

Drogentherapiezentrum 2017 RELOADED: Sommerfest am 07. September 2017 um 11 Uhr

Sehr geehrte Frau Köhler-Azara,
sehr geehrte Frau Thöns,
sehr geehrter Herr Schuhwirt,
lieber Joachim Hottmann,
sehr verehrte Gäste,

ein Sommerfest beim Drogentherapiezentrum, was so leicht und so locker klingt und heute gefeiert wird, ist in Wahrheit allerdings mit sehr großen und mehrere Jahre andauernden Kraftanstrengungen verbunden. Deshalb möchte ich die Gelegenheit nutzen und zu allererst dem Drogentherapiezentrum gratulieren, dass es mit vereinten Kräften gelungen ist, diese wirklich schwierige Zeit durchzustehen und zu meistern!

Im Paritätischen Wohlfahrtsverband haben wir den einen oder anderen – ich möchte sagen - Schicksalsschlag beim Drogentherapiezentrum, der in den vergangenen Jahren passierte, nur hinnehmen können ohne eine realistische Möglichkeit, das Problem zu lösen.

Beim Dachstuhlbrand in der Frankfurter Allee konnten wir wenigstens mit einer kleinen finanziellen Unterstützung helfen. Ich kann mich noch gut erinnern, dass mich die Nachricht von den „abgebrannten Wohngemeinschaften“ beim FDR-Kongress im April 2016 am Schwielowsee bei Potsdam erreichte. Da waren einige andere Träger von Wohngemeinschaften beisammen und ich konnte den kurzfristigen Bedarf an Wohnplätzen direkt weitergeben.

Jetzt ist das Schiff wieder in sicheren Gewässern. Nach turbulenter See mit ziemlich hohen Wellen steuert es neue Ziele an.

Heike Drees

Paritätischer Berlin

Referat Suchthilfe, HIV/Aids, Gesundheit

07.09.2017

Auf seiner Weiterfahrt wird es auf unbekannte Küsten und Inseln treffen. Eine dieser unbekanntenen Inseln hat den Namen „Inklusion“ und ich wurde in Vorbereitung des heutigen Feiertages damit beauftragt, diese „Terra incognita“ - die Inklusion - etwas näher zu betrachten. Bei der Annäherung an dieses unbekannte Gebiet habe ich mich von Leuchttürmen leiten lassen und Meilensteine zur Orientierung gefunden.

Ein Leuchtturm ist das Urteil des Bundessozialgerichtes vom 18. Juni 1968, auf dessen Grundlage „Alkoholsucht als krankenhauspflegebedürftige Krankheit“ mit dem Anspruch auf eine fachgerechte Behandlung grundsätzlich anerkannt wurde. Das Urteil liegt im nächsten Jahr 50 Jahre zurück.

Weitere 10 Jahre hat es danach noch gedauert bis die Zuständigkeit und das Verfahren zur Umsetzung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger in einer gemeinsamen Vereinbarung geregelt wurde. Die „Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 20.11.1978 war ein Meilenstein für die Durchsetzung des Rechtsanspruches abhängigkeitskranker Menschen auf medizinische Hilfe nach dem SGB V und medizinisch-berufliche Rehabilitation nach dem SGB VI.

Seit fast 50 Jahren ist Sucht als Krankheit in Deutschland durch den Gesetzgeber anerkannt. Dennoch stellt Gundula Barsch, Professorin für Suchtproblematik und soziale Arbeit an der Hochschule Merseburg 2013 in einem Vortrag fest: „Abhängigkeit ist heute noch eines der schwerwiegendsten Stigmata unserer Kultur.“

Dies bestätigt ein 2017 beim FDR-Bundesdrogenkongress in Berlin vorgestelltes und vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Memorandum „Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden“. Darin heißt es: „Das Stigma vergrößert Suchtprobleme, es macht das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen schwerer“.

Heike Drees

Paritätischer Berlin

Referat Suchthilfe, HIV/Aids, Gesundheit

07.09.2017

Das Stigma Suchterkrankung diskriminiert Betroffene, sehr häufig durch Schuldzuweisungen und Zuschreibung negativer Charaktereigenschaften.

Und die Suchthilfe? Welche Vorurteile hat sie selbst möglicherweise noch nicht aufgegeben und ist sich dessen gar nicht bewusst? Gelingt die Haltekraft eines suchtkranken Menschen nicht oder nur sehr schlecht wird dies manchmal als fehlende Krankheitseinsicht, Therapieunwilligkeit und nicht vorhandene Änderungsbereitschaft ebenfalls den Betroffenen zugeschrieben.

Nicht selten verinnerlichen suchtkranke Menschen solche negativen Zuschreibungen ihres Verhaltens und Charakters und werten die eigene Person ab. Die Möglichkeit, sich gegen Vorurteile zu wehren, ist für suchtkranke Menschen gleich Null.

Man kann feststellen, dass auch 50 Jahre nach der Entscheidung „Sucht ist Krankheit“, eine Suchterkrankung immer noch stark im Kontext von Verhaltensweisen und einem persönlichen Versagen gesehen wird.

Mitte der 1980er Jahre wurde ausgelöst durch Aids-Epidemie ein weiterer Meilenstein gefördert. Die Substitutionsbehandlung der von illegalen Drogen abhängigen Menschen nach dem SGB V hatte weitreichende Auswirkungen auf die Suchthilfe und wurde anfangs von ihr selbst stark abgelehnt als suchtververlängernd. Heute gehört Substitution zur Standardbehandlung. Die medizinische Substitutionsbehandlung wurde verbunden mit einer psychosozialen Betreuung der substituierten Menschen, deren Finanzierung allerdings bis heute nicht zum Leistungskatalog der Krankenkassen gehört.

Im Verständnis der Weltgesundheitsorganisation WHO zählen suchtkranke Menschen zum Personenkreis mit einer „seelischen Behinderung“. In Berlin ist die „Psychosoziale Betreuung von substituierten drogenabhängigen Menschen“ seit 1999 eine Leistung der Eingliederungshilfe für Menschen mit

Behinderungen nach dem Sozialgesetzbuch XII. Für die Leistungserbringer ist der Begriff „Teilhabe“ kein Fremdwort.

Mit einer Änderung des Betäubungsmittelgesetzes erfolgte im Jahr 2000 eine nächste einschneidende Veränderung. Die Einfügung des § 10a BtMG machte in Deutschland den Weg frei für Drogenkonsumräume, in denen illegal erworbene Drogen unter Aufsicht konsumiert werden können.

Und beim Thema Alkohol? Seit Jahren existieren Einrichtungen, die geringe Mengen Alkohol an festen Konsumzeiten ausgeben an schwerstabhängige Menschen, die ein Leben mit bedingungsloser Abstinenz einfach nicht schaffen und die sonst auf der Straße leben müssten. Ich kenne Wohngemeinschaften, die den Konsum außerhalb der Einrichtungen akzeptieren, weil die Menschen, die dort leben mit einer 100%igen Abstinenz nicht zurechtkommen. Interessant ist, dass die Träger solcher Einrichtungen in der Regel nicht zum Suchthilfesystem sondern zu angrenzenden Hilfesystemen gehören.

Von Prof. Dr. Joachim Körkel wurde ein 10-Schritte Programm zur Konsumreduktion unter der Bezeichnung „Kontrolliertes Trinken“ in Deutschland bekannt gemacht.

Programme für Betroffene zur Reduktion eines überhöhten Alkoholkonsums, man könnte auch sagen: Selbstbestimmtes Trinken, gehören zum Beispiel in Großbritannien und den Niederlanden zur Standardbehandlung, in Deutschland immer noch umstritten.

Diese Entwicklungen wurden und werden nicht von allen befürwortet und gelten bei denen, die sie ablehnen als Kapitulation vor Drogen- und Suchtproblemen.

Es sind Beispiele für Behandlungsformen, Angebote oder Interventionen, die sich auf Lebenswelten und selbstbestimmtes Handeln von suchtkranken Menschen einlassen und diese nicht in Frage stellen.

Aus meiner Sicht illustrieren sie ganz gut das Dilemma, in dem herkömmliche Suchthilfe beim Thema gleichberechtigte Teilhabe und Selbstbestimmung steckt.

Die Entwicklungen haben jedenfalls stark polarisiert, auch die Suchthilfe. Aber für Fachkräfte in der Suchthilfe sind Begriffe wie „Eingliederungshilfe“, „Integration“, „Beteiligung“, „Nutzerorientierung“ und „Teilhabe“ heute selbstverständlicher geworden.

Das neue Bundesteilhabegesetz, das am 01. Januar dieses Jahres in Kraft getreten ist, steckt mit der Umsetzung von „Inklusion“ ein noch viel weiter gefasstes Ziel.

Der Begriff Inklusion wird verwendet im Sinne von Gleichberechtigung, Achtung und Wertschätzung aller Menschen als ein fundamentales Menschenrecht. Darauf stützt sich die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen, die sich die Umsetzung der Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen zur Aufgabe gemacht hat. Seit 2009 ist die UN-Behindertenrechtskonvention auch in Deutschland verbindlich und genau darauf bezieht sich das „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ - kurz Bundesteilhabegesetz.

Leitgedanke der Inklusion ist die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft für alle Menschen mit und ohne Behinderung. Durch eine gleichberechtigte Teilhabe sollen alle möglichen Formen gesellschaftlicher Benachteiligung und Ausgrenzung, die beispielsweise aufgrund von Ethnie, Religion, Geschlecht, des sozialen oder ökonomischen Status entstehen, aufgehoben werden.

Inklusion bedeutet: Wertschätzung der Vielfalt. Mit dem Bundesteilhabegesetz wird eine gleichberechtigte Teilhabe der Menschen mit Behinderungen per Gesetz in Deutschland geregelt und deren Umsetzung gesetzlich festgeschrieben.

Gleichberechtigte Teilhabe ist mehr als die Integration von benachteiligten und sozial ausgegrenzten Menschen. Gleichberechtigte Teilhabe in einer inklusiven Gesellschaft bedeutet, das Leben aller Menschen so zu gestalten, dass es für alle Menschen, ob behindert oder nicht, gleichermaßen möglich ist. Nicht der Mensch mit einer Behinderung oder Einschränkung muss sich anpassen, sondern das gesellschaftliche Leben muss sich von vorne herein anders gestalten.

Eine solche Veränderung der Gesellschaft wird wohl mehr als 50 Jahre in Anspruch nehmen und ist für mich aus heutiger Sicht bei der mir verbleibenden Lebenszeit nur schwer vorstellbar. Manche Dinge dauern eben länger.

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde eine Neufassung des Behindertenbegriffs vorgenommen und dadurch hat sich eine interessante, nicht nur sprachliche, Veränderung vollzogen:

Im bisherigen SGB IX heißt es in § 2 Absatz 1: Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Das neue Bundesteilhabegesetz bezieht sich in § 2 Absatz 1 auf den gleichen Sachverhalt, aber es heißt jetzt: Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungsbedingten oder umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe in der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

Wenn man sich rein sprachlich auf gleichberechtigte Teilhabe und Inklusion einlässt, werden dahinter ein völlig anderes Menschenbild und eine ganz andere Haltung deutlich.

Die bisherige Formulierung reduziert Menschen auf ihre Behinderung und auf sich daraus ergebende Defizite. Diese klassifizieren bzw. stigmatisieren Menschen als behindert.

In der Neuformulierung ist der behinderte Mensch in erster Linie ein Mensch, dessen Behinderung erst in Wechselwirkung mit gesellschaftlicher Einstellung und Umweltfaktoren eine Barriere für Teilhabe darstellt.

Inklusion ist also zuerst eine Frage der Haltung. Inklusion muss in den Köpfen beginnen, bevor sie stattfinden kann.

Das Bundesteilhabegesetz hat die Absicht, die bisherige Eingliederungshilfe aus dem „Fürsorge-System“ der Sozialhilfe herauszuführen und dadurch leistungsberechtigten Menschen mehr individuelle Selbstbestimmung zu ermöglichen.

Das klingt ganz hervorragend! Aber was heißt das übersetzt für die Suchthilfe?

Können wir uns wirklich vorstellen, dass die Leistungserbringer in der Suchthilfe suchtkranken Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe ermöglichen, damit diese ihr Recht auf Selbstbestimmung verwirklichen können? (zur Erinnerung: gleichberechtigte Teilhabe = Selbstbestimmtes Leben = Menschenrecht).

Bei der Einführung des Persönlichen Budgets habe ich in Teilen der Suchthilfe eine sehr starke Abwehr wahrgenommen. Das häufigste Argument war damals: ein Persönliches Budget sei für Menschen mit einer Suchterkrankung nicht möglich, es würde sich augenblicklich verflüssigen oder in andere Substanzen umgesetzt werden.

Eine Suchterkrankung wird assoziiert mit lebenslanger Konsequenz im Umgang mit psychoaktiven Substanzen und damit ist in der Regel Abstinenz gemeint.

Ist eine Suchterkrankung möglicherweise ein Ausschlusskriterium für Teilhabe und individuelle Selbstbestimmung? Ich bin nicht dieser Auffassung!

Heike Drees

Paritätischer Berlin

Referat Suchthilfe, HIV/Aids, Gesundheit

07.09.2017

Aber unter welchen Bedingungen ist gleichberechtigte Teilhabe und Selbstbestimmung suchtkranker Menschen möglich?

Können wir uns vorstellen, dass suchtkranke Menschen mitbestimmen bei der Ausgestaltung von Hilfen und Angeboten und dabei, was gut und richtig für sie ist?

Welche Perspektiven können wir suchtkranken Menschen ermöglichen, wenn sie ihr Wunsch- und Wahlrecht ausüben und mitbestimmen, welche Hilfen und Angebote zu den eigenen Zielen am besten passen?

Was verändert sich, wenn Suchthilfe dazu da ist, suchtkranke Menschen konsequent dabei zu unterstützen, dass sie ihre Lebensziele verwirklichen können?

Und wie können suchtkranke Menschen dazu ermutigt werden, sich mit eigenen Zielen auseinanderzusetzen und diese auch so zu formulieren?

Und dann ist da ja auch noch der Leistungsträger, der bei der Feststellung von Hilfebedarfen und bei der Hilfeplanung eine Rolle spielt.

Antworten auf diese oder ähnliche Fragen werden wir uns erarbeiten müssen und sie sind alles andere als trivial.

Aber es gibt grundlegende Orientierungsmöglichkeiten. Eine davon ist die Strategie des Empowerments, mit der Menschen ihre eigenen Ressourcen wieder wahrnehmen können, eine wichtige Voraussetzung für individuelles Wachstum und persönliche Weiterentwicklungen. Empowerment bedeutet, Potenziale zu nutzen und eigenmächtiges Handeln zu stärken, damit Lebensräume wieder selbst gestaltet werden können.

Die Anwendung von Empowermentstrategien setzt eine partizipative Haltung in den professionellen Strukturen voraus, d.h. ein Verständnis von Partizipation im Sinne einer Mitbestimmung der Leistungsberechtigten auf Augenhöhe.

Heike Drees

Paritätischer Berlin

Referat Suchthilfe, HIV/Aids, Gesundheit

07.09.2017

Ein wichtiges Instrument für die Hilfeplanung sehe ich in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, kurz ICF, die auch in das neue Bundesteilhabegesetz Eingang gefunden hat.

Die Hilfeplanung orientiert sich damit an individuellen Fähigkeiten und Ressourcen in Lebensbereichen, und nicht an Defiziten. Insbesondere die stationäre medizinische Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen nach dem SGB VI hat langjährige Erfahrung bei der Anwendung der ICF. Im besten Fall ermöglicht dieses Instrument einen ganzheitlichen Blick, der die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen befördert und dabei hilft, Schnittstellenprobleme besser zu bearbeiten.

Suchthilfe als ein Entwicklungsfeld zu begreifen bedeutet, sich auf kommende Veränderungsprozesse einzulassen, viele Fragen zu stellen, Bestehendes kritisch zu reflektieren. Der Inklusionsgedanke ist aus meiner Sicht erst einmal dazu da, eine inklusive Haltung zu entwickeln. Und suchtkranke Menschen dabei „mitzunehmen“. Das wird Zeit brauchen.

In den vergangenen Jahrzehnten ist in Berlin ein differenziertes und sehr vielseitiges Hilfesystem für suchtkranke Menschen entstanden. Wir sollten Überlegungen anstellen und Strategien dafür entwickeln, wie ein personenzentriertes, individuelles und flexibles Hilfesystem unter Einbeziehung der Erfahrungen und des Wissens der Leistungsberechtigten entstehen kann.

Dafür müssen wir Ziele formulieren und Ziele setzen und gleichzeitig müssen wir geduldig sein, mit uns und mit anderen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!