

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 41 (2015)

Heft: 1

Artikel: Plädoyer für eine integrierte Zusammenarbeit in der Suchthilfe

Autor: Berthel, Toni / Vogel, Françoise / Kläusler, Charlotte

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800772>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Plädoyer für eine integrierte Zusammenarbeit in der Suchthilfe

Die Problemfelder im Themenbereich Sucht sind komplex. Die gesetzlichen Grundlagen als Basis für die Finanzierung und die Organisation der Suchthilfe sind gegeben und müssen zugunsten einer umfassenden Versorgung optimal ausgenutzt werden. Dazu ist Kooperation zwischen den verschiedenen Hilfsystemen und beteiligten Fachpersonen unabdingbar. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Netzwerken ist aber auch unter diesen bestehenden gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen möglich.

Toni Berthel

Dr. med., Ärztlicher Co-Direktor Integrierte Psychiatrie Zürcher Unterland, Co-Leiter Integrierte Suchthilfe Winterthur, Tösstalstr. 53, Postfach 144, CH-8408 Winterthur, Tel. +41(0)52 267 59 00, toni.berthel@ipw.zh.ch

Françoise Vogel

Lic. Phil., Leiterin Prävention und Suchthilfe Stadt Winterthur, Co-Leiterin Integrierte Suchthilfe Winterthur, Tösstalstr. 19 und 53, Postfach Stadthaus, CH-8402 Winterthur, francoise.vogel@win.ch

Charlotte Kläusler

MSSW, MA, Abteilungsleitung Integrierte Suchthilfe Winterthur, Tösstalstr. 19, Postfach Stadthaus, CH-8402 Winterthur, charlotte.klaesler@win.ch

Schlagwörter: Kooperation | Netzwerk | ambulante Suchthilfe | Finanzierung |

«Wer Interdisziplinarität sät, wird Zwietracht ernten»

Einleitung

Suchtprobleme und Suchterkrankungen gehen in der Regel mit einer Vielzahl anderer Probleme einher. In die Beratung, Behandlung, Betreuung von Menschen mit Suchtproblemen sind daher Fachleute aus verschiedensten Berufsdisziplinen involviert; somatische Medizin, Psychiatrie, Soziale Arbeit, Jugendhilfe, Prävention sowie Justiz-, Straf- und Massnahmenvollzug arbeiten gleichzeitig und nebeneinander. Diese Zusammenarbeit und der Versuch, auf das gemeinsame Ziel – das PatientInnenwohl – hinzuwirken, sind eine Herausforderung. Die je unterschiedlichen Aufgaben und eine je eigene Berufssozialisation erschweren die Kooperation. Werden aber einige Grundsätze der Netzwerkarbeit eingehalten, kann dies die Basis für eine befriedigende und erfolgreiche Arbeit sein.

Suchtstörungen sind komplexe Probleme

In den 1990er Jahren wurden in den USA erste Studien publiziert, die zeigten, dass ein Grossteil der Suchtkranken zusätzlich an anderen psychischen Störungen leidet. Diese Ergebnisse wurden später auch im EU-Raum und der Schweiz bestätigt. Daneben gehen Suchterkrankungen oft mit erheblichen somatischen Beschwerden und sozialen Problemen einher. Bei vielen unserer in Suchteinrichtungen behandelten und betreuten PatientInnen und KlientInnen ist eine Dysbalance zwischen den Wünschen nach autonomer Lebensgestaltung und den tatsächlich vorhandenen Kompetenzen, den individuellen Möglichkeiten und

Ressourcen zu beobachten. Viele sind auf Unterstützung in der Geldverwaltung, der Alltagsgestaltung, dem Wohnen und der Arbeitsintegration angewiesen. Suchtstörungen manifestieren sich also in unterschiedlichsten, komplexen Problemlagen.

Eine Vielzahl von Hilfsystemen

Eine nicht publizierte, interne Erhebung im Sommer 2014 in den Einrichtungen der Integrierten Suchthilfe der Stadt Winterthur zeigt, dass per Stichtag 30.6.2014 in der ambulanten Substitutionsbehandlung beinahe 60% der 239 PatientInnen bei drei oder vier Berufsgruppen oder Diensten anhängig waren. In den Angeboten der ambulanten Suchtbehandlung (Alkohol, Cannabis, Kokain, neue Medien etc.) mit 252 PatientInnenkontaktierten 45% von ihnen Fachleute aus drei oder vier Hilfsystemen. In der stationären Suchtrehabilitation beanspruchten 63% von den 100 KlientInnen, die im Zeitraum 2008 bis 2014 in die Therapie aufgenommen wurden, ebenfalls drei oder vier Dienste.

Anzahl Involvierte Berufsgruppen/ Dienste	Ambulante Substitutionsbehandlung n=239	Ambulante Suchtbehandlung n=252	Stationäre Suchtrehabilitation n=100
1	14.3%	27%	19.7%
2	27.4%	27%	16.6%
3	33.7%	23%	52.0%
4	24.3%	22%	11.4%

Tab. 1: Beanspruchte Berufsgruppen in der Region Winterthur.

Die wissenschaftlichen Untersuchungen und unsere praktische Erfahrung zeigen klar und deutlich: In die Arbeit mit Substanzabhängigen sind in der Regel somatische ÄrztInnen, Substitutionsambulanzen, Fachleute aus der Sozialhilfe, der Wohnhilfe, SuchttherapeutInnen, PsychiaterInnen, Mitarbeitende des Straf- und Massnahmenvollzugs und Präventionsfachleute involviert. Substituierte haben häufig behandlungsbedürftige psychische Probleme, ausgeprägte somatische Erkrankungen und erhalten Unterstützung im sozialen Bereich (mit Geld, Wohnen, Tagesstruktur). In die Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen sind neben der Suchtfachstelle auch der Hausarzt/die Hausärztin, häufig das Strassenverkehrsamt oder der

Massnahmevollzug involviert. Menschen mit Kokainproblemen erhalten Unterstützung in der Kokainsprechstunde, besuchen die Schuldenberatung oder eine Paarberatung. Jugendliche mit Problemen in der Mediennutzung sind in Suchtberatungsstellen anhängig, in Berufsintegrationsmassnahmen; sie werden auf ein ADHS behandelt und häufig werden IV-Massnahmen notwendig. Jugendliche mit Cannabiskonsum werden über Präventionsangebote, die Jugendanwaltschaft, die Schulsozialarbeit und Beratungsstellen betreut. Schwangere Substanzabhängige werden für ihre Sucht behandelt, die Kinderschutzgruppe ist involviert, GynäkologInnen und Hebammen kümmern sich um sie; Sucht ist eine Querschnittsaufgabe.

Bio-psycho-sozialer Denkansatz

Die Arbeit mit Suchtkranken, Suchtgefährdeten und Abhängigen orientiert sich heute dementsprechend an einem bio-psycho-sozialen Ansatz. Im Zentrum steht der suchtkranke Mensch und mit ihm die Menschenwürde. Hier sind wir in den letzten Jahrzehnten einen weiten Weg gegangen. Aus den partikularen, paternalistischen Denk- und Handlungsansätzen mit klaren, von aussen vorgegebenen Abstinenzforderungen, entwickelte sich eine moderne, das Individuum in seiner Einzigartigkeit akzeptierende Grundhaltung. Theorien und Modelle orientieren sich heute an der Selbstbestimmung und -verantwortung des Menschen auch im Umgang mit seinem Substanzkonsum, Transparenz und individuelle Ziele bestimmen heute unser Tun. Neben abstinenzorientierten Ansätzen sind heute in der Behandlung von chronischen Suchterkrankungen auch kontrollierter Konsum, Zieloffenheit, Harm Reduction und supportive Techniken (differenzierte Analyse von Ressourcen und Einschränkungen) sowie Konzepte zur Förderung der Selbstbefähigung (Empowerment) bedeutsam. Alle diese Behandlungs- und Interventionsansätze sind individualisiert und modular; und die unterschiedlichen Problemstellungen werden in stationärer, teilstationärer und ambulanter Arbeit parallel, miteinander und nacheinander bearbeitet. Die verschiedenen involvierten Professionen und Berufe haben jeweils unterschiedliche Aufgaben zu erbringen. Sie wurden in ihren Berufsausbildungen unterschiedlich geschult und sozialisiert und bedienen sich unterschiedlicher, oft divergierender Denkansätze und Denktraditionen. Diese fachlichen Spannungsfelder werden zusätzlich verstärkt durch den (manchmal auch nur phantasierten) unterschiedlichen Status der jeweiligen Berufsgruppen im Selbsterleben und der gesellschaftlichen Wahrnehmung. Das Thema Sucht nimmt in Grundausbildungen und der Weiterbildung nur wenig Raum ein. Zusätzlich gibt es kaum differenzierte Modelle, wie mit der Vielschichtigkeit von Sucht und den damit einhergehenden Problemstellungen umzugehen ist. Und selbst wenn sich in der Fachwelt die Einsicht durchgesetzt hat, dass Sucht mit einem bio-psycho-sozialen Ansatz erklärt und behandelt werden kann, kultivieren die Öffentlichkeit und die Politik immer noch und immer wieder mittelalterliche, voraufklärerische und mystische Glaubenssätze wie das alleinige Primat der Abstinenz oder Konsum berauschender Substanzen als sündhaftes Verhalten.

Was spricht das Gesetz?

Die Versorgung von Menschen mit einer Suchtproblematik, findet in verschiedenen Versorgungssystemen statt, die nur auf der Basis gesetzlicher Grundlagen institutionalisiert und finanziert werden können.

Unsere Bundesverfassung garantiert jedem im Rahmen der staatlichen Möglichkeiten das Recht auf Hilfe in einer Notlage. In spezifischen Gesetzen wird der Umgang mit Betäubungsmitteln, Alkohol, Tabakprodukten und Geldspielen festgelegt. Auf Bundesebene setzen das Krankenversicherungsgesetz KVG, das

Grundsätze der Zusammenarbeit in interdisziplinären Arbeitsfeldern

Damit eine disziplinenübergreifende Zusammenarbeit möglich ist, sollten die Mechanismen, die in interdisziplinären Feldern wirksam werden, bekannt sein. Gleichzeitig müssen wir die Voraussetzungen kennen, um zielführend arbeiten zu können.

Eigene Positionierung gegenüber dem Phänomen Sucht

Die eigene Positionierung klärt die eigene Haltung, die eigene Aufgabe, den eigenen Ansatz, das eigene Tun. Unterschiedliche Positionen können dargestellt werden. Es entsteht eine Basis für ein selbstbestimmtes Zugehen auf die Anderen.

Klärung der Grundhaltung und Zielsetzung

Die unterschiedlichen Aufgaben und Berufssozialisierungen können zu divergierenden Zielen führen. Beispielsweise steht in meiner Funktion als Arzt in der Regel das Überleben des Patienten oder der Patientin im Vordergrund. Als Betriebsleiter jedoch ist für mich das Überleben des Betriebs prioritär, als Psychotherapeut steht das Überleben der Beziehung im Zentrum, als Gutachter das Verhindern weiterer Delikte, als Mitarbeiter der Justiz die Sicherheit im Umfeld, als Mitglied der Kinderschutzgruppe das Wohl des Kindes oder der noch ungeborenen Frucht. Dies führt zu Uneinigkeit bezüglich Prioritäten, Zielen und Interventionen. Durch eine Klärung der eigenen Grundhaltung und der Zielsetzungen werden versteckte Zielkonflikte sichtbar gemacht und können offen geklärt werden.

Formulierung von Unterschieden

Die Formulierung von Unterschieden erlaubt es, Grenzen darzustellen und Konfliktfelder zu definieren. Dies ist die Basis dafür, dass Strategien zur Zusammenarbeit und Konfliktlösung erarbeitet werden können.

Definition der Aufgaben

Das Wissen um die eigene Position und die anderen Ansätze sowie deren Stärken und Schwächen erlauben es, die jeweiligen Aufgaben zu definieren. Im Zentrum steht dabei die an einem gemeinsamen Ziel sich orientierende Arbeit mit den PatientInnen oder KlientInnen.

Beschreiben der Schnittstellen

Das Erkennen und Benennen von Schnittstellen zeigt, wo Kommunikations- und Informationsbedarf herrscht. Die Abläufe an diesen Schnittstellen können benannt und geklärt sowie die Art der Zusammenarbeit bestimmt werden.

Festlegen der Priorität der zu lösenden Aufgaben

Die Aufgaben müssen aufgelistet und priorisiert werden. Beispielsweise ist bei schwerer körperlicher Krankheit oder bei gravierenden sozialen Problemen wie Obdachlosigkeit, Sichern des Überlebens etc. eine psychotherapeutische Bearbeitung schwierig. Existentielle Probleme müssen zuerst gelöst sein, bevor die eigentliche Psychotherapie beginnen kann.

Sicherstellen der Kommunikation

Menschen mit unterschiedlicher Berufssozialisation beschreiben und beurteilen die beobachteten Phänomene in ihrer eigenen Sprache. Dies erschwert häufig die Kommunikation. Wir müssen Phänomene im Feld der Sucht benennen und dafür die gleiche Sprache finden.

Zusammenarbeit auf Augenhöhe

Eine für alle Involvierten befriedigende Kooperation ist nur möglich, wenn die Zusammenarbeit auf Augenhöhe geschieht. Alle in die Arbeit Involvierten müssen sich gegenseitig respektieren und der erbrachten Leistung der anderen die gleiche Bedeutung zugestehen. Jede Aufgabe in einem Netzwerk ist gleichwertig.

Invalideversicherungsgesetz IVG und das Strafgesetz StGB weitere Rahmenbedingungen. Die Versorgung und Finanzierung im Suchtbereich wird durch jeweils kantonale Gesundheits-, Spitalfinanzierungs-, Sozialhilfe- und Jugendhilfegesetze sowie kantonale Gesetze zum Straf- und Massnahmenvollzug geregelt. Die Umsetzung der Sozialhilfe findet in der Regel auf Gemeindeebene statt.

Wir sehen: Die gesetzliche Basis für die Versorgung und damit auch für die Finanzierung ist gegeben. Die gesetzlichen Grundlagen aber sind komplex und die Versorgungsstrukturen unterscheiden sich von Kanton zu Kanton. Die Versorgungsstrukturen zur Behandlung, Betreuung und Begleitung von Menschen mit Suchtproblemen sind traditionell gewachsen. Für Querschnittsaufgaben in diesem Mehrebenensystem gibt es keine einfachen Lösungen. Das heisst auch, dass es eine Vielzahl von Zugangsportalen zu adäquater Unterstützung und Behandlung gibt.

Zusammengefasst können wir sagen:

- Sucht ist ein Querschnittsproblem
- Querschnittsaufgaben tangieren verschiedene Rechts- und Finanzierungsgrundlagen
- Diese Grundlagen sind die Basis für den Aufbau von funktionierenden Versorgungsstrukturen
- In diesen Strukturen arbeiten verschiedene Berufsdisziplinen
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist Netzwerkarbeit
- Verschiedene Berufsdisziplinen haben unterschiedliche Blickweisen, Denkmodelle, Schwerpunkte, Interventionsansätze

Eine sich an der Vielfalt der Probleme orientierende Intervention verlangt daher nach einer interinstitutionellen, interdisziplinären, multiprofessionellen Betrachtung und Strategie.

Interdisziplinarität und Netzwerke

Die Beratung, Behandlung und Betreuung von Menschen mit Suchtproblemen ist eine komplexe Aufgabe. Kooperation von unterschiedlichen Anbietern ist notwendig. Ziele und Interventionen müssen mit allen Involvierten – inklusive dem/der Patienten/-in oder dem/der Klienten/-in – formuliert und abgesprochen werden. So können gegenseitige Ressourcen genutzt, Reibungsverluste minimiert und Hilfsangebote aufeinander abgestimmt werden. Kooperation ist mehr als das Wissen, dass andere auch involviert sind. Kooperation verlangt nach verbindlicher Zusammenarbeit und klaren Regeln, wie zusammengearbeitet werden soll.

Wir sprechen hier von einem integriert-integrativen Behandlungsmodell. Integrierte Suchtbehandlung meint vernetzte, verbindliche und zielorientierte Zusammenarbeit verschiedener Anbieter unter Koordination und gegenseitiger Abstimmung der Angebote und Interventionen. Integrative Suchtbehandlung meint das gezielte Zusammenwirken verschiedener wirksamer (nach Möglichkeit evidenzbasierter), sinnvoller Behandlungsmethoden und die Arbeit mit transparenten, verständlich-kommunizierbaren Erklärungsmodellen.

Kooperation ist eine Herausforderung

Für die Kooperation im Feld Sucht sind zwei Ebenen zu unterscheiden:

- eine politisch-strategische Ebene, welche die Kooperation zwischen den beteiligten Versorgungseinrichtungen einfordert
- eine operative Ebene, auf der die fallbezogene Kooperation stattfindet

Zusätzlich muss auf die Entwicklung der Zusammenarbeitskultur ein besonderes Augenmerk gelegt werden.

Kooperation als politisch-strategischer Entscheid

Kooperation ist ein aktiv gefällter, politisch-strategischer Entscheid, der die ebenfalls aktive Zusammenarbeit aller AkteurInnen einfordert. Hier stehen zunächst die Trägerschaft und die Führungsverantwortlichen in der Verantwortung. Das Bekenntnis zur Zusammenarbeit muss gegenüber den involvierten Stellen und Angeboten klar kommuniziert werden. Die erwünschte Zusammenarbeit ist nur möglich, wenn der Auftrag, die Verantwortung und die Kompetenzen allen beteiligten Institutionen und Mitarbeitenden bekannt sind. Dazu gehört auch die Klärung der finanziellen Ressourcen.

Auch die interinstitutionellen Fragen müssen zunächst auf Leitungsebene beantwortet werden. In Netzwerken ist es notwendig, gemeinsame Ziele und Grundsätze der Zusammenarbeit festzulegen. (Siehe Kasten).

Kooperation auf operativer Ebene

Die Herausforderungen auf operativer Ebene kristallisieren sich in der direkten Arbeit mit unseren KlientInnen oder PatientInnen heraus. Ziele, die durch unsere Interventionen erreicht werden sollen, müssen auch hier zwischen allen Involvierten gemeinsam festgelegt werden. Und auch hier sehen wir dabei unterschiedliche Grundhaltungen bezüglich Substanzkonsum bei den verschiedenen Fachleuten und der Klientel. Es ist hier besonders wichtig, potentielle Konfliktfelder zu erkennen und zu benennen. Ziele müssen explizit formuliert werden. Da die Behandlung und Betreuung meistens längere Zeit dauert, ist es sinnvoll, Prioritäten festzulegen. Eine gemeinsame Sprache für die beobachteten Phänomene und die zu erreichenden Ziele zu finden, ist dabei unabdingbar für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit auf Augenhöhe.

Kooperation als kulturelle Praxis

Kooperation und Zusammenarbeit in interprofessionellen Feldern entstehen nicht alleine über eine Top-down-Vorgabe. Zusammenarbeit entsteht über einen Prozess. Eine Kultur des zielgerichteten Zusammenwirkens muss aktiv gefördert werden. Es braucht dafür von allen Beteiligten ein klares persönliches Bekenntnis für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit: den guten Willen sich zu vernetzen, Zeit um Gemeinsamkeiten und Verbindendes zu finden, Konflikte zu klären, realistische Ziele zu formulieren und die Interventionen aufeinander abzustimmen. Hier leisten gemeinsame Fortbildungen, Austauschgefässe oder falls möglich interdisziplinäre Fallbesprechungen für das gegenseitige Verständnis und die Entwicklung einer gemeinsamen Grundhaltung wertvolle Dienste.

Die Vielfalt der Finanzierungsmöglichkeiten nutzen

Für Menschen mit Suchtproblemen erbringen die verschiedenen Anbieter Leistungen. Diese werden finanziert über:

- das KVG im Tarmed mit Einzelfalleistungen
- die Sozialhilfe als Einzelfall- oder als Objektleistung
- Zuwendungen aus dem Alkoholzehntel
- vertragliche Regelungen mit pro Kopfbeiträgen in Gemeindeverbänden
- gemeinwirtschaftliche Leistungen im Rahmen der Spitalfinanzierungsgesetze
- Beiträge an die Früherkennung und Frühintervention im Rahmen der Prävention
- teilweise Klientenbeiträge bei Problemen mit Substanzkonsum im Strassenverkehr
- Leistungen aus der Invalidenversicherung
- Krankenkassen- und Kantonsbeiträge für Klinik- und Spitalaufenthalte.



Es ist wenig wahrscheinlich, dass sich in den nächsten Jahren die gesetzlichen Grundlagen und damit die Finanzierung der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen ändern werden.

Wir werden uns also noch viele Jahre mit den heute gültigen Gegebenheiten arrangieren müssen. Kooperation kann jedoch auch unter den bestehenden Voraussetzungen in den unterschiedlichsten Organisationsmodellen gut gelingen. Verbindliche Kooperationsvereinbarungen und -verträge können sicherstellen, dass die in der Suchthilfe betreute Klientel die angemessenen und zielführenden Leistungen erhält.

Die Suchthilfe verfügt in der Schweiz über eine Vielfalt erfolgreicher Angebote, die regional unterschiedlich organisiert und finanziert sind. Im Kanton Bern wird die Zusammenarbeit der verschiedenen Anbieter in der Suchthilfe über Leistungsverträge geregelt. In der Stadt und Region Winterthur wird die Integrierte Suchthilfe über eine gemeinsame Trägerschaft von Stadt und Integrierter Psychiatrie Winterthur Zürcher Unterland geführt. Eine Co-Leitung ist die Grundlage für eine verbindliche Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialwesen. An anderen Orten arbeiten einzelne im Sozialwesen integrierte Beratungsstellen verbindlich mit ÄrztInnen zusammen oder ärztlich geführte Ambulatorien kooperieren mit Suchthilfeeinrichtungen. Einrichtungen der stationären Drogenrehabilitation haben medizinische Mitarbeitende in ihren Betrieben angestellt oder arbeiten mit Arztpraxen zusammen. Wieder an anderen Orten ist die Suchthilfe in das Sozialwesen integriert oder Teil der psychiatrischen Versorgung.

In gut geführten Netzwerken können sowohl die Versorgung verbessert als auch die unterschiedlichen Finanzierungssysteme optimal eingesetzt und kombiniert werden. Es kann hilfreich sein, die eigene Organisation auf diese Aspekte hin zu überprüfen.

Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit kostet noch nichts. Die realisierten Kooperationsformen zeigen, dass durch Kooperationen und die Nutzung der verschiedenen Finanzierungsmöglichkeiten Win-win-Situationen für alle Involvierten geschaffen werden können.

Herausforderungen

Lange Jahre wurden Einrichtungen der Suchthilfe über Beiträge der öffentlichen Hand, der Invalidenversicherung und andere Beiträge sowie einer Defizitgarantie finanziert. In den letzten Jahren hat eine Verschiebung von dieser Objektfinanzierung hin zu einer fast ausschliesslichen Subjektfinanzierung stattgefunden. Bei der Subjektfinanzierung werden nur Leistungen abgegolten, die direkt an den PatientInnen oder KlientInnen erbracht werden. Diese Verschiebung der Finanzierung hat zu einer Anpassung der erbrachten Leistungen geführt. Die Behandlungsdauer verkürzte sich, und es wurden vermehrt ambulante und tagesklinische Angebote entwickelt und aufgebaut.

Es ist dadurch aber auch ein Trend hin zu einer Medizinalisierung von Sucht mit negativen Folgen sichtbar geworden. In der ambulanten Behandlung von Suchtkranken, die über das Tariffsystem Tarmed finanziert wird, wird im Rahmen eines Leistungskatalogs gearbeitet, der zwischen Ärzteschaft und Versicherern festgelegt wird. Dieser Leistungskatalog bevorzugt die Finanzierung von akuten Störungen und schränkt die Dauer der Behandlung ein. Dadurch entstehen Tendenzen zu einer Zweiteilung der Betreuung und Behandlung von Suchtkrankheiten und -störungen: Akute Suchtprobleme werden in der Medizin behandelt, chronifizierte Probleme werden in Angebote der Sozialhilfe verschoben. Wie weiter oben ausgeführt, hat das bio-psycho-soziale Modell heute die höchste Akzeptanz. D.h. Suchterkrankungen und -probleme sind komplex und gehen mit vielen komorbiden Störungen und sozialen Problemen einher. Sie sind also oft von längerer Dauer. In dieser Entwicklung müssen wir auch in Zukunft sicherstellen, dass auch chronisch suchtkranke Menschen eine langdauernde und adäquate Betreuung und Behandlung erhalten. Dies ist im heutigen System nur möglich durch eine Kombination von Objekt- und Subjektfinanzierung, welche auch die Schnittstellen zwischen den Angeboten abdeckt. Netzwerkarbeit ist darum auch Schnittstellenarbeit. Einrichtungen für KlientInnen und PatientInnen mit vielen Problemen, unterschiedlichsten Anlaufstellen und wenig Ressourcen müssen auch in Zukunft geführt und finanziert werden. Dies kann beispielsweise über gemeinwirtschaftliche Leistungen, wie sie in den Spitalfinanzierungsgesetzen vorgesehen sind, noch auszuhandelnde Abgeltung von Schnittstellenleistungen im Tarmed, oder über eine gemeinsame Trägerschaft zwischen Einrichtungen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen geschehen.

Zusammenfassung

Die Herausforderungen im Suchtbereich können nur interdisziplinär gelöst werden. Ob diese Kooperation gelingt, hängt von uns ab. Wir müssen die bestehenden gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu unseren Gunsten nutzen. Dafür muss die Arbeit im Netzwerk bewusst initiiert, gestaltet und mit genügend Ressourcen ausgestattet werden. Alles in allem sind die Chancen, die im vernetzten Arbeiten liegen, so gross oder so klein wie die positive innere Haltung derer, die sie initiieren und mittragen, und so gross oder so klein wie das vorhandene fachliche Kooperations-Know-how und die verbindlichen strukturellen Vorgaben. Vom ethischen Grundsatz her betrachtet, erfordert ein kooperatives, konsensorientiertes Modell für eine integrierte Versorgung suchtkranker Menschen die Abkehr von der sich in allen gesellschaftlichen Bereichen ausbreitenden Entsolidarisierung. Eine stärkere Solidarität der Leistungserbringer untereinander ist ebenso entscheidend wie ihre Solidarität mit ihren KlientInnen. ●