemeindepsychiatrischen Suchtkrankenversorgung aussehen?

1. Alle Leistungsträger und Leistungsanbieter sowie die Gebietskörperschaft werden zu einer „regionalen Psychiatriekonferenz“ zusammengefaßt. Koordiniert durch die Kommune, obliegt ihr die Planung, Finanzierung und Realisierung der Versorgung. Im Idealfall einer solchen integrierten Finanzierung werden sowohl die Investitionen für die Einrichtungen wie auch die Kostenträgerschaft für die Nutzer dieser Einrichtungen über diese Arbeitsgemeinschaft abgewickelt.
2. Die Planung muß bedarfsorientiert unter Beteiligung sämtlicher Dienste einschließlich der niedergelassenen Ärzte, Ärztinnen, Psychotherapeuten/Therapeutinnen und der Selbsthilfegruppen erfolgen.
3. Grundsätzlich sind alle Dienste und Einrichtungen zu regionalisieren und in die Versorgungsverpflichtung einzubeziehen, d. h. auch die Suchtfachkliniken werden in die regionale Versorgung einbezogen.
4. Zu diesem Zweck werden sämtliche Dienste und Einrichtungen zu einem Trägerverbund zusammengefaßt, zu dem neben Einrichtungen für Behandlung und Beratung (einschl. eines 24-Stunden-Notfalldienstes) auch differenzierte Bausteine mit Hilfen im Wohnbereich, im Bereich Arbeit und Tagesstrukturierung sowie Hilfen bei der Kontaktfindung und Teilnahme am Leben der Gemeinschaft gehören.
5. In diesem Träger- und Einrichtungsverbund werden verbindliche Kooperationsformen entwickelt, z.T. durch einrichtungsübergreifende Mitarbeit von Ärzten/Ärztinnen oder Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen und anderen in den verschiedenen Einrichtungen.
6. Zwischen dem Einrichtungsverbund, den niedergelassenen Allgemeinärzten und -ärztinnen und den sozialen Diensten wird die klientenbezogene Zusammenarbeit organisiert und vertieft,

7. Im stationären Bereich werden an allen großen Allgemeinkrankenhäusern psychiatrische Abteilungen eingerichtet mit Versorgungsverpflichtung auch für die Suchtkranken. Das Angebot soll alle in der Personalverordnung Psychiatrie geregelten Behandlungsbereiche, d. h. neben der Regelbehandlung u.a. auch die rehabilitative und die tagesklinische Behandlung, umfassen. Eine unqualifizierte Entgiftungsbehandlung auf dafür nicht eingerichteten körpermedizinischen Stationen darf es nicht geben.
8. Die Qualifikation der verschiedenen Berufsgruppen in der Erkennung von Suchtkrankheiten und in der Beratung, Behandlung und Rehabilitation von Suchtkranken muß verbessert werden. Entsprechend den Empfehlungen des Wissenschaftsrates soll ein Reformstudiengang für Medizin in Berlin anlaufen. Der Ärztetag hat die Einführung eines Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie beschlossen. Meine Hoffnungen richten sich darauf, daß sich mit der Veränderung des Studiums und der Weiterbildung Selbstbild und Berufsbild des Arztes hin zu einem ganzheitlichen und personenbezogenen Ansatz, bei dem die Kooperation mit anderen Disziplinen gesucht wird, verändert. Aber auch die anderen Berufsgruppen in der Medizin und im sozialen Bereich benötigen eine Intensivierung der Ausbildung und berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildung, wenn die Fehl- und Unterversorgung von Suchtkranken behoben werden soll.

6. Die Selbsthilfe fördern

Ich bewerte es als politischen Erfolg, daß mit dem Gesundheitsstrukturgesetz die Förderung von Selbsthilfegruppen erleichtert wird. In dem neuen Absatz 3a des § 20 SGB V heißt es: „Die Krankenkassen können Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung durch Zuschüsse fördern.“ Diese Bestimmung muß m.E. die Diskussion darüber, was „gesundheitsbezogenes Laienhandeln“ für den Suchtkrankenbereich heißt, beleben. Die Mitarbeit der Patientinnen und Patienten in einer Selbsthilfegruppe gilt als Teil der angebotsorientierten „Traditionellen Trias“ (zusammen mit Fachberatungsstellen und Fachkrankenhäusern). Die Kostenträger legen Wert auf die Mitarbeit ihrer suchtkranken Versicherten in einer Selbsthilfegruppe. Die neue Bestimmung des SGB V bietet nun den Krankenkassen die Möglichkeit, stützend und steuernd in die Entwicklung der Laienhilfssysteme einzugreifen. Dabei darf es nicht zu einer „Kolonialisierung“ durch die Kassen kommen. Fehlentwicklungen, wie etwa die Mittelschichtsfixierung, würden dadurch nur verstärkt.

Eine stützende und steuernde Politik der Kassen würde m.E. zumindest dreierlei bedeuten:

1. Die Kassen können den Gruppen bei der Finanzierung der organisatorischen Infrastruktur behilflich sein (Briefmarken, Telefonkosten, Kopien etc.).
2. Es ist wichtig, daß im Einvernehmen mit dem regionalen Verbundsystem, an dem die Kassen ja teilnehmen sollten, das System der Kontakt- und Beratungsstellen ausgebaut wird.

3. Die „Ansätze einer Abstinenzkultur“ sollten miteinander verknüpft werden. Soll das Bekenntnis zur Idee der Selbsthilfe nicht zur wohlfeilen Sonntagsrede verkommen, dann gilt es auch in diesem Bereich konkrete politische Umsetzungsschritte zu formulieren. Die Bundesregierung darf aus ihrer Verantwortung für eine integrierte, gesundheitsfördernde und das Laienpotential stärkende Politik nicht entlassen werden, Von ihr müssen wir verlangen, daß sie zusammen mit den Krankenkassen
- Bausteine für eine Abstinenzkultur entwickelt,
 - in einem Modellvorhaben Konzepte und die Vernetzung von Selbsthilfeangeboten fördert,
 - die wissenschaftliche; Begleitung sichert und
 - Politik, Kassen und Selbsthilfegruppen zu einem Dialog, etwa einem Hearing, zusammenführt.

7. Komplexeleistungsprogramme und regionaler Finanzierungsverbund

Die Zersplitterung der Zuständigkeiten auf der Seite der Kostenträger führt immer wieder dazu, daß Patienten zwischen den Kostenträgern hin- und hergeschoben werden. Die Leiter von Einrichtungen müssen sich immer wieder als Organisations- und Finanzkünstler mit ausgeprägtem sozialversicherungsrechtlichem Sachverstand erweisen, wenn sie ihre Institution patientengerecht führen wollen. Das muß überwunden werden. Kommunale Erfahrungen zeigen, daß der Aufbau von regionalen Verbundsystemen Sinn macht.

Als Beispiel die Stadt Wien: Sie gründete 1980 das „Kuratorium für psychosoziale Dienste in Wien“, in dem alle psychosozialen Angebote zusammengefaßt sind. Dieses Modell wäre vor allem dann beispielhaft zu nennen, wenn es sich nicht nur auf die psychisch Kranken im engeren Sinne beschränken, sondern auch die geronto-psychiatrischen Fälle und die Suchtkranken voll miteinbeziehen würde.

Wien wurde in acht psychosoziale Versorgungsregionen mit jeweils 200.000 Einwohnern aufgeteilt. Für jede dieser Regionen sieht der „Psychiatrie-Zeitplan“ eine eigene Psychosoziale Station mit sozialpsychiatrischer Ambulanz, Tagesklinik, Beschäftigungstherapie und Beratungsdiensten vor. Die Mitarbeiter innerhalb einer Region haben die gemeinsame Verantwortung für alle Einrichtungen des Psychosozialen Dienstes; sie arbeiten sowohl stationär wie auch in den ambulanten Bereichen. Die Leitung der Stationen obliegt Ärztinnen und Ärzten, die ebenfalls im ambulanten wie auch im stationären Sektor tätig sind. Die Teams sind multi-professionell besetzt.

Entscheidend für die Neuordnung der psychiatrischen Versorgung in Wien war zweierlei:

Zum einen verlangt die integrierte Planung, daß Freie Träger nur dann öffentliche Mittel erhalten, „wenn sie eine klar definierte, bisher noch nicht abgedeckte Aufgabe aus dem regionalen Bedarf übernehmen. Der öffentliche Geldgeber verhindert, daß die unattraktiven Aufgaben gar nicht, aber die attraktiven Aufgaben gleich mehrfach ausgewählt werden.“

Zum zweiten wurde ein Finanzierungspool realisiert: „Entsprechend dem ‚Raster‘ (‚Versorgungsraster‘) der notwendigen Mindestausstattung einer Region mit ambulanten Versorgungsangeboten soll auf regionaler Ebene ein ‚Finanzierungspool‘ aller in Frage kommenden Kostenträger gebildet werden.“ Benutzer und Personal der Einrichtungen sollen auf diese Weise auch vom täglichen Kampf mit der Vielfalt von Kostenträgern entlastet werden.

Die Evaluation der Reform in Wien hat nicht nur ergeben, daß die Einzelziele des Reformprojekts im wesentlichen erreicht wurden. Interessant ist auch, daß das regionale Gesamtbudget für die psychiatrische Versorgung im Zeitraum von 1977 bis 1987 weniger stark angestiegen ist als die Kosten für die allgemeinen Krankenhäuser Wiens.

Ich möchte nicht mißverstanden werden: Die Wiener Lösung hat auch Nachteile, z. B. die Abhängigkeit der Angebote von der Haushaltslage der Stadt Wien oder das Fehlen einzelfallbezogener Versorgungsstandards. Aber sie gibt Anstöße für eine Lösung, die in die bundesrepublikanische Landschaft paßt und die ich hier skizzieren möchte.

Kernidee ist dabei, die regionale Versorgung über eine Mischfinanzierung zu steuern und zu sichern. Dabei sollte die Zielsetzung bei der Bestimmung der Zuständigkeit der Sozialleistungsträger ebenso erhalten bleiben wie der Anspruch des Einzelnen auf angemessene und notwendige Behandlung und Rehabilitation. Dieser Anspruch muß jedoch einklagbar werden, gerade auch für die Schwerkranken und die chronisch Kranken. Einklagbar auch für die Kommunen. Allen Trägern, besonders aber den Kommunen, ist die Antwort auf die Große Anfrage der SPD „Zur Lage der Psychiatrie“ zu empfehlen. Die von der Bundesregierung aufgezeigten Handlungsfelder vom § 17 SGB I über SGB X zum § 100 BSHG müßten eingeklagt werden. Das Postulat des § 11 SGB V ist für den ambulanten und komplementären Bereich, insbesondere für die Suchtkranken, fängst nicht erfüllt. Das SGB V wird mißverstanden, wenn psychosoziale Maßnahmen als integrierter Bestandteil eines ärztlich geleiteten bzw. verantworteten Behandlungs- oder Rehabilitationsprogramms damit ausgegrenzt werden sollten. Sie sind ja schon jetzt völlig unbestritten der zentrale Bestandteil psychiatrischer Krankenhausbehandlung oder auch der stationären Entwöhnungsbehandlung von Suchtkranken (durch die Rentenversicherungsträger) oder auch der ambulanten Behandlung in Institutsambulanzen.

Die Behandlungs- und Rehabilitationsangebote im komplementären Bereich sind aber - wenn überhaupt - nur bruchstückhaft und dann nur an wenigen Orten ausgebaut. Unbestritten benötigen vor allem chronisch Kranke - die meisten der Suchtkranken rechnen dazu - *integrierte Komplexleistungsprogramme* für überschaubare Zeiträume, die je nach Situation des kranken Menschen und überwiegender Zielsetzung vom jeweils zuständigen Leistungsträger zu finanzieren sind, d. h. bei Zielsetzungen im Sinne der medizinischen Rehabilitation von den Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern; bei Zielsetzungen der beruflichen Rehabilitation von Rentenversicherungsträger, Arbeitsamt oder Hauptfürsorgestelle ; bei überwiegender Zielsetzung der sozialen Eingliederung vom Sozial-

hilfeträger oder im Rahmen der kommunalen Daseinsfürsorge; bei Hilfe zur Pflege von der Sozialhilfe oder von den Krankenkassen.

Bei der Finanzierung über integrierte Komplexleistungsprogramme sollen die Hilfen für einen bestimmten Zeitraum in der Regel von einem Leistungsträger finanziert werden. Die Einrichtungen finanzieren sich dann über eine überschaubare Mischfinanzierung entsprechend der in der Regel kleinen Zahl der von ihnen angebotenen Programme. Ein solches Konzept könnte eine *bedarfs- und leistungsge-rechte Finanzierung* gewährleisten, den Anspruch des einzelnen Kranken am ehesten sicherstellen und die *Steuerungsmöglichkeiten* eröffnen, die bei einer Einzel-leistungsvergütung gegen Null gingen. Eine globale Pauschalfinanzierung über ein einziges Budget, das die Kosten der verschiedenen Leistungsanbieter erstattet, würde die Durchsetzung der Leistungsansprüche der einzelnen Klienten und Klientinnen stark erschweren, wenig Anreiz für eine bedarfsorientierte Leistungsentwicklung ergeben und die Deckelung der Kosten, insbesondere die Absenkung des Deckels, erleichtern.

Dagegen würde die vorgeschlagene Finanzierung von Komplexleistungsprogrammen durch die Sozialleistungsträger die regionale bedarfsorientierte Steuerung der Mittel erleichtern: In der „regionalen Psychiatriekonferenz“ könnten sämtliche Leistungsträger die für die psychiatrische (oder im engeren Sinne die Suchtkranken-) Versorgung aufgebrauchten Kosten zusammengestellt werden und Umstrukturierungsprogramme mit Umschichtungen nach dem Prinzip der kommunizierenden Röhren finanziert werden. Am ehesten ist dies möglich innerhalb einer Leistungsart. Für die Umschichtungen von Sozialhilfemitteln aus dem stationären in den ambulanten komplementären Bereich konnte dies in Bremen eindrucksvoll gezeigt werden, teilweise auch im Rheinland und an anderen Orten.

Nach der Einführung der Personalverordnung Psychiatrie sind auch Umschichtungen bei den Mitteln der Krankenkassen denkbar- bei einer möglichen Belegungsreduktion im Krankenhaus wären die daraus eingesparten und für den ambulanten Bereich einsetzbaren Mittel leicht kalkulierbar. Hier muß aber darauf hingewiesen werden, daß es gerade in der ambulanten Behandlung und medizinischen Rehabilitation psychisch Kranker noch einen Nachholbedarf gibt, der an vielen Orten nicht allein durch Umschichtungen auszugleichen ist.

Aber auch Leistungsträger übergreifende Finanzierungsausgleiche sind denkbar: Wenn es etwa über die Pflegeversicherung zu Entlastungen im Sozialhilfebereich kommen sollte, könnten die hier eingesparten Mittel für die Verbesserung der kommunalen Daseinsfürsorge, z. B. beim Aufbau von Kontaktstellen, eingesetzt werden mit einer möglichen nachfolgenden Entlastung im stationären Bereich.

Auf jeden Fall wäre die hier vorgeschlagene Einrichtung einer „regionalen Psychiatriekonferenz“¹, die ein regionales Gesamtbudget verwaltet und steuert, ein gangbarer Weg, die Vorstellungen der Psychiatrie-Enquete und des Expertenberichtes mit den Erfordernissen einer Steuerung der Finanzierung zu verbinden. Dies ist gerade angesichts knapper Kassen von besonderer Bedeutung. Vorarbeiten hinsichtlich der Definition und Struktur von Komplexleistungsprogrammen und deren

Personalbemessung werden gegenwärtig von einer Expertenkommission der Personalbemessung im komplementären Bereich erarbeitet.

Mein Vorschlag geht noch etwas weiter. Ich denke, es wäre die Aufgabe eines Modellprogramms mit Bundesmitteln, die organisatorische und finanzielle Integration der gemeindepsychiatrischen Versorgung einer Region voranzubringen:

- Die Idee der Integration erhielte auf diesem Weg neue Anstöße;
- Erfahrungen in der Umsetzung unterschiedlicher Formen des gemeindepsychiatrischen Verbundes könnten gesammelt werden;
- die im Detail komplizierten rechtlichen und finanziellen Probleme einer integrierten Planung und Finanzierung könnten beispielhaft erprobt und die Basis für neue gesetzgeberische Lösungen gefunden werden.

Ich möchte Sie auffordern, als die mit den alltäglichen Problemen vertrauten Fachleute Ihrerseits inhaltliche und strukturelle Vorgaben für ein Modellprogramm zu erarbeiten und in Öffentlichkeit und Politik hineinzutragen. Im Rahmen eines solchen Modellprogramms zu lösende Fragen wären dabei u.a.:

- Mit Hilfe welcher Steuerungsinstrumente ist die Versorgungsverpflichtung und die Kooperation der Leistungsanbieter zu sichern?
- Auf welchem Wege gelingt es am besten, die Selbsthilfegruppen in den Planungs- und Abstimmungsprozeß einzubeziehen, ohne sie zu vereinnahmen?
- Welche rechtlichen und finanziellen Mechanismen behindern die Integration?
- Wie gelingt es, die Finanzierungsströme in den ambulanten Bereich umzudirigieren?
- Wie sind die Ansprüche der Patienten auf die angemessene und notwendige Behandlung und Rehabilitation herzustellen und die notwendige Kostenbegrenzung einzuhalten?
- Wie lassen sich mit der regionalen Gesamtsteuerung Bedarfsorientierung und Qualitätssicherung verbessern?

Statt einer Kommentierung im Detail fordere ich die reformbereiten Kräfte aus Praxis, Wissenschaft, Öffentlichkeit und Politik auf, jetzt eigene umsetzungsreife inhaltliche und strukturelle Reformschritte zu entwickeln und einzuklagen. Ich werde mich in Gesundheitsausschuß, Parlament und Öffentlichkeit für ein wissenschaftlich begleitetes Bundesmodellprogramm einsetzen.

8. Suchtkrankheit als Thema von Politik und Öffentlichkeit

Alle Strukturüberlegungen und Modelle werden allerdings in der Umsetzung Schwierigkeiten bekommen, wenn die generelle Bereitschaft unserer Gesellschaft, sich der Aufgabe einer Neuordnung der Suchtkrankenversorgung zu steilen, nicht ausreichend vorhanden ist. Nichts lahmt politische und fachliche Anstrengungen mehr als das Desinteresse einer breiten Öffentlichkeit oder Kontroversen über die Notwendigkeit der Problemlösungen. Suchtkrankheitenpolitik wird nur dann gelingen können, wenn ihre Zwecke, Ziele und Mittel von einem breiten gesellschaftlichen Konsens getragen werden und sie nicht länger Gegenstand parteipolitischer Aus-

einandersetzungen bleibt und zum offenen Austrag von Meinungsverschiedenheiten führt. Notwendig ist leider immer noch der allgrundsätzlichste Konsens: daß Sucht nämlich Krankheit ist und nicht ein selbstgewähltes und selbst zu verantwortendes Schicksal.

Politische Ordnungsmuster neigen dazu, den Menschen aus dem Auge zu verlieren. Der Mensch aber muß wieder in den Mittelpunkt rücken; Sucht ist als Erkrankung ernstzunehmen und daher in erster Linie als eine gesundheitspolitische Aufgabe zu verstehen, erst sekundär als eine rechtspolitische Herausforderung. Dem Grundsatz „Hilfe statt Strafe“ muß Geltung verschafft werden. Suchtkranke Menschen - wobei das Spektrum von Workaholics und Spielsüchtigen bis zu Alkoholkranken und Heroinabhängigen reicht - brauchen Verlässlichkeit in der Politik, nicht eine weitere Abhängigkeit von der Politik und deren zufälligen Mehrheitsentscheidungen.

Wenn die Politiker und Politikerinnen diesen Konsens auch in der Praxis vor Ort endlich unter Beweis stellen würden, wäre auch der klassische Konflikt mit den wohlsituierten Bürgern, die sich gegen die Errichtung einer Suchtkrankeneinrichtung vor ihrer Haustüre wehren, leichter zu bewältigen, die Integration und Reintegration Suchtkranker in unsere Gesellschaft besser zu fördern und die Einsicht in die Notwendigkeit der Schaffung komplementärer Einrichtungen vor Ort und nicht bloß irgendwo auf der grünen Wiese besser zu vermitteln. Politiker und Politikerinnen sollten ehrlich dazu stehen, daß Suchtkrankheiten weit verbreitet sind - sogar unter ihnen selbst! - und die Notwendigkeiten an Hilfen nicht verschleiern oder herunterspielen. Eine Stadtverwaltung, die Hilfen für die Alkoholprobleme ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen anbietet, diskreditiert diese damit nicht und sollte auch keine Angst vor den spöttischen Reaktionen aus Teilen der Bürgerschaft haben. Nur wenn das Problem von Politik, Medizin, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite, Kirchen und Verbänden offensiv angegangen wird, wird sich auch das öffentliche Meinungsbild insgesamt ändern und die gesellschaftliche Herausforderung, die die zunehmende Zahl der Süchte und Suchtkranken darstellt, bewältigt werden können.

Podiums- und Plenumsdiskussion zum Themenbereich III

Moderation: Niels Pörksen

Podiumsteilnehmerinnen und -teilnehmer:

<i>Bernd-Ulrich Drost,</i>	Beigeordneter der Stadt Solingen
<i>Rolf Hüllinghorst,</i>	Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hamm
<i>Horst Schmidbauer,</i>	MdB, Bonn
<i>Regina Schmlidt-Zadel,</i>	MdB, Bonn
<i>Margot Wehmhöner,</i>	Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

Bernd-Ulrich Drost, Solingen:

Was uns gerade an Modellvorstellungen über regionale integrierte Planung vorge-
tragen worden ist, ist in seiner Fülle beeindruckend und durchaus akzeptabel. Aller-
dings beschleichen mich vor dem Hintergrund meiner fünfundzwanzigjährigen
Erfahrung als kommunaler Verwaltungsbeamter doch Zweifel dahingehend, ob die
Politik derzeit die Kraft hat, Rahmenbedingungen zu schaffen, die das Elend mildern.
Eher wird es zu einer weiteren Teilung der Gesellschaft kommen, zumindest erlebe
ich das in meinem Umfeld. Auch wenn ich wenig Hoffnung auf durchgreifende Hilfe
von zentralen staatlichen Institutionen habe, halte ich es doch für eine vordringliche
Aufgabe, das BSHG zu novellieren, und auch die Neugestaltung des SGB IX ist ein
wichtiges Thema.

Bei der Diskussion heute Vormittag hätte ich mir einen Hinweis auf die geplante
Kassenreform gewünscht, die uns buchstäblich den Teppich unter den Füßen
gemeindepsychiatrischer Versorgung wegziehen wird. Ich will das am Beispiel meiner
Stadt mit ihren 160.000 Einwohnern erläutern. Sie hat eine mittelständische
Wirtschaftsstruktur, die vorwiegend durch Kleinbetriebe gekennzeichnet ist. Es gibt
Betriebskrankenkassen und eine relativ starke AOK mit niedrigen Beitragssätzen und
einem akzeptablen Leistungsniveau. Diese AOK, die für mich als Sozial-,
Gesundheits- und Krankenhausdezernent eine wichtige Partnerin für das soziale
Gestalten in der Kommune ist, wird es wahrscheinlich zum Ende dieses Jahres nicht
mehr geben. Die Alternative ist dann eine AOK für 900.000 oder für 9 Millionen
Menschen, und das soll dann auf Seiten der Krankenversicherung die Grundlage für
ein regionales psychiatrisches Versorgungssystem sein. Wenn wir über Strukturen
und Fragen der Kostenträgerschaft diskutieren und uns darin einig sind, daß die
Krankenkasse in Zusammenhang mit der Suchtkrankenversorgung ein eminent
wichtiger Partner ist, dann müssen wir auch über diese folgenreichen Verän-
derungsbestrebungen diskutieren. Eine Krankenkasse dieser Größenordnung ist
einfach vor Ort nicht mehr faßbar. Das aber ist eine wichtige Voraussetzung dafür,
auf kommunaler Ebene alle Beteiligten an einen Tisch zu bekommen und so eine

für die betroffenen Menschen hilfreiche integrierte Versorgung zu ermöglichen. In meinem Dezernat finden sich das Sozialamt, das Jugendamt, das Gesundheitsamt und der Krankenhausbereich; ein Gutteil der Menschen, über deren Probleme wir hier reden, tauchen mit mehr oder weniger großer Regelmäßigkeit in allen 4 Institutionen auf. Aber wir haben ein ausgeprägtes Spartenprinzip, auch bei mir im Zuständigkeitsbereich. Wenn wir aber verantwortlich arbeiten wollen - sei es als Administratoren oder als Therapeuten -, dann müssen wir dafür sorgen, daß die Heterogenität und Engstirnigkeit einzelner Dienste und Institutionen nicht wächst, sondern daß sie zusammenkommen und nach einem gemeinsamen Konzept arbeiten. Dies kann nur in der Kommune geleistet werden.

Caspar Kulenkampff, Lübeck:

Was wir jetzt hier diskutieren, ist meines Erachtens keine Frage der Suchtversorgung mehr, sondern ein allgemeines gesundheitspolitisches Strukturproblem, wobei man sich eigentlich noch fragen muß, ob es denn für das gesamte Gesundheitsversorgungssystem oder nur für den großen Bereich der Psychiatrie-Versorgung gilt. Zum letzteren haben wir ja, wie sie wissen, in der Expertenkommission Überlegungen angestellt. Es gibt das „Bremer Modell“, bei dem unzählige Verträge geschlossen worden sind, zwischen den einzelnen Einrichtungen, zwischen den kommunalen und den freien Trägern. So ist ein Netzwerk von Verabredungen entstanden, das sich nicht nur auf das persönliche Kennen einzelner Leute gründet, sondern in verbindlicher schriftlicher Form vorliegt, so daß man jemand zur Ordnung rufen kann, wenn er plötzlich nicht funktioniert. Die Idee war, in der Verbindung der Einrichtungen und Träger untereinander eine übergreifende Rechtsform zu konstituieren. Das Problem scheint mir zu sein, daß auf kommunaler Ebene zwischen den Trägern Konkurrenzverhältnisse entstehen. Es wäre deshalb wichtig, eine Rechtsform zu schaffen, unter deren Dach sich die verschiedenen Vereine und Träger zusammenfinden können. Es geht darum, von einem „Trägerbewußtsein“, einem „Einrichtungsbewußtsein“ zu einem „regionalen Bewußtsein“ zu kommen, also gemeinsam im Sinne der Gesamtregion zu denken und effektiv zu arbeiten. Solch ein Trägerverbund hätte auch den Vorteil, daß man besser mit den Kosten- und Leistungsträgern verhandeln kann und zu besseren Verträgen kommt, als wenn jeder Betrieb einzeln auftritt. Leider ist das bisher, soweit ich sehe, nirgends so recht gelungen. Ich stimme Herrn Schmidbauer darin zu, daß die Lösung sicher in diese Richtung gehen muß. Vielleicht läßt sich nicht gerade die Vorstellung einer Sozialgemeinde verwirklichen, die möglicherweise eine schöne Idee, aber doch im kommunalen Recht schwer zu verankern ist. Es wäre interessant zu erfahren, welche Vorgehensweise aus politischer Sicht empfehlenswert ist, um solche Strukturveränderungen auf den Weg zu bringen. Vor allem wäre hier die Frage, ob dies im Zusammenhang mit der Novellierung des BSHG oder des SGB versucht werden sollte.

Horst Schmidbauer, Bonn:

Mich beschäftigt sehr, daß hier interessante konzeptionelle Vorstellungen und guter Wille vorhanden sind und es eigentlich an der politischen Kraft fehlt, das

Ganze umzusetzen, in der Situation, in der sich die Sozialpolitik augenblicklich befindet, darf man aber meines Erachtens nicht vor lauter Angst über die vollzogenen oder drohenden Eingriffe den Weg nach vorne vergessen. Ich glaube, daß eine Defensivhaltung eher weitere Einschnitte zur Folge haben wird und man stattdessen versuchen sollte, mit einer gesamtkonzeptionellen Idee eine zukunftsorientierte Bewegung oder Stimulanz zu erreichen. Gerade die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat in der Vergangenheit vielfach gezeigt, wie erfolgreich ein solches Vorgehen sein kann. Die Bundesregierung darf nicht aus ihrer Verpflichtung für die psychisch kranken und suchtkranken Menschen entlassen werden. Es müßte ein neues Modellprogramm aufgelegt werden, das die Regierung mit in die Verantwortung zieht; ich glaube, dafür kann man sie auch gewinnen. Im Rahmen eines solchen Modellprogramms könnten Ansätze, wie sie bei dieser Tagung dargestellt worden sind, erweitert und konkretisiert werden, und es könnte in Gestalt von Verbundmodellen aufgezeigt werden, wie ein regional integrierter Versorgungsansatz funktionieren kann. Mit Hilfe der Erfahrungen aus der modellhaften Praxis lassen sich die Schwierigkeiten in der Sozialgesetzgebung eher überwinden, weil sie es den Trägern erleichtern, ihre Vorbehalte gegen eine gesetzliche Novelle abzubauen.

Bernd-Ulrich Drost, Solingen:

Ich bin prinzipiell davon überzeugt, daß die Ausgrenzung psychisch kranker und suchtkranker Menschen von somatisch Kranken letztlich nicht über Rechtskonstrukte gelöst werden kann, weil es sich um ein breit angelegtes, vielgestaltiges soziales Phänomen handelt. Dennoch müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen verbessert werden, und dies geht nur über eine Änderung des SGB, da es von seiner Systematik her all die Probleme umfaßt, die wir hier diskutieren.

Eine weitere wichtige Aufgabe liegt darin, die Aufgliederung in örtliche und überörtliche Träger zu überwinden, weil sie im Rahmen der sozialpsychiatrischen Versorgung überholt ist. Schließlich will ich noch einmal darauf hinweisen, daß die rechtlichen Voraussetzungen für die Wahrnehmung kommunaler Verantwortung im Bereich der Psychiatrie-Koordination durchaus vorhanden sind: aus Artikel 28 Grundgesetz, aus der Landesverfassung und der Gemeindeordnung ergibt sich, daß Planung, Steuerung und Kontrolle von Daseinsvorsorge ein essentielles Element kommunaler Tätigkeit ist. Im übrigen ist das uralte Konzept der Sozialgemeinde nicht ein Phantom von vorgestern, sondern gewinnt in vielen Feldern wieder reale, soziale Gestalt.

Regina Schmidt-Zadel, Bonn:

Im Hinblick auf die Sozialgemeinde stimme ich Herrn Drost zu. In Nordrhein-Westfalen gibt es einen solchen Versuch im Bereich der Altenbetreuung; ich habe mir das Modell angesehen und bin der Meinung, es funktioniert sehr gut. Man sollte darüber nachdenken, es auch auf andere Bereiche, z. B. den der psychiatrischen

und der Suchtkrankenversorgung auszudehnen. Was die unsägliche Aufspaltung in örtliche und überörtliche Träger nach § 100 angeht, so dürfte dies auch ein Thema in einem Ausschuß des nordrhein-westfälischen Landtages sein, der sich mit der Reform von Verwaltungsstrukturen auf dieser Ebene befaßt.

Um auf die Frage von Herrn Prof. Kulenkampff nach den Vorstellungen der SPD-Fraktion zurückzukommen, so kann ich nur, ebenso wie mein Kollege Herr Schmidbauer, darauf hinweisen, daß wir z. B. bei der Diskussion um das Gesundheitsstrukturgesetz die örtliche Gesundheitskonferenz gefordert, diese aber nicht erreicht haben. Die Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der SPD hat gezeigt, daß die verschärfte Problematik im Bereich der psychiatrischen und der Suchtkrankenversorgung nicht erkannt worden ist. Die Problematik wird sich auch nach Ansicht der Fachleute weiter verschärfen, nicht zuletzt aufgrund der allgemein schlechter werdenden sozialen Bedingungen, ich denke, wir werden überlegen müssen, wie wir neue Wege gehen, ich habe die große Befürchtung, daß wir auf der bundespolitischen Ebene nichts Entscheidendes bewegen können, sondern daß wir vor Ort mit den Veränderungen anfangen müssen, und daß dabei die Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren eine wichtige Rolle spielen werden.

Heinrich Kunze , Bad Emstal:

Mein Beitrag betrifft die Kommunalpolitik als Interessenvertretung nicht nur der gesunden, sondern auch der kranken, vor allem der suchtkranken und psychisch kranken Menschen, also die politische Interessenvertretung, ich möchte darauf hinweisen, daß es ausreichende Rechtsgrundlagen für die Kommunalpolitik in diesem Bereich gibt, diese aber offenbar nicht im Bewußtsein der Beteiligten verankert sind. Da ist zum einen der § 17 SGB I, der die Leistungsträger verpflichtet, darauf hinzuwirken, daß jede berechnigte Person die ihr zustehenden Leistungen bekommt, und zwar ausreichend, rechtzeitig und auf möglichst einfache Weise. Auch die Zusammenarbeit mit den gemeinnützigen freien Trägern ist darin vorgesehen. In § 17 SGB I, §§ 86 ff. und § 95 SGB X sowie in § 10 BSHG ist ausdrücklich die Zusammenarbeit bei Planung und Durchführung auf örtlicher und überörtlicher Ebene festgehalten: Es ist Aufgabe der Leistungsträger, dafür zu sorgen, daß die Gebietskörperschaften und die Einrichtungsträger daran beteiligt sind. Die kommunalpolitische Verantwortung für die kranken, suchtkranken und mehrfach geschädigten Mitbürgerinnen und Mitbürger würde es erfordern, daß Kommunalpolitiker, Kommunalverwalter und Psychiatriekoordinatoren unter Bezug auf die genannten Rechtsgrundlagen eine Bestandsaufnahme vornehmen, um festzustellen, wie groß das Defizit zwischen Individualrechtsansprüchen und tatsächlichen Leistungen ist, daß sie bestehende gesetzliche Leistungsverpflichtungen einfordern und dafür sorgen, daß das Ganze entsprechend koordiniert wird. Es gibt alle diese Grundlagen - wo ist der politische Wille, sie zu gebrauchen?

Johann Kebbel, Bremen:

Ich möchte am Beispiel Bremen schildern, wie hier im Bereich der Psychiatrie gewissermaßen Vorbildliches geleistet wird. Insbesondere für die Zielgruppe der

chronisch psychisch Kranken wurde im Verlauf von zwölf Jahren ein umfassender Umstrukturierungsprozeß vollzogen: Der stationäre Langzeitbereich wurde in relativ kurzer Zeit vollständig aufgelöst, und gleichzeitig wurden im ambulanten komplementären Bereich neue Strukturen entwickelt. Diese neuen Strukturen sind so gestaltet, daß in jeder Region Bremens - es gibt fünf Regionen mit jeweils etwa 100.000 Einwohnern - heute die folgenden Einrichtungen vorhanden sind: ein sozialpsychiatrischer Dienst, eine Tagesstätte für chronisch psychisch Kranke, ein Heim, ein Kleinheim mit etwa 20-30 Plätzen, 50 bis 80 Plätze im Betreuten Wohnen sowie eine Kleinwerkstatt für beschützte Arbeitsbereiche. Die Versorgung der geistig Behinderten ist vollständig aus dem stationären Bereich herausgenommen worden und in wo h ri ortgerechte, kleine Heime, Tages- und Arbeitsstätten verlagert worden. Das alles ist nur möglich gewesen, weil Bremen eine sozialfreundliche Stadt ist, weil die politischen Parteien für soziale Fragen aufgeschlossen sind und weil sich die verantwortlichen Ressorts und senatorischen Bereiche diese Aufgaben mit zu eigen machen. Das Besondere an diesem Umstrukturierungsprozeß ist, daß man sich vor allem auf die Gruppe der chronisch psychisch Kranken konzentriert hat und daß das gesamte Vorhaben mit nur einem einzigen Kostenträger bewerkstelligt wurde, nämlich über eine Umverteilung im Bereich der Sozialhilfe, die vorher die vielen Pflegefälle im stationären Bereich finanziert hatte. Alle Bemühungen, andere Kostenträger wie Krankenkassen und Rentenversicherung miteinzubeziehen, sind bis heute kläglich gescheitert. - Die Suchtkrankenversorgung ist aber leider bisher auch in Bremen ein Stiefkind geblieben.

Wolfram Schuler, Kassel:

Meines Erachtens wird in der ganzen Diskussion die gesundheitspolitische Verantwortung der Landesebene zu sehr vernachlässigt. Ich beobachte da zwei gegensätzliche Entwicklungen, die einander jeweils wechselseitig bedingen: Zum einen ist dies eine Zentralisierung der steuerungs- und finanzpolitischen Kompetenzen auf Bundes- und Landesebene, zum anderen eine Atomisierung und anarchische Vermehrung des Angebotes auf Gemeindeebene (wobei die Angebote im einzelnen für sich genommen sicherlich legitime und sinnvolle Bausteine der Suchtkrankenversorgung darstellen). Schon in SGB V und jetzt auch in den Entwürfen zum SGB IX haben die Länder - zumindest im stationären Rehabilitationsbereich - immer mehr gesundheitspolitische Kompetenzen abgegeben. Die Versorgungsverträge werden nur noch zwischen dem jeweiligen Einrichtungsträger und den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen; die Sozialministerien sind nicht mehr eingebunden. Im Rehabilitationsbereich findet also keine Planung und Steuerung mehr auf Landesebene statt und ich denke, das ist ein großer Verlust. Das bedeutet eine Stärkung der Leistungsträger, die immer mehr Planungs- und Steuerungskompetenz erhalten - eine Entwicklung, die sich auch in der Novellierung des SGB IX, so wie sie derzeit rudimentär zu erkennen ist, fortsetzt. Gerade wenn man die Entwicklung in den neuen Bundesländern betrachtet, erscheint es jedoch sehr zweifelhaft, ob sie eine solche Strukturverantwortung wahrnehmen können und sollten. Hier müssen die Länder Verantwortung wieder zurückerobern.

Zentralisierungstendenzen werden auch an anderen Stellen deutlich: Z.B. ist in den neuen Entwürfen zum SGB IX ein Verordnungsrecht des Bundes unter Umgehung des Bundestages vorgesehen für den Fall, daß sich die Leistungsträger nicht einigen können; die Beteiligung der Landesministerien bleibt völlig unklar. Man sollte deshalb daran denken, auf Landesebene ebenso wie auf kommunaler oder regionaler Ebene Konferenzen einzurichten (vergleichbar mit dem von der SPD vorgeschlagenen Konzept im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung), in denen die Anbieter, die Leistungsträger und die politisch Verantwortlichen repräsentiert sind.

Regina Schmidt-Zadel, Bonn:

Ich möchte zunächst einmal eingehen auf die Leistungsverpflichtung der kommunalen Ebenen. Aus meiner Sicht sind die Verpflichtungen der Leistungsträger im Gesetz festgelegt. Häufig ist es aber so, daß im Falle des Streites um die Kostenübernahme sich die Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen, vor allem im Hinblick auf die schwierige finanzielle Situation, auf die Position zurückziehen, die Leistungen auf örtlicher Ebene seien freiwillig. Obwohl dieses Argument nicht zutrifft, wird es immer wieder benutzt. Wenn sich da nicht etwas ändert, dann leidet die Arbeit vor Ort und das finde ich im Moment die schlimmste Entwicklung. Zur finanziellen Situation möchte ich noch sagen, daß der Staat immerhin 6 Mrd. DM Steuereinnahmen aus dem Alkoholverkauf bezieht, im Vergleich dazu aber nur lächerliche Millionenbeträge für die Versorgung von Suchtkranken aufbringt. Vielleicht wäre es ein Weg zu fordern, diese Milliarden umzuwidmen, um den Betroffenen damit zu helfen.

Niels Pörksen, Bielefeld:

Wir sind, was die Arbeit mit Abhängigkeitskranken angeht, sicherlich ein großes Stück in Richtung Kommunalisierung vorangekommen, aber wir haben auch in den Diskussionen der letzten beiden Tage eine Reihe von Defiziten deutlich herausgearbeitet. Es ist klar geworden, daß es nicht darum geht, das vorhandene System auszuweiten, sondern darum, strukturelle Veränderungen vorzunehmen. Das Bundesgesundheitsministerium ist direkt darauf angesprochen worden, ob nicht noch einmal ein Modellprogramm im Bereich der Arbeit mit Alkohol- und Medikamentenabhängigen finanziert werden könnte, da es für diesen riesigen Personenkreis bisher nichts Entsprechendes gegeben hat. Eine weitere wichtige Frage war, ob nicht ein Teil der benötigten Mittel von den Steuereinnahmen aus dem Verkauf von Alkohol und anderen Suchtmitteln abgezweigt werden könnte. Schließlich will ich die Verantwortlichen noch einmal ernsthaft darum bitten zu prüfen, ob § 30 der Gewerbeordnung auch in Zukunft einzige Voraussetzung dafür bleiben darf, Tausende von Betten in psychosomatischen Kliniken und in Suchtkliniken überall verstreut im Land einzurichten, ohne daß irgend jemand eine Kontrolle ausübt.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Dr. Winfried BERTRAM, Leitender Arzt des Fachbereiches Sucht der Landesnervenklinik Hildburghausen

Andreas BRUNK, Chefarzt der Fachklinik St. Camillus, Duisburg

Dr. Martin DRESSEN, Facharzt f. Psychiatrie u. Neurologie. Klinik für Psychiatrie Medizinische Universität zu Lübeck

Jörg EBELING, Dipl.-Psychologe, Psychiatrisches Krankenhaus Merxhausen. Bad Emstal/Kassel

Prof. Ray HODGSON, Ph.D., Director of Psychology, Whitchurch Hospital, Whitchurch/Cardiff

Rolf HÜLLINGHORST, Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hamm

Bernhard JAGODA, Präsident der Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE

PD Dr. Ulrich JOHN, Dipl.-Psychologe, Klinik für Psychiatrie, Medizinische Universität zu Lübeck

Manfred KRAMER, Leiter der Unterabteilung Personal/Betreuung, Betriebliche Suchtkrankenhilfe, VW-Werk Baunatal

Prof. Dr. Otto Ernst KRASNEY, Vizepräsident des Bundessozialgerichts, Kassel

Dr. Günther KRUSE, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hannover, Langenhagen

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Ärztlicher Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen, Bad Emstal/Kassel, Stellvertr. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE

Dietmar MÄNNCHEN, Referatsleiter der Gesundheitsabteilung der LVA Westfalen, Münster

Heinz-Günther MERGELKUHL, Geschäftsführer der Selbsthilfefirma KOMET GmbH, Gütersloh

Dr. Niels PÖRKSEN, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik, von Bodelschwingsche Anstalten Bethel, Bielefeld

Dr. Bruce RITSON, Department of Psychiatry, Edinburgh University, Royal Edinburgh Hospital, Edinburgh

Andreas ROTHE, Leiter der Modelleinrichtung für chronisch Alkoholranke „HAUS AN DER BUCHE“, Diakoniewerk für Sozialtherapie Duisburg GmbH, Duisburg

Horst SCHMIDBAUER, MdB, Bonn

Horst SEEHOFER, Bundesminister für Gesundheit, Bonn Eckhard SUNDERMANN, Dipl.-Psychologe, Fachbereichsleiter Psychosoziale Hilfen der Inneren Mission - Diakonisches Werk, Bochum

Clemens VELTRUP, Dipl.-Psychologe, Klinik für Psychiatrie, Medizinische Universität zu Lübeck

Margot WEHMHÖNER, Leiterin des Referats Überbetriebliche Gesundheitsförderung,
Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
Günther WIENBERG, Dezernent Ausbildungsstätten, von Bodelschwingsche
Anstalten Bethel, Bielefeld

Übersicht über die Informationstagungen und Veröffentlichungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE seit Übergabe der Psychiatrie-Enquete 1975

Gemeindenahe Psychiatrie

am 27. 10. 1975 in Stuttgart

Gemeindenahe Psychiatrie

am 8. und 9. 11. 1975 in Mannheim

Gemeindenahe Psychiatrie

am 27. 11. 1975 in Köln-Merheim zu 1-3: **Tagungsbericht Band 1**, vergriffen

Gemeindenahe Psychiatrie

am 5. und 6. 3. 1976 in Berlin

Was nun nach der Psychiatrie-Enquete?

Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt am 18. und 19. 11. 1976 in Frankfurt

Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter

am 2. und 3. 12. 1976 in München

Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich

am 24. und 25. 6. 1977 in Loccum

Rechtsprobleme in der Psychiatrie

am 7. 10. 1977 in Hamburg

dazu: Tagungsbericht Band 2, vergriffen

Die Psychiatrie Enquete in Internationaler Sicht

am 1. und 2. 6. 1978 in Bonn

dazu: **Tagungsbericht: Band 3**, vergriffen

Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?

am 14. und 15. 11. 1978 in Hannover/Wunstorf

Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter

am 27. und 28. 9. 1979 in Bonn

dazu: **Tagungsbericht Band 4**, vergriffen

Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD - fünf Jahre nach der Enquete

am 23. 11. 1979 in Mannheim

dazu: **Tagungsbericht Band 5**, vergriffen

Informationsveranstaltungen zum **Modellprogramm Psychiatrie der Bundesre-
gierung** am 31. 1. 1980

Ambulante Dienste in der Psychiatrie

am 13. und 14. 6.1980 in Hannover dazu:

Tagungsbericht Band 6, vergriffen

Drogenabhängigkeit und Alkoholismus

am 6. und 7. 11.1980 in Mannheim dazu:

Tagungsbericht Band 7, vergriffen

Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie

am 25. und 26. 6.1981 in Bonn

dazu Sonderdruck **Modellprogramme des Bundes und der Länder - Kritische Übersicht**

Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter

am 19. 11.1982 in Bonn

dazu: Tagungsbericht Band 8, vergriffen

Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung

am 2. und 3. 12. 1982 in Bonn

dazu: Tagungsbericht Band 9, vergriffen

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

am 10. und 11. 11.1983 in Offenbach

dazu: Tagungsbericht Band 10

Komplementäre Dienste - Wohnen und Arbeiten

am 6. und 7. 7. 1984 in Bonn dazu:

Tagungsbericht Band 11

Kinder- und Jugendpsychiatrie - eine Bestandsaufnahme

am 18. und 19. 10.1984 in Bonn

dazu: Tagungsbericht Band 12, vergriffen

Psychiatrie in der Gemeinde - die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts

am 5. und 6. 12. 1984 in Bonn

dazu: Tagungsbericht Band 13, vergriffen

Notfallpsychiatrie und Krisenintervention

am 15. und 16. 5. 1986 in Bonn

dazu: Tagungsbericht Band 14, vergriffen

Die therapeutische Arbeit psychiatrischer Abteilungen

am 23. und 24. 10. 1986 in Kassel dazu:

Tagungsbericht Band 17, vergriffen

Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker- Ein internationaler Vergleich

am 27. und 28. 11. 1986 in Bonn dazu:

Tagungsbericht Band 15

„Leben die Bücher bald?" (F. Hölderlin) - Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission und seine Umsetzungsmöglichkeiten in der Gemeinde

am 22. und 23. 6. 1989 in Bonn

dazu: **Tagungsbericht Band 16**

Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen

am 20. und 21. 6. 1990 in Emstal

dazu: **Tagungsbericht Band 18**, vergriffen

Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behindertor in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR

am 29./30.11. und 1. 12. 1990 in Berlin

dazu: **Tagungsbericht Band 19**

Die Versorgung psychisch Kranker alter Menschen

am 3. und 4. 6. 1992 in Bonn dazu:

Tagungsbericht Band 20

Von 1975 bis 1982 wurden diese Projekte von der BZgA gefördert, seit 1983 vom BMJFFG, seit 1991 vom BMG. Die Tagungsberichte sind kostenlos bei der Geschäftsstelle Aktion Psychisch Kranke, Graurheindorfer Str. 15, 53111 Bonn, erhältlich.

