



Jubiläums-
broschüre

40 Jahre
Psychosomatische
Klinik Bergisch
Land



PSK
Psychosomatische Klinik
Bergisch Land gGmbH

40 Jahre Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach wurde 1980 gegründet und in Betrieb genommen. Die Feier zum 40-jährigen Bestehen hatten wir geplant für den 15.05.2020: Gemeinsam mit Mitarbeitern aus allen Bereichen und allen Berufsgruppen der Klinik, gemeinsam mit zahlreichen Gästen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens und der Suchthilfe, Vertretern der Krankenhäuser, der Krankenkassen, der Rentenversicherungen, Beratungsstellen, Fachkliniken, Wohnheimen und niederschweligen Angeboten, gemeinsam mit Vertretern aus Kommunal- und Landespolitik, mit Mitarbeitern und Patienten. Und mit Ihnen.

Aufgrund der Coronapandemie haben wir uns entschieden, die Feier um ein Jahr zu verschieben auf den 07.05.2021, zwei Wochen vor Pfingsten. Angesichts der unverändert hohen Inzidenzzahlen und der Inanspruchnahme insbesondere der Intensivstationen sahen wir uns gezwungen, auch diesen Termin abzusagen und auf die geplante Jubiläumsfeier, auf die wir uns gefreut und auf deren Bekanntheit wir bereits zahlreiche positive Rückmeldungen erhalten haben, zu verzichten.

Um das Jubiläum dennoch unter – wenn auch anderen Rahmenbedingungen als geplant – würdig zu begehen, haben wir uns entschieden, an alle Referenten heranzutreten mit der Bitte, ihr bereits für die ursprüngliche Jubiläumsfeier zuge-



Vorwort

sagtes Grußwort zu verschriftlichen, um es Ihnen im Rahmen einer Dokumentation zur Verfügung stellen zu können: Erfreulicherweise haben alle ohne Zögern zugesagt. Dafür gebührt ihnen unser herzlichster Dank!

Bei der Planung der ursprünglich angedachten Festveranstaltung zum Jubiläum haben wir uns folgende Ziele gesetzt:

- ✓ die Geschichte und den Entwicklungsprozess der Klinik darzulegen,
- ✓ die aktuellen und vor uns liegenden Aufgaben zu verdeutlichen unter Bezugnahme auf den aktuellen Stand der Fachdiskussion und wesentliche sozialpolitische Entwicklungen,
- ✓ die intensive Vernetzung innerhalb der Klinik und mit den vielfältigen externen Kooperationspartnern als Chance, als Herausforderung und als Kernaufgabe aufzuzeigen und dieses Jubiläum in intensiver Kommunikation gemeinsam mit den Vertretern der vielfältigen kooperierenden Institutionen, unseren Mitarbeitern und unseren Patienten zu begehen.

Die zahlreichen Rückmeldungen und auch Nachfragen bezüglich unserer zunächst verschobenen Jubiläumsfeier, die Bereitschaft der Verpächter des SAAL 2000, uns den Veranstaltungsraum für die zunächst geplante Feier zur Verfügung zu stellen und die Zusagen der Referenten, einen Beitrag zu halten und diesen auch für die Dokumentation zu verschriftlichen, haben uns ermutigt, die nun vorliegende Dokumentation zu erstellen und damit einen – wenn auch anderen, aber dennoch würdigen – Rahmen für das Klinikjubiläum zu finden.

Wir freuen uns deshalb, Ihnen mit unserer Dokumentation eine wertvolle und lesenswerte Erinnerung und auch Anregung für die weitere Zusammenarbeit zur Verfügung stellen zu können. Frau Dr. Dybowski, zum Zeitpunkt der ursprünglich geplanten Jubiläumsfeier noch Referentin im MAGS für Drogen, Sucht und Prävention und seit Herbst 2020 Leiterin des Referats Medizinische Versorgung, Infektionsschutz und Hygiene, hat dankenswerterweise ihr zugesagtes Grußwort in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt.

Herr Bürgermeister Stein hat uns das Manuskript seines Vortrags ebenfalls zugesandt, Herr Geschäftsführer Klein hat in seinem Beitrag die Perspektiven des öffentlich-rechtlichen Trägers dargelegt. Den Entwicklungsprozess der Klinik, die

vielfältigen Veränderungen, Umbrüche, Erfolge, aktuellen und künftigen Herausforderungen hat Dr. Kuhlmann in seinem Beitrag skizziert. Herr Dr. Fleischmann, Vorsitzender der DHS, hat in seinem Vortrag die Zusammenhänge zwischen der Entwicklung und Bedeutung der Suchthilfe in ihren vielfältigen Bereichen, die Bedeutung der Akzeptanz und sozialpolitischen Mitverantwortung für Entwicklung, Umgang mit Sucht- und Abhängigkeit und deren Bewältigung in ihren vielfältigen Erscheinungsformen dargelegt und als wesentliche, nicht delegierbare Gemeinschaftsaufgabe unseres Sozialwesens herausgearbeitet.

Den ursprünglich vereinbarten kulturellen Beitrag von Herrn Beikircher haben wir in diese Dokumentation nicht aufnehmen können, dieser Beitrag erschien uns nicht ersetzbar durch Verschriftlichung, denn er hätte nur durch die Vortragskunst des Künstlers seine Wirkung entfaltet. Für seine Bereitschaft, auf der ursprünglich geplanten Jubiläumsveranstaltung den Beitrag zu präsentieren, möchten wir ihm an dieser Stelle herzlich danken.

Wir wünschen Ihnen beim Studium dieser Dokumentation viele Anregungen und Erinnerungen und danken Ihnen für Ihre zum Teil jahrelange intensive Kooperation und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit.



Sascha Klein
Geschäftsführer



Dr. med. Thomas Kuhlmann
Ärztlicher Direktor

Dr. med.
Thomas
Kuhlmann
Klinikdirektor,
Chefarzt*



Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Gäste, Kolleginnen und Kollegen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter!

Im Jahre 1980, vor nunmehr 40 Jahren hat die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach, kurz PSK genannt, ihren Betrieb aufgenommen auf dem Grundstück und zunächst auch in den Gebäuden der Vorgängerklinik, der privaten gynäkologisch-geburtshilflichen Klinik unter Leitung von Herrn Dr. Sigrüst, mit der sich von Beginn an engere Verbindungen entwickelt haben: Eine langjährige und nach wie vor aktive Mitarbeiterin hat ihren Sohn dort zur Welt gebracht, Zivildienstleistende sind hier geboren, die Tochter des ehemaligen Klinikdirektors hat den Chefarzt einer Suchtabteilung einer großen psychiatrischen Klinik aus dem Großraum Köln geheiratet.

Zurück zum Jahr 1980: Im Jahr zuvor hatte mit Herrn Hüsgen der erste Landesdrogenbeauftragte in der ehemaligen Bundesrepublik mit großem Engagement seine Arbeit aufgenommen, im Folgejahr wurde das erste Landesdrogenprogramm in den sogenannten alten Bundesländern verabschiedet.

Die PSK nahm ihren Betrieb auf mit der Abteilung zur medizinischen Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger, intern A-Abteilung genannt. Der vormalige Kreissaal dient bis heute als Teamzimmer.

1981 wurde eine zweite Abteilung zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger, intern D-Abteilung genannt, eröffnet und damit das Behandlungsspektrum bezogen auf die medizinische Rehabilitation auf alle Patienten mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen ausgerichtet. Unter Leitung des ersten und langjährigen Chefarztes Herrn Dr. Hasse wurden therapeutische Konzepte entwickelt, die sich von Beginn an am aktuellen Stand der Fachdiskussionen, den sich verändernden Herausforderungen aller Betroffenen und dem Hilfe- und Sozialhilfesystem orientierte.



Dank seiner umfangreichen Vorerfahrung in der Arbeit insbesondere mit Drogenabhängigen, ausgehend von einer Ausbildung an der Universitätsklinik Bonn unter Herrn Professor Huber über Aufbau und Leitung des Therapiezentrums Altona in Hamburg mit dem Therapeutischen Leiter Herrn Dr. Günther Amendt, das in späteren Jahren von der ehemaligen Landesklinik Hamburg-Ochsenzoll, heute Asklepios-Klinik, übernommen worden ist, gelang frühzeitig die praktische Umsetzung zeitgemäßer und wegweisender therapeutischer Ansätze. Die PSK wurde fester Bestandteil im Hilfesystem in stets intensiver Kommunikation und Kooperation sowohl mit den vielfältigen regionalen und überregionalen Institutionen der Sucht- und Drogenhilfe als auch Leistungs- und Kostenträgern und der Gesundheitspolitik.

Beispielhaft genannt seien die Arbeit mit offenen Patientengruppen, die grundsätzliche Bereitschaft, in Einzelfällen auch Suchtkranke mit allgemeinpsychiatrischen und psychopharmakologisch behandlungsbedürftigen Störungen mitzubehandeln sowie die Abkehr vom Prinzip, Patienten nach festgestelltem Rückfall stets zu entlassen. Stattdessen wurde frühzeitig und gegen massiven Widerstand die Krise des Rückfalls als therapeutische Herausforderung aufgegriffen – verbunden mit der Option, die Langzeittherapie unter Aufarbeitung dieser Krise fortzusetzen.



Die nachfolgenden Jahre waren von großen Herausforderungen geprägt, die ihre Spuren bis heute hinterlassen haben und unsere Arbeit weiterhin prägen und prägen werden. Mit der Verbreitung der HIV-Infektion und den ersten an AIDS Erkrankten entbrannte eine sehr kontroverse, hochemotionale sozial- und gesundheitspolitische Debatte sowohl in Deutschland als auch international, zu deren Bewältigung die bisherigen therapeutischen Betreuungskonzepte des Hilfesystems sich als unzureichend erwiesen und die eine umfangreiche Neuorientierung erforderten, welche in den folgenden Jahren und Jahrzehnten Schritt für Schritt zunächst gegen große gesellschaftliche Widerstände durchgesetzt worden ist.

Beispielhaft genannt sei hier die Arbeit der Deutschen AIDS-Hilfe, welche von Beginn an darauf orientierte, überhaupt Kontakt zu den Betroffenen zu bekommen. Als Voraussetzung für die Akzeptanz der angebotenen Unterstützung wurde frühzeitig angedacht, den Betroffenen Kontakt-, akute und weiterführende Hilfsangebote anzubieten und unmittelbar zugänglich zu machen: ohne Vorbedingungen, ohne moralisch geprägte vorurteilsbeladene Wertungen und ohne Druck, das eigene problematische Verhalten auf jeden Fall drastisch zu ändern.

Im Gegenteil!

Ziel war von Beginn an das Erreichen und die Erhöhung der Akzeptanz der eigenen Angebote durch den aufsuchenden, nicht wertenden und zieloffenen Kontakt mit den Betroffenen mit der Perspektive, damit Ausgrenzung und Selbstabschottung der Betroffenen vorzubeugen und die Basis zu schaffen, den eigenen problematischen Lebensstil zu hinterfragen und sich auf entscheidende Änderungen einzulassen.

Auf eine der drei sogenannten hauptbetroffenen Gruppen – von der Bluterkrankheit (Hämophilie) betroffene Personen, die Untergruppe Homosexuelle mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern sowie i.v.-Drogenabhängige – konzentrierte sich die Fachdiskussion in besonderer Weise: auf die Verbesserung der Erreichbarkeit und die Behandlungsangebote für Drogenabhängige.

Zum Stand der damaligen Debatte nur zwei Beispiele: Seit Beginn der 80er-Jahre nahm die Zahl drogenabhängiger Inhaftierter prozentual und absolut enorm zu. Mit der sich entfaltenden AIDS-Debatte wuchs die Angst vor einer unkontrolliert ausufernden Zahl HIV-infizierter Drogenabhängiger in deutschen Haftanstalten.

Die Drogenhilfe Dortmund sah sich in der zweiten Hälfte der 80er-Jahre mit einer Strafanzeige konfrontiert, als sie Drogenabhängigen sterile Spritzen über einen Spritzenautomaten zur Verfügung

stellen wollte, um das sogenannte „needlesharing“, also das gemeinsame Gebrauchen ein- und derselben Spritzen durch unterschiedliche Drogenabhängige, zu unterbinden und damit die Weiterverbreitung des HI-Virus zu erschweren.

Diese Kontroverse trug maßgeblich zum Start des Modellprojekts „L-Polamidonsubstitution“ in NRW bei, das von 1986 bis 1993 durchgeführt wurde unter Federführung des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Soziales (MAGS) mit der damaligen BfA, der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, DRV-Westfalen-Lippe sowie den Landschaftsverbänden. Ohne das außerordentliche Engagement des Landesdrogenbeauftragten Herrn Hüsgen wäre dieses seit Jahrzehnten als selbstverständlicher Bestandteil unseres Hilfesystems akzeptierte Modellprojekt nicht zustande gekommen.

Die Stadt und der Großraum Köln waren von Beginn an als einer der Modellstandorte gesetzt. Dass die vom Gesundheitsamt der Stadt Köln vorbildlich aufgebaute und durchgeführte Substitutionsambulanz der Rückendeckung der Psychiatrischen Kliniken mit der Bereitschaft zur stationären Krisenintervention unter fortgesetzter Verordnung des ambulant verordneten Polamidons bedurfte, war von Beginn an klar. Der damals vorherrschenden Grundhaltung in der psychiatrischen Fachwelt entsprechend lehnten jedoch die – und hier betone ich aus-

drücklich damalige – LVR-Klinik und die damalige Universitätspsychiatrie Köln diese Kriseninterventionen ab.

Herr Dr. Hasse, der aufgrund seiner Hamburger Tätigkeit bereits über ausreichende Vorerfahrungen mit der polamidongestützten qualifizierten Akutbehandlung verfügte, war hingegen dazu bereit und konnte den Träger überzeugen, den Aufbau einer dritten Abteilung zu ermöglichen: die Abteilung zur qualifizierten stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger, also die Integration von Entzugsbehandlung, Motivationsförderung und Erarbeitung einer sinnvollen, möglichst nahtlos verfügbaren stabilisierenden Anschlussperspektive von der Substitutionsbehandlung bis zur medizinischen Rehabilitation. Die Station war zum Zeitpunkt ihrer Eröffnung am 01.10.1990 die erste Station dieses Typs im Rheinland und die dritte in NRW.

Vergleichbare Diskussionen und Bemühungen um Verbesserungen prägten alle Regionen, nicht nur dieses Bundeslandes. Die von Beginn an qualifiziert und engagiert geführte Fachdiskussion, internationale Erfahrungen und der zwei Jahre zuvor publizierte Bericht der Expertenkommission – all das trug wesentlich dazu bei, dass der neue Ansatz der qualifizierten Akut- bzw. Entzugsbehandlung statt der bloßen Entgiftung sich als neuer Behandlungsstandard durchzusetzen begann und im Landesprogramm gegen Sucht 1999 verankert wurde.

Der Bericht der Expertenkommission, ein Zwischenfazit der in den 70er-Jahren begonnenen wegweisenden Psychiatriereform, legte entscheidende Versäumnisse der Einbeziehung Suchtkranker, insbesondere Drogenabhängiger, in den Reformprozess psychiatrischer Hilfsangebote offen und forderte wesentliche, auch an internationalen Erfahrungen orientierte Schritte in Richtung Vernetzung zwischen stationär und ambulant, aufsuchender und ausstiegsorientierter Hilfe sowie der Abkehr vom starren Abstinenzparadigma, der Entscheidung für Abstinenz als Voraussetzung, überhaupt Hilfe zu bekommen.





Das Landesprogramm gegen Sucht basierte auf dem Ansatz umfangreicher Vernetzung, also der niederschweligen Möglichkeit der Direktaufnahme ohne längere Voranmeldung sowie dem nahtlosen Wechsel in eine Anschlussbehandlung über Drogenberatungsstellen bis hin zur medizinischen Rehabilitation, ein Ansatz, mit dem NRW bundesweit Vorreiter war und der mit dem Konzept der Nahtlosvermittlung erst in den letzten drei Jahren auch auf Bundesebene zumindest weitgehend durchgesetzt werden konnte.

Seit Gründung des 1991 initiierten Arbeitskreises und daraus 1997 gegründetem Fachverband „Qualifizierte stationäre Akutbe-

handlung Drogenabhängiger NRW“, in dem über 25 psychiatrische Kliniken aus NRW und inzwischen eine weitere aus Schwerin (Mecklenburg-Vorpommern) zusammengeschlossen sind, nimmt die PSK aktiv am Diskussionsprozess teil. Die Eröffnung der zweiten und dritten Akutstation im Jahr 1994 und 1995 und damit verbunden die Übernahme der psychiatrischen Versorgungspflicht mit dem 01.04.1994 für Drogenabhängige aus Bergisch Gladbach und dem Rheinisch-Bergischen Kreis ohne die Stadtteile Burscheid und Leichlingen, welche traditionell von der LVR-Klinik Langenfeld versorgt werden, sowie der Kölner Stadtteile Nippes und Mülheim, stellt eine Zäsur dar.



Dieser wegweisende Schritt, sich aus dem Kokon der reinen Rehabilitationsklinik heraus in die Sektorversorgung bis hin zu umfangreicher Vernetzung mit niederschweligen aufsuchenden Hilfsangeboten zu begeben, steht auch symbolisch für die Bereitschaft des Trägers, neue Wege auf der Basis moderner, realistischer, bedarfs- und versorgungsorientierter Behandlungs- und Betreuungskonzepte zu beschreiten.

Die Bereitschaft zur Erweiterung der Akutabteilung und Übernahme der psychiatrischen Sektorversorgung, übrigens als erste Psychiatrische Klinik im Rheinisch-Bergischen Kreis für Bürger aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis, die zuvor ausschließlich über den Oberbergischen Kreis oder die LVR-Klinik Langenfeld versorgt worden sind, sind das Eine, die konkrete Umsetzung das Andere.



Die äußeren Rahmenbedingungen haben dabei zu ungewöhnlich erscheinenden Maßnahmen gezwungen, die die weitere Entwicklung der Klinik bis heute prägen: Im Gebäude der heutigen drei Akutstationen waren zunächst die erste Akutstation sowie die damals 24 Betten umfassende D-Abteilung untergebracht. Die letztere, die Abteilung zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger, musste nach Wermelskirchen-Dabringhausen/Lindscheid an die ca. 20 km entfernte Dhünnstalsperre ausgelagert werden und ist bis heute im Gebäude einer ehemaligen Jugendherberge untergebracht, von Beginn an verbunden mit erheblichen Sorgen über die weitere Perspektive der räumlich ausgelagerten Abteilung und deren Auswirkungen aufgrund der gewachsenen räumlichen Distanz zum Großraum Köln/Bergisch Gladbach und zur Hauptklinik.

Der parallele Aufbau der sogenannten Adaptionsbehandlung als optional letzte Phase der Langzeittherapie Drogenabhängiger, aber inzwischen auch Alkohol-/Medikamentenabhängiger, auf dem Gelände der Hauptklinik bildete von Beginn an ein wesentliches Bindeglied zwischen den beiden Standorten. In der Adaptionsbehandlung absolvierten die Rehabilitanden über einen Zeitraum von ca. 8 bis 12 Wochen Praktika im Umfang von 4 bis 8 Std. pro Tag an 3,5 Tagen die Woche in einem von mittlerweile ca. 50 Betrieben in Bergisch Gladbach, dem nahe gelegenen Rheinisch-Bergischen Kreis und dem rechtsrheinischen Köln unter therapeutischer und insbesondere auch arbeits-therapeutischer Begleitung in enger Kooperation mit den Praktikumsgebern. In zahlreichen dieser Betriebe sind inzwischen ehemalige Rehabilitanden als langjährige Mitarbeiter beschäftigt.

A row of seven light-colored wooden blocks on a wooden surface, each with a black letter. The letters, from left to right, are C, H, A, N, C, G, and E, spelling out the word "CHANGE".

C H A N C G E



Im Rückblick glaube ich feststellen zu können, dass – entgegen vieler Befürchtungen – die Drogenrehaabteilung heute besser in der Region verankert ist als zuvor, vorrangig aufgrund der hohen Bereitschaft der Mitarbeiter aller Abteilungen, insbesondere der D-Abteilung, der Leistungs- und Kostenträger, der Gesundheitspolitik, den Institutionen der regionalen Sucht- und Drogenhilfe, insbesondere jedoch aufgrund der Bereitschaft der Patienten, unter nicht unerheblichen Improvisationsdruck zusammenzuarbeiten. Ein Beispiel: Bei einer Fahrtdauer von ca. 30 Minuten pro Richtung stellt bereits die Urlaubs-, insbesondere jedoch die längere Krankheitsvertretung in vielen Berufsgruppen eine erhebliche Herausforderung dar: Stellvertretend genannt seien nur die Einzel- und Gruppentherapie, die Arbeitstherapie und die erforderliche kontinuierliche Facharztpräsenz vor Ort.

Die Entwicklung der Klinik von einer reinen Rehabilitations- hin zu einer Sektorversorgenden Klinik mit großen Rehabilitationsabteilungen charakterisiert einen Entwicklungsprozess im Hilfesystem insbesondere für Drogen-, längst aber auch für Alkohol- und Medikamentenabhängige, der mit entscheidend neuen Akzenten verbunden ist:

Ziel ist die Ausrichtung neuer Konzepte an der Realisierbarkeit frühzeitiger Kontaktaufnahme zu betroffenen Abhängigkeitserkrankten, insbesondere, um

- ✓ bislang kaum oder gar nicht erreichte Zielgruppen besser zu erreichen und zu integrieren,
- ✓ diesen zunächst auf unmittelbare Überlebessicherung ausgerichteten Ansatz fest mit den gewachsenen und bewährten Strukturen der Sucht- und Drogenhilfe zu vernetzen – einschließlich der ausstiegsorientierten Hilfsangebote, wie der medizinischen Rehabilitation,
- ✓ das soziale Umfeld der Patienten aktiv in die Behandlung einzubeziehen,
- ✓ darüber hinaus sowohl Menschen in frühen Stadien der Entwicklung süchtigen Verhaltens als auch Menschen mit hochgradig chronifiziertem Krankheitsverlauf und weitreichenden psychiatrischen und somatischen Problemen, also der Gruppe der sogenannten CMA-Patienten (chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke) sowie deren sozialen Problemen adäquate Unterstützung zu bieten: Eine menschenwürdige Perspektive und Integration statt Ghettoisierung und Ausschluss aus der Gesellschaft.



Um allen von Suchtproblemen Betroffenen im Versorgungsgebiet besser helfen und insbesondere im Rheinisch-Bergischen Kreis die eklatante Versorgungslücke, nämlich psychiatrische Hilfsangebote mit Versorgungspflicht im Rheinisch-Bergischen Kreis selbst schließen zu können, hat die Klinik seit Mitte der 90er-Jahre das Behandlungsangebot ausgebaut: Das stationäre Hilfsangebot mit Erweiterung der Akutstationen, den Aufbau der Institutsambulanz 1998 und komplementärer Hilfsangebote, das aufsuchende alltags-betreute Wohnen zur Unterstützung Suchtkranker, die oft mit allgemeinspsychiatrischen Störungen belastet sind, stets in enger Kooperation, Kommunikation, teilweise kontroverser, aber immer konstruktiver Fachdiskussion im Hilfesystem.

Mit dem Antrag auf Eröffnung einer Station zur qualifizierten Entzugsbehandlung Alkoholabhängiger im Jahr 1998 sollte die noch bestehende entscheidende Lücke eines klinischen suchtpsychiatrischen Angebotes für Alkohol Kranke in Bergisch Gladbach und dem Kreis geschlossen werden, die bis zum heutigen Tage von Marienheide im benachbarten Oberbergischen Kreis versorgt werden müssen.

Mit der im Jahr 1999 schrittweise aufgebauten psychiatrischen Abteilung im EVK Bergisch Gladbach konnte damit optional die Versorgung aller psychiatrischen Patienten – sowohl aller Suchtpatienten über die PSK als auch der allgemein- und gerontopsychiatrischen über das EVK – abgedeckt werden. Hartnäckige Trägerkonkurrenzen standen dem jedoch über viele Jahre entgegen.





Während auf Landes- und Bundesebene die erfolgreiche Verankerung des neuen Behandlungstyps „Qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger“ aufgegriffen und genutzt wurde, um entsprechende Behandlungsangebote auch für die viel größere Zielgruppe der Alkoholabhängigen zu etablieren, wurde diese Versorgungslücke vor Ort lange Zeit negiert. Das MAGS berief im Jahr 2000 eine wegweisende Arbeitsgruppe ein – zur Schließung der Versorgungslücke für Alkoholabhängige und Erarbeitung eines landesweiten Konzepts zur qualifizierten Entzugsbehandlung Alkoholabhängiger, an dem neben den Kliniken, der Vertretung der Gesundheitspolitik und der Landschaftsverbände auch Vertreter der Rentenversicherung, der gesetzlichen und privaten Krankenkassen sowie des MDK von Beginn an beteiligt waren und ein gemeinsames Arbeitspapier entwickelt hatten, an dessen Ausgestaltung ich selbst die Ehre hatte mitzuwirken.

Dieses bundesweit als wegweisend anerkannte Papier hat entscheidend zur Verbesserung der Erreichbarkeit und Behandlung Alkoholabhängiger und deren nahtloser Integration in weiterführende Anschlussunterstützung beigetragen. Es bedurfte jedoch langanhaltender hartnäckiger Anstrengungen, um mit dem Krankenhausplan NRW von 2015 endlich – zumindest grundsätzlich – die Versorgungslücke für Alkoholabhängige zu schließen. Der PSK ist diese bereits 1998 beantragte Aufgabe endlich übertragen worden. Für den Aufbau und die praktische Inbetriebnahme dieses Behandlungsangebotes ist der angestrebte Neubau notwendig, dem wir uns Schritt für Schritt in enger Abstimmung mit der Stadt, Bezirks- und Landesregierung nähern, begleitet von der nicht unerwarteten öffentlichen Diskussion. Ich persönlich bin erleichtert, dass wir diese Versorgungslücke vor Ort endlich schließen und damit die bewährte enge wechselseitige Zusammenarbeit mit allen Kliniken in Bergisch Gladbach sowie den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen auch bezüglich Alkohol- und Medikamentenabhängiger weiterentwickeln können.

PSK-Entwicklung

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach hat einen ungewöhnlichen Entwicklungsprozess durchlaufen: von der überregional ausgerichteten psychiatrischen Fachklinik zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker hin zu einer suchtpsychiatrischen Klinik mit Versorgungspflicht für alle Abhängigkeitskranken der Region einschließlich eines umfangreichen Hilfsangebots sowohl für Abhängigkeitskranke bezüglich illegalisierter als auch legalisierter Suchtmittel, einer Institutsambulanz mit einem umfangreichen Behandlungs- und Betreuungsangebot, ambulanter Substitutionsbehandlung sowie komplementären Hilfsangeboten für die von sowohl sucht- als auch allgemeinspsychiatrischen und somatischen Problemen belasteten Patienten. Ein Entwicklungsprozess, der stets unter drei Prämissen gestanden hat und weiterhin stehen wird:



Hilfe zur Selbsthilfe beginnend von der Überlebenseicherung als wichtigstem Behandlungsziel überhaupt,



so viel Integration wie möglich und so viel störungsspezifische Angebote wie notwendig,



aktive konstruktive Kooperation mit allen Akteuren im Hilfesystem, um Schnittstellen zu erleichtern, Übergänge offener zu gestalten, Versorgungslücken und neue Bedarfe zu erkennen und zu deren Überwindung aktiv beizutragen.

Das hat uns bewogen, frühzeitig ein Konzept für ein Soziotherapeutisches Wohnheim für Drogenabhängige mit umfangreichen psychiatrischen Störungen zu entwickeln, welches 1998 vom LVR akzeptiert wurde und bis zu dessen praktischer Inbetriebnahme im Jahr 2009 weitere 11 Jahre ins Land gingen.



Die skizzierte Entwicklung der Klinik als einem wesentlichen Bestandteil des Veränderungsprozesses im Gesundheits- und Hilfesystem ist über lange Zeit von grundsätzlichen Debatten geprägt worden, die wir selbst mit großer Hartnäckigkeit nicht als Grundsatzdebatten, sondern als notwendige Weiterentwicklung verstanden haben: Weiterführung bewährter, Veränderung notwendiger und Aufbau neuer erforderlicher Hilfsangebote. Es geht nicht um die Frage „hoch- oder niederschwellig“, von Beginn hochgradig veränderungsmotiviert und auch zu abstinenter Lebensführung bereit oder maximal zur Inanspruchnahme einer Krisenintervention unter anschließender Fortsetzung des bisherigen z. B. drogen- oder alkoholkonsumgeprägten Lebens, sondern um die Fragen *Welche Hilfsangebote sind erforderlich, welche sind sinnvoll, welche fehlen, wie können wir die verschiedenen Hilfsangebote kli-*

nikintern vernetzen und wie können wir unsere Hilfsangebote mit den klinikexternen vor Ort, in der Region und darüber hinaus besser verbinden, um dem Bedarf der Betroffenen besser zu entsprechen, damit Ausgrenzung verhindern und sowohl Leid für die betroffenen Suchtkranken als auch die Bevölkerung eingrenzen?

Deshalb ist unser Hilfsansatz geprägt von dem Verständnis der Zielhierarchie, der Priorität überlebendssichernder Hilfe und dem Ziel, die Betroffenen zu begleiten, zu unterstützen und zu nachhaltiger Veränderung zu motivieren, soweit es ihnen möglich ist: Immer gemeinsam mit ihnen, denn jeder Mitarbeiter in jedem Sektor des Hilfesystems weiß, die einzige Hilfe, die wir ohne – wenn auch oft zähneknirschende – Akzeptanz der Betroffenen leisten können, ist die Reanimation. Wenn sie gelingt.





Alle weiteren Schritte hin zu einem weniger riskanten Lebensstil bedürfen der Mitarbeit der Betroffenen. Darum verstehen wir die unterschiedlichsten Hilfsangebote sowohl im Hilfesystem als auch innerhalb der Klinik als dynamisch und intensiv kooperierendes Netzwerk: von aufsuchender Streetwork, Unterstützung im Konsumraum, Substitutionsbehandlung einschließlich des Diamorphinprogramms über ambulante Beratung und Betreuung in Sucht- und Drogenberatungsstellen oder z. B. unserer Institutsambulanz, Suchthilfe im Betrieb, Behandlung Suchtkranker einschließlich Substitution über niedergelassene Kolleginnen und Kollegen, Einbeziehung der somatischen Fachdisziplinen zur Behandlung der Hepatitis C- oder HIV-Infektion sowie anderer umfangreicher Krankheiten, kontrolliertes Trinken, Selbsthilfe und

Angehörigenarbeit, qualifizierte Akutbehandlung (häufig einschließlich methadongestütztem Drogenentzug) bis hin zur medizinischen Rehabilitation, die inzwischen auch Menschen möglich ist, die sich unter Substitution soweit stabilisiert haben, dass sie die Voraussetzung für eine medizinische Rehabilitation erfüllen, dafür jedoch weiterhin der Substitutionsbehandlung bedürfen.

Dieser seit 2001 bundesweit verankerte Behandlungsansatz ist bislang in weniger als 15 % aller Drogenrehabkliniken und nur wenigen Alkoholrehabkliniken konzeptionell verankert, von denen es nicht alle praktisch umsetzen. In NRW haben es bislang zwei im Konzept verankern können, die Fachklinik Release in Ascheberg/Hamm als erste überhaupt und die PSK in Nordrhein.



Ziel unserer Anstrengung ist es, den Betroffenen qualifizierte, adäquate Unterstützung anzubieten – stets mit der Option, nicht jedoch dem Zwang zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfsangebote. Wir wollen die Patienten befähigen, ihre Krise mit therapeutischer Hilfe als Chance zur Weiterentwicklung zu begreifen und zu nutzen. Das Hilfsangebot im gesamten Land, in der Region

und in der Klinik hat sich in den letzten Jahrzehnten enorm weiterentwickelt. Ein entscheidendes Fundament dieser Weiterentwicklung ist die aktive Vernetzung aller am Behandlungs- und Betreuungsprozess Beteiligten von unmittelbar erforderlichen überlebenssichernden und basisstabilisierenden Angeboten bis hin zur Integration oder Reintegration ins Erwerbsleben.

Kooperatives Arbeiten

Mit Verabschiedung des Gesetzes, das im Volksmund mit „Hartz IV“ beschrieben wird, haben wir uns zum Ziel gesetzt, durch Kooperation im Hilfesystem Ausgrenzung von Suchtproblemen belasteter Arbeitssuchender entgegenzutreten und mit den regionalen Jobcentern und Agenturen für Arbeit zu kooperieren in den Strukturen, die sich in den Versorgungssektoren im Rheinisch-Bergischen Kreis und in Köln entwickelt haben. Diese zeitgleich auch in anderen Regionen NRW gestarteten vielfältigen Initiativen haben manches in Bewegung setzen können bis hin zu Maßnahmen des MAGS, gemeinsam mit der Regionaldirektion NRW, der Bundesagentur für Arbeit, den Jobcentern und Vertretern aus allen Bereichen der Sucht- und Drogenhilfe (einschließlich suchtpsychiatrischen und Reha-Kliniken) ein gemeinsames Arbeitskonzept zu entwickeln, um diese Schnittstelle besser handhaben zu können. In diesem Prozess ist die PSK aktiv beteiligt.

Dieses Ziel, also Integration oder Reintegration in den ersten oder auch zweiten Arbeitsmarkt niemals vorzeitig aufzugeben, jedoch nicht als Zwang oder gar Voraussetzung misszuverstehen, den Betroffenen überhaupt Hilfe anzubieten,

hat unsere Arbeit stets geprägt. In den letzten Jahren sind jedoch weitere Herausforderungen dazu gekommen, die sich zum Teil in dramatischer Weise zuspitzen – insbesondere das Problem der Wohnungslosigkeit.

Wir erreichen heute viele Menschen aller Altersgruppen, zum Teil unter 18-Jährige, die allein oder in Begleitung ihrer Eltern, oft auch auf Initiative von und mit Unterstützung der Jugendämter Hilfe suchen, da sie in den erstrangigen altersentsprechenden Hilfsangeboten nicht unterzukommen vermögen, bis hin zu alt gewordenen Suchtkranken, die dank der verbesserten Hilfsangebote überleben, jedoch in besonderer Weise von ihrem zum Teil jahrzehntelangen Drogen- und/oder Alkoholkonsum geprägt und weitreichend gezeichnet sind.

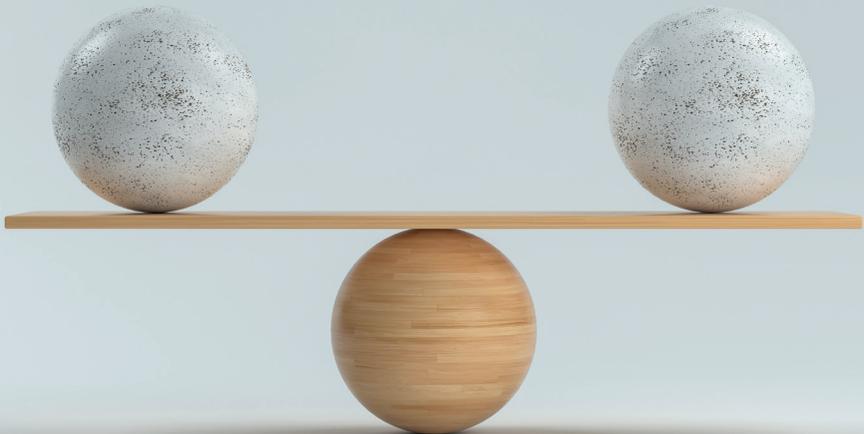
Deshalb haben wir uns mit Beginn der Coronapandemie auf Krisenszenarien eingestellt bzw. vorbereitet und zugleich alle Behandlungsangebote aufrechterhalten unter strikter Umsetzung der Hygienemaßnahmen (AHA-Regeln mit Reduzierung der Gruppengröße etc.) und nehmen weiterhin niederschwellig auf.

Wir haben mit Menschen zu tun, die obdachlos zu uns kommen und die wir in Obdachlosigkeit entlassen müssen, weil wir keinen Wohnraum finden. Das liegt ausdrücklich nicht an mangelnder Kooperationsbereitschaft der städtischen Behörden im Versorgungsbereich, sondern am zunehmend fehlenden Wohnraum. Inzwischen haben wir sogar Patienten, die am Ende der adaptiven Phase der medizinischen Rehabilitation von ihrem Praktikumsgeber das Angebot erhalten, ihr Praktikum fortzuführen bis zum Beginn des neuen Ausbildungsjahres, um dann in eine Ausbildung übernommen zu werden, dieses Angebot jedoch nicht wahrnehmen können, weil sie keinen bezahlbaren Wohnraum finden können.

Ziel jeder Hilfe ist die Überlebenssicherung und die Unterstützung zur Veränderung des Lebensstils in Richtung Reduzierung der Risiken für das eigene Überleben, damit verbunden Reduzierung der Risiken für

die Allgemeinheit, Verhinderung von Ausgrenzung und Unterstützung und Befähigung hin zu aktiver Teilhabe in allen Lebensbereichen, also umfangreicher Integration. Das bedarf bestimmter Voraussetzungen, die weder die Betroffenen noch wir als Klinik noch andere Akteure des Hilfesystems allein leisten können.

Menschenwürdiger Wohnraum ist eine elementare Voraussetzung dafür. Wohnraum ist die Voraussetzung, um eine konstruktive Tagesstruktur aufzubauen und wenn es gelingt, einer sinnvollen Beschäftigung nachzugehen. Das wiederum sind die beiden Voraussetzungen, um soziale Kontakte knüpfen zu können, die selbst Halt geben und den Betroffenen ermöglichen, sich so weit zu stabilisieren, dass sie auch anderen konstruktiv Hilfe anbieten und sich damit selbst konstruktiv in das gesellschaftliche Leben einbringen können.





Beispielhaft genannt sind Selbsthilfegruppen, beispielhaft genannt sind viele Angebote der Tafel, die bedürftige Menschen mit Nahrungsmitteln versorgen und bei denen viele in ihrer Biographie selbst von Suchtproblemen betroffene Menschen ehrenamtlich mitarbeiten, ebenso wie in vie-

len anderen Bereichen. Unser Hilfesystem wäre längst zusammengebrochen, wenn nicht die Betroffenen und die ehemals Betroffenen, also die früher Konsumierenden, selbst aktiv und konstruktiv mithelfen würden.



Deshalb brauchen wir bessere Vernetzung sowohl der Hilfsangebote als auch der elementaren gesellschaftlichen Bestandteile mit dem Hilfesystem. Ein sehr positives Beispiel sind die zahlreichen Arbeitgeber der Region, die seit Jahren bereit sind, Rehabilitanden aus unserer Klinik ein Praktikum zur Verfügung zu stellen und in vielen Fällen diese als zum Teil langjährige Mitarbeiter übernommen haben. Dabei geht es stets darum, auch diejenigen zu berücksichtigen, die aufgrund ihres fortgeschrittenen Krankheits- und sehr häufig damit verbundenen sozialen Abstiegsprozesses durch den Verlust vieler hilfreicher sozialer Bindungen von zunehmender Perspektivlosigkeit geprägt sind und die-

se aus eigener Kraft zu überwinden faktisch nicht mehr in der Lage sind. Auch um diese von hochgradiger Chronifizierung Betroffenen und von weitreichender Ausgrenzung bedrohten Menschen müssen wir uns kümmern. Das bedarf sowohl des Aufbaus entsprechender klinischer Behandlungsangebote mit ausreichenden Ressourcen als auch ausreichender Behandlungsdauer. Denn in heutigen Zeiten unter wachsendem Kostendruck und unter weitreichender Tabuisierung der Frage „Und wie soll es dann weitergehen?“ müssen etliche Patienten im Zustand unzureichender Stabilisierung entlassen werden, die wir unter diesen aktuellen Bedingungen kaum adäquat behandeln können.



Es geht um die Vernetzung mit der Altenpflege, es geht um die Vernetzung mit betrieblicher Suchthilfe, es geht um die Vernetzung mit den Angeboten für Obdachlose – und zwar von Kindern und jugendlichen Obdachlosen über Volljährige bis hin zu betagten Obdachlosen. Es geht auch um die Integration der vielen Menschen, die von auswärts und aus dem Ausland zu uns gekommen und faktisch zum Teil seit Jahren Mitbürger sind, die konstruktiv, hilfreich und sinnvoll zu integrieren wir nach wie vor unzureichend vermögen. Dabei möchte ich mit Nachdruck darauf hinweisen, dass dies nicht an fehlender Kooperationswilligkeit der Behörden liegt, mit denen wir in jeder Frage, gerade was Menschen mit Migrationshintergrund angeht, in der gesamten Region sehr eng und konstruktiv zusammenarbeiten.

Zum Schluss möchte ich noch einmal auf einige Aspekte eingehen, die zu solchen Anlässen ungern angesprochen werden, nämlich schwierige, von massiven Problemen gekennzeichnete Entwicklungsphasen und Existenzängste. Die massiven Veränderungen im Sozial- und Gesundheitswesen sind auch an unserer Klinik nicht spurlos vorbeigegangen. Als sich um die Jahrtausendwende die Trägerstruktur der Klinik verändert hat und der gemeinnützige Träger in eine GmbH unter dem Dach einer Aktiengesellschaft umgewandelt wurde, geriet diese neue Trägerkonstruktion aufgrund weitreichender Fehlentscheidungen des damaligen Vorstands in eine Existenzkrise, die zur Auflösung des Trägers und zur Existenzbedrohung vieler unter dem Dach dieses Trägers befindlicher Institutionen führte, auch der PSK.

Nurdank der enormen Einsatzbereitschaft aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik, der offenen, konstruktiven und keinen Streitpunkt tabuisierenden intensiven Diskussion zwischen Klinikleitung, Betriebsrat und Mitarbeitern ist es uns gelungen, diese von unmittelbarer Existenzbedrohung geprägten Turbulenzen zu überstehen und in dieser Phase sogar unser Leitbild zu erarbeiten und zu verabschieden. Aber das alles hätte nicht gereicht.

Es bedurfte außerdem noch des großen persönlichen Engagements, der Gesprächsbereitschaft und des umsichtigen und vertrauensfördernden Verhaltens des damaligen Geschäftsführers Herrn Diehl, der die Klinik in eine neue Trägerstruktur überführte und der das Ziel und die Entscheidung der Klinikleitung nicht nur akzeptierte, sondern auch aktiv unterstützte, sich in eine andere Trägerstruktur zu begeben, eine Trägerstruktur, die der Region verpflichtet ist, den Aufgaben einer psychiatrischen Klinik mit Versorgungsverpflichtung offensteht und eine gute Perspektive hat unter öffentlich-rechtlicher Trägerschaft.

Seit dem 1. Januar 2005 hat das Kreiskrankenhaus Gummersbach die Geschäftsführung übernommen, das bedeutet, dass sich die Trägergesellschaft der Psychosomatischen Klinik Bergisch Land in 100-

prozentiger Trägerschaft des Kreiskrankenhauses Gummersbach befindet. Aufgrund vielfältiger Veränderungen im Oberbergischen Kreis hat sich die Trägerstruktur, die nach wie vor unverändert öffentlich-rechtlich ist, noch einmal weiterentwickelt, die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach ist innerhalb des Trägers als eigenständige Klinik die einzige Klinik außerhalb des Oberbergischen Kreises, nämlich hier in Bergisch Gladbach.

Dieses Zusammenwachsen unterschiedlicher Kliniken mit zum Teil sehr differierenden Traditionen ist nicht ohne Turbulenzen verlaufen. Dank des großen Engagements der jetzigen Geschäftsführung, nämlich Herrn Klein und Herrn Kriesten, ist es gelungen, nicht nur das wechselseitige Vertrauen zwischen Träger und Klinik zu stabilisieren und zu vertiefen und damit für die Klinik Spielraum zu gewinnen, um flexibel und aktiv vor Ort mit allen Kooperationspartnern im Hilfesystem zusammenarbeiten und die eigene Arbeit weiterentwickeln zu können. Es ist auch gelungen, langjährige konfliktbeladene Themen anzusprechen und in engem konstruktiven Dialog mit der Kommune und der Bezirksregierung sowie weiteren Beteiligten die Weiterentwicklung der Klinik gemeinsam zu gestalten.

Weiterentwicklung, das bedeutet insbesondere die große Versorgungslücke für alkoholranke Menschen zu schließen und erfordert einen Neubau. Ohne weiteren Details vorgreifen zu können, möchte ich darauf hinweisen, dass die Bereitschaft von Herrn Bürgermeister Stein zu einem Grußwort auch Ausdruck der konstruktiven Zusammenarbeit ist und des gemeinsamen Bestrebens, die Behandlungsangebote für Bergisch Gladbacher Bürger und aus dem Umkreis weiterzuentwickeln, relevante Versorgungslücken zu schließen, damit Ausgrenzung vorzubeugen und letztlich das konstruktive Zusammenleben aller Bürger zu unterstützen.

Suchtprobleme sind stets auch Probleme der Gesellschaft und nicht nur der Betroffenen. Suchtprobleme gibt es überall in allen Berufsgruppen, in allen gesellschaftlichen Schichten – wenn mehr als 10 Menschen zusammentreffen, können Sie statistisch davon ausgehen, dass mindestens einer davon ein Suchtproblem hat. Es geht darum, ob es wahrgenommen

und wie damit umgegangen wird. Diese nicht zu Unrecht auch als Volkskrankheit bezeichnete Herausforderung, nämlich Suchtprobleme, betreffen uns alle: Menschen, die von Suchtproblemen betroffen sind zu integrieren, zu konstruktiver Eigeninitiative und Bereitschaft zur Verhaltensänderung zu motivieren und ihnen Teilhabe zu ermöglichen – all das ist jedoch von Sparmaßnahmen betroffen.

Wir haben die Chance, diesen Menschen und damit uns selbst zu helfen – gemeinsam, gemeinsam mit den Betroffenen, gemeinsam mit Ihnen, so wie es auch uns gemeinsam trifft! In diesem Sinne werden wir diese Arbeit auch in Zukunft fortsetzen. Ich danke Ihnen!



Ihr Dr. med. Thomas Kuhlmann

**Literatur beim Verfasser*



Sehr geehrte Damen und Herren,

ich gratuliere Ihnen ganz herzlich zum 40-jährigen Jubiläum der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach.

Eigentlich wollten Sie dieses besondere Ereignis ja bereits im letzten Jahr groß feiern. Durch die Coronapandemie war dies jedoch leider nicht möglich. Auch der nun anstehende Nachholtermin der Jubiläumsfeierlichkeiten kann aufgrund der weiterhin anhaltenden pandemischen Lage ebenfalls nicht stattfinden, was ich sehr bedaure. Aber die Gesundheit steht nun einmal an erster Stelle. Das wissen Sie alle ja aufgrund Ihres Berufes nur zu gut. Dennoch freut es mich, dass ich Ihnen meine Glückwünsche zumindest auf diesem Wege überbringen kann.

Im Jahre 1980 begann hier in Bergisch Gladbach alles mit der Eröffnung der PSK mit der Abteilung zur medizinischen Rehabilitation für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Über die Jahre hinweg kam noch ein weiterer Schwerpunkt dazu: die medizinische und stationäre Abteilung zur Behandlung von drogenabhängigen Menschen.

Durch die Vielzahl der zu betreuenden Menschen und der immer neuen Erweiterungen der medizinischen Angebote ist die Psy-

chosomatische Klinik mittlerweile an ihrer räumlichen Kapazitätsgrenze angelangt. Daher ist ein Neubau für die stationäre Akutversorgung unmittelbar nördlich der Bestandsklinik in Planung. Daran ist deutlich zu erkennen, wie wichtig Ihre Arbeit ist und wie viele Menschen auf Ihre Hilfe angewiesen sind. Sie haben es sich zum Ziel gesetzt, Menschen mit Suchtproblemen zu helfen. Davor ziehe ich meinen Hut.

Es freut mich zu wissen, dass es eine solche Einrichtung hier in Bergisch Gladbach gibt und wünsche Ihnen alles Gute und viel Kraft bei Ihrer Arbeit für die nächsten Jahre.

Mit freundlichen Grüßen

Frank Stein



Frank Stein
Bürgermeister



Sascha Klein
Geschäftsführer

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit 40 Jahre steht die Psychosomatische Klinik in Bergisch Gladbach für medizinische Kompetenz in der Behandlung Suchtkranker – ein stolzes Jubiläum mit Grund zur Freude.

Die Einrichtung wurde 1980 gegründet und konnte in den vergangenen vier Jahrzehnten ihr Leistungsspektrum kontinuierlich ausbauen: Heute betreibt die Psychosomatische Klinik Bergisch Land gGmbH zwei Abteilungen zur medizinischen Rehabilitation für Drogenabhängige und Alkohol- und Medikamentenabhängige, Akutstationen zur Drogenentzugsbehandlung, eine Institutsambulanz, ein soziotherapeutisches Wohnheim und ein aufsuchendes betreutes Wohnen. Die Klinik hat sich zu einer überregional anerkannten psychiatrischen Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen entwickelt, die seit 2004 als 100-prozentige Tochtergesellschaft der Kreiskliniken Gummersbach-Waldbröl GmbH gehört.

Rund 150 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kümmern sich jährlich um über 1.600 stationäre und 1.800 ambulante Patienten. Ein Neubau für den Akutbereich, der dann weitere 22 Betten für den qualifizierten Alkoholentzug umfasst, befindet sich in Planung. Viele Veränderungen also – aber eines hat sich in diesen 40 Jahren nicht verändert: unsere Aufgabe, Menschen bestmöglich zu helfen, medizinisch zu versorgen und zu pflegen.

Ich möchte meinen Dank unseren Patienten, den niedergelassenen Ärzten, den Netzwerkpartnern und unseren Beschäftigten sowie allen Menschen in der Region aussprechen: Vielen Dank für Ihr Vertrauen! Ohne Sie, ohne Ihr Zutrauen in unsere Fähigkeiten wäre die Psychosomatische Klinik heute nicht die führende Suchtklinik in der Region. Mein ganz besonderer Dank gilt all denjenigen, die sich so lange und unermüdlich für die Klinik einsetzen und damit maßgeblich zum Erfolg beigetragen haben.



Sascha Klein



Sucht:
primär eine
Verantwortung
der Gesellschaft!

Sehr geehrte Damen und Herren,

wer hätte vorhergesehen, dass das 40. Jubiläum des Bestehens der „Psychosomatischen Klinik Bergisch Land (PSK)“ der ersten Pandemie dieses Jahrhunderts weichen muss? Im Umgang mit Sucht hat das SARS-CoV-2-Virus der Gesellschaft einen Offenbarungseid abverlangt. Die COVID-19-Pandemie bringt es auf den Punkt: Es geht wieder einmal um den aus den Fugen geratenen Ausgleich individueller Interessen der Betroffenen mit den Interessen der Solidargemeinschaft der Versicherten. Ganz schnell waren sie wieder da, die alten Vorurteile, die Stigmatisierung, auch die Selbststigmatisierung, die alten Mechanismen des Umgangs miteinander. Die Pandemie trifft uns alle – nicht im gleichen Maße, sondern äußerst unterschiedlich. Sie deckt die sozioökonomische Ungleichheit auf und verstärkt sie.

Können wir aus der Pandemie für die Suchthilfe lernen?

Es begann mit der gesundheitspolitischen Botschaft: „social distancing“! Doch als soziale Wesen brauchen wir gerade in Krisenzeiten Zusammenhalt und Nähe.

Das Management der Pandemie erfolgt durch Lockdowns, die das gesellschaftliche Leben unterbinden und so das körperliche Abstandserfordernis durchsetzen sollen. Soziale Distanzierung führt aber zu einer größeren Nähe zu Suchtmitteln – und Distanz zur Behandlung. Gerade sozial Benachteiligte nehmen Botschaften wie „das Haus nur aus triftigen Gründen oder nur zu absolut zwingenden und nicht aufschiebbaren Besorgungen zu verlassen“, sehr ernst. Sie neigen dazu, aus Scham und Schuld auf Hilfen zu verzichten. Sozial Benachteiligte sind häufiger suchtkrank, unter den Schwerkranken und haben ein höheres Mortalitätsrisiko.

Noch geben uns die Statistiken kein endgültiges Bild der Auswirkungen auf Konsum und Konsument:innen von Alkohol, Nikotin und Drogen. Aber es gibt Anzeichen für Veränderungen des Konsumverhaltens: Die Pandemie und die damit verbundenen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Strategien haben das soziale Wesen „Mensch“ ins Private zurückgedrängt – mit allen Folgen, auch beim Suchtmittelkonsum. Die besondere Verantwortung der Gesellschaft für die Gesundheit steht unter einer Bewährungsprobe. Wir bleiben gespannt.

Auch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung hat in enger Abstimmung mit den Suchthilfeverbänden vor den Gefahren für Suchtkranke durch die Coronakrise gewarnt, u. a. vor „unbegleiteten Entzügen“, vor der Gefahr, dass Betroffene wahllos zu lebensgefährlichen Substanzen greifen, vor einem Anstieg von Drogennotfällen und Drogentodesfällen. Die Sicherstellung der Versorgung der Substituierten durch Medikamentenvergabe über längere Zeiträume wurde angemahnt. Drogenkonsumräume gewinnen unter dem Gesichtspunkt des Infektionsschutzes eine zusätzliche Bedeutung, da Suchtkranke durch das Virus besonders gefährdet sind.

Wir rufen uns in Erinnerung: Sucht ist als individuelle Erkrankung nur auf dem Hintergrund der kulturellen Evolution mit Bereitstellung von Techniken zur Produktion und Distribution sowie den Eingriffen in die sozioökonomischen Grundlagen möglich – Sucht ist eine „Zivilisationskrankheit“, wie die Pandemie auch. Die Pandemie verstärkt die soziale Ungleichheit mit der Folge einer Zunahme von Verarmung bis zur Obdachlosigkeit, die eng mit einem erhöhten Konsum an Suchtmitteln verbunden ist. Corona legt den Finger in die Wunde: Die Verantwortung der Gesellschaft mit ihren Institutionen der Daseinsfürsorge und der Versicherungsleistungen ist gefordert.



Konkrete Beispiele von Auswirkungen

Die DHS unterscheidet in einer Analyse der Versorgungslandschaft¹ 12 Segmente der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen. Ich greife beispielhaft heraus:



Segment 2 „Medizinische Behandlung“

Im ersten Lockdown haben von 232 Suchthilfe-Einrichtungen, die mit 1431 Kliniken zusammenarbeiten, berichtet, dass nur 33 % der kooperierenden Kliniken regulär arbeiteten (das trifft auch auf die PSK zu), 24 % der Kliniken haben die Behandlungsplätze um mehr als 60 % reduziert; 19 % nahmen nur noch Notfälle auf; 12 % haben die Entzugs- und Entgiftungsbehandlungen komplett eingestellt (DHS 2020²).



Segment 3 „Rehabilitation“

Die DRV Bund stellte einen Rückgang der Reha-Anträge um 4,6 % und der Bewilligungen um 4 % zum Vorjahr 2019 fest.



Segment 7 „Selbsthilfe“

Gruppen, die mithilfe digitaler Anwendungen (z. B. Online-Gruppen) durchgeführt werden, können Präsenzgruppen nicht ersetzen!



Segment 1 „Beratung und Begleitung“

Nach einer Erhebung des fdr³ berichten 43 % der Einrichtungen einen Rückgang der Auslastung, und gegenläufig dazu 90 % eine Mehrbelastung des Personals (Hygiene, Schutzmaßnahmen, Kontakterschwernisse, „Spannungen“ in den Teams und zwischen Team und Klienten). 70 % der Einrichtungen erwarten Liquiditätsengpässe (Erlöseinbrüche, zusätzliche Investitionen durch Umbauten, Kapazitätsverringerung, Investition in Digitalisierung). Viele Beratungsstellen haben zum Teil komplett auf online umgestellt und ihre Präsenzleistungen deutlich reduziert. Suchtkranke Hilfesuchende konnten viel seltener schnell persönliche Hilfe durch direkte Gespräche erfahren, sondern mussten Termine vereinbaren, oft längere Wartezeiten in Kauf nehmen. Damit gelang es Klienten immer weniger, in der Krise schnell kompetente Hilfe durch niederschweligen Kontakt zu erfahren. Und für die Mitarbeiter wurde es wesentlich schwieriger, die Krise als Chance zur direkten Vermittlung in weitere Hilfe zu nutzen: sei es eine qualifizierte Entzugsbehandlung, eine medizinische Rehabilitation, eine Substitution oder eine ambulante Behandlung.

Was hat eine Fachklinik für die regionale Versorgung zu leisten?

In einem Versorgungsgebiet von einer halben Million EW sind allein unter den 18- bis 65-Jährigen⁴ konservativ geschätzt ca. 80 Tsd. Cannabiskonsumenten (Lebenszeit-Prävalenz), ca. 3–4 Tsd. Cannabiskonsumenten, die schädlich/abhängig konsumieren, ca. 50 Tsd. Menschen, die Alkohol in riskanten Dosen konsumieren, ca. 20–25 Tsd. Menschen, die Alkohol missbräuchlich oder abhängig konsumieren, ca. 35–40 Tsd. Personen mit Nikotinabhängigkeit, ca. 3–4 Tsd. Personen mit Abhängigkeit von illegalen Drogen und ca. 35 Tsd. Menschen mit Missbrauch von Medikamenten.

In einer Versorgungsregion⁵ erfolgen ca. 2/3 der Behandlungen ambulant, zu je 44 % im KV-System und der Suchthilfe (hier überwiegend durch PSB) und nur zu 12 % in den PIAs. Die stationäre Versorgung erfolgt in 51 % in der Psychiatrie, in 38 % in den Allgemeinkrankenhäusern und nur zu 11 % in der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungstherapie), die in wenigen Kliniken auch in der Psychiatrie (wie z. B. in der PSK) angeboten wird.

In dieser speziellen Versorgungssituation sind optimale Bedingungen für die Nahtlosigkeit der Behandlungsübergänge zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation unter Wahrung der Beziehungs- und Therapiekonstanz gegeben, was für die Versorgung ein großer Vorteil ist.

Ein nicht gelöstes Problem der Versorgung ist der hohe Grad an Diversifikation des Versorgungssystems in Deutschland, Vor- und Nachteil gleichermaßen: Vorteil, da im weltweiten Vergleich ein hoher Grad an Spezialisierung vorgehalten wird und die Verteilung der Lasten auf vielen Schultern ruht. Nachteil, da ein Wirrwarr an Zuständigkeiten und ein hoher Grad an Komplexität mit erheblichen Unterschieden der Finanzierung die bedarfsgerechte Allokation von Leistungen erschweren. Das erfordert aktive Zusammenarbeit aller Beteiligten in den Arbeitskreisen vor Ort und in der Region, um Unterstützung der Betroffenen durch nahtlose Übergänge bezüglich Behandlung, Beratung, Betreuung etc. sicherzustellen. Diese aktive Zusammenarbeit basiert darauf, dass die Akteure sich kennenlernen und verlässliche Arbeitskontakte aufbauen. Und das geht nicht rein digital, sondern erfordert persönliche Begegnungen.

Wie ist das zu tun? Welche Ziele der Versorgung sollten verbindlich sein?

Die DHS hat Grundprinzipien der Suchtpolitik formuliert. Ziel ist die Verhinderung und Reduzierung von Schäden durch Suchtmittelkonsum sowie die Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe. Daraus ergeben sich folgende Ziele, die sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene erreicht werden sollen⁶:

- ✓ Weniger Menschen konsumieren Suchtmittel. Alle Menschen, die nicht konsumieren, werden in ihrer Entscheidung bestärkt, keine Suchtmittel zu sich zu nehmen.
- ✓ Menschen, die Suchtmittel konsumieren, beginnen den Konsum möglichst spät, weisen möglichst risikoarme Konsummuster auf und konsumieren nur in Situationen und unter Bedingungen, in denen Risiken nicht zusätzlich erhöht werden.
- ✓ Konsumierende, deren Suchtmittelkonsum zu Problemen führt, erhalten möglichst früh effektive Hilfen zur Reduzierung der mit dem Konsum verbundenen Risiken und Schäden.
- ✓ Konsumierende, die ihren Konsum beenden möchten, erhalten uneingeschränkten Zugang zu Beratung, Behandlung und Rehabilitation nach den jeweils aktuellen wissenschaftlichen Standards.



Welche Prinzipien von Versorgung sollten uns leiten?

➔ Personenzentrierung

Dieser oft genutzte Begriff ist kritisch zu hinterfragen. Pharmafirmen und biologisch orientierte Forschung stellen Personenzentrierung auf dem Hintergrund genetischer Erkenntnisse meist in den Rahmen „maßgeschneiderte Pharmakotherapie für Patienten“. Dies ist die Therapeuten- und Anbieterperspektive oder gar die Perspektive der Kostenträger, deren Motiv im besten Falle Kostenersparnis, im schlimmsten Falle Erlösoptimierung ist. Hier wird ein Personenbezug suggeriert, der nur den Anschein erweckt, dass der Patient im Mittelpunkt steht.

Gerade in der Suchthilfe müssen wir weg von der Institutionszentrierung, die unweigerlich die Perspektive der Gewinnmaximierung durch künftig global agierende „Gesundheitskonzerne“ auf den Plan ruft. Corona müsste uns die Augen geöffnet haben: Versorgung muss regional gestärkt werden. Sonst entstehen Engpässe, die Zahl Suchtkranker mit hohem Behandlungsbedarf nimmt zu, das Risiko chronisch zu erkranken steigt. Die Erreichbarkeit dieser Betroffenen wird schwieriger. Die Probleme in den Familien, Schulen, Betrieben und dem gesamten öffentlichen Raum steigen. Die Folgen betreffen die ganze Region

➔ Selbstbestimmung/Autonomie und Partizipation

Personenzentrierung hat die Patientenperspektive, die auf Autonomie und Selbstbestimmung beruht, ins Zentrum zu stellen. Am ehesten kommt dieser Ansatz bisher in der Suchtselbsthilfe zum Tragen, die im Übrigen Impulsgeber für die mittlerweile etablierte Selbsthilfebewegung in der somatischen Medizin und der Psychiatrie geworden ist. Im Versorgungsupdate hat die DHS ausdrücklich auf die Perspektive der Betroffenen hingewiesen: Es geht um den „individuellen Versorgungsbedarf, der sich insbesondere aus dem Schweregrad der Störung ergibt. Der aus einer Außensicht objek-

tivierte Schweregrad der Störung deckt sich in der Regel nicht mit der, aufgrund lebensgeschichtlicher Ereignisse und aktueller Kontextfaktoren bedingten, subjektiven Bewertung durch den Betroffenen. So nehmen nicht selten Menschen mit – aus externer Sicht – schwersten Krankheitsverläufen und hohem spezifischem Versorgungsbedarf aus subjektiver Sicht keine adäquate Versorgung in Anspruch.“ Diese Personengruppe ist nur über aufsuchende Hilfen zu erreichen. Und genau die sind in der Coronapandemie reduziert worden.

➔ Patientenorientierung

Daraus folgt aus Nutzersicht die Aufklärung über die Behandlungsmöglichkeiten in der Versorgungsregion, sodass der Betroffene sich unvoreingenommen orientieren kann. Und diese Hilfe muss erreichbar sein. Einfach, zeitnah, unkompliziert. Auf dieser Grundlage ist ihm eine Wahlmöglichkeit anzubieten. Dies schafft Vertrauen. Nur der Betroffene kann wissen, mit welcher Therapie er sich identifizieren kann, was für ihn „stimmt“. Hier darf man den Betroffenen schon vertrauen, dass sie ihr subjektives Empfinden nach entsprechender Aufklärung richtig beurteilen können. Individuelle Bedürfnisse der Klienten/Patienten müssen vom Hilfebedarf aus der Außensicht der professionellen Helfer unterschieden und respektiert werden, soweit ein gesellschaftlich verbrieftter Anspruch besteht. Ein positives Beispiel sind die Impfbusse in sozialen Brennpunkten in Köln, die von den Bewohnern intensiv genutzt werden und damit das Infektionsrisiko in der gesamten Region senken helfen. Nicht nur in den sozialen Brennpunkten. Da in der Regel ein von Mal zu Mal wechselnder Versorgungsbedarf vorliegt, ist es wünschenswert,

wenn die möglichen Hilfen, die sich häufig über die Regelungsbereiche mehrerer Sozialgesetzbücher erstrecken, in Abstimmung mit den Betroffenen leistungsträgerübergreifend aus einer Hand angeboten werden könnten. Ferner müsste zukünftig stärker darauf geachtet werden, dass die möglichen Leistungen verbindlich – in einfacher Sprache – vermittelt werden. Auch dies dient einer vertrauensvollen Behandlungsbeziehung. Es müsste eine größere Flexibilität bei der Inanspruchnahme der Leistungen möglich sein, ein schneller Wechsel zwischen den in den Sozialgesetzbüchern geregelten Kostenträgern und Zuständigkeiten, da sich die Befindlichkeiten schnell ändern können und oft das Zeitfenster für eine Intervention nur kurz offen ist.

Selbstbestimmung denkt Pflichten mit: Betroffene sind bereit, selber Verantwortung zu übernehmen. Sie sollen und wollen weder in Watte gepackt noch entmündigt werden, weder durch bevorzugende noch ausgrenzende Behandlung eine „Sonderbehandlung“ erfahren und dadurch „stigmatisiert“ werden.

➔ Zielgruppenspezifische Versorgung

Im Update 2019 der DHS wird der aus dem Schweregrad abgeleitete Versorgungsbedarf in vier Ebenen statt in einem Pyramidenmodell gegliedert. Es heißt dort⁸: „Diese Ebenen sind nicht als Hierarchie zu verstehen, aus der bspw. eine Versorgungskette oder

eine Wertung der Versorgung abgeleitet werden kann. Vielmehr kann der Schweregrad der Störung sich im Krankheitsverlauf verändern und damit auch der Versorgungsbedarf. Dieser wiederum kann in unterschiedlicher Weise von einzelnen Segmenten

spezifisch suchtbezogen oder mehr allgemein im Rahmen der Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens abgedeckt werden. Entscheidend sind dabei die Vernetzungen und Kooperationen der segmental gegliederten

Leistungserbringer mit den Bedarfen, insbesondere der Sicherstellung nahtloser Übergänge zwischen den Versorgungsbedarfen und zwischen den Segmenten“ (dieses Ziel prägt auch die Arbeit der PSK).

➔ Ressourcen-/Verteilungsgerechtigkeit

Eine wachsende Differenz zwischen den medizinisch notwendigen und den von der GKV finanzierten Leistungen legt das Augenmerk auf die zunehmende Ressourcenknappheit im System. Dazu kommen Probleme der Verteilung: Ein immer größerer Anteil der Ressourcen für Gesundheitsleistungen wird für Bürokratie und betriebswirtschaftliche Steuerung abgezweigt und damit sinnentstellt. Ressourcenansprüche dieser Art müssen zurückgebaut werden. Der (kranke) Mensch muss Vorrang vor Märkten und Profiten haben. (Suchtkranke) Menschen müssen darüber hinaus befähigt werden, ihre Rechte zu behaupten und einzufordern. Machtkonzentrationen der Verwaltungen sind zu

stoppen. Die Patienten müssen den Zugang sowie die Kontrolle über ihre Ressourcen wiederbekommen. Finanzkapital und Technologien sind wieder in die Hände der Menschen zu legen. Die Verteilung knapper Ressourcen muss für alle transparent und begründet sein. Konkret heißt dies, dass Suchtkranke nicht zu Kranken zweiter Klasse werden dürfen. Suchterkrankungen neigen stark zur Chronifizierung. Auch chronisch Kranke haben Anspruch auf akute Versorgung und Rehabilitation. Die Allokation von Behandlungsmitteln erfolgt entsprechend unseren gesellschaftlichen Wertungen überproportional in die somatische Medizin und innerhalb der Psychiatrie, nicht in die Suchtmedizin/-psychiatrie.

➔ Vernetzung durch Kooperation und Koordination

Kooperation (nicht Konkurrenz) ist der Treiber der kulturellen Evolution, dem wir auch unser Gesundheitssystem verdanken. Kooperation heißt Zusammenarbeit auch bei unterschiedlichen Interessen, Aufgaben, Verantwortungen und insbesondere Kompetenzen, z. B. mit der somatischen Medizin, der Psychosomatik

und Psychotherapie, der Jugend- und Altenhilfe, Wohnungslosenhilfe und der Arbeitshilfen (auch dafür steht die PSK). Obwohl oder gerade weil diese Einrichtungen primär andere Zielsetzungen und Versorgungsaufträge haben, suchen und finden Suchtkranke in deren Kompetenzbereichen sehr wohl Hilfe.

Versorgung findet nämlich zum großen Teil „unspezifisch“ in Einrichtungen des allgemeinen Gesundheits- und Sozialwesens statt, die allen Bürgerinnen und Bürgern niedrigschwellig offenstehen. Diese ad hoc in Anspruch genommenen Einrichtungen sind mit suchtspezifischen Versorgungsangeboten barrierefrei zu vernetzen, sodass Übergänge nahtlos möglich sind. Dadurch würde die Schlagkraft der Versorgung deutlich erhöht und Barrieren durch (Selbst-) Stigmatisierung reduziert werden.

Koordination ist die Abstimmung der Zusammenarbeit bei gleichen Zielsetzungen und Versorgungsaufträgen. Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung der einzelnen Leistungserbringer müssen auf kommunaler Ebene ver-

bindlich abgesprochen und ggf. als „Versorgungspfade“ geregelt sein. Dies geht nicht ohne die Bildung regionaler Verbände und Netzwerke aller Leistungserbringer, um Transparenz zu schaffen. Der Einbezug der Suchtselbsthilfe ist besonders erfolgreich.

Ziel ist die nahtlose Überleitung zwischen den Versorgungssegmenten. Helfen können gemeinsame Fallbesprechungen, eine kompatible IT-Struktur und koordinierte Überleitungsverfahren. Die Zusammenarbeit zwischen der institutionalisierten Versorgung und den verschiedenen Professionen muss koordiniert werden. Das Vorgehen nach dem bio-psycho-sozialen Modell sollte der gemeinsame Nenner sein.

Was hat die Gesellschaft zu tun?

Eine auskömmliche Finanzierung sicherstellen!

Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit der Systeme sind ständig zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Eine auskömmliche Finanzierung der Versorgung ist die Voraussetzung für gute Ergebnisqualität. Kriterium ist die Personalausstattung. Die „Zeit am Patienten/Klienten“ ist das wesentliche Wirkprinzip. Der persönliche Kontakt ist entscheidend: in der Beratungsstelle. In der Klinik. Im Amt. Das komplexe Versorgungssystem hat zudem einen Finanzierungsbedarf für die Schnittstellenkommunikation.

Gute betriebswirtschaftliche Ergebnisse sind Folge einer guten Behandlung und Organisation. Wir müssen wegkommen von der Priorisierung wirtschaftlicher Interessen, der Gewinnmaximierung des menschlichen Leides. Zudem wird durch Orientierung an individuellen Bedarfen ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen erwirtschaftet: Jeder Euro, der in die Suchthilfe investiert wird, vermeidet Kosten in Höhe von 28 Euro (Social Return on Investment⁹).



Dr. Heribert
Fleischmann
Vorsitzender
der DHS

Welche Entscheidungen sind vorrangig?

- ✓ Vermehrte Investitionen in niedrigschwellige Suchtarbeit, also Streetwork, Notschlafstellen, Substitution, beschützende Beschäftigungsprojekte
- ✓ Investitionen in die Behandlungseinrichtungen, um den Bedarf an qualifizierten Entzugsbehandlungen sicherstellen zu können
- ✓ Stärkere Ambulantisierung, d. h. um die Ambulanz herum die Versorgung organisieren, da diese alltagsnäher und näher am Lebensumfeld der Betroffenen stattfindet. Hier wird das multiprofessionelle Team einer PIA stärker Verantwortung übernehmen müssen.
- ✓ Erkunden neuer Wege der Behandlung, wie bspw. die Zusammenführung von Rehabilitation unter Substitution, was hier pilotmäßig bereits praktiziert wird.
- ✓ Prävention neu denken: mehr Projekte zur Prävention des Konsums in öffentlichen Räumen, Prävention von Obdachlosigkeit, Prävention von Arbeitsplatzverlust, Prävention von Bildungsmängeln

Wir müssen vorrangig die Verhältnisse in unserer Gesellschaft ins Visier nehmen. Das in 40 Jahren Geleistete kann sich sehen lassen. Und es muss weitergehen, Stillstand bringt keine Lösungen. Die Probleme wachsen und neue kommen hinzu. Deshalb richten wir unseren Blick in die Zukunft. Was beim nächsten Jubiläum in 10 Jahren sein soll, wird heute grundgelegt. Dazu alles Gute, Mut und Zuversicht.

¹ <https://www.dhs.de/service/aktuelles/meldung/jetzt-online-update-zur-analyse-der-versorgungssituation-suchtkranker-in-deutschland>

² https://www.dhs.de/unsere-arbeit/stellungnahmen:Suchthilfe_waehrend_und_nach_der_Corona-Krise_absichern!

³ https://www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2020/07/Anonymisierte-Auswertung-Mitgliederbefragung_Corona-2020.pdf

⁴ Geschätzt auf der Basis der Zahlen aus: Pabst et al. Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA) 2012, Sucht 2013

⁵ Vortrag: Fleischmann Weimar 2016 Kooperationstreffen „Suchthilfe und Suchtpsychiatrie“

⁶ https://www.dhs.de/unsere-arbeit/stellungnahmen:Cannabispolitik_in_Deutschland._Ma%C3%9Fnahmen_uberprufen,_Ziele_erreichen;Suchtpraevention_in_Deutschland._Stark_fur_die_Zukunft

⁷ DHS update 2019: [dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgung...](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgung...)

⁸ DHS update 2019: [dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgung...](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgung...)

⁹ Katharina Packmohr und Peter Weiß: Suchtberatung wirkt. SROI-Studie zu den volkswirtschaftlichen Einsparpotenzialen durch die Suchtberatung, Februar 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit ihrer Gründung 1980 als Suchtklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige hat die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach eine stetige Entwicklung vollzogen, an der sich auch die Veränderungen in der Sucht- und Drogenpolitik des Landes ablesen lassen. Mit der kurz nach Gründung folgenden Einrichtung der Abteilung für medizinische Rehabilitation für Drogen-

abhängige öffnete sich die Klinik auch der Behandlung von Menschen mit einer Abhängigkeit von sogenannten illegalen Drogen. Die konzeptionelle Weiterentwicklung lässt sich an der Errichtung der 1. Station für qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger in Nordrhein sowie der Teilnahme am Polami-donprojekt Anfang der 1990er-Jahre erkennen.



Dr. Sandra Dybowski
Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes
Nordrhein-Westfalen



Entwicklung

An der Entwicklung der Methode der Qualifizierten Entzugsbehandlung, die heute zum Standard gehört, waren die Verantwortlichen der Klinik maßgeblich beteiligt. In diesen Zeiten der fachlichen und teilweise ideologischen Auseinandersetzungen in der Sucht- und Drogenpolitik hat die Psychosomatische Klinik stets konstruktiv und erfolgreich an der Weiterentwicklung der Behandlung und Versorgung suchtkranker Menschen mitgewirkt. Einer der Leitsätze der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach lautet: *„Im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen Menschen mit ihrer Lebensgeschichte, ihren Problemen und Stärken, Ressourcen und Erfahrungen und ihrem konkreten Unterstützungsbedarf.“*

In diesem Satz spiegelt sich auch das Leitmotiv der Landeskampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“ wider.

Sucht als Erkrankung zu begreifen, die nur mit den Betroffenen und unter Einbeziehung ihrer Erfahrungen, Probleme und Potenziale behandelt und bewältigt werden kann, prägt die Arbeit der Klinik und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Inzwischen ist die Psycho-

somatische Klinik Bergisch Gladbach zu einer differenzierten modernen Suchthilfeeinrichtung und einer wichtigen Kooperationspartnerin vieler regionaler und überregionaler Partnerorganisationen der Sucht- und Drogenhilfe geworden.

Im Namen des Ministeriums darf ich mich an dieser Stelle für die langjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit insbesondere mit Herrn Dr. Thomas Kuhlmann bedanken, der sich seit vielen Jahren mit seiner breiten fachlichen Kompetenz und hohem persönlichen Engagement einbringt und damit die Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenpolitik des Landes aktiv mitgestaltet.

Mein Dank gilt zugleich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik, die sich seit über einem Jahr den besonderen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Coronapandemie stellen und die so wichtigen Behandlungsangebote für die von Sucht betroffenen Menschen aufrechterhalten haben. Ich wünsche Ihnen allen persönlich die Kraft, Ihre Arbeit fortzusetzen und Freude daran, das gemeinsame Innovationspotenzial auch in den kommenden Jahrzehnten zu nutzen.

Sandra Jfumi

Kontakt



Schlodderdicher Weg 23a
51469 Bergisch Gladbach



02202 2060



info@psk-bg.de



www.psk-bg.de



PSK
Psychosomatische Klinik
Bergisch Land gGmbH