

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

24. NIEDERSÄCHSISCHE SUCHTKONFERENZ 09|2014

Im Dickicht der Hilfesysteme?

Versorgungsprobleme und
innovative Lösungsansätze
zwischen Suchthilfe und
Psychiatrie

Berichte zur Suchtkrankenhilfe 2014



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

Impressum

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Redaktion:
Anna Stern
Lea Oesterle
Thomas Altgeld

Layoutkonzept und Gestaltung:
Homann Güner Blum,
Visuelle Kommunikation,
Hannover

Druck:
Unidruck, Hannover

Im Dickicht der Hilfesysteme?

Versorgungsprobleme und
innovative Lösungsansätze
zwischen Suchthilfe und
Psychiatrie

Layoutfassung

VORWORT

DR. SABINE BRÄGELMANN-TAN	Im Dickicht der Hilfesysteme? Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze zwischen Suchthilfe und Psychiatrie	6
---------------------------	---	---

VORTRÄGE

ELENA GOMES DE MATOS	Epidemiologie von Substanzstörungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung	8
HANS BÖHL	Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland	12
DR. MARTIN REKER	Zum Spannungsverhältnis zwischen traditioneller Suchthilfe und psychiatrischer Suchtkrankenversorgung: Wie zusammenwachsen kann, was zusammen gehört!	19
NADJA WIRTH	Verbesserte Kooperation zwischen Suchthilfe/-prävention und Kinder- und Jugendpsychiatrie	24
JÖRG ZERCHE	Zwei Hilfesysteme und ein Netzwerk: Wirksame Zusammenarbeit in Prävention und Gesundheitsförderung	32
WOLFRAM BEINS	Das integrierte Angebot der Hilfen für psychisch Kranke und Suchtkranke im Landkreis Celle	39
CONRAD TÖNSING	Integrierte Versorgung bei Substanzgebrauchsstörungen für den Landkreis Emsland	46
DR. MANFRED RABES LOTHAR SCHLIECKAU DR. WILHELM UNKEL	Perspektivdiskussion: Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze zwischen Suchthilfe und Psychiatrie	52

VERZEICHNIS DER REFERENTINNEN UND REFERENTEN	55
---	----

Im Dickicht der Hilfesysteme?

Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze zwischen Suchthilfe und Psychiatrie

In Deutschland verfügen wir über ein ausdifferenziertes Hilfesystem für die Behandlung von Suchterkrankungen und Erkrankungen aus dem psychiatrischen Formenkreis. Geht man nach der ICD10 (International Classification of Disease) und betrachtet die Statistiken der Diagnosedaten der Krankenhäuser, hier der stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten in der Regelversorgung der Akutkrankenhäuser und der psychiatrischen Krankenhäuser, so ist auffällig, dass bei dem Diagnosekomplex „Psychische und Verhaltensstörungen“ (die sogenannten F-Diagnosen) ca. 30 % der Diagnosen aus dem Bereich der Suchterkrankungen kommen. Dabei stehen der Alkoholmissbrauch und die Alkoholabhängigkeit ganz oben.

Laut der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wurden in Niedersachsen 2012 ca. 1,7 Millionen Menschen in einem Krankenhaus stationär behandelt. Von diesen hatten ca. 110.000 eine psychiatrische Diagnose, davon wiederum ca. 44.000 die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“.

Was verdeutlichen diese Zahlen – die ja nur den Ausschnitt „stationäre Versorgung“ wiedergeben?

Zunächst einmal ist allgemein akzeptiert, dass die Suchterkrankung:

1. eine Erkrankung ist,
2. zu den psychiatrischen Erkrankungen gehört und
3. dass wir hier – auch quantitativ – einen großen Auftrag in der gesundheitlichen Versorgung haben.

Diese Erkenntnisse sind und waren allerdings nicht selbstverständlich. Deshalb kann es hilfreich und wichtig sein, sich an die historischen Entwicklungen in der Suchthilfe und in der Psychiatrie zu erinnern. Dieser Schritt ist möglicherweise notwendig, um überhaupt zu verstehen,

- warum sich zwei Hilfesysteme ergeben und weiterentwickelt haben,
- wo die Vorteile dieser Vielfalt in der Versorgung liegen,
- wo aber auch – und das schon seit Jahren – über Versorgungsprobleme und deren Bewältigung nachgedacht wird.

Ist es doch das Ziel, im Sinne der betroffenen Suchtmittelmissbrauchenden oder Suchtmittelabhängigen ein größtmögliches Maß an hochwertiger psychosozialer und gesundheitlicher Versorgung im Hilfesystem, bei einem möglichst effizientem Umgang mit

den vorhandenen, von der Gesellschaft zur Verfügung gestellten Ressourcen, zu bewirken.

Suchtmittelabhängigkeiten und den Missbrauch von Suchtmitteln hat es zu allen Zeiten und in allen Kulturen gegeben. Für unseren kulturellen Kontext galt und gilt, dass – bleiben wir bei Alkohol – das „übermäßige Trinken“ noch bis in die Anfänge des 20. Jahrhunderts eher als Sünde und Laster, denn als Krankheit gesehen wurde. So wurden Trinkerheilstätten im Zeichen der Fürsorge der „christlichen Nächstenliebe“ im Sinne des „sich kümmern müssens“ um die armen Kreaturen eingerichtet und geführt. Die Anfänge der Sozialfürsorge, die auch eine Vorsorge, Betreuung und Nachbetreuung umfasste, sind unter anderem auch hier gelegt.

Leider wurde aber auch das „Laster der Trunksucht“ – wie andere psychisch auffällige Verhaltensweisen – spätestens seit Beginn der Jahrtausendwende vom 19. zum 20. Jahrhundert – eigentlich schon eher – unter sozialhygienischen Fragestellungen für das Gemeinwohl, unter der Eugenik und Rassenhygiene diskutiert. In den dreißiger Jahren des vergangenen Jahrhunderts führte dies in Deutschland zu all den schlimmen Auswüchsen, die der Nationalsozialismus für Menschen mit psychischen

Verhaltensauffälligkeiten, seien es Erkrankungen oder auch nur Abweichungen von normativ gesetzten Vorgaben, hatte.

Bis in Deutschland die Versorgung von psychiatrisch erkrankten Menschen und in diesem Zusammenhang auch die Versorgung von abhängigkeiterkrankten Menschen im größeren gesamtgesellschaftlichen Kontext diskutiert und Reformen in der gesundheitlichen Versorgung eingeleitet wurden, ist viel Zeit vergangen. Der von der Psychiatrie-Enquete in den 80er Jahren angestoßene Reformprozess hat dann die Weiterentwicklung von Präventions- und Hilfeansätze für Suchtmittelgefährdete und Suchtmittelabhängige nachhaltig beeinflusst.

War erst Ende der 70er Jahre die Alkoholabhängigkeit auch im Rahmen der Finanzierung durch die Sozialversicherungsträger anerkannt worden, verfügen wir jetzt über ein gesundheitliches Versorgungssystem, welches ein sehr breites und ausdifferenziertes Angebot für vielfältige Hilfebedarfe und eine Vielzahl an Interventionsmöglichkeiten vorhält. Die Suchthilfe hat hier insbesondere auch den Suchtmittelmissbrauchenden und – noch einen Schritt davor – die Suchtprävention in den Fokus genommen.

Insgesamt ist heutzutage die Suchtkrankenhilfe und Suchtkrankenbehandlung eingebettet in ein engmaschiges Hilfenetz, welches psychosoziale und gesundheitliche Institutionen vorhalten. Dieses besteht bei weitem nicht nur aus ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention, Fachkliniken für Suchtkranke mit ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsangeboten und den Selbsthilfegruppen auf der

einen Seite und ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgungseinrichtungen auf der anderen Seite: Hier sozialpsychiatrische Dienste und psychiatrische Kliniken.

In den Themenfeldern Beratung, Motivation, Entgiftung, Entwöhnung, Nachsorge, Versorgung der chronisch Kranken und chronisch Mehrfach-Abhängigen können, zumindest einzelfallbezogen auch die Jugendhilfe oder die Arbeitsagenturen einbezogen sein. Auch niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner spielen eine wichtige Rolle im Erkennen der Problematik und – wenn's gut läuft – in der Durchführung einer Frühintervention oder in der gezielten Hinführung zum Suchthilfeversorgungssystem.

Das Versorgungs- und Hilfesystem für Suchtmittelmissbrauchende und abhängigkeiterkrankte Menschen in Deutschland ist mit dem Engagement vieler Einzelner hauptberuflich oder auch im Ehrenamt im Thema Tätiger und mit Hilfe der Kosten- und Leistungsträger für sich und im internationalen Vergleich hervorragend aufgestellt. Wir sollten dieses nicht vergessen und können an dieser Stelle auch stolz sein.

Wo liegen aber jetzt – bei soviel Möglichkeiten in der Versorgung – die Probleme?

Betrachten wir das Ganze nicht aus der Sicht der Institutionen, sondern aus der Sicht der Betroffenen, so lässt sich leider weiterhin feststellen:

- Immer noch kommen zu wenige im gesundheitlichen Versorgungssystem der Suchthilfe oder der Psychiatrie an. Wir wissen, dass nur ein Bruchteil der Betroffenen überhaupt im Versorgungssystem landet.

- Einige kommen dort an, wo sie nicht hingehören und werden nicht sinnvoll weitergeleitet.
- Und einige werden hin- und hergeschoben, weil unter Umständen die Interessen der Institutionen, der Kostenträger, aber auch der einzelnen Betreuerinnen und Betreuer – vorsichtig ausgedrückt – nicht deckungsgleich zur Bedarfslage des Hilfesuchenden sind.

Hier besteht auf jeden Fall Diskussionsbedarf, wie eine bessere Zusammenarbeit der Hilfesysteme erreicht werden kann und wie Betroffene die für sie beste Behandlungsmöglichkeit erhalten können.

Ich bin der festen Überzeugung, dass die Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie weiterhin ihr jeweils vorhandenes Fachwissen synergetisch im Sinne der Betroffenen zusammenführen müssen, ohne deshalb zwingend spezifische Behandlungsformen und -einrichtungen aufzugeben. Sie müssen auch die anderen, hier heute nicht im Fokus stehenden Hilfeinrichtungen gezielt einbeziehen. Sie müssen sich für den Einzelfall abstimmen, bildlich „wer hat den Hut auf...“ Hierfür sind Verfahren zu entwickeln.

Ziel der Veranstaltung war es diese auch an anderen Stellen geführte Diskussion voranzutreiben und Perspektiven zu erarbeiten. Diese Dokumentation soll die Ergebnisse zusammentragen und weitere Diskussionen in dem Feld ermöglichen.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre

Dr. Sabine Brägelmann-Tan

Epidemiologie von Substanzstörungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung

Datengrundlage

Anhand repräsentativer Umfragen kann das Ausmaß der Verbreitung von Substanzkonsum und substanzbezogenen Störungen in der Allgemeinbevölkerung abgeschätzt werden. Die in diesem Artikel vorgestellten Daten basieren auf dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) des Jahres 2012. Im Rahmen des ESA werden in regelmäßigen Abständen Erwachsene zwischen 18 und 64 Jahren zum Konsum legaler und illegaler Substanzen sowie den damit verbundenen Problemen befragt. Eine detaillierte Beschreibung der Erhebungsmethodik sowie grundlegende Auswertungen der aktuellen Erhebungswelle finden sich in einem Themenheft der Zeitschrift Sucht (Gomes de Matos et al., 2013; Kraus et al., 2013a; Kraus et al., 2013b; Pabst et al., 2013; Piontek et al., 2013).

Verbreitung von Substanzkonsum

Es wird geschätzt, dass 71,5 % der 18- bis 64-Jährigen in Deutschland in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken haben, und dass 14,3 % der Personen Alkoholmengen konsumieren, die mit einem sehr hohen Risiko für gesundheitliche Folgen einhergehen. Das Trinkmuster der Konsumentinnen und Konsumenten zeigt deutliche Alters- und Geschlechtereffekte. So

weisen Männer etwa doppelt so häufig mindestens eine Episode starken Konsums (d.h. fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) innerhalb der letzten 30 Tage auf wie Frauen. Zudem liegt die Prävalenz für solche Episoden mit 57,8 % bei 18- bis 20-Jährigen am höchsten und sinkt über die Altersgruppen stetig bis auf 23,0 % für 60- bis 64-Jährige ab. Aufgeteilt nach Bildungsschichten zeigen Konsumentinnen und Konsumenten mit der höchsten Bildung die größten durchschnittlichen Konsummengen; betrachtet man hingegen Indikatoren problematischer Konsummuster, wie beispielsweise die durchschnittliche Anzahl an Rauschtagen, sind bei diesen Personen die niedrigsten Werte zu beobachten.

Etwa ein Drittel (30,2 %) der 18- bis 64-jährigen Personen in Deutschland hat innerhalb der letzten 30 Tage Zigaretten konsumiert und ist damit als aktuell rauchend einzustufen. Ein weiteres Viertel (26,4 %) ist als Ex-Raucher bzw. Ex-Raucherin zu bezeichnen. Männliche Raucher zeigen deutlich häufiger als Frauen einen hohen Konsum von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag (35,2 % vs. 21,1 %). Im Gegensatz zum Rauschtrinken bei Alkohol liegt ein positiver Alterseffekt des starken Rauchens vor. Dabei liegt die Prävalenz der unter 18- bis 20-Jährigen bei 5,9 % und steigt bis auf 38,9 % für 60- bis 64-Jährige.

Cannabis ist mit einer 12-Monatsprävalenz von 4,5 % die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge. Darauf folgen Kokain und Amphetamin mit je knapp 1,0 %. Weitere illegale Drogen wie Ecstasy, LSD, Heroin sowie andere Opiate, Crack und Pilze werden mit 12-Monatsprävalenzen unter 0,5 % vergleichsweise selten konsumiert. Die Prävalenz der nur teilweise illegalen, sogenannten neuen psychoaktiven Substanzen wie etwa Spice liegt zusammengenommen bei 0,2 %. Männer haben im Vergleich zu Frauen im letzten Jahr doppelt so häufig mindestens eine illegale Droge eingenommen. Außerdem ergibt sich ein deutliches Altersgefälle. Während schätzungsweise jeder 6. der 18- bis 20-Jährigen (16,8 %) im letzten Jahr illegale Drogen zu sich genommen hat, liegt die Rate bei den 60- bis 64-Jährigen bei 0,4 %.

Betrachtet man die Konsumhäufigkeit in den letzten 12 Monaten, weist in Bezug auf die meisten Substanzen etwa die Hälfte der Nutzerinnen und Nutzer weniger als 5 Konsumgelegenheiten pro Jahr auf, was für einen Probier- oder Gelegenheitsgebrauch spricht. Für Kokain sind dies sogar zwei Drittel. Eine Ausnahme stellen jedoch die Substanzen Heroin und Crack dar. Von den Befragten des ESA, die diese Substanzen konsumierten, berichteten alle einen häufigeren Gebrauch.

Die 12-Monats-Prävalenz für Schmerzmittel, die am häufigsten genutzte Medikamentengruppe, liegt bei 61,9 %. Im Gegensatz zu den übrigen Substanzen nehmen Frauen häufiger Schmerzmittel ein als Männer (68,0 % vs. 56,1 %). Eine regelmäßige, tägliche Einnahme für einen Zeitraum über 30 Tage wird bei 4,2 % der Personen angenommen.

Verbreitung substanzbezogener Störungen

Legt man die Diagnosekriterien des DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) zugrunde (American Psychiatric Association, 1994), sind in Deutschland schätzungsweise 6,5 % der 18- bis 64-Jährigen aktuell von einer alkoholbezogenen Störung betroffen. Dabei erfüllen 3,1 % die Kriterien für Missbrauch und 3,4 % die Kriterien für Abhängigkeit. Bei Männern treten alkoholbezogene Störungen fast dreimal so häufig auf wie bei Frauen. Zudem findet man einen negativen Altersgradienten.

Schätzungsweise 10,8 % der Personen zwischen 18 und 64 Jahren sind nikotinabhängig. Männer sind etwas häufiger betroffen als Frauen (12,5 % vs. 9,0 %). Die höchste Prävalenzrate wird in der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen beobachtet.

In Bezug auf illegale Drogen sind cannabisbezogene Störungen mit einer Prävalenz von 1,0 % am weitesten verbreitet. Davon weisen gleiche Anteile (0,5 %) einen Missbrauch und eine Abhängigkeit auf. Die Raten

für Störungen in Bezug auf Kokain (0,2 %) und Amphetamine (0,3 %) sind deutlich niedriger. Männer sind wesentlich häufiger von Störungen durch illegale Drogen betroffen als Frauen.

Eine Störung in Bezug auf Medikamente liegt mit Abstand am häufigsten für Schmerzmittel vor. Von den 18- bis 64-Jährigen erfüllen 8,7 % die DSM-IV-Kriterien eines Missbrauchs und 3,4 % die Kriterien einer Abhängigkeit. Störungen in Bezug auf Schlafmittel und Beruhigungsmittel kommen mit Prävalenzraten von 1,6 % und 2,2 % seltener vor.

Während, bezogen auf die Grundgesamtheit, Störungen in Bezug auf illegale Substanzen am häufigsten auftreten, zeigt sich ein anderes Bild, wenn man lediglich die Konsumentinnen und Konsumenten einer Substanz betrachtet. Von den Amphetamin-konsumentinnen und -konsumenten der letzten 12 Monate weisen schätzungsweise 40,5 % eine entsprechende Störung auf. Vor Kokain und Cannabis steht an zweiter Stelle Nikotin. Von den Raucherinnen und Rauchern sind 32,5 % abhängig. Unter Alkohol-konsumentinnen und -konsumenten ist der Anteil an Personen mit einer entsprechenden Störung mit 7,5 % am geringsten.

Rechnet man die berichteten Prävalenzen substanzbezogener Störungen auf die Gesamtbevölkerung der 18- bis 64-jährigen Erwachsenen in Deutschland hoch, ist davon auszugehen, dass insgesamt 3,4 Millionen Personen eine alkoholbezogene

Störung aufweisen. Schätzungsweise 5,6 Millionen Erwachsene sind nikotinabhängig. In Bezug auf illegale Drogen liegt die Zahl bei 600.000 und 6,9 Millionen Erwachsene sind von Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit betroffen. Im Vergleich zu früheren Schätzungen sind insbesondere die Abhängigkeitsraten in Bezug auf Alkohol, Beruhigungsmittel und unter Frauen auch Schlafmittel gestiegen. Die Prävalenz der Nikotinabhängigkeit schwankt über die Zeit, wobei sich kein klarer Richtungstrend erkennen lässt. Jedoch zeigen sich für Nikotin sowie auch für Cannabis Veränderungen in der Altersstruktur der Betroffenen. Dabei fand eine Verschiebung in Richtung eines größeren Anteils höherer Altersgruppen statt. Die Geschlechterstruktur der betroffenen Personen hingegen hat sich nicht signifikant verändert.

Komorbidie Substanzstörungen

Die oben erwähnten Zahlen an Personen mit substanzbezogener Störung lassen sich nicht einfach über die Substanzen hinweg aufaddieren; häufig weisen Betroffene mehrere Substanzstörungen gleichzeitig auf. Diese sogenannte homotypische Komorbidität bezeichnet, im Gegensatz zur heterotypischen Komorbidität, das gemeinsame Vorliegen von Störungen aus derselben diagnostischen Gruppe. Über die Substanzen hinweg weisen in Deutschland schätzungsweise 24,7 % der Erwachsenen substanzbezogene Störungen auf. Dabei liegt bei 18,1 % nur eine und bei 6,6 %

mehr als eine Substanzstörung vor. Hochgerechnet auf die gleichaltrige Gesamtbevölkerung sind 3,4 Millionen Personen von homotypischer Komorbidität betroffen.

Des Weiteren ist bei Vorliegen einer Substanzstörung das Risiko für alle anderen substanzbezogenen Störungen erhöht. So liegen die Prävalenzraten aller dieser Störungen unter Betroffenen einer homotypischen Störung deutlich höher als in der Grundgesamtheit. Am deutlichsten ist dies bei Kokain, Schlafmitteln und Cannabis: Von Personen mit einer entsprechenden Störung weisen 92,8 %, 86,8 % bzw. 81,7 % mindestens eine weitere substanzbezogene Störung auf. Betrachtet man die Substanzen differenziert, sind mit je etwa 74,0 % alkoholbezogene Störungen unter Personen mit kokainbezogener Störung sowie cannabisbezogene Störungen unter Personen mit Amphetaminmissbrauch oder -abhängigkeit am häufigsten.

Substanzübergreifend sind die Risikofaktoren homotypischer Komorbidität identisch mit denen für eine Substanzstörung allgemein. Jüngere Personen, Männer, geringer Gebildete, Personen nicht-deutscher Staatsangehörigkeit sowie Ledige bzw. Geschiedene sind entsprechend häufiger betroffen.

Problemwahrnehmung und Inanspruchnahme von Hilfe aufgrund des Substanzkonsums

Lediglich ein Teil der Personen mit substanzbezogener Störung berichtet, seinen bzw. ihren Konsum als problematisch wahrzunehmen. Unter Alkoholabhängigen liegt der Anteil beispielsweise bei 48,0 %. Für Abhängige von illegalen Drogen liegt der Wert bei 65,6 % und für Medikamentenabhängige bei 40,6 %. Unter Personen mit einer Missbrauchsdiagnose ist der Anteil bei allen Substanzen deutlich geringer.

Von den Personen, die ihren Substanzkonsum als problematisch einstufen, nimmt wiederum nur ein geringer Teil aufgrund dessen formale oder informale Hilfe in Anspruch. Die Raten liegen bei 14,4 % (Alkohol), 33,4 % (illegale Drogen) und 59,4 % (Medikamente). Dabei wird am häufigsten der Hausarzt konsultiert oder Unterstützung bei Freunden, der Familie oder der Partnerin bzw. dem Partner gesucht.

Fazit

Die in diesem Kapitel dargestellten Zahlen beziehen sich auf die deutsche Wohnbevölkerung. Damit bleiben einige Bevölkerungsgruppen unbeachtet, die ein erhöhtes Risiko für Substanzkonsum aufweisen können, beispielsweise Wohnungslose und institutionalisierte Personen. Während der Konsum von legalen Substanzen in der Allgemeinbevölkerung stark verbreitet ist, werden illegale Substanzen bei 12-Monats-Prävalenzen von unter 5 % für Cannabis und unter 1 % für andere Substanzen deutlich weniger konsumiert. Häufig sind klare Alters- und Geschlechtereffekte bezüglich der Störungen zu erkennen. Mit Ausnahme von Schmerzmitteln sind Konsumierende häufiger Männer als Frauen. Zudem ist Substanzkonsum unter jungen Erwachsenen am weitesten verbreitet. Eine Ausnahme stellt der starke Tabakkonsum von 20 Zigaretten oder mehr am Tag dar, der mit zunehmender Altersgruppe häufiger wird.

Das Ausmaß substanzbezogener Störungen ist in Deutschland nicht unerheblich. Hochrechnungen legen nahe, dass insgesamt 3,4 Millionen Erwachsene in Deutschland von einer alkoholbezogenen Störung, 5,6 Millionen von einer Nikotinabhängigkeit, 600.000 von einer Störung in Bezug auf illegale Drogen und 6,9 Millionen von medikamentenbezogenen

Störungen betroffen sind. Verglichen mit früheren Schätzungen sind die Prävalenzraten der Abhängigkeit von Alkohol und Beruhigungsmitteln sowie unter Frauen auch von Schlafmitteln angestiegen. Die steigenden Raten gehen einher mit einer Zunahme problematischer Gebrauchsmuster (Kraus et al., 2013b).

Weiterhin sind mehr als 3 Millionen Personen von mehrfachen Substanzstörungen betroffen. Dabei erhöht das Vorliegen einer Substanzstörung das Risiko für alle anderen Substanzstörungen deutlich. Am häufigsten tritt eine Komorbidität bei Störungen in Bezug auf Cannabis, Kokain und Schlafmitteln auf.

Bei der Frage der Unterversorgung von Personen mit substanzbezogenen Störungen ist fehlende Problemwahrnehmung (oder diese einzugestehen) lediglich eine teilweise Erklärung. Auch von den Personen mit Problemwahrnehmung ist die Inanspruchnahme von Hilfe selten. Mit am häufigsten wird noch die Unterstützung durch Freunde, Familie oder den Partner gesucht. Dies stellt die Bedeutung des direkten Umfelds als Ressource für soziale Unterstützung heraus.

Literatur

- American Psychiatric Association (1994). DSM-IV DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. *Washington, DC: American Psychiatric Association.*
- Gomes de Matos, E., Kraus, L., Pabst, A., & Piontek, D. (2013). INANSPRUCHNAHME VON HILFE BEI SUBSTANZBEZOGENEN PROBLEMEN. *Sucht, 59* 355–366.
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A., & Gomes de Matos, E. (2013a). STUDIENDESIGN UND METHODIK DES EPIDEMIOLOGISCHEN SUCHTSURVEYS 2012. *Sucht, 59* 309–320.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D., & Gomes de Matos, E. (2013b). SUBSTANZKONSUM UND SUBSTANZBEZOGENE STÖRUNGEN: TRENDS IN DEUTSCHLAND 1980–2012. *Sucht, 59* 333–346.
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E., & Piontek, D. (2013). SUBSTANZKONSUM UND SUBSTANZBEZOGENE STÖRUNGEN IN DEUTSCHLAND IM JAHR 2012. *Sucht, 59* 321–332.
- Piontek, D., Kraus, L., Gomes de Matos, E., & Pabst, A. (2013). KOMORBIDE SUBSTANZSTÖRUNGEN IN DER ERWACHSENEN ALLGEMEINBEVÖLKERUNG. *Sucht, 59*, 347–354.

Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland¹

1 Vorbemerkungen

2011 hat der Vorstand der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) beschlossen, sich ausführlich mit der Versorgungssituation der Suchthilfe in Deutschland zu beschäftigen, aus Sorge um den Fortbestand verschiedener Angebote der Suchthilfe.

Ausgangssituation für diese Analyse war das Wissen um die Vielfalt der gesetzlichen Rahmenbedingungen und den unterschiedlichen leistungsrechtlichen Finanzierungsgrundlagen der Suchthilfe. Die DHS richtete eine Expertengruppe ein, die die Aufgabe hatte, Suchthilfe im Kontext der aktuellen Entwicklungen neu zu definieren. Nach zweijähriger Arbeit hat die Expertengruppe eine Abhandlung vorgelegt, die vier Schwerpunkte aufweist:

- Meilensteine der Entwicklung des Systems
- Der normative Rahmen
- Die Systemanalyse
 - » Bestandsaufnahme zur Struktur und Finanzierung
 - » Analyse im Hinblick auf bestimmte Zielgruppen
- Empfehlungen für eine zukunftsfähige Suchthilfe

Deutlich wurde, dass der Kontext, in dem Suchthilfe stattfindet, sich durch folgende Rahmenbedingungen

kennzeichnet: Das 2001 eingeführte Neunte Sozialgesetzbuch, die Internationale WHO-Klassifikation ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001) und die 2006 von den Vereinten Nationen verabschiedete UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK).

Aus Sicht der DHS orientiert sich die Suchthilfe nach wie vor an der Definition von Sucht als „behandlungsbedürftige, psychosoziale und psychiatrisch relevante Krankheit und Behinderung mit chronischen Verläufen“. Deren Folge ist das Entstehen einer sozialen, körperlichen und seelischen Beeinträchtigung, die die betroffenen Menschen daran hindern kann, ihren sozialen und gesellschaftlichen Verpflichtungen nachzukommen und am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der suchtherapeutischen Konzepte hat sich zunehmend eine personenzentrierte Sichtweise in der Behandlung durchgesetzt, die die individuellen Ressourcen und Kontextfaktoren eines suchtkranken Menschen in die Rehabilitation einbringt. Sie folgt damit dem Paradigmenwechsel des SGB IX, der Entwicklung des ICF und der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

2 Meilensteine der Entwicklung des Systems

Zahlreiche Ereignisse, politische Entscheidungen und Gerichtsurteile haben die Suchthilfe in den letzten 50 Jahren maßgeblich geprägt. Einige seien hier genannt:

Trunksucht ist Krankheit

Seit einem Urteil des Bundessozialgerichtes von 1968 ist Sucht als Krankheit anerkannt.

Betäubungsmittelgesetz

1972 wird das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (BtMG) beschlossen.

Psychiatrie-Enquête

Mit dem „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ wird zum ersten Mal ein umfassendes Versorgungssystem für Suchtkranke skizziert.

Urteil über Kostenverteilung

1978 appelliert das Bundessozialgericht an die soziale Selbstverwaltung der Träger der beiden Zweige der Sozialversicherung, vertragliche Vereinbarungen über eine Kostenbeteiligung zu treffen. Zuständigkeit der Krankenkasse und der Rentenversicherung für Entziehungsbehandlungen bei Suchtkrankheit.

Empfehlungsvereinbarung Sucht

1978 schließen die Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung eine „Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ ab.

Erstes Substitutionsprogramm

1988 wird die Substitution von Opiatabhängigen begonnen. 1991 wurden durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Richtlinien im Rahmen der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die Behandlung mit Substitutionsmitteln erlassen.

Heroingestützte Behandlung

1999 beschließt eine Trägergemeinschaft verschiedener Kommunen und Länder im Rahmen einer klinischen Arzneimittelprüfung, einen Modellversuch zur heroingestützten Behandlung durchzuführen.

3 Der normative Rahmen

Voraussetzung für die Beurteilung der Suchthilfe und ihrer Versorgungsstrukturen ist die Kenntnis des normativen Rahmens, welcher diese beeinflusst und bestimmt und die Verständigung darüber, welche Werte ihn prägen sollen/müssen. Dabei ist zwischen den Rechtsnormen (alle Gesetze, rechtlichen Vorschriften und Verordnungen), fachlichen Normen (Leitlinien, Standards der sozialen Arbeit, Leistungsbeschreibungen, Qualitätsanforderungen) sowie ethischen und

sozialen Normen zu unterscheiden. Aus Sicht der DHS muss ein normativer Rahmen der Suchthilfe die Übernahme einer weitreichenden Versorgungsverantwortung für Menschen mit Suchtproblemen in den Mittelpunkt stellen.

3.1 Public-Health – Bevölkerungsgesundheit

Die aktuellen Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialbereich haben weitreichende Auswirkungen auf die Suchthilfe und als Elemente eines normativen Rahmens beeinflussen sie die weitere Ausgestaltung der Suchthilfe. Für die DHS ist der Public-Health-Ansatz wesentlich, da von ihm ein umfassendes Verständnis der Bevölkerungsgesundheit ausgeht. Insbesondere werden die Settings berücksichtigt, in denen Menschen leben und arbeiten. Aus der Public-Health-Perspektive müssen bei der Lösung gesundheitlicher Probleme folgende Orientierungsgrößen in das Handeln einbezogen werden: Das Gemeinwohl, die Problemlast für die Bevölkerung und die Betroffenen, die sozialen und ökonomischen Folgekosten und deren Schutzauftrag für besonders schutzbedürftige Gruppen.

3.2 Sozialgesetzbuch IX – Teilhabe

Zentrales Ziel des SGB IX ist die Förderung der gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung. Das SGB IX konkretisiert den Begriff der Teilhabe als „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“. Das Teilhabekonzept des SGB IX umfasst folgende Komponenten:

- Ermöglichung der Selbstbestimmung
- Förderung der gleichberechtigten Teilhabe
- Vermeidung und Beseitigung von Benachteiligungen
- Berücksichtigung der besonderen Belange behinderter Frauen und Kinder

3.3 UN-Behindertenrechtskonvention – Inklusion

Seit 2009 gelten die Übereinkünfte der BRK auch in Deutschland. Die UN-Konvention geht davon aus, dass allen Menschen von vornherein die Teilnahme an allen gesellschaftlichen Aktivitäten auf allen Ebenen und in vollem Umfang ermöglicht wird. Behinderung wird als eine Wechselwirkung von Beeinträchtigungen und Umwelt bzw. deren Barrieren begriffen.

3.4 Klassifikationssystem ICF – Teilhabestörungen

Wesentliche Aspekte der ICF und der WHO wurden in das SGB IX und damit in das deutsche Rehabilitationsrecht aufgenommen. Die ICF erfasst Teilhabestörungen im Bereich der körperlichen und seelischen Integrität, der Integrität von Aktivitäten und Leistung sowie der sozialen Integrität.

3.5 Sozialraumorientierung

Sozialraumorientierung geht davon aus, Menschen in ihren Bezügen und ihrer Lebenswelt zu begreifen und gleichzeitig die Ressourcen dieser Bezüge zu stärken und zur Problemlösung zu nutzen.

3.6 Patientenrechte und nutzerorientiertes Versorgungssystem

Die DHS setzt sich für schutzbedürftige Patientengruppen ein, die im Gesundheitssystem, insbesondere im System der Suchtkrankenversorgung, von Unter- und Fehlversorgung bedroht sind. Das Wunsch- und Wahlrecht ist unverzichtbar und muss deutlich gestärkt werden.

4 Die Systemanalyse

Für die Systemanalyse wurden in der Expertenrunde Zielgruppen, die aufgrund der Angaben in der deutschen Suchthilfestatistik am häufigsten in den Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchthilfe vorkommen, im Konsensverfahren definiert. Auf gleiche Weise wurden die Interventionen im Hilfesystem definiert. Hierzu wurden zwei verschiedene Matrizen entwickelt.

Die Matrix 1 lässt sich aus dem Erfahrungswissen der Suchthilfe ableiten, während die Matrix 2 wiederum im Konsensverfahren angelegt und in verschiedenen Rückmeldeschleifen präzisiert wurde.

4.1 Zielgruppen (typische/häufige Personengruppen oder Menschen mit besonderem Hilfebedarf)

- 1) ALK – Erwachsene mit Alkohol-Abhängigkeit
- 2) KOM – Erwachsene mit Abhängigkeit und komorbiden Störungen
- 3) GSP – Erwachsene mit Glücksspielproblematik
- 4) ARB – Menschen mit Abhängigkeit und Vermittlungshemmnissen in der Arbeitswelt
- 5) WOH – Menschen mit Abhängigkeit und besonderen sozialen Lebenslagen
- 6) ALT – Menschen über 50 mit schwerem Missbrauch
- 7) HAF – Menschen mit Suchtproblematik in Haft
- 8) CMA – Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke
- 9) ELT – Eltern mit Suchtproblemen (bzw. Suchtkranke mit Kindern und Schwangere)
- 10) JEK – Jugendliche und junge Erwachsene mit auffälligem Konsumverhalten
- 11) DRO – Erwachsene mit Drogenabhängigkeit

4.2 Interventionen im Hilfesystem

Für die Matrizenbewertung wurden 11 Interventionen im Hilfesystem identifiziert.

1. PRÄ – Prävention und Frühintervention (u.a. Projekte FRED/HALT/SKOLL etc.)

2. Akutbehandlung

2.1 ASA – ambulante somatische Akutbehandlung inkl. Frühintervention

2.2 APB – ambulante psychotherapeutische Behandlung

2.3 AKH – stationäre somatische Akutbehandlung (im Allgemeinkrankenhaus)

2.4 PIA – ambulante psychiatrische Behandlung (in der Psychiatrischen Institutsambulanz)

2.5 PKH – stationäre psychiatrische Behandlung (im Psychiatrischen Krankenhaus)

3. Beratung und Betreuung

3.1 NIH – Niederschwellige Hilfen (Grundversorgung/Tagesstruktur/Spritzentausch etc.)

3.2 SBS – Sucht- und Drogenberatung (inkl. Schuldnerberatung)

3.3 PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter

3.4 SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung (Teil des öffentlichen Gesundheitswesens oder Trägerschaft Wohlfahrt)

4. JH – Hilfen zur Erziehung (SGB VIII)

5. BS – Suchtberatung im Betrieb

6. Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung

6.1 AP – Beschäftigung (u.a. Arbeitsprojekte)

6.2 QU – Qualifizierung

6.3 AF – Arbeitsförderung (Maßnahmen Arbeitsagentur/Jobcenter)

6.4 BR – Berufliche Rehabilitation

6.5 WFB – Beschäftigung für behinderte Menschen (in Werkstätten für behinderte Menschen)

4.3 Matrix 1 – Finanzierung

Grundlage	SGB II	SGB III	SGB V	SGB VI	SGB VII	SGB VIII	SGB IX	SGB XI	SGB XII	ÖGD	JUS	FWL	UNT
1. PRÄ			X							X		X	
2.1 ASA			X										
2.1 APB			X										
2.3 AKH			X										
2.4 PIA			X										
2.5 PKH			X										
3.1 NIH												X	
3.2 SBS	X											X	
3.3 PSB									X			X	
3.4. SPB									X	X		X	
4. JH						X						X	
5. BS			X										X
6.1 AP	X	X							X			X	
6.2 QU	X	X							X				
6.3 AF	X	X											
6.4 BR		X			X		X		X				
6.5 WFB		X					X	X	X				
7.1 ENT			X						X				
7.2 MED			X										
7.3 SUB			X										
7.4 ARS			X	X			X		X				
7.5 TAR			X	X			X		X				
7.6 STR			X	X			X		X				
7.7 AD			X	X			X		X				
7.8 NAS			X	X			X						
8.1 ABW									X				
8.2 SOZ									X				
8.3 ÜE									X				
8.4 TS									X				
9.1 MVJ											X		
9.2 SBJ											X	X	
9.3 SBM											X		
9.4 BEW											X		
10. PF			X					X	X				
11. SH			X	X								X	

Hinweise:

Die Kreuze sollen Auskunft darüber geben, welche Intervention durch welche Leistung finanziert wird.

Weitere Erläuterungen:

SGB I, SGB IV und SGB X definieren keine Leistungen

PKV-System ist ausgenommen

ÖGD = Öffentlicher Gesundheitsdienst

JUS = Strafgesetzbuch, Strafvollzugsgesetz und Justizvollzug

FWL = freiwillige Leistungen Kommunen/Länder

UNT = freiwillige Leistungen Unternehmen/Betriebe

4.4 Matrix 2 – Versorgungsrealität

Zielgruppe	ALK	KOM	GSP	ARB	WOH	ALT	HAF	CMA	ELT	JEK	DRO
1. PRÄ											
2.1 ASA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2.2 APB	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2.3 AKH	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2.4 PIA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2.5 PKH	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3.1 NIH	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3.2 SBS	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3.3 PSB	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3.4 SPB	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. JH	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. BS	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6.1 AP	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6.2 QU	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6.3 AF	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6.4 BR	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6.5 WFB	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7.1 ENT	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7.2 MED	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7.3 SUB	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7.4 ARS	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7.5 TAR	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7.6 STR	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7.7 AD	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7.8 NAS	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8.1 ABW	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8.2 SOZ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8.3 ÜE	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8.4 TS	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
9.1 MVJ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
9.2 SBJ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
9.3 SBM	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
9.4 BEW	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
10. PF	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
11. SH	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Legende:

- vorhanden und gute Funktion bzw. gute Integration in das Hilfesystem
- vorhanden, aber eingeschränkte Funktion im Hilfesystem (Schnittstellenprobleme)
- vorhanden, aber Abgrenzung zum Hilfesystem (fast kein Übergang möglich)
- nicht vorhanden, aber Angebot nötig
- nicht vorhanden und kein Angebot erforderlich

Diese Matrix versteht sich nicht als ein statisches Werk, sondern sie soll zur Diskussion anregen. Die regionalen Unterschiede gilt es zu berücksichtigen. Zusammenfassend lässt sich bewerten, dass es für (fast) jeden individuellen Hilfebedarf spezifische Angebote gibt, aber – man muss sie finden – man muss die administrativen Voraussetzung kennen – man muss den nahtlosen Übergang bei Bedarf selbst gestalten.

7. Suchtbehandlung

7.1 ENT – Entgiftung und qualifizierter Entzug

7.2 MED – Medikamentöse Rückfallprophylaxe (Pharmakotherapie)

7.3 SUB – Ambulante Substitution

7.4 ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation

7.5 TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation

7.6 STR – Stationäre medizinische Rehabilitation

7.7 AD – Adaption

7.8 NAS – (Reha)Nachsorge

8. Eingliederungshilfe

8.1 ABW – Ambulant Betreutes Wohnen

8.2 SOZ – Stationäres Sozialtherapeutisches Wohnen

8.3 ÜE – Übergangswohnen (zeitlich befristet)

8.4 TS – Tagesstrukturierende Maßnahmen

9. Justiz

9.1 MWJ – medizinische Versorgung im Justizvollzug

9.2 SBJ – Suchtberatung im Justizvollzug

9.3 SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug (nach § 64 StGB)

9.4 BEW – Eingliederung nach Haft (Bewährungshilfe)

10. PF – Hilfen für Pflegebedürftige

11. SH – Selbsthilfe

5 Empfehlungen für eine zukunftsfähige Suchthilfe

Für eine zukunftsfähige Suchthilfe sind Weiterentwicklungen an verschiedenen Ebenen notwendig.

5.1 Rahmenbedingungen – strategische Ebene

Die starke Zergliederung des Suchtversorgungssystems im Hinblick auf die normativen Rahmenbedingungen (Gesetze, Leistungsrecht) führt zu zahlreichen Schnittstellenproblemen. Diese verhindern häufig, dass betroffene Personen die Leistungen erhalten, die im Sinne einer personenzentrierten Hilfeplanung erforderlich wären, um möglichst umfassende Teilhabe zu erhalten. Hierzu sind folgende Maßnahmen notwendig:

- Die Weiterentwicklung der Sozialgesetzbücher
- Die Schaffung einer übergeordneten Instanz, die an allen Gesetzesvorhaben zwingend zu beteiligen ist (regelmäßiges Monitoring)
- Eine Bundesarbeitsgemeinschaft Sucht als offizielle Ansprechpartnerin und Interessenvertreterin für alle rechtlichen und organisatorischen Fragen bei der Gestaltung des Suchtversorgungssystems
- Die Koordinationsfunktion der Bundesländer zur Erhaltung der Koordinations- und Steuerungsfunktion.

5.2 Institutionen – operative Ebene

Die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen auf Bundes- und Länderebene in Form von Suchthilfenetzwerken muss zur Überwindung der hemmenden Zergliederung des Suchthilfesystems durch weitere Veränderungen auf regionaler und institutioneller Ebene ergänzt werden. Die Leistungserbringer im Suchthilfesystem müssen sich konsequent am Hilfebedarf der betroffenen Menschen ausrichten, dem eine isolierte Maßnahme oder Leistung alleine häufig nicht gerecht werden kann. Die Suchtselbsthilfe ist ein integraler und wichtiger Bestandteil des Hilfesystems. Die Vernetzung ihrer Arbeit mit der „professionellen“ Suchthilfe muss gepflegt und weiter entwickelt werden.

5.3 Konzeptionelle Handlungsfelder – fachliche Ebene

Verschiedene gesellschaftliche Entwicklungen führen dazu, dass sich das Suchthilfesystem in den kommenden Jahren u.a. mit folgenden Handlungsfeldern auseinandersetzen und Antworten auf entsprechende fachliche bzw. konzeptionelle Fragestellungen finden muss:

- Prävention und Gesundheitsförderung
- Bearbeitung von Schnittstellenproblemen mit angrenzenden Systemen
- Zielgruppenspezifische Angebote

5.4 Finanzielle und personelle Ressourcen – wirtschaftliche Ebene

In den letzten Jahren haben sich die Finanzierungsgrundlagen für die verschiedenen Segmente des Suchthilfe-systems deutlich verschlechtert und ein Ende des Trends ist nicht abzusehen. Diese Entwicklung birgt erhebliche volkswirtschaftliche Risiken.

In den unterschiedlichen Segmenten müssen ausreichende Mittel zur Verfügung gestellt werden und unnötige bürokratische Restriktionen beseitigt werden. Im Bereich der Prävention und Beratung (öffentliche Finanzierung) können durch einen „Alkohol-Cent“ verursachungsgerechte Finanzierungsquellen erschlossen werden.

Die abstinenzorientierte Behandlung von Suchtkranken wird im Bereich der ambulanten Primärversorgung im Gegensatz zur Substitutionsbehandlung nicht bzw. nicht ausreichend finanziert. Der Bereich der Suchtberatung darf keine freiwillige oder optionale Leistung sein, sondern muss im Sinne einer Grundversorgung von betroffenen Menschen sozial- und leistungsrechtlich verankert sowie ausreichend finanziert werden.

Der zu erwartende steigende Beratungs- und Behandlungsbedarf im Bereich Suchterkrankungen und der sich verschärfende Fachkräftemangel, auch in Sozial- und Gesundheitsberufen, führen heute bereits zu erheblichen Problemen bei der Personalgewinnung und Personalbindung. Es ist deshalb dringend notwendig, die quantitative und qualitative Personalausstattung der Einrichtungen auch an den Realitäten des Arbeitsmarktes

auszurichten und über innovative Konzepte der Aufgabenverteilung nachzudenken.

5.5 Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit

Wie andere Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens muss das Suchtversorgungssystem regelmäßig seine Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit nachweisen. Dazu ist erforderlich:

- Statistik und Forschung
- Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung
- Social return on Investment

Suchthilfe findet in Deutschland in den Bereichen somatischer Akutversorgung, Psychiatrie und in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe statt. Dieses komplexe Versorgungs- und Hilfesystem muss auch in Zukunft in seiner Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit erhalten werden, um Menschen mit somatischem, psychischen und sozialen Hilfebedarf eine geeignete Beratung und Behandlung zur Verfügung stellen zu können.

1 Der ausführliche Text der DHS steht unter:
http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2014-08-27_DHS-Systemanalyse_Finale_01.pdf

Zum Spannungsverhältnis zwischen traditioneller Suchthilfe und psychiatrischer Suchtkrankenversorgung:

Wie zusammenwachsen kann, was zusammen gehört!

Wenn der Titel einer Tagungsveranstaltung lautet: „Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze zwischen Suchthilfe und Psychiatrie“, stellt sich die Frage, ob sich die Psychiatrie als Teil der Suchthilfe begreifen kann oder nicht. Die Antwort auf diese Frage hat etwas damit zu tun, wie das Verständnis regionaler Suchtkrankenversorgung angelegt ist und wie die notwendigen Aufgaben verteilt werden sollen. Im vorliegenden Beitrag soll aus der Sicht eines Arztes in einer psychiatrischen Klinik mit Pflichtversorgungsauftrag zu dieser Frage Stellung genommen werden.

Historie

Blickt man auf die Entwicklung der letzten 50 Jahre zurück, verwundert es nicht, dass zwischen Suchthilfe und Psychiatrie eine klare Grenze gezogen wird. Schließlich haben bis weit in die 80er Jahre hinein die traditionellen Suchthilfeeinrichtungen aus Beratungsstellen, Fachkliniken und Selbsthilfegruppen die deutsche Suchtkrankenversorgung weitgehend getragen. Das medizinische Hilfesystem ist erst seit dem Grundsatzurteil des Bundessozialgerichtes 1968 an der Versorgung beteiligt. In den psy-

chiatrischen Versorgungskliniken wurden Suchtabteilungen erst in den 80er Jahren eingerichtet. Erst seit dieser Zeit kann überhaupt von einem relevanten Beitrag der Suchtmedizin zur deutschen Suchtkrankenversorgung gesprochen werden.

Dabei war durch die Empfehlungsvereinbarung zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungen 1978 die Rolle der Krankenhäuser zunächst klar definiert. Aufbauend auf dem Abstinenzdogma sollten stationäre Entgiftungsbehandlungen im Krankenhaus ausschließlich dazu dienen, Entwöhnungsbehandlungen vorzubereiten. Zugang zu den Entgiftungsbehandlungen im Krankenhaus sollten ausschließlich motivierte Patientinnen und Patienten haben. Der Beitrag der Krankenhäuser beschränkte sich damit weitestgehend auf die somatische Dimension der Entgiftung. Die Entwöhnung, also das psychotherapeutische Arbeiten mit den zu Behandelnden und die Aufarbeitung der Suchtbiographie, sollten in den Rehabilitationskliniken stattfinden. Für chronisch Suchtkranke gab es bis weit in die 80er Jahre hinein keine qualifizierten Behandlungsangebote. Auch die ersten Drogenentgiftungsstationen gründeten sich erst Anfang der 80er Jahre.

Ende der 80er Jahre traten, ausgehend von der gemeindepsychiatrischen Bewegung in der Folge der Psychiatriereform, vermehrt Public-Health-Gesichtspunkte in den Fokus. Im sogenannten Wienberg'schen Dreieck wurde der interessierten Öffentlichkeit deutlich gemacht, dass mit dem bestehenden Behandlungsansatz für hochmotivierte Patientinnen und Patienten im traditionellen Hilfesystem lediglich 5 % aller Suchtkranken erreicht werden, chronisch Suchtkranke in der Regel gar nicht. Insofern wurde nach Konzepten gesucht, mit denen auch all diejenigen erreicht werden könnten, die im Strafvollzug, in der Wohnungslosenhilfe, bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und in allgemeinen Krankenhäusern mit ihren Suchtproblemen auftauchen, ohne auf diese Probleme angesprochen zu werden. Die Eroberung dieses Klientels machte es erforderlich, einen Paradigmenwechsel zu vollziehen; schließlich hatte man es nun mit Leuten zu tun, die dem Suchtmittelkonsum ambivalent oder sogar offen gegenüber standen. Ein Zugang würde nur gelingen, wenn man die Motivation dieser Suchtkranken nicht mehr nur dem Schicksal überließe, sondern sich Professionelle selbst darum kümmern würden. Das sollte zunächst in allgemeinen

Krankenhäusern und in Praxen von Niedergelassenen passieren, die in groß angelegten Studien bewegt werden sollten, ihre suchtkranken Patientinnen und Patienten auf ihr Suchtproblem tatsächlich auch anzusprechen. Als Methodik wurde aus den USA das Motivational Interviewing von Miller und Rollnik eingeführt, das sich seit dem ersten Projekt in Bielefeld 1993 und der Übersetzung des Standardwerkes durch Georg Kremer und Kollegen schnell in der ganzen Bundesrepublik verbreitete (Miller und Rollnick, 2009).

In den 90er Jahren standen sich damit zwei Kulturen gegenüber, die ihr Gedankengut aus sehr unterschiedlichen Traditionen ableiteten. Auf der einen Seite die traditionelle Suchtkrankenhilfe mit ihrem Abstinenzdogma, die weiterhin Vorleistungen von ihrem Klientel forderte, bevor ihnen Leistungen des Suchthilfesystems zur Verfügung gestellt werden sollten. Auf der anderen Seite standen die versorgungsmedizinisch ausgebildeten Sozialpsychiaterinnen und -psychiater der regionalen Pflichtversorgung, die alle Suchtkranken in den Blick nehmen wollten und Niederschwelligkeit zum Qualitätsmerkmal einer qualifizierten Suchtkrankenhilfe erhoben.

Unterstützt wurde die niederschwellige Zugangsweise durch die sich zunehmend entwickelnde Drogenhilfe, die ihre Wurzeln in der Jugendhilfe hatte. Dort war schon in den späten 80er Jahren auf Spritzentausch und Methadonsubstitution gesetzt worden, um über Harm-Reduktion-Projekte möglichst viele Drogenabhängige zu

erreichen, um sie vor Infektionskrankheiten und Beschaffungskriminalität zu bewahren. Die traditionelle Suchtkrankenhilfe verlor in dieser Zeit die Definitionsmacht über die Standards der Suchtkrankenbehandlung und sah sich in einem ideologischen Wettbewerb mit den Kolleginnen und Kollegen aus der psychiatrischen Pflichtversorgung und der Drogenhilfe, die Harm-Reduktion und Niederschwelligkeit als zumindest gleichberechtigten Aspekt zur Suchtkrankenhilfe integriert sehen wollten.

Der Aufschwung der Suchtmedizin in der Psychiatrie und die Ausbildung von Lehrstühlen für Suchtmedizin an deutschen Universitätskliniken führten zu einer zunehmenden Medizinisierung der bis zu diesem Zeitpunkt überwiegend psychosozial geprägten Suchtkrankenversorgung. Suchtpsychiaterinnen und -psychiater wiesen – nicht unbedingt uneigennützig – immer wieder auf die Notwendigkeit hin, die psychiatrische Komorbidität Suchtkrankender ausreichend zu würdigen. Sie sicherten sich damit nicht nur einen bedeutsamen, ja unentbehrlichen Platz in der Suchtkrankenbehandlung. Sie argumentierten auf diese Weise auch dafür, die Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus nicht nur auf die körperliche Entgiftung zu beschränken, sondern die Behandlung komorbider psychiatrischer Störungen mit zu berücksichtigen, um längere Behandlungsaufenthalte zu legitimieren. Zudem sollten nun nicht mehr nur motivierte Patientinnen und Patienten Zugang zum Hilfesystem haben. Psychiatrische Krankenhäuser wollten auch die Aufgabe überneh-

men, stationäre Behandlungen dafür zu nutzen, zu Behandelnde für Veränderung zu motivieren. Die „Motivationsbehandlung“ im Rahmen „qualifizierter Entzugsbehandlungen“ wurde damit zu einem integralen anerkannten Bestandteil deutscher Suchtmedizin.

Ende der 90er Jahre kam es zu einer zunehmenden Entideologisierung der Diskussion. Im Zuge der inhaltlichen Qualifizierung der Arbeit mit Suchtkranken wurde stattdessen mehr Wert auf Evidenzbasierung der angewendeten Verfahren sowie auf eine Effizienzmaximierung bestehender Behandlungsangebote mit gesichertem Behandlungsverfahren gelegt. Die Behandlungen in den Rehabilitationskliniken wurden zunehmend nach wissenschaftlichen Kriterien standardisiert. Die Suchtmedizin verständigte sich auf Leitlinien, die die Qualität deutscher Suchtkrankenbehandlungen sicherstellen sollte.

Zwischenzeitlich gerieten insbesondere die Suchtberatungsstellen durch die finanziellen Nöte der Kommunen und Kirchen als Kostenträger zunehmend unter Druck. Die Aufgabenzuweisung im Rahmen der allgemeinen kommunalen Daseinsfürsorge wurde nach und nach reduziert. Stattdessen nahm die ambulante Rehabilitation als zentraler Pfeiler einer Refinanzierung der ambulanten Suchtbehandlung in den Beratungsstellen an Bedeutung zu. Auch die Rentenversicherungen überprüften zunehmend genauer, ob das zugewiesene Klientel der Fachkliniken tatsächlich eine Chance hatte, wieder erwerbsfähig

zu werden und damit die investierten Kosten wieder einspielen würde. Selbsthilfegruppen klagten über Überalterung und Nachwuchsprobleme. Insofern war das traditionelle Suchthilfesystem zunehmend weniger in der Lage, als Gesamtrepräsentant deutscher Suchtkrankenversorgung gelten zu können.

Nachdem der ideologische Wettbewerb nun in den Hintergrund getreten war und regionale Versorgungsplanungen über die Psychiatriekoordination und andere Netzwerke bestimmender wurden, gelang es immer mehr Regionen, traditionelle Suchtkrankenhilfe und Suchtpsychiatrie an einen Tisch zu bekommen, um gemeinsam zu überlegen, wie eine vernetzte regionale Suchtkrankenversorgung sichergestellt werden könnte. Allen Beteiligten war deutlich, dass es ausreichend Suchtpatientinnen und -patienten für alle Beteiligten geben würde. Gleichzeitig ließ die allgemeine Ressourcenverknappung befürchten, dass die Angebotspalette für die Suchtkranken sich zunehmend einschränken würde, wenn es nicht gelingen würde, die Ressourcen abgestimmt, effektiv und effizient einzusetzen.

In vielen Regionen bemühte man sich seitdem, die Arbeit für suchtkranke Menschen besser miteinander abzustimmen. Träger von Rehabilitationskliniken orientierten sich stärker an gemeindeorientierten Angeboten und vernetzten sich intensiver mit den Angeboten vor Ort. Versorgungsketten und Verbände wurden gebildet, die nicht nur ökonomisch motiviert waren, sondern auch die regionale

Zusammenarbeit im Dienst der Patienten stärken sollten.

Gleichzeitig wurden aber auch die Probleme deutlich, die nun besser würden gelöst werden müssen. Dazu gehörten insbesondere Schnittstellenprobleme sowie die rationale Aufteilung von regionalen Versorgungsaufträgen. Bei näherer Betrachtung von Versorgungsnetzwerken wurde deutlich, dass häufig reichlich Kompetenzen und Ressourcen zur Verfügung stehen, die allerdings unzureichend miteinander abgestimmt sind. So sind an einem einzelnen Klienten bzw. einer einzelnen Klientin oft mehrere Träger bzw. Institutionen beteiligt, die individuell hochkompetent ihren Auftrag bearbeiten, die Mitstreitenden anderer Professionen und Versorgungssektoren aber unzureichend im Blick haben.

So sind bei chronisch mehrfach beeinträchtigten Suchtpatientinnen und -patienten (sogenannte CMA-Patienten) häufig Suchtberatungsstellen, psychiatrische Institutsambulanzen mit angeschlossenen Entgiftungsstationen, Eingliederungshilfe und Sozialpsychiatrischer Dienst gemeinsam beteiligt. Trotzdem formulieren die Beratungsstellen ihren Reha-Antrag, die Eingliederungshilfe ihren IBRP-Hilfeplan (integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan) und die Entgiftungsstation ihren Aufnahmebogen, ohne auf das Wissen und die Vorarbeit der Kolleginnen und Kollegen der benachbarten Arbeitsfelder Bezug zu nehmen. Ähnlich verhält es sich in Familien mit suchtkranken Eltern: Jugendamt, Beratungsstelle,

Sozialpädagogische Familienhilfe, Eingliederungshilfe, Hausärztin bzw. Hausarzt, Hebamme, Kinderklinik und Psychiatrie wirken auf die Familie ein, oft ohne ausreichende Abstimmung untereinander.

Ursächlich für diese fehlende Abstimmung ist aber nicht nur die fehlende Zeit. Oft fehlt es an einer gemeinsamen Sprache, an gemeinsamen Handlungskonzepten und oft auch an Respekt voreinander. Die Autonomieansprüche einzelner Hilfeanbieter sind oft so groß, dass Abstimmungsprozesse im Handeln dadurch erheblich erschwert werden. Schließlich unterschätzt man leicht das Beharrungsvermögen etablierter Hilfestrukturen, die sich nur schwer Veränderungsansprüchen verfügbar machen. Nicht selten steht und fällt das Gelingen und Misslingen kooperativer Vorhaben an Einzelpersonen, die abgestimmte Planungen entweder konstruktiv begleiten oder destruktiv sabotieren.

Um die modernen Ansprüche an ein Versorgungssystem zu erfüllen, müssen heute viele Ansprüche bedient werden. Wie bereits angesprochen, müssten solche Konzepte effizienz-basiert effektiv sein, sie sollten personenzentriert die individuellen Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer im Blick haben, gemeindeorientiert vernetzt und verankert sein, interdisziplinär und sektorenübergreifend nutzbar sein und letztendlich auch aus ökonomischen Aspekten Effizienzgesichtspunkte berücksichtigen. Schließlich spielt die Nachhaltigkeit erzielter Erfolge gerade bei Suchtkranken eine große Rolle.

All diese Ansprüche gelten für die Suchtmitarbeiterinnen und -mitarbeiter sowohl der traditionellen Suchthilfe als auch der Psychiatrie. In Bielefeld wurde versucht, über den Community Reinforcement Approach (CRA), diesen Ansprüchen gerecht zu werden. Es handelt sich dabei um ein evidenzbasiertes verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes Behandlungskonzept aus New Mexico, das seit dem Vorliegen der deutschen Übersetzung des CRA-Manuals von Robert Meyers und Jane Ellen Smith 2007 von der Bielefelder Arbeitsgruppe aus Bethel im deutschen Sprachraum verbreitet wird (Meyers und Smith, 2011). Dabei werden individuell sinnstiftende Ziele bestimmt, die es für Abhängige lohnend werden lassen, ihren Substanzkonsum zu reduzieren oder aufzugeben. Ein konsequent personenzentriertes Denken wird dadurch bestimmend für das Vorgehen. Die Bielefelder Arbeitsgruppe hat dabei auf ihre sozialpsychiatrische und gemeindeorientierte Tradition zurückgegriffen und Vernetzungsaspekte ganz in den Vordergrund gerückt, um möglichst viele lohnenswerte Ziele für die eigenen Klientinnen und Klienten verwirklichen zu können. Die Implementationserfahrungen der ersten Jahre haben gezeigt, dass dieses Konzept in verschiedenen Settings und Berufsgruppen anwendbar ist und auf dieser theoretischen Grundlage ein regionales Zusammenarbeiten über Sektorengrenzen hinweg möglich ist. So können im Idealfall Beratungsstellen, Akut- und Reha-Kliniken,

Eingliederungs-, Straffälligen- und Wohnungslosenhilfe, Bewährungshilfe und Sozialpsychiatrischer Dienst, Justiz und Jobcenter, Jugendamt und Jugendhilfe in einem Konzept zusammengeführt werden. Häufig finden sich unter Ihnen Kolleginnen und Kollegen, die ähnliche Strategien aus der ressourcenorientierten Sozialarbeit im Sinne von Hans Thiersch (1994) oder in lösungsorientierten Ansätzen im Sinne von Steve de Shazer und Insoo Kim Berg (1998) kennengelernt haben. Voraussetzung ist, dass alle Akteurinnen und Akteure der Region bereit sind, sich in einem verbindlichen Netzwerk zusammen zu finden, um der eigenen Arbeit gemeinsame Grundlagen zu geben.

Wenn auf diese Weise „zusammenwachsen kann, was zusammen gehört“, gelingt es auf diese Weise auch, die lange getrennt marschierenden Kollegen und Kolleginnen aus der traditionellen Suchthilfe und der Versorgungspsychiatrie in einem Bündnis zusammen zu führen – im Dienste der Klientinnen und Klienten.

Literatur

- Berg, Insoo Kim und Miller, S.D. (1998). KURZZEITTHERAPIE BEI ALKOHOLPROBLEMEN. EIN LÖSUNGSORIENTIERTER ANSATZ. Auer Verlag, Heidelberg
- Lange, W., Reker, M., Driessen, M. (2008). COMMUNITY REINFORCEMENT APPROACH (CRA) – ÜBERBLICK ÜBER EIN INTEGRATIVES KONZEPT ZUR BEHANDLUNG VON ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN, *Sucht* Vol. 54, Hft. 1, S. 13–23
- Meyers, R.J., Smith, J.E. (2011). CRA-MANUAL ZUR BEHANDLUNG DER ALKOHOLABHÄNGIGKEIT. ERFOLGREICH BEHANDELN DURCH POSITIVE VERSTÄRKUNG IM SOZIALEN BEREICH. Übersetzt und überarbeitet von: W. Lange, St. Kunz und M. Reker, 4. Aufl., Psychiatrie Verlag, Bonn
- Miller, W., Rollnick, St. (2009). MOTIVIERENDE GESPRÄCHSFÜHRUNG, Lambertus Verlag, Freiburg
- Reker, M. (2009). KONSEQUENT VON DER PERSON HER DENKEN – WAS BEDEUTET DAS?! In: APK (Hrsg.): *Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland. Tagungsbericht Berlin 2009*, S. 71–79, Psychiatrie Verlag, Bonn
- Reker, M. (2012). AUTONOMIE UND SUCHTBEHANDLUNG. In: *Brückenschlag. Sozialpsychiatrie, Literatur, Kunst, Band 28*, mehr, mehr und immer mehr Süchte, S. 132–139, Paranus Verlag
- Thiersch, H. (1994). LEBENSWELTORIENTIERTE SOZIALE ARBEIT: AUFGABEN DER PRAXIS IM SOZIALEN WANDEL (Edition Soziale Arbeit) Beltz Verlag
- Wienberg, G. (1994). DIE VERGESSENE MEHRHEIT, Psychiatrie Verlag, Bonn

Zufriedenheitsskala

Die vorliegende Skala dient dazu, ihre aktuelle Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen darzustellen. Ihre Aufgabe ist es, eine der Zahlen (1–10) für jedes Gebiet anzukreuzen.

Die Zahlen auf der linken Seite der Skala bedeuten hierbei verschiedene Grade von Unzufriedenheit, während die Zahlen auf der rechten Seite der Skala verschiedene Grade von Zufriedenheit zum Ausdruck bringen. Fragen Sie sich selbst beim Ausfüllen der Skala für jeden Lebensbereich: „Wie zufrieden bin ich mit diesem Bereich meines Lebens?“ Mit anderen Worten: Markieren Sie auf der Skala von 1–10 genau, wie zufrieden Sie am heutigen Tag mit dem entsprechenden Lebensbereich sind. Versuchen Sie hierbei, Gefühle von gestern auszuschließen, und konzentrieren Sie sich ausschließlich auf die aktuellen Gefühle. Versuchen Sie auch zu verhindern, dass die Ergebnisse auf einer Skala durch die Ergebnisse auf einer anderen Skala beeinflusst werden.

Zufriedenheit mit:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. meiner körperlichen Gesundheit										
2. meinem sozialen Leben/meiner Freizeit										
3. meiner Wohnsituation										
4. meiner Arbeit										
5. meinem Schulbesuch/meiner Ausbildung										
6. meinen Finanzen										
7. meinem Alkoholkonsum und seinen Auswirkungen										
8. meinem Drogenkonsum und seinen Auswirkungen										
9. meiner Abstinenz										
10. meiner seelischen Gesundheit										
11. meiner sportlichen Betätigung										
12. meiner Beziehung zu meinem Lebenspartner/in										
13. meiner Beziehung zu meinen Kindern										
14. meiner Beziehung zu meinen Eltern										
15. meiner Beziehung zu meinen engen Freunden										
16. juristischen Problemen										
17. meiner Art, mit anderen zu kommunizieren										
18. meinem spirituellen Leben										
Allgemeine Zufriedenheit mit dem Leben aktuell										

Name:

Datum:

Tabelle 1: Zufriedenheitsskala aus dem CRA-Modell, eigene Darstellung, 2014

1 = absolut unzufrieden (es geht nicht mehr schlechter)
 5 = neutral, weder besonders zufrieden noch besonders unzufrieden
 10 = absolut zufrieden (besser geht es nicht)

Verbesserte Kooperation zwischen Suchthilfe/-prävention und Kinder- und Jugendpsychiatrie

1 Zusammenfassung

Die Problematiken der Klientel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Suchthilfe/-prävention überschneiden sich teilweise erheblich. Diese gleichzeitig bestehenden Symptomatiken werden derzeit jedoch kaum beachtet. Studien zufolge liegt bei 13 % bis 29 % der jungen Menschen in allgemeinspsychiatrischen Stationen eine Substanzproblematik vor. Umgekehrt: Bei rund 63 % der Jugendlichen, die Schwierigkeiten im Umgang mit Rauschmitteln haben, ist mit einer seelischen Erkrankung zu rechnen.

Trotzdem findet zwischen den Hilfesystemen selten ein Austausch statt und das hat weitreichende Konsequenzen für die betroffenen Jugendlichen. Denn die Zusammenhänge zwischen Substanzproblematik, psychosozialen Schwierigkeiten und/oder psychischer Erkrankung sind deutlich belegt: Die Symptomatiken „befeuern“ sich gegenseitig.

Als Ergebnis einer Literaturrecherche und einer qualitativen Studie unterbreitet der Artikel Vorschläge, wie die Zusammenarbeit zwischen den beiden Hilfesystemen verbessert

werden kann. Dabei wird das Ziel verfolgt, die Kooperation zwischen den Hilfesystemen zu fördern, riskanten Konsum und psychische Erkrankungen möglichst früh zu identifizieren und hilfreiche Interventionen zur Unterstützung junger Menschen vorzuhalten.

2 Methodik und Hintergrund dieses Artikels

Der Beitrag geht zurück auf eine Masterarbeit im Fach Public Health aus dem Jahr 2013. Diese umfasst einerseits eine Literaturrecherche und andererseits eine qualitative Studie. Die Arbeit setzt drei Hilfesysteme miteinander in Bezug:

- Stationäre Maßnahmen der Jugendhilfe (JH)
- Kliniken für Kinder-/Jugendpsychiatrie, Abteilungen Suchtmedizin und Allgemeinpsychiatrie (KJP)
- Suchthilfe/-prävention (SH/SP)

Dabei liegt ein besonderer Fokus auf der Frage, wie die Systeme zusammenarbeiten, wenn Minderjährige riskant oder abhängig (legale oder illegale) Drogen konsumieren.

Im Rahmen der qualitativen Studie fanden Ende 2012 elf Interviews mit insgesamt 23 Personen statt. Die Gesprächspartnerinnen und -partner vertraten drei ambulante Drogenberatungsstellen unter freier Trägerschaft und Einrichtungen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe: Vier Kinder- und Jugendpsychiatrien und drei Jugendhilfeeinrichtungen. Die Auswertung der Interviews erfolgte angelehnt an die Methode der strukturierten Inhaltsanalyse (Mayring, 2007).

Der vorliegende Beitrag greift Ergebnisse heraus, die auf die Suchthilfe/-prävention und die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie bezogen sind.

3 Ergebnisse

3.1 Die Klientel in den unterschiedlichen Hilfesystemen ähnelt sich oft

Im Folgenden sind Ergebnisse der Literaturrecherche sowie der eigenen qualitativen Studie dargestellt und teilweise miteinander in Beziehung gesetzt (Abb. 1).

Gemeinsame Zielgruppen der Hilfesysteme

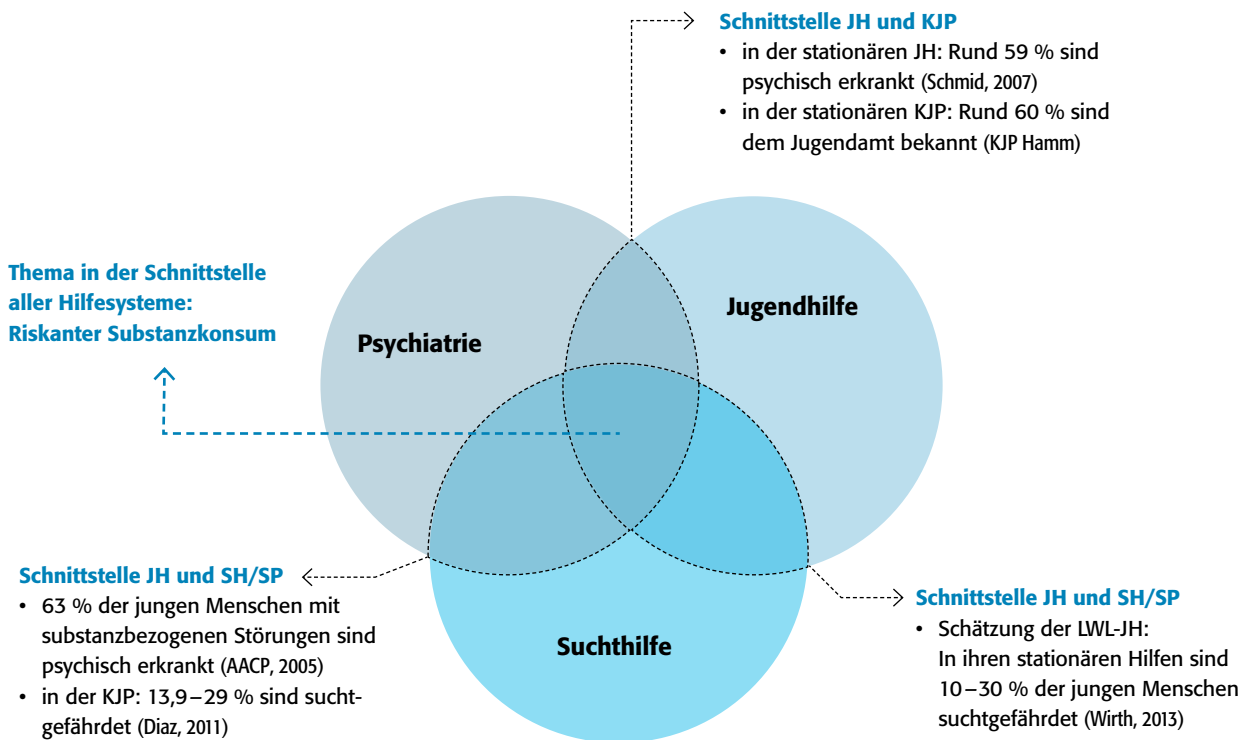


Abbildung 1: Gemeinsame Zielgruppen der Hilfesysteme, eigene Darstellung, 2014

Riskanter Konsum, psychische Erkrankungen und psychosoziale Auffälligkeiten treten häufig gemeinsam auf

Eine Substanzproblematik tritt seltener als isoliertes Phänomen auf, sondern eher gemeinsam mit einer psychischen Erkrankung (z.B. Persönlichkeitsstörung, ADHS, Depression) und/oder psychosozialen Schwierigkeiten (z.B. Schulprobleme, Gewalt, Kriminalität).

Seelische Schwierigkeiten erhöhen das Risiko für problematischen Rauschmittel-Konsum und umgekehrt. Eine zehnjährige prospektive

Studie zeigt: Beim Auftreten von Verhaltens-, posttraumatischen Belastungs- oder Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, eine Abhängigkeit von illegalen Drogen oder Alkohol zu entwickeln, um das dreibis vierfache. Die Autoren werten diese psychischen Erkrankungen bei jungen Menschen daher als Prädiktor für eine mögliche spätere Abhängigkeit und empfehlen suchtpreventive Programme für diese Risikogruppe (Swendsen et al., 2010). Und umgekehrt: Je riskanter das Alkoholkonsumverhalten im Alter zwischen 14 und 18 Jahren ist, umso eher ist es ein Prädiktor für Depressionen

sowie antisoziale und Borderline Persönlichkeitsstörungen im Alter von 24 Jahren (Rohde et al., 2001).

Ein Beispiel für den Zusammenhang zwischen riskantem Alkoholkonsum und psychosozialen Schwierigkeiten verdeutlicht die Studie von Kuntsche et al. (2006): Junge Menschen, die riskant Alkohol konsumieren, sind überproportional häufig in Gewalttaten verwickelt, sowohl als Täter als auch als Opfer. Die kleinere Gruppe der hoch risikohaft Konsumierenden (Jungen rund 25 %; Mädchen 15 %) ist dabei für einen Großteil der körperlichen Gewalt verantwortlich (Jungen 60 %, Mädchen 40 % – 50 %).

Gründe dafür, warum unterschiedliche Symptomatiken in „Wechselwirkungen“ miteinander stehen

In Abhängigkeit von ihrer Ätiologie können die gemeinsam auftretenden Störungen in unterschiedlicher kausaler sowie zeitlicher Beziehung zueinander stehen. Die nachfolgende Differenzierung verdeutlicht mögliche Zusammenhänge zwischen einer substanzbezogenen Störung und psychischer Erkrankung (Essau/Conradt, 2008):

- Eine Störung verursacht die zweite Störung („kausale Assoziation“)
 - » **Beispiel:** Zuerst besteht eine psychische Erkrankung. Zur Linderung der Symptomatik setzt die Person Substanzen im Sinne einer Selbstmedikation ein. Als zweite Störung kann sich daraus eine Abhängigkeit entwickeln, z.B. Amphetaminkonsum, um eine Selbstwertproblematik weniger spürbar zu machen oder Cannabiskonsum, um die Symptome einer ADHS zu lindern.
- Die Störungen sind Manifestationen derselben Ursache („gemeinsame Ätiologie“)
 - » **Beispiel:** Traumatisierungen wie z.B. Gewalterfahrungen können als Ursache sowohl einer frühen Persönlichkeitsstörung als auch einer Abhängigkeitserkrankung angesehen werden.
- Eine Störung setzt die Schwelle für das Auftreten einer anderen Störung herab

Suchtgefährdung von Jugendlichen in allgemeinspsychiatrischen Stationen

	Jugendliche Durchschnittsbevölkerung	Allgemeinspsychiatrische Stationen der Kinder-/Jugendpsychiatrie	
Suchtgefährdung	1,5 % bis 2 %	13,9 % bis 29 %	sieben- bis 14-fach erhöht

Tabelle 1: Eigene Darstellung, 2014

» **Beispiel:** Psychisch vulnerable Personen konsumieren z.B. Cannabis oder Halluzinogene, wodurch Ich-Funktionen weiter geschwächt werden. Durch den Konsum wird eine Schizophrenie wahrscheinlicher als ohne Substanzkonsum, entsprechend dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell nach Luc Ciompi (1980).

Die hinzugefügten Beispiele sollen verdeutlichen, dass die drei Ätiologien auch gleichzeitig bei einer Person zutreffend sein können.

Auf eine erhöhte Sucht-Gefährdung wird in der Kinder-/Jugendpsychiatrie oft nicht angemessen reagiert

Bei jungen Menschen, die aufgrund seelischer Erkrankungen in allgemeinspsychiatrische Stationen aufgenommen werden, wird bei 13,9 % bis 29 % der Behandlungsfälle eine substanzbezogene Komorbidität

vermutet, Tabak ausgenommen (Díaz et al., 2011 und Niethammer/Frank, 2007). Zum Vergleich: Eine Studie aus Bremen schätzt die Prävalenz einer Suchtgefährdung unter der jugendlichen Allgemeinbevölkerung auf 1,5 % bis 2 % (Schmidt, 2008). Damit ist das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung für junge Menschen in der Allgemeinpsychiatrie gegenüber der etwa gleichaltrigen Durchschnittsbevölkerung zwischen rund sieben- bis 14-fach erhöht (Tabelle 1).

Dennoch wird Substanzkonsum derzeit nicht in allen befragten Kinder- und Jugendpsychiatrien anamnestisch erhoben und in keiner der Kliniken dokumentiert. Vermutlich finden Interventionen erst statt, wenn sich bereits ein Schaden durch den Konsum eingestellt hat. Dieses Vorgehen entspricht dem Auftrag im SGB V „Behandlung bei einer Diagnose nach ICD-10“.

Erhöhtes Risiko einer psychischen Erkrankung bei Jugendlichen mit substanzbezogener Störung

	Drei- bis 17-Jährige Durchschnittsbevölkerung	Junge Menschen mit substanzbezogener Störung	
Psychische Auffälligkeit bzw. Störung	7,2 %	63 %	knapp neunfach erhöht

Tabelle 2: Eigene Darstellung, 2014

Trotz des höheren Risikos einer seelischen Erkrankung bei riskant Konsumierenden besteht vermutlich wenig Wissen darüber in der Suchthilfe bzw. -prävention

Die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) ermittelte einen Anteil von 7,2 % der drei- bis 17-Jährigen, die psychische Auffälligkeiten zeigen (RKI, 2008). Bei Jugendlichen mit riskantem Konsumverhalten ist von einem deutlich erhöhten Anteil auszugehen. Bei 63 % der jungen Menschen mit substanzbezogener Störung wurde eine weitere psychische Störung diagnostiziert (AACP, 2005) (Tabelle 2).

Fachkräfte aus der Suchthilfe verfügen möglicherweise nicht über ausreichendes Wissen bezüglich psychischer Erkrankungen. In der deutschen Suchthilfestatistik machen in 95 % der dokumentierten Behandlungsfälle die

Fachkräfte keine Angaben, ob bzw. welche psychische Begleiterkrankung bei ihrer Klientel vorliegen (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011). Angesichts der dargestellten Prävalenzen ist zu vermuten, dass Fachkräfte den Zusammenhang zwischen riskantem Konsum und seelischer Erkrankung nicht (regelmäßig) beachten.

3.2 Stand der gegenwärtigen Kooperationsbeziehungen und Wünsche an das jeweils andere Hilfesystem

Im Rahmen der qualitativen Studien wurden die Interviewpartnerinnen und -partner aus den unterschiedlichen Hilfesystemen unter anderem zu folgenden Themen befragt: Nach ihrer Zufriedenheit mit den gegenwärtigen Kooperationsbeziehungen, danach welche Faktoren die Zusammenarbeit behindern und nach ihren Lösungsvorschlägen, wie sich die Kooperation (weiter) verbessern lässt.

Die Sicht der Suchthilfe/-prävention auf die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Fachkräfte aus ambulanten Beratungsstellen bzw. Suchtpräventionseinrichtungen berichteten in den Interviews sehr heterogen über ihre Kooperationsbezüge zu Fachkräften in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Grundsätzlich wünschen sie sich jedoch (einen verbesserten) Kontakt zur Kinder- und Jugendpsychiatrie, um Spezialwissen und Interventionsmöglichkeiten gegenseitig zu nutzen.

Als Thema mit Konfliktpotential benannten die Interviewten den Umgang mit Akutaufnahmen in Kliniken. Es besteht häufig Uneinigkeit, ob der Anlass zur Aufnahme gerechtfertigt ist oder nicht, also ob es sich um eine psychiatrische oder pädagogische Krise handelt.

Einige Kliniken nehmen Angebote der Suchtprävention wahr, zum Beispiel die dreitägige Multiplikatoren-Fortbildung MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen.

Befragte aus der Suchthilfe/-prävention äußerten folgende Wünsche an die Fachkräfte in Kliniken:

- Rückmeldungen über Behandlungsverläufe zu erhalten
- dass sich Fachkräfte aus der Psychiatrie an (über-)regionaler Gremienarbeit beteiligen
- Konsiliardienste durch die Psychiatrie in Anspruch nehmen zu können
- ein Angebot zu entwickeln, das dem Bedarf junger Erwachsener für eine qualifizierte Entzugsbehandlung nachkommt

Sicht der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie auf die Suchthilfe/-prävention

Die Interviewten aus den Kliniken äußerten sich über die Kooperationsbeziehungen zur Suchthilfe/-prävention ebenfalls heterogen. Beispielsweise empfindet ein Befragter die Fachkräfte der Suchthilfe als „Kunden und Partner“, ein anderer als „übergriffig und zerrend“.

Derzeit konzentriert sich die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Suchthilfe/-prävention auf das suchtmmedizinische Segment – typischerweise also auf Vermittlungen aus der Suchthilfe zu einer qualifizierten Entzugsbehandlung. Zusammenarbeit zwischen Fachkräften von allgemeinspsychiatrischen Abteilungen und der Suchthilfe/-prävention findet dagegen selten statt.

Speziell die Befragten aus den Abteilungen für Allgemeinspsychiatrie sehen kaum einen Anlass, mit der Suchthilfe/-prävention zu kooperieren. Zum Hintergrund erklärten die Befragten, dass ihre Kliniken dauerhaft überbelegt seien, der Anteil der Akutaf-

nahmen in Kliniken kontinuierlich ansteigt und mittlerweile rund 80 % aller Aufnahmen einnimmt. Die Behandlungsdauer sinkt grundsätzlich, und Akutbehandlungen im Speziellen umfassen überwiegend nur wenige Tage bis Wochen. Damit sind „Zeitdruck“, unter dem Behandlungen stehen sowie „andere Behandlungsaufträge“ wie z.B. „emotionale Stabilisierung in Krisen“ die häufigsten Gründe, die eine Intervention bei Substanzauffälligkeit behindern. Weitere Gründe, warum Substanzkonsum nicht angesprochen wird: „Weil das Thema für alle Beteiligten unangenehm ist“ und „weil der Konsum von Jugendlichen bagatellisiert wird“.

4 Ziele verbesserter Kooperation: Früherer Zugang und aufeinander abgestimmte Interventionen

Den Ergebnissen einer amerikanischen Studie folgend, ist eher selten damit zu rechnen, dass Jugendliche mit Substanzproblemen aus eigener Motivation um Unterstützung nachfragen: In einer Studie mit zwölf- bis 18-Jährigen, die aufgrund einer substanzbezogenen Störung eine Behandlung begannen, sahen nur rund 20 % von ihnen für sich selbst Behandlungsbedarf (Tims et al., 2002). Dementsprechend werden nur geringe Anteile der riskant Konsumierenden erreicht. Die Erreichungsquote bei Alkohol liegt bei 6,8 % und bei Cannabis bei 10 % (Kraus et al., 2008). Beim problematischen Alkoholkonsum vergehen beispielsweise durchschnittlich rund elf Jahre vom ersten Erkennen negativer Begleiterscheinungen bis zur Annahme suchtspezifischer Hilfe (Martens et al., 2011). Je später jedoch die Inter-

vention erfolgt, umso schwieriger wird die Behandlung. Daher sind Früherkennung wie beispielsweise über Screenings und Frühinterventionen bei jungen Menschen, die riskant konsumieren, wichtig.

Hilfesysteme sind in der Regel auf eine spezifische symptom-orientierte Intervention ausgelegt: Die Suchthilfe kümmert sich um riskanten bzw. abhängigen Konsum und die stationäre Allgemeinspsychiatrie um psychische Erkrankungen bzw. immer häufiger nur noch um seelische Krisenintervention. Fallzahlsteigerungen, das Streben nach Kosteneffektivität, der Umgang mit sogenannten „Systemsprengerinnen und Systemsprenger“ und die kurze Beratungs- bzw. Behandlungsdauer üben zusätzlichen Druck auf Fachkräfte in den Hilfesystemen aus.

Interinstitutionelle Zusammenarbeit ermöglicht den Austausch von Haltungen und professionellen Denkrichtungen. Fachkräfte können dadurch sensibler für Symptomatiken werden, die nicht im Vordergrund des eigenen beruflichen Auftrages liegen, aber dennoch in zentraler Wechselwirkung mit dem Symptom, für deren Linderung oder Behandlung sie selbst „zuständig“ sind. Auf diese Weise können sich Hilfepläne mit quer gedachten und damit „ganzheitlichen“ Interventionen entwickeln.

Es ist also ein Netz aus unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren notwendig, um den Zugang zu jungen Menschen mit komplexem Hilfebedarf zu verbessern und ihnen sowie ihren Bezugspersonen Unterstützung anzubieten, die aufeinander abgestimmt ist.

Spätestens die sogenannten „Systemsprengerinnen und Systemsprenger“ haben verdeutlicht, dass die Grenzen der jeweiligen Hilfesysteme zu eng gefasst sind. Diese Grenzen müssen durchlässiger und miteinander verbundener werden.

5 Vorschläge zur Verbesserung der Kooperation zwischen den Kliniken für Kinder-/Jugendpsychiatrie und Suchthilfe/-prävention

Die dargestellten Ergebnisse verdeutlichen, dass in den Hilfesystemen die Zusammenhänge zwischen riskantem Substanzkonsum, psychischen Erkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten zu geringe Bedeutung finden. Die folgenden Empfehlungen schlagen Ansätze zur Veränderung vor.

Strukturelle und fallbezogene Kooperation fördern

Strukturelle Kooperation, wie z.B. Vereinbarungen zur Zusammenarbeit zwischen Hilfesystemen, stellt eine Leitungsaufgabe dar. Wenngleich sie von der Ebene der Mitarbeitenden initiiert werden kann, muss sie doch von Personen höherer Hierarchieebenen umgesetzt werden. Schriftliche Vereinbarungen bieten die Grundlage für die Zusammenarbeit auf der operativen Ebene, also die gemeinsame Arbeit der Fachkräfte aus der Kinder-/Jugendpsychiatrie sowie der Suchthilfe/-prävention an systemübergreifenden Konzepten und „Fällen“.

Substanzkonsum in allgemeinpsychiatrischen Stationen regelhaft erheben

Wie oben dargestellt, handelt es sich bei einem großen Teil der Behandlungen in Kinder- und Jugendpsychiatrien um Kriseninterventionen unter zeitlichem Druck. Dieser Druck macht die sogenannten „Drehtüreffekte“ wahrscheinlicher, also den wiederkehrenden Wechsel zwischen Maßnahmen der unterschiedlichen Hilfesysteme. Es sind Hilfesystem-übergreifende Anstrengungen notwendig, um den Anteil der Akutaufnahmen zu senken und mehr Kapazitäten für geplante Behandlungen zur Verfügung zu haben.

Fachkräfte in allgemeinpsychiatrischen Stationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollten das Konsumverhalten regelhaft erheben und systematisch dokumentieren.

Screening-Verfahren bieten sowohl Jugendlichen als auch Fachkräften die Möglichkeit zur Selbst- bzw. Fremdeinschätzung des Konsumverhaltens. Substanzproblematiken können damit so früh wie möglich identifiziert werden.

Zum Screening substanzbezogener Störungen bieten sich beispielsweise folgende Instrumente an:

- „Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents – short (CPQ-A-S)“ (Fernandez-Artamendi et al., 2012).
- „Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption“ (AUDIT-C) an. Dieser Test umfasst lediglich drei Fragen. Eine Studie speziell mit Jugendlichen ermittelte gute Werte für seine Validität (Rumpf et al., 2012).

Screenings sind keine Diagnose-Instrumente, dennoch eröffnen sie die Möglichkeit zu entscheiden, bei welchen Jugendlichen ein „Nachhaken“ bezüglich des Konsumverhaltens sinnvoll ist.

Allgemeinpsychiatrische Stationen für Suchtprävention öffnen

Falls ein Screening positiv ausfällt, ist es sinnvoll, mit dem Kind oder Jugendlichen, ggf. auch gemeinsam mit den Eltern, ein Gespräch zu führen. In Absprache mit der Suchthilfe/-prävention sollten angepasste Interventionsformen entwickelt werden, z.B.:

- den Kontakt zur örtlichen Drogenberatungsstelle herzustellen,
- Psychoedukation zur Wechselwirkung zwischen Konsum und Erkrankung anzubieten,
- das kurzinterventive FreD-Programm, ein Gruppenangebot zur Reflektion des eigenen Konsumverhaltens, für Jugendliche mit einer Komorbidität anzupassen. Dieses Angebot könnten Fachkräfte aus der Suchthilfe/-prävention oder/und des Sozialdienstes aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie umsetzen.
- Ebenso sind Fortbildungen in der Gesprächsführung des Motivational Interviewings nach Miller und Rollnick für Fachkräfte der Kinder- und Jugendpsychiatrie sinnvoll. Die Wirksamkeit dieser Methode ist gerade für den Bereich des Gesundheitswesens gut nachgewiesen. Fachkräften würde es dann leichter fallen, z.B. mit dem typischen Bagatellisieren des Konsums umzugehen.

Fortbildungen und Konsiliardienst zu komorbiden psychischen Störungen für Fachkräfte der Suchthilfe/-prävention anbieten

Für eine verbesserte Sensibilisierung der Fachkräfte der Suchthilfe/-prävention im Hinblick auf komorbide psychiatrische Erkrankungen ist es notwendig, die Zusammenhänge bei Fachtagungen zu thematisieren und Fortbildungen dazu anzubieten. Zu empfehlen sind auch Fachbücher, die Grundlagen psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen verständlich erklären, wie z.B. „Kinder- und Jugendpsychiatrie für Pädagogik und Soziale Arbeit“ (Amt für Gesundheit FfM, 2013).

Befragte aus der Suchthilfe/-prävention äußerten im Rahmen der qualitativen Studie den Wunsch an die Fachkräfte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Unterstützung bei der Diagnostik ihrer Klientel zu erhalten. Es wäre zu klären, ob psychiatrische Instituts-Ambulanzen innerhalb der regionalen Versorgung dazu bereit wären. Möglicherweise bietet das neue pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für diese Konsiliardienste eine Grundlage. Ebenso kommt auch der kinder- und jugendpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes für Konsiliardienste in Frage. Bei Schwierigkeiten kann ggf. der/die Sucht- und Psychiatriekoordinator/in der Kommune vermitteln oder weitere Lösungsmöglichkeiten einbringen.

Multiprofessionelle Fallkonferenzen fördern

Kontinuierlich angelegt, bieten multiprofessionelle Fallkonferenzen über Hilfesysteme hinweg ein sehr wirksames Instrument der Hypothesen-Entwicklung und – darauf aufbauend – gemeinsamer pädagogischer und psychiatrischer Interventionen aus einem Guss. Idealerweise würden je nach Fallkonstellation z.B. auch die Jugendhilfe und Schulen an diesen Konferenzen beteiligt.

Durch regelmäßigen Austausch in multiprofessionellen Zusammensetzungen wird automatisch der fachliche Horizont der beteiligten Fachkräfte erweitert, und es ist mit einer Steigerung der Arbeits-Qualität und -zufriedenheit zu rechnen.

Diese Empfehlungen sollen dazu ermuntern, die Zusammenarbeit zwischen den Systemen weiter voran zu treiben. Dabei wird auf der Kosten-Seite zu verbuchen sein, dass die Pflege von Kooperationsstrukturen Zeit und damit Geld kostet. Ebenso ist dabei mit möglichen Konkurrenzen offen und konstruktiv umzugehen. Stärker wird jedoch die Nutzen-Seite ausschlagen: Auf individueller Ebene stellt die Investition in Kooperation einen Gewinn für die betroffenen Kinder, Jugendlichen sowie deren Bezugspersonen dar. Auf gesellschaftlicher Ebene bedeuten effektive ineinander greifende Konzepte einen finanziellen Gewinn, unter anderem durch sinkende „Drehtür-Maßnahmen“.

Literatur

Sämtliche Literatur ist entnommen aus:

Wirth, N. (2013). „WIE MACHT KOOPERATION ZWISCHEN PSYCHIATRIE, JUGEND- UND SUCHTHILFE SINN? EINE QUALITATIVE STUDIE ZUR OPTIMIERUNG DER VERSORGUNG VON JUGENDLICHEN MIT EINER SUBSTANZPROBLEMATIK“. *Masterarbeit an der Heinrich Heine Universität Düsseldorf*. Februar 2013

Fernandez-Artamendi S. et al. (2012). SCREENING OF CANNABIS-RELATED PROBLEMS AMONG YOUTH: THE CPQ-A-5 AND CAST QUESTIONNAIRES. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2012; 7: 13. Published online 2012 April 2.

AACP Official Action (2005). PRACTICE PARAMETER FOR THE ASSESSMENT AND TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SUBSTANCE ABUSE DISORDERS. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2005; 44 (6): 609-21

Amt für Gesundheit Stadt Frankfurt am Main (Hrsg.) (2012). KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE FÜR PÄDAGOGIK UND SOZIALE ARBEIT. Ein Handbuch für die Praxis. Eigendruck

Ciompì, L. (1998). AFFEKTLOGIK. Klett Cotta Verlag, Stuttgart, 5. Auflage

Diaz R. et al. (2011). PATTERNS OF SUBSTANCE USE IN ADOLESCENTS ATTENDING A MENTAL HEALTH DEPARTMENT. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Jun; 20(6): 279-89. Epub 2011 Apr 21.

Essau C.A., Conrad J. (2008). KOMORBIDITÄT. In: Thomasius R., Schulte-Markwort M., Küstner U., Riedesser J. (Hrsg.): *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Schattauer

Kraus L., Pfeiffer-Gerschel T., Pabst A. (2008). CANNABIS UND ANDERE ILLEGALE DROGEN: PRÄVALENZ, KONSUMMUSTER UND TRENDS. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht, 54 (Sonderheft 1)*, S. 16–25

Kuntsche E., Gmel G., Annaheim B. (2006). ALKOHOL UND GEWALT IM JUGENDALTER. Eine Sekundäranalyse der ESPAD-Schülerbefragung. *Forschungsbericht. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme* (Hrsg.): Lausanne

Martens M.S., Schütze C., Buth S., Runde-Neumann E. (2011). AMBULANTE SUCHTHILFE IN HAMBURG. *Statusbericht 2010 der Hamburger Basisdatendokumentation*. Bado e.V. (Hrsg.): Hamburg

Mayring P. (2007). QUALITATIVE INHALTSANALYSE. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag. 5. Auflage

Niethammer, O., Frank, R. (2006). PREVALENCE OF USE, ABUSE AND DEPENDENCE ON LEGAL AND ILLEGAL PSYCHOTROPIC SUBSTANCES IN AN ADOLESCENT INPATIENT PSYCHIATRIC POPULATION. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Jun; 16(4): 254-9. Epub 2006 Dec 14

Pfeiffer-Gerschel T., Kipke I., Steppan M. (2011). DEUTSCHE SUCHTHILFESTATISTIK 2010. ALLE BUNDESLÄNDER. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe 1: Alle Betreuungen mit Einmalkontakten. Institut für Therapieforschung (IFT), München

Rohde P. et al. (2001). NATURAL COURSE OF ALCOHOL USE DISORDERS FROM ADOLESCENCE TO YOUNG ADULTHOOD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Jan; 40(1): 83-90

Rumpf H.J., Wohler T., Freyer-Adam J., Grothues J., Bischof G. (2012). SCREENING QUESTIONNAIRES FOR PROBLEM DRINKING IN ADOLESCENTS: Performance of AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT and POSIT. *Eur Addict Res*. 2012 Nov 23;19(3): 121-127

Schmidt F. (2008). UNTERSUCHUNG ÜBER HILFE-BEDÜRFTIGE JUGENDLICHE MIT SUCHTMITTEL-PROBLEMEN IN DER STADTGEMEINDE BREMEN. *Kommunale Gesundheitsberichterstattung. Gesundheitsamt Bremen* (Hrsg.). Freie Hansestadt Bremen

Swendsen J. et al. (2010). MENTAL DISORDERS AS RISK FACTORS FOR SUBSTANCE USE, ABUSE AND DEPENDENCE: Results from the 10-year Follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*. Author manuscript; available in PMC 2011 June 1. Published in final edited form as: *Addiction*. 2010 June; 105(6): 1117–1128. Published online 2010 March 10

Tims F.M., Dennis M.L., Hamilton N., Buchan B., Diamond G., Funk R., Brantley L.B. (2002). CHARACTERISTICS AND PROBLEMS OF 600 ADOLESCENT CANNABIS ABUSERS IN OUTPATIENT TREATMENT. 2002 Dec; 97 Suppl 1: 46–57

Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2008). LEBENS-PHASENSPEZIFISCHE GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN IN DEUTSCHLAND. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung*. Berlin

Zwei Hilfesysteme und ein Netzwerk

Wirksame Zusammenarbeit in Prävention und Gesundheitsförderung

Einleitende Überlegungen

Am Anfang steht die Frage, welche Hilfesysteme hier gemeint sind, die sich zu einem Netzwerk verbinden lassen. Der Standpunkt des Verfassers ist an dieser Stelle phänomenologisch und pragmatisch orientiert. Im Sinne einer deutlichen Vereinfachung lassen sich de facto zwei Hilfesysteme erkennen: Es gibt einerseits die Suchthilfe, welche eher an den Berufsbildern und Berufslogiken der Sozialen Arbeit und der Pädagogik ausgerichtet ist. Andererseits gibt es das Hilfesystem der Psychiatrie, welches medizinisch bzw. psychiatrisch fokussiert ist. Neben Störungen durch psychotrope Substanzen werden hier noch andere Krankheitsbilder behandelt. Zwischen den beschriebenen Feldern sind sowohl klar unterscheidbare Eigenheiten als auch überschneidende Gemeinsamkeiten erkennbar. Nehmen wir die Fachgebiete der Psychologie, Psychotherapie und Psychosomatik in den Blick, wird es noch komplexer und es ließen sich weitere Hilfesysteme ausdifferenzieren. Entscheidend an dieser Stelle ist jedoch, dass die verschiedenen Systeme ihre jeweilige Berechtigung haben und aus der Sicht betroffener Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten eine Kooperation häufig notwendig ist (z.B. Entgiftung, psychische Krisen, Therapievermittlung und Zu-

weisung sowie sozialtherapeutische Begleitung der Übergänge im Sinne eines integrativen Casemanagements).

Die Frage nach der Zusammenarbeit der Hilfesysteme Suchthilfe und Psychiatrie konzentriert sich in diesem Beitrag auf die Bereiche der Prävention bzw. Gesundheitsförderung. Die Suchtprävention ist schwerpunktmäßig im Hilfesystem der Suchthilfe verortet. Das Feld Prävention von psychischen Erkrankungen ist strukturell weniger klar definiert, kann jedoch insgesamt dem Bereich der (Sozial-) Psychiatrie zugeordnet werden. Eine weitere Differenzierung zwischen dem Erwachsenenbereich und der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird im Zusammenhang mit Prävention als unwesentlich erachtet und daher nicht vorgenommen.

Die hier beleuchteten Hilfesysteme sind gegenwärtig konzeptionell und strukturell wenig miteinander verbunden. Es soll im Folgenden begründet werden, warum dies jedoch sehr wichtig und zu beiderseitigem Nutzen wäre. Beispielhaft werden dann projektbezogene Möglichkeiten der Kooperation dargestellt. Die Wirksamkeit von Netzwerken kann durch bestimmte Formen der Kommunikation stark beeinflusst werden. In der Praxis steht und fällt der Erfolg der Zusammenarbeit mit der Beachtung

spezifischer Kriterien und Regeln, dem Vorhandensein von geeigneten Rahmenbedingungen und einem Mindestmaß an Ressourcen. Am Ende des Artikels werden daher förderliche Erkenntnisse aus der Kooperationsforschung aufgeführt.

Suchtprävention und Förderung der psychischen Gesundheit

In den letzten 10 Jahren konnte die Suchtprävention in Deutschland erfolgreich professionalisiert und ausgebaut werden. Durch die Koordination der Landesstellen erfolgt sowohl eine qualitative Vertiefung der Konzepte (Evaluation) als auch eine breitere und wirksamere Zielorientierung. Das wurde u.a. durch die flächendeckende Förderung und Schulungen der Fachstellen erreicht. Diese Bemühungen und Impulse sind erfolgreich, wenn sie vor Ort aufgegriffen und unter Berücksichtigung einer hinreichenden lokalen Passung weitergeführt werden. Hierbei sind die Bemühungen benachbarter Bereiche bzw. Akteurinnen und Akteuren zu berücksichtigen, die ebenfalls suchtpreventiv tätig sind, wie zum Beispiel Jugendamt, Schule, Polizei und Sport. Damit dieser Transfer gelingt, bedarf es einer Vernetzung mit den örtlichen Strukturen sowie

einer steuernden Koordinierung (z.B. durch das Gesundheitsamt). Idealerweise entstehen so nachhaltige und wechselseitige Qualitätsdialoge zwischen der regionalen Ebene und der Landesebene.

Im Bereich der Prävention von psychischen Störungen mangelt es zwar nicht an Leuchtturmprojekten (siehe weiter unten) und bemerkenswertem individuellem Engagement, aber umso mehr an systematischer Verbreitung, hinreichenden personellen Ressourcen und klaren Strukturen. Die bisherigen projektbezogenen Pauschalförderungen durch Krankenkassen beziehen die Personalkosten nicht ein und sind daher unzulänglich. Bei der Umsetzung verlässt man sich auf den Zufall, indem man auf das freiwillige Engagement von Einzelpersonen und Gruppen baut. Dazu kommt die Hoffnung auf sporadische Spendenbereitschaft von Eltern, gemeinnützigen Vereinen oder anderen Sponsoren. So lobens- und unterstützenswert diese einzelnen Initiativen in der Praxis sind, so müssen die generelle Vorgehensweise und die unzureichenden Rahmenbedingungen in Frage gestellt werden. Diese Strukturen werden einer modernen und ganzheitlichen Versorgung nicht gerecht. Zudem sind sie unakzeptabel, wenn man sich die europäische Erklärung von Helsinki von 2005 vor Augen führt, in welcher die Gesundheitsförderung einen zentralen Stellenwert erhalten hatte. Die Gesundheitsminister hatten unter dem Motto „Keine Gesundheit ohne seelische Gesundheit“ Prioritäten definiert und Verbesserungen angekündigt:

- Das Bewusstsein von der Bedeutung seelischen Wohlbefindens zu fördern
- Gemeinsam gegen Stigmatisierung, Diskriminierung und Ungleichheit vorzugehen
- Menschen mit psychischen Problemen und Erkrankungen sowie deren Angehörige zu stärken und zu unterstützen
- Umfassende, integrierte und effiziente Versorgungssysteme einzurichten, die die seelische Gesundheit fördern sowie die Prävention, Behandlung, Rehabilitation, Pflege und Genesung umfassen
- Den Bedarf an kompetenten Fachkräften in allen erforderlichen Bereichen zu decken
- Die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden als Basis für die Planung und Entwicklung von psychosozialen Diensten anzuerkennen (Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, 2005)

Mittlerweile hat sich bei Fachleuten innerhalb der Konzepte von Prävention und Gesundheitsförderung ein gemeinsames Verständnis von Krankheit und Gesundheit sowie ein hinreichender Konsens bezüglich der Qualitätsanforderungen entwickelt. Ebenso gehört zum Grundparadigma, dass sowohl das individuelle Verhalten (Verhaltensprävention) als auch der gesellschaftliche Kontext (Verhältnisprävention) berücksichtigt und verändert werden muss (Hallmann, Holterhoff-Schulte, Merfert-Diete, 2007, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, 2013, BZgA, 2012).

Demnach strebt Gesundheitsförderung sowohl die Verbesserung von gesundem Verhalten und entsprechenden Lebensweisen an, als auch die Ausweitung und Optimierung von gesunden Lebensbedingungen. Entsprechende Maßnahmen beinhalten demnach nicht nur individuelle Kompetenzerweiterung, sondern auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen. Dabei spielen ökonomische, soziale, kulturelle und politische Faktoren eine wichtige Rolle. Die WHO hat 1986 in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung den Grundstein zu diesem Paradigmenwechsel gelegt. In der Jakarta-Erklärung von 1997 wurden die Prinzipien einer modernen Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert bekräftigt und weiterentwickelt. Als Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung werden hervorgehoben:

- 1 Das aktive Eintreten (Anwaltschaft) für die Gesundheit durch die ganzheitliche Einflussnahme und Berücksichtigung aller relevanten Perspektiven: Sozioökonomische, kulturelle, biologische Faktoren sowie von Umwelt- und Verhaltensfaktoren
- 2 Befähigung und Hilfe zur Selbsthilfe durch gezielte Kompetenzförderung und Empowerment
- 3 Förderung einer Vernetzung, um die nachhaltige Kooperation mit allen Akteurinnen und Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens zu erreichen (BZgA, 2014)

Verbindungsflächen bzw. Schnittstellen der universellen Gesundheitsförderung, der indizierten und spezifischen Suchtprävention sowie der Prävention von psychischen Erkrankungen

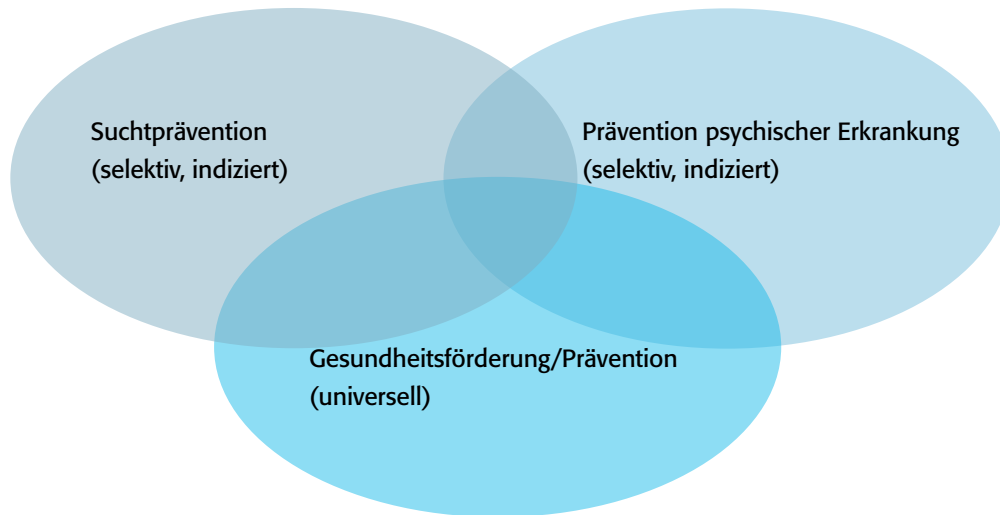


Abbildung 1: Eigene Darstellung, 2014

Zu den Erfordernissen, die wirksame Prävention letztlich voraussetzen bzw. möglich machen, gehören demnach sozio-ökonomische Bedingungen, welche die Gesundheit nicht negativ beeinträchtigen (z.B. ausreichende Arbeitsplätze, humaner Wohnraum und angemessene Teilhabe) (Wienberg, 2004). Darüber hinaus bedarf es einer gut ausgebauten und gemeindenahen Versorgung. Insbesondere bei den ambulanten Hilfen gibt es hier Defizite. Folgende Angebote sollten daher ausgeweitet werden: Soziotherapie, aufsuchende Sozialarbeit, Hausbesuche, ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung, Krisenintervention, ambulante psychiatrische Pflege, Kontakt- und Beratungsstellen mit attraktiven Angeboten auch für jüngere Patientinnen und Patienten (Peukert, 2004).

Prävention wurde zuerst in der Psychiatrie und dann in Folge auch in der Suchthilfe in folgende Kategorien eingeteilt: 1.) Primärprävention (setzt vor der Entstehung von Problemen an), 2.) Sekundärprävention (richtet sich an definierte Risikogruppen) und 3.) Tertiärprävention (zielt auf Personen ab, die bereits von der Krankheit betroffen sind). Hiermit vergleichbar hat sich in den letzten Jahren jedoch für beide Bereiche die modernere Klassifikation durchgesetzt, welche alle Maßnahmen vor der voll ausgeprägten Erkrankung beinhaltet:

- universelle Prävention (allgemeine Zielgruppe und Vorbeugung künftiger Probleme)
- selektive Prävention (richtet sich an Gruppen mit spezifischem Risiko)
- indizierte Prävention (Maßnahmen für bereits manifestes problematisches Verhalten) (Hallmann, Holterhoff-Schulte, Merfert-Diete, 2007) (Abb. 1).

Argumente und Beispiele für die Zusammenarbeit

Untersuchungen belegen, dass zwischen Suchtproblemen, Suchterkrankungen und (anderen) psychischen Problemen sowie psychischen Erkrankungen häufig Zusammenhänge und erhebliche Wechselwirkungen bestehen. Der Konsum des Suchtmittels hat hier oftmals die Funktion eines „Selbsteilungsversuches“ (Wirth, 2013).

So haben Menschen, die an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind, im Vergleich zur Durchschnittspopulation, ein fünf- bis zehnfach höheres Risiko zur Entwicklung eines Alkoholmissbrauchs und ein achtfach höheres Risiko zur Entwicklung eines Missbrauchs von einer anderen psychotropen Substanz (Chambers, Krystal, Self, 2001). In einer Bremer Studie wurde bei Jugendlichen mit Substanzstörungen ein sehr hoher Anteil an psychiatrischer Komorbidität festge-

stellt: Bei 69 % der Mädchen und 41 % der Jungen. Als komorbide Erkrankungen konnten vor allem Verhaltensstörungen, Depressionen, Angststörungen, Essstörungen und Schizophrenie diagnostiziert werden (Schmidt, 2008).

Diese Untersuchungen stehen im Gegensatz zu der Tatsache, dass Fachkräfte in ambulanten Suchtberatungsstellen nur bei 5 % ihrer Klientinnen und Klienten eine Aussage dazu treffen, ob eine psychiatrische Begleiterkrankung vorliegt, die eventuell mit behandelt werden müsste (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011). Dies lässt blinde Flecken vermuten, die zu einer unzureichenden Versorgung oder sogar zu falschen Interventionen führen können. Andererseits könnte auch die Psychiatrie von Kompetenzen und Erfahrungen der Suchthilfe profitieren. Die Behandlung von Psychiatriepatientinnen und -patienten mit Suchtproblemen könnte mit bewährten Methoden wie der motivationalen Gesprächsführung („Move“) sinnvoll ergänzt werden (Wirth, 2013).

Erfreulicherweise ist Kooperation bei der Behandlung bereits vielerorts üblich. In erfolgreichen, integrierten Behandlungsansätzen kümmert sich ein Team zeitgleich und erfolgreich um komorbide Patientinnen und Patienten. Hierdurch konnte die sequentielle (zuerst Psychiatrie und dann Suchtklinik) bzw. die parallele Behandlung in psychiatrischen und Sucht-Abteilungen abgelöst werden (D'Amelio, Behrendt, Wobrock, 2006; Gouzoulis-Mayfrank, 2007).

Wenn für Beratung und Behandlung bedeutende Schnittstellen bestehen, bei denen ein integriertes oder zu-

mindest gut abgestimmtes Vorgehen indiziert und erfolgreich ist, so sollte dies auch für den Bereich der Prävention gelten!

Da es auf der Ebene der Verbände und Gremien der Suchthilfe und der Psychiatrie bereits gelungen ist, gemeinsame Prinzipien und Ziele für die Prävention zu entwickeln (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., 2013), stellt dies eine gute Voraussetzung dar, um auch fundierte Praxis folgen zu lassen bzw. auszubauen. Hier bieten sich u.a. folgende Möglichkeiten an: Schulprojekte (siehe unten), psychiatrische Früherkennung und Suchtprävention bei Cannabismissbrauch in Kooperation von Früherkennungszentren und Suchtberatungsstellen (siehe www.fetz.org), integrierte Maßnahmen für Kinder psychisch kranker und/ oder suchtkranker Eltern (siehe www.kreis-euskirchen.de/service/gesundheit/Netzwerk_Kinder_PSAG.php), Betriebliches Gesundheitsmanagement (siehe www.gesundheit.net.kit.edu/downloads/Psychisch_krank_im_Job_.pdf), und gemeinsame Antistigma-Aktivitäten im Rahmen der Aktionstage Seelische Gesundheit (siehe www.seelischegesundheit.net).

Ein weiteres Argument für eine Vernetzung stellt auch die Gewinnung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren dar. Ein gutes Netzwerk kann hier zur gegenseitigen Kompetenzerweiterung genutzt werden. Ein zielgerichteter und bedarfsorientierter Einsatz der Ressourcen (auf Seiten der Fachleute und anderer Akteurinnen und Akteure wie den Schulen) lässt sich so besser realisieren. Im Rahmen von suchtpreventiven Maßnahmen kann bei Bedarf ein diskreter

und wichtiger Hinweis in Richtung psychiatrischer Hilfestellung erfolgen. Gleichwohl können im Rahmen eines Projektes für psychische Gesundheit situativ ein Kontakt zur Suchtberatung hergestellt sowie weiterführende selektive oder indizierte Maßnahmen der Suchtprävention vermittelt werden.

Neben den genannten Schnittmengen sind darüber hinaus jedoch in beiden Arbeitsfeldern auch spezifische Aufgaben und Schwerpunkte erforderlich. An dieser Stelle werden notwendige Unterschiede und Grenzen der Bereiche deutlich. Zum Beispiel hat die Suchtprävention die Aufgabe, Konsumkompetenz (Genuss – Konsum – Missbrauch) und Formen der Schadensminimierung zu vermitteln. Ebenso ist die Entwicklung bzw. Stärkung der Risikokompetenz bei Jugendlichen (Flow – Kick – Break) eine wichtige Zielsetzung (Thurl, 2013).

Bei der Prävention von psychischen Erkrankungen nimmt hingegen – auch 40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete – das Phänomen der Stigmatisierung einen zentralen Stellenwert ein. Es ist bekannt, dass Stigmatisierung

- dem Selbstwertgefühl und den sozialen Netzwerken schadet,
- den Krankheitsverlauf verschlechtert,
- die Lebensqualität reduziert,
- die Früherkennung psychischer Erkrankungen und damit die Prävention schwerer psychischer Störungen behindert (Finzen, 2013, Gaebel et al., 2010).

Beispiele von evaluierten Schulprojekten, die sich besonders zur Kooperation eignen

Universelle Prävention mit dem Schwerpunkt psychische Störungen:

Verrückt! Na und? (Sekundarstufe I)	www.irrsinnig-menschlich.de
Basta (Sekundarstufe I)	www.openthedoors.de
Mind Matters (Sekundarstufe I)	www.mindmatters-schule.de
Irre menschlich Hamburg	www.irremenschlich.de

Universelle Gesundheitsförderung mit den Schwerpunkten: Wohlfühlen, Stress, Ernährung und Bewegung

Klasse 2000 (Primarbereich)	www.klasse2000.de
Gut drauf (Kinder u. Jugendliche)	www.gutdrauf.net
Mind matters (Primarstufe)	www.mindmatters-schule.de

Daher ist es wichtig, bei der Förderung seelischer Gesundheit mit Vorurteilen gegen betroffene Menschen und ihre Krankheitsbilder aufzuräumen. Dies gelingt am besten mit der Beteiligung von psychiatriee erfahrenen Menschen. Dabei werden folgende Botschaften vermittelt:

- Jeder Mensch verfügt über ein bestimmtes Maß an psychischer Gesundheit, die geschützt und gefördert werden kann.
- Jeder Mensch kann seelische Probleme haben und krank werden.
- Psychische Gesundheitsprobleme sind weiter verbreitet als man denkt: Jeder Dritte erkrankt im Laufe seines Lebens daran.
- Viele dieser Erkrankungen können erfolgreich behandelt werden.
- Es ist möglich, psychisch kranke Menschen zu unterstützen und ihnen zu helfen (Paulus, 2013).

Das kognitive und emotionale Lernen im Rahmen geeigneter pädagogischer Interventionen steigert die Selbstsorge und auch die Wertschätzung für das Gegenüber. Dies unterstützt ein

Klima in Gruppen, das grundsätzlich die seelische Gesundheit fördert. In diesem Kontext ist es daher sekundär, ob man bestrebt ist, Suchtprobleme, Depressionen oder Angststörungen vorzubeugen.

Die Themenpalette des Schulprojektes „Verrückt! Na und?“ verdeutlicht die Überschneidungen mit der Suchtprävention und ist ein gutes Beispiel für einen integrativen Ansatz:

- Psychosen und Drogen,
- Depression ... zu Tode betrübt,
- Gelähmt vor Angst,
- Kein Land in Sicht! Suizid
- Sprechende Wunden. Sich selbst verletzen
- Wenn der Körper nervt: Essstörungen
- Alkohol: Filmriss (www.irrsinnig-menschlich.de).

Es bieten sich hier konkrete inhaltliche Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Fachkräften beider Handlungsfelder an. Auch wenn keine direkte Zusammenarbeit vor Ort angestrebt wird, ist eine Vernetzung geboten. So

sollten die verschiedenen Akteurinnen und Akteure auf das jeweilige, benachbarte Themenfeld und die Querverbindungen hinweisen. Darüber hinaus ist es empfehlenswert, entsprechende regionale Hilfsangebote und geeignete Informationsquellen bekannt zu machen. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie Beratungslehrerinnen und -lehrer sowie Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter sind hierbei mehrperspektivisch zu sensibilisieren.

Die zentralen Risikofaktoren der Gesundheit sind heute: Bewegungsmangel, Fehlernährung und Stress. Sie spielen gleichermaßen für Menschen mit Suchtproblemen oder anderen psychischen Störungen eine entscheidende Rolle. Insbesondere bei der universellen Gesundheitsförderung sind oft ähnliche bzw. gleiche Ziele vorhanden. Selbige gelten häufig auch für die Vorbeugung von somatischen Erkrankungen (Lauterbach, 2004; Peukert, 2004).

Kooperation sichern und stärken

Auch wenn die Vorteile von konstruktiver Zusammenarbeit und Vernetzung auf der Hand liegen und Synergieeffekte möglich sind, entsteht der Eindruck, dass Anspruch und Wirklichkeit in der Praxis häufig auseinanderklaffen. Es ist also, wie so oft, leichter gesagt als getan. Unterschiedliche Berufslogiken und Trägerinteressen, Konkurrenzängste sowie Ignoranz gegenüber Netzwerkdynamiken können erhebliche Hemmnisse darstellen. Ergebnisse aus der Kooperationsforschung von Robert Axelrod (2005) geben wichtige Orientierung für die Zusammenarbeit und

können die Wirksamkeit der Vernetzung deutlich verstärken. Für ein erfolgreiches Kooperieren hebt er die Merkmale Besonnenheit, klare Kommunikation und Zielorientierung hervor:

- Mit Kooperation beginnen
- Nicht neidisch sein
- Verweigern bei Verweigerung (Defektion)
- Aussicht auf zukünftige Vorteile
- Klare und direkte Kommunikation fördert die Transparenz (Axelrod, 2005).

Spieß (1998) geht beim Kooperieren zwar von einem gemeinsam zu erreichenden Ziel aus, allerdings ist in ihrem Modell der empathischen Kooperation nicht die eigennützige Kalkulation im Vordergrund, sondern das auf Empathie gegründete Verständnis. Es geht also darum, sich in die Partnerin bzw. den Partner und ihre bzw. seine Intentionen hineinzuversetzen. Hierbei ist es wichtig, die Gefühle des Anderen und ihre/seine eigenen wahrnehmen und wertschätzen zu können sowie gleichzeitig eine angemessene Distanz zu wahren. Durch den Perspektivwechsel wird die Kooperationspartnerin bzw. der Kooperationspartner nicht nur Mittel zum Zweck. Auf diese Weise kann ein positives Klima und eine hohe Motivation geschaffen werden, die den beteiligten Personen und den gemeinsamen Zielen zu Gute kommt (Spieß, 1998).

Neuberger (1998) betont hingegen das strategische Moment bei Kooperationsprozessen: „Strategische Kooperation ist bewusst gestaltete und kontrollierte Zusammenarbeit in Organisationen, um eigene Interessen zu fördern.“

Er bezeichnet folgende Kriterien als besonders relevant:

- **Bindung:** Bei Kooperationen ist es maßgeblich, in welche Beziehungen man eingebunden ist, da das Verhalten entscheidend dadurch geprägt wird.
- **Begründung:** Es ist wichtig, stets die Gründe zu hinterfragen, warum ein Akteur oder eine Akteurin auf eine bestimmte Art und Weise handelt. Dies kann in der Person begründet liegen oder durch die situativen Umstände hervorgerufen werden.
- **Macht spielt in unterschiedlichen Erscheinungsformen eine wichtige Rolle und sollte nicht naiv ausgeblendet werden.**
- **Zeitlichkeit:** Die Dauer einer Kooperationsbeziehung wirkt sich auf das Handeln aus.
- **Einbettung in institutionelle Umwelten:** Hier werden die institutionellen Hintergründe im Sinne von Aufträgen und Erwartungen berücksichtigt.
- **Ambiguität:** Es bedarf der Akzeptanz, dass es unmöglich ist, unter vollkommener Information zu handeln und Widersprüche dazu gehören (Neuberger 1998).

Erfahrungsgemäß bewährt sich ein Mix aus diesen Ansätzen. Es ist daher grundlegend wichtig, Netzwerken eine gewisse Struktur zu geben. Um gemeinsame Ziele und Regeln auszuhandeln, bedarf es eines Minimums an Zeit, Transparenz und Steuerung. Letztere ist erfolgreich, wenn sie weniger auf Hierarchie, sondern mehr auf Partizipation und nachhaltigen Interessenausgleich fokussiert. Zur gemeinsamen Orientierung ist es sehr hilfreich, ein pragmatisches Qualitätsmanagement zu praktizieren (emp-

fehlenswert sind hier LVR 2008, BZgA, 2013). Dabei geht es nicht um detaillierte Ausarbeitungen, sondern vorrangig darum, einen Rahmen zu schaffen, der den notwendigen Austausch zwischen den Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern ermöglicht. Dies ist Voraussetzung für einen lebendigen Prozess, in dem Spielregeln und Qualitätskriterien definiert werden, gemeinsame Ziele geplant und auch Erfolge gefeiert werden können.

„Der Schlüssel zum Erfolg liegt nicht darin, andere zu bezwingen, sondern sie zur Kooperation zu ermuntern.“ (Axelrod, 2005)

Resümee

Eine Kooperation der Arbeitsfelder Suchtprävention und Förderung psychischer Gesundheit ist sowohl fachlich notwendig, als auch im Hinblick auf Vernetzung und Ressourcensteuerung erforderlich. Beide Bereiche können sich gegenseitig inhaltlich bereichern und ergänzen. Bei der Kooperation sind förderliche und hemmende Faktoren zu beachten, um die Zusammenarbeit wirksam zu gestalten. Die Ressourcen für beide Hilfesysteme müssen deutlich ausgebaut werden. Der Ausbau sollte keineswegs auf Kosten des jeweils anderen Kooperationspartners erfolgen. Vielmehr gilt sowohl für die Suchtprävention als auch für die Prävention (anderer) psychischer Störungen, dass sie als Leistungsaufgaben und eigenständige Arbeitsfelder gleichberechtigte Säulen der öffentlichen Gesundheitsversorgung werden.

Literatur

- Axelrod, R. (2005). DIE EVOLUTION DER KOOPERATION, Oldenbourg, München
- BVPG (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.) (2013). PRINZIPIEN GUTER PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/bvpg_prinzipien%20guter%20pr%C3%A4vention%20und%20gesundheitsf%C3%B6rderung.pdf (entnommen: 11.08.2014)
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2012). LEITFADEN QUALITÄTSKRITERIEN, Bestell-Nr. 35700600, Köln
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hg.) (2014). KABA-SCHÖNSTEIN, L., GESUNDHEITSFÖRDERUNG I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien, <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=7ace34e4dca5f20404f71c45ad9dffcf&id=angebote&idx=200> (entnommen: 07.07.2014)
- Chambers R.A., Krystal J.H., Self D.W. (2001). A NEUROBIOLOGICAL BASIS FOR SUBSTANCE ABUSE COMORBIDITY IN SCHIZOPHRENIA. *Biological Psychiatry*, 50
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.) (Hg.) (2014). SUCHTPRÄVENTION IN DEUTSCHLAND. STARK FÜR DIE ZUKUNFT, http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/Praeventionspapier_2.pdf (entnommen am 07.09.2014)
- D'Amelio R., Behrendt B., Wobrock T. (2006). PSYCHOEDUKATION SCHIZOPHRENIE UND SUCHT. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. München: Elsevier
- Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit (Hg.) (2005). EUROPÄISCHE ERKLÄRUNG ZUR PSYCHISCHEN GESUNDHEIT, Helsinki, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/88597/E85445G.pdf (entnommen: 15.09.2014)
- Finzen, A. (2013). STIGMA PSYCHISCHE KRANKHEIT, Psychiatrie Verlag, Köln
- Hallmann H.-J., Holterhoff-Schulte, I., Merfert-Diete, C. (2007). QUALITÄTSANFORDERUNGEN IN DER SUCHTPRÄVENTION, http://www.suchthilfe-aachen.de/dl/qualitaetsanforderungen_suchtpraev.pdf (entnommen: 15.08.2014)
- Gabel, W. et al. (2010). KONZEPTION UND UMSETZUNG VON INTERVENTIONEN ZUR ENTSTIGMATISIERUNG SEELISCHER ERKRANKUNGEN: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis, <http://www.seelischegesund.net/images/stories/publikationen/konzeption-und-umsetzung-von-interventionen-zur-entstigmatisierung-seelischer-erkrankungen.pdf> (entnommen am 09.08.2014)
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007). KOMORBIDITÄT, PSYCHOSE UND SUCHT. Von den Grundlagen zur Praxis, Steinkopf Verlag, Darmstadt
- Lauterbach, K.W., u. Stock, S. (2004). PRÄVENTION UND QUALITÄT – HERAUSFORDERUNGEN FÜR EINE ZUKUNTSORIENTIERTE VERSORGUNG PSYCHISCH KRANKER, in: *Prävention bei psychischen Erkrankungen, Tagungsbericht*, (Hg.) Aktion psychisch Kranke, Psychiatrie Verlag, Köln
- LVR (Landschaftsverband Rheinland) (2009). NETZWERKBEZOGENES QUALITÄTSMANAGEMENT – NBQM – Abschlussbericht http://www.lvr.de/de/nav_main/metanavigation_5/nav_meta/service/publikationen_4/publikationen_cp_611.jsp (entnommen am 11.09.2014)
- Neuberger, Oswald (1998). STRATEGISCHE KOOPERATION (MIKROPOLITIK). In: *Formen der Kooperation. Bedingungen und Perspektiven*, (Hg.) Spieß, E. Göttingen
- Paulus, P. (2013). WIE GEHT'S? in: *Mind Matters- Materialien*, Leuphana Universität Lüneburg
- Peukert, R. (2004). SINN UND MÖGLICHKEITEN DER PRÄVENTION BEI PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN, in: *Prävention bei psychischen Erkrankungen, Tagungsbericht*, (Hg.) Aktion psychisch Kranke, Psychiatrie Verlag, Köln
- Spieß, E. (1998). FORMEN DER KOOPERATION. BEDINGUNGEN UND PERSPEKTIVEN, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen
- Spieß, E. (2003). EFFEKTIV KOOPERIEREN, Beltz, Weinheim, Basel, Berlin
- Schmidt, F. (2008). UNTERSUCHUNG ÜBER HILFEBEDÜRFTIGE JUGENDLICHE MIT SUCHTMITTELPROBLEMEN IN DER STADTGEMEINDE BREMEN. *Kommunale Berichterstattung*. Gesundheitsamt Bremen, (Hg.) Freie Hansestadt Bremen
- ThruJ, J. (2013). GRUNDLAGEN DER SUCHTPRÄVENTION UND DES RISIKOKOMPETENZANSATZES, IFT, http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/ThruJ_Vortrag-2.pdf (entnommen:16.09.2014)
- Wirth, N. (2013). WIE MACHT KOOPERATION ZWISCHEN PSYCHIATRIE, JUGEND- UND SUCHTHILFE SINN?, *Masterarbeit*, Heinrich Heine Universität, Düsseldorf
- Wienberg, G. (2004). ERFahrungen der Suchtprävention nutzen, in: *Prävention bei psychischen Erkrankungen, Tagungsbericht*, (Hg.) Aktion psychisch Kranke, Psychiatrie Verlag, Köln

Das integrierte Angebot der Hilfen für psychisch Kranke und Suchtkranke im Landkreis Celle

Die ambulante Suchtkrankenhilfe in den niedersächsischen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention ist in der Regel in den Beratungsstellen der Träger der freien Wohlfahrtspflege organisiert. Die ambulante sozialpsychiatrische Versorgung durch die Sozialpsychiatrischen Dienste liegt in Niedersachsen in der Verantwortung der Landkreise und kreisfreien Städte, die diese Dienste in ihren Gesundheitsämtern eingerichtet haben. Es sind darüber zwei parallele Hilfesysteme entstanden, die häufig unverbunden nebeneinander arbeiten. Gleichwohl sind die Fachstellen oftmals auch mit kommunalen Mitteln finanziert und damit aus Sicht der Kommunen zur Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst verpflichtet. Das funktioniert mehr oder weniger gut und ist üblicherweise mit einem hohen Aufwand an Abstimmung verbunden.

Im Landkreis Celle haben die Verantwortlichen einen anderen Weg gefunden und den Sozialpsychiatrischen Dienst und die Fachstelle für Sucht und Suchtprävention in einer Beratungsstelle zusammengefasst. Ähnliche Konstruktionen gibt es noch im Landkreis Uelzen und im Heidekreis.

Rechtliche Grundlagen

Die ambulante Suchthilfe ist nach der „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen an Fachstellen für Sucht und Suchtprävention“ (RdErl. d. MS v. 12.10.2010) gefördert. Diese Richtlinie schließt eine Zuwendung an kommunale Träger aus. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist eine Aufgabe des „Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke“ (NPsychKG) vom 16.06.1997. Der § 7 des NPsychKG verpflichtet die Landkreise und kreisfreien Städte zur Einrichtung eines entsprechenden Dienstes. Nun lässt § 10 des NPsychKG es zu, dass „der Landkreis oder die kreisfreie Stadt Organisationen, Einrichtungen und Personen, die Hilfen anbieten, die Wahrnehmung der Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes ganz oder teilweise übertragen (kann), wenn diese bereit und in der Lage sind, auf Dauer die zu übertragenden Aufgaben entsprechend den Vorschriften dieses Gesetzes zu erfüllen. Die Übertragung erfolgt durch öffentlich-rechtlichen Vertrag.“

Von dieser gesetzlichen Regelung hat der Landkreis Celle bereits 1979 Gebrauch gemacht und die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes per öffentlich-rechtlichen Vertrag an

den Ev.-luth. Kirchenkreis Celle übertragen. Dieser öffentlich-rechtliche Vertrag gilt nach einer Anpassung im Jahre 1983 unverändert. Dem Kirchenkreis mit seinem Diakonischen Werk war es als Träger der freien Wohlfahrtspflege nun möglich, die Aufgabe der Fachstelle für Sucht und Suchtprävention mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst in einer „Psychosozialen Beratungsstelle“ zusammen zu führen.

Psychosoziale Beratungsstelle

Auf der Grundlage des NPsychKG und der vertraglichen Vereinbarung mit dem Landkreis Celle sowie der Förderung durch das Land Niedersachsen ist die Psychosoziale Beratungsstelle zuständig für die ambulante Beratung, Begleitung und Betreuung psychisch erkrankter und suchtkrank Menschen in der Stadt und dem Landkreis Celle. Damit bietet sie den Bürgerinnen und Bürgern unkompliziert Beratung und Hilfe bezüglich psychischer Erkrankungen und Problemen mit Suchtmitteln bzw. süchtigem Verhalten. Es werden Hilfesuchende, Angehörige, Nachbarn und sonstige Bezugspersonen beraten. Ebenso erfolgt eine kollegiale Beratung von Institutionen und anderen Kooperationspartnerinnen und -partnern. Die Beratungsstelle ist ansprechbar, wenn sich Konfliktsituationen anbahnen und

stellt Kontakte zu weiterführenden Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen her. Eine Vermittlung wird angeboten, wenn eine Nachsorge nach vorangegangener Behandlung und Betreuung nicht sichergestellt ist. Die Erreichbarkeit ist in den Sprechzeiten gegeben, überdies machen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungsstelle Hausbesuche und aufsuchende Arbeit in Institutionen.

In der Aufgabenwahrnehmung des § 8 NPsychKG koordiniert die Psychosoziale Beratungsstelle den Sozialpsychiatrischen Verbund im Landkreis Celle und sorgt für die Vernetzung sozialer, psychosozialer und medizinisch-psychiatrischer Dienstleistungen in der Region. Im Auftrag des örtlichen Sozialhilfeträgers ist die Psychosoziale Beratungsstelle verantwortlich für die Durchführung von Hilfeforenzen, in denen unter aktiver Beteiligung der Hilfesuchenden Eingliederungshilfen geplant und koordiniert werden.

Im Arbeitsfeld Suchtkrankenhilfe ist die Psychosoziale Beratungsstelle als ambulante Behandlungsstelle von der Deutschen Rentenversicherung anerkannt und bietet den Suchtpatientinnen und -patienten eine ambulante Rehabilitation nach den Regeln der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001. Die Beratung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum wird nach dem „HaLT Konzept“ angeboten. Die Stadt und der Landkreis Celle sind als offizieller HaLT-Standort zertifiziert. Unter Koordination der Psychosozialen Beratungsstelle arbeitet ein interdisziplinäres institutionsübergreifendes Team, vertreten durch das Jugendamt des Landkreises Celle, den Fachdienst Jugendarbeit der Stadt Celle, der Polizeiinspektion Celle und der Psychosozialen Beratungsstelle Celle gemeinsam mit Kooperationspartnerinnen und -partnern des allgemeinen Krankenhauses und der Ordnungsbehörden nach diesem

Konzept der frühen Alkoholprävention und Intervention bei Kindern und Jugendlichen. Mit den Mitteln der Förderung nach dem Niedersächsischen Glücksspielgesetz engagiert sich die Psychosoziale Beratungsstelle in der Prävention und Intervention bei pathologischem Glücksspiel.

Die Behandlung substituierter Drogenabhängiger erfolgt für die Versorgungsregion Celle in der Abteilung „Harburger Berg“ der Psychosozialen Beratungsstelle. Bereits seit 20 Jahren verbindet die Psychosoziale Beratungsstelle die suchtmedizinische Behandlung mit der psychosozialen Begleitung der substituierten Klientel in einem integrierten Angebot. In einer engen Zusammenarbeit mit ortsansässigen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten werden die psychosoziale Begleitung und die ärztliche Vergabe des Substitutionsmittels fachlich zusammengeführt. Die in der Substitutionsbehandlung tätigen Ärztinnen und Ärzte arbeiten

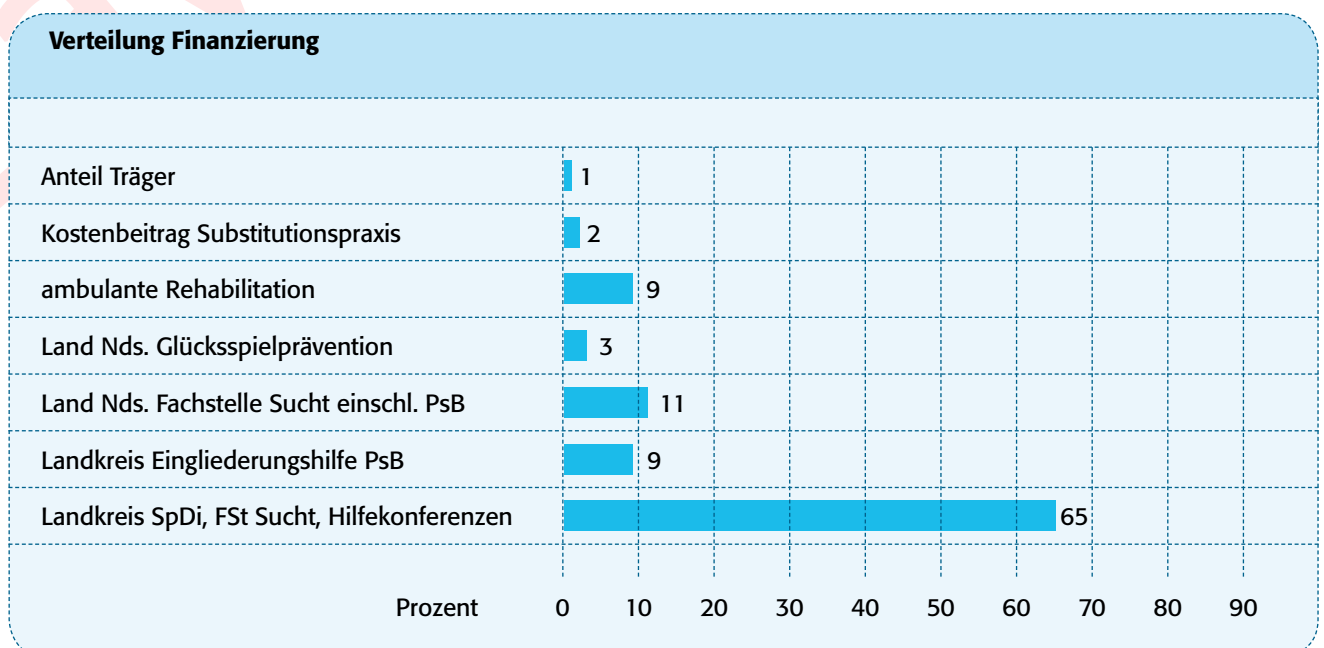


Abbildung 1: Verteilung der Finanzierung, eigene Darstellung 2014

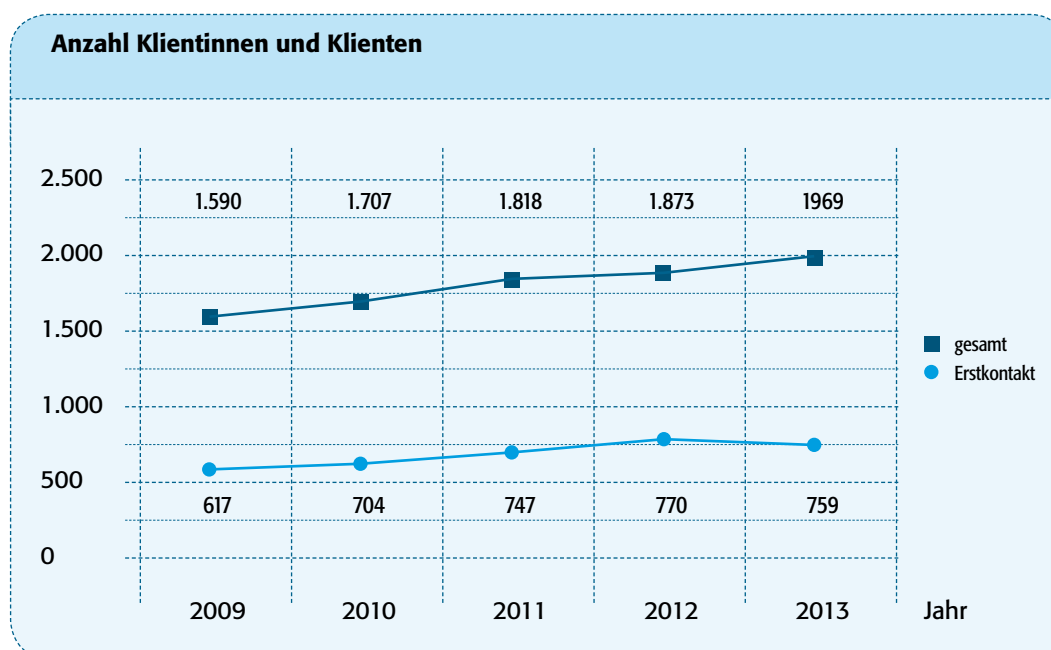


Abbildung 2: Anzahl der Klientinnen und Klienten, eigene Darstellung, 2014

in einer von der Kassenärztlichen Vereinigung genehmigten Teilberufsausübungsgemeinschaft in einer Substitutionspraxis Celle in der Abteilung „Harburger Berg“.

Eine Zusammenfassung der Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Fachstelle für Sucht und Suchtprävention in einer Beratungsstelle ermöglicht die beschriebene Aufgabenvielfalt in den ambulanten Versorgungsbereichen der psychiatrischen Hilfen und der Suchtkrankenhilfe. Darüber ist es möglich, dass in der Psychosozialen Beratungsstelle Fachleute aus den Arbeitsschwerpunkten Sucht und Psychiatrie in einem gemeinsamen Team eng zusammen arbeiten. Durch die gemeinsame Teamarbeit können Klientinnen und Klienten mit komorbiden Störungen disziplinübergreifend betreut und behandelt werden. Die Diagnostik schließt obligatorisch die jeweiligen Problembereiche Sucht und psychische Störung mit ein. Die Beratungs-

stelle wird von einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie fachlich und von einem Sozialarbeiter mit Zusatzqualifikation geschäftsführend geleitet.

Finanzierung

Die Finanzierung der Psychosozialen Beratungsstelle erfolgt zu 65 % durch den Landkreis Celle. Hierin sind die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes einschließlich der kommunalen Finanzierung der Fachstelle für Sucht sowie die Durchführung der Hilfeförderverfahren für den Sozialhilfeträger enthalten. Der Landkreis beteiligt sich außerdem an der Finanzierung der psychosozialen Begleitung für besonders betreuungsbedürftige Substitutionspatientinnen und -patienten über Einzelhilfeleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe.

Die Förderung des Landes nach der „Richtlinie über die Gewährung von

Zuwendungen an Fachstellen für Sucht und Suchtprävention“ einschließlich der Förderung der Schwerpunktarbeit mit substituierten Drogenabhängigen deckt ca. 11 % der Gesamtfinanzierung der Beratungsstelle. Der Anteil der Einnahmen über die ambulante Rehabilitation am Gesamtvolumen fällt in der Psychosozialen Beratungsstelle in Celle mit ca. 9 % vergleichsweise gering aus (Abb. 1).

Klientel

Die Anzahl der in der Psychosozialen Beratungsstelle Celle beratenen und betreuten Klientinnen und Klienten ist in den letzten 5 Jahren kontinuierlich angestiegen (Abb. 2).

Hieran haben die für den Sozialhilfeträger durchgeführten Hilfeförderverfahren einen großen Anteil. Seit der Beauftragung, die Eingliederungshilfen für alle Menschen mit Behinderungen zu planen, hat sich die Anzahl

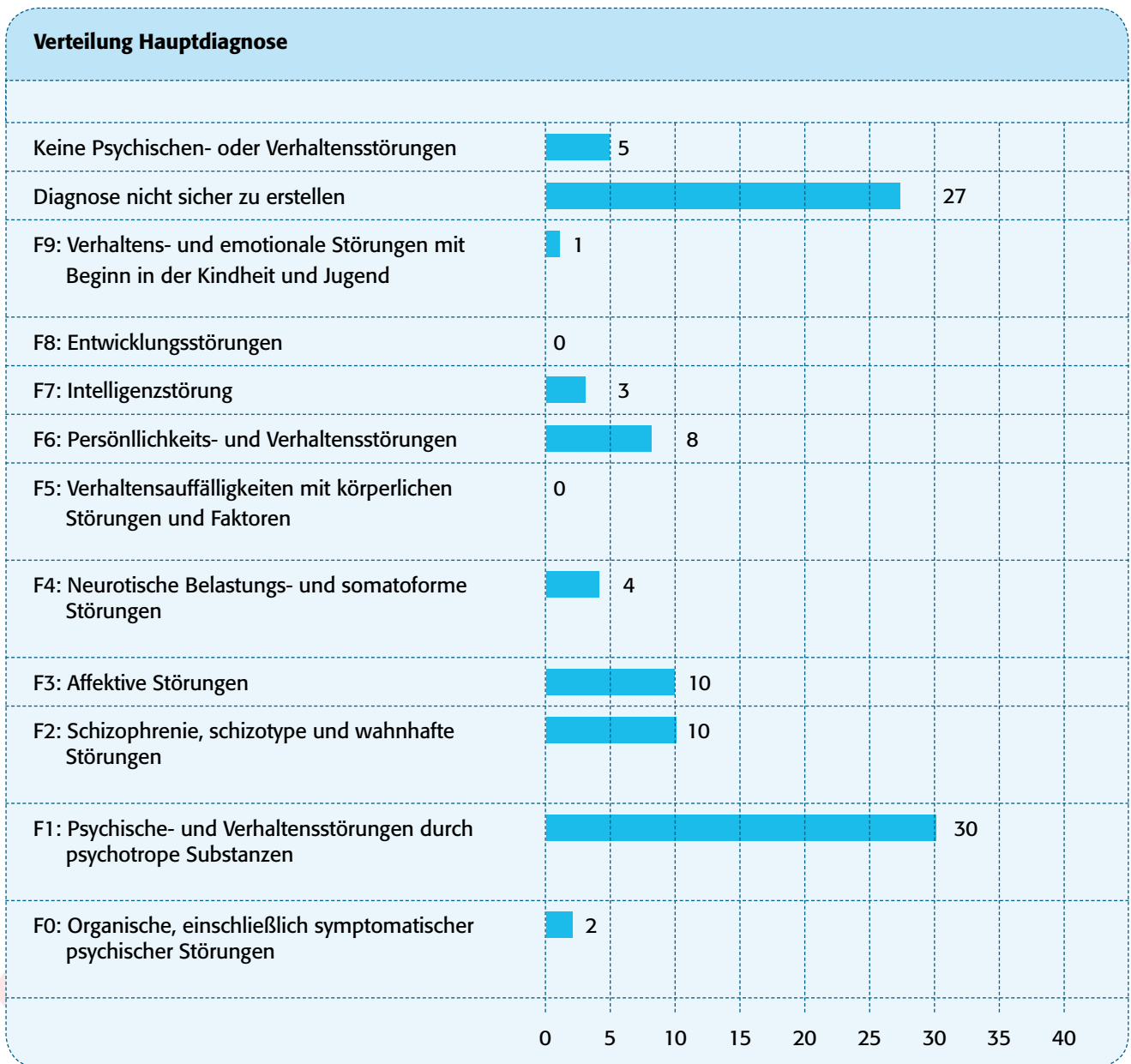


Abbildung 3: Verteilung der Hauptdiagnose, eigene Darstellung, 2014

der in den Hilfekonferenzen beratenen Klientinnen und Klienten verdoppelt. Gleichzeitig hat sich bis zum Jahre 2013 die Anzahl der Erstkontakte auf einem Niveau von 750 Neuaufnahmen im Jahr eingestellt.

Die Erfassung der Problemlagen der ratsuchenden Klientinnen und Klienten erfolgt in der Psychosozialen Beratungsstelle nach einer groben diagnostischen Einschätzung, orien-

tiert an der ICD 10 Klassifikation. Diese diagnostische Einschätzung ist im Übrigen auch die Basis für die Erfassung der Diagnosen in den Klientendaten für den Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Im Jahre 2013 waren die Hauptdiagnosen wie folgt verteilt (Abb. 3).

Die Problemlagen verteilen sich zu jeweils einem Drittel auf psychische

Störungen und Suchterkrankungen, in einem weiteren Drittel kann eine diagnostische Einschätzung noch nicht sicher abgegeben werden bzw. es liegt keine psychische Störung oder Suchterkrankung vor, beispielweise bei der Beratung von Angehörigen.

Von besonderem Interesse hinsichtlich der beiden Arbeitsschwerpunkte Suchthilfe und Psychiatrie sind die Klientinnen und Klienten mit einer

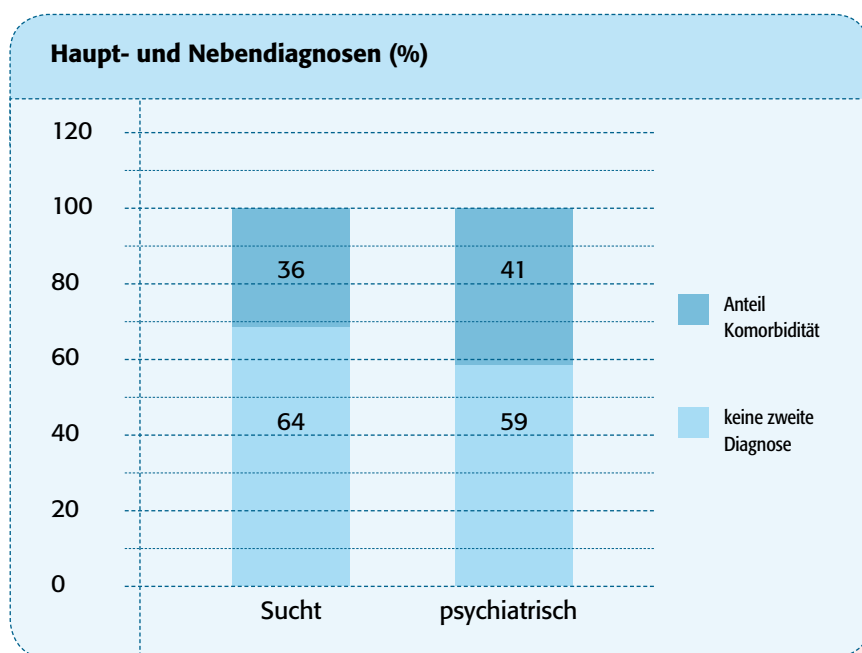


Abbildung 4: Verteilung Haupt- und Nebendiagnosen, eigene Darstellung, 2014

komorbiden Störung. Nach Auswertung der Haupt- und Nebendiagnose zeigt sich, dass 36 % der Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose Suchterkrankung gleichzeitig unter einer psychische Störung leiden. Bei der Hauptdiagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen sind gleichzeitig zu 41 % Suchtprobleme anzutreffen (Abb. 4).

Eine differenzierte Betrachtung der psychiatrischen Hauptdiagnosen lässt noch einmal Unterschiede in den einzelnen Problembereichen erkennen. Danach ist der Anteil der psychiatrischen Klientinnen und Klienten mit einer gleichzeitigen Suchtproblematik bei den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen mit 62,4 % besonders hoch. Bemerkenswert ist der Anteil von 57,1 % komorbiden Störungen bei den Klientinnen und Klienten mit einer Intelligenzstörung. Wir können hier feststellen, dass die Ausweitung der ambulanten Hilfen auch für Menschen mit einer Intelli-

genzminderung zur Folge hat, dass sie in einer weniger beaufsichtigten Umgebung stärker mit Suchtmitteln konfrontiert sind und gehäuft einen Suchtmittelmissbrauch betreiben, der nicht selten auch in eine Abhängigkeit einmündet. Für diese Problematik fehlen derzeit noch geeignete Interventionen seitens des Suchthilfesystems. Wir versuchen daher in einer engen Kooperation mit der Behindertenhilfe, für diesen Personenkreis entsprechende Hilfsangebote zu entwickeln.

Die großen psychiatrischen Diagnosegruppen der schizophrenen und affektiven Störungen präsentieren in der Psychosozialen Beratungsstelle zu ca. einem Viertel gleichzeitig auch Suchtprobleme (Abb. 5).

Chancen und Probleme der integrativen Hilfen in der Psychosozialen Beratungsstelle

Bei einem erheblichen Anteil von Klientinnen und Klienten mit einer Doppeldiagnose Sucht und psychische Störung fehlen bislang diesem komorbiden Störungsbild angepasste Therapieangebote. In der Regel wird jeweils immer nur eines der Störungsbilder getrennt behandelt. Die therapeutischen Haltungen sind entsprechend unterschiedlich und zeigen in der kritischen Analyse widersprüchliche Interventionsstrategien. Rosenthal und Westreich (1999) sprechen hier von einem „Kontradiktorischen Behandlungsstandard“.

Während die Suchttherapie überwiegend konfrontativ arbeitet, ist die psychiatrische Behandlung doch häufig gewährend und beschützend. Weitere kontradiktorische Behandlungsstandards nach Rosenthal und Westreich (1999) sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

In der Folge dieser unterschiedlichen therapeutischen Standards zeigen Patientinnen und Patienten eine hohe Ausfallrate in den Behandlungen. Es kommt häufig zu vorzeitigen Entlassungen bei schlechten Behandlungsergebnissen mit dem Ergebnis einer hohen Anzahl von Rückfällen im Suchtmittelkonsum, was wiederum häufige Entgiftungsbehandlungen zur Folge hat. Moggi (2009) beschreibt hierzu weiter eine überproportional hohe Inanspruchnahme des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems mit hohen Drehtüreffekten und hohen Kosten.

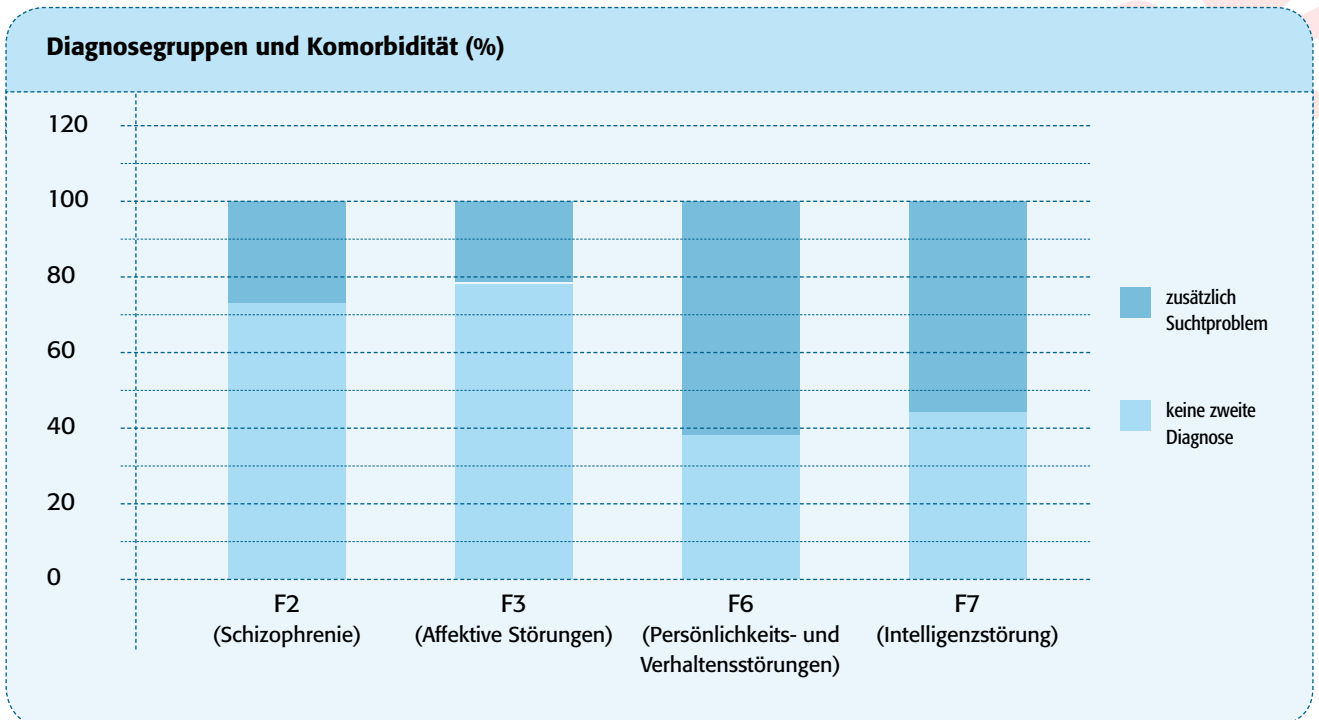


Abbildung 5: Diagnosegruppen und Komorbidität, eigene Darstellung, 2014

Suchttherapie	Psychiatrische Behandlung
<ul style="list-style-type: none"> » konfrontierend » fordernd » realitätsnah » gruppenorientiert » keine Medikation » strikte Abstinenzforderung » systematische Überwachung des Suchtmittelkonsums 	<ul style="list-style-type: none"> » gewährend und beschützend » fürsorglich » Schutz vor Überforderung » individuumszentriert » langfristige neuroleptische Prophylaxe » Substanzmissbrauch ist Nebenthema oder toleriert » mitunter sporadische Überwachung

Tabelle 1: Zitiert nach Moggi und Huber, 2007

Das integrierte Angebot der Hilfen für psychisch Kranke und Suchtkranke durch die Psychosoziale Beratungsstelle im Landkreis Celle vereint die unterschiedlichen Beratungs- und Behandlungsansätze in einer Beratungsstelle und in einem Team. Somit sind Interventionen für beide Störungsbilder abgestimmt und im Einzelfall auch gleichzeitig möglich. Die Unterstützung für die Klientinnen und Klienten erfolgt inhaltlich und zeitlich koordiniert. In der Regel haben die Ratsuchenden eine Bezugsperson aus dem Team der Beratungsstelle als Gegenüber. Wenn nötig, können auch zwei Mitarbeitende der Beratungsstelle mit unterschiedlichen Kompetenzen eng zusammenarbeiten.

Dieses integrierte Angebot aus sozialpsychiatrischem Dienst und Fachstelle für Sucht und Suchtprävention ist nur möglich durch die Zusammenführung bestehender Rechts- und Finanzierungssysteme. Diese sind allerdings nicht aufeinander bezogen, sodass für die Psychosoziale Beratungsstelle und für ihren Träger ein erheblicher organisatorischer Aufwand erforderlich wird. Mehreren Kostenträgern müssen unterschiedliche Haushalts- und Finanzierungspläne vorgelegt werden. Die unterschiedlichen Aufgabenstellungen müssen oftmals dem jeweils anderen Kostenträger erläutert werden. Häufig ist auch eine Rechtfertigung für die Übernahme von Aufgaben aus einem anderen Rechtssystem bei anderer Finanzierungsgrundlage erforderlich.

Auch die Dokumentation der Leistungen nach den einzelnen Rechtssystemen verursacht einen nicht unerheblichen Mehraufwand. Die geforderten Dokumentationen für die Gesundheits- und Psychiatrieberichte des Landes Niedersachsen ist mit der Dokumentation für den Deutschen Kerndatensatz nach dem EBIS-System nicht kompatibel. Und das Dokumentationssystem der Suchtprävention „DotSys“ erfolgt wieder nach anderen Regeln mit einem zusätzlichen Datenerhebungsinstrument. Das hat zur Folge, dass in der Psychosoziale Beratungsstelle parallel drei Dokumentationssysteme bedient werden müssen.

Für eine zukünftige Entwicklung innovativer Lösungsansätze zwischen Suchthilfe und Psychiatrie sind auch auf übergeordneter Ebene noch erhebliche Abstimmungen erforderlich. Eine steigende Zahl von Patientinnen und Patienten mit einer Doppeldiagnose Sucht und psychische Störung fordert allerdings die Erweiterung der Hilfesysteme und ihrer Rahmenbedingungen.

Literatur

ALKOHOLPRÄVENTION BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN HALT: <http://www.halt-projekt.de>. Zugriff am 05.12.2014.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: DEUTSCHER KERNDATENSATZ ZUR DOKUMENTATION IM BEREICH DER SUCHTKRANKENHILFE. Stand 05.10.2010. ICD 10: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>. Zugriff am 05.12.2014

Moggi, F. und Huber, B. (2007): DOPPELDIAGNOSE: PSYCHISCHE STÖRUNGEN UND SUCHT. Vortrag für die 2. Fachtagung in der Klinik Südhang am 22. November 2007. Präsentation, S. 19.

Moggi, F. (2009). MOTIVATIONSFÖRDERUNG ALS GRUNDLAGE RESSOURCENORIENTIERTER BERATUNG BEI DOPPELDIAGNOSEKLIENTINNEN/-KLIENTEN. 2. Fachtagung Klinische Sozialarbeit, 4. Juni 2009 Bern. http://www.klinischesozialarbeit.ch/tagung-4-5-juni-2009/workshop_4_moggifranz.pdf. Zugriff am 25.09.2014.

Rosenthal, R.N. und Westreich, L. (1999). TREATMENT OF PERSONS WITH DUAL DIAGNOSES OF SUBSTANCE USE DISORDER AND OTHER PSYCHOLOGICAL PROBLEMS. S. 439–476 in: B.S. McCrady / E.E. Epstein (Hg.), *Addictions: A comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press.

Integrierte Versorgung bei Substanzgebrauchsstörungen für den Landkreis Emsland

Vorwort

Im Jahre 2006 wurde ein Vertrag zur Integrierten Versorgung gemäß § 140a ff. SGB V, für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen im Rahmen der Diagnose ICD F 10.2 (Psychische- und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom) zwischen der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, dem St. Vinzenz-Hospital Haselünne, dem Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V. sowie der Fachklinik St. Josef Stift in Holte Lastrup geschlossen.

Die gute Zusammenarbeit im Vorfeld des Vertrages erfuhr durch diesen Vertrag eine Optimierung, da so das Schnittstellenmanagement wesentlich verbessert werden konnte. Dieser Vertrag bot zudem die Chance, im Rahmen abgestimmter Behandlungsverläufe die „sektorenübergreifende“ Versorgung zwischen den Leistungserbringenden und den Patientinnen und Patienten erheblich zu verbessern und so einen Qualitätssprung in der Entzugsbehandlung bei Substanzgebrauchsstörungen zu erreichen.

Abhängigkeitserkrankungen weisen ein breites Spektrum an organischen, psychischen und sozialen Störungen auf. Psychosoziale Komplikationen wie Partnerschaftsprobleme, Arbeits-

losigkeit, Verschuldung, Führerscheinverlust, Straffälligkeit oder die Entwicklung eines organischen Psychosyndroms sind dabei keine Seltenheit.

Das Ziel ist, die Abhängigkeit zu überwinden, die Rückführung in das soziale/familiäre Umfeld zu unterstützen und die Arbeitsfähigkeit zu erhalten bzw. wieder herzustellen.

Die Entgiftungsbehandlung ist dabei ein erster Schritt. In dieser Phase ist es wichtig, dass die Betroffenen einen Zugang zu ihrer Erkrankung finden und die Selbstverleugnung überwinden. Die Motivierung zu weiterführenden Unterstützungsangeboten spielt eine große Rolle. Bereits in der stationären Phase bauen die Patientinnen und Patienten eine Beziehung zum medizinischen und therapeutischen Personal auf. Die wohnortnahe Versorgung fördert die Erreichung der gesetzten Behandlungsziele, da die Lebenszusammenhänge mit in die Behandlung einbezogen werden.

Im Rahmen der Integrierten Versorgung soll die Behandlung so früh wie möglich ansetzen. Sie soll orientiert sein an den medizinischen und psychosozialen Erfordernissen, unter Einbeziehung aller ambulanten und stationären Ressourcen der Beteiligten, um eine optimale und passge-

naue Behandlung für Menschen mit substanzbezogenen Störungen zu erreichen und so auch die Rückfallquote zu senken. Folgende Aspekte standen zu Vertragsbeginn im Fokus:

- Sicherstellung der erforderlichen Behandlungsqualität
- Berücksichtigung gemeindepsychiatrischer Netzwerke im Landkreis Emsland
- Flexibilisierung von Behandlungsmöglichkeiten
- Förderung des Prinzips „ambulant vor stationär“
- Begrenzung des Kostenanstiegs
- Reduktion des „Drehtür-Effektes“

Ziele der Integrierten Versorgung gem. §§ 140 ff SGB V

In Kooperation mit dem St. Vinzenz Hospital, der Fachambulanz des Caritasverbandes für den Landkreis Emsland, der Fachklinik Holte Lastrup und dem Kreuzbund werden folgende Ziele erreicht:

- Die sektorenübergreifende Versorgung der Patientinnen und Patienten wird verbessert (ambulant/stationär)
- Optimiertes Schnittstellenmanagement durch enge Vernetzung der verschiedenen Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen

- Eine patientenorientierte, ganzheitliche Versorgung wird sichergestellt
- Das Rückfallrisiko wird reduziert (einschl. Folgeerkrankungen und wiederholte Entgiftungen)
- Arbeitsfähigkeit wird stabilisiert, ggf. wieder hergestellt
- Sozialer Abstieg wird vermieden
- Private, familiäre oder soziale Probleme werden bearbeitet und adäquaten Lösungen zugeführt

Zielgruppe der Integrierten Versorgung

- Krankenversicherte der AOK in Niedersachsen
- Diagnose ICD F10.2
- Hauptwohnsitz Landkreis Emsland

Leistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung

Stationäre Phase im St. Vinzenz Hospital

- Aufnahme – Die Patientin bzw. der Patient wird fachärztlich untersucht und über die Integrierte Versorgung aufgeklärt
- Die Patientin bzw. der Patient nimmt im stationären Setting teil an:
 - » Einzelgesprächen mit Mitarbeitenden der Fachambulanz im Krankenhaus
 - » Informationsgruppen
 - » Ergo-/Kunsttherapie
 - » Physiotherapie
 - » Entspannungstraining
 - » Informationsveranstaltung der Suchtselbsthilfe (Kreuzbund)
 - » Reha-Info in die Fachklinik Holte-Lastrup

Ambulante Phase

- Psycho-educative Gruppen, Rückfallprophylaxe
- Angehörigengruppe
- Einzelgespräche
- Paar- oder Familiengespräche
- Intensive Einbindung der Angehörigen
- Durchführung von Hausbesuchen
- Kontakte mit Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern
- Vermittlung in weiterführende, passgenaue Angebote ggf. in stationäre oder ambulante Rehabilitation
- Krisenintervention

Stationäre Rehabilitation in der Fachklinik St. Josef Stift, Holte Lastrup

Die Fachklinik verfügt über 40 Betten für Männer und 10 Betten für Frauen mit substanzbezogenen Störungen. Die Rehabilitationsbehandlung orientiert sich am individuellen Krankheitsbild der Patientinnen und Patienten und entwickelt gemeinsam mit ihnen differenzierte Therapieziele, die u.a. über passgenaue personenbezogene und indikative Angebote umgesetzt werden: Jeder Mensch wird dort abgeholt, wo er steht. Weitere Informationen zum Konzept sind abrufbar unter www.fachklinik-holte.de oder unter www.fachklinik-hase-ems.de

Selbsthilfe (Kreuzbund)

In den Selbsthilfegruppen des Kreuzbundes erfahren Suchtkranke und Angehörige Hilfe zur Selbsthilfe. Die Mitwirkenden motivieren, durch die eigene Abstinenz, Wege in ein suchtmittelfreies Leben zu finden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernen durch den Austausch in der Gruppe, den Alltag ohne Alkohol zu bewältigen und an den tiefer liegenden Problemen zu arbeiten. Durch gemeinsame Freizeitgestaltung erfahren die Gruppenmitglieder Spaß und Freude, auch ohne den Konsum von Alkohol und anderen Suchtmitteln. Der Besuch einer Gruppe ist für die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Integrierten Versorgung bindend.

Die in der Behandlung für Abhängigkeitskranke unverzichtbare Arbeit der Selbsthilfegruppen wird einmal wöchentlich vermittelt und durch die Selbsthilfegemeinschaft Kreuzbund vorgestellt. Der persönliche Kontakt zu den Mitwirkenden der Selbsthilfegruppe erleichtert die Anbindung der Patientinnen und Patienten und Schwellenängste werden reduziert (Abb. 1).

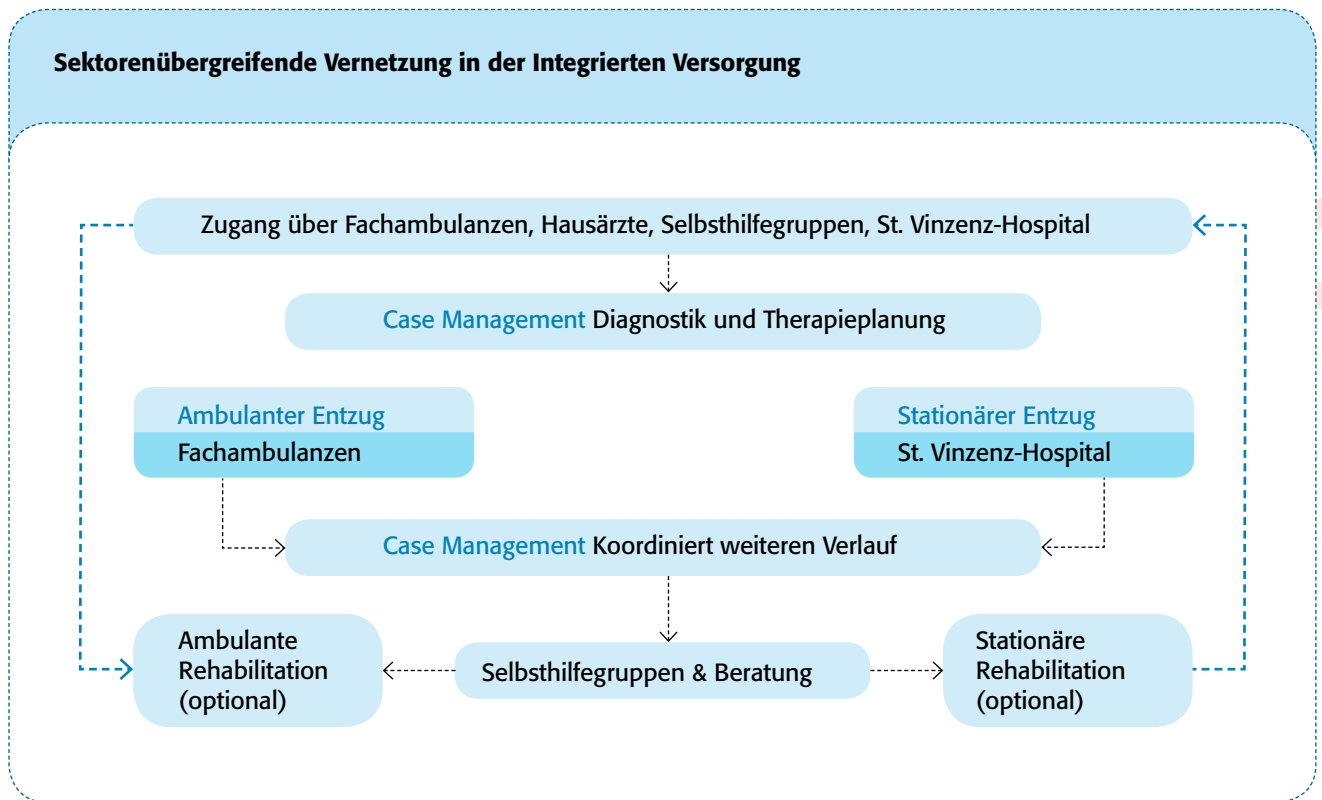


Abbildung 1: Sektorenübergreifende Vernetzung in der Integrierten Versorgung, eigene Darstellung, 2006

Netzwerk für Betroffene und Angehörige

Bei der Entwicklung einer Suchterkrankung können neben der Abhängigkeitsproblematik weitere Problemlagen auftreten, da es sich hier um ein multifaktorielles Geschehen handelt. In den Gesprächen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fachambulanz wird die gesamte Situation des Betroffenen erfasst. Lösungsorientiert werden Handlungsstrategien angesprochen und eingeleitet. Neben weiterführenden therapeutischen Angeboten kann unkompliziert auf das Portfolio des Caritasverbandes für den Landkreis Emsland zurückgegriffen werden. Vielfältige Hilfeangebote stehen hier zur Verfügung:

- Allgemeine Soziale Beratung
- Alten- und Krankenpflege
- Familienberatung bei häuslicher Gewalt
- Kur- und Erholungsberatung
- Migrations- und Integrationsberatung
- Schwangerschaftsberatung
- Schuldnerberatung

Die besondere Herausforderung im Emsland

Das Emsland ist der zweitgrößte Landkreis in der Bundesrepublik Deutschland (2.880km²) und erstreckt sich in der Nord-Süd Achse über 95 km von der Grenze Ostfrieslands bis zur Landesgrenze an Nordrhein-Westfalen. Dabei ist der öffentliche Nahverkehr auf die Nord-Süd Achse ausgerichtet.

Der ambulanten Phase des Integrierten Versorgungssystems kommt hier eine wichtige Funktion zu. Um die Menschen der Region über die stationäre Phase hinaus begleiten zu können, ist eine dezentrale Beratungspräsenz erforderlich. Die Leistungen werden in Freren, Lingen, Meppen, Sögel und Papenburg erbracht. Darüber hinaus werden Hausbesuche in den Familien durchgeführt.

Dies erfordert eine hohe personelle und zeitliche Ressource, die durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachambulanz gewährleistet wird (siehe S. 51, Abb. 2 Übersicht LK Emsland).

Entwicklungen im Sinne kontinuierlicher Verbesserungsprozesse

Seit Projektstart erfolgt eine regelmäßige Erfassung und Auswertung der Ergebnisse in der Steuerungsgruppe. Hier werden weiterführende kontinuierliche Verbesserungsprozesse (KVP) erarbeitet.

Folgende KVP's wurden umgesetzt:

- Erstellung einer Ablaufplanung für den Umgang mit Aufnahmen nach 17.00 Uhr im St. Vinzenz Hospital
- Jede Mitarbeiterin bzw. jeder Mitarbeiter im St. Vinzenz Hospital wird im Rahmen des Personalgespräches ausführlich auf die Integrierte Versorgung hingewiesen
- Im St. Vinzenz Hospital wurde eine Anwesenheitsbereitschaft eingeführt
- Das St. Vinzenz Hospital und die Fachambulanz luden in Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) des Landkreises Emsland alle Selbsthilfegruppen des Emslandes zum Thema Integrierte Versorgung ein
- Arbeitskreis Sucht des SpDi wurde informiert
- Auf dem „Tag der seelischen Gesundheit“ des Landkreises Emsland wurde die Integrierte Versorgung offensiv und ausführlich dargestellt (und nachgefragt!)
- Pressemitteilungen erfolgten in allen Tageszeitungen des Emslandes
- Der hausärztliche Notdienst (Notfallambulanz Meppen) wurde in einer Dienstbesprechung über das Konzept der Integrierten Versorgung informiert

- Auf einem Arbeitstreffen mit allen Kreuzbundgruppenleitungen des Emslandes wurde das Konzept nochmals ausführlich dargestellt
- Jahrestagung der Freundeskreise (Landestreffen)
- Treffen mit Vertreterinnen und Vertretern der hausärztlichen Versorgung
- Für die Vorstellung der Selbsthilfe in der Integrierten Versorgung wurde ein Leitfaden entwickelt, um die gleichbleibende hohe Qualität zu sichern

Ergebnisse

Das Konzept der Integrierten Versorgung schafft eine Wertschöpfungskette ohne sektorale Trennungen der Versorgungsebenen. Eine fortlaufende Dokumentation und Behandlungsplanung ist gewährleistet. Durch die enge Vernetzung erfolgt eine qualitätsgerechte, wirtschaftliche und zweckmäßige Versorgung.

Für Versicherte

Durch das Konzept der Integrierten Versorgung wurden deutliche Verbesserungen für die Versicherten erreicht. Für den Erfolg einer Behandlung ist die enge, zeitnahe und personenkonstante Betreuung entscheidend. Bereits zu Beginn der Integrierten Versorgung erhalten die Patientinnen und Patienten Bezugstherapeuten (der Fachambulanz), die sie im weiteren Behandlungsverlauf stationär/ambulant unterstützen.

In regelmäßig durchgeführten Abfragen zur Behandlungszufriedenheit wird die Leistung positiv mit „gut“

bewertet. Kontinuierliche Verbesserungsprozesse werden durch die regelhaft eingerichteten Qualitätszirkel identifiziert und zum Nutzen der Betroffenen umgesetzt.

Für den Kosten- und Leistungsträger

Die Behandlungsdauer für die stationäre Phase in der IV konnte deutlich gesenkt werden.

2006: 9,03 Tage / 2013: 7,63 Tage
Für das gesamte St. Vinzenz Hospital beträgt die Behandlungsdauer derzeit 8,45 Tage. Der Landesdurchschnitt in Niedersachsen liegt bei 12,30 Tagen.¹

Durch Einführung der Integrierten Versorgung konnte die Behandlungsdauer deutlich gesenkt werden. Der ambulanten Phase kommt hier deutlich eine Gewichtung zu, da die Patientinnen und Patienten nach der kurzen stationären Phase unter ärztlicher Aufsicht und durch Betreuungskontinuität durch die Fachambulanz weiterhin wohnortnah optimal versorgt werden.

Die Integrierte Versorgung hat deutlich die Qualität der Versorgung im Bereich der Entzugsbehandlungen gesteigert. Durch das verbesserte Schnittstellenmanagement kam es zu Kosteneinsparungen (z.B. Vermeidung von längeren Krankenhausaufenthalten, Reduzierung von Folgeerkrankungen) und einer höheren Patientenzufriedenheit.

Der Imagegewinn der Krankenkasse ist dabei nicht unerheblich. Die Versicherten der AOK geben an, dass Sie diese Form der ambulanten/ stationären Entzugsbehandlung als sehr vorteilhaft erlebten.

Stationäre Phase der Integrierten Versorgung

Verweildauer:

Die Verweildauer in der stationären Phase konnte im Rahmen der Integrierten Versorgung deutlich verkürzt werden.

2006: 9,03 Tage / 2013: 7,63 Tage

Belegungstage:

Im Jahr 2006 gab es 2.249 Belegungstage. Im Jahr 2013 gab es 1.762 Belegungstage.

Die Reduzierung ist anhand dieser Daten erkennbar.

Weiterführende ambulante und/oder stationäre medizinische Rehabilitationen

Im Nachgang an die Integrierte Versorgung können sich die Patientinnen und Patienten für eine weiterführende ambulante und/oder stationäre medizinische Rehabilitation entscheiden. Ziel ist es, die Rehabilitanden zur gleichberechtigten Teilhabe in der Gesellschaft und im Erwerbsleben zu befähigen.

Im Rahmen der Integrierten Versorgung entstehen der AOK außerhalb des Budgets für die IV Gesamt keine weiteren Kosten bei der Durchführung einer entsprechenden Maßnahme.

Insgesamt wurden im Jahr 2013 18 Patientinnen und Patienten im Rahmen der Integrierten Versorgung ambulant oder stationär rehabilitiert, die durch das Gesamtbudget abgedeckt sind.

Fazit

In der Behandlung von Abhängigkeits-erkrankungen haben sich sowohl die Anforderungen, als auch die Rahmenbedingungen, in den letzten Jahren deutlich gewandelt. Eine Behandlung soll effizient und erfolgversprechend sein. Die rasche Rückkehr in das familiäre Setting und die Teilhabe am Erwerbsleben sind deutlich in den Fokus gerückt.

Der Gesetzgeber hat die Rahmenbedingungen geschaffen, so dass mit der Integrierten Versorgung diese Erfordernisse erfüllt werden können.

Die Behandlung von Abhängigkeits-erkrankten im Rahmen der Diagnose ICD F 10.2 konnte für Menschen im Landkreis Emsland wesentlich optimiert werden. Dabei schafft sie eine Wertschöpfungskette ohne sektorale Trennungen der Versorgungsebenen. Die Patientinnen und Patienten erfahren die Unterstützung aus einer Hand. Die fortlaufende Dokumentation und Behandlungsplanung ist dabei ein wichtiges Erfolgskriterium.

Durch die Vernetzung erfolgt eine qualitätsgerechte, wirtschaftliche und zweckmäßige Versorgung. Kosteneinsparungen konnten dabei realisiert werden.

Qualitätsverbesserungen für die Patientinnen und Patienten bzw. die Versicherten wurden erreicht durch:

- Betreuungskontinuität des Fachpersonals in der stationären und ambulante Phase der Integrierten Versorgung

- Einbindung des Lebensumfeldes führt zu stärkerer Abstinenzmotivation
- Begleitende bzw. Folgeentwicklungen der Abhängigkeit konnten zeitnah aufgegriffen und lösungsorientiert bearbeitet werden
- Verkürzung der Behandlungsdauer
- Reduzierung des Rückfallrisikos
- Reduzierung von Folgeerkrankungen
- Vermeidung von sozialem Abstieg

Eine flexible Akutbehandlung der Patientin bzw. des Patienten wird ermöglicht, da ambulante und stationäre Behandlungen ohne Wartezeiten ineinander übergehen. Der gesamte Behandlungsprozess wird durch ein gemeinsames Fallmanagement gesteuert.

Kriseninterventionen sind jederzeit heimatnah durch die verschiedenen Standorte der Fachambulanz des Caritasverbandes möglich, eine zeitnahe Intervention kann auch am Wochenende oder in der Nacht durch das St. Vinzenz Hospital erfolgen. Eine Hotline wurde eigens eingerichtet.

Letztlich ermöglicht die Integrierte Versorgung eine bessere Anpassung sowohl an die Patientinnen und Patienten, als auch an die besonderen Erfordernisse der Suchtbehandlung im Flächenkreis Emsland. Betriebswirtschaftliche Ziele konnten erreicht werden.

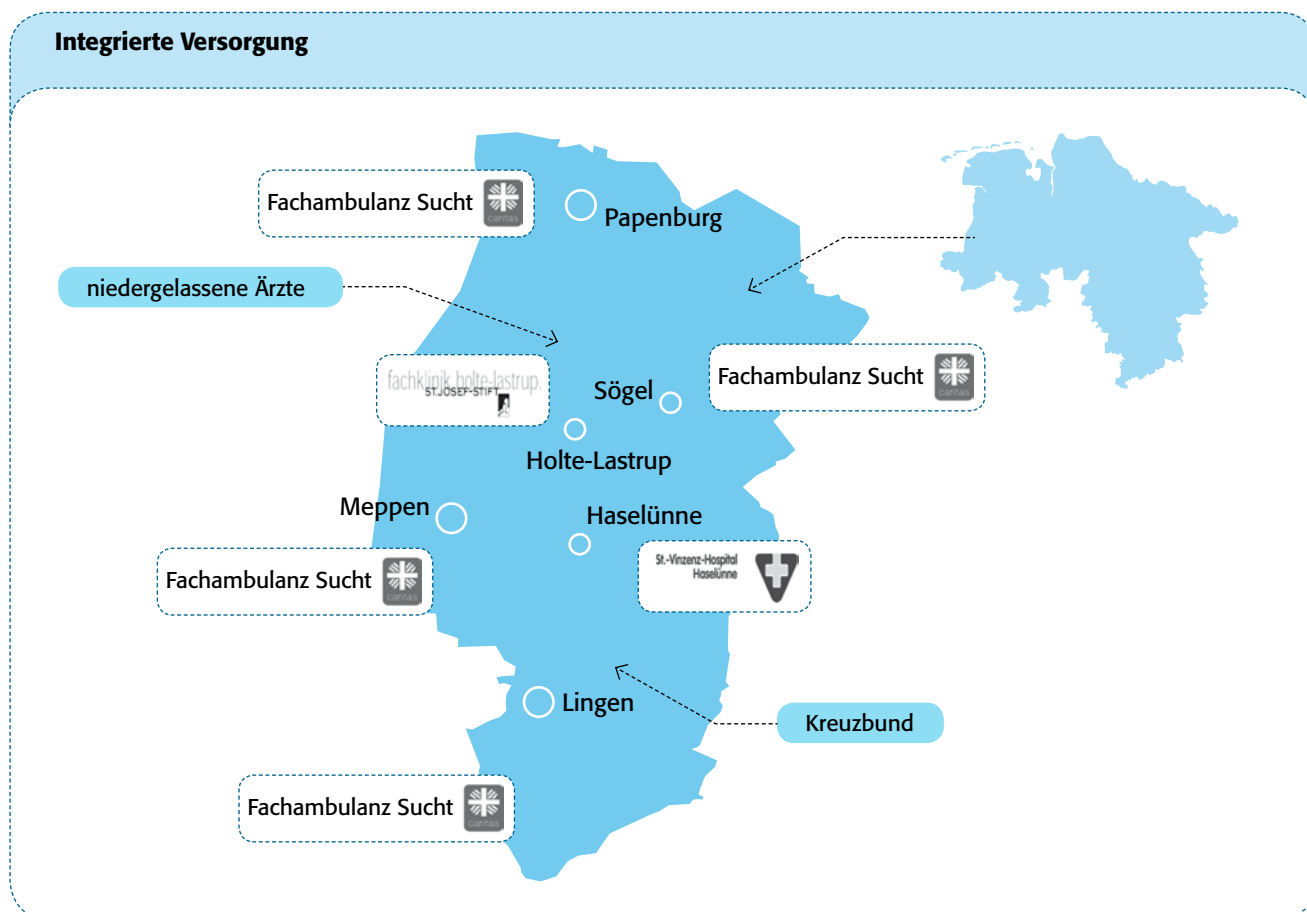


Abbildung 2: Übersicht LK Emsland, eigene Darstellung 2014

Legende:

IV Vertrag
 Vertrag zwischen der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, dem St. Vinzenz Hospital, dem Caritasverband für die Diözese Osnabrück sowie der Fachklinik St. Josef Stift Holte Lastrup über die Integrierte Versorgung gemäß § 140 a ff SGB V, für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankten im Rahmen der Diagnose ICD F 10.2 vom 18.12.2006

ICD 10
 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

ICD10, F10.2
 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom

SGB V
 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung

§ 140 a
 Integrierte Versorgung im SGB V

BPfIVO
 Bundespflegesatzverordnung

Benchmark NKG
 Benchmark Niedersächsische Krankenhausgesellschaft

DIN ISO 9000-2008
 Internationale Norm, die die Grundlagen für Qualitätsmanagement beschreibt

Kreuzbund
 Sucht-Selbsthilfeverband

KVP
 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

1 Benchmark – NKG – 2013; Ergebnisbericht 2013, BPfIVO mit TOP-ICD-Hauptdiagnosen IKH-FAB

Beteiligte Einrichtungen:



Not sehen und handeln
 Caritas



Perspektivdiskussion – Im Dickicht der Hilfesysteme?

Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze
zwischen Suchthilfe und Psychiatrie

Auf dem Podium

» **Dr. Manfred Rabes**

Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen, Hannover

» **Lothar Schlieckau**

Sozialpsychiatrischer Verbund
der Region Hannover

» **Dr. Wilhelm Unkel**

KRH Psychiatrie, Wunstorf

Beiträge aus dem Publikum

» **Wolfram Beins**

Sozialpsychiatrischer Dienst, Celle

» **Conrad Tönsing**

Caritas Osnabrück

Moderation

» **Dr. Ute Sonntag**

Landesvereinigung für Gesundheit
und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e.V.

Dr. Ute Sonntag: „Welchen Beitrag können die einzelnen Bereiche (traditionelle Suchthilfe, Psychiatrie und die Sozialpsychiatrischen Dienste) für eine verbesserte Kooperation leisten und sind sie bereit dafür?“

Dr. Manfred Rabes: „Für diese Frage lässt sich auf die Jahrestagung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) 2013 zurückgreifen, die die Zukunft der Suchthilfe in Niedersachsen zum Thema hatte. In einem der angebotenen Foren „Suchthilfe und Psychiatrie“ wurde das Beispiel des Landkreises Celle (s. Beitrag „Kooperation im Landkreis Celle“ S. 39) als Idealfall dargestellt, weil dort die Suchthilfe und der sozialpsychiatrische Dienst in einer Einrichtung vereint sind. Ein gutes weiteres Beispiel ist auch die Substitutionsbehandlung mit psychosozialer Betreuung, bei der die Betroffenen qualifiziert durch medizinische und sozialarbeiterische Fachkräfte gleichzeitig versorgt werden. Bei der besagten Fachtagung wurde auch die Frage diskutiert, ob eine gleichberechtigte Bereitschaft zur Kooperation von allen Seiten vorliegt. Also auch zum Bei-

spiel von der Psychiatrie. Dies ist insgesamt noch schwierig, aber es existieren viele notwendige Berührungspunkte – schließlich ist man für eine gute Diagnostik auf das Knowhow der Psychiatrie angewiesen – in denen die Zusammenarbeit auch funktioniert. Dennoch wäre eine Intensivierung der Zusammenarbeit wünschenswert.“

Dr. Wilhelm Unkel: „Im Bereich der psychiatrischen Versorgung ist es wichtig, die Hemmschwelle für den Zugang zur Psychiatrie zu reduzieren bzw. abzuschaffen. So wurden beispielsweise in Wunstorf den Bürgerinnen und Bürgern durch bauliche Veränderungen, wie das Abreißen der Mauern entgegengekommen. Wir sind in der Tagesklinik in Nienburg durch die Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen in der Region Hannover (Caritas und Diakonie) und Zusammentreffen mit dem örtlichen Ärzteverein der Niedergelassenen „auf dem Weg“. Die Bemühungen gehen jedoch meist von Einzelpersonen aus und werden auch durch diese gewährleistet, sodass sie noch gefestigt und in klaren Strukturen institutionalisiert werden sollten.“

Lothar Schlieckau: „Der gesetzliche Auftrag besagt, dass alle sozialpsychiatrischen Leistungen im Verbund verortet sind und durch die Sozialpsychiatrischen Dienste koordiniert werden. Hier stellt sich die Frage, ob sich die traditionelle Suchthilfe bzw. Drogenhilfe und die sozialpsychiatrische Versorgung verstehen und ob sie sich in einem Boot sehen. In der Region Hannover existieren vom Land gefördert vier Träger mit acht (Beratungs-)Stellen; der Sozialpsychiatrische Dienst hat alleine 1.600 Personen mit Erstdiagnose F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) und das System der Drogenhilfe behandelt und berät täglich 1.600 Substituierte in der Region Hannover medizinisch und psychosozial. Optimal wäre es, wenn sich alle fernab von traditionell gewachsenen Strukturen auf Augenhöhe neu begegnen würden. So sind beispielsweise die Träger der Suchtkrankenhilfe im Verbund organisiert, die Selbsthilfe und die Angehörigen jedoch nicht. Die Selbsthilfe und die Angehörigen der Psychiatrieerfahrenen hingegen sind in allen Gremien mit Sitz und Stimme vertreten. Hier besteht Verbesserungsbedarf auf Seiten der Suchthilfe. Alle müssen aufeinander zugehen, um die Situation zu verbessern und die Verbundsysteme müssen personenzentriert zusammenarbeiten. Es gibt gute Anlagen, zum Beispiel sind freiwillige Leistungen im Verbund angesiedelt und können koordiniert werden. Es liegt aber nicht wie im Landkreis Celle alles in einer Hand von freien Trägern, sondern in der Region Hannover muss in der Mehrzahl über Kooperationen gegangen werden.“

Es wird voraussichtlich auch in Zukunft nicht so sein, dass die 46 Landkreise und kreisfreien Städte in Niedersachsen ihren Sozialpsychiatrischen Dienst an freie Träger geben. Dies hielte ich auch für sehr bedenklich, denn die Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste und auch der Gesundheitsversorgung sollten im Blick der öffentlichen Hand liegen. Als Perspektive sollte die Suchthilfe stärker im Landespsychiatrieplan verankert werden, weil die Neuausrichtung und bessere Verzahnung von Suchthilfe und Psychiatrie in Niedersachsen darüber gesteuert werden kann.“

Dr. Manfred Rabes: „Rein formal sind zwar 95 % der 75 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention Mitglieder in den Sozialpsychiatrischen Verbänden Niedersachsen, aber dieser hohe Wert allein scheint noch nicht auszureichen, um das Thema ausreichend zu befördern. Ergänzend sind entsprechende Arbeitskreise „Sucht“ zu gründen, wo die Begegnung zwischen Suchtmedizin und Suchthilfe stattfinden könnte.“

Dr. Ute Sonntag: „Gibt es denn aus Ihrer Sicht auch von Seiten der NLS einen Handlungsbedarf, die Kolleginnen und Kollegen in den Verbänden zu stärken und ihnen zuzuarbeiten, damit sich nachhaltiger eingebracht werden kann?“

Dr. Manfred Rabes: „Sicherlich kann das noch intensiviert werden. Jedoch ist die NLS ein Verbund der Träger der freien Wohlfahrtspflege, in dem interne Überzeugungsarbeit geleistet werden müsste, auch über den Vorstand.“

Dr. Ute Sonntag: „Was sind weitere wichtige neue Felder, in denen Zusammenarbeit von Bedeutung ist?“

Lothar Schlieckau: „Durch Zielgruppenorientierung können sich neue Fragestellungen ergeben. Ein derzeit wichtiges Thema im Verbund – wie auch schon von Herrn Beins angesprochen – ist die Verquickung von geistiger Behinderung, Sucht und psychiatrischen Erkrankungen. Im Rahmen der Enthospitalisierung und Stärkung des ambulant betreuten Wohnens zeigt sich diese Problematik deutlich. So hat die Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Erkrankungen“ des Verbundes Beratungsstellen eingeladen, um gemeinsam zu diskutieren, wie das Beratungsangebot von ambulanten Beratungsstellen in den Tagesstätten, aber auch in den Wohnheimen inhaltlich besser für die Versorgung dieser Menschen aufgestellt werden kann. An dieser Stelle hat sich die Kooperation ganz konkret gezeigt und es werden gemeinsam Schritte erarbeitet. Ein weiteres Feld ist das Thema Sucht und Alter, also gerontopsychiatrische Erkrankungen bzw. Demenz und Sucht, auch hier müssten stärkere Strukturen der Zusammenarbeit etabliert werden.“

Dr. Wilhelm Unkel: „Ich nehme gern Ihr Stichwort auf: „Sucht im Alter“. Unsere Klinik hat sowohl eine gerontopsychiatrische Abteilung, die schwerpunktmäßig Suchtkranke im Rahmen von Tablettenabhängigkeit behandelt, während die Suchtklinik eher Angebote für die Alkoholdemenz und ältere Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit vorhält. Wir haben

eine Vielzahl Alkoholkranker mit leichter oder mittelgradiger Alkoholdemenz und es wäre wünschenswert, eine gute und lange Versorgung im ambulanten Bereich zu ermöglichen, statt Wohnheime auszubauen. Durch die demografische Entwicklung in Deutschland wird dies noch bekräftigt. Diese Art der Versorgung ist im Augenblick noch unzureichend und für ältere Menschen nur schwer zugänglich. Hier sehe ich einen dringenden Bedarf.“

Dr. Manfred Rabes: „Aktuell werden über die Seniorservicebüros in Niedersachsen von der NLS erstellte Informationen zu der Problematik Sucht im Alter verbreitet. Mein Wunsch: Die Suchtselbsthilfe müsste auch noch mit einbezogen werden. Es wäre gut, wenn auch sie bei psychiatrischen Erkrankungen auf die Kompetenzen des medizinischen Sektors zurückgreifen könnte.“

Dr. Wilhelm Unkel: „Wie bereits eingangs formuliert geht die stationäre Psychiatrie Schritt für Schritt in die Fläche und versucht auf die Patientinnen und Patienten zu zugehen. Dies sollte allerdings noch intensiviert und beschleunigt werden.“

Lothar Schlieckau: „Insgesamt ist eine Umstellung des Systems notwendig. Auch die traditionelle Suchthilfe muss sich der Frage der aufsuchenden Arbeit stellen. Wir müssen mobiler werden und in die Gemeinden fahren. Dies ist besonders im Alter ein wichtiges Thema.“

Wolfram Beins: „Neben dem Nachdenken über Kooperationen muss auch eine Standortbestimmung durchgeführt werden, wie Arbeitsteilung zukünftig organisiert werden soll. Niedersachsen besitzt schon ein gutes, breites, ambulantes Behandlungsangebot. Die Suchthilfe hat an dieser Stelle von der Psychiatrie gelernt, sodass die Kombivverbände ein gemeindepsychiatrisches Konstrukt für die Suchtkrankenhilfe aufgenommen haben, indem die modulare Behandlung eingeführt wurde. So hat sich allerdings die Klientel der Suchtberatungsstellen auch etwas verändert. Es gibt mehr chronisch- oder mehrfachgeschädigte Personen. Suchtberatungsstellen sehen den Bedarf im Ausbau von ambulantem Wohnen, aber auch die stationäre Behandlung und psychiatrischen Angebote etablieren vermehrt Tageskliniken und Institutsambulanzen. Ich habe den Eindruck, dass sich ein Konkurrieren um Klientinnen und Klienten entwickelt. Hier ist es wesentlich in Bezug auf Zielgruppenspezifität, aber auch bezüglich der institutionellen Ausrichtung im Versorgungsgebiet, die Arbeitsteilung neu zu bestimmen und die Weichen vernünftig zu stellen.“

Dr. Ute Sonntag: „Wie ist der Konkurrenz entgegenzutreten und die Arbeitsteilung besser zu verabreden?“

Dr. Wilhelm Unkel: „Konkurrenz bedeutet ja, gemeinsam auf dasselbe Ziel zuzulaufen: Nämlich der Klientin bzw. dem Klienten zu dienen. Und wenn es tatsächlich Konkurrenz gibt, dann ist das erstmal eine Auswahl für die Klientinnen und Klienten, die ihnen gut tun kann und die die Möglichkeit zum Wechsel bereithält. Also Konkurrenz belebt das Geschäft und davor müssen wir uns nicht fürchten.“

Conrad Tönsing: „Wir haben gute Erfahrungen mit dem Case Management gemacht. Dort, wo man klientenzentriert Lösungen sucht, ist auch ein Fortschritt spürbar. Mein Wunsch an die Psychiatrie ist es, dass wir nicht nur in Ausnahmefällen, sondern flächendeckend stärker in den Institutsambulanzen mitwirken können. Denn, wenn es so ist, dass die Klientel unterschiedlich ist, dann wird es dort für ein bestimmtes Klientel auch noch weitere Versorgungsmöglichkeiten geben, die wir im Sinne der Klientinnen und Klienten anstreben sollten. Hier können wir mehr tun und stärker ins Gespräch gehen. An dieser Stelle kann die Freie Wohlfahrtspflege zum Beispiel auch im Bereich der Eingliederungshilfe und medizinischen Rehabilitation viel bewirken.“

Verzeichnis der Referentinnen und Referenten

DR. SABINE BRÄGELMANN-TAN

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Gustav-Bratke-Allee 2
30169 Hannover
sabine.braegelmanntan@ms.niedersachsen.de

JÖRG ZERCHE

Kreisverwaltung Euskirchen, Abteilung Gesundheit, Koordinierungsstelle Prävention, Psychiatrie und Sucht
Jülicher Ring 32
53879 Euskirchen
joerg.zerche@kreis-euskirchen.de

ELENA GOMES DE MATOS

IFT Institut für Therapieforschung München
Parzivalstraße 25
80804 München
GomesdeMatos@ift.de

HANS BÖHL

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Jugendberatung und Jugendhilfe e. V.
Tanusstraße 33
60329 Frankfurt
hans.boehl@jj-ev.de

DR. MARTIN REKER

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bielefeld
Künnekestraße 5a
33647 Bielefeld
martin.reker@evkb.de

NADJA WIRTH

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landesjugendamt
Freiherr-vom-Stein-Platz 1
48147 Münster
nadja.wirth@lwl.org

WOLFRAM BEINS

Psychosoziale Beratungsstelle, Sozialpsychiatrischer Dienst, Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Celle
Fritzenwiese 7
29221 Celle
wolfram.beins@evlka.de

CONRAD TÖNSING

Caritas Osnabrück
Knappsbrink 58
49080 Osnabrück
ctoensing@caritas-os.de

DR. MANFRED RABES

Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen
Podbielskistraße 162
30177 Hannover
rabes@nls-online.de

LOTHAR SCHLIECKAU

Sozialpsychiatrischer Verbund, Region Hannover, Psychiatriekoordinator/Drogenbeauftragter
Peiner Straße 4
30519 Hannover
lothar.schlieckau@region-hannover.de

DR. WILHELM UNKEL

KRH Psychiatrie Wunstorf, Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie
Südstraße 25
31515 Wunstorf
wilhelm.unkel@krh.eu

Bitte beachten Sie, dass die Daten den allgemeinen Datenschutzbestimmungen unterliegen und ohne Einverständnis der betreffenden Personen nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen.



Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

März 2015

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen der Landesregierung,
nicht zur Wahlwerbung in Wahlkämpfen verwendet werden.