

Impressum

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe

Fachverband im Diakonischen Werk der
evangelischen Kirche in Deutschland e.V.

Altensteinstr. 51
14195 Berlin
Email: gvs@sucht.org

Hrg.: Helmut Urbaniak
August 2005



Diakonie 



GVS
Diskussionsbeiträge
2/ 2005

**Versagt das
Leistungsrecht bei
Abhängigkeits-
erkrankungen?**

Seite **Karl Lesehr,**
2 – 15 *Referent für Suchtkrankenhilfe*
Diakonisches Werk Württemberg

Vortrag zum Fachtag der
Fachklinik Four Steps

in Lorch-Waldhausen am 7.7.2005

Versagt das Leistungsrecht bei Abhängigkeitserkrankungen?

Karl Lesehr, Suchtreferat Diakonisches Werk
Württemberg

Vortrag zum Fachtag von Four Steps in Lorch-Waldhausen am
7.7.2005

Vorbemerkung: ich bin kein Jurist, sondern referiere aus meiner beruflichen Perspektive der Verbandsarbeit.

Vorbemerkung: unter Leistungsrecht im Sinne der Themenstellung verstehe ich alle individuellen Leistungsansprüche, die sich für einen suchtgefährdeten oder abhängigen Menschen aus unseren Sozialgesetzbüchern ableiten lassen, schwerpunktmäßig also aus den SGB V und VI und XII, aber auch aus dem SGB II und ich beziehe auch die Sichtweise des darüber angesiedelten SGB IX ein. Mich interessiert also die Versorgungsstruktur insgesamt, nicht nur der isolierte Bereich der Suchtrehabilitation.

Vorbemerkung: Die Themenfrage nach dem Leistungsrecht meint dann für mich nichts anderes als: können wir tatsächlich unsere Hilfen für suchtkranke und suchtgefährdete Menschen gestalten und in Anspruch nehmen in Übereinstimmung mit den individuellen Hilfebedarfen und Veränderungsmöglichkeiten, oder muss sich der Hilfesuchende zunehmend mehr in die vorhandenen und v.a. die finanzierbaren Hilfeformen einordnen? Dabei geht es mir nicht um leistungsrechtliche Einzelfragen wie z.B. die nach einer Rehabedürftigkeit bei Kokainmissbrauch, sondern um die Frage, ob wir insgesamt mit der aktuellen Handhabung der bestehenden Leistungsrechtn in der Lage sind, das bestehende und bewährte Leistungsspektrum für suchtkranke Menschen zu erhalten und weiterzuentwickeln.

handlung und der Rehabilitation umfassen, wenn unsere Hilfestrukturen auch weiterhin niederschwellige und voraussetzungslose Zugänge zu Hilfen und Betreuungen bieten sollen, wenn unser Suchthilfesystem auch weiterhin die bewährte klientenorientierte Verknüpfung von Behandlungsleistungen und von anderen gesamtgesellschaftlich verantworteten Aufgaben leisten soll – dann muss unser Sozialleistungsrecht in Teilbereichen konkretisiert und insbesondere in seiner Umsetzung und Auslegung partiell gesteuert werden durch politische Entwicklungsvorgaben für die künftigen Suchthilfestrukturen. Eine qualifizierte Suchtkrankenversorgung und Prävention ist vermutlich auch noch mit geringeren Finanzmitteln als bislang möglich – dies setzt aber zwingend voraus, dass die Eigendynamiken der einzelnen Sozialleistungsrechte verbindlich durch die Sozialpolitik verknüpft werden zu einer gemeinsam getragenen Versorgungsverantwortung und Entwicklungsorientierung.

zung der Leistungsfinanzierung zur Seite zu stellen: wir haben zwar Finanzierungsregelungen, die fallbezogen mehr oder weniger nahtlos sich aneinander reihen können, wir haben angesichts der Behandlungsrealitäten der Suchthilfe aber viel zu wenig Finanzierungsregelungen, bei denen im Sinne einer Strukturförderung einzelne vielfach nutzbare Hilfebausteine auch von mehreren Leistungsträgern anteilig finanziert werden.

Das Leistungsrecht versagt, weil es im wesentlichen genutzt wird für Leistungsfinanzierungen, die einrichtungsbezogenes Denken und Helfen fördern und die die in der Suchthilfe leider immer noch häufigen Behandlungsabbrüche und Drehtüreffekte meist nur als krankheitsbedingt und kaum als durch unsere Hilfestrukturen verursacht sehen. Wir haben Strukturen, die eine Orientierung auf finanzierte Hilfen fördern anstelle einer am Gesamthilfebedarf orientierten Versorgungsverantwortung, die auch leistungsrechtlich ungeklärte Hilfen in einen Gesamtprozess einbindet.

Das Leistungsrecht stößt an seine Grenzen, weil unsere Planungs- und Steuerungsstrukturen bislang nahezu ausschließlich entlang der Grenzen der einzelnen Sozialleistungsrechte organisiert sind. Es fehlt eine Zusammenführung der Planungsverantwortung für die Gesamtstruktur der Suchthilfen auf kommunaler / regionaler Ebene.

Vielleicht versagt unser Leistungsrecht in diesem Sinne aber auch deshalb, weil in den Versorgungsstrukturen der Suchthilfe zwar viele Experten das Wort führen, aber anders als in der benachbarten Psychiatrie keine Vertretung der Betroffenen mit am Tisch sitzt. Wir vertrauen zwar gern auf die Wirkungskraft der Suchtselbsthilfe, aber letztlich scheinen wir Behandler am besten zu wissen, welche Entwicklungen Suchtkranke gehen sollten und brauchen.

Mein Fazit: Wenn unsere Hilfestrukturen für Suchtgefährdete und Suchtkranke auch künftig nicht nur eng definierte und begrenzte Leistungen der Krankenbe-

Sucht ist eine multifaktoriell bedingte Störung, hat Auswirkungen / Interdependenzen in zahlreiche Lebensbereiche hinein und benötigt deshalb auch multimodale Interventions- und Behandlungsansätze.

Um Hilfebedürftige hinsichtlich ihrer Suchtproblematik überhaupt zu erreichen und um dann die unterschiedlichen Interventions- und Behandlungsangebote überhaupt und dann noch möglichst effizient aufeinander beziehen und vernetzen zu können, ist eine fallbezogene und eine strukturbezogene Steuerung der Hilfen notwendig in Form eines verbindlichen Casemanagements.

Diese Feststellungen sind für jeden Suchthilfepraktiker banal. Genau darin aber wird auch sichtbar, wie selbstverständlich wir alle von unseren in den letzten 3 Jahrzehnten entwickelten gegliederten und vernetzten Hilfestrukturen ausgehen: wir sind es gewohnt, dass bei inhaftierten Drogenabhängigen Regelungen nach §35 BtmG möglich sind, wir sind es gewohnt, dass bei Kraftfahrern mit Suchtmittelauffälligkeit die Ordnungsbehörden an die Suchtberatung verweisen, wir sind es gewohnt, dass Patienten nach einer der immer noch so häufigen verdeckten stationären Entgiftungsbehandlungen von ihrem Hausarzt zur weiteren Förderung einer Veränderungsmotivation an die Suchtberatung verwiesen werden können u.v.m..

Erst mit den Diskussionen um die Mitwirkung der Suchtberatung bei den Eingliederungsleistungen nach §16,2 SGB II haben wir uns in der Suchthilfe wieder stärker auch mit der Frage beschäftigt, welche ganz unterschiedlichen Interessen die verschiedenen Gesellschaftsbereiche, die von Suchtproblemen strukturell betroffen sind, an die Leistungen der Suchtberatung haben. Es wäre eine fatale Verkennung gesellschaftlicher Wirklichkeiten, anzunehmen, dass überall nur das Bemühen um eine erfolgreiche Behandlung, um die Hinführung zu einer suchtmittelfreien Lebensweise im Vordergrund stünde. Für Betriebe, die sowieso längst keinen über 50jährigen Mitarbeiter mehr beschäftigen, kann die Verweisung an die Suchtbera-

tung die soziale Abfederung eines Selektionsverfahrens sein; für ein JobCenter, das für eine wirklich sinnvolle berufliche Förderung Suchtkranker derzeit nahezu keine Mittel mehr zur Verfügung hat, kann die Verweisung zur Suchtberatung die Unterscheidung in gute und schlechte Vermittlungsrisiken bedeuten.

Eine solche Sichtweise mag dem einen oder anderen von Ihnen zynisch erscheinen, v.a. wenn er sich auch noch einer bindenden ärztlichen Behandlungsethik verpflichtet weiß. Mir scheint es aber insbesondere für die psychosoziale Suchthilfe wichtig, angesichts von in der Zukunft sicher rückläufigen materiellen Ressourcen sehr nüchtern zur Kenntnis zu nehmen, dass eben nicht nur unsere Klienten „krankheitsbedingt“ den Hilfsangeboten der Suchthilfen oft ambivalent gegenüberstehen, sondern dass auch unsere Gesellschaft bei weitem nicht die Ressourcen zur Verfügung stellt und stellen kann, die notwendig wären für eine bedarfsgerechte und effiziente Hilfeleistung.

Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen sind angesichts des komplexen inneren und sozialen Bedingungsgefüges der Abhängigkeit ja nicht nur planbare Behandlungsmaßnahmen wie andere, mit einer differenzierten Diagnostik der Störung, dem Entwurf einer Strategie zur Störungsbeseitigung (Operation, Medikation, Behandlungsplan) und einer dritten Phase, in der sich dann der Organismus von diesem Eingriff wieder erholen und stabilisieren soll. Manche Behandlungsleitlinien für den Suchtbereich lesen sich, als ob auch bei Abhängigkeitserkrankungen Behandlung regelhaft so linear, so zeitlich begrenzt und so therapeutenorientiert verlaufen könne, und jeder Praktiker kennt die Fallstricke dieser Sichtweise.

Casemanagement meint in der Suchthilfe deshalb nicht nur die fallbezogene Zusammenführung und optimierte Steuerung unserer gegliederten Hilfestrukturen. Casemanagement beinhaltet ganz wesentlich auch auf den Einzelfall bezogen die Vermittlung zwischen widersprüchlichen, gegenläufigen oder ungleichzeitigen externen Interessen bezüglich einer Veränderung des Problemverhaltens einerseits und den Lebensperspektiven und Veränderungsmöglichkeiten des Hilfebedürfti-

Versagt also das Leistungsrecht bei Abhängigkeitserkrankungen?

Eine Antwort muss auf dem Hintergrund der bisherigen Überlegungen differenzierter sein als nur Ja – Nein.

Unsere Hilfestrukturen sind keineswegs nur behandlungsorientiert, auch wenn wohl alle Akteure die Zielperspektive einer Abstinenzorientierung mitbringen. Ordnungsrechtliche Überlegungen haben z.B. mindestens so viel zum Ausbau und zum aktuellen Übergewicht der Drogenhilfe gegenüber den Alkoholikerhilfen beigetragen wie medizinische Hilfebedarfe. Die Gemengelage unterschiedlicher gesellschaftlicher Interessen an die Suchthilfe ist auch mit einem verbesserten Leistungsrecht allein nicht zu entwirren, sondern wir brauchen klare politische Vorgaben für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen der Suchthilfe.

Das Sozialleistungsrecht muss versagen, weil ein wichtiger Baustein der Versorgungsstruktur, nämlich die psychosoziale Beratung, bis heute nicht leistungsrechtlich definiert und zugeordnet ist mit dem Effekt, dass Leistungszuständigkeiten im Kreis herum verschoben werden können, ohne dass die Regelungsstrukturen des SGB IX greifen.

Das Leistungsrecht ist nicht verantwortlich, wenn offenbar auch bei den Krankenkassen eine Bagatellisierung der Suchtproblematik stattfindet. Angesichts der Prävalenzzahlen von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit und deren Kostenauswirkungen müsste man erwarten, dass hier schon seit langem ein Feuerwerk guter Ideen zum Ausbau wirkungsvoller und kostengünstiger Hilfen gezündet würde und alle nur denkbaren leistungsrechtlichen Freiräume dabei genutzt würden.

Das Leistungsrecht versagt insofern, als die Regelungen des SGB IX bislang weitgehend folgenlos bleiben für die einzelnen Sozialgesetzbücher. Es ist offenbar ungeheuer schwierig, der von allen Seiten geforderten fachlichen Vernetzung durch die Leistungserbringer auch eine entsprechende verbindliche Vernet-

wesentlicher Baustein in der gesamten Versorgungsstruktur Sucht ist und auch in der Suchtrehabilitation in der Rehasteuerung einen wichtigen Part hat, dass aber diese Leistungen bislang keinem Sozialleistungsrecht zugeordnet sind. Dies hat zur Folge, dass alle Rehalistungsträger nach eigenem Gutdünken die Zuständigkeit für in ihrem Bereich nicht zwingend definierte Leistungen den Suchtberatungsstellen zuschreiben können, ohne dass es darüber einen definierten Auseinandersetzungsprozess geben würde und ohne dass dies sich für die Einrichtungen als leistungsbezogene Finanzierung auswirken würde. Die öffentlich geförderte Suchthilfe ist wie die Suchtselbsthilfe eine Restgröße in der Versorgungsstruktur, der eine Vielzahl der für eine erfolgreiche Behandlung und Rehabilitation erforderlichen Leistungen ohne Finanzierungsregelung zugeordnet werden kann. Dass Hilfesuchende dabei auf Hilfen, die ohne sozialleistungsrechtliche Fundierung nach den Grundsätzen der öffentlichen Daseinsfürsorge finanziert werden, faktisch keinen individuellen Leistungsanspruch haben, macht das Nebeneinander und die Vernetzung solcher unterschiedlich finanzierter Hilfen für alle Beteiligten nicht leichter. Besonders gravierend wirkt sich dies aus bei allen Vernetzungs- und Casemanagementsleistungen, die zwar in allen einzelnen Leistungsbereichen gefordert, deren Erbringung durch die ambulante Suchthilfe aber nirgends leistungsfinanziert werden.

In der Suchthilfe haben wir es schließlich mit einem Klientel zu tun, das häufig entweder mit einer Veränderungsambivalenz oder aber mit einem schambesetzten Schutzbedürfnis Behandlungs- und Betreuungsleistungen in Anspruch nimmt und von daher nur äußerst selten bereit ist, seine Leistungsansprüche unter Einbezug des SGB IX auch auf dem Rechtsweg einzufordern. Bei manchen Vorgängen der Leistungsträger in den letzten Monaten habe ich den Eindruck, dass dieses geringe Prozessrisiko offenbar Entscheidungen erlaubt, die aus meiner Sicht rechtlich teilweise äußerst fragwürdig sind.

gen andererseits. Casemanagement ist also behandlungsbezogene Optimierungsstrategie und klientenbezogene Vermittlungs- und Anpassungsmaßnahme.

Unsere Versorgungsstrukturen für Suchtgefährdete und suchtkranke Menschen haben sich – bei allen noch bestehenden Unzulänglichkeiten – in den letzten 3 Jahrzehnten auf dem Hintergrund dieser Sichtweise entwickelt. **Entstanden ist eine vernetzte Versorgungsstruktur mit sektorenübergreifenden Kooperationen, die aus dem Wissen um das wechselseitige Aufeinanderangewiesensein gewachsen sind. Mit ihrer vielfach belegten Leistungsfähigkeit könnte diese hoch differenzierte Versorgungsstruktur ein bereits gelebtes Musterbeispiel für integrierte Versorgung sein.** „Könnte sein“, weil einerseits im fachlichen Kontakt viele Vorurteile und Ängste nivelliert und aufgehoben worden sind und die fachliche Arbeitsteilung deshalb im Sinne einer multiprofessionellen Fallbetreuung in aller Regel erstaunlich gut funktioniert (vgl. Ärzte im Team der PSBs, verbesserte Zusammenarbeit mit Ärzten in der Substitution, erfolgreiche Kooperationsmodelle mit Hausärzten wie das IAK); „könnte sein“ aber auch, weil andererseits unsere formalen Strukturen und die Klärung von Leistungszuständigkeiten diesem Entwicklungsstand keineswegs entsprechen.

Anders gesagt: Leistungserbringer und Leistungsträger haben sich – insbesondere im Bereich der öffentlich geförderten psychosozialen Suchthilfe - über Jahre hinweg immer wieder auf pragmatische, individuelle Regelungen verständigt, die der Grundidee einer Leistungspartnerschaft entsprachen, mit der die Suchtberatungsstellen vor knapp 30 Jahren von Land, Kommunen und Wohlfahrtsverbänden aufgebaut wurden, aus gemeinsamem Wollen, aber mit minimalen Strukturierungen. Angesichts katastrophal leerer öffentlicher Kassen und eines dadurch neubelebten Kirchturmdenkens ist diese Bereitschaft zur pragmatischen Vernunft und zu Kompromisslösungen auch am Rande leistungsrechtlicher Zuständigkeiten oder gesetzlicher Regelungen aber weitestgehend verschwunden.

Gleichzeitig gibt es auch im Suchthilfebereich eine immer stärkere Marktorientierung und den Versuch, in dieser stark ge-

gliederten Versorgungsstruktur sich die für die eigene Einrichtung lebenswichtigen Zugangswege und die externen Sicherungen des Behandlungserfolgs nicht mehr nur durch fachliche Kooperationen, sondern auch durch entsprechende Positionierung „im Markt“ zu sichern. In dieser Entwicklungsphase zeigt sich die in der Suchthilfe bereits großflächig erreichte intensive Vernetzung als janusköpfig: während in anderen medizinischen Bereichen Projekte integrierter Versorgung bislang häufig nur zwischen Leistungserbringern eines Trägers oder zwischen solchen mit direkter wirtschaftlicher Abhängigkeit versucht werden, laden die vertrauensvoll offenen Türen in der Suchthilfelandschaft geradezu ein zu vielfältigen Vernetzungsprojekten. Dabei ist aber auch klar, dass jedes solche Vernetzungsprojekt mit einer gesonderten Finanzierungsregelung nach §140a SGB V auch von allen anderen Suchthilfeeinrichtungen weitestgehend adaptiert werden könnte, dass also letztlich hier nicht mehr nur über eine Projektförderung, sondern über eine Strukturfinanzierung zu entscheiden wäre. Dies weckt Begehrlichkeiten und Ängste!

Wenn ich die Hilfestrukturen für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen im Blick habe, dann geht es mir nicht in erster Linie um die Sicherung bestehender Einrichtungen und Dienste, sondern vorrangig um den Erhalt und die Weiterentwicklung eines inzwischen hoch differenzierten, fachlich qualifizierten und effizienten Betreuungs- und Behandlungsangebots für unsere Hilfesuchenden, das wohnortnah ist, im weitesten Sinne barrierefrei zugänglich und nicht zuletzt äußerst preisgünstig.

Diese bereits bestehende Versorgungsstruktur sehe ich derzeit durch drei Entwicklungen nachhaltig gefährdet:

durch die Überbetonung einer medizinischen Behandlungsorientierung und der damit verbundenen Qualitäts- und Steuerungsvorstellungen

durch eine in Zeiten ressortbezogener Einsparverpflichtungen immer stärkere Abgrenzung leistungsrechtlicher und finanzieller Zuständigkeiten und damit den Verlust einer patientenbezogenen Gesamtperspektive

gen Leistungsrechte permanent unterlaufen wird. Für die Suchthilfe ist dies katastrophal, weil wir in unseren Versorgungsstrukturen ganz besonders auf ein effizientes und patientenorientiertes Zusammenwirken bei Behandlungsmaßnahmen angewiesen sind. Viele Einrichtungen der Suchthilfe haben deshalb große Hoffnungen auf die Regelung des §140a des SGB V zur Integrierten Versorgung gesetzt. Die bisherige Bilanz ist allerdings mehr als ernüchternd. Nach den in Heidelberg vor wenigen Wochen genannten Zahlen gibt es bundesweit nicht mal eine Handvoll anerkannter IV-Projekte, die auch die Suchthilfe betreffen. Einrichtungen der psychosozialen Suchthilfe werden offenbar trotz der faktischen Anerkennung als ambulante Suchtrehaeinrichtung nicht als Leistungserbringer nach SGB V anerkannt, genauso wenig wie die außerhalb der Reha von ihnen erbrachten Leistungen. Es bleibt der Eindruck, dass solche Projekte eher gesehen werden als Werbemaßnahmen der Krankenkassen – und da ist Sucht sicher kein besonders attraktives Thema – und dass selbst erwartbare deutliche Kostenreduzierungen durch Leistungsvernetzungen wie im Fall der ambulanten Alkoholentgiftung nicht ausreichen, um bestehende innermedizinische Versorgungsstrukturen (s. verdeckte Entgiftungen) in Frage zu stellen. Die Angst vor einem Dammbbruch bei der Finanzierung von einzelnen Leistungen der psychosozialen Suchtberatung scheint eine nüchterne Befassung mit dem darin enthaltenen Entwicklungspotential bislang zu verunmöglichen!

Wenn ich nach Gründen suche, warum die vom SGB IX geforderte Regelung von Leistungszuständigkeiten in einem Gesamtrehabilitationsprozess bislang so unbefriedigend funktioniert, dann fallen drei Aspekte ins Auge:

Im Bereich der Suchthilfeleistungen werden Auseinandersetzungen um fallbezogene Leistungszuständigkeiten nach meiner Wahrnehmung immer strukturbezogen und damit auf einer grundsätzlichen juristischen Ebene geführt; einzelprojekt- und einzelfallbezogene Entscheidungen auf örtlicher oder regionaler Ebene, mit denen man konkrete Erfahrungen sammeln könnte, sind damit faktisch kaum mehr möglich.

Eine erhebliche Problematik sehe ich darin, dass die öffentlich geförderte psychosoziale Suchthilfe zwar ein

von einer gemischten Leistungszuständigkeit ausgegangen), am formalen Qualifikationsniveau und an der Anerkennung der Behandler (wer berät, der Arzt oder ein Suchttherapeut) und vor allem an einer recht diffusen begrifflichen Aufsplittung des für eine erfolgreiche Suchtbehandlung notwendigen Entwicklungsprozesses der Patienten. Der Eiertanz um die Leistungszuständigkeit einer in der Klientenentwicklung letztlich nicht isolierbaren „Motivationsförderung“ ist inzwischen geradezu grotesk: mal ist Motivationsförderung finanziert als Eingangsmodul stationärer Suchtreha, mal wird eine Kofinanzierung angeboten, sofern die Motivationsförderung zur Inanspruchnahme einer Suchtrehamaßnahme führt, mal ist sie finanziert als Bestandteil des qualifizierten Entzugs, mal wird sie in die Zuständigkeit der öffentlich geförderten Suchtberatung verwiesen. Die Wirklichkeit ist doch ganz banal: nach und neben einer medizinischen Akutbehandlung ist Suchtbehandlung ganz wesentlich in allen Stadien Motivationsförderung, nämlich die Unterstützung bei der Auseinandersetzung einer im Grundsatz getroffenen Veränderungsentscheidung mit den Widersprüchen der eigenen Psyche und den Widerständen und Widersprüchen des eigenen Lebensalltags.

Auch die Unterscheidung der inzwischen abgelösten Suchtvereinbarung nach Entgiftung und Entwöhnung kann angesichts der Flexibilisierung unserer Behandlungsansätze kein ausreichendes Unterscheidungskriterium mehr dafür sein, welcher Leistungsträger wofür zuständig ist: wenn z.B. ein Jahr nach Abschluss einer dreiwöchigen ambulanten Entgiftung ca. 60% der Teilnehmer suchtmittelfrei sind, war das dann eine Krankenbehandlung oder eine Kurzzeit-Rehabilitationsmaßnahme? Oder wenn eine PSB mit einem Klienten nach Suchtmittelrückfall (und möglicherweise einem rein internistischen stationären Entzug) diese Rückfallerfahrung aufarbeitet und damit wirksam zur Stabilisierung beiträgt, wo ist diese Leistung denn einzuordnen?

Zum 3. Punkt:

Das SGB IX fordert ein verbindliches Zusammenwirken aller Rehabilitationsträger. Ich erzähle Ihnen nichts Neues wenn ich sage, dass dieser Anspruch bis heute nicht ausreichend eingelöst ist und zudem unter Verweis auf die Grenzen der jeweili-

trotz der gesetzlichen Regelungen des SGB IX und vieler Beteuerungen einer fachlichen Notwendigkeit durch das Fehlen einer verbindlichen leistungsrechtlichen und strukturellen Zuordnung der in der Suchthilfe für alle Bereiche notwendigen Casemanagementaufgaben.

Zum ersten Punkt:

was meine ich mit der Überbetonung einer medizinischen Behandlungsorientierung? Es ist völlig unstrittig, dass die Medizin mit allen ihren Fachgebieten große Bedeutung hat bei einer erfolgreichen Suchtbehandlung und dass deshalb eine enge fallbezogene Zusammenarbeit aller Suchthilfebereiche mit qualifizierten Ärzten unverzichtbar ist.. Genauso klar ist aber auch, dass die alltagspraktische Änderung des abhängigen Lebensstils unserer Klienten eben auch in hohem Maß psychosoziale Beratung und Betreuung braucht. Mit Überbetonung meine ich dann beispielsweise, dass in aktuellen Diskussionen die Forderung nach einer suchtmedizinisch-psychiatrisch ausgefeilten Differentialdiagnostik nicht nur für den Behandlungsbereich erhoben, sondern auch als zwingendes Qualitätsmerkmal für alle Leistungen der psychosozialen Suchthilfe definiert wird. Mit Überbetonung meine ich, dass die in medizinischen Behandlungsleitlinien übliche Evidenzbasierung das eben weitgehend nicht forschungsgestützte breite Erfahrungswissen der psychosozialen Suchthilfe als grundsätzlich weniger fundiert abwertet. Mit Überbetonung meine ich auch, dass angesichts einer sehr spezialisierten Forschungslage Pharmakotherapien auch in der Versorgung Suchtkranker immer mehr Bedeutung gewinnen und dass, wie im Beispiel der Substitution, die aufwändige psychosoziale Betreuung dann nur noch als notwendige externe Unterstützung der eigentlichen medizinischen Behandlung verstanden wird.

Natürlich gibt es durchaus plausible Argumente dafür, den Krankheitsaspekt von Sucht und eine dadurch begründete umfassende ärztliche Zuständigkeit zu betonen: wenn die Medizin tatsächlich einen Großteil der Aufgaben und Leistungen der derzeitigen psychosozialen Suchthilfe übernehmen könnte und wollte, wäre deren teilweise Einbindung in das Leistungsrecht des SGB V sicher leichter, wären Patientenverweisungen viel-

leicht leichter und unter einer ärztlichen Gesamtverantwortung könnten Behandlungsprozesse leichter übergreifend gesteuert werden.

Nur: was wäre der Preis, den wir möglicherweise dafür zahlen? Welche Implikationen hat eine Sichtweise, die Sucht ausschließlich unter dem Krankheitsaspekt sieht, für die Wahrnehmung der Klienten und ihrer übergreifenden, nichtmedizinischen bzw. nicht dem medizinischen Leistungsrecht zuordenbaren Hilfebedarfe? Welche Auswirkungen hätte eine solche Sichtweise möglicherweise auf die Inanspruchnahme der Hilfen, wenn Ärzte nun mal nicht im Ruf stehen, sich noch ernsthaft für die gesamte Lebenswirklichkeit ihrer Patienten zu interessieren bzw. auch aus zeitlichen Gründen interessieren zu können? Welche Auswirkungen könnte dies haben auf die Steuerung von Hilfeprozessen, auf deren aktive Mitgestaltung durch die Klienten? Ein aktuelles Papier aus dem SM fordert z.B. eine stärkere Patientenorientierung der Suchthilfe, spricht aber gleichzeitig Patienten und deren Angehörigen (!) krankheitsbedingt die Kompetenz ab, „die Abfolge der einzelnen Behandlungsschritte selbständig zu planen“.

Zum 2. Punkt:

durch vielfältige Untersuchungen der Kranken- und der Rentenversicherungen ist zweifelsfrei belegt, dass sich jede erfolgreiche Behandlungsmaßnahme bei Abhängigkeitserkrankungen rechnet. Von daher müsste aus einer langfristigen Perspektive jeder Leistungsträger daran interessiert sein, dass eine möglichst große Zahl behandlungsbedürftiger Suchtkranker frühzeitige, qualifizierte und umfassende Behandlungen in Anspruch nimmt. Da Suchtstörungen gleichzeitig bekanntermaßen zu den am häufigsten nicht diagnostizierten Störungen zählen, müssten eigentlich alle Maßnahmen von Interesse sein, die die bestehenden medizinischen Versorgungsstrukturen diesbezüglich verbessern.

Tatsächlich aber zeigt sich bei allen Verhandlungen über die Finanzierung von Maßnahmen suchtbezogener Früherreichung, dass insbesondere die Abgrenzung von Leistungszuständigkeiten im Vordergrund steht. Weder für Angebote der Suchtberatung bei Patienten in der Akutbehandlung mit Ab-

hängigkeitsstörungen noch für suchtbezogene Liaisondienste in Einrichtungen der stationären Akutbehandlung noch für das äußerst erfolgreiche Modell einer ambulanten Entgiftung und Motivationsförderung im Rahmen einer PSB konnten bislang Leistungsfinanzierungen nach SGB V erreicht werden. Die Finanzierung von Projekten im Bereich der Früherreichung von Hochrisikogruppen scheitert, weil hier aus Sicht der Leistungsträger eben noch keine manifeste Teilhabestörung diagnostiziert werden kann und somit auch noch keine zwingende Leistungsverpflichtung besteht. Dass dann Krankenkassen nach Abschluss einer von ihnen finanzierten stationären Suchtrehabilitation die ärztlicherseits für notwendig erachtete ambulante Nachsorge plötzlich unter Bezug auf ihre aus Medizinische eingegrenzte Leistungsverpflichtung nicht mehr finanzieren, dass sie sich nicht einmal bemühen sicherzustellen, dass im Sinne des SGB IX eine solche Leistung der Behandlungssicherung von einem anderen Leistungsträger übernommen wird und stattdessen riskieren, dass die für eine erfolgreiche Suchtrehabilitation nachweislich erforderliche Gesamtleistung nicht mehr erbracht wird, verwundert dann schon nicht mehr.

Aber auch bei den Leistungsträgern des SGB VI gibt es solche Ungereimtheiten: zwar ist die stationär-ambulante Kombinationsbehandlung unbestritten eine in der Zukunft immer wichtiger werdende Rehabilitationsform. Und es ist allen Beteiligten auch klar, dass die bei solchen settingübergreifenden Behandlungsmaßnahmen bestehenden Schnittstellen im Interesse der Patienten und einer erfolgreichen Behandlung bestmöglich gestaltet werden müssen, um eine Behandlungskontinuität auch erfahrbar werden zu lassen. Hier gibt es ja in der Suchtbehandlung sicher ganz andere Beziehungsdynamiken zu berücksichtigen als beispielsweise bei einer orthopädischen Reha nach einer operativen Behandlung. Bis heute gibt es in unserem Bereich aber keinerlei Vergütungsregelung für diesen Schnittstellenaufwand bei Kombibehandlungen.

Es scheint so, als würden sich leistungsrechtliche Zuordnungen in der Suchtkrankenversorgung orientieren am Ort der Intervention (der qualifizierte Entzug im Krankenhaus ist ganz selbstverständlich SGB-V-Leistung, bei den Modellprojekten einer ambulanten Entgiftung wurde dagegen von Anfang an