

Versorgung Suchtkranker in der Region: Effektiv und effizient*

Rolf Hüllinghorst

Einleitung

In den Kommunen in Nordrhein-Westfalen wurde im Herbst 2009 gewählt. Viele neue Oberbürgermeister und Landräte begannen voller Elan mit ihrer Arbeit. Und bald merkten sie, dass der umkämpfte Traumjob viele Probleme mit sich brachte. Nur ein Beispiel von vielen, welches überall in Westfalen spielen könnte: Ein Drogentoter in der Nähe des Bahnhofs gefunden; 2 Kinder mit mehr als 2,0 Promille zur Entgiftung ins Krankenhaus gebracht und ein Brand in einer Unterkunft für Wohnungslose. Die Presse sieht hier einen Zusammenhang und fragt: Wie werden Menschen mit Suchtproblemen in unserer Stadt versorgt?

Und dann gab es noch ein Ereignis im Rathaus, was in diese Reihe passt: Ein leitender Mitarbeiter der Verwaltung bricht zusammen. Es stimmt, was immer schon gemunkelt wurde. Er war alkohol- und medikamentenabhängig.

Wer ist zuständig?

Der Landrat oder Bürgermeister (aus Gründen der Einfachheit bleibe ich bei der männlichen Form) ist sensibilisiert und muss sich fragen, wer denn nun zuständig ist, wer ihm darüber berichtet, wer ihn berät. Gibt es Zusammenhänge? Wie sind die Dinge bei uns geregelt? Und als gut ausgebildeter Verwaltungsfachmann fragt er natürlich auch: Tun wir die richtigen Dinge (arbeiten wir effektiv) und tun wir die Dinge richtig (sind wir effizient)?

Nachdem er sich einen Überblick über die Verwaltung an diesem konkreten Beispiel geschaffen hat, stellt er fest, dass zwei seiner engsten Mitarbeiter (Beigeordnete) für das Arbeitsfeld Drogen, Sucht und Abhängigkeit zuständig sind. Der eine mit der Zuständigkeit für das Gesundheitsamt für zwei kommunal geförderte (Alkohol-) Beratungsstellen, und der andere für die ebenfalls geförderte Drogenberatungsstelle. Nach einem ersten Gespräch stellt er fest, dass es sich hier nicht nur um unterschiedliche Zuständigkeiten handelt, sondern dass der Arbeit sehr unterschiedliche Hilfe-Philosophien zugrunde liegen.

Er sieht, dass das Hilfesystem umfangreich ist, dass eine ganze Reihe von Einrichtungen gefördert werden – es insgesamt aber schwer zu durchschauen ist. Wenn ihm das aber schon so geht – wie ist das dann mit dem Laien, dem Bürger, der Hilfe sucht und in Anspruch nehmen muss?

In der Stadt gibt es auch einen Sucht- und Psychiatrie-Koordinator – der hat aber keine Kompetenzen, um wirklich zu koordinieren. Deshalb akzeptiert er die bisherige Arbeitsteilung. Und der Suchthilfeplan der Kommune, für den er zuständig ist, dokumentiert im Wesentlichen die aktuelle Versorgungssituation.

Was steht im Suchthilfeplan?

Nachdem der Landrat nun den Suchthilfeplan gelesen hat, stellt er fest: Alle Einrichtungen sind beschrieben – und es sind gar nicht so wenig. Auch die medizinische Grundversorgung ist im Plan eingebunden, und eine Menge Arbeit bei der Erstellung des Plans wird spürbar. Aber ihm fehlt etwas. Was ist die Perspektive, was soll wirklich erreicht werden? Auf welcher Vorgabe können Entwicklungen bewertet werden?

Denn er weiß, dass die Zielsetzung die Voraussetzung sowohl konkreter Planung als auch die Grundlage späterer Überprüfung ist. Erst dann kann ja beurteilt werden, ob effektiv und effizient gearbeitet worden ist.

*) Vortrag anlässlich der 27. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle SUCHT
„Krise als Chance“

Ein neuer Suchthilfeplan wird erarbeitet

Wer tut es?

Dieser Plan bringt es also nicht – ein neuer muss erarbeitet werden. Was soll dabei im Mittelpunkt stehen? Die fachliche Notwendigkeit? Die politische Verantwortung? Die Koordination durch die Kommune oder die Kooperation in der Region? Gelingt es, alle Beteiligten einzubeziehen? Alle diese Fragen müssen berücksichtigt werden um die Antwort auf die Frage des „Wie“ zu finden.

Gibt es einen politischen Willen, einen Auftrag? Das ist eigentlich die leichteste Aufgabe – mit dem Risiko, dass die Fachpolitiker bei der Erarbeitung einbezogen werden sollen.

Kann die Verwaltung diesen Plan aus eigener Kraft erstellen? Oder bedient man sich einer Beratung von außen? Da gibt es die Kommunalen Spitzenverbände oder auch den Landschaftsverband mit seiner Fachabteilung. Oder Politikberater, die den Vorteil haben, dass sie nicht in die kommunalen Machtstrukturen eingebunden sind, objektiver von außen schauen können. Die – das sollte Voraussetzung sein – über das aktuelle Wissen in Versorgung, Beratung, Behandlung und Betreuung verfügen. Und es verstehen, eine Gesamtschau zu bieten.

Die wichtigsten Bedingungen für einen aktuellen Suchthilfeplan

Ziele der Hilfen in der Region

Die Ziele der Hilfen sind sehr schnell beschrieben:

- Mehr Menschen mit substanz- und verhaltensbezogenen Problemen und Störungen bzw. einer sich entwickelnden Abhängigkeit früher zu erreichen.
- Menschen, die um Hilfe nachsuchen, qualifiziert beraten, betreuen und behandeln.
- Chronisch Abhängige als eine zentrale Zielgruppe akzeptieren.
- Ein effektiv arbeitendes Hilfenetz vorhalten.
- Die Mitarbeiter müssen in der Lage sein, effizient zu intervenieren und maßgeschneidert zu helfen.
- Das Hilfesystem ist nicht an den Substanzen bzw. Störungen sondern an der Lebenswelt der Betroffenen auszurichten.

Evidenzbasierung

„Evidenz“ ist nicht das Lieblingswort der Mitarbeitenden in sozialen Diensten. Sie sind fest davon überzeugt – und haben das ja auch vielfach unter Beweis gestellt, dass es um ihre persönlichen Kenntnisse und Fähigkeiten geht, um Menschen mit Problemen zu helfen.

Aber das ist vorbei. Günter Wienberg fasste es in dem kurzen Satz zusammen:

„Evidenzbasierung statt Eklektizismus“. Die Evidenzbasierte Medizin ist eine Richtung der Medizin, die fordert, dass bei jeder Behandlung Entscheidungen auf der Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit erfolgen. Bereits seit 2004 gibt es für den Bereich der Behandlung Abhängigkeitskranker Leitlinien, die den Vorgaben der Medizinischen Fachgesellschaften entsprechen und in Zusammenarbeit mit allen, nicht nur den medizinischen, Fachgesellschaften erarbeitet wurden.

Was ist der Vorteil der Leitlinien? Clemens Veltrup nennt aus Sicht der Suchtmedizin vier Gründe für Evidenzbasierte Leitlinien: Die Behandlungsleitlinien „Substanzbezogene Störungen“

1. verbessern die Sicherheit der Behandlung durch die Formulierung der konsumbezogenen Behandlungsziele;
2. ermöglichen eine Verbesserung der Behandlungspraxis gerade in der medizinischen Versorgung. Vor diesem Hintergrund ist auch eine Verbesserung der Kooperation mit dem suchtspezifischen Hilfesystem zu erwarten;
3. beschleunigen die Verbreitung von evidenzbasierten (grundlegenden) therapeutischen Interventionen. Im Rahmen der Aus- und Weiterbildung ist eine bessere Vermittlung „fundierter“ Therapiemaßnahmen zu erwarten;

4. verbessern die Möglichkeit zur Entwicklung von Prozessleitlinien und Behandlungspfaden für eine optimierte Versorgung von Suchtkranken. Damit wird auch ein Schritt von der segmentierten zur sequentiellen Behandlungsplanung und –durchführung geleistet.

Klarheit über die Zielgruppen – keine Einheitsangebote

Die besten Forschungsergebnisse zum Thema „Zielgruppen“ gibt es sicherlich im Bereich der Werbung und des Marketing. Es gilt, die verfügbaren Mittel so auf die umworbene Zielgruppe zu konzentrieren, dass größtmögliche (Kauf-)Effekte entstehen.

In sozialen Arbeitsfeldern wird eher nach dem Motto gearbeitet: Wer vor der Tür steht, bekommt Hilfe. Und manchmal dann eben auch die Hilfe, die im Angebot ist und nicht die im Einzelfall erforderliche.

Günter Wienberg erklärt am Beispiel der Zielgruppen alkoholbezogener Interventionen, dass es hier um sehr unterschiedliche Aktionen bzw. Interventionen gehen muss.

Beim **angepassten** Alkoholkonsum geht es um eine universelle, verhältnispräventive Strategie, während beim **riskanten** Konsum selektive, sekundärpräventive Strategien das Mittel der Wahl sind.

Schädlicher Konsum erfordert Früherkennung, zum Beispiel im medizinischen Hilfesystem, verbunden mit Kurzinterventionen zur Trinkmengenreduzierung. Im Bereich der Beratungsstellen können dazu Programme zur Reduzierung der Trinkmenge (AkT, Selbsthilfemanuale) eingesetzt werden.

Bei **Abhängigkeit** geht es um Behandlung, um evidenzbasierte bzw. nachgewiesener Maßen erfolgreiche Behandlung. Genannt seien nur die Qualitative Entzugs- und Motivationsbehandlung, die Medizinische Rehabilitation (ambulant bzw. stationär). In Frage kommen aber auch medikamentöse Anticraving und – das ist eine Wiederentdeckung – Aversionsbehandlung.

Bei **chronisch mehrfach geschädigten** Abhängigen hat sich zum Beispiel das ALITA-Programm, ein hochfrequentes Betreuungsprogramm in Kombination mit Aversionsmitteln, als sehr erfolgreich erwiesen.

Zieldefinitionen

Ein Suchthilfeplan ist nur dann sinnvoll, wenn er Zielgrößen enthält, die zu bestimmten Zeitpunkten abgefragt werden können. In der Regel sind die Zielgrößen abhängig von der politischen Zielsetzung in der Kommune, denn Politik ist – je näher sie an den Menschen ist – stark abhängig von aktuellen Situationen. Wenn wir auf die am Anfang des Artikels beschriebenen Probleme schauen, so würde der Gesundheitsausschuss gerne beschließen:

- Weniger Entgiftungsbehandlungen, insbesondere bei jungen Menschen;
- Reduzierung der Zahl der Drogentoten
- Mehr Wohnungslose in eigener Wohnung

Es geht also zunächst um den Erreichungsgrad einer Zielgruppe, dann um die erforderliche Intervention. Auch hier gibt Günter Wienberg einige Beispiele. Er regt an, den Erreichungsgrad der jeweiligen Zielgruppe zu quantifizieren. So könnte zum Beispiel konstatiert werden, dass 90 % der Kinder und Jugendlichen, bei denen eine stationäre Entgiftung erforderlich war, innerhalb von einem Tag eine Kurzintervention erhalten. Oder dass eine möglichst große Zahl neuer Patienten in einer Hausarztpraxis ein Alkoholscreening erhält.

Diese Zieldefinitionen können sich auch auf die Kosten beziehen. Das bedeutet zunächst einmal, dass der Blick auf die Kosten eine neue Dimension erhält (Effizienz). So sind die Fallkosten pro Betreuten in der Beratungsstelle sehr einfach zu berechnen – die Veränderungen sind in den Fokus zu stellen.

Struktur der Hilfe in der Region

Eigentlich ist es bei einem kommunalen Suchthilfeplan eindeutig: Er ist geschrieben für die eigene Kommune, und demzufolge geht es auch um die Hilfe, die innerhalb der kommunalen Grenzen angeboten wird.

Aber im Bereich der Hilfe für Menschen mit Abhängigkeitsproblemen geht es auch um – zumindest nach der medizinischen Definition – psychisch kranke Menschen. Deshalb geht es auch um die Grenzen der psychiatrischen Pflichtversorgung. Diese ist noch immer nicht überall auf die kommunalen Grenzen abgestimmt, spielt aber eine zentrale Rolle.

Steuerung der Angebote durch die Kommune

Ausschlüsse

Auch wenn es um eine kommunale Suchthilfeplanung geht, so entziehen sich große Teile der Versorgung dem kommunalen Zugriff. Die medizinische Grundversorgung, die sowohl im Bereich der Früherkennung als auch in der Behandlung eine zentrale Rolle spielt, arbeitet auf der Basis des Sozialgesetzbuches (SGB) V (Krankenversicherung). Hier geht es um Absprachen, um Kooperation – aber nicht um Steuerung. Ähnliches trifft für die medizinische Rehabilitation (ambulant und stationär) zu. Hier regelt das SGB VI (Rentenversicherung) Art und Weise der Behandlung. Eine wiederum eigene Art der Zusammenarbeit erfordert das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe). Diese liegt zwar in der Kompetenz der Kommune, erfordert aber eigenständige Abläufe. Und die Aufzählung ist nicht abschließend.

Leistungsvereinbarungen

Aber es verbleiben eine Reihe von Einrichtungen – müssen es wirklich so viele sein, lässt sich hier nicht straffen? – auf die die Kommune nicht zuletzt durch die finanzielle Förderung Einfluss hat. Im Sinne von Zielsetzung und –Überprüfung bietet sich der Abschluss von Leistungsvereinbarungen an. Dabei geht es – immer auf der Basis der Vorgaben des Suchthilfeplans – um

- Gemeinsame Zielfindung und Auftragsbeschreibung;
- Beauftragung;
- Begleitung;
- Berichterstattung;
- Finanzierung und
- Überprüfung.

Klarheit über die Zuständigkeiten

Es gibt zwei wesentliche Partner in der Hilfe für Menschen mit substanz- bzw. verhaltensbezogenen Störungen und Problemen. Das ist auf der einen Seite die ambulante Beratung, Behandlung und Versorgung, zu der auch das Betreute Wohnen, Arbeitsangebote und Suchtprävention zu rechnen sind. Auf der anderen Seite ist es die Suchtmedizin in der Psychiatrie. Das sind die entscheidenden Partner, und es gibt eine Reihe von guten Beispielen, wie diese Zusammenarbeit konkret ausgebaut werden kann.

So zum Beispiel durch eine sektorierte Zuständigkeit sowohl in der Kommune als auch im Krankenhaus; Zusammenarbeit in Arbeitskreisen – alles mit dem Ziel, möglichst zielgerichtet zu intervenieren.

Erst dann kommen die angrenzenden Dienste und Angebote. Dazu gehört auch die medizinische Rehabilitation, die aus Sicht der Suchthilfe immer noch als das zentrale Angebot gilt. Aber hier steuert die Rentenversicherung, die sich erfreulicher Weise inzwischen auch zu einer regionalen und gemeindenahen Behandlung bekennt. Da spielen die guten Ergebnisse der ambulanten Rehabilitation sicherlich eine Rolle.

Anschließend geht es um die weiteren Hilfesysteme, in denen Suchtkranke auch eine große Rolle spielen, ohne dass das Suchtproblem angesprochen bzw. darauf adäquat reagiert wird.

Das System der medizinischen Grundversorgung hat eigene Gesetzmäßigkeiten, die auf der einen Seite zu respektieren sind, auf der anderen Seite aber auch eingefordert werden müssen. So ist zum Beispiel die Kassenärztliche Vereinigung zuständig für die ambulante medizinische Versorgung – und dazu gehört auch die Substitution, die medikamentengestützte Behandlung.

Die weiteren psycho-sozialen Angebote der Kommune richten sich in der Regel an definierte Zielgruppen (Erziehungsberatung, Schuldnerhilfe, Familienentlastende Dienste). Diese Dienste sind im Umgang mit suchtkranken Menschen bzw. Angehörigen zu sensibilisieren und zu unterstützen.

Ein wichtiger, zentraler Partner ist die Jugendhilfe. Es muss festgestellt werden, dass Drogen-, Alkohol-, Zigaretten- und Medikamentenkonsum der Mutter negative Auswirkungen auf die Kinder hat, die geboren werden. Dazu kommen die sozialen Probleme in Familien, in denen ein oder beide Elternteile abhängig sind. Deshalb ist es in jedem Beratungs- und Behandlungsfall erforderlich, sich ein Bild der Situation der Kinder zu machen und ggfs. zu intervenieren. Das wiederum ist nur in Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe möglich.

In Bezug auf eine kommunale Suchthilfeplanung ist nicht nur wichtig, dass die auftraggebende Kommune weiß, wer wofür zuständig ist, mit wem sie welche Leistungsverträge abgeschlossen hat, mit wem sie kooperiert. Zentraler ist noch, dass die Betroffenen wissen, an wen sie sich wenden können, bei wem sie ein Recht auf Betreuung haben.

Regelversorgung vor Sondernversorgung

Der Spezialfall der Medizinischen Rehabilitation wurde bereits erläutert. Das Ziel kann nur die Integration auch der stationären Behandlung in die Region sein.

Darüber hinaus geht es um feste Netzwerkpartner im medizinischen Bereich. Entgiftung sollte in eigens dafür festgelegten Krankenhäusern erfolgen, damit diese qualitativ hochwertig und mit Motivationsanteilen angeboten werden kann.

Bei der Substitution, der medikamentengestützten Behandlung geht es um die Integration in das Hausarztssystem, um die Re-Integration der Abhängigen in die Gesellschaft zu unterstützen.

All das ist wichtig, damit es auf der einen Seite eine qualitativ hochwertige Versorgung gibt, auf der anderen Seite aber auch keine Beliebigkeit der Inanspruchnahme.

Gemeinsame Philosophie

Philosophie hört sich vielleicht etwas großspurig an, aber wichtig ist, dass sich die im Netzwerk beteiligten Institutionen und Mitarbeiter/-innen über ihren Hilfeansatz verständigen. Obwohl inzwischen auch zwischen den Verfechtern der absolut niedrigschwelligen Arbeit und den Anbietern abstinenzorientierter Hilfe Einvernehmen darüber besteht, dass die Hilfe individuell zu erfolgen hat und nicht den Möglichkeiten folgen soll, die die Institutionen anbieten, so gibt es immer noch Menschen, die das Thema Sucht und Abhängigkeit sehr einseitig betrachten. Es geht eben um „maßgeschneiderte Hilfe“, nicht um das, was die Einrichtung sonst alles anbietet.

Inhalte der Arbeit

Bevor ich auf Vorgaben für die inhaltliche Arbeit, wie sie in einem modernen Suchthilfeplan vorgegeben werden sollte, eingehe, möchte ich einen Exkurs machen.

Exkurs: Das Beispiel der Niederlande

In der Zeitschrift SUCHT 4/August 2009 ist es nachzulesen. Die Niederlande haben in ein von den Trägern der Suchtkrankenhilfe angeregtes Projekt ca. 11 Millionen Euro investiert, um das gesamte Hilfesystem zu professionalisieren, es effektiver und effizienter in der Arbeit

werden zu lassen. Neben der Veränderung der Strukturen, auf die ich hier nicht eingehen werde, ging es vorrangig um

- die Entwicklung evidenzbasierter Präventions- und Behandlungsinterventionen,
- den Ausbau des Feedbacksystems für die Ergebnismessung und
- die Erneuerung der Aus- und Weiterbildung.

Das Projekt „Resultaten scoren“ – frei übersetzt vielleicht „Erfolge erzielen“- orientierte sich dabei an den Prinzipien

- Bedarfsorientiert
- Evidenzbasiert
- Klientenorientiert
- Gemeindenah
- Objektivierbar und ergebnisorientiert
- Systemorientiert
- Kosteneffektiv
- Ethisch akzeptabel
- Mitarbeiterfreundlich.

Da fehlt eigentlich nichts, und wenn die Ergebnisse sich daran orientieren, können ja alle Beteiligten zufrieden sein.

Zunächst wurden Manuale, Leitlinien und Protokolle für die unterschiedlichen Aufgaben entwickelt, die nun Stück für Stück in den Einrichtungen implementiert werden sollen. Mit dem Stand 2008 war das zu 100 % lediglich bei den Manualen des Individuellen Lifestyle-Trainings geglückt, allerdings wird bei einem Vergleich der Jahre 2005 und 2008 deutlich, dass der Trend zur Übernahme von Behandlungs- und Interventionsmanualen deutlich wird. Das ist sicherlich nicht sehr beliebt, aber im Sinne von wissenschaftlich abgesicherter Intervention unumkehrbar.

Die Hilfe für Menschen mit substanzbezogenen Problemen und Störungen (inkl. Spielen) konzentriert sich auf jeweils lediglich eine Anlaufstelle in der Kommune, die sowohl in einer Beratungsstelle als auch in einer Klinikambulanz angesiedelt sein kann.

Am Anfang stehen Zuweisungskriterien. Dabei spielen die Behandlungsvorgeschichte, die Schwere der Suchtproblematik (Diagnostik, Tests wie ASI, MATE), die psychiatrische Komorbidität und die soziale Integration wesentliche Rollen.

Entsprechend den Ergebnissen der ersten Kontakte erfolgt die Indikation, die sich wiederum an den entwickelten Manualen und Protokollen orientiert. In Abbildung 1 werden die Übereinstimmung und die Abweichung von der empfohlenen Indikation mit der tatsächlich durchgeführten Behandlung verglichen. Es wird deutlich, dass die Interventionen mit der Schwere der Erkrankung spezifischer wurden.

Übereinstimmung und Abweichung der empfohlenen Indikation

Tatsächliches Stepped Care Niveau	Empfohlenes Stepped Care Niveau des Manuals				
	Niveau 1: Lifestyle- Training I, III	Niveau 2: Lifestyle- Training II, IV	Niveau 3: Kurzzeit-Beh. (Cure)	Niveau 4: Langzeit-Betr. (Care)	Total
Niveau 1: Lifestyle-Training I, III	28% 492	2% 32	0 6	0 0	30% 530
Niveau 2: Lifestyle-Training II, IV	18% 309	24% 429	2% 26	0 3	44% 767
Niveau 3: Kurzzeit-Beh. (Cure)	3% 49	6% 111	6% 103	3% 7	15% 270
Niveau 4: Langzeit-Betr. (Care)	4% 66	3% 62	1% 21	3% 49	11% 198
Total	52% 916	36% 634	9% 156	3% 59	100% 1765

20.01.2010

Effektiv und effizient

28

Rolf Hüllinghorst

Abbildung 1

Überflüssig darauf hinzuweisen, dass die Dokumentation eine entscheidende Rolle spielt, insbesondere bei der Überprüfung der Zielerreichung, aber auch im Sinne von Mitarbeiterführung.

Zusammenfassung: Es ist möglich, die Interventionen zu beschreiben und zu standardisieren, um sie zielgerichtet einzusetzen. Effektive Strukturen und effiziente Interventionen sind keine Unmöglichkeit.

Qualitätssicherung

Bei der Qualitätsentwicklung und der anschließenden Qualitätssicherung wird in der Regel unterschieden nach der

- Strukturqualität – verantwortlich dafür ist der Träger der Einrichtung;
- Prozessqualität – dafür ist die Einrichtungsleitung verantwortlich und
- Ergebnisqualität, für die die Mitarbeiter/-innen verantwortlich sind.

In Bezug auf den Suchthilfeplan bedeutet dies, dass die Einrichtungen in der Region vergleichbare Systeme anwenden müssen. Das hat ganz einfach mit den gemeinsamen Standards in der Arbeit zu tun und idealer Weise mit einem Gütesiegel, welches die qualifizierte, qualitätsgesicherte Zusammenarbeit in der Region dokumentiert.

Gemeinsame Sprache

Auch in diesem Referat wird häufig noch das Wort „Sucht“ verwendet. Wenn wir die Zusammenarbeit über die eigene Einrichtung aber ernst nehmen, so müssen wir dafür sorgen, dass eine gemeinsame Sprache gesprochen wird. Das können nur die international anerkannten Begrifflichkeiten aus den Klassifikationssystemen sein. Aktuell ist das der ICD in seiner 10. Fassung.

Über die einheitliche Sprachregelung entwickelt sich auch ein einheitliches Verständnis. Im Bereich der Rehabilitation – und damit auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker - ist es der ICF (International Classification of Function). Der ICF, der

auf die „funktionale Gesundheit“ abhebt, ist wesentlich dem SGB IX (Vorschriften über die Rechte der Behinderten und der Rehabilitation) zugrunde gelegt.

Nach dem ICF gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund

1. ihre körperlichen Funktionen und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen,
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird und
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird.

Das sind hohe Ansprüche, aber genau diese Zielsetzung sollte einem – neuen - Suchthilfeplan zugrunde gelegt werden.

Erkenntnisse und Methoden

Am Modell der Niederlande wurde deutlich, welchen Stellenwert in Zukunft Behandlungsprotokolle und –manuale haben werden. Aber auch, dass der Trend eindeutig von den Einzel- zu den Gruppeninterventionen gehen wird.

Dazu bedarf es – evidenzbasierter – Erkenntnisse und Methoden. Am Beispiel der „Motivierenden Gesprächsführung“ könnte gezeigt werden, wie schwer es ist, im Ausland schon lange bewährte Methoden in Deutschland einzuführen. Aber hier ist der Durchbruch geschafft, kaum ein Mitarbeiter, kaum eine Mitarbeiterin, welche die MI nicht in ihr Methodenrepertoire integriert haben.

Ein aktuelles Beispiel ist der „Community Reinforcement Approach“. Dieses Verfahren ist in Amerika bereits seit mehr als 35 Jahren im Einsatz, es ist in hohem Maße evidenzbasiert und wird erst jetzt langsam in die Arbeit eingeführt. „Erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich“, so die Überschrift für die ins Deutsche übersetzte Fassung des CRA-Manuals.

Es soll hier nicht die Methode vorgestellt werden, nur ein paar Worte zum Wirkprinzip: Es geht immer um die gemeinsame Einschätzung des Hilfebedarfs und der nächsten Schritte. Man könnte sagen, es geht um „Nüchternheit auf Probe“ mit den Schritten

1. Erkennen des Schweregrads des Alkoholproblems
2. Zielentwicklung
3. Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit, der emotionalen und körperlichen Befindlichkeit
4. Entwicklung alternativer Verhaltensweisen
5. Entwicklung von Selbstkontrollfertigkeiten
6. Erhöhung der Unterstützung durch andere
7. Probleme beim Durchhalten lassen die Notwendigkeit weiterer Hilfe erkennen.

Deutlich wird die Notwendigkeit der Unterstützung durch Dritte, der betreuende Mitarbeiter ist so etwas wie ein Moderator, der dafür sorgt, dass sich die Abstinenz „lohnt“.

Hier sind zum Beispiel auch die Selbsthilfegruppen gefordert, Angebote zu machen. Aus dem Programm heraus haben sich zum Beispiel Freizeit-Clubs gegründet, die sich eher der betreuenden Einrichtung als einem Selbsthilfeverband zugehörig fühlen. Der Freizeit Club hat sowohl für den Abhängigen als auch für die betreuenden Mitarbeiter eine Reihe von Vorteilen. Dies können sein (nach Veltrup):

- Alkoholfreier Abend in geselligem Rahmen
- Keine spezifischen (weltanschaulichen, krankheitsbezogenen) Voraussetzungen
- Angebot auch für Nahestehende
- Entwicklung von „alkoholfreien“ Kontakten
- Keine oder nur geringe Kosten
- Transportmöglichkeiten werden geschaffen
- Gemeinsames Essen
- Gemeinsames Angebot für Patienten und Therapeuten
- Viele soziale Interaktionen
- Übungsfelder

Mir ist in diesem Zusammenhang noch einmal wichtig darauf hinzuweisen, dass nur bewährte Methoden eingesetzt werden dürfen. Das bedeutet zum Beispiel konkret, dass der Träger deutlich macht, welche Fortbildungen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz notwendig sind, um die erforderliche Prozessqualität zu gewährleisten.

Dokumentation und Feed-Back-System

Die Diskussionen über die Dokumentation der Arbeit in den zurückliegenden Jahren hat dazu geführt, dass die bereits seit 1980 eingeführte Statistik in der ambulanten und stationären Suchthilfe noch einmal wesentlich verbessert wurde. Aber sie wird immer noch in erster Linie dazu genutzt, um mit den Zahlen den Jahresbericht zu füllen, der die Arbeit der Einrichtung nach außen dokumentiert. Das ist auch wichtig – noch wichtiger ist es jedoch, die Dokumentation als Feed-Back-Instrument zu nutzen. Haben wir die gesetzten Ziele erreicht? Was hat sich entwickelt? Genau wie bei der Qualitätsentwicklung sind es wieder drei Ebenen:

- Für den Träger können die Ergebnisse der Einrichtungsstatistik als Instrument der Zielüberprüfung genutzt und in Kennzahlen verwandelt werden.
- Für die Leitung kann die Auswertung andere Antworten geben. Wurden die Vorgaben erreicht, welche Tendenzen zeichnen sich ab? Wie ist die tatsächliche Situation, stimmt unsere Einschätzung?
- Für die Mitarbeiter/-innen geht es um die Überprüfung der eigenen Arbeit: War unsere Arbeit erfolgreich, waren wir effizient?

Veränderungen auf kommunaler Ebene

Wenn ein neuer Suchthilfeplan erarbeitet wird – das wissen alle -, gibt es Veränderungen. Die Aufgabe ist es, diese Veränderungen in der richtigen Art und Weise zu kommunizieren. Aber trotzdem: Die Unsicherheit bleibt.

Die Chance einer neuen Struktur kann darin liegen, dass die eigene Einrichtung einen Platz findet, der stabiler ist als bisher. Das Risiko ist aber auch da: Es könnte keinen Platz mehr für diese Einrichtung oder diesen Träger geben (Ausschreibung der Arbeit, Wettbewerb). Also muss der Weg sein, in die gleiche Richtung zu arbeiten, Partner zu suchen, sich abzustimmen, den neuen Anforderungen gerecht zu werden. Es wäre ein Irrweg zu denken, dass alles bleiben muss wie bisher. Und auch in der Phase des möglichen Umbaus gibt es noch Klientinnen und Klienten – die immer im Mittelpunkt stehen sollten.

Ein Ziel der Bestrebungen in der Einrichtung könnte es sein, Teil eines neuen Netzwerkes zu werden. Eines Netzwerkes mit gleichen fachlichen Maßstäben, mit einheitlicher Qualitätssicherung und einer Dokumentation, über die man sich gerne austauscht, weil sie die Basis für die weitere Planung ist.

Zusammenfassung: Ratschläge und Empfehlungen

1. Es muss damit beginnen, klare Zuständigkeiten in der Verwaltung zu schaffen.
2. Anschließend wird ein politischer Beschluss gefasst, einen neuen Suchthilfeplan zu erarbeiten. Dieser Beschluss enthält bereits einige fachliche Vorgaben und vielleicht auch finanzielle Eckpunkte.

3. Da viele Partner benötigt werden, geht es auch um den Weg der Erarbeitung. Hier kann nicht bestimmt, hier muss kommuniziert werden.
4. Der Umfang des Problems und die Lebenssituationen sind zu beschreiben. Vor dieser Folie sind Zielvorgaben zu entwickeln, die fachliche Arbeit ermöglichen und den Plan überprüfbar machen.
5. Die Schnittstellen sind zu beschreiben und Anreize zur Zusammenarbeit sind zu finden.
6. Basis aller Interventionen ist ein Evidenzbasiertes Assessment mit anschließender Indikationsstellung.
7. Einheitliche und vergleichbare Indikationsmodelle, Leitlinien und Manuale auf der Basis des Stepped-Care-Ansatzes.
8. Manual-/Leitliniengestützte Behandlung.
9. Einheitliche Statistik und Dokumentation als Feed-Back-Möglichkeit.
10. Es geht nicht um den Missbrauch bzw. die Abhängigkeit einzelner Substanzen, sondern um die Lebenswelten der Klientinnen und Klienten. Die Wohnungslosenhilfe in den Suchthilfeplan zu integrieren.
11. Regelmäßige Berichterstattung, Überprüfung der Ansätze und Fortschreibung.

Schluss

Was bleibt also für den Bürgermeister oder den Landrat zu tun? Er hat begriffen, dass die am Anfang beschriebenen Probleme etwas miteinander zu tun haben, dass es nicht darum gehen kann, isolierte Lösungen zu suchen und zu finden. Und er hat den richtigen Auftrag gegeben.

Aber er kann auch persönlich etwas tun. Er sollte in seiner Position ein Vorbild im Umgang mit Suchtmitteln sein, und dies gilt z. B. auch für die Getränkeangebote bei kommunalen Veranstaltungen.

Er kann verhältnispräventive Maßnahmen unterstützen und darüber hinaus kann er durch den ständigen Hinweis auf Hilfemöglichkeiten im Sinne von Früherkennung und Frühintervention wirken.

Literatur

Bossong, Horst: Was ist eigentlich das Ziel aller Geschäftigkeit? Unveröffentlichtes Manuskript, Mai 2006

Höflinger, Laura: Maßgeschneiderte Wege aus der Alkoholsucht; in: FAZ Nr. 221, 23. September 2009

Hüllinghorst, Rolf: Leistungserbringer und Leistungsträger: Wer kann was zur Weiterentwicklung der Hilfen für suchtkranke Menschen beitragen? Unveröffentlichtes Manuskript, Nov. 2009

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Baden-Württemberg: Empfehlungen für die Entwicklung und Einrichtung von Kommunalen Suchthilfenetzwerken, Aug. 2005

Meyers, Robert J. und Smith, Jane Ellen: CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit, Bonn 2007

Reker, Martin: Konsequenz von der Person her denken – was bedeutet das?!; in: Aktion Psychisch Kranke: Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland, Bonn 2009

Reker, Martin: Die Kunst des Machbaren im Umgang mit stark chronifizierten Patienten; in: Aktion Psychisch Kranke: Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland, Bonn 2009

Schmidt, Gaspar, Falck, Goebel: Evidenzbasierte Suchtmedizin, Berlin 2006

Veltrup, Clemens: Die Suchthilfe wird immer besser - Was Evidenzbasierung und „best-practice“ bewirken könn(t)en. Unveröffentlichtes Manuskript, Nov. 2009

Wagner, Thilo: ALITA – Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke. Vortrag Juni 2009

Wiegand, Georg: Visionen zur Suchtkrankenhilfe. Unveröffentlichtes Manuskript o.J.

Wienberg, Günther: Was könnte wirklich weiterführen? Probleme und innovative Lösungsstrategien in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen; in: Aktion Psychisch Kranke: Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland, Bonn 2009

Anschrift des Verfassers:

Rolf Hüllinghorst

Praxis für Kommunikation und PolitikBeratung

33609 Bielefeld

www.huellinghorst.info

rolf@huellinghorst.info

+49 (0)521 81535

+49 (0)172 2743213