

Zukunft der Suchtkrankenversorgung*

Anrede

Zunächst einmal möchte ich mich für die Einladung nach Lübeck bedanken. Nicht nur, weil ich dann auch meine Kinder und meine Enkeltochter hier in Lübeck besuchen kann. Das auch, vor allen Dingen aber für eine wichtige Erfahrung. Auch nach 7 Jahren im Ruhestand und Abstand von der „Szene“ war es mir möglich, mit ehemaligen Kolleginnen und Kollegen zu sprechen, alte Kontakte aufleben zu lassen und zu erleben, dass es nach wie vor eine große Offenheit im Gedankenaustausch gibt, die mir immer wichtig war. Sie wissen: Offenheit macht verletzlich, macht angreifbar, ist aber die einzige Möglichkeit, gemeinsam Gedanken weiter zu entwickeln.

Deshalb war mein erster Gedanke, etwas zur Entwicklung von Konzepten zu erzählen, und mich dabei auf die Technik des Dialoges zu beziehen (dieses Bild stammt aus dem Buch „Dialogische Intelligenz“, welches im letzten Jahr erschienen ist). Das würde aber in die falsche Richtung führen, so dass ich nur noch einen meiner Vorgänger als DHS-Vorsitzender (das war ich vor meiner Zeit als Geschäftsführer auch mal) zitieren möchte. Er sagte: „Machen wir uns nichts vor, es geht immer nur um Geld, Macht und Einfluss.“ Das ist nun nicht suchtspezifisch, es hilft aber sehr, wenn man daran interessiert ist, aus welchen Gründen und vor welchem Hintergrund Äußerungen zu verstehen und Entwicklungen zu begreifen sind.

Eine zweite Vorbemerkung: Wir reden und entwickeln auf hohem Niveau. Wäre Udo Nabitz nicht hier, hätte ich gesagt, dass wir in Deutschland die beste Suchtkrankenversorgung der Welt haben. So sage ich, dass die Niederlande und Deutschland die führenden Länder in der Welt sind, wenn es um qualifizierte, langfristig angelegte Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen geht. Das bedeutet, dass wir auf ausgesprochen hohem Niveau weiter entwickeln – und das ist richtig. Deshalb auch mein Dank an die DG Sucht, diese Initiative ergriffen zu haben.



Was ist mein Ausgangspunkt?

Die DHS, damals noch Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, entwickelte zur Jahrtausendwende ihr „Positionspapier 2001“ unter dem Titel „Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe“. Was steht da drin?

In vielen Passagen habe ich mich wiedergefunden, weil ich heute immer noch so spreche, und das Meiste finde ich nach wie vor richtig, so dass man dieses Papier quasi als Folie neh-

*) Vortrag am 22. 1. 2016 im Rahmen der Zukunftswerkstatt „Zukunft der Suchtkrankenversorgung der DG Sucht in Lübeck

men könnte, auf der abzutragen ist, was sich entwickelt hat und was noch zu tun bleibt. Aber die Zusammenfassung zur Steuerungsproblematik?

„Strukturelle Defizite der Suchtkrankenhilfe sind nicht zuletzt durch die wenig koordinierte Koexistenz einer Vielzahl von Kosten- und Leistungsträgern sowie Angebotsformen bedingt. Vor allem die Kooperation auch über die Grenzen der Versorgungssektoren hinaus sowie Strukturplanung und -steuerung im Verbund aller Akteursgruppen bedürfen der Intensivierung. Diesbezüglich bisher zur Verfügung stehende Instrumente haben sich als nur begrenzt geeignet erwiesen. Daher besteht die Notwendigkeit, neue, konsensorientierte Planungs- und Kooperationsstrukturen zu implementieren. Entsprechende Methoden der modernen Sozialplanung integrieren quantitative und qualitative Planungsschritte. Sie setzen die Diskurs- und Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten voraus.“ Nicht falsch – aber es überzeugt mich nicht mehr.

Deshalb frage ich mich heute, ob die Zusammenfassung generell richtig ist. Wir haben stringent darüber nachgedacht, was die Rahmenbedingungen sein sollten, um Menschen mit einer Suchtproblematik optimal helfen zu können.

Wir glaubten zu wissen, was die Menschen brauchen, und jeder der Beteiligten (Geld, Macht und Einfluss) wusste, dass sein Teil der Interventionen der notwendigste sei.

Aber: Wir haben zu wenig vom Suchtkranken aus gedacht – das wäre mein erstes Fazit. Wir haben natürlich über Klientenzentrierung gesprochen, aber klientenzentriert heißt ja noch nicht grundsätzlich, seine eigene Haltung zum Klienten zu verändern.

Zwei weitere Papiere fielen mir bei der Vorbereitung noch in die Hände.

a) Es muss 1997/1998 gewesen sein, als ich einen Aufsatz zum Thema „Hilfe für Suchtkranke als gesellschaftliche Aufgabe. In der Zusammenfassung „Wo besteht Veränderungs- und Regelungsbedarf“ schrieb ich:

1. Die Behandlung Suchtkranker sollte wohnortnah erfolgen...
2. Neben den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe muss insbesondere das medizinische Hilfesystem in die Lage versetzt werden, Suchtkranken adäquate Hilfen anzubieten.
3. Die Behandlungsdauer ist individuell zu gestalten...
4. Suchtkranke müssen zu jedem Zeitpunkt problemlos und ohne bürokratische Hemmnisse Hilfestellung erhalten können.
5. Die Angehörigen sind in die Arbeit einzubeziehen. Sie haben ebenfalls ein Recht auf Hilfe und dienen nicht primär der Einflussnahme auf den Abhängigen.
6. Selbsthilfegruppen sind als eigenständiges Hilfeangebot anzuerkennen (und zu unterstützen).
7. Gemeinsame Planung der Hilfeeinrichtungen in der Region.
8. Politische Steuerung, Strukturverantwortung im Bundesland.
9. Die Zugangswege zur medizinischen Rehabilitation müssen verändert werden.
10. Veränderungen in den Vorschriften der „Empfehlungsvereinbarung“.

b) Dr. Günther Wienberg hielt bei der DHS-Fachkonferenz 2005 einen Vortrag mit dem Titel: „Das System der Hilfe für suchtkranke Menschen in Deutschland – es kann mehr.“ Er benannte fünf zentrale Defizite des Versorgungssystems für Menschen mit Alkoholproblemen:

1. Es ist auf Teilpopulation fokussiert ...
2. Es ist zu stark auf das Ziel Abstinenz fixiert...

3. Es erreicht Betroffene zu spät...
4. Es agiert „versäult“...
5. Es verschwendet Ressourcen...

Und fasst dann zusammen: „Ein Oberziel für das Hilfesystem muss es sein, Konzepte und Strategien der Versorgung darauf auszurichten,

- möglichst viele Menschen
- in der Region
- möglichst frühzeitig

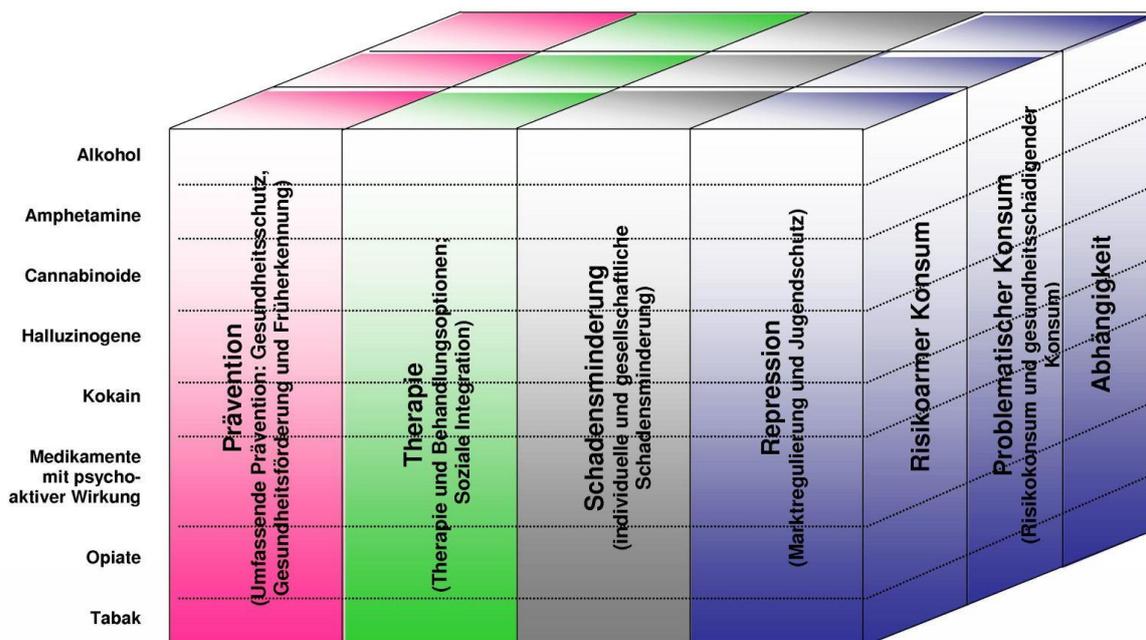
zu erkennen und ihnen Hilfeangebote zu machen,

- die zieloffen und akzeptabel,
- wirksam und wirtschaftlich und
- aufeinander abgestimmt und verknüpft sind.

Ich wollte das noch einmal in Erinnerung rufen. Mein Vortrag, der jetzt folgt – das sind eher Blitzlichter im bisher dargestellten Kontext.

Wissenschaft

Die Quelle der nächsten Grafik liegt in der Schweiz. Ich habe diesen Würfel in meinen Vorträgen gerne verwendet, zeigt er doch zunächst einmal die Komplexität des Themas auf.



Und natürlich ist es leichter, Teilaspekte zu diskutieren und dann dafür Lösungen zu finden, als alles auf einmal lösen zu wollen. Und doch ist das ja das größte Problem: Die einzelnen Teilaspekte wieder in einen Zusammenhang zu stellen und dann auch noch zu gewichten, was getan werden sollte.

Alles sind Teile einer Versorgung, aber Teile sind nicht „die“ Versorgung. Das ist schon mein Eindruck, dass wir auf der einen Seite sehr kleinteilig arbeiten, dass das eigene Arbeitsfeld, die eigenen Zuständigkeit bei uns so sehr im Vordergrund steht – auf der anderen Seite immer wieder Unterthemen öffentlich diskutiert werden, die relativ wenig Relevanz für eine gesellschaftliche Diskussion haben.

Deshalb ist es meines Erachtens dann besonders wichtig, den Zusammenhang wieder herzustellen. Wie fügt sich das Detail in den großen Rahmen ein? Oder wollen wir wirklich, dass immer kleinteiliger gearbeitet wird?

Leitlinien

Ich möchte hier keine Leitliniendiskussion anzetteln, sondern anerkennend sagen, dass wir gute Leitlinien für die Behandlung haben, dass der Prozess der Leitlinien-Überarbeitung viele Menschen zusammen gebracht hat. Wir wissen, wie Behandlung geht. Die Frage ist doch nur, wen interessiert das, wen interessieren die Leitlinien?

Da es sich ja um „medizinische“ Leitlinien handelt, sollten die Ärzte damit umgehen. Doch hier herrscht nach wie vor die Meinung – gerade bei „weichen Themen“ wie Abhängigkeit und Konsum - dass der normale Menschenverstand ausreicht, um hier hilfreiche Hinweise geben zu können. Und das ist ja leider nicht nur in den Arztpraxen – auch der Psychiater und Neurologen – so, sondern diese Haltung reicht immer noch bis in spezialisierte Abteilungen hinein. Hier hat die verfasste Ärzteschaft eine ebenso große Aufgabe vor sich wie Klinikleitungen und andere Beteiligte.

Früherkennung - Ausstieg ohne formale Hilfen

Logisch müssten jetzt hier die Aussagen zur Früherkennung in ärztlichen Praxen ebenso kommen wie über die Initiierung von Ausstiegen. Das wird sicherlich im Vortrag von Hans-Jürgen Rumpf behandelt werden. Nur so viel: Ohne diese Remissionen wäre das Hilfesystem schon lange kollabiert.

Mitarbeitende

„Die Arbeit ist immer brutaler geworden“ – das ist die Aussage eines langjährigen Mitarbeiters in einer Beratungsstelle, den ich wegen seines Einsatzes, seiner Kompetenz und seiner Kooperationsbereitschaft sehr schätze. Er bezieht sich dabei auf Dokumentationspflichten und Finanzierungsprobleme – aber auch auf die praktischen Anforderungen. Diese Klagen habe ich auch aus anderen Tätigkeitsfeldern in unserem Arbeitsgebiet gehört und wir müssen sie sehr ernst nehmen.

Auf der anderen Seite habe ich nach wie vor den Eindruck, dass das Etikett „Du hast es aber schwer, Du gehst mit Suchtkranken um“ einen Schonraum schafft. Auch bei den Mitarbeitern im sozialarbeiterischen und therapeutischen Bereich gibt es immer noch viele Freiheiten. Insbesondere im Umgang mit Methoden, die sehr eklektizistisch verwendet werden. Wenn es denn hilft, ist mir auch das egal.

Was mir aber schwer erträglich ist, wenn ich auf leitende Mitarbeiter im stationären und ambulanten Setting treffe, die falsche Dinge erzählen, die meinen, ihr persönlicher Blick reiche aus, um das Arbeitsfeld beschreiben und erklären zu können. In den zurückliegenden Jahren gab es schon eine Menge Situationen, in denen ich mich für das Nichtwissen oder die Ignoranz von Mitarbeitenden geschämt habe. Es wäre schön, wenn das „Jahrbuch Sucht“ nicht nur den Schreibtisch ziert, sondern die Inhalte auch zur Kenntnis genommen würden.

Denn, das zur Abrundung: Unser Arbeitsfeld, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, arbeiten erfolgreich. Erfolgreicher als bei anderen chronischen Erkrankungen. Dummerweise kommen nur die weniger erfolgreich Behandelten wieder.

Selbsthilfe

Die Selbsthilfe, das wissen Sie, liegt mir in besonderer Weise am Herzen. Wobei „die Selbsthilfe“ als Sammelbegriff natürlich falsch ist. Es geht doch um Selbsthilfegruppen, um Selbsthilfeverbände und um Menschen in der Selbsthilfe. In der Finanzierung „dazwischen gemogelt“ haben sich noch die Selbsthilfekontaktstellen, die sich inzwischen auch als „die Selbsthilfe“ verstehen. Die Menschen – und das ist das erste Problem – werden in der traditionellen Selbsthilfe immer älter. Und dadurch – das ist das zweite Problem – werden es immer weniger Mitglieder. (Die Aufwendungen für Kränze übersteigen die für das jährliche Grillfest.)

Doch es ist auch nicht ganz so wichtig, ob es die Selbsthilfeverbände in der jetzigen Form weiter geben wird. Wichtig ist, dass die im System unverzichtbare Hilfe, die durch Gruppen und durch freiwilliges Engagement möglich ist und genutzt werden kann, weiter zur Verfügung steht. Darum möchte ich auch lieber von „Selbsthilfefreundlichkeit“ sprechen. Ist eine Fachklinik, ist eine Beratungsstelle, ist ein psychiatrisches Krankenhaus oder dessen Institutsambulanz selbsthilfefreundlich? Wir wissen, dass es quasi „zum guten Ton“ gehört, beim Entlassungsbericht „Weitervermittlung in die Selbsthilfe“ anzukreuzen, aber die Menschen kommen nicht an. Da kann wirklich mehr getan werden.

Dafür gibt es auch Zahlen. Eine Sonderauswertung von BADO in Hamburg erbrachte wesentlich bessere Werte für die Klienten, die entweder vor, während oder nach der Behandlung Selbsthilfegruppen besucht hatten.

Noch das Stichwort der Subsidiarität: Subsidiarität in unserer Gesellschaft bedeutet Selbsthilfe vor Fremdhilfe, oder etwas korrekter ausgedrückt: Zunächst einmal sollte die Hilfe im personennäheren Umfeld erbracht werden.

Kooperation 1

Kooperation ist da ein gutes nächstes Stichwort. Viele Mitarbeiter in Beratungsstellen haben mir erzählt, wie sie Klienten in die Selbsthilfe „geschickt“ hätten. Diese wären dann zurückgekommen und hätten sich über diese Gruppe ausgelassen mit der Konsequenz: Da gehe ich nicht wieder hin. Damit war für den Sozialarbeiter der Fall erledigt, diese Gruppe abgehakt. Kooperation würde für mich allerdings bedeuten, dass man miteinander spricht, damit die Gruppe auch erfährt, was sie falsch gemacht hat, warum sie nicht infrage kommt.

Das kostet – individuell gesehen – wieder Zeit. Aus meiner Sicht lohnt es sich, weil allein in einem Gespräch wieder Ressourcen freigesetzt werden können, die hinterher zusätzlich zur Verfügung stehen.

Die Ergebnisse des Projekts CNN – Chancen nahtlos nutzen – sind in der Selbsthilfe angekommen und werden adaptiert (Kooperation mit Beratungsstellen; neue Art der Vorstellung in Kliniken), im professionellen Bereich besteht aus meiner Sicht ein größerer Handlungsbedarf. Die Chancen der Kooperation sind überwiegend weder erkannt noch werden sie genutzt.

Kooperation 2

Kooperation – davon bin ich überzeugt – zahlt sich aus. Aber Kooperation kann auch anstrengend sein, sich nicht sofort „auszahlen“. Deshalb erkenne ich den Trend, lieber Lösungen „aus einer Hand“ anzubieten. Es gibt erste Träger, denen es möglich ist, „Komplettlösungen“ aus einer Hand, weitgehend finanziert durch Mittel der Krankenversicherung, anzubieten.

Das ist für mich keine moralische Frage, sondern wieder muss abgeprüft werden, ob es für den Patienten oder die Patientin gut ist. Gibt es noch eine Wahlfreiheit, gibt es Alternativen in der Hilfe und Unterstützung? Denken die Menschen mit dem Patienten oder vom Patienten aus? Die Frage bleibt: Was ist die optimale Struktur?

Nachfrage heute

Die Inanspruchnahme der Hilfen ist weitgehend stabil. Cannabiskonsumenten drücken den Altersschnitt etwas nach unten, Konsumenten von illegalen Drogen sind im Hilfesystem bekannt und dokumentiert und werden älter, bei Alkohol tut sich auch nicht viel, das Durchschnittsalter beim Erstkontakt liegt noch zwischen 45 und 50. Das bedeutet, dass weniger Menschen allein aufgrund der Alterspyramide Hilfe suchen werden.

Nur drei Beispiele: Besteht der Geburtsjahrgang 1964 in Deutschland noch aus 1.414.000 Personen, so sind es im Jahrgang 69 1.258.000 und im Jahrgang 1975 nur noch 915.000 Personen.

Aber natürlich sagen die Zahlen der Erstkontakte in den Beratungsstellen oder Anträge auf medizinische Rehabilitation noch nicht alles über den Umfang des Problems aus. Wie kann es gelingen, Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik früher in Behandlung zu bringen – diese zentrale Frage haben wir uns immer wieder gestellt. Etwas weiter gekommen sind wir bei der Früherkennung in der Arztpraxis, erste Krankenkassen zahlen modellhaft, aber der große Wurf ist das noch nicht.

Angebote heute

Was hat sich in den letzten Jahren verändert und wo stehen wir heute? Zurückgehende Mittel der Kommunen haben zu Einschränkungen in den Angeboten geführt. Das betrifft sowohl den Drogen- als auch den Alkoholbereich; im Bereich der Medien und des Internets gibt es Projekte, aber kaum langfristige Förderung. Dennoch: Menschen mit einer Abhängigkeit oder problematischem Konsum bekommen die Hilfe, die sie benötigen.

Was sich verändert hat, ist, dass kaum mehr jemand (Ausnahme: Antritt der Entgiftung im Rettungswagen) unvorbereitet kommt. Es gibt Informationen, die man sich im Internet gesucht hat, und man kann feststellen, dass einfache Regeln auch schon ausprobiert wurden. Deshalb ist es dankenswert, wenn sich bereits seit geraumer Zeit Einrichtungen auf diese Situation einstellen. Ich zeige Ihnen hier das spezialisierte Angebot von Kointer.de vom Verein Jugend hilft Jugend in Hamburg. Entsprechende Angebote machen inzwischen auch eine Reihe von stationären Einrichtungen. In unterschiedlichen Qualitäten und in unterschiedlicher Intensität. Aber es ist doch toll, dass auf diese Art und Weise Patienten im Ausland mit geringem Aufwand betreut werden können.

Fakt ist, dass das Internet oder besser ausgedrückt „neue Technologien“ das Angebot der Suchthilfe verändern werden. Die Kommunikationsstrukturen verändern sich und ein posi-

Die erste Suchtberatung für Hamburg

Kointer.de ist die erste virtuelle Online Suchtberatung für Hamburg. Sie bietet qualifizierte Beratung für alle suchtmittelgefährdeten und -abhängigen Jugendlichen und Erwachsenen, Angehörige sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Institutionen aus Hamburg. Kointer.de ist kostenlos, vertraulich und auf Wunsch anonym.

Es stehen verschiedene Beratungsangebote zur Verfügung.

Das Kointer-Team berät bei Suchtproblemen und Fragen, z. B. zu den Themen Alkohol, illegale Suchtmittel, Medikamente oder Glücksspiel. Einen besonderen Schwerpunkt bildet aber der Bereich »neue Medien« (z. B. Online- oder Computersucht).

Beratungsformular

Hier können Fragen gestellt oder Probleme geschildert werden. In der Regel gibt es innerhalb von 24 Stunden eine Antwort durch eine Beraterin oder Berater.

[Zum Beratungsformular](#)

CheckUp

Mit diesem Fragebogen kann man das Konsumverhalten von sich, oder jemand um den man sich Sorgen macht, prüfen und eine erste Einschätzung erstellen lassen.

[Zum CheckUp](#)

Beratungschat

Hier gibt es die Möglichkeit interaktiv in Echtzeit mit einem Berater oder einer Beraterin per Text zu kommunizieren. Termine können individuell vereinbart werden.

[Zum Beratungschat](#)

Konsumtagebuch

Du dokumentierst Dein Konsumverhalten in einem Tagebuch, auf Wunsch zusammen mit uns.

[Zum Konsumtagebuch](#)

Beratungstelefon

Wir bieten telefonische Beratung in deutscher, russischer oder türkischer Sprache an.

[Zum Beratungstelefon](#)

KODROBS

Du kannst auch vorbeikommen, wir haben Beratungsstellen in verschiedenen Hamburger Stadtteilen.

[Zur KODROBS](#)

als Beispiel: Über eine WhatsApp-Gruppe wissen die Mitglieder unserer Guttempler-Gruppe in Bielefeld sehr gut Bescheid, was läuft. Das verändert auch die Kommunikation in der Gruppe, denn da kann man entweder ansetzen und nachfragen, oder aber man weiß bestimmte Dinge bereits und das Blitzlicht zu Beginn der Gruppe bekommt andere Schwerpunkte und manchmal auch andere Tiefe.

In den letzten Tagen gab es in den facebook-Gruppen der Selbsthilfeverbände zu neuen Ansätzen (Asklepios) einige Kommentare, die überwiegend abwertend waren. Ein Anzeichen mehr dafür, dass eine Ära in den Verbänden zu Ende geht und eine neue – hoffentlich – beginnen wird. Bernd Thränhardt beschrieb in seinem Buch „Abgesoffen“ seine Trennung von den AA nach fünf Jahren so: „Mit den AA-Stalinisten (und er meinte damit die Gruppe, die immer noch alles so machen möchte wie Bill und Bob es beschrieben haben) konnte ich mich nicht mehr identifizieren.“

Anbieter

Zwei Branchen fallen mir ein, wo in nicht allzu ferner Zeit nichts mehr so ist, wie es früher war. Das sind einmal die Banken (auch die Sparkassen), deren bisheriges Geschäftsmodell nicht mehr trägt, und wo die Niedrigzinspolitik lediglich dazu führt, dass sich der Prozess der Veränderung beschleunigt. Man redet hier nicht von Gefahren, sondern von Herausforderungen. Immer neue „Fintechs“ (Financial Technology) gründen sich. Einmal, um den Banken schlichtere Lösungen für komplexe Probleme zu verkaufen, zum anderen aber auch, um mit diesen Lösungen als Makler oder eigener Anbieter aufzutreten.

Zweites Beispiel die Zeitungen. 15 % der jungen Menschen lesen noch Zeitungen, da wird kein Markt mehr sein. Die Werbung wandert ins Internet und die Verlage wandern hinterher. Ich will mich nicht festlegen, wann das sein wird. Aber einige von Ihnen werden eine gedruckte Zeitung bestenfalls noch als Statussymbol in den Händen halten.

Wenn Sie dann zum Thema „Sucht“ oder „Alkohol“ eine Abfrage bei Google machen, erscheinen viele private Angebote, die aktiv beworben werden – denn auch unser Markt wird sich verändern oder ergänzt werden..

Allerdings – und das ist die gute Nachricht – wird es immer Krankenhäuser geben; wird Beratung face-to-face weiter notwendig sein und auch die Nachfrage nach Rehabilitation allgemein dürfte eher größer werden.

Methoden

Hier gibt es für mich einen schönen Übergang zu den Methoden der Hilfe. Letzten Samstag besuchte ich die Lindenhoftagung in Bielefeld. Eine jährlich stattfindende Fortbildung für alle in der Suchthilfe in Bielefeld (und darum herum) tätigen Menschen. Ein Schwerpunkt war der aus der Psychiatrie heraus entwickelte Ansatz des „Recovery“. Es geht um die Einbeziehung von Betroffenenkompetenz bis hin zur Arbeit als Peer in der Klinik.

Bei der Schilderung standen mir eine Menge Menschen im Suchtbereich vor Augen, die ihre Krankheit nicht nur überwunden hatten, sondern die sie zum Anlass nahmen, fachlich und politisch tätig zu werden, um etwas zu verändern.

Ich denke an Julius Ilsen, den ersten Vorsitzenden eines traditionellen Abstinenzverbandes, der selbst betroffen war und daraufhin den Kreuzbund umgekrempelt und zukunftsfähig gemacht hat. Ich denke an das Programm der AHG – damals hieß sie noch GPT -, Ehemalige für die Mitarbeit in ihren Fachkliniken zu gewinnen, ich denke an manche Therapeutische Gemeinschaft, die genau dieses Konzept – Mitarbeit von Betroffenen - übernommen hatte, so lange sie noch nicht von Pflegesätzen abhängig war.

Ein wichtiger Ansatz auch deshalb, weil er, wie auch Motivierende Gesprächsführung (MI) oder Community Reinforcement Approach (CRA), eine Haltung des Helfers erfordert. Eine Haltung, die offen ist und die immer wieder die Stärken des Patienten in den Mittelpunkt stellt. Eine Haltung, die nicht leichtfertig Medikamente oder kontrolliertes Trinken oder Abstinenz anbietet, sondern die genau hinschaut und fragt: Was will der Patient, was kann der Patient? Will er können? Kann er wollen?

Ich habe das vorhin schon gesagt, ich würde mir mehr Methodentreue wünschen, aber über manualisierte und protokollierte Hilfen wird Udo NabitZ sicherlich auch etwas sagen.

Ein letztes Wort zu Recovery: Letztes Jahr lernte ich in Stockholm Janique kennen, die sich mir als „Recovery Coach“ und trockene Alkoholikerin vorstellte. Auch das ein interessanter Ansatz, aber der gehört in das vorige Kapitel als weitere Möglichkeit, Menschen zu helfen, wenn sie denn wollen.

Qualität

Sie werden bemerkt haben, dass sich zwei Begriffe wie ein roter Faden durch meinen Vortrag ziehen. Das ist einmal die Offenheit, die Haltung im Umgang mit Suchtkranken. Und es ist die Qualität unserer Arbeit, die ja eng damit zu tun hat.

Dann beherrschen Begriffe wie „Qualitätsentwicklung“, „Qualitätsmerkmale“, „Qualitätsprüfung“ und viele andere inzwischen ja Ihren Alltag. Und das nicht nur einfach, sondern gleich mehrfach. Da ist einmal die interne Qualitätsentwicklung, und dann sind es die von den Kosten- bzw. Leistungsträgern vorgegebene Qualitätsstandards. Bei genauem Hinsehen war für mich sehr überraschend, dass alle neuen Vorschläge zur Qualitätssicherung zu einem großen Teil umgesetzt worden sind (Anteil bestimmter Interventionen an der Gesamtbehandlung), sich die Ergebnisse über die letzten Jahre nicht signifikant verändert haben.

Ganz schlicht ausgedrückt bedeutet das, dass sowohl die ärztlichen als auch die therapeutischen Mitarbeiter immer genauere Vorschriften bekommen, ohne dass sich die (guten) Ergebnisse noch weiter verbessern lassen. Dafür aber entfallen 20 % der Arbeitszeit auf Dokumentationspflichten.

Ich möchte das noch verstärken: Hier wird so viel Einfluss genommen – es ist ja nicht nur Einfluss, hier ist es auch die Macht -, dass sich die Vorgaben im Entlassbericht widerspiegeln müssen.

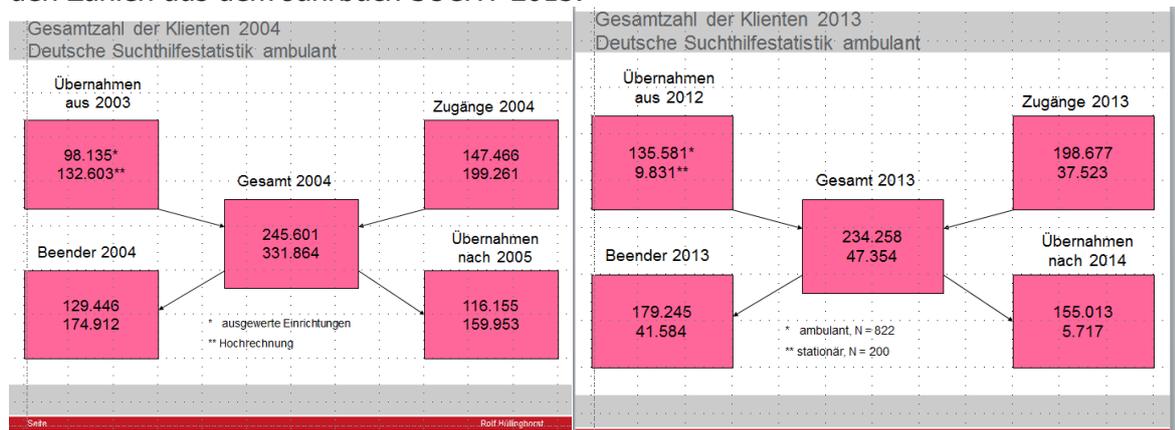
Ist schon das Peer Review Verfahren eine nach oben offene Spirale (irgendwann kann es nicht mehr besser werden und das Ranking besteht nur noch aus Austausch), so finde ich weitere Vorgaben – und es fiel mir kein besseres Wort ein – unmoralisch. Unmoralisch in dem Sinne, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich in der Pflicht sehen, nicht das tatsächliche Geschehen, sondern das Gewünschte zu dokumentieren.

Dokumentation

Und dann das Gegenteil. Seit 1980 dokumentieren wir in Deutschland ambulante Suchtkrankenhilfe, immer weiter wurde die Suchthilfestatistik entwickelt und nun haben wir die Deutsche Suchthilfe Statistik (DSHS) mit einer Unzahl von Auswertungsmöglichkeiten, die wiederum auf nur geringes Interesse stoßen.

Gerade hat es in NRW dazu vier Seminare mit Kommunen gegeben, um ihnen die Möglichkeiten aufzuzeigen, die eine örtliche Auswertung bietet, um Schwerpunkte zu setzen und zu steuern. Komisch, dass sie nicht früher darauf gekommen sind. Fairerweise muss man sagen, dass die örtlichen Beratungsstellen auch keine große Meinung hatten, sich hier in die Karten schauen zu lassen. Gerade der Wettbewerb zwischen Drogen- und Suchtberatungsstellen sollte nicht noch mit Daten gefüttert werden, die von den Kommunalpolitikern möglicherweise falsch interpretiert werden würde.

Zwei Folien möchte ich doch noch zeigen. Eine hatte ich 2005 erstellt, und die nächste mit den Zahlen aus dem Jahrbuch SUCHT 2015.



Steuerung

Dann bietet es sich ja an, kurz etwas zur Planung und Steuerung zu sagen. Im Positionspapier 2001 war mir das noch ein großes Anliegen, und es gibt eine Reihe von Seminaren zur kommunalen Steuerung. Es gibt Vorstellungen über die Steuerung größerer Einheiten.

Wenn Sie mit Mitarbeitern aus dem Feld über Zusammenarbeit sprechen, dann zeichnen sie zuerst ein Diagramm, in dem in den meisten Fällen ihre eigene Einrichtung im Mittelpunkt steht. Verbunden mit dem Wunsch, Einfluss zu haben und etwas zu steuern. Häufig ist das auch möglich, weil es immer wieder Leerräume gibt, in die man hineingehen kann.

Spätestens seit der Maueröffnung hat die Suchtpolitik, hat das Arbeitsfeld Sucht, an Einfluss verloren. In den neuen Bundesländern gehörte Sucht früh zur Psychiatrie, war bestenfalls ein Referat. In den alten Bundesländern hatte es viel mit Charisma und Zusammenarbeit zu tun, ob der Suchtbereich eine starke Vertretung in der politischen Hierarchie hatte oder nicht.

Klar ist aber, dass das Land im Rahmen seiner Zuständigkeiten steuern muss, und dass vor Ort die Kommune verantwortlich ist. Inzwischen bin ich ja schon froh, wenn jemand sich den Hut aufsetzt und diese – teilweise verwaiste, lediglich im Rahmen der Haushaltsplanberatungen virulente Aufgabe – übernimmt.

Früher habe ich ja auch noch intensiv nach der Trägerschaft geschaut und war über private Träger nicht glücklich. Da habe ich auch heute noch meine Fragen, aber keine Wahl mehr. Bundesländer haben Psychiatrien an große Krankenhausträger verkauft, und damit geht es in der Diskussion – und das ist wahrscheinlich auch richtig – lediglich noch um fachliche Fragen.

Zwei Bemerkungen muss ich aber noch loswerden: Vor dem Hintergrund von Mediensucht und Problemen mit dem Internet kommt wieder die gleiche Diskussion auf wie mit der Spielsucht vor wenigen Jahren und den Drogenproblemen in den 70-iger Jahren. Mit der Meinung, dass neue Einheiten benötigt würden, um adäquat reagieren zu können. Das halte ich nach wie vor für problematisch, wie ich jede zu große Spezialisierung – und Herausnahme aus der Regelversorgung - für ein Problem halte. Wir haben genügend interne Schnittstellen, die gepflegt werden müssen. Externe Schnittstellen haben da noch eine ganz andere Qualität. Ich bin durchaus für interne Differenzierung, aber die Anzahl der eigenständigen Einrichtungen für jedes Symptom sollte der Vergangenheit angehören.

Ein Negativbeispiel für Steuerung sind meines Erachtens die Landesfachstellen in NRW. Landesstelle für Suchtfragen, daneben Landesfachstellen für Spielsucht, Prävention, Frauen und Selbsthilfe – da heben sich differenzierte Entwicklungen und Betrachtungsweisen auf der einen und Selbstdarstellung und Abstimmungsprobleme auf der anderen Seite wieder auf.

Auf der anderen Seite werden zusammengehörende Bereiche theoretisch wieder getrennt. So der in Arbeit befindliche Psychiatrieplan Niedersachsen, der quasi „Psychiatrie minus Sucht“ beschreibt, und diese Gefahr besteht auch in NRW.

Wie gesagt: Sucht ist ein großes Sondersorgungsgebiet, das seine Eigenständigkeit bewahren sollte, das aber nicht ohne Zusammenarbeit überleben kann.

Es fallen mir immer wieder Stichworte ein, die noch bearbeitet werden könnten – aber Sie sollten ja auch noch etwas tun. Wobei ich zum Schluss noch einmal auf Haltung und Sichtweise zu sprechen kommen möchte:

Geht ein Mann durch die Straße und stößt auf ein Plakat: Bei uns gibt es alles zu essen, was Sie sich wünschen. Er stutzt, betritt das Lokal und sucht sich einen schönen Platz. Der Kellner kommt und fragt ihn nach seinem Wunsch. „Einen Toast mit Elefant“, so lautet seine Bestellung. Der Kellner notiert sich den Wunsch und verschwindet in der Küche. Nach wenigen Minuten kommt er zurück und sagt: „Bitte entschuldigen Sie vielmals, aber der Toast ist aus.“

Solch ein Perspektivenwechsel ist immer wieder notwendig, wenn man sich Herausforderungen tatsächlich stellen will.

Suchtkrankenversorgung ist auch Suchtpolitik

Martin Reker schreibt in seinem im letzten Jahr erschienenen Buch „Umgang mit alkoholabhängigen Patienten“: „Wer erfolgreich für Menschen mit Alkoholproblemen arbeiten will, darf sich nicht auf die individuelle Arbeit im face-to-face-Kontakt beschränken. Es geht auch darum, die Umgebungsfaktoren zu verändern, die den übermäßigen Alkoholkonsum antreiben. Deswegen muss Suchtarbeit gemeindeorientiert und letztlich politisch sein.“

Dem möchte ich nichts hinzufügen.

Anschrift des Verfassers:
Rolf Hüllinghorst
Loheide 29 b
33609 Bielefeld
rolf@huellinghorst.info
+49 172 2743213