

Gaßmann, Raphael und Klaus Behrendt, Stefan Bürkle, Heribert Fleischmann, Jost Leune, Michael Tremmel

Ein dickes Stück vom Kuchen - und die Rosinen, bitte!

Anmerkungen zu Bühringer et al.: „Versorgung von Personen mit Substanzstörungen in Deutschland: Allgemeine Strukturfragen und die Einbeziehung der Psychotherapeuten“

Im November 2008 hielt der erstgenannte Verfasser des fraglichen Artikels auf Einladung der Bundespsychotherapeutenkammer und des Fachverbands Sucht einen Vortrag zur stärkeren Einbeziehung der PsychotherapeutInnen in die Versorgung von Substanzstörungen. In diesem Zusammenhang unterbreitete er nichts weniger als (nach eigenen Worten) „Vorschläge zur Veränderung der gesamten Versorgungsstruktur“. In ihrem auf diesem Vortrag fußenden Beitrag, so Bühringer et al., „geht es um die bessere Beteiligung der niedergelassenen Psychotherapeuten [...] an der Versorgung von Personen mit Substanzstörungen.“ Die so in das Zentrum wohlwollender Förderung geratene Berufsgruppe rückt innerhalb weniger Absätze zu einem der perspektivisch wesentlichsten Versorgungsbereiche Sucht auf. Angesichts der sowohl in Ausbildung als auch Praxis niedergelassener PsychotherapeutInnen unter dem Strich bislang weitgehenden Randständigkeit der Suchttherapie stellt sich hier die schlichte Frage mit Vehemenz: Warum? Die AutorInnen begründen ihre Vorstellungen im Wesentlichen auf zwei Wegen.

Erstens entwerfen sie, nach eigener Aussage, „eine unter Public Health-Gesichtspunkten geplante Versorgungsstruktur für Substanzstörungen“. Diese besteht aus den Pfeilern primärer, sekundärer und tertiärer Versorgung. (Eine Systematik, die hinter den seit langer Zeit vorliegenden Strukturierungen¹ erheblich zurückbleibt.) Ziel der primären Versorgung soll es sein, „eine beginnende Problematik innerhalb der allgemeinen Dienste mit möglichst geringem Spezialisierungsaufwand erfolgreich zu behandeln“. Ziel der sekundären Versorgung: „Insbesondere komorbide Störungen, die auch für die weitere Entwicklung des Krankheitsbildes bzw. für Rückfälle relevant sind (z.B. psychische Störungen und soziale Problemberei-

¹ Vgl. etwa: Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe. DHS 2001

che) sollen möglichst frühzeitig behandelt werden.“ Die tertiäre Versorgung schließlich ist jenen Patienten vorbehalten, die „aufgrund eines schweren Störungsbildes in Spezialeinrichtungen ambulanter oder stationärer Art für Suchtkranke behandelt werden müssen.“ Eine beigefügte Abbildung verdeutlicht, dass die sekundäre Versorgung im ambulanten Bereich (dem Augenschein nach) ausschließlich durch PsychotherapeutInnen erfolgen soll, im stationären Bereich durch psychiatrische und psychosomatische Kliniken. Die primäre Versorgung wird niedergelassenen Ärzten, allgemeinen psychosozialen Diensten und Allgemeinkrankenhäusern zugeschrieben. Das in Deutschland gut ausgebaute Sonder-Versorgungssystem für Suchterkrankungen ist, geht es nach den AutorInnen, ausschließlich für die von ihnen skizzierte tertiäre Versorgung zuständig.

Nachdem dieses Konzept in behaupteter Nähe zu Public Health-Gedanken dargelegt wird, stellt der Beitrag zweitens fest, dass die aktuelle Lage den skizzierten „weitgehend widerspricht“. Die zusammenfassende Bewertung der AutorInnen: „Überspitzt formuliert ist das Versorgungssystem in Deutschland so gestaltet, dass Betroffene zunächst eine schwere Ausprägung einer Substanzstörung entwickeln müssen, bevor sie mit hoher Intensität und Finanzierungssicherheit fachlich hoch qualifiziert im Rahmen der tertiären Versorgung behandelt werden können.“ Diese Einschätzung scheint uns so komplex formuliert wie vollständig falsch. Das Versorgungssystem für Suchtkranke hat keinesfalls lediglich die Aufgabe der von den AutorInnen sog. „tertiären Versorgung“. Es gibt, so sehen es die AutorInnen schließlich selber, keine tertiäre Versorgung, sondern im Grundsatz sind sämtliche von ihnen angeführten Institutionen sowohl für die frühe Intervention, möglichst noch vor dem Auftreten erster Störungen bis hin zu intensiven Interventionen verpflichtet. Auf diese Art und Weise werden durch unterschiedliche Institutionen und Professionen sämtliche Zielgruppen so früh wie möglich erreicht. Der hier vorhandene Entwicklungsbedarf steht außer Zweifel und nicht erst seit gestern im Blickpunkt versorgungspolitischer Entwicklungen.

Bühringer et al. möchten der ambulanten Psychotherapie nun insbesondere zwei Klientengruppen - so scheint es - beinahe reservieren.

1. „Patienten mit akuten Substanzstörungen oder Pathologischem Glücksspielen, mit komorbiden psychischen Störungen, aber geringen Ausprägungen der sozialen Problematik (fester Wohnsitz, fester Arbeitsplatz ...)“. Wir können dies als Mittel- und Oberschicht-Klientel mit hoher Kommunikationskompetenz und Eigenfinanzierungs-Potenzial begreifen.
2. „Patienten in einer ambulanten Suchttherapie oder in Nachsorge nach einer stationären Behandlung, mit behandlungsbedürftigen komorbiden psychischen Störungen. [...] Die vertragspsychotherapeutische Versorgung übernimmt hier eine komplementäre Aufgabe

zur klassischen Suchtbehandlung“, ist also in der Suchtbehandlung selber nicht direkt tätig.

Nebenbei wird die Zuständigkeit niedergelassener PsychotherapeutInnen auch noch reklamiert „für Fälle, die primär in einer psychotherapeutischen Behandlung sind, und bei denen im Verlauf eine Substanzstörung diagnostiziert wird“. (Am Rande sei angemerkt, dass die Denkweise von „Fällen“ nicht eben dem Public Health-Ansatz entspricht.)

Die AutorInnen beklagen, „dass der Anteil der Alkoholstörungen an der Klientel [der ambulanten Psychotherapie] mit etwa 1,5 % extrem gering ist“. Sie verfolgen leider nicht die Frage nach den Ursachen. Wir halten hier Vieles für möglich (und sind uns der Problematik solcher Allgemeinerungen durchaus bewusst): Mangelndes Interesse eines Berufsstandes, dessen mangelnde Kompetenz, mangelnder Bekanntheitsgrad einzelner geeigneter Angebote sowie nicht zuletzt problematische Finanzierbarkeit sehr kostenintensiver Versorgungsangebote. Die AutorInnen selbst scheinen Einiges davon zu ahnen, wenn sie konstatieren, „ein stärkeres Engagement der Psychotherapeuten [sei] erforderlich“. Auch möchten sie „ein Raster von Störungs- und Patientenmerkmalen für die o.g. beiden Zielgruppen [anlegen], um ein solches Auswahlssystem auch langfristig evaluieren und optimieren zu können.“ Ihre grobe Skizze gipfelt in der Forderung: „Grundsätzlich müssen alle Regelungen geprüft und modifiziert werden, die eine stärkere Einbeziehung der vertragspsychotherapeutischen Versorgung behindern.“

Unbeantwortet bleibt dabei die Frage, warum dies geschehen sollte, bevor die genannte Berufsgruppe ihre Kompetenz und ihre kosteneffektive Leistungsbereitschaft in der Behandlung Suchtgefährdeter und -erkrankter zumindest ansatzweise unter Beweis gestellt hat. Sicher, es gibt einzelne Psychologische Schwerpunktpraxen für Suchtprobleme in Deutschland. Doch die Vermittlung psychiatrisch auffälliger Patienten und Patientinnen zu niedergelassenen PsychotherapeutInnen scheitert regelmäßig. Und bezüglich der Kosteneffektivität publizierte das Deutsche Ärzteblatt unlängst Analysen zur Ressourcenverteilung in der Behandlung schwerer psychiatrischer Erkrankungen und leichter psychischer Störungen. Die empirische Gegenüberstellung von Leistungserbringern, Fallzahlen und Ausgabenanteilen führte dabei zu der Erkenntnis: „Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten behandeln insgesamt 25 Prozent aller Fälle und erhalten dafür einen Anteil von 65 Prozent der Gesamtausgaben.“² Behandlungs- und Ergebnisanalysen der Psychologischen Psychotherapie liegen nicht vor, da die Behandlungen weder systematisch dokumentiert noch analysiert werden. Dies geschieht (per nationaler Suchthilfestatistik) allein im Sondersorgungssys-

² Melchinger, Heiner: Ambulante psychiatrische Versorgung. Umsteuerungen dringend geboten. In: Deutsches Ärzteblatt 46/2008. Seite 2457ff

tem Sucht und wird jährlich publiziert. Einzig die Soziale Arbeit legt damit in großem, standardisiertem Umfang ihre Leistungen in der Suchthilfe offen.

In ihrem Schlusssatz scheinen die AutorInnen die Gesamtproblematik zu ahnen: „Die skizzierte grundlegende Umgestaltung der Suchtkrankenhilfe in Deutschland erfordert [...] erhebliche Anstrengungen in Hinblick auf die Neugestaltung von Finanzierungsregelungen sowie die Umsetzung struktureller und fachlicher Verbesserungen.“ Ein erheblicher Aufwand stünde da ins Haus und es wird nicht einmal ein fernes und vages Versprechen gegeben, das eine weitere Steigerung der Effektivität oder zumindest der Effizienz aktueller Suchthilfe in Deutschland möglich erscheinen ließe.

Im Gegenteil: Das bio-psycho-soziale Modell, längst Standard des von Bühringer et al. in Anspruch genommenen Public Health-Ansatzes, führt auch im Bereich der Suchtproblematik zu einer Integration medizinischer und psychologischer wie gleichermaßen sozialer Hilfe- und Therapieansätze. In den Hilfen und der Behandlung Suchterkrankter ist die Behandlung in multidisziplinären Teams längst Standard. In Psychologischen Praxen jedoch sind diese kaum vorhanden. Umso mehr wären von den AutorInnen Gedanken zur dringend erforderlichen Integration aller Versorgungsangebote - wie dann auch zur Integration des von ihnen favorisierten Versorgungsbereichs - zu erwarten. Medizinische, psychiatrische und psychologische Behandlung, vor allem auch Förderung der Teilhabe, sind die wesentlichen und notwendigen Angebote. Ihre Integration ist unabdingbare fachliche und finanzielle Herausforderung. Hierzu jedoch legen die AutorInnen kein Konzept vor, sie summieren allenfalls. So wollen sie de facto, wenn auch nicht ausgesprochen, eine weitere „Medizinalisierung“ der Suchtbehandlung fördern - ganz im Gegensatz zu Public Health. Das gegenwärtige Suchthilfesystem krankt nicht an seiner Binnenstruktur, sondern vielmehr an der Lage der Sozialgesetze quer über die Schnittstellen der integrierten Behandlung hinweg. Probleme der Früherkennung etwa entstehen nicht durch mangelnde Leistungsfähigkeit der Versorgungsbereiche, sondern durch die diesbezüglichen extremen Finanzierungslücken in der Sozial- und Gesundheitsgesetzgebung³.

So bleibt das Gefühl, niedergelassene PsychotherapeutInnen sollen stärker an der Versorgung von Suchterkrankten beteiligt werden, damit niedergelassene PsychotherapeutInnen stärker an der Versorgung von Suchterkrankungen beteiligt sind. Zuvor hätte der Berufsstand erhebliche Anstrengungen in Aus-, Fort- und Weiterbildung zu unternehmen. Einer sinnvollen Partizipation geht die Qualifikation voraus. Auch diesem Aspekt widmen Bühringer et al. nicht einmal eine Randnotiz. Die fixierte Abneigung der großen Mehrheit Psychologi-

³ hierzu auch: Hallmann, Hans-Jürgen; Holterhoff-Schulte, Ingeborg; Merfert-Diete, Christa: Qualitätsanforderungen der Suchtprävention. Hamm, Hannover, Mülheim. 2007.
http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/blk-qualitaetsstandards_neu.pdf

scher TherapeutInnen gegenüber Suchtkranken als Problem, das sich nicht zuletzt in Richtlinien niederschlägt, wird nicht kommentiert, sinnvolle (und seit langem dringend erforderliche) Abhilfen werden nicht erörtert.

Grundsätzlich sind Ansätze und Überlegungen mit dem Ziel, die Beratung und Behandlung für Menschen mit substanz- und verhaltensbezogenen Suchtstörungen effektiver und effizienter zu gestalten, sehr zu begrüßen. Dies führt zwangsläufig zu Fragestellungen, die ein künftiges Versorgungssystem betreffen.

Im Interesse einer verbesserten Erreichbarkeit ist es unerlässlich, insbesondere die medizinische Grundversorgung (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie die Allgemeinkrankenhäuser) noch stärker einzubeziehen. Und es ist selbstverständlich statthaft, auch darüber nachzudenken, inwieweit den niedergelassenen PsychotherapeutInnen eine intensivere Rolle in der ambulanten Behandlung der Betroffenen zukommen kann. Die AutorInnen jedoch

- bleiben einseitig einem medizinmodellhaften Denken verhaftet,
- vereinfachen die Versorgungserfordernisse sehr stark und blenden insbesondere die speziellen Lebenslagen, in denen sich viele der Menschen mit Missbrauchs- und Suchtproblemen befinden aus (Armut, Arbeitslosigkeit, Bildungsmangel, soziale Bindungsprobleme, Schulden etc.),
- ignorieren psychosoziale Aspekte der Suchterkrankung sowohl in der Beschreibung des Störungsbildes als auch im Versorgungs- und Behandlungskonzept,
- beantworten keine einzige der längst obligaten Fragen nach der erforderlichen „Schnittstellenarbeit“ zwischen den Hilfebereichen im Versorgungssystem,
- reduzieren die spezialisierte Suchthilfe auf Spezialeinrichtungen ambulanter und stationärer Art, ohne den gesamten Kanon der Leistungen der Suchthilfe über Beratung und Behandlung hinaus, von präventiven Maßnahmen über niedrigschwellige Angebote bis zur Nachsorge, einzubeziehen,⁴
- skizzieren eine Primärbehandlung, die Aspekte wie fehlende Compliance, Motivationsarbeit und Lebenslagenorientierung völlig außer Acht lässt.

Insgesamt können die AutorInnen eine verbesserte, effektivere, geschweige denn effizientere Versorgung nicht im Ansatz belegen, plädieren aber nichts desto trotz für einen weitestgehenden Umbau der Versorgung, die einzelne Segmente addiert, statt sie zu verknüpfen. Sie zeigen keine Perspektive einer verbesserten Früherkennung oder Gesamtversor-

⁴ siehe hierzu: Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe. DHS. 1999

http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/blk-qualitaetsstandards_neu.pdf

gung auf, sondern plädieren lediglich für die erweiterte und extrem kostenintensive Teilhabe einer einzelnen Profession am Versorgungsgeschehen, die bislang dort weder nennenswert teilnimmt, noch hier mit großem Interesse oder Kompetenz in Erscheinung träte. Sie formulieren damit eher ein innerprofessionell gefühltes Versorgungsbedürfnis statt eines entsprechenden Versorgungsbedarfs.

Recht betrachtet unterbreiten Bühringer et al. ein fragiles Angebot: Für die niedergelassenen PsychotherapeutInnen, mehr berufs- und standes- als fachpolitisch, wollen die AutorInnen nicht nur „ein Stück vom Kuchen“, sondern auch noch die Rosinen: nämlich jene, von ihnen sog. „Fälle“, also Kunden, die der intelligenten, sprachgewandten Mittel- und Oberschicht entstammen. Nicht eben eine der zentralen Herausforderungen. Die liegen im Gegenteil im Hartz IV-Milieu oder bei den großen Communities der Migrantinnen und Migranten. In die Zukunft weist das Angebot, besser vielleicht: Verlangen, kaum. Dass nunmehr auch Qualifizierungsansätze für niedergelassene PsychotherapeutInnen entwickelt werden, ist hingegen ein so überfälliger wie interessanter Ansatz. Doch dies steht auf einem anderen Blatt, das die AutorInnen zu füllen sicher helfen werden.