



*Fachstelle
grenzübergreifende
Zusammenarbeit*

für die Bereiche
Sucht- und Drogenhilfe,
Prävention und Politik



BINAD

S O N D E R D R U C K

Stationäre Behandlung

■ *5 ausgewählte Themen
im binationalen
Fachaustausch*



Landschaftsverband
Westfalen-Lippe www.lwl.org

Impressum

BINAD-Sonderdruck Dokumentation »Stationäre Behandlung« September 2002

Herausgeber: **BINAD – Fachstelle grenzübergreifende Zusammenarbeit**

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Gesundheitswesen
Dezernent: Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich

Koordinationsstelle Sucht
Leiter: Wolfgang Rometsch

Redaktion: Rüdiger Klebeck
Mechthild Neuer
Hans van Ommen

Übersetzung: Hans van Ommen
Frederik Wanink

Layout: Lütke-Fahle-Seifert AGD, Münster

Druck: Burlage, Münster

Auflage: 1.400

Finanzierung:  Ministerium für Frauen
Jugend, Familie und
Gesundheit, Düsseldorf

 Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport, Den Haag

Kontaktadressen: **BINAD**
Warendorfer Str. 25-27
Postfach
48133 Münster
Tel.: 0251-591-3268 oder -3154
Fax: 0251-591-5499
E-mail: binad@lwl.org
Intranet: www.binad.de

BINAD-NL
Korte Hengelosestraat 24
Postbus 417
7500 AK Enschede
Tel.: 0031-53-4331414
Fax: 0031-53-4343287
E-mail: h.vanommen.binad@tactus.nl
Internet: www.tactus.nl

Vorwort	4
<i>Die Entwicklung der klinischen Behandlung bei TACTUS</i>	6
Ruud Rutten	
Thema »Kurzzeitbehandlung«	
■ <i>Kurzzeitbehandlung im TACTUS-Hilfesystem</i>	10
Geert Peeters	
■ Bericht über die Diskussion	13
Thema »Substitutionsgestützte stationäre Therapie«	
■ <i>Medizinische Rehabilitation nicht-substituierter und übergangsweise substituierter Drogenabhängiger in der Fachklinik Release</i>	16
Karl Weber	
■ Bericht über die Diskussion	27
Thema »Geschlechts-/frauenspezifische Therapie«	
■ <i>Geschlechts-/frauenspezifische Therapie</i>	30
Sybille Teunißen	
■ Bericht über die Diskussion	34
Thema »Motivation«	
■ <i>Betrifft: Motivation</i>	36
Adri Hulshof	
■ Bericht über die Diskussion	40
Thema »Adaption«	
■ <i>Adaptionseinrichtungen für Menschen mit multiplem Substanzgebrauch in Westfalen</i>	43
Roland Helsper	
■ <i>Adaption – die 2. Phase der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke</i>	45
Rolf-Bernd Lappe	
■ Bericht über die Diskussion	53
Auswertung	
■ <i>Auswertung der Tagung durch die WESD-Mitglieder</i>	54
■ <i>Resumee aus niederländischer Sicht</i>	57
Teilnehmerliste	58

Ein kurzer Blick auf die Vorgeschichte der hier dokumentierten Veranstaltung

Der **V**erband **W**estfälischer **E**inrichtungen **S**tationärer **D**rogentherapie WESD e.V. – ein Zusammenschluss der Träger von 19 stationären Drogenhilfeeinrichtungen aus dem Landesteil Westfalen-Lippe – führt zweimal jährlich Klausurtagungen durch, eine Frühjahrs- und eine Herbsttagung. Diese verbandsinternen Veranstaltungen dienen der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des WESD-Verbandes und beinhalten immer auch die Einbeziehung eines externen Referenten zu einem ausgesuchten Thema.

Zur Frühjahrsklausur des Jahres 2001 wurde von WESD die Fachstelle grenzübergreifende Zusammenarbeit eingeladen, um den Mitgliedern – die seit längerem regelmäßige Bezieher des BINAD-INFO sind – die Arbeit der Fachstelle im direkten Gespräch darzustellen und um über mögliche Formen der Zusammenarbeit zu diskutieren.

***Wunsch der
WESD-Mitglieder
war es,
Anregungen für
den schon länger
laufenden Prozess
der Binnen-
differenzierung
des Verbandes zu
bekommen***

Aus dieser Tagung ging der eindeutige Wunsch hervor, die Frühjahrsklausur des Jahres 2002 in den Niederlanden stattfinden zu lassen, um dort einige Themen mit niederländischen Vertretern des stationären Hilfesystemes zu erörtern. Ein solcher Fachaustausch wurde als Möglichkeit gesehen, u.U. den Einstieg in einen länger dauernden Dialog zu finden, um den eigenen Horizont zu erweitern und Anregungen für den schon länger laufenden Prozess der Binnendifferenzierung innerhalb der WESD-Einrichtungen zu bekommen. Für BINAD verband sich mit dieser Perspektive der Einstieg in einen Austausch der stationären Einrichtungen über die Grenze hinweg, den es in vergleichbarer Form noch nicht gegeben hatte.

Noch im Verlauf der Frühjahrstagung 2001 wurde eine kleine Arbeitsgruppe zwischen BINAD und WESD benannt, die diese erste deutsch-niederländische Begegnung stationärer Drogentherapieeinrichtungen inhaltlich vorbereiten sollte. Aufgabe war es zunächst, aus der Liste von Themen, die durch die WESD-Mitglieder während dieser Sitzung eingebracht wurden, eine Tagesordnung für den anvisierten Austausch zu erstellen.

Fünf ausgesuchte Themen steckten schließlich den Rahmen ab. Sie finden sich in dieser Dokumentation – in Form der jeweils gehaltenen Einführungsreferate und in Auswertungen der zu jedem Thema geführten Diskussion. Bei der Besetzung der Themen mit Referenten wurde zum Ziel gesetzt, dass sowohl niederländische als auch deutsche Modelle präsentiert wurden. Das Land, welches die interessantere Entwicklung oder das aktuellere Modell zu präsentieren hatte, erhielt das Eingangsreferat.

Recht schnell wurde seitens WESD als auch BINAD der Wunsch deutlich, zu dieser Veranstaltung möglichst eine Dokumentation zu erstellen, um die Informationen wie auch die Erkenntnisse und Rückschlüsse aus dem damit verbundenen Vergleich festzuhalten und zu transportieren – die lockere Folge von BINAD-Sonderdrucken bot sich dafür an. Das Ergebnis halten Sie in den Händen – wir hoffen, dass nicht nur die Teilnehmer der Veranstaltung selbst, sondern auch die festen BINAD-»Kunden« und Andere daran Interesse finden. Natürlich möchte BINAD damit ebenfalls den Gedanken der grenzübergreifenden Zusammenarbeit stärken und für den Blick über die Grenzen werben, der den Horizont erweitern kann und in der hier dokumentierten Form von Begegnung und Austausch keiner großen Investitionen der Teilnehmer bedarf.

Die Organisation derartiger Veranstaltungen gehört zum Aufgabenspektrum von BINAD, so wurde diese Begegnung in enger Zusammenarbeit zwischen den BINAD-Büros in Münster und Enschede sowie natürlich als »Kunde« dem WESD-Verband geplant und durchgeführt. Die in die Begegnung einbezogenen niederländischen Fachleute entstammten dem Hilfesystem des für die Region Twente und einem Teil der Provinz Gelderland zuständigen Suchthilfeträgers TACTUS, bei dem auch das niederländische BINAD-Büro angesiedelt ist. Die Dokumentation enthält eine Teilnehmerliste, mit deren Hilfe es möglich ist, gezielt zu einzelnen Personen Kontakt aufzunehmen.

Was bleibt, ist, allen Beteiligten Dank auszusprechen für das Engagement und die Offenheit in der Begegnung. Ganz besonders gilt der Dank den beiden Übersetzern, Ulrich Dahmen und Eva Bodor, die ganz wesentlich zum reibungslosen Verlauf und guten Gelingen der Tagung beigetragen haben. Auch den beiden Kolleginnen Marie-Luise Bergmann und Regina Trapp aus der Fachklinik Im Deerth gilt besonderer Dank, haben sie doch mit ihren umfangreichen Notizen zu den Diskussionsblöcken die Basis geschaffen für den Transport der wesentlichsten Inhalte und Ergebnisse aus dem eigentlichen Austausch zu den Themen der Tagung.

Stellvertretend für die beteiligten Organisationen, Träger und Einrichtungen möchten wir abschließend noch hervorheben, dass wir den stattgefundenen Austausch nicht nur als Auftakt weiterer Begegnungen sehen, sondern auch als Auftakt einer anderen Qualität dieser Begegnungen, da es zu keinem Zeitpunkt darum ging, eines der beteiligten Hilfesysteme »als Sieger nach Punkten« daraus hervorgehen zu lassen. Auch wenn selbst auf deutscher Seite durchaus in dem ein oder anderen Zusammenhang die Auffassung bestand, dass das niederländische System auf Grund der Strukturen dem deutschen an manchen Stellen voraus ist, schadete das weder dem Selbstbewusstsein der deutschen Fachleute noch der Anerkennung der Kompetenz durch die niederländischen Kollegen.

Rüdiger Klebeck

Fachstelle grenzübergreifende
Zusammenarbeit – BINAD,
Redaktion BINAD-INFO

Harry Glaeske

Leiter der Fachklinik Im Deerth,
Vorsitzender des Verbandes WESD e.V.

***Diese Form der
Begegnung
erweitert den
Horizont und
bedarf keiner
großen
Investitionen der
Teilnehmer***

Der blaue Mann deutete auf die rote und violette Färbung des Himmels, die mittlerweile die Schwärze der Nacht vertrieben hatte.

Die Grenze ist nicht eindeutig, erklärte er. Sie verläuft fließend. Sie ist ewig in Bewegung in allen Dingen, in jedem von uns. Dennoch muss es immer eine Grenze geben. Ein Tier ist kein Mensch. Und die Nacht ist nicht der Tag.

Amenokal Alhavi: Die Weisheit des Tuareg

Ruud Rutten

Die Entwicklung der klinischen Behandlung bei TACTUS

Wenn man weit in die Geschichte der Suchtkrankenhilfe zurückblickt, kann man zwei unterschiedliche Strömungen ausmachen: einerseits die professionellen Hilfsangebote, andererseits die Selbsthilfe.

Die Selbsthilfe ist schon immer ein wichtiger Bestandteil der Suchtkrankenhilfe gewesen, während die professionellen Hilfsangebote – vor allem im Bereich der Gesundheitsfürsorge – erst relativ spät entwickelt wurden. Erst mit der Entstehung der so genannten hierarchischen therapeutischen Gemeinschaften Ende der sechziger und Anfang der siebziger Jahre setzte die Entwicklung von klinischen Behandlungen in den Niederlanden ein. Vor dieser Zeit gab es lediglich einige sanatoriums-ähnliche Kliniken für Alkoholranke. In die hierarchischen therapeutischen Gemeinschaften flossen Entwicklungen aus der Selbsthilfe und aus der professionellen Arbeit ein und verschmolzen zu einem therapeutischen Lernmodell, das unter anderem Elemente der AA-Selbsthilfegruppen und der in den Vereinigten Staaten gegründeten Selbsthilfekommunen für Drogenabhängige enthält.

Neben Behandlungsansätzen, wie sie aus traditionellen Suchtkliniken bekannt sind, werden darin auch Elemente der professionellen Gruppenarbeit der so genannten »T-groups« und der »Planned-change«-Bewegung aus angelsächsischen Ländern sichtbar. Auch das Aufkommen der Bewegung für soziale Psychiatrie und der therapeutischen Gemeinschaften nach dem Vorbild von Maxwell Jones seit den fünfziger Jahren beeinflussten die hierarchischen therapeutischen Gemeinschaften.

Parallel zur Entwicklung der hierarchischen therapeutischen Gemeinschaften machte sich die Erkenntnis breit, dass für Suchtkranke auch Hilfsangebote erforderlich waren, die nicht ausschließlich auf Drogenfreiheit abzielten, sondern auf eine Begrenzung der suchtvorsachenden Schäden für den Abhängigen selbst und seine Umgebung. Typische Beispiele für Maßnahmen der Schadensbegrenzung – auch »harm reduction« genannt – sind Methadonerhaltungsprogramme und Konsumräume.

Der Ausbau von Angeboten zur Schadensbegrenzung und die fortschreitende Professionalisierung der entzugsorientierten Behandlungsformen entwickelten sich relativ unabhängig voneinander. Selbst wenn sie in ein- und derselben Organisation ausgeführt wurden, beeinflussten beide Methodiken einander kaum. Anfang der achtziger Jahre wurde Kritik an den hierarchischen therapeutischen Gemeinschaften laut. Es handelte sich um hochschwellige Angebote, die bei weitem nicht für alle hilfsbedürftigen Abhängigen zugänglich waren. Außerdem waren die Kosten aufgrund der langen stationären Behandlungsdauer vergleichsweise hoch. Und schließlich stellten sich auch Zweifel hinsichtlich der Behandlungserfolge ein, nicht zuletzt aufgrund der hohen Abbruchraten. Kritiker wiesen darauf hin, dass große Veränderungen vor allem in den ersten Behandlungsmonaten erzielt würden. Sie warfen zudem die Frage auf, inwiefern eine Übertragung der Behandlungsergebnisse aus dem künstlichen Therapieumfeld in die Alltagssituation der Klienten gewährleistet sei. Darüber hinaus wurde die Vermutung geäußert, dass der nachweisliche Effekt, wonach die Erfolgsaussichten mit zunehmender Behandlungsdauer größer wurden, auf einem Umkehrschluss beruhe. War es nicht vielmehr so, dass die Klienten mit den besten Heilungschancen am längsten in der Behandlung blieben?

Anfang der 80er Jahre wuchs die Kritik an den hierarchischen therapeutischen Gemeinschaften

In dieser Zeit starteten andere GGZ-Einrichtungen (Geistige Gesundheitsfürsorge) Versuche mit neuen Behandlungsformen – wie etwa dem Boston-Modell – deren Schwerpunkt auf Teilzeitbehandlung, eventuell in Kombination mit befristeten klinischen Maßnahmen, lag. Ein weiterer neuer Ansatz war die klinische Kurzzeit-Psychotherapie. Zeitgleich wurden speziell im Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie viele neue Erkenntnisse über das Suchtverhalten gewonnen. Anhand der Befunde zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen wurden neue therapeutische Techniken entwickelt, die erfolgreich in der Suchtkrankenhilfe eingeführt wurden. Beispiele dafür sind unter anderem die Funktionsanalyse des Suchtverhaltens, Trainingskurse zur Vermittlung von sozialen und problemlösenden Fertigkeiten, Selbstkontrolltechniken und Rückfallpräventionsprogramme (Marlatt), Motivationstechniken (Miller) und die Entwicklung einer Motivationstheorie sowie das transtheoretische Modell von Prochaska und Diclemente.

Zudem wurde die Bedeutung von substanzassoziierten Reizen (so genannten »cues«) im Alltag des Klienten erkannt. Immer mehr setzte sich die Erkenntnis durch, dass die Reizwirkung bestimmter »cues« nur neutralisiert werden kann, indem die Betrof-

fenen mit diesen »cues« konfrontiert werden. In diesen Ansatz, bei dem die Funktionalität des Substanzgebrauchs und die Aneignung und Stärkung von Selbstkontrollmechanismen eine zentrale Rolle spielten, passten auch Behandlungsziele wie kontrollierter und sozialer Gebrauch von Substanzen. Dies alles resultierte in der Entwicklung von klinischen Kurzzeitbehandlungen und Teilzeitprogrammen für Abhängige.

Diese kurzen Behandlungsprogramme verleugneten den chronischen Charakter der Sucht übrigens nicht. Vielmehr verlagerte sich der Schwerpunkt von einmaligen, intensiven Langzeitbehandlungen auf kürzere, eventuell mehrfach durchgeführte Maßnahmen: wiederholte Entgiftung, Rückfallprävention, Krisenintervention, mit anderen Worten: die Rehabilitation von Abhängigen in kleineren Schritten.

Mitte der neunziger Jahre bestimmten neue Faktoren die Entwicklung der klinischen Suchthilfe: die Fortschritte auf dem Gebiet der Neurobiologie, die Bekämpfung von drogenbezogenen Ordnungsproblemen und die Fusionen von ambulanten und klinischen Suchthilfeeinrichtungen. Die schnelle Weiterentwicklung der Neurobiologie verschaffte tiefere Einblicke in die neurobiologischen Prozesse, die dem Suchtverhalten zugrunde liegen und bestätigte die Vermutung, dass ein erheblicher Teil der Suchtkranken biologisch prädisponiert ist und dass chronisches Suchtverhalten neurobiologische Veränderungen bewirkt. Bislang ist übrigens noch unklar, ob sich diese Veränderungen nach einer längeren Periode der Abstinenz wieder zurückbilden.

Diese neuen Erkenntnisse brachten neue Impulse für Substitutionsbehandlungen und für die Entwicklung neuer Medikamente, die sich auf die neurobiologischen Faktoren der Sucht richten und bewirkten zudem ein Umdenken über Verabreichungsprogramme, zum Beispiel von Heroin. Auch führten sie zu einer breiteren Akzeptanz der chronischen Beschaffenheit von Sucht und der damit verbundenen Rückfälligkeit. Die zunehmenden Ordnungsstörungen, die namentlich von Gebrauchern von harten Drogen verursacht werden und die abnehmende Toleranz gegenüber Suchtkranken in der Gesellschaft waren eine weitere Stimulans für die Entwicklung von klinischen Spezialangeboten für diese Klienten, die offenbar nur schwer oder überhaupt nicht in der Lage sind, zu entziehen. Zu guter Letzt wurde die Abstimmung zwischen Entzugsangeboten und Harm-Reduction-Programmen durch die Fusionen von ambulanten und klinischen Einrichtungen verbessert. All dies führte zur Einrichtung von klinischen Angeboten, die sich unter anderem durch folgende Faktoren auszeichneten: Niedrigschwelligkeit, Therapie in Verbindung mit Substitutionsbehandlung, Drang- und Zwangsbehandlungen sowie Spezialabteilungen für chronisch Abhängige mit weniger ambitionierten Behandlungszielen, wo mithilfe therapeutischer Maßnahmen strukturelle Verhaltensänderungen angestrebt werden.

Durch die Fusionen der ambulanten und klinischen Angebote wurde die Vernetzung der Hilfen enorm voran getrieben

Mehr und mehr hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Suchtproblematik sich im Großen und Ganzen nicht anders entwickelt als andere psychiatrische Störungen.

gen. Sehr viele Menschen leiden mehr oder weniger lange unter Suchtproblemen. Vielen gelingt es, diese zu überwinden; ein großer Teil kämpft jedoch sporadisch oder permanent mit dem Problem des Substanzmissbrauchs. Bislang ist es noch nicht möglich, anhand von wissenschaftlichen Modellen festzustellen, welche Prognose für individuelle Klienten gilt.

Diese Erkenntnis wirkt sich auch auf die wissenschaftlichen Modelle aus, die zur Messung des Effektes von Interventionen der Suchthilfe verwendet werden. Anfangs handelte es sich dabei vor allem um klinische Trials, um die Effektivität von bestimmten Interventionen zu ermitteln. Allmählich verlagerte sich der Schwerpunkt auf so genannte »Matching-Studien«, also auf Untersuchungen, die Erkenntnisse darüber verschaffen sollen, welche Art der Intervention am besten bei welchem Kliententypen wirkt. Inzwischen bewegt sich das Augenmerk mehr und mehr vom Erhalt des Effekts nach Behandlungsende auf die Resultate während der Durchführung der Intervention. Immer mehr Interventionen zielen darauf ab, das Suchtverhalten und die damit verbundene oder zugrunde liegende Problematik im Griff zu halten oder zu reduzieren, wobei eine vollständige Heilung nicht vorrangiges Behandlungsziel ist.

Die Suchthilfe hat sich zur Aufgabe gemacht, diese Interventionen zu entwickeln und miteinander zu verknüpfen, um ein zusammenhängendes System zu schaffen, das aus oft kurzen, intensiven Interventionen besteht, die in der Summe auf eine vollständige Heilung abzielen. Dieses zusammenhängende Gefüge ist ein so genanntes »stepped care«-Modell, ausgehend von der Bedeutung und Dauer der Problematik sowie der Anzahl früherer Interventionen, deren Resultat bzw. Nicht-Resultat sowie der Fülle und Komplexität der Interventionen als Ergebnis des bisherigen Behandlungsverlaufes. Beteiligt sind einerseits Selbsthilfe, Beratung, Krisenintervention und Kurztherapien und andererseits die intensiven Rehabilitationsprogramme, wobei neben Hilfen im Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch auch Hilfestellungen in allen wichtigen Lebensbereichen geboten werden. Darüber hinaus wird versucht, die Autonomie der Abhängigen optimal zu verstärken bzw. instandzuhalten und sie weiter zu emanzipieren, mit anderen Worten: ihnen auch während der Phase der Abhängigkeit ein möglichst vollwertiges, selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Es wird versucht, den Abhängigen auch während der Phase der Abhängigkeit ein möglichst vollwertiges, selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen

Zu diesem Ansatz passen auch Unterstützungsangebote für das Umfeld des Suchtkranken, und zwar sowohl Angebote für Personen in der unmittelbaren Umgebung als auch Hilfen und Interventionen im breiteren Rahmen. Dazu gehört beispielsweise auch die Bekämpfung von Ordnungsproblemen in den Städten, die von Gebrauchern von harten Drogen verursacht werden. Die klinischen Behandlungsangebote für Suchtkranke werden zunehmend differenzierter, indem sie im Rahmen dieses zusammenhängenden Hilfsystems spezifische Aufgaben für spezifische Zielgruppen erfüllen.

Ruud Rutten ist der Direktor der Suchthilfeorganisation TACTUS

Geert Peeters

Kurzzeitbehandlung im TACTUS- Hilfesystem

TACTUS bietet Kurzzeitbehandlung im Rahmen eines langfristigen Behandlungsplans, der in folgende Phasen gegliedert ist:

- Entgiftung, Diagnostik, Motivation, Indikation
- Intensive Kurzbehandlung (Teilzeit-, Vollzeit- oder Tages-/Nacht-Aufnahme)
- Nachsorge (Teilzeit).

Das Intensive Kurzbehandlungsprogramm besteht aus einem Gruppenprogramm, das Möglichkeiten für systematische Interventionen und Einzeltherapie bietet. Die Behandlung basiert auf einem Modell der Kognitiven Verhaltenstherapie. Dabei gilt als Prämisse, dass Suchtverhalten durch klassische und operante Konditionierung sowie durch die Erwartungen, die an den Effekt des Drogengebrauchs gestellt werden, aufrecht gehalten wird. Konkreter Ausgangspunkt ist ein Behandlungsplan, der zu Beginn der Behandlung erstellt wird und folgende Standardelemente umfasst:

- Suchtverhalten
- Soziale Fertigkeiten
- Zugrunde liegende Problematik
- Soziale Problematik
- Beziehungs-/Familienproblematik

Im Hinblick auf das **Suchtverhalten** erfolgt einerseits eine Regulierung mithilfe von Vereinbarungen über Gebrauch und Meldung von Gebrauch, andererseits werden das Umgehen mit Verlangen sowie Alternativen zur Funktion und Bedeutung des Gebrauchs im Rahmen von wöchentlichen Gruppentherapiesitzungen behandelt. Der Umgang mit substanzassoziierten Reizen (»cue exposure«) und Rückfallprävention sind ebenfalls in dieser Therapieenthalten.

Zur Aneignung von **sozialen Fertigkeiten** werden wöchentliche Trainings durchgeführt.

Die **zugrunde liegende Problematik** wird in zunehmendem Maße mithilfe kognitiver Verhaltenstherapie behandelt.

Die **Soziale Problematik** umfasst Probleme im Zusammenhang mit Geld, Wohnung, soziale Kontakte, Haushaltsführung, Arbeit, Freizeitgestaltung etc.

Beziehungs- oder Familientherapie findet statt, wenn Probleme in diesem Bereich vorliegen.

Das Programm beinhaltet darüber hinaus **kreative und/oder psychomotorische Therapien sowie Soziotherapie**. Diese letztgenannte Intervention umfasst wohngruppenorientierte Programmelemente.

Die Therapie kann auch durch Medikation unterstützt werden. In den meisten Fällen werden dazu Antidepressiva und mitunter auch Disulfiram als Unterstützung der Abstinenz verabreicht. In Zukunft wollen wir auch Klienten, die eine Methadon-Erhaltungsdosis bekommen, experimentell mithilfe von Psychotherapie behandeln.

Die Wohngruppe, in der die Klienten während der Therapie leben, hat seit jeher eine konfrontierende, aber auch eine unterstützende Funktion. Sie hat sich zunehmend in eine Übungsgruppe verwandelt, in der man neu erworbene Fertigkeiten ausprobieren kann. In der Gruppe leben acht Klienten, die entweder fünf Tage pro Woche in Therapie sind und in der Klinik übernachten oder drei Tage pro Woche behandelt werden und unterdessen zu Hause wohnen. Die Wochenenden verbringen die klinischen Klienten ebenfalls zu Hause.

Unter Verantwortlichkeit des Behandlungsleiters werden die Therapien regelmäßig evaluiert. Grundlage für die Evaluation ist wiederum der Behandlungsplan. Besonders wichtig ist dabei, dass die unterschiedlichen Therapien aufeinander und auf den Behandlungsplan des Klienten abgestimmt werden.

Diagnostik	Behandlung	Nachsorge
	20 Wochen 5 Tage / Nächte 8 Klienten	
3 Wochen Permanent 8 Klienten	12 Wochen 3 Tage / Woche Tagsüber 8 Klienten	12 Wochen 1 Tag / Woche Unbegrenzt
Ziel ■ Entgiftung ■ Diagnostik ■ Motivation	Ziel ■ Einblick in Funktion ■ Verhaltens- alternativen ■ Erlernen von Problemlösungen ■ Rehabilitation	Ziel ■ Beibehaltung des Verhaltens

*Schematische
Darstellung der
Behandlungsphasen*

Ausblick

In Zukunft erwarte ich eine weitere Individualisierung der Behandlung. Die Zusammensetzung der Klientenpopulation wird immer gemischerter, was die Aufrechterhaltung eines stabilen therapeutischen Umfelds erschwert. Wenn dies nicht mehr gewährleistet ist, kann sich das negativ auf die Therapieresultate auswirken. Die Behandlung muss meines Erachtens verstärkt auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt werden, ausgehend von maßgeschneiderter Betreuung und »stepped care«. Wir entwickeln zurzeit ein modulares Behandlungsangebot, wobei der Aufenthalt in der Klinik vom Behandlungsangebot losgelöst wird. Die individuelle Behandlung kann dann aus verschiedenen Gruppentherapien zusammengestellt werden. Allerdings gibt es bestimmte Therapieformen, die fundamentaler Bestandteile einer Suchtbehandlung sind und daher stets im Behandlungsprogramm aller Klienten enthalten sein müssen. Diese individuell gestalteten Behandlungen können dann sowohl im klinischen Rahmen als auch auf Teilzeitbasis oder sogar ambulant durchgeführt werden. Für Klienten, die dies benötigen, wird auch die Möglichkeit angeboten, die Therapie im Rahmen von Anschlussbehandlungen zu vertiefen oder näher auf bestimmte Aspekte – beispielsweise strukturierende Fähigkeiten oder Wohnfertigkeiten – einzugehen. Die Diskussion wird sich in Zukunft nicht mehr mit der Grundsatzfrage befassen, ob eine Behandlung kurz oder lang dauern muss, sondern vielmehr damit, welcher Klient welche Therapien in welcher Reihenfolge, welchem Zeitrahmen und welcher Behandlungssituation benötigt.

Geert Peeters ist Behandlungskordinator bei der Suchthilfeorganisation TACTUS

Nicht die Frage, ob eine Behandlung kurz oder lang dauern muss wird uns in Zukunft beschäftigen. Vielmehr: welcher Klient benötigt welche Therapien in welcher Reihenfolge, welchem Zeitrahmen und welcher Behandlungssituation?

Bericht über die Diskussion zum Thema Kurzzeitbehandlung

■ Was ist Kurzzeitbehandlung?

Die Behandlungszeiten werden unterschiedlich definiert. In Deutschland wird bei der Behandlung im Rahmen der illegalen Drogen bei einer Dauer von 9 Monaten von Kurzzeitbehandlung gesprochen – das, was in den Niederlanden im Rahmen von Kurzzeitbehandlung (± 3 Monate) gemacht wird, findet in Deutschland in der Langzeitbehandlung statt.

■ Zur Organisation und den Rahmenbedingungen der Hilfesysteme in beiden Ländern

Während auf deutscher Seite in jeder Region unterschiedliche Träger der Suchthilfe aktiv sind und teilweise auch in Konkurrenz zueinander stehen, bietet die in den Niederlanden umgesetzte Regionalisierung in der Zuständigkeit (landesweit 16 Regionen mit jeweils einem Träger) für das Suchthilfesystem mehr Klarheit und auch größere Spielräume für die Realisierung von Ideen bzw. für die Gestaltung der Übergänge im Behandlungssystem. Dabei spielt nicht nur die geringere räumliche Distanz eine Rolle, sondern ganz wesentlich die einheitliche Trägerschaft – die, negativ formuliert, aber auch einer Monopolisierung im Bereich der Suchtbehandlung nahe kommt.

In den Niederlanden fällt auf Grund der klar geregelten Zuständigkeit die gezielte, bedarfsgerechte Entwicklung der Behandlungsangebote leichter: während in Deutschland die durchaus unterschiedlichen Trägerinteressen zu Abstimmungsproblemen in einer Region führen können, steuert der Träger in den Niederlanden die Entwicklung zentral für die Versorgungsregion. Somit scheint das niederländische Modell die besseren Voraussetzungen zur Entwicklung von bedarfsorientierten Behandlungsangeboten zu haben.

Die Indikationsstellung zu ambulanter oder stationärer Behandlung ist in Deutschland auf Grund der Struktur des Hilfesystemes stark davon abhängig, welche Angebote die jeweilige Beratungsstelle vorhält. In den Niederlanden arbeitet man derzeit auf das Ziel zu, über möglichst große »Strecken« einen kontinuierlichen Behandler im jeweiligen Behandlungssystem umzusetzen und von dort aus je nach Indikation weiter zu verweisen. In einem Verbund, wie WESD sich versteht, funktioniert dies im Ansatz auch auf deutscher Seite.

Das niederländische Modell scheint die besseren Voraussetzungen zur Entwicklung von bedarfsorientierten Behandlungsangeboten zu haben

■ Zur Ausrichtung der therapeutischen Konzepte und deren Zielen

Es ist in den Niederlanden eher von einer ressourcenorientierten Ausrichtung der Behandlung mit einem deutlichen Schwerpunkt auf verhaltenstherapeutischen Konzepten auszugehen, die in Deutschland zugunsten anderer Schulen eine nicht so große Rolle spielen. So richten sich die Behandlungsziele in NL stärker an den Vorstellungen und Möglichkeiten der Klienten aus – das wird unterstützt durch die weitgesteckte Zielsetzung der »Gesundung« im Gegensatz zur »Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit« auf deutscher Seite – gesetzt durch die zuständigen Kostenträger.

Die in Deutschland bis auf Ausnahmen bewusst praktizierte Trennung in »legale« und »illegale« Drogen in der Behandlung existiert in der Praxis in den Niederlanden nicht (auch wenn es früher einmal so war), es werden Alkohol- und Drogenabhängigkeit wie auch Spielsucht »unter einem Dach« behandelt. Auf deutscher Seite hat das allerdings nicht alleine zu tun mit der Sicht bzw. der Haltung der Einrichtungen bezüglich der Notwendigkeit dieser Trennung – sie ist vielmehr auch traditionell durch die Kostenträger verankert.

Die unterschiedliche Ausrichtung der Behandlungssysteme ist u.a. bedingt durch die abweichende Zielsetzung unter dem Einfluss der zuständigen Kostenträger

Was den Umgang mit Rückfällen betrifft, geht es zunächst um die Definition des »Rückfalles«, der aus niederländischer Sicht überwiegend als Teil eines Lernprozesses gesehen wird (es gibt auch Kliniken, die ganz klar am Abstinenzziel orientiert sind und den Rückfall anders einstufen). Natürlich spielt auch die Dimension des Rückfalles – oder des erneuten Konsumes – eine Rolle. Prinzipiell wird aber davon ausgegangen, dass das Beenden des Drogenkonsumes kein schneller und gradliniger, sondern vielmehr ein zyklischer Prozess ist, zu dem Rückfälle gehören (können). Jedenfalls wird überwiegend von der Normalität des Rückfalles ausgegangen und zwar auch insofern, als er in der Behandlung thematisiert werden muss, um die Ursachen erkennen zu können. Dann können daraus auch »Lehren gezogen« werden.

Auf deutscher Seite dagegen ist dieser relativ offene Umgang mit dem Rückfall – außer in verhaltenstherapeutischen Einrichtungen – nicht so weit verbreitet, die konsequente Abstinenzorientierung herrscht vor.

■ Unterscheiden sich die Klientengruppen beider Länder?

Die Zielgruppen in den beiden Ländern unterscheiden sich insofern gravierend, als der überwiegende Teil der deutschen Klienten strafrechtliche Belastungen und somit auch justiziellen Druck hat. Das »anders gelebte« niederländische Straf-

recht übt auf die Drogenabhängigen prinzipiell weniger Druck aus und gibt den niederländischen Therapieeinrichtungen bzw. Kliniken eine größere Flexibilität bezüglich der Zuweisung zu bestimmten Behandlungskonzepten. Zudem ist der (indirekte) Einfluss der Justiz auf das Behandlungssystem geringer.

Auch bezüglich des Durchschnittsalters ergibt sich ein anderes Bild: in deutschen Therapieeinrichtungen sind die Klienten deutlich jünger als in den niederländischen Einrichtungen. Gründe hierfür sind in der in Deutschland größeren strafrechtlichen Belastung der Zielgruppe, den in beiden Ländern nicht identischen Konsummustern und -formen sowie in dem in den Niederlanden möglicherweise stärker nachlassendem Neueinstieg in den Heroinkonsum zu suchen.

Anders formuliert muss festgestellt werden, dass das niederländische Hilfesystem jüngere Abhängige nicht so gut erreicht wie das deutsche System.

Auf Grund der anders gestalteten Zuständigkeit für die Finanzierung der stationären Behandlung in den beiden Ländern wie auch der gänzlich abweichenden Trägerschaft haben sich jeweils andere Rahmenbedingungen entwickelt, was jedoch nicht alle Unterschiede in der Ausgestaltung der Behandlungsangebote erklärt. Vielmehr geht es auch um den auf niederländischer Seite größeren Pragmatismus und dessen Einfluss auf die Entwicklung des Hilfesystemes. Allerdings tritt die Wirkung des Faktors Pragmatismus doch zunehmend in den Hintergrund und es geht eher um Qualitätsentwicklung und Steigerung der Effektivität – die regional zuständigen Hilfesysteme werden umorganisiert und in fast allen Versorgungsregionen der Niederlande sind die ambulanten und stationären Teile des Hilfesystemes durch Fusionen miteinander verbunden worden. Das damit landesweit umgesetzte Prinzip der gebündelten regionalen Zuständigkeit gibt es auf deutscher Seite nicht; allerdings gibt es durchaus Träger, die sowohl ambulante wie auch stationäre, miteinander verzahnte Angebote vorhalten.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied besteht in der finanziellen Ausstattung der stationären Behandlung: In den Niederlanden wird den Kliniken ein Tagessatz von ca. 159 Euro gezahlt, innerhalb des WESD-Verbandes liegt der von den Kostenträgern gezahlte Tagessatz bei ca. 95 Euro. Nun kann nicht unbedingt reduziert auf die Beiträge der Tagessätze verglichen werden, aber dennoch scheint die Suchtbehandlung in den Niederlanden doch deutlich besser ausgestattet zu sein.

Eine grundsätzliche Anmerkung in Richtung der Kostenträger wurde von Ruud Rutten (Direktor von TACTUS) gemacht: Es gibt im wesentlichen keinen Unterschied zwischen Sucht und anderen chronischen Krankheiten, also sollten bei der Bewertung durch die Kostenträger auch keine unterschiedlichen Maßstäbe angelegt werden. Aber möglicherweise spielt hier die immer noch vorhandene Tendenz der moralischen Bewertungen von Sucht und Suchtproblemen eine Rolle.

Sucht unterscheidet sich im Wesentlichen nicht von anderen chronischen Krankheiten – demnach sollten die Kostenträger auch keine unterschiedlichen Maßstäbe anlegen

Karl H. Weber

Medizinische Rehabilitation nicht-substituierter und übergangsweise substituierter Drogenabhängiger in der Fachklinik Release

Einleitung

Die Fachklinik Release wurde als erste stationäre Drogentherapieeinrichtung Deutschlands für nicht-substituierte und substituierte Drogenabhängige vor 6 Jahren eröffnet, mittlerweile gibt es zwei weitere Einrichtungen in der Bundesrepublik.

Anfangs wurde unsere Einrichtung mit viel Skepsis beobachtet, da die gängige Fachmeinung eine übergangsweise substitutionsgestützte Therapie im stationären Setting gemeinsam mit nicht-substituierten Drogenabhängigen für nicht machbar hielt. Nicht machbar deshalb, weil es

- erstens die Befürchtung gab, dass die nicht-substituierten Patienten motiviert würden, auch wieder Ersatzstoffe oder Drogen zu konsumieren.

Dies hat sich nicht bestätigt. Unsere Erfahrung ist eher, dass die Substituierten durch die Nicht-Substituierten motiviert wurden, komplett vom Methadon abzudosieren und clean zu leben.

- Zweitens gibt es das Vorurteil, dass die Patienten nicht ansprechbar und emotional nicht schwingungsfähig sind und dass deshalb keine Psychotherapie möglich ist.

Auch dieses Vorurteil konnte durch unsere Erfahrung widerlegt werden. Dazu ist zu sagen, dass bei einer niedrigen Eingangsdosierung (diese wurde von uns im Jahre 1999 von 100mg auf 60mg Methadon reduziert) nur geringfügige Einschränkungen zu beobachten sind. Oft ist eine mäßige emotionale Abdämpfung für stark traumatisierte Patienten mit Misshandlungen, Missbräuchen usw. eine wünschenswerte Hilfestellung, um überhaupt in der Therapie anzukommen und sich emotional darauf einlassen zu können. Würde man vorher versuchen, dieses Klientel komplett abzudosieren, so würden sie dann mit den nicht mehr gedämpften massiven emotiona-

len Belastungen in voller Intensität konfrontiert und überfordert werden, was oft dazu führt, dass diese Drogenabhängige schon wieder rückfällig werden, bevor sie überhaupt in einer stationären Therapie ankommen.

Stationäre Substitutionstherapie macht auch deshalb Sinn, weil es genügend Drogenabhängige gibt, die es nicht schaffen, im ambulanten Setting nach einer oft Jahre dauernden Substitutionsbehandlung wieder vom Methadon wegzukommen.

Diese Versuche enden häufig in einer Katastrophe, wenn der Drogenabhängige im Zuge der Abdosierung von Methadon auf Grund seiner eingetretenen »emotionalen Empfindlichkeit« diesen Zustand nicht aushält, mit Heroin rückfällig wird, erneut in alte Konsummuster zurückfällt und dann abstürzt.

Nun haben sie erstmalig die Möglichkeit, sich in einem geschützten stationären Rahmen mit permanenter intensiver therapeutischer und medizinischer Begleitung und Unterstützung von ihrem Substitutionsmittel zu verabschieden und ein cleanes Leben vorzubereiten und zu trainieren.

Es gab zu Beginn unserer Arbeit keinerlei Modelle, wie eine gemeinsame stationäre Therapie von Substituierten und nicht-Substituierten konkret aussehen kann. Insofern wurde das Konzept von Release im Laufe der letzten 6 Jahre in mehreren Stufen gravierend weiterentwickelt und optimiert.

Dabei wurde eine Synthese aus bewährten Grundsätzen der klassischen cleanen stationären Drogenlangzeittherapie mit neuen Ideen einer substitutionsgestützten stationären Therapie gebildet.

Bei einer stationären Therapieeinrichtung, die auch mit substituierten Drogenabhängigen arbeitet, müssen höhere Anforderungen an die medizinische Betreuung gestellt werden. Besonders die personelle und materielle Ausstattung im Bereich der Medizin muss deutlich über der vergleichbarer Einrichtung mit cleanen Patienten liegen, da Substituierte oft »Altkonsumenten« mit massiven Begleiterkrankungen wie Hep. C, HIV usw. sind und auch die Abdosierung selbst einen erhöhten Behandlungsbedarf erfordert.

Hinzu kommt, dass an die Vergabe von Methadon oder anderen Substitutionsmitteln nach der BtmVV (Betäubungsmittelverfahrensverordnung) besondere Sicherheitsanforderungen gestellt werden. Es muss ein lückenloses Dokumentationssystem geschaffen werden und die Lagerung und Vergabe der Substitutionsmittel muss absolut sicher laufen.

Dankenswerterweise stellte uns unser federführender Leistungsträger, die Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (WAG) – und hier insbesondere Herr Lappe – die notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen zur Verfügung, ohne die dieses Modell nicht durchführbar gewesen wäre.

Release leistete mit dem Konzept Pionierarbeit und entwickelte es in mehreren Stufen weiter

Die im Mai 2001 zu unserem 5-jährigen Jubiläum im Rahmen einer Pressekonferenz vorgelegten Zahlen zeigen, dass unsere Therapieabschlüsse vergleichbar sind mit den Abschlüssen von Therapieeinrichtungen, die nur mit »Cleanpatienten« arbeiten. Diese Ergebnisse werde ich nachfolgend im Einzelnen darstellen. Ich werde mich auf die wesentlichen Ergebnisse reduzieren, die ich teilweise nur als Schlaglicht darstelle. Der vollständige Bericht kann über unsere Adresse (s. S. 59) angefordert werden.

Stationäre substitutionsgestützte medizinische Rehabilitation im Verbund

**Der Arbeitskreis
für Jugendhilfe
hat einen Verbund
von fünf Einrich-
tungen aufgebaut**

Der Arbeitskreis für Jugendhilfe (AkJ) e. V. in Hamm ist Träger von insgesamt fünf Drogenhilfeeinrichtungen, die im Verbund arbeiten, aber darüber hinaus mit zahlreichen weiteren Einrichtungen anderer Träger auch überregional kooperieren:

- das **Drogenhilfezentrum in Hamm** mit einer Beratungsstelle und einem Kontaktladen. Beides sind ambulante Einrichtungen.
- Die stationäre **Wohngruppe KESH** in Hamm steht für **K**ontakt, **E**ssen, **S**chlafen und **H**ygiene. Dort findet Substitution im stationären Rahmen unter ambulanten Bedingungen statt, mit allen Vorteilen und Problemen, die Substitution im ambulanten Bereich beinhaltet. Insgesamt stehen im **KESH** 13 Plätze zur Verfügung. Aufgenommen werden Frauen, Männer und Paare. Weiterhin wird ein Notbett für obdachlose Drogenabhängige aus Hamm vorgehalten.
- Die **Fachklinik Release** wird über Pflegesätze im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von den Rentenversicherungsträgern oder nachrangig von den Krankenversicherungsträgern bzw. vom überörtlichen Sozialhilfeträger finanziert. Verantwortlich für Verhandlung über den Vergütungssatz, die Konzeption oder wie in diesem Fall, auch die Einführung von Substitution im Rahmen stationärer medizinischer Reha, ist die Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (WAG) in Münster. Die reguläre Behandlungszeit bei Release beträgt 26 Wochen. Insgesamt verfügt die Einrichtung über 30 Plätze, von denen wir die Hälfte für substituierte PatientInnen zur Verfügung stellen. Aufgenommen werden Frauen, Männer, Paare und in Einzelfällen auch Kinder.

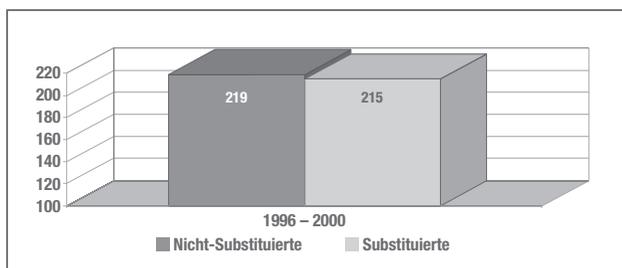
- Die **Adaptionseinrichtung** in Hamm-Heessen führt die zweite Phase der Behandlung im Rahmen der stationären medizinischen Reha durch (siehe Thema Adaption ab S. 43) und schließt direkt an eine 26 wöchige Behandlung in einer Fachklinik an. Die reguläre Behandlungszeit in der Adaption beträgt 17 Wochen. Insgesamt verfügt die Einrichtung über 12 Plätze. Aufgenommen werden Frauen, Männer und Paare. Der Schwerpunkt der Arbeit in der Adaption liegt in der sozialen und beruflichen bzw. schulischen Wiedereingliederung.

Substitutionsbehandlung in der Drogenfachklinik Release und die Erfahrungen seit April 1996

Der Erhebungszeitraum ist der Zeitraum vom Tag der Aufnahme der ersten PatientInnen bei Release am 9. April 1996 bis zum 31. Dezember 2000. In diesen fünf Jahren sind insgesamt 434 PatientInnen bei Release aufgenommen worden. Davon wurden 215 substituiert und 219 nicht substituiert.

Wir haben mit fast genau der Hälfte

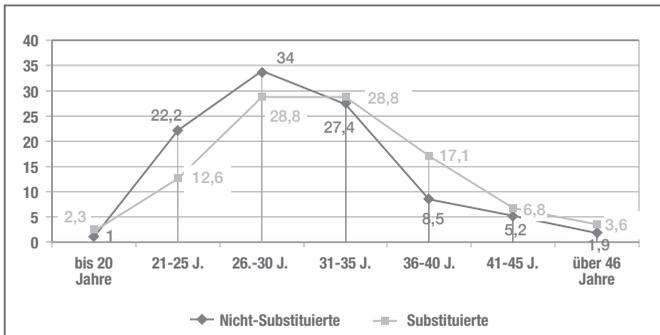
von substituierten und nicht-substituierten PatientInnen einen optimalen Vergleich dieser beiden Gruppen und damit einen hohen Aussagewert der erhobenen Daten.



Die Altersstruktur

Der Altersdurchschnitt der substituierten PatientInnen lag im Erhebungszeitraum bei 32,4 Jahren. Das Durchschnittsalter der nicht-substituierten PatientInnen lag bei 30,5 Jahren.

Durch die Aufnahme von substituierten PatientInnen werden somit auch ältere Drogenabhängige, besonders die über 35-Jährigen erreicht. Eine stationäre Behandlung substituiert beginnen zu können, bedeutet für die älteren PatientInnen offensichtlich einen höheren Anreiz, Rehaleistungen überhaupt noch mal in Anspruch zu nehmen.

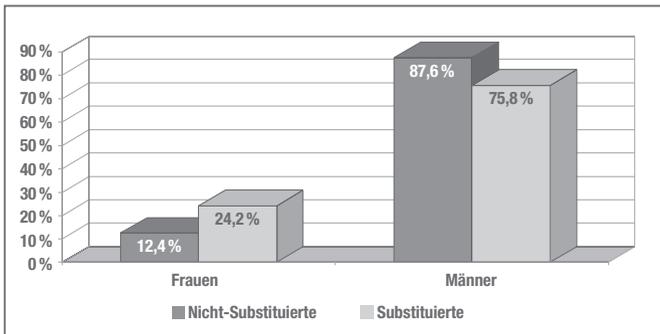


Hier wird eine Gruppe erreicht, die aufgrund des fortgeschrittenen Lebensalters und der in dieser Zeit stattgefundenen Misserfolgsereignisse in den bisherigen Angeboten keine Hilfe fand.

Geschlecht

Insgesamt wurden bei Release 434 PatientInnen aufgenommen. Davon waren

- 52 Frauen und 163 Männer substituiert und
- 27 Frauen und 192 Männer nicht substituiert.



Mit 24,2% ist der Anteil der substituierten Frauen etwa doppelt so hoch wie der Anteil der nicht-substituierten Frauen, der bei 12,4% liegt.

Hier bestätigt sich eine besondere Attraktivität der Behandlung unter Substitution für Frauen.

Dauer der Abhängigkeit

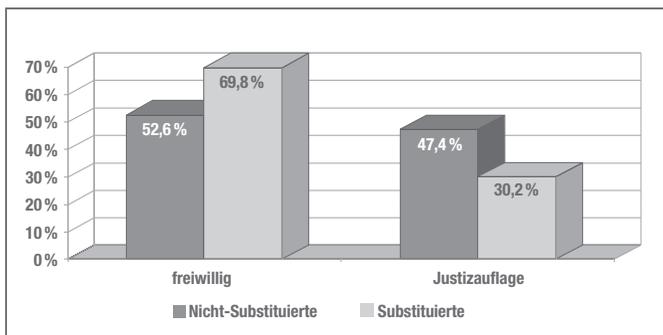
Eine über 15-jährige Drogenkarriere hatten 51% der Substituierten und 37% der Nicht-Substituierten.

Hier zeigt sich, dass gerade Abhängige mit einer längeren Drogenkarriere eine stationäre Entwöhnungsbehandlung unter Substitution beginnen.

Therapieauflagen durch die Justiz

Bei den nicht-substituierten PatientInnen liegt der Anteil derjenigen, die mit einer Therapieauflage in die Einrichtung kommen, bei etwa 47 %. Bei den Substituierten ist er deutlich niedriger, hier liegt er bei 30 %.

Das heißt, dass substituierte PatientInnen sich häufiger freiwillig und ohne Justizdruck für eine stationäre Therapie entscheiden.



Wohin gehen die PatientInnen nach ihrer Entlassung?

Hier können wir leider nicht auf katamnestiche Untersuchungen zurückgreifen. Wir konnten jedoch dokumentieren, wohin die PatientInnen direkt nach ihrer Entlassung bei Release gegangen sind.

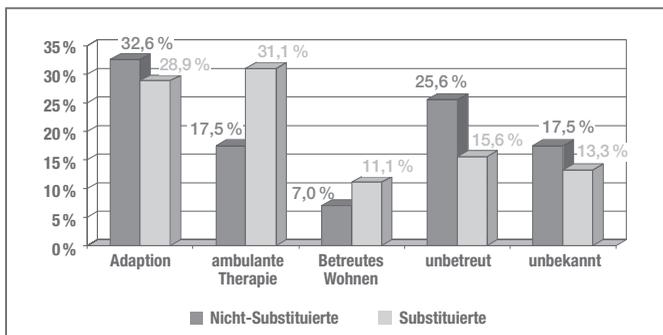
Es zeigt sich, dass die substituierten PatientInnen bei der Vermittlung in Adaption nur wenig hinter den Nicht-Substituierten zurück liegen, wenn man das Verhältnis der regulären Abschlüsse zugrunde legt.

Im Bereich der ambulanten Therapie wird hingegen ein massives Übergewicht zu Gunsten der Substituierten deutlich.

Etwas doppelt so viele Substituierte wie Nicht-Substituierte nahmen nach dem regulären Therapieabschluss eine ambulante Therapie bzw. Intensivbetreuung in Anspruch.

Eine ähnliche Tendenz wird beim betreuten Wohnen sichtbar.

Bei den unbetreuten PatientInnen nach regulären Therapieabschluss liegt der Anteil der Nicht-Substituierten mit 25 % deutlich über dem der Substituierten, der bei 15 % liegt.



Nicht-Substituierte schätzen somit ihre Fähigkeit, nach der Therapie ohne zusätzliche Hilfe clean leben zu können, deutlich höher ein als substituierte PatientInnen, die eher eine nachfolgende Betreuung oder ambulante Therapie in Anspruch nehmen. Nach unserer Beobachtung überschätzen sich Nicht-Substituierte allerdings häufig an diesem Punkt.

Substitutionsmittel

Bei Release wird seit 1996 hauptsächlich mit Methadon substituiert, in Ausnahmefällen auch mit Polamidon. Seit 2001 läuft bei uns eine Erprobungsphase, in der für ausgewählte PatientInnen das Substitutionsmittel Subutex (mit dem Wirkstoff Buprenorphin) eingesetzt wird.

Gerade im Abdosierungsprozess und im Bereich der niedrigen Dosierungen sind mit Subutex bisher sehr gute Erfahrungen gemacht worden. Wir stellen im Einzelfall auf Subutex um, wenn die PatientInnen in der Abdosierung zwischen 30 und 15 mg Methadon erreicht haben. Bei Schwangeren ist Subutex das Mittel der Wahl.

Insgesamt berichten die PatientInnen davon, dass sie sich mit Subutex noch klarer fühlen als mit niedrigen Dosierungen Methadon bzw. Polamidon und dass sie den Abdosierungsprozess als einfacher empfinden.

Subutex wird von den Patienten, die es erhalten, als das optimalere Mittel eingeschätzt

Substitutionsdauer

Die durchschnittliche Substitutionsdauer aller aufgenommenen Substituierten ist im letzten Jahr niedriger geworden. Lag sie in den Jahren 1997 bis 1999 noch jeweils um die 80 Tage, so sank sie bis zum Jahr 2000 auf durchschnittlich 69 Tage. Dies ist eine Folge der Veränderung der maximalen Eingangsdosis von 100 mg auf 60 mg Methadon, die wir zu Beginn des Jahres 1999 festgelegt haben.

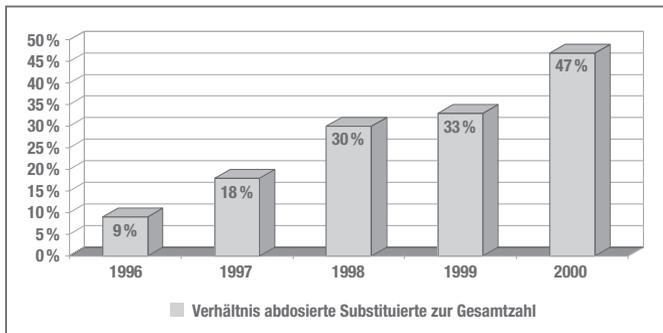
Für die PatientInnen hat dies den Vorteil, dass der Abdosierungsprozess erstens entspannter verlaufen kann, weil die zur Verfügung stehende Zeit in Relation zur Dosishöhe eine günstigere ist. Zweitens kann der Prozess verkürzt werden und damit steht mehr Zeit zur Verfügung, die nach der Abdosierung noch substitutionsfrei genutzt werden kann.

In dieser Zeit können die PatientInnen sich weiter stabilisieren und sich verstärkt lebensgeschichtlichen und anderen suchtrelevanten Themen zuwenden. Während der akuten Abdosierungszeit steht oft der Abdosierungsprozess im Vordergrund der therapeutischen Arbeit, so dass andere Themen in dieser Zeit eher zurück treten müssen und erst danach weiter bearbeitet werden können.

Abdosierungsverlauf

Das Verhältnis der komplett abdosierten PatientInnen im Vergleich zu allen aufgenommenen Substituierten hat sich beeindruckend entwickelt. In den Jahren 1996 und 97 lag der Anteil bei unter 20 %, stieg dann bis zum Jahre 2000 auf 47 % an.

Hier zeigt sich, dass die konzeptionellen Weiterentwicklungen¹ der Fachklinik Release dazu geführt haben, das Abdosierungsziel effektiver und häufiger zu erreichen. Im Jahr 2000 hat es fast die Hälfte aller aufgenommenen substituierten PatientInnen geschafft, bis zu ihrem Therapieende aus der Substitution auszusteigen.



Hier scheint das stationäre Setting dem ambulanten weit überlegen zu sein.

Zum Vergleich hinsichtlich der Nulldosis: im Landesmethadonprogramm hatten nach 10 Jahren 22 % der KlientInnen auf Null abdosiert.

Abschließende Bewertung

Substituierte und nicht-substituierte PatientInnen akzeptieren sich gegenseitig in aller Regel problemlos. Eine Rückfallgefährdung der abstinenten PatientInnen durch die Substitution im Haus konnten wir nicht feststellen. Auffällig war eher der umgekehrte Effekt. Die Substituierten betrachteten die abstinenten oder abdosierten PatientInnen als Ansporn und Vorbild. Dies führte in Einzelfällen so weit, dass Substituierte gebremst werden mussten, weil sie manchmal zu schnell und in zu großen Schritten abdosieren wollten.

Es finden keine gegenseitigen Abwertungen statt, die allein durch die Substitution begründet sind. Auseinandersetzungen entstehen durch unterschiedliche Lebensgewohnheiten, persönliche Abneigungen usw., wie in allen anderen Drogenfachkliniken auch.

¹ Zu den konzeptionellen Weiterentwicklungen gehören in diesem Bereich die Senkung der Eingangsdosis sowie die Erhöhung des Betreuungsangebots für Substituierte. Es wurde u. a. zusätzlich eine Substituiertengruppe eingerichtet. Ebenso wurde die medizinischen Betreuung erhöht.

Es gab bis Anfang 1999 Aussagen von abstinente PatientInnen, die darauf hinwiesen, dass sie bei den Substituierten Grenzen der emotionalen Mitschwingungsfähigkeit spürten und dadurch in ihren gewünschten Ausdrucksmöglichkeiten innerhalb der psychotherapeutischen Gruppen Einschränkungen erfuhren. Seit der Reduzierung der Eingangsdosis von 100 auf 60 mg Methadon ist dies in unserer Einrichtung nicht mehr festzustellen.

Die gelegentliche Fixierung der Substituierten auf ihre Entzugssymptome wird von den abstinente PatientInnen manchmal als störend empfunden, meist jedoch souverän toleriert.

Die Formulierung von Therapiezielen unterscheidet sich für substituierte und nicht-substituierte PatientInnen nur im Hinblick auf die zusätzlichen Inhalte bezüglich der Substitution

Die Formulierung von Therapiezielen unterscheidet sich für substituierte und nicht-substituierte PatientInnen nur im Hinblick auf die zusätzlichen Inhalte bezüglich der Substitution, wie z. B. Dosisminderung und vollständiges Ausschleichen aus der Substitution.

Psychische Stabilisierung nach dem Entzug, Aufarbeitung der Lebens- und Suchtgeschichte, ärztliche Behandlung von körperlichen Folgeerkrankungen, Kompetenzzuwachs in den Bereich Sozialverhalten und körperliche und mentale Leistungsfähigkeit sind für beide Gruppen allgemein angestrebte Ziele.

Fazit

Die Ergebnisse der ersten fünf Jahre stationärer Substitutionsbehandlung im Rahmen medizinischer Rehabilitation bestätigen die Annahme, dass auch bei längerer Krankheitsdauer und schwerwiegender Belastung der Wunsch nach dem Ausstieg aus der Szene und der Aufnahme legaler und gesünder Lebensbedingungen besteht und realisiert werden kann. Somit wird ein PatientInnenkreis erreicht, dessen Prognose andernfalls hoffnungsloser wäre.

Nicht zuletzt für den überdurchschnittlich hohen Anteil an Frauen, für die eine substitutionsgestützte Therapie zum Hoffnungsträger wird, bedeutet diese Form des Einstiegs eine angstfreiere und ermutigendere Perspektive. Durch die ersten Leistungszusagen, die wir mittlerweile auch von der BfA erhalten, erwarten wir in der nächsten Zeit noch einen weiteren Anstieg des Anteils von substituierten Frauen in der Fachklinik.

Nachfolgend noch einmal zusammengefasst einige grundlegende Ergebnisse aus der Arbeit mit substituierten und nicht-substituierten PatientInnen:

- Durch die Möglichkeit der vorübergehenden Weiterführung der Substitution innerhalb der Therapie werden zusätzliche PatientInnen erreicht, z. B. Frauen und lebensältere Menschen.

- Es werden PatientInnen in einem Zustand erreicht, der früher die Teilnahme an Rehabilitationsleistungen nicht zugelassen hätte.
- Eine gemeinsame Behandlung von substituierten und nicht-substituierten PatientInnen im Rahmen stationärer Drogentherapie ist problemlos möglich. Im Therapiealltag akzeptieren sich beide Gruppen.
- Die Haltequote der Nicht-Substituierten in der Einrichtung liegt über der Quote der Substituierten. Diese ist jedoch vergleichbar mit der Verweildauer in anderen Drogenfachkliniken.
- Die Quote der regulär entlassenen Nicht-Substituierten ist überdurchschnittlich hoch, die der regulär entlassenen Substituierten entspricht in etwa den üblichen Zahlen anderer Einrichtungen.
- Bei einer Eingangsdosis bis 60 mg Methadon ist es in der Regel möglich, innerhalb der regulären Aufenthaltszeit bei Release abzudosieren.
- Die Vermittlung in Arbeit, Umschulung oder Schule ist bei den übergangsweise Substituierten trotz schlechterer Ausgangssituation genau so gut möglich wie bei den nicht-substituierten PatientInnen.

Ausblick

Suchtbehandlung ist ein langwieriger und komplexer Prozess. Bewährt hat sich in den letzten Jahren die differenzierte Arbeit im Verbundsystem mit verschiedenen Anlaufstellen und Anforderungsprofilen.

So ist auch die Vergabe von Substitutionsmitteln wie Methadon, Polamidon oder Subutex heute mehr zur Normalität geworden. Mittlerweile geht es in der öffentlichen und politischen Diskussion eher um Themen wie Originalstoffabgabe und Druckräume. Substitution ist mittlerweile eine akzeptierte Form der Unterstützung, nicht zuletzt, weil viele anfängliche Bedenken sich nicht bestätigt haben und Substitution für einen bestimmten Konsumentenkreis entweder eine Hilfestellung zum Überleben oder ein nicht mehr wegzudenkender Baustein auf dem Weg zum drogenfreien Leben ist.

Die stationäre Rehabilitation unter übergangsweisem Einsatz eines Substituts stellt einen neuen sinnvollen und mittlerweile erfolgreich erprobten Baustein in diesem System dar. Dieser Tatsache trägt auch die neue »Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen« des Verbandes der deutschen Rentenversicherungsträger Rechnung, die seit dem 01.07.2001 in Kraft ist. Diese Vereinbarung regelt die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker. In der Anlage 4 zu dieser Vereinbarung wird auch »die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger ... bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels ... geregelt.«

Substitution ist zu einer akzeptierten Form der Unterstützung geworden und als solche Hilfe zum Überleben oder auch ein Baustein auf dem Weg zum drogenfreien Leben

Insofern haben die Release-Ergebnisse jetzt schon radikale Veränderungen und Entwicklungen bewirkt. Sie haben mit dazu beigetragen, dass die Substitutionsbehandlung in diese neue Vereinbarung aufgenommen wurde. Damit sind die Ergebnisse ein Meilenstein in der stationären Behandlung von Drogenabhängigen und bahnbrechend für die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

**Es muss immer
darum gehen,
neue Erkenntnisse
aus der Sucht-
forschung und
Erfahrungen auch
aus anderen
Ländern in die
Weiterentwicklung
der Angebote
einfließen zu
lassen**

Dennoch gilt es, die Bedingungen immer wieder zu hinterfragen und neue Erkenntnisse der Suchtforschung und Erfahrungen, auch aus anderen Ländern, zu reflektieren, zu integrieren und bestehende Angebote weiter zu entwickeln und neue Modelle hinzuzufügen.

Der große Förderer und Mentor der Methadonsubstitution in Deutschland und speziell in Nordrhein-Westfalen, Prof. Dr. Robert Newman, hat die nordrhein-westfälische Landesregierung 1986, vor der Initiierung des Methadonerprobungsvorhabens, immer wieder darüber belehrt, dass die Drogenabhängigkeit in sich deutlich differenziert zu betrachten sei. Da ist die körperliche Abhängigkeit, die physiologische, aus der heraus ein Opiathunger resultiert. Diese kann mit Methadon vorzüglich behandelt werden. Daneben besteht die psychische Abhängigkeit, sie wird vom Methadon nicht beeinflusst. Hier hilft (und möglicherweise heilt) nur das »Sich-zu-recht-finden« des Individuums in der Welt. Methadon ist für die Mehrzahl der Opiatabhängigen aber die Voraussetzung dafür, wieder Anschluss an das Leben zu finden – mit oder ohne Therapie.²

Verfasser dieses Vortrages:

*Rolf Buschkamp, Geschäftsführung des AKJ, Hamm und
Karl H. Weber, Leiter der Einrichtung Release*

² Frei zitiert nach einem noch unveröffentlichtem Vortrag von Hans-A. Hüsgen anlässlich des 5-jährigen Jubiläums der Drogenfachklinik Release in Ascheberg-Herbern am 01.10.2001.

Bericht über die Diskussion zum Thema Therapie mit Substituierten

■ Stellenwert der stationären Therapie mit Methadon

Das Konzept der stationären Therapie mit Unterstützung von Methadon ist auf deutscher Seite noch mit Modellcharakter versehen (auf Bundesebene drei Einrichtungen), in den Niederlanden dagegen gibt es 11 Kliniken, die nach einem solchen Konzept arbeiten (zwei davon innerhalb der TACTUS-Organisation). Die Ergebnisse der Behandlung in den Niederlanden sind mit den dargestellten von Release vergleichbar.

Im Gegensatz zur Zielsetzung auf der deutschen Seite – der Kostenträger setzt das Ziel der Suchtmittelfreiheit – ist in den Niederlanden nicht in erster Linie die Suchtmittelfreiheit, sondern die Stabilisierung das Ziel – und Stabilisierung kann eben auch mit Methadon geschehen. Etwa 30 % der Klienten in NL gehen nach der stationären Behandlung in ein Erhaltungsprogramm über, diese Möglichkeit wünschte der Kollege Weber sich für seine Klienten in ähnlicher Form.

Die Behandlungszeiten in den niederländischen Einrichtungen werden flexibel gehandhabt: grundsätzlich wird von 13 Wochen ausgegangen, die Behandlung kann aber auch nach kürzerer Zeit erfolgreich beendet werden – Maßstab ist hier das Erreichen der Behandlungsziele. Eine Erfahrung in den Niederlanden ist, dass Klienten mit strafrechtlicher Belastung längere Behandlungszeiten aufweisen als Klienten, die keine justiziellen Probleme haben. Justiziell »motivierte« Klienten beenden die Therapie häufiger regulär, dieser scheinbare Erfolg hält sich aber nicht unbedingt in der nachstationären Phase. Hierzu hat Release noch keine Erhebung gemacht.

**Die Sucht-
behandlung wird
sich mit der
stärker werden-
den Strömung der
Neurobiologie und
deren Einfluss auf
die Behandlung
auseinander
setzen müssen**

■ Die Methadonvergabe vor dem Hintergrund neuer Forschungsergebnisse

Methadon wird in den Niederlanden zunehmend nicht als Suchtmittel oder Ersatzstoff, sondern als Medikament bewertet – um zu dieser Sichtweise zu kommen, bedarf es eines Denk- und Lernprozesses, zu dem u.a. die Erkenntnis gehört, dass bei chronisch Abhängigen die Neurotransmitter gestört bzw. nicht »normal« ausgebildet sind (Dopamin 2 fehlt). In diesen Fällen muss medikamentös behandelt werden und da ist Methadon derzeit das Mittel der Wahl. Zur Stabilisierung der auf diese Weise Geschädigten muss auch langfristig medikamentöse Behandlung ohne das Diktat der Abdosierung möglich sein.

Die Diskussion über die Ausweitung der medikamentösen Suchtbehandlung wird in NL aktuell auf hohem Niveau geführt, es ist davon auszugehen, dass in den nächsten 10 Jahren Mittel entwickelt werden, mit denen Sucht unter neurobiologischen Aspekten behandelbar ist.

Als wesentlich zu betrachten ist die angemessene (»richtige«) Methadondosierung: mit 40 mg ist der Entzug zu verhindern, aber nicht das Verlangen nach dem »Kick«, also dem Beigebrauch. Bei einer Dosis von 60 mg wird auch das Verlangen nach Beigebrauch verhindert, höhere Dosierungen dagegen führen zu einer Steigerung von medizinischen Problemen bis hin zu Todesfällen. Wichtig erscheint aber jedenfalls eine weitgehend individuell abgestimmte Therapie ohne den Zwang bzw. die Vorgabe der Abdosierung. D.h., Differenzierung ist das A und O, es muss herausgefunden werden, was beim Einzelnen tatsächlich wirkt.

Der in den Niederlanden insgesamt weiter ausgeprägte Blick auf wirksame Maßnahmen der Schadensbegrenzung berücksichtigt angemessener sozial stabilisierende Faktoren für die langfristige Methadonvergabe bis hin zu Erhaltungsprogrammen (u.U. auch auf einer sehr niedrigen Dosis).

■ Methadon und Justiz

Als problematisch angesehen wurde der Einfluss der Justiz auf die medizinische Behandlung im Zusammenhang mit der justiziellen Belastung von Klienten: Da, wo aus fachlicher, medizinischer Sicht eine medizinische Maßnahme erforderlich ist (Methadonvergabe), weil die Patienten aus neurobiologischer Sicht gar nicht zur Abstinenz fähig sind, wird Suchtmittelfreiheit erzwungen. Bei welcher anderen Erkrankung entscheiden Fachfremde über medizinische Notwendigkeiten?

■ Soziale Reintegration vor Abdosierung oder umgekehrt?

Der deutsche Kostenträgervertreter warf die Frage auf, ob zunächst die soziale Reintegration zu erfolgen habe, um dann eine Abdosierung vorzunehmen oder ob die Reihenfolge nicht umgekehrt sein müsste, um die soziale Reintegration erfolgreich zu gestalten.

Aus niederländischer Sicht sprechen Ergebnisse wissenschaftlicher Arbeiten zunächst dafür, die Abdosierung vor der Therapie und der Reintegration vorzunehmen. Allerdings weisen Erfahrungen aus der Praxis darauf hin, dass es sehr unterschiedliche Wege gibt – und damit auch gegenteilige Erkenntnisse. Eine für die Reintegration notwendige Stabilisierung erfolgt häufig eben genau über die Methadonvergabe, so dass dann die Abstinenzorientierung zunächst zurücktritt. Es erscheint wenig sinnvoll, dogmatisch vorzugehen und einen »Königsweg« zu postulieren, der zum Scheitern zumindest eines nicht unerheblichen Teiles der Klienten führt.

Dogmatisches Vorgehen und das Postulieren von »Königswegen« kann keine adäquate Antwort auf bestehende Fragen sein

■ Warum Methadon und nicht Heroinvergabe?

Methadon eignet sich auf Grund der prinzipiell einmal täglichen Vergabe sowie der Tatsache, dass es nicht psychoaktiv wirksam ist, wesentlich besser als Heroin. Menschen, die wieder ein geregeltes Leben und nicht mehr das eines Süchtigen führen wollen und den Gedanken der abstinenten Lebensführung für sich noch nicht gänzlich abgeschrieben haben, liefert Methadon eindeutig die bessere Basis, u.a., weil das Verhalten nicht so stark negativ beeinflusst wird wie bei Heroin.

Heroin eignet sich schließlich für diejenigen besser, die nicht entgiften wollen, die keinerlei drogenfreie Perspektive mehr für sich haben und insofern als nicht mehr behandelbar eingestuft werden.

Sybille Teunißen

Geschlechts-/frauenspezifische Therapie

Vorträge über geschlechtsspezifische Therapie sind häufig langweilig! Und das nicht etwa, weil das Thema an sich langweilig wäre, sondern weil es für gut ausgebildete erfahrene TherapeutInnen – die wir alle sind – zum einen als Selbstverständlichkeit gilt, das Sucht geschlechtsspezifische Ausprägungen und Entstehungsbedingungen hat, ohne dass allerdings ein Wissen über die genaueren Zusammenhänge besteht. Zum anderen ergibt sich schnell die Gefahr, den ideologischen Stempel aufgedrückt zu bekommen, zumal als Frau in der Referentenrolle.

Nun ja, trotz all der Gefahren, die die Übernahme eines derartigen Tagungsbeitrags nicht gerade ratsam erscheinen lassen, freue ich mich, dass das Thema für diese Tagung aufgegriffen wurde und ich hoffe, dass ich Ihnen im Folgenden einen interessanten Einblick in die Arbeit der westfälischen Kliniken für Drogenabhängige mit einer geschlechts-/frauenspezifischen Spezialisierung im Behandlungskonzept geben kann.

Theoretische Grundlagen der geschlechts- spezifischen Behandlungsangebote

Lassen sie mich mit einigen theoretischen Reflexionen zum Thema beginnen, die (noch einmal) klar herausstellen, wieso sich WESD-Kliniken zu dieser Art der Spezialisierung entschlossen haben.

Das Suchtverhalten von Frauen und Männern kann nicht losgelöst von den unterschiedlichen Sozialisationsbedingungen und Lebenskontexten der beiden Geschlechter betrachtet werden (vgl. Vogt, Leopold, Tödtker & Breuker-Gerbig, 1998). So unterschieden sich die Entwicklungsaufgaben, die Jungen und Mädchen durchlaufen, in ihrem Timing und Inhalt sowie ihrer Konstellation (Franzkoviak, Helfferich, Weise, 1998). Beispielsweise hängt die Ausbildung einer sexuellen Identität bei Mädchen stärker mit der Ablösung vom Elternhaus und der Aufnahme intimer Beziehungen zusammen als bei Jungen (Helfferich, 1994). Die eigentliche Entwicklungsaufgabe besteht in der Vereinbarkeit der Einzelaufgaben. In diesem Zusammenhang kann die Übernahme der Geschlechtsidentität als eine »Querschnittsaufgabe« gesehen werden, die alle anderen Aufgaben beeinflusst (Franzkoviak, Helfferich, Weise, 1998).

Substanzkonsum ist in mehrfacher Weise mit der Herausbildung der Geschlechtsidentität verbunden. Dabei gilt für Frauen, dass es eine Reihe von Strategien gibt, die sich interpretieren lassen als Umgang mit Ohnmachtserfahrungen und Angst im Geschlechterverhältnis (vgl. Franzkoviak, Helfferich, Weise, 1998). Je nach untersuchter Stichprobe gehen Studien davon aus, dass der Anteil der Frauen, die in der Kindheit sexuell missbraucht wurden, zwischen 30% und 50% schwankt (vgl. Vogt, Leopold, Tödtker & Breuker-Gerbig, 1998). Suchtmittelkonsum kann bei Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen als Überlebensstrategie angesehen werden (Mebes, 1989). Drogenkonsum hilft dann, die belastenden Erfahrungen zu vergessen, subjektiv handlungsfähig zu sein. Die erfahrenen Beschädigungen wirken in vielfacher Weise fort und erschweren den Aufbau vertrauensvoller gleichberechtigter Beziehungen.

Bezogen auf Einstiegs- und Konsummuster lassen sich ebenfalls bedeutsame geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Frauen sind bei den »Früheinsteigern« in den Drogenkonsum proportional stärker vertreten als Männer. Allerdings findet der Einstieg der Männer in den exzessiven Alkoholkonsum früher statt als bei Mädchen (vgl. Vogt, Leopold, Tödtker, Gerbig 1998). Für Jungen kann exzessiver Alkoholkonsum dabei in seiner Funktion als Männlichkeitsdarstellung und Bewältigungsversuch von Schwierigkeiten im Verhältnis zu Mädchen und Frauen analysiert werden (vgl. Helfferich 1994). Männer zeichnen sich außerdem durch »härtere« Konsummuster aus als Frauen (Helfferich 1994).

Folgende weiteren wichtige Unterschiede lassen sich in der Biographie von drogenabhängigen Frauen und Männern vermerken:

- Schul- und Berufsausbildung: Im Vergleich zu drogenabhängigen Männern verfügen die Frauen über ein höheres schulisches Ausbildungsniveau. Allerdings fangen jedoch weniger Frauen eine Berufsausbildung an oder beenden sie (Hedrich 1989).
- Partnerschaft: Drogenabhängige Frauen haben häufiger einen ebenfalls drogenabhängigen Partner als drogenabhängige Männer, denen es eher gelingt eine Partnerin ohne Suchtprobleme zu finden (Dobler-Mikola 1996).

Die biografischen Unterschiede bei Männern und Frauen – natürlich auch bei Drogenabhängigen – legen es nahe, über geschlechtsspezifische Ansätze nachzudenken

- Drogenfinanzierung: Die Kriminalitätsbelastung drogenkonsumierender Frauen ist geringer als diejenige der drogenabhängigen Männer (Vogt, Leopold, Tödtker, Gerbig 1998). Prostitution stellt dagegen eher eine weibliche nicht kriminalisierte Form der Geldbeschaffung für Drogenkonsum dar (Lind-Krämer und Timper-Nittel 1992, Leopold und Steffan 1994).
- Gesundheitszustand: Nach Ernst u.a. (1995) sind Frauen mehr als Männer bereit, das Spritzbesteck mit Männern zu teilen und gehen damit auch ein größeres Infektionsrisiko ein. Studien zeigen eine höhere HIV-Prävalenz von Frauen gegenüber Männern bei i.v. Drogenkonsum (vgl. Vogt, Leopold, Tödtker, Gerbig 1998).

Dass Sucht für Frauen und Männer in einem verschiedenen Kontext steht, enthebt die Therapie aber nicht der Verpflichtung, geschlechtsübergreifende Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten

Die genannten Befunde verdeutlichen, dass Sucht für Frauen und Männer in einem verschiedenartigen Kontext steht, in dem psychotrope Substanzen von beiden Geschlechtern in unterschiedlicher Weise zur Problembewältigung eingesetzt wird. Diesen Hintergrund müssen Behandlungsangebote geschlechtsspezifisch berücksichtigen. Dabei sind in der Therapie auch die geschlechtsübergreifenden Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten.

Das Angebot von Kliniken aus dem WESD-Verband

Von den westfälischen Einrichtungen für Drogentherapie haben sich neun Kliniken im Rahmen ihrer geschlechtsübergreifenden Belegung spezialisiert auf geschlechts-/frauenspezifische Therapie und Standards für die therapeutische Arbeit formuliert. Es gibt in Westfalen keine Einrichtung, die nur Frauen aufnimmt, wohl aber zwei Einrichtungen, die nur Männer aufnehmen, ohne dass daraus bisher spezielle Standards für männerspezifische Therapie resultiert wären.

Die im Jahre 2000 formulierten Qualitätsstandards zur geschlechtsspezifischen Arbeit betonen die Notwendigkeit von entsprechenden Behandlungsansätzen in allen Bereichen der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen, d.h. im medizinisch-psychotherapeutischen Bereich und in den Angeboten zur beruflichen Reintegration, im Bereich Sport und Freizeit. Bei einem integrierten Angebot für Frauen innerhalb von gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen ist frauenspezifische Arbeit nur begrenzt wirkungsvoll, wenn nicht parallel männerspezifische Arbeit stattfindet. Grundsätzlich ist eine paritätische Belegung von Frauen und Männern anzustreben. Die Belegung sollte aber nicht unter 3 Frauen sinken. Im Hinblick auf die Rahmenkriterien der Therapie sollten separate Räumlichkeiten für Frauen (und Männer?) bei den Patientenzimmern, sanitären Anlagen und Aufenthaltsräumen vorgehalten werden.

Therapeutisch begleitete Angebote für Frauen sollten ein fester Bestandteil der therapeutischen Konzeption und kontinuierlich, d.h. auch bei niedriger Belegung, durchgeführt werden. Die Zuweisung einer Therapeutin oder eines Therapeuten sollte indikativ geschehen. Eine Eingangs-Prozessdiagnostik muss auch geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigen. Die gewählten Behandlungsmaßnahmen und -strategien müssen u.a. folgende Themen berücksichtigen:

- die realistische Einschätzung der eigenen Ressourcen und Defizite,
- die Entwicklung von Autonomie und Beziehungsfähigkeit,
- die Auseinandersetzung mit eigenen und fremden Grenzen,
- die Bewältigung traumatischer Erfahrungen geschlechtsübergreifend und -spezifisch.

Als Hintergrund wird auf der Ebene des therapeutischen Teams eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Erfordernissen für notwendig erachtet.

Was bleibt zu tun?

Die frauen-/geschlechtsspezifisch arbeitenden Einrichtungen müssen sich sowohl auf der theoretischen wie auch auf der praktischen Ebene weiter um die Verwirklichung ihres Behandlungsanspruchs bemühen. Dabei sollten parallel auch begleitende Forschungen durchgeführt werden, die die Akzeptanz und Wirksamkeit geschlechtsspezifischer Behandlungsansätze bei den Kunden der stationären medizinischen Rehabilitation, insbesondere den zu behandelnden Frauen und Männern überprüfen.

Wesentlich erscheint zudem, dass die für die medizinische Rehabilitation zuständigen Leistungsträger die Verwirklichung indikationsorientierter Behandlungen durch entsprechende Spezialisierungen unterstützen, nicht zuletzt finanziell. Denn sonst wird weiter so getan, als ob Sucht in ihrer Entstehung und ihren Auswirkungen entgegen allen Forschungsergebnissen und Erfahrungen geschlechtsneutral sei!

Sybille Teunißen ist Leiterin der Beusinger Mühle.

Die Liste der verwendeten Literatur ist über die Referentin erhältlich.

Geschlechtsspezifisch arbeitende Einrichtungen müssen sich weiter um die Verwirklichung ihres Behandlungsanspruches bemühen

Bericht über die Diskussion zum Thema geschlechts-/frauen- spezifische Therapie

■ **Die Vernachlässigung geschlechtsspezifischer Ansätze**

Geschlechtsspezifische Angebote im eigentlichen Sinne existieren in beiden Ländern nicht. Sowohl in den Niederlanden als auch in Deutschland gibt es jedoch frauenspezifische Behandlungsangebote, ambulant wie stationär. Versuche mit männerspezifischen Angeboten in den Niederlanden Anfang der 90er Jahre wurden nur selten in Anspruch genommen.

Warum wird männerspezifische Arbeit so stark vernachlässigt? Offensichtlich, weil es ein »brandheißes« Thema ist, Angst auslöst und fachlich äußerst kontrovers diskutiert wird.

■ **Niederländische Erfahrungen mit frauenspezifischen Angeboten**

In den Niederlanden werden Frauen bei der Kontaktaufnahme mit dem Hilfesystem (im sog. »Intake«) gefragt, ob sie einen männlichen oder eine weibliche Behandlerin wollen und es wird geprüft, ob frauenspezifische Angebote bzw. Gruppen geeignet erscheinen.

Durch die Einbettung des frauenspezifischen Ansatzes in das regionale Hilfesystem scheint die Akzeptanz dieser Angebote zu steigen. Allerdings erscheint der Bedarf auch nicht so groß zu sein, dass diese Angebote weiter ausgebaut werden sollten. Insgesamt wurde das Problem gesehen, dass für Frauen höhere Schwellen für den Zugang zum Hilfesystem bestehen – Rollenfestschreibungen und damit verbundene Verpflichtungen erschweren den Zugang zu den Hilfsangeboten.

■ Zusammenhang von Sucht und sexualisierter Gewalt

In einer Untersuchung Anfang der 90er Jahre wurde der Anteil der Klientinnen mit Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt auf 70 % beziffert – eigentlich sollte es ganz selbstverständlich entsprechende Behandlungsangebote in ausreichendem Maße geben.

Auffällig ist allerdings auch, dass weibliche und männliche Missbrauchserfahrungen sehr unterschiedlich bewertet werden – mehr und mehr wird deutlich, dass es eine weit größere Zahl von Männern als Opfer sexueller Gewalt gibt als angenommen, aber diese Männer können damit nur sehr schlecht umgehen, sind wesentlich schlechter als Frauen in der Lage, das zuzugeben.

Die Veränderungen im Hilfebereich gestalten sich – da, wo bewusst mit dieser Thematik umgegangen wird – von emanzipatorischen zu geschlechtsspezifischen Ansätzen.

Insgesamt geht es (bzw. muss es gehen) um ressourcenorientierte Arbeit, die bezüglich der anzustrebenden Lebensmodelle mehr Wahlmöglichkeiten bietet. Dabei darf es nicht nur um Missbrauchserfahrungen gehen.

Mehr und mehr wird deutlich, dass es eine weit größere Zahl von Männern als Opfer sexueller Gewalt gibt als angenommen

■ Umgang mit der Traumatisierung

Diskutiert wurde schließlich auch der Zeitpunkt der Bearbeitung sexueller Traumatisierung; deutlich wurde, dass dieser gut zu wählen ist, da ein hohes Maß an Stabilität erforderlich ist, um eine Retraumatisierung zu verhindern. So wird in der Regel die sexuelle Gewalterfahrung in der klinischen Phase benannt, aber noch nicht bearbeitet. Es spricht viel dafür, die Bearbeitung erst nach erfolgter sozialer Integration vorzunehmen. Der Zeitpunkt der Bearbeitung wird regulär in der Diagnostik festgelegt.

Adri Hulshof

Betrifft: Motivation

Irgendwann im Herbst vergangenen Jahres teilte Ruud Rutten mir mit, dass Hans van Ommen Kontakt mit mir aufnehmen würde, und zwar im Zusammenhang mit einer Tagung, die dem Erfahrungsaustausch mit deutschen Kollegen gewidmet sein soll. Er dachte, dass ich an einer Teilnahme interessiert wäre, und er hatte Recht. Bald darauf erhielt ich einen Anruf von Hans mit der Frage, ob ich einen Vortrag über soziale Suchthilfe halten wollte. Da ich Leiter des Intramuralen (stationären) Motivationszentrums von TACTUS bin, hatte ich natürlich ein fachspezifisches Vortragsthema erwartet, und so wunderte es mich nicht, dass ich gebeten wurde, meinen deutschen Kollegen etwas zum Thema »Motivieren« zu erzählen. Von einem Leiter eines Motivationszentrums kann man ja schließlich erwarten, dass er dazu etwas zu sagen hat. In der Tat kenne ich mich in diesem Thema aus, also war Hans bei mir an der richtigen Adresse.

Die Einladung suggerierte allerdings auch, dass in Verbindung mit dem Thema »Motivation« ein Zusammenhang zu kürzeren Behandlungen hergestellt werden sollte. Persönlich bin ich der Auffassung, dass ein solcher Zusammenhang nicht besteht, aber ich werde mein Bestes tun.

Zunächst überlegte ich, ob es einen Zusammenhang zwischen kürzeren Behandlungen und Motivation gibt. Oder anders formuliert: Ist eine kürzere Behandlung an sich nicht schon eine Motivation für unsere Klienten, um sich in unserer Einrichtung aufnehmen zu lassen?

Meiner bescheidenen Meinung nach muss diese Frage verneint werden.

Des Weiteren befasste ich mich mit der Fragestellung: »Muss der Klient also eine höhere Motivation aufweisen, um an einer kürzeren Behandlung teilzunehmen?« Und auch diese Frage ist meiner Ansicht nach zu verneinen.

Und schließlich stellte ich mir die wohl wichtigste Frage: »Was genau ist Motivation und welche Rolle spielt sie eigentlich?« Diese Frage lässt sich meines Erachtens nicht so leicht beantworten. Da ich mir aber einbilde, ein wenig über die Beweggründe unserer Klienten zu wissen, werde ich versuchen, meine Antwort auf diese Frage zu formulieren.

Vorab muss ich aber etwas tiefer auf die spezifische Zielgruppe meiner täglichen Arbeit eingehen.

Das Intramurale Motivationszentrum – kurz »IMC« genannt – nimmt in erster Linie die Parias der gemeinhin als »Drogenszene« bezeichneten Kastengesellschaft auf. Diese Gesellschaft, die mehrheitlich von Polydrogengebrauchern bevölkert wird, besteht nämlich aus verschiedenen Kasten:

- An der Spitze dieser Gesellschaft stehen die »Habenden« unter den Abhängigen, die sich mit dem Geld, das sie mit Arbeit, Drogenhandel etc. verdienen, gut über Wasser halten können und außerhalb der Drogenszene nicht auffallen. Oft sind es Gebraucher, die nicht spritzen, nicht bei der Methadonvergabe auftauchen und auf den ersten Blick ein relativ normales Leben führen. In der Regel haben sie ihren Drogenkonsum recht gut im Griff. Die wirtschaftliche Notwendigkeit zum Entziehen ist gering; das gilt auch für den Leidensdruck und für die Motivation, etwas an ihrer Situation zu ändern.
- Darunter steht die Gruppe der Abhängigen, die ihr Leben einigermaßen im Griff haben. Es geht ihnen finanziell zwar nicht sonderlich gut, aber sie arbeiten regelmäßig oder dealen im kleinen Rahmen, um den Eigenbedarf an Drogen zu finanzieren. Sie haben wenig Macht in der Szene und sind angewiesen auf die Krümel, die die großen Jungs fallen lassen. Sie spritzen regelmäßig, und ihr Drogengebrauch ist bisweilen – aber längst nicht immer – exzessiv. Viele sind Stammkunden von Methadonprogrammen, oft in der so genannten »Wochenverabreichung«, das heißt sie bekommen das Medikament für eine ganze Woche mit nach Hause. Kleinere Probleme in den verschiedensten Lebensbereichen, wie Wohnen, Geld, Gesundheit und Beziehungen, kommen häufig vor. In Phasen mit übermäßigem Drogenkonsum sind der Leidensdruck und die Motivation höher.
- Unter dieser Gruppe stehen die Parias oder Kastenlosen. Sie sind mittellos und haben keinen Status. Ihre gesundheitliche Verfassung ist schlecht, sie haben oft Kontakt mit der Justiz, selten eine gute Wohnung und eine Reihe weiterer Probleme. Ihr Drogengebrauch ist unkontrolliert, und das gilt auch für die Art und Weise der Einnahme, die das ganze Spektrum – Schnupfen, Schlucken, Spritzen usw. – umfasst. Alle nehmen an Methadonprogrammen teil, und zwar durchweg in der Tagesverabreichung. Diese Gruppe ist auch für die meisten drogenbezogenen Ordnungsprobleme in den Städten verantwortlich. Der Leidensdruck ist in der Regel hoch, das Gleiche gilt für die Motivation.

Motivation ist bei der letztgenannten Gruppe also vorhanden, aber Motivation wozu? Oft können sich Gebraucher aus dieser Gruppe ein Leben ohne Drogen einfach nicht vorstellen, und mitunter muss ich ihnen Recht geben.

Die meisten Klienten streben durchaus Veränderungen an, in erster Linie allerdings nicht eine Veränderung ihres Drogengebrauchs. Sie sind jedoch durchaus motiviert,

Die Drogenszene ist eine Kastengesellschaft – für die unterste Kaste, die Parias, ist das IMC zuständig

ihren Alltag als Kastenlose zu ändern. In meiner täglichen Praxis mache ich mir diese Motivation zunutze und thematisiere mit diesen Klienten auch die Notwendigkeit von Veränderungen im Substanzgebrauch, da dies nämlich zur Realisierung der angestrebten Ziele beitragen kann.

Eigentlich locken wir die Klienten zum IMC, indem wir nicht sofort auf Veränderungen beim Drogengebrauch drängen. Klienten, die im IMC aufgenommen werden, können Methadon sowie Benzodiazepine erhalten, sofern sie dies wünschen und keine Einwände vorliegen. Wir verurteilen den Drogengebrauch von Klienten nicht, sondern betrachten ihn zunächst als Bestandteil ihres Lebens. Allerdings sprechen wir mit ihnen darüber. Wir fragen, was ihnen der Gebrauch heute bringt und was er früher gebracht hat, und gehen auch auf die finanziellen Aspekte ein, also was sie der Substanzgebrauch kostet. Wir besprechen die Annehmlichkeiten des Gebrauchs und das damit verbundene Ungemach. Und währenddessen versuchen wir, praktische Probleme zu lösen: Sozialhilfe beantragen, eine vernünftige Wohnung zu regeln, die gesundheitliche Verfassung zu untersuchen und wenn nötig zu verbessern. Wir schenken ihnen Vertrauen, indem wir sie mit viel Geld in der Tasche zum Einkaufen schicken. Wir versuchen, ihnen das Gefühl zu vermitteln, dass sie nicht kastenlos sind und dass sie uns viel wert sind. Und schließlich regen wir unsere Klienten an, eine Bilanz ihres Lebens zu ziehen, wobei wir übrigens jedes Resultat akzeptieren. Es kann nämlich durchaus vorkommen, dass das Leben als Abhängiger zum Zeitpunkt des Bilanzdatums mehr Vor- als Nachteile für den Klienten hat. Aber eine Bilanz wird immer wieder neu gezogen, und eventuell wird das, was heute noch als Gewinn verbucht wird, später einmal zum Verlust. Ungeachtet des Ergebnisses bleibt der Klient in unserer Wertschätzung gleich.

Es kann sein, dass das Leben als Abhängiger mehr Vor- als Nachteile für den Klienten hat – aber diese Bilanz ist immer wieder neu zu ziehen, sie kann sich auch verändern

Motivation ist eine Frage der Ökonomie

Je mehr man gewinnen oder verlieren kann, um so größer ist die Motivation. Motivation ist auch keine Konstante in der Behandlung. Ein Klient, für den wir gerade Sozialhilfe geregelt haben, wird, sobald er das Geld in der Tasche hat, eher motiviert sein, um Drogen zu gebrauchen, als in Zeiten, in denen er kein Geld hatte. Einem Klienten, der wieder eine Wohnung gefunden hat, fällt es schwerer, weiterhin in der Klinik zu bleiben. In diesem ökonomischen Prozess, der permanent in dem Klienten abläuft, müssen wir stets versuchen, etwas mehr anzubieten, als die Welt außerhalb der Klinik zu bieten hat. Die Behandlungsdauer spielt dabei meines Erachtens nur eine untergeordnete Rolle. Es gab Zeiten, als dieselben Klienten bereit waren, zwei Jahre oder länger in einer therapeutischen Gemeinschaft zu bleiben. Ich bin überzeugt, dass jeder Klient bereit ist, sich jeder von uns angebotenen Behandlung zu unterziehen, vorausgesetzt dass sie für ihn unterm Strich gewinnbringend ist. Das soll nicht heißen, dass wir unbegrenzte Angebote schaffen sollen; es erfordert meiner Ansicht nach aber, dass wir unseren Klienten aufmerksam zuhören müssen und

alles tun müssen, was in unserer Kraft liegt, um das, was wir von ihnen erfahren haben, in ein für den einzelnen Klienten gewinnbringendes Hilfsangebot umzusetzen. Die Dauer dieses Hilfsangebots ist dann eigentlich zweitrangig, solange der Klient es noch als gewinnbringend erfährt.

Tatsache ist aber auch, dass jeder Veränderungsprozess – ungeachtet ob es sich dabei um den Umbau des Eigenheims oder um eine Suchtbehandlung handelt – irgendwann an einen Punkt kommt, wo es einem über den Kopf wächst und man eine Auszeit braucht. Aus dieser Erwägung heraus bevorzuge ich persönlich eine kürzere Behandlungsdauer, da dies sowohl für die Klienten als auch für die Betreuer überschaubarer ist und in Teilbereichen schneller Resultate erzielt werden. Bei der Zielgruppe, mit der ich arbeite, sieht man oft, dass Klienten sich für eine Reihe von kürzeren Behandlungen »entscheiden«, um auf diese Weise größere Ziele zu erreichen. Darum versuchen wir verstärkt, die Behandlungsdauer an das Tempo des einzelnen Klienten anzupassen. Bei manchen Klienten ist nach acht Wochen schon die Luft raus, andere halten problemlos vier Monate lang durch. In der Regel ist bei meiner Zielgruppe dann aber die Grenze erreicht, es sei denn, dass ein weiteres Etappenziel in der Behandlung in Sicht kommt, zum Beispiel der Schritt von der klinischen Situation in ein Projekt für Betreutes Wohnen. Dann ändert sich die Situation allerdings drastisch: Es gibt wieder andere Ziele, andere Anreize und nicht zu vergessen andere Betreuer in der täglichen Praxis. Entscheidend ist dabei jedoch, dass man eine Behandlung, die nur acht Wochen gedauert hat, während sie ursprünglich auf zwölf Wochen veranschlagt war, nicht als Misserfolg ansieht.

Wir bemühen uns, die Behandlungsdauer an das Tempo des einzelnen Klienten anzupassen

Abschließend möchte ich zwei Thesen zur Diskussion stellen:

- Motivation ist ein Prozess, der nach ökonomischen Prinzipien abläuft.
- Mehrere stationäre Kurzbehandlungen sind effektiver als eine Langzeitbehandlung, vorausgesetzt, dass dies mit dem Klienten abgesprochen wird.

Adri Hulshof ist Leiter des stationären Motivationszentrums von TACTUS.

Bericht über die Diskussion zum Thema Motivationsarbeit

■ **Zur Zielgruppe für die stationäre Motivationsarbeit**

In erster Linie handelt es sich um ein Angebot für die am stärksten verelendete Gruppe der Abhängigen, die sich ein Dasein ohne Drogen nicht vorstellen können. Sie sind arm, haben Justiz- und Wohnprobleme und wünschen sich eventuell Veränderungen, die sich aber nicht auf den Drogenkonsum beziehen.

Diese Zielgruppe ist mit mehreren kurzen stationären »Anläufen« wesentlich besser zu erreichen als mit Langzeitprogrammen.

Daher geschieht Motivationsarbeit im Rahmen von Kurzzeitbehandlung, ohne dass allerdings Kurzzeitbehandlung auch gleich Motivationsarbeit ist. Es ist deutlich, dass für oder bei kürzerer Behandlung auch die Motivation steigt bzw. leichter zu erreichen ist.

Ziel ist es, ins Gespräch zu kommen, und zwar auch über die Notwendigkeit der Konsummusterveränderung – ohne dass dabei gleich das Ziel entsprechender Veränderungen gesetzt wird. Thematisierbar ist die Funktion des Konsumes und die Belastungen, die er hervorruft (etwa für die Wohnsituation und den Faktor Geld).

■ **Thesen zur Motivation / Lösungsorientierung**

Ganz wesentliche Grundlage ist der lösungsorientierte Ansatz, mit dem zunächst nicht die Sucht behandelt wird und auch nicht das Erkennen der eigenen Sucht im Vordergrund steht, sondern die Lösung von Alltagsproblemen angestrebt wird. Die in Deutschland häufig festgestellte Therapiemüdigkeit wird vermieden, indem die Klienten nicht gedrängt werden, Themen im Sinne von therapeutischer Bearbeitung anzugehen. Natürlich gibt es das Thema Therapiemüdigkeit in NL auch, aber durch die Praxis der wiederholten Aufnahmen werden den Klienten positive Erfahrungen mit den stationären Phasen ermöglicht, die eine Wiederkehr dort hin erleichtern und so die Effektivität der Arbeit steigern.

Ganz wesentliche Grundlage ist der lösungsorientierte Ansatz, mit dem zunächst nicht die Sucht behandelt wird, sondern die Lösung von Alltagsproblemen angestrebt wird

Was dabei letztendlich positiv wirkt, ist die Unbefangenheit und Einfachheit, mit der das Motivationsproblem angegangen wird. Lebenspraktische Hilfen, die die alltägliche Situation verbessern, führen zu wahrnehmbaren Veränderungen, die wiederum die Motivation zu weiteren Schritten schaffen.

Sollte Therapiemüdigkeit ein Symptom für ein – oder das – Kernthema sein und somit für Vermeidung stehen, wirkt der Ansatz analog – benötigt aber u.U. längere Zeit und häufigere Anläufe.

Auf deutscher Seite wurde eingestanden, dass die Klienten häufig in Strukturen gedrängt werden, die sie nicht akzeptieren und in die sie nicht hineingedrängt werden wollen. Das erschwert die Arbeit sowohl für die Mitarbeiter als auch für die Klienten und verhindert den Aufbau einer auf Vertrauen basierenden Beziehung, die in NL eine unverzichtbare Grundlage für den Erhalt des Kontaktes und die Weiterführung der Arbeit bei der nächsten Begegnung ist.

Die niederländischen Kollegen formulieren insofern eine Kundenorientierung, die von der Notwendigkeit eines Behandlungsauftrages durch die Klienten bestimmt ist. Behandlungsphasen können nur so lange dauern, wie dieser Auftrag vorliegt. Zu Grunde liegt dem die Theorie, dass Sucht ein zyklischer Prozess ist und dass demzufolge auch der Ausstieg aus der Sucht zyklisch zu gestaltet ist.

Auf deutscher Seite wurde eingestanden, dass die Klienten häufig in Strukturen gedrängt werden, die sie nicht akzeptieren und in die sie nicht hineingedrängt werden wollen

■ Politische und gesellschaftliche Zusammenhänge bzw. Ziele

Die Erkenntnis auf niederländischer Seite, dass Therapie zu einem besseren Leben, aber manchmal eben auch ein besseres Leben zur Therapiefähigkeit führt, ist allerdings nicht alleine auf die Erfahrungen der Praxis, sondern auch auf Grund von politischem Druck entstanden: Belastungen im öffentlichen Leben, die durch die Verelendung der Zielgruppe entstanden sind, führten zu behördlichem Druck.

Es wurden Problemlösungen erwartet, die sich auch in der nationalen Strategie »Resultaten Scoren« (Resultate erzielen) widerspiegeln. Verbunden war bei der Einführung dieses nationalen »Verbesserungsprogrammes« auch an der ein oder anderen Stelle der Vorwurf an das Hilfesystem, zu konservativ und zu wenig innovativ zu sein. Das Finanzierungssystem wurde so auch an die Effektivität gekoppelt.

Vereinfacht – wenn nicht überhaupt ermöglicht – wurde diese Entwicklung durch die Übersichtlichkeit der Finanzierung dieser Hilfeangebote auf niederländischer Seite und die Unterstützung auch der Justiz.

■ Was ist anders in Deutschland?

Festgestellt wurde das auf deutscher wie niederländischer Seite prinzipiell gleiche Menschenbild bei der Sicht auf diese Zielgruppe. Unterschied bleibt, dass das deutsche System der Hilfe und der Finanzierung ungleich komplizierter ist und eine »zentrale« Steuerung, vergleichbar mit »Resultaten Scoren«, nicht besteht. Alle beteiligten »Untersysteme«, Instanzen, Behörden und Träger sind ausgesprochen stark an Eigeninteressen orientiert, notwendige disziplinübergreifende Kooperationsstrukturen bestehen kaum und das »Denken im Verbund« hat sich noch nicht umgesetzt.

Die Kreativität, die zu bedarfsgerechten Angeboten wie der dargestellten Motivationsarbeit auf niederländischer Seite führt, kann nur entstehen und wirken durch entsprechende Freiräume – eben auch finanzieller Art. Mit Fallpauschalen lässt sich ein lösungsorientierter Ansatz für die beschriebene Zielgruppe nicht umsetzen – dem stimmte auch Herr Lappe als Vertreter eines deutschen Kostenträgers zu, der allerdings auch nicht für diese Zielgruppe zuständig ist.

Der blaue Mann stand auf und wanderte durch das Lager. Vor jedem Zelt blieb er stehen, grüßte die dort versammelten Menschen mit einem leichten Kopfnicken. Nach einer Weile kehrte er zurück und setzte sich wieder ans Feuer.

Er hob zwei etwa gleich große Steine auf und wog sie in der Hand. Während er seine Hände in der Dunkelheit kaum sichtbar auf und ab bewegte, sagte er:

Das Verhältnis zwischen Gut und Böse, zwischen dem, was die Menschen vereint, und dem, was sie trennt und sie dazu bringt, sich zu hassen und zu beneiden, gleicht dem Verhältnis zwischen diesen beiden Steinen. Welcher ist schwerer, welcher leichter?

Unvermittelt senkte er seine linke Hand und hob die rechte.

Wenn Eifersucht und Neid herrschen, warum sollten die Menschen dann zusammenbleiben? Dann beginnt die Zeit von Streit und Diebstahl. Jeder muss mit dem Dolch in der Hand ängstlich seine Frau bewachen. Wasserschlauch und Zelt dürfen nicht unbeaufsichtigt bleiben und jeder muss sogar im Schlaf sein Kamel am Zügel halten. Es gibt keine Familie, keinen Klan, keinen Stamm, kein Volk mehr. Jeder misstraut dann dem anderen.

Er legte die beiden Steine auf den Teppich.

So lebt ihr doch, du und deine Landsleute, nicht wahr?

Amenokal Alhavi: Die Weisheit des Tuareg

Roland Helsper

Adaptionseinrichtungen für Menschen mit multiplem Substanzgebrauch in Westfalen

Der Rahmen der Adaptionsphase

Die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger, bestehend aus der Entwöhnung (Phase 1) und der Adaption (Phase 2), ist regelhaft nach der stationären Phase 1 (noch) nicht abgeschlossen.

Adaptionseinrichtungen sind die Schnittstelle zwischen der Entwöhnungsbehandlung und dem selbständigen Leben.

Zielgruppen sind diejenigen Patienten, die nach der abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlung noch weitergehende Behandlung benötigen.

Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation in den Adaptionseinrichtungen ist die berufliche und soziale Integration, bei Weiterführung der psycho- u. sozialtherapeutischen Behandlung.

Die berufliche und soziale Integration sind wichtige Bausteine zur Gesundung der Patienten im Sinne eines ganzheitlichen Konzeptes.

Einige Daten zu den Patienten

In der Regel sind bei Beginn der Maßnahme die meisten Patienten ohne Arbeit (98 %) und wohnungslos (99 %).

Alle Patienten haben am Ende der Maßnahme eine eigene Wohnung.

Bei 60 % der regulär entlassenen Patienten besteht am Ende der Maßnahme ein Schul-, Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis.

Leistungen in den Adaptionseinrichtungen

- Therapeutische Einzel- u. Gruppengespräche
- Bewerbungstrainings (EDV-Schulung)
- Arbeitstherapie zur Feststellung der Leistungs- und Belastungsgrenze
- Betreuung und Vermittlung von Praktika zur Belastungserprobung
- Sportangebote intern u. extern
- Unterstützung bei Ämter- und Behördenangelegenheiten
- Schuldenregulierung
- Gesundheitsberatung, Interferonbehandlung u.ä.
- Stabilisierung der Abstinenz- u. Motivationshaltung
- Rückfallbearbeitung

Zur Einbindung der Adaptionseinrichtungen in den WESD-Verband

Im Verband WESD gibt es zur Zeit 4 Adaptionseinrichtungen mit insgesamt 52 Plätzen.

Bei der bestehenden Trägervielfalt und den unterschiedlichen Vernetzungen mit den Entwöhnungseinrichtungen werden die Möglichkeiten des Verbundes optimal ausgenutzt. Eine passgenaue und behandlungsergänzende Vermittlung der Patienten ist damit gewährleistet.

Alle Einrichtungen arbeiten nach einem Rahmenkonzept.

Modelhaft wird zu Zeit in Westfalen die Flexibilisierung und Differenzierung der Phase 2 (Adaption) erprobt. Dies beinhaltet stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsphasen, die nahtlos ineinander übergehen.

Roland Helsper ist sozialpädagogischer Leiter der »NADO-Adaptionseinrichtung«.

Rolf-Bernd Lappe

Adaption – die 2. Phase der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke

Die Adaption ist – zumindest begrifflich – das jüngste Kind in unserem Hilfeangebot für Abhängigkeitskranke und wurde als letzter Baustein durch die Rahmenkonzeption aller Träger der gesetzlichen Rentenversicherung im April 1994 auf sichere Beine gestellt. Die Krankenversicherung hat auf Bundesebene der Konzeption zugestimmt.

Das bedeutet natürlich nicht, dass es bis 1994 so etwas wie Adaption nicht gab – was keineswegs heißen soll, dass ich die früheren Leistungen schmälern will.

Zunächst ein paar Sätze und Zahlen zur jüngeren Vergangenheit:

Aufgrund der Rechtsprechung des BSG übernimmt die Rentenversicherung Leistungen der Adaptionsphase. Sie tut dies in der Erkenntnis, daß die Rehabilitation Abhängigkeitskranker deutlich stärker als die allgemeine Rehabilitation die Einbindung von Maßnahmen der sozialen und gesellschaftlichen Wiedereingliederung erfordert. Speziell geht es um die Vorbereitung auf die berufliche Wiedereingliederung, denn das ist bekanntlich unser gesetzlicher Auftrag.

Seit dem 01.07.1993 erteilt die LVA Westfalen – wie im übrigen die anderen Rentenversicherungsträger auch – entsprechende Leistungszusagen für Adaptionsleistungen.

Die Zahl der beantragten Adaptionleistungen stieg ständig:

- 1994 = 288
- 1995 = 375
- 1997 = 375
- 1998 = 361
- 1999 = 355
- 2000 = 350

Die Bewilligungsquote liegt inzwischen deutlich über 80 %.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei den Adaptionen in Westfalen-Lippe betrug im letzten Jahr 89 Tage.

11 Einrichtungen sind in Westfalen-Lippe von uns als spezielle Adaptionseinrichtungen bisher anerkannt und werden regelmäßig belegt. Sie verfügen über insgesamt 142 Behandlungsplätze.

Der Bedarf an Adaptionen müsste größer sein – und von daher bemühen wir uns um eine aktuelle Zielplanung. Entsprechend den Ergebnissen werden wir ggf. auch einen weiteren Ausbau dieses Gliedes in der Rehabilitationskette Abhängigkeitskranker betreiben. Die Adaption hat aufgrund ihrer spezifischen Bedeutung für uns als Rentenversicherungsträger einen besonderen Stellenwert – insbesondere in Zeiten höherer Arbeitslosigkeit. Nur eine Zahl: Es gibt Einrichtungen, die für die Klienten aktuell eine Arbeitslosenquote von 60 % und mehr melden.

Das Rahmenkonzept »Adaption« hat folgende Schwerpunkte:

1. Adaption als Teil der medizinischen Rehabilitation

**Die Adaption ist
integraler
Bestandteil der
medizinischen
Rehabilitation
Suchtkranker**

Die Adaption ist *nicht* Teil der Nachsorge nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung, wie dies fälschlicherweise immer wieder vorgetragen wird, sondern ist **integraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker**. Wir unterscheiden zwischen Phase 1 (Entwöhnung) und Phase 2 (Adaption).

Damit sind die Kosten der Phase 2 auch von demjenigen Rehabilitationsträger zu tragen, der generell für die medizinische Rehabilitation und damit auch für den ersten Teil, die Entwöhnungsbehandlung, zuständig ist.

Probleme gibt es derzeit für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, die **isolierte** Adaptionleistungen in den Adaptionseinrichtungen *nicht* anerkennt. Wir sind hierüber mit unseren Kolleginnen und Kollegen der Krankenkassenverbände im Gespräch und hoffen auf eine baldige Änderung.

2. Aufgaben und Ziele der Adaption

Zum Erreichen der Rehabilitationsziele ist je nach Lage des Einzelfalles aufgrund der spezifischen Auswirkungen und Folgen der Abhängigkeitskrankheit eine rein suchtklinisch ausgerichtete medizinische Leistung zur Rehabilitation nicht ausreichend. Um die Erwerbsfähigkeit in diesen Fällen wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen, muss unter realen Alltagsbedingungen erst erprobt werden, ob der Versicherte den Anforderungen des Erwerbslebens, einer eigenverantwortlichen Lebensführung und der Selbstversorgung gewachsen ist.

Die Fremdverantwortung muss zugunsten der Eigenverantwortung des Klienten in der Adaption schnell und deutlich abnehmen. Der Versicherte braucht jetzt erhebliche Freiräume. Er benötigt nicht mehr eine ständige Überwachung und Versorgung. Die sich in der Entwöhnungsbehandlung herausstellenden Lücken und Defizite sollen in der Adaptionseinrichtung möglichst geschlossen werden.

Dazu bedarf es einer entsprechenden wissenschaftlich abgesicherten Konzeption und zielgerichteter Rehabilitationsbemühungen durch das gesamte Team.

Das Vorhandensein einer Wohnung und/oder einer Arbeitsstelle ist in der Regel Ausschlusskriterium für die Adaption.

Wenn sich während der Adaption herausstellen sollte, dass bei einem Klienten mit einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nicht oder nicht mehr gerechnet werden kann, entfällt die Zuständigkeit der LVA, d.h. die Einrichtung muss sich bezüglich einer möglichen weiteren Kostenübernahme an die Sozialhilfe wenden.

3. Inhalte der Adaption

Die Adaption ist eine Phase der Öffnung nach außen, der Erprobung der Therapieergebnisse und der Hinführung auf einen Entwicklungsstand, der den Versicherten in die Lage versetzt, sich eigenständig im Erwerbsleben und im Alltag schlechthin zu behaupten.

Die medizinische Versorgung muss grundsätzlich abgeschlossen sein, so dass zügig mit der Arbeitsaufnahme begonnen werden kann. In der Adaption geht es mehr um eine verantwortliche ärztliche Begleitung. Es reicht deshalb in der Regel aus, wenn ein Arzt in der Adaptionseinrichtung wöchentlich 6 bis 8 Stunden zur Verfügung steht.

Die Fremdverantwortung muss zugunsten der Eigenverantwortung des Klienten in der Adaption schnell und deutlich abnehmen

Die Adaption umfasst also:

- Die Öffnung nach außen zu einem zunehmend selbständig zu strukturierenden Tagesablauf,
- die Bewährung und die Erprobung der Fähigkeiten des Versicherten unter Alltagsbedingungen, vor allem durch betriebliche Arbeitsbelastungserprobungen. Wo solche nicht im erforderlichen Umfang bereitstehen, müssen zumindest zeitgemäße Werkstätten mit einer nicht veralteten technischen Ausstattung zur Verfügung stehen. Arbeitstherapie ist mehr als Selbstversorgung, ist mehr als Küchen- und Hausarbeit, Bauunterhaltung- und Gartenarbeit und muss sich auf verschiedene Berufsfelder erstrecken – entsprechend den Berufen der Klienten.
- die Erarbeitung einer eigenverantwortlichen Lebensführung mit begleitenden Hilfen,
- die Abnahme der vorrangigen Gruppen- und Einzeltherapie zu eher begleitenden und ergänzenden therapeutischen Leistungen; weg von einer bringenden zu einer holenden Hilfe.

Von daher ist es nur folgerichtig und wichtig, daß sich die Adaptionsphase als zweiter Bestandteil der medizinischen Leistung zur Rehabilitation nahtlos an die Entwöhnungsbehandlung in der Langzeiteinrichtung anschließt. Das bedeutet, es müssen in der Langzeiteinrichtung frühzeitig die Weichen für die Adaption gestellt und die Formalitäten erledigt werden.

Adaptionsleistungen können sowohl in derselben Einrichtung durchgeführt werden, in der auch die erste Rehabilitationsphase stattfindet, als auch in einer besonderen Einrichtung, die nur der Adaption dient

4. Rehabilitationseinrichtungen

Adaptionsleistungen können sowohl in derselben Einrichtung durchgeführt werden, in der auch die erste Rehabilitationsphase stattfindet, als auch in einer besonderen Einrichtung, die nur der Adaption dient. Das hängt z.B. von der Lage der Einrichtung, dem Therapiekonzept, den regionalen Verhältnissen und anderem mehr ab.

Falls für die Rehabilitation zwei verschiedene Einrichtungen gewählt werden, müssen diese sich um eine zeitgerechte und inhaltliche Abstimmung bemühen, wobei die Weichenstellung für die Adaption – ich betone das noch einmal – so frühzeitig wie eben möglich zu erfolgen hat.

Die Therapeuten beider Einrichtungen sind aufgerufen und verpflichtet, alle für die Fortsetzung der Rehabilitation des Versicherten erforderlichen Informationen auszutauschen, damit einerseits Lücken und andererseits Überlappungen vermieden werden.

Von daher müssen die Fachkliniken jeweils mit bestimmten Adaptionseinrichtungen besonders eng zusammenarbeiten.

5. Konzeption für die Adaptionseinrichtung

Auf keinen Fall dürfen die Adaptionseinrichtungen nach einem einheitlichen, starren, für alle Versicherten gleichen Therapieplan arbeiten. Das verbieten der rehabilitative Zustand des einzelnen Versicherten bei Aufnahme in der Adaptionseinrichtung und die individuellen Verhältnisse einer jeden Rehabilitation.

Die Konzeptionen für die Adaptionseinrichtungen sollten folgende Grundbestandteile enthalten:

- Die Kriterien und Verfahren, die für die Auswahl der Klienten bestehen und die bei Aufnahme eines Versicherten erfüllt sein müssen. Dabei muss deutlich werden, daß die Adaptionseinrichtung von einem Entwicklungsgrad des Versicherten ausgeht, der es ihm gestattet, sich voll und ganz auf die Ziele der Adaptionphase zu konzentrieren.
- Die konkreten Ziele der jeweiligen Adaptionseinrichtung.
- Die Mittel, die eingesetzt werden, um den Eingewöhnungsprozess für den Versicherten auf ein Mindestmaß zu verkürzen.
Beispielsweise können schon während der Entwöhnungsbehandlung ein oder mehrere Vorstellungsgespräche in der Adaptionseinrichtung, Probewohnen und ähnliche Maßnahmen durchgeführt werden.
- Die Mittel und Methoden, die zur Durchführung der Adaptionphase eingesetzt werden. Hierzu zählen insbesondere die Darstellung der Kooperation mit dem zuständigen Arbeitsamt sowie eine Beschreibung, mit welchen Betrieben für die Durchführung der Betriebspraktika in welchem Umfang kooperiert wird.
- Die Benennung der Entwöhnungseinrichtungen, mit denen die Zusammenarbeit abgesprochen ist.
- Die Möglichkeiten und Vorkehrungen, die für die Zeit nach Beendigung der Adaptionphase bestehen. Dazu gehört insbesondere die Erläuterung, mit welchen Einheiten des »Betreuten Wohnens« zusammengearbeitet wird, ggf. eine Erläuterung, welche Einrichtung (z.B. eine Gemeinschaftswohnung auf Zeit) mit wievielen Plätzen die Adaptionseinrichtung selbst vorhält und wie ein nahtloser Übergang jeweils sichergestellt werden kann.

Bei den Rehabilitationseinrichtungen, die beide Bereiche – Entwöhnung und Adaption – anbieten, müssen die vorgenannten Forderungen im Gesamtkonzept enthalten und erläutert sein.

Auf keinen Fall dürfen die Adaptionseinrichtungen nach einem einheitlichen, starren, für alle Versicherten gleichen Therapieplan arbeiten

6. Anforderungen an die Adaptionseinrichtungen

Lage

Die Einrichtungen der Adaptionsphase müssen so gelegen sein, dass sie ihre Aufgaben ohne besondere Erschwernisse erfüllen können. Das bedeutet, dass beispielsweise bei Besuchen im Arbeitsamt und vor allen Dingen bei der Absolvierung von Betriebspraktika keine zu weiten und zeitraubenden Fahrten zurückgelegt werden müssen (Stichwort: Fußläufigkeit).

Selbstverständlich richten sich die Anforderungen an Lage, Ausstattung und Personal an den Anforderungen der Versicherten in dieser Phase aus

Der Anschluss an das öffentliche Verkehrsnetz ist von Vorteil, manchmal sicherlich sogar Bedingung.

Größe und Ausstattung

Die Adaptionseinrichtung muss eine Platzzahl aufweisen, die eine den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entsprechende Führung der Einrichtung erlaubt und therapeutisch sinnvoll ist. Derzeit sehen wir entsprechend dem Aufgabengebiet eine Mindestgröße von 12 und eine Maximalgröße von 20 Behandlungsplätzen als angemessen an. Es sollten sowohl Einzel- als auch Doppelzimmer vorhanden sein.

Wenn eine Einrichtung nach ihrer Konzeption nicht über Verträge mit Betrieben Arbeitspraktika gewährleisten kann, muss sie über einen angemessenen Arbeitstherapiebereich verfügen. Ich habe dieses Thema bereits konkret angesprochen.

Personelle Besetzung

Ein auf dem Gebiet der Suchtkrankenarbeit qualifizierter **Arzt** muss in der Einrichtung **verantwortlich** mitarbeiten.

Die Einrichtung muss über qualifizierte und erfahrene **Diplom- Sozialarbeiter/ Diplom-Sozialpädagogen** mit entsprechender Zusatzausbildung verfügen, die eine fachgerechte Betreuung sicherstellen.

Die Einrichtung muss entsprechendes **Fachpersonal für die begleitenden einzel- und gruppentherapeutischen** Leistungen vorhalten und sie muss für diejenigen Versicherten, die nicht an einem Arbeitspraktikum teilnehmen, über einen Arbeitstherapeuten mit entsprechender Zusatzqualifikation verfügen.

Die Bereiche »**Verwaltung**« und »**Hauswirtschaft**« müssen personell ausreichend abgedeckt sein.

Die genauen Personalzahlen richten sich nach der Anzahl der Therapieplätze und der Konzeption, die mit dem federführenden Leistungsträger abzustimmen ist.

Dabei wird es möglicherweise in der Praxis zwischen Adaptionseinrichtungen für Drogenabhängige und solchen für Alkohol- und Medikamentenabhängige Unterschiede geben.

7. Dauer der Adaptionsphase

Dies ist heute wohl das brisanteste Thema:

Klienten, die in die Adaption gehen, haben die Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen. Das muss deutlich gesehen werden. Eine 6-wöchige Eingewöhnungsphase – wie teilweise gefordert – ist deshalb nicht erforderlich. Nach 1 bis 2 Wochen muss unbedingt mit der Arbeitsbelastung begonnen werden.

Die Dauer der Adaption muss dann individuell festgelegt werden und hat sich an dem in der Fachklinik erreichten Rehabilitationsstand zu orientieren.

Wenn die von mir vorgestellten Inhalte der Adaption sowohl von der Fachklinik als auch von der Adaptionseinrichtung berücksichtigt werden und die erforderliche Abstimmung erfolgt, dürften Verkürzungen der Adaptionsphase möglich sein.

Für **Alkohol- und Medikamentenabhängige** sind nach unserem Verständnis Adaptionsleistungen nicht die Regel, so dass eine individuelle Bemessung der Therapiezeiten erfolgen kann.

Für den **Drogenbereich** gelten jetzt bis zu 10 Monate Regeltherapiezeit im Verhältnis 6:4 für Entwöhnung und Adaption. Sie sehen, wir haben uns zugunsten der Adaption deutlich bewegt.

Eine Veränderung dieses Verhältnisses von Entwöhnung und Adaption ist entsprechend dem individuellen Bedarf selbstverständlich möglich. Die Gesamtzeit darf aber nicht überschritten werden. Dabei hat der letzte Bereich, also die Adaption, dann das dicke Ende zu tragen.

Regeltherapiezeit sind 10 Monate – mit Beginn der Adaption ist die Phase 1 – Entwöhnung – abgeschlossen

8. *Verwaltungsverfahren*

Auch die Aufnahme in einer Adaptionseinrichtung bedarf der vorherigen Bewilligung durch den Leistungsträger. Diese setzt voraus, dass der Versicherte rechtzeitig vor einem geplanten Wechsel in die Adaptionseinrichtung (mindestens 4 Wochen vor dem vorgesehenen Zeitpunkt der Verlegung) einen entsprechenden Antrag stellt.

Grundsätzlich ist der Wechsel in die Adaption zu beantragen – für die Zukunft sollen jedoch verstärkt einheitliche Bewilligungen für beide Phasen erteilt werden

Dem Antrag ist eine konkrete und eingehende Begründung der Fachklinik beizufügen, aus der sich Antworten zu folgenden Fragen ergeben:

- Was hat der Versicherte bisher im Rahmen seiner Rehabilitation erreicht ?
- Welche Defizite bestehen in welchem Umfang ?
- Wie sollte die Therapie fortgesetzt werden ?
- Welches Ziel ist damit erreichbar ?
- Wie lange müsste die Adaption voraussichtlich noch dauern ?
- Wie sind die Verlegungsmöglichkeiten abgestimmt ?

Dieser Antrag ist nur dann entbehrlich, wenn der Leistungsträger vor Beginn der Behandlungsphase einen einheitlichen und beide Phasen umfassenden Bewilligungsbescheid erteilt hat.

Dies wird in der Zukunft verstärkt erfolgen.

In diesen Fällen genügt eine Mitteilung an den Leistungsträger über den Wechsel in die Adaptionsphase.

Kosten

Der Vergütungssatz der Adaptionseinrichtung muss – entsprechend der Aufgabenstellung – deutlich unter dem Vergütungssatz der Langzeiteinrichtung liegen.

Rolf-Bernd Lappe ist Leiter der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft in der LVA Westfalen

Über die nordrhein-westfälischen Adaptionseinrichtungen informiert eine Broschüre, die Anfang 2001 als Kooperationsprodukt der Koordinationsstellen Sucht der Landschaftsverbände Rheinland (Köln) und Westfalen-Lippe (Münster) herausgegeben wurde: Adaptionsangebote für Abhängigkeitskranke in Nordrhein-Westfalen (s. S. 60)

Bericht über die Diskussion zum Thema Adaption

Eine mit den vorausgehenden Themen vergleichbare und auswertbare Diskussion fand zu den zwei zu diesem Thema gelieferten Darstellungen nicht mehr statt – was sicherlich an der Tatsache lag, dass es zum Einen eben zwei Referate gab, die jeweils für sich sprachen, was aber gewiss auch an der fortgeschrittenen Zeit lag.

Deutlich wurde, dass die Bereiche der Nachsorge in den Niederlanden und der Adaption in Deutschland nur begrenzt miteinander vergleichbar sind, ist Nachsorge doch ein auf die stationäre Therapie folgender Teil des Behandlungssystems und Adaption ein integraler Bestandteil der »medizinischen Rehabilitation Suchtkranker«, gewissermaßen die »Abnabelungsphase« der stationären Behandlung. Wie von Herrn Lappe eingangs dargestellt, kam es 1994 zu einer Veränderung der Strukturen der medizinischen Rehabilitation mit der Adaption als Phase 2. Bis dahin hatte es eine eigenständige Nachsorge, die sicherlich leichter zu vergleichen gewesen wäre mit der niederländischen »Nazorg«, eben auch auf deutscher Seite gegeben.

Die Darstellungen von Herrn Lappe als Vertreter des in Westfalen-Lippe für die Finanzierung der Medizinischen Rehabilitation, und somit auch der Adaption, zuständigen Kostenträgers waren für die niederländische Seite von großem Erkenntniswert, was das Verständnis für die komplizierten und vom niederländischen Alltag deutlich abweichenden Strukturen des deutschen Hilfesystems betrifft.

Auswertung der Tagung durch die WESD-Mitglieder

Die Mitglieder des WESD-Verbandes waren zu ihrer Frühjahrsklausurtagung des Jahres 2002 drei Tage lang Gast in den Niederlanden und nutzten einen Tag ihrer Anwesenheit dort für einen themenorientierten Austausch mit niederländischen Kolleginnen und Kollegen. Natürlich gehörte zum Programm des letzten Tages auch eine Auswertung dieser Begegnung, die mit den beiden BINAD-Vertretern Hans van Ommen und Rüdiger Klebeck gemeinsam durchgeführt wurde.

Im Folgenden werden die wesentlichsten Eindrücke und Erkenntnisse aus Sicht der deutschen Teilnehmer wiedergegeben.

Grundsätzliches Resumee

Alle Teilnehmer beurteilten diese Begegnung mit ihrem Informationsaustausch durch Referate und Diskussionen ausgesprochen positiv und ertragreich. Bis auf einige Ausnahmen hatten die Teilnehmer bislang noch keine beruflichen Kontakte in die Niederlande, so dass die inhaltliche Auseinandersetzung mit niederländischen Kollegen ein Auftakt war, für den sich die WESD-Mitglieder durchaus eine Fortsetzung vorstellen können.

Deutlich war, dass die Gestaltung des inhaltlichen Austausches – fünf Themen waren aus den WESD-Reihen zuvor benannt worden – einen produktiven Rahmen darstellten, zumal die einführenden Referate je nach Thema von deutscher oder niederländischer Seite gehalten wurden. Grundsatz für die Planung dieser Veranstaltung war, dass beide »Seiten« möglichst gleichberechtigt Raum finden und weder die deutschen noch die niederländischen Teilnehmer das Geschehen dominieren. Obwohl die Zahl der deutschen Teilnehmer mit 14 eben doch deutlich höher lag – acht niederländische Fachleute nahmen Teil – verliefen die Diskussionen ausgewogen.

Nicht unerheblich für das Gelingen war die Simultanübersetzung, die gewährleistetete, dass alle Teilnehmer in ihrer Muttersprache sprechen konnten – eine wichtige Voraussetzung für einen »reibungslosen« Ablauf der Veranstaltung, ohne dabei, wie leider sonst häufig üblich, von niederländischen Teilnehmern zu erwarten, dass sie mit der deutschen Sprache wie selbstverständlich umgehen können.

Kennzeichnend für die Begegnung war die positive Atmosphäre und die Offenheit aller Beteiligten für die jeweils »andere Seite«, die uneingeschränkte Akzeptanz der Kompetenz der »Anderen« sowie der durchgängig wahrzunehmende Wunsch, von den dargestellten Erfahrungen und Sichtweisen zu lernen und die Ergebnisse so weit wie möglich für die Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen »Alltagswelt« zu nutzen. Dabei ging es dann weniger um die Erwartung, »Rezepte« für bestimmte Fragestellungen oder Problembereiche zu erhalten, sondern der fachliche Austausch, das gemeinsame Gespräch stand im Vordergrund.

In der Vergangenheit war als Basis für den Blick über die deutsch-niederländische Grenze häufig die Einteilung in »Lernende« – die Deutschen – und »Unterweisende« – die Niederländer – gegeben. Ein solches »Gefälle« gab es hier nicht. Trotz aller gegebenen Unterschiede und den daraus folgenden abweichenden Entwicklungen der Hilfesysteme und gewissen Vorteilen des niederländischen Systemes (siehe nächster Abschnitt) behielten die deutschen Teilnehmer ihr professionelles Selbstbewusstsein. Niemand hatte das Gefühl, in seiner Kompetenz nicht Ernst genommen zu werden.

In der Vergangenheit war als Basis für den Blick über die deutsch-niederländische Grenze häufig die Einteilung in »Lernende« (die Deutschen) und »Unterweisende« (die Niederländer) gegeben

Einige vergleichende Ergebnisse

- Die Arbeit in dem regionalisierten Hilfesystem der Niederlande weist einige Vorteile dem deutschen System der vielgestaltigen Trägerlandschaft gegenüber auf. Innerhalb dieser Verbünde ist eine »fruchtbarere« Arbeit möglich, es gibt wesentlich weniger Reibungsverluste durch Kompetenzstreitigkeiten und Konkurrenz. Allerdings besteht nicht die Illusion, ein vergleichbares Modell auf Deutschland zu übertragen, da die Kostenträgerstrukturen zu unterschiedlich sind.
- Die Inhalte der Arbeit in den Einrichtungen werden in Deutschland sehr stark von den Kosten- bzw. Leistungsträgern beeinflusst – in den Niederlanden geht die Initiative für Veränderungen und Weiterentwicklungen stärker von den regionalen Verbänden aus. Nur selten gibt es verbindliche Vorgaben wie etwa im Falle der Motivationsarbeit – siehe Referat des Kollegen Hulshof und Zusammenfassung der anschließenden Diskussion. Der Aufbau der Motivationsarbeit in sog. »Intramural Motivatie Center« (IMC, stationäre Motivationszentren) wurde »verordnet«, entwickelte sich also nicht aus einer Initiative der regionalen Träger.

Das niederländische Hilfesystem weist eine eindeutig stärkere Ausrichtung auf ressourcenorientierte Ansätze auf, während in Deutschland ein Verharren in alten Mustern zu beobachten ist

- Mit durchaus selbstkritischem Blick wurde eine gewisse Trägheit des deutschen Hilfesystemes festgestellt: Die Reaktionen sind zu langsam und es wird zu wenig initiativ in Entwicklungen eingegriffen – was auch mit der anderen Gestaltung der Trägerlandschaft und den damit verbundenen unterschiedlichen Trägerinteressen sowie sich daraus ergebenden Konkurrenzen zu tun hat.
- In Deutschland liegt ein stark spürbarer Einfluss der Justiz auf die Drogenhilfe vor, Folge ist eine deutliche Justizorientierung des Hilfesystemes, während das niederländische Hilfesystem sehr viel stärker klientenorientiert arbeiten kann und der Durchschnitt der Klienten auch ein höheres Maß an Freiwilligkeit aufweist.
- Das niederländische Hilfesystem weist eine eindeutig stärkere Ausrichtung auf ressourcenorientierte Ansätze auf, während in Deutschland ein deutlich wahrnehmbares Verharren in alten Mustern zu beobachten ist – »Die Therapeuten bestimmen, was gut ist«. Es erschien den Teilnehmern lohnenswert, die Übertragung einer modifizierten Variante der Motivationseinrichtungen, verbunden mit der Intervalltherapie, zu diskutieren.

Mögliche künftige Themen

Insgesamt wurde eine Folgeveranstaltung mit einer ähnlich umfassenden Vorbereitung als sinnvoll und wünschenswert angesehen.

Neben der bereits genannten Diskussion der Motivationsbehandlung, die nach dieser ersten gemeinsamen Veranstaltung innerhalb des WESD-Verbundes stattfinden kann, bieten sich noch einige Themen für einen erneuten deutsch-niederländischen Austausch an:

- Umgang mit dem Rückfall
- Gemischte Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigen sowie Spielsüchtigen
- Kundenorientierung

Einige der WESD-Mitglieder können sich für die Zukunft gegenseitige Besuche zur Vertiefung der Kontakte und des Austausches vorstellen; angeregt wurde auch, eine nächste Begegnung in einer der beteiligten Einrichtungen stattfinden zu lassen, eventuell auch in einem kleineren, an einem einzelnen Thema interessierten Kreis.

Resümee aus niederländischer Sicht

Ruud Rutten hat in der April-Ausgabe der »TACTUS-Tribune«, der Mitarbeiterzeitschrift des TACTUS-Hilfesystemes, in einem Beitrag über die wichtigen Themen und Vorkommnisse der letzten Zeit auch ein Resümee der Zusammenkunft mit den deutschen Kollegen gezogen, dass hier nicht fehlen soll. Er schreibt:

»Wir hatten eine interessante Begegnung mit Vertretern des deutschen Behandlungssystemes. Organisiert durch BINAD hielten sich deutsche Fachleute in Almén auf, um Themen ihres Verbandes zu diskutieren. Für einen Tag stießen wir dazu, um unsere Erfahrungen miteinander auszutauschen.

Es war ein außergewöhnlich angenehmer und fesselnder Tag. Bezüglich der Behandlung und der Sichtweise unterscheiden sich die Niederlande und Deutschland immer weniger. Auf niederländischer Seite setzen wir mehr und mehr »Zwang- und Drang«-Behandlung ein – etwa im Zusammenhang mit der »SOV«-Entwicklung (*Strafrechtlicher Auffang Abhängiger, etwas ähnliches wie »Therapie statt Strafe«*) oder in unseren eigenen forensischen Kliniken. Und in Deutschland weitet sich der Blick immer mehr auf die Möglichkeiten freiwilliger Behandlung und der »sozialen Suchthilfe«. Die Deutschen waren vor allen Dingen interessiert daran, in welcher Weise sich bei uns im Verlauf der Jahre das Angebot der klinischen Behandlung entwickelt hat – eine Entwicklung von den Therapeutischen Gemeinschaften hin zu kürzer währenden Behandlungsmethoden, die überwiegend auf verhaltenstherapeutischer Grundlage beruhen sowie hin zu den kürzlich entwickelten niedrigschwelligen Kliniken. Vor allem das gemeinsame Behandeln verschiedener Abhängigkeitsformen in einem Programm ist für Deutschland neu und interessant.

Umgekehrt ist für uns ausgesprochen interessant zu hören, wie in Deutschland Klienten, die (auch von Methadon) entziehen, gemeinsam behandelt werden mit Klienten, die auf Methadon eingestellt werden. Die Resultate erschienen gut zu sein und wir werden uns sicherlich intensiver damit auseinandersetzen, wie diese Resultate erreicht werden.

Wir werden auf diese Begegnung noch zurück kommen. So wird die geplante Veröffentlichung der Vorträge und der Diskussionsergebnisse natürlich auch auf niederländischer Seite zur Verfügung gestellt werden. Ebenso denken wir über eine entsprechende Folgeveranstaltung nach.«

Wir werden auf diese Begegnung noch zurück kommen

TACTUS

■ Hulshof, Adri

Piet Heinstraat 27
Postbus 106
7200 AC Zutphen
Tel. 0031 (0)575 95 43 00
Fax 0031 (0)575 54 11 91

■ Katenberg, Thie

Piet Heinstraat 27
Postbus 106
7200 AC Zutphen
Tel. 0031 (0)575 95 43 00
Fax 0031 (0)575 54 11 91

■ Peeters, Geert

Piet Heinstraat 27
Postbus 106
7200 AC Zutphen
Tel.: 0031 (0)575 95 43 00
Fax: 0031 (0)575 54 11 91

■ Rutten, Ruud

Piet Heinstraat 27
Postbus 106
7200 AC Zutphen
Tel. 0031 (0)575 95 43 00
Fax 0031 (0)575 54 11 91
E-Mail: r.rutten@tacuts.nl

■ Van de Kamp, Marinus

Waalbandijk 55
6658 KA Beneden Leeuwen
Tel. 0031 (0)487 592327
Fax 0031 (0) 487 594432

■ Vermeer, Maya

Ripperdastraat 8
Postbus 417
7500 AK Enschede
Tel. 0031 (0)53 43 19 761
Fax 0031 (0)53 43 42 324

WESD

■ Bergmann, Marie-Luise

Fachklinik IM DEERTH
Im Deerth 6
58135 Hagen
Tel. 0049 (0)2331 90 840
Fax 0049 (0)2331 90 84 90
E-Mail: mail@deerth.de

■ Buschkamp, Monika

Sozialtherapeutische
Wohngemeinschaft
Rosa-Luxemburg-Str. 41
59073 Hamm
Tel. 0049 (0)2381 68 041
Fax 0049 (0)2381 32 491
E-Mail: adaptation@afj-hamm.de

■ Dörner, Joachim

Bussmannshof
Hektorstraße 8
44869 Bochum
Tel. 0049 (0)2327 97 540
Fax 0049 (0)2327 76 011
E-Mail:
bussmannshof@drogenklinik.de

■ Glaeske, Harry

Fachklinik IM DEERTH
Im Deerth 6
58135 Hagen
Tel. 0049 (0)2331 90 840
Fax 0049 (0)2331 90 84 90
E-Mail: mail@deerth.de

■ **Haber, Uwe**

Therapiezentrum Vorhalle
Vorhaller Str. 2
58089 Hagen
Tel. 0049 (0)2331 30 29 94
Fax 0049 (0)2331 30 50 33

■ **Helsper, Roland**

Nachsorge Dortmund
Wellinghofer Str. 103
44263 Dortmund
Tel. 0049 (0)231 41 25 26
Fax 0049 (0)231 41 22 18
E-Mail: na-do@t-online.de

■ **Horn-Wiegand, Susanne**

Adaptionshaus Södingstraße
Södingstraße 20
58095 Hagen
Tel. 0049 (0)2331 92 48 77
Fax 0049 (0)2331 92 48 78
E-Mail: mail@adaption.de

■ **Koster, Dick**

Therapeutische Gemeinschaft
Casum / Loxten
Casumer Str. 2
33829 Borgholzhausen
Tel. 0049 (0)5425 50 08
Fax 0049 (0)5425 73 59
E-Mail: therap-gemeinschaft.
casum@t-online.de

■ **Rehaag, Georg**

Fachklinik Extertal
Sternbergstraße 15
32699 Extertal
Tel. 0049 (0)5262 94 650
Fax 0049 (0)5262 94 65 15

■ **Schül, Wolfram**

Haus Regenbogen
Niedernfeldstr. 9
32429 Minden
Tel. 0049 (0)571 73 288
Fax 0049 (0)571 57 891
E-Mail: Haus-Regenbogen@gmx.de

■ **Teunißen, Sybille**

Beusingser Mühle
Beusingen 36
59505 Bad Sassendorf
Tel. 0049 (0)2927 32 14 14
Fax 0049 (0)2927 13 46
E-Mail: Beusingser-Muehle@
diakonie-hsk-soest.de

■ **Trapp, Regina**

Fachklinik IM DEERTH
Im Deerth 6
58135 Hagen
Tel. 0049 (0)2331 90 840
Fax 0049 (0)2331 90 84 90
E-Mail: mail@deerth.de

■ **Weber, Karl**

Fachklinik RELEASE
Merschstr. 49
59387 Ascheberg-Herbern
Tel. 0049 (0)2599 93 850
Fax 0049 (0)2599 93 85 85
E-Mail: release@afj-hamm.de

Als Gast:

■ **Lappe, Rolf-Bernd**

LVA Westfalen
Gartenstraße 194
48147 Münster
Tel. 0049 (0)251 238-6200
Fax 0049 (0)251 238-2960

BINAD

■ van Ommen, Hans

BINAD NL
Korte Hengelosestraat 24
Postbus 417
7500 AK Enschede
Tel.: 0031 (0)53 433 1414
Fax: 0031 (0)53 434 3287
E-Mail:
h.vanOmmen.binad@tactus.nl

■ Klebeck, Rüdiger

BINAD
Warendorfer Str. 25-27
48133 Münster
Tel.: 0049 (0)251 591 32 68
Fax: 0049 (0)251 591 - 5499
E-Mail: r.klebeck@lwl.org



Bezug der Broschüre:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Koordinationsstelle Sucht
Warendorfer Str. 25-27
48133 Münster
Tel. 02 51-5 91-55 38
Fax 02 51-5 91-54 84
E-mail: j.koerner@lwl.org
Intnet (download): www.bik-net.de

Landschaftsverband Rheinland

Koordinationsstelle Sucht
Dezernat 8
50663 Köln
Tel. 02 21-8 09-66 50
Fax 02 21-8 09-66 57
E-mail: k.holze@lvr.de