



Bausteine

einer sozialräumlichen Versorgungsstruktur
für Menschen mit Abhängigkeitsstörungen

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesstelle für Suchtfragen
der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.

Stauffenbergstr. 3
70173 Stuttgart

Redaktion:
Eva Weiser M.A.

Gestaltung:
Ottmar Fahrmeier

Juli 2013



Inhalt

Vorwort.....	5
1. Informationen und Clearing zur Erschließung bedarfsgerechter Hilfen.....	9
2. Individuelle Hilfebedarfserfassung und differenzierte Diagnostik	11
3. Ermöglichung von Behandlung und Teilhabeförderung ...	13
4. Existenzsichernde Leistungen / Krisen- und Notfalldienste.....	15
5. Frühintervention bei sozialen und gesundheitlichen Auffälligkeiten	17
6. Förderung sozialer Teilhabe: alltagsstrukturierende Hilfen, Stärkung sozialer Kontakte.....	19
7. Initiierung, Förderung und Begleitung eines suchtbezogenen Veränderungsprozesses.....	21
8. Medizinische Behandlung und Rehabilitation.....	23
9. Leistungen zur Förderung / Verbesserung beruflicher Teilhabe	27
10. Unterstützung familiärer, sozialer und beruflicher Bezugspersonen.....	29
11. Unterstützung von Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement.....	31
12. Versorgungsplanung und Versorgungssteuerung.....	33



Vorwort

Wozu dieser neue Bausteinkatalog?

Jede professionelle Hilfe für Menschen mit Abhängigkeitsproblemen kann und soll ständig fachlich verbessert und strukturell weiter entwickelt werden. Suchthilfe ist eine klassische Schnittstellenaufgabe: Zu ihr gehört ganz wesentlich ein effizientes Zusammenwirken von ambulanter psychosozialer Suchtberatung mit suchtmmedizinischen Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten, aber auch mit Partnern in anderen auf Teilhabeverbesserungen orientierten Sozialleistungen und mit den Institutionen zur Sicherung der öffentlichen Ordnung.

Einige dieser Schnittstellen sind inzwischen patientengerecht strukturiert, bei anderen warten noch erhebliche Entwicklungsaufgaben. Erfreulicherweise ist inzwischen auch bei einzelnen institutionellen Leistungserbringern im Bereich des SGB V im Rahmen der dort definierten Leistungszuständigkeiten für die Krankheitsbehandlung eine Bereitschaft gewachsen, sich für Menschen mit Abhängigkeitsstörungen zu engagieren und dabei auch der sozialleistungsrechtlichen Schnittstellenverantwortung zur psychosozialen Suchthilfe und zu anderen Partnern gerecht zu werden.

Das Konzept der **Kommunalen Suchthilfenetzwerke**, wie es für Baden-Württemberg in einer Empfehlung des Sozialministerium von 2005 den Kommunen und den Akteuren der Suchthilfe vorgestellt wurde, will der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zu systemisch konzipierten Hilfe- und Versorgungsangeboten Rechnung tragen. Aus einer kommunal moderierten Vernetzung der unterschiedlichen Hilfeangebote und (Förder)Maßnahmen sollen effiziente, wirkungsvolle und nachhaltige Unterstützungsangebote für die betroffenen Menschen im Sozialraum entstehen. Für diese koordinierende und gestaltende Arbeit der Kommunalen Suchthilfenetzwerke wird es daher immer wichtiger, die gesamte sozialräumliche Versorgungsstruktur und deren fachliche Interdependenzen in den Blick zu nehmen.

Seit mehr als einem Jahrzehnt hat sich das Modell der **Leistungsbausteine der Suchtberatung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)** als systematische Beschreibung der möglichen Leistungsangebote einer Suchtberatungsstelle bewährt. Versorgungsmängel im System der ambulanten Suchthilfen konnten damit systematisch identifiziert werden. Allerdings sind diese Leistungsbausteine ausschließlich auf die Institution Suchtberatung und wesentlich auf den Bereich der Daseinsvorsorgeleistungen bezogen, so dass die für die Steuerungsarbeit der Kommunalen Suchthilfenetzwerke relevanten fachlichen Interdependenzen nur

bedingt sichtbar werden. Die Landesstelle für Suchtfragen Baden-Württemberg hat deshalb die bisherigen Erfahrungen mit den DHS-Leistungsbausteinen und mit der regionalen Versorgungsentwicklung weitergeführt zu einem Katalog notwendiger Versorgungsbausteine in einer sozialräumlichen Versorgungsstruktur für abhängige Menschen, der hier vorgelegt wird.

Die Erweiterung zu einer sozialräumlichen und teilhabeorientierten Versorgungsperspektive soll dazu beitragen, in einer immer differenzierteren Versorgungslandschaft den entscheidenden Stellenwert eines stabilen und nachhaltigen Leistungsangebots einer ambulanten psychosozialen Versorgung im Suchtbereich und damit die besondere Funktion der psychosozialen Beratungsstellen zu verdeutlichen: Abhängigkeitsstörungen sind als bio-psycho-soziale Störungen behandlungsbedürftige Krankheiten, die Teilhabebeeinträchtigungen, Störungen familiärer und öffentlicher Ordnung und weitere oft negative Folgen mit sich bringen.

Doch immer noch findet nur ein kleiner Teil dieser als behandlungsbedürftig diagnostizierten Menschen den Weg in die spezialisierte Suchthilfe. Zentrale Aufgabe einer psychosozialen Suchthilfe ist es deshalb, Menschen mit unterschiedlichsten individuellen Problemlagen und sozialen Auffälligkeiten, bei denen Suchtmittelkonsum eine wesentliche Rolle spielt, auf solche Zusammenhänge konstruktiv anzusprechen. Das Interesse und der Wunsch nach einer Lösung ihres aktuellen Problems kann und soll für die Vermittlung zu individuell passenden Unterstützungs-, Förder- und Behandlungsmaßnahmen genutzt werden, die im Zusammenwirken mit anderen Akteuren die berufliche und soziale Teilhabe der Betroffenen wirksam verbessern und deren subjektive Lebensqualität erhöhen. Dafür soll eine möglichst frühzeitige, umfassende und nachhaltige Nutzung von Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen ermöglicht und die Ergebnisqualität solcher Leistungen verbessert werden.

Diese Schnittstellen- und Casemanagementleistungen sind faktisch durch keine einzelnen leistungsrechtlichen Regelungen hinreichend und umfassend abgesichert, sie sind aber für nachhaltig wirksame und bedarfsgerecht gestaltete Versorgungs- und Behandlungsangebote zwingend notwendig. Die psychosoziale Suchtberatung übernimmt deshalb diese notwendigen Schnittstellen- und Casemanagementleistungen als Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge.

Mit dem nun vorgelegten Katalog von Versorgungsbausteinen sollen alle notwendigen Hilfe- und Förderleistungen beschrieben werden, die für eine wirkungsvolle Suchthilfe im und für einen Sozialraum zur Verfügung stehen sollten. Anders als bei den Leistungsbausteinen handelt es sich nicht um eine Liste von freien Wahlmöglichkeiten für eine einzelne Einrichtung; der Katalog von Versorgungsbausteinen beschreibt vielmehr das aus unserer Sicht verpflichtende Spektrum an Hilfen und Maßnahmen, die für ein effizientes und leistungsfähiges ambulantes Hilfesystem in einem Sozialraum notwendig sind.

Für die Zuordnung von einzelnen Versorgungsbausteinen zu bestehenden Institutionen wurden bewusst keine Vorgaben formuliert, um vor Ort individuelle, flexib-

le und vor allem sachdienliche Regelungen anzuregen und zu ermöglichen. Maßstab sollte dabei immer die Erreichung einer bestmöglichen und nachhaltigen Ziel- und Ergebnisqualität sein, aufbauend auf die bereits verfügbaren Versorgungsleistungen. Die Definition solcher anzustrebender Ziel- und Ergebnisqualitäten sollte – soweit dies nicht jeweils für deren Bereich in den einzelnen Sozialleistungsrechten bereits eindeutig definiert ist - Gegenstand eines politischen Aushandlungsprozesses sein, in den die Leistungserbringer ihre fachlichen Erfahrungen und ihre betriebswirtschaftlichen Kalküle mit einbringen.

Die vorgeschlagenen Versorgungsbausteine berücksichtigen nicht irgendwelche fachlichen Spezialisierungen, die aufgrund verschiedener Suchtformen oder von Klientenmerkmalen (z.B. Alter Geschlecht, Sprache / Herkunft) in der praktischen Arbeit sinnvoll oder auch notwendig sein können. Die strukturelle Berücksichtigung solcher Spezialisierungen sollte sich allerdings aus unserer Sicht an folgenden Faktoren messen lassen:

- Eindeutige Leistungszuständigkeit für Nutzer und Kooperationspartner
- Bestmögliche Durchlässigkeit bei unterschiedlichen individuellen Hilfebedarfen und Leistungsnotwendigkeiten
- Sicherstellung effizienter Angebote nach gemeinsamen fachlichen Standards
- Ermöglichung effizienter Leistungsvernetzungen und fachlicher Kooperationen
- Unterstützung wirkungsvoller und nachhaltiger Verbesserungen von sozialer und beruflicher Teilhabe sowie der Wirksamkeit anderer Sozialleistungen.

Zu den traditionell unverzichtbaren Leistungsbausteinen von Suchtberatungsstellen gehört unstrittig auch ein großes Spektrum suchtpreventiver Maßnahmen. Durch die fachliche Professionalisierung der Suchtprävention und durch deren Einbindung in sozialräumliche Konzepte der Gewalt- und Kriminalprävention, aber auch der allgemeinen Gesundheitsförderung, hat sich inzwischen ein fast unüberschaubares Spektrum suchtpreventiver Maßnahmen und Handlungsfelder entwickelt. Viele dieser suchtpreventiven Maßnahmen werden überwiegend als Kooperationsleistungen mit ganz unterschiedlichen Akteuren erbracht und oft liegt die Gesamtverantwortung für solche Maßnahmen nicht mehr bei den Suchtberatungsstellen. Dies gilt v.a. für Maßnahmen einer universellen Prävention.

Präventive Maßnahmen, die sich an Menschen richten, bei denen eine Abhängigkeitsstörung (im Sinne eines missbräuchlichen Konsumverhaltens / einer konkreten Suchtgefährdung oder einer Abhängigkeit) aufgrund v.a. sozialer Auffälligkeiten zu befürchten oder schon zu beobachten ist (selektive und indizierte Prävention), gehören angesichts einer großen Schnittmenge zum Arbeitsbereich der Frühintervention sicher eindeutig zum Aufgabengebiet einer Versorgung von Men-

schen mit Abhängigkeitsstörungen – solche Leistungen wurden deshalb u.a. dem Versorgungsbaustein 5 zugeordnet. (vgl. dazu das Positionspapier Suchtprävention der LSS aus dem Jahr 2008).

Der vorliegende Katalog von Versorgungsbausteinen für Menschen mit Abhängigkeitsstörungen enthält aber keinen eigenständigen Baustein für alle anderen suchtpreventiven Leistungen. Angesichts der geschilderten Vielfalt und fachlichen Komplexität suchtpreventiver Aktivitäten wäre es eine noch zu leistende Entwicklungsaufgabe, für den Gesamtbereich sozialräumlicher Präventionsaktivitäten einen vergleichbaren Bausteinkatalog zu erstellen. Ein solcher Bausteinkatalog für präventive Maßnahmen im Sozialraum könnte übergeordnete und gemeinsame Zielsetzungen dieses Arbeitsfeldes verdeutlichen und so sinnvolle und notwendige fachliche Vernetzungen sichtbar machen; gleichzeitig könnte ein solcher Katalog aber auch angesichts der Vielzahl von Partialinteressen und Finanzierungsquellen Grundlage sein für kommunale Steuerungsentscheidungen und Prioritätensetzungen.

Der hier vorgelegte Katalog von Versorgungsbausteinen wurde in einem von der Landesstelle für Suchtfragen initiierten mehrjährigen Projekt in verschiedenen Arbeitsschritten gemeinsam mit zahlreichen Mitarbeitenden aus Suchtberatungsstellen entwickelt: Die Landesstelle bedankt sich auch an dieser Stelle nochmals für das von den Kolleginnen und Kollegen dafür neben ihrer Alltagsarbeit aufgebraachte Engagement. Die redaktionelle Endfassung dieses Bausteinkatalogs verantworten für die Landesstelle für Suchtfragen

Hans Joachim Abstein, Karl Lesehr und Eva Weiser.

Stuttgart, im Juli 2013

1 Informationen und Clearing zur Erschließung bedarfsgerechter Hilfen

Um was geht es?

In einer etablierten Versorgungsstruktur sind normalerweise alle Institutionen und Akteure hinreichend über die relevanten regionalen Hilfeangebote informiert und können auf dieser Grundlage auch Hilfesuchende qualifiziert verweisen. Angesichts zunehmender fachlicher und struktureller Weiterentwicklungen kann es aber auch sinnvoll und notwendig werden, eine einheitliche und alle suchtassoziierten Bedarfslagen berücksichtigende Klienteninformation durch gezielte Maßnahmen oder auch neue institutionelle Strukturen sicherzustellen. In einer regionalen Versorgungsstruktur muss dabei gesichert werden, dass Hilfesuchende (Betroffene, Angehörige, aber auch Bezugspersonen) gerade angesichts einer fachlichen Spezialisierung eindeutig erkennen können, wo sie unter welchen Voraussetzungen die für sie geeigneten Hilfen erhalten. Eine solche Information muss in einem nutzerorientierten Zeitraum und in bedarfsgerechten Formen möglich sein. Dies kann z.B. über eine gemeinsame und für Nutzer kostenfreie, arbeitsteilig verantwortete Infotelefonnummer oder eine online-Kontaktmöglichkeit mit hoher Servicequalität gesichert werden. Auch die Schaffung einer trägerübergreifenden „Clearingstelle“ in gemeinsamer Trägerschaft oder in kommunaler Verantwortung könnte dies ermöglichen

Auch Kooperationspartner und Zuweiser v.a. aus dem ärztlichen Bereich sollen rasch und qualifiziert Informationen erhalten, wo und wie die von ihnen bislang Betreuten im Suchthilfesystem weiter betreut werden können und welche Schritte dafür erforderlich sind. Im günstigen Fall sollte ein Kooperationspartner dabei auch Informationen dazu erhalten, wie er ggfs. eine unvermeidbare Übergangsfrist sinnvoll überbrücken kann.

Bei solchen Clearingangeboten muss gewährleistet sein, dass keine einseitigen träger- oder bereichsspezifischen Fallzuweisungen erfolgen, sondern dass es gemeinsame und verbindliche Standards für die ganzheitliche „Hilfebedarfserfassung“ und für eine Verweisung von Hilfe Suchenden an die einzelnen Dienstleister in der Region gibt. Solche Standards sind insbesondere dann unverzichtbar, wenn es einzelne (medizinische) Institutionen in der regionalen Versorgungsstruktur gibt, an die von einzelnen Kooperationspartnern auch direkte Überweisungen möglich sind.

Diese Absprachen sollten durch eine konsequente Dokumentation und ggfs. auch Fallbesprechungen kontinuierlich verifiziert werden, was auch die fachliche Quali-

tät der Hilfebedarfserfassung und der Clearinginformationen absichert und eine vergleichbare Servicequalität gegenüber den Rat- und Hilfesuchenden ermöglicht.

Eine Clearingstelle wird dann wirksam sein, wenn sie einen ersten kurzfristigen Zugang in die Institutionen des Suchthilfesystems qualifiziert gewährleistet (offene Sprechstunden, feste zeitnahe Terminvereinbarungen bei Fachdiensten u.ä.).

Es muss sichergestellt werden, dass alle zu diesem Versorgungsbaustein gehörenden Dienstleistungen nach gemeinsamen Standards erbracht werden, dass insbesondere auch für die nicht an Fachkräfte gebundene Hilfeinformation ausreichende personelle Ressourcen verfügbar sind (Verwaltungskräfte) und dass Erfahrungen in diesem Versorgungsbaustein regelmäßig untereinander ausgetauscht werden.

Zum regionalen Infoangebot muss es eine regelmäßige und möglichst auch zielgruppenorientierte Öffentlichkeitsarbeit geben, um erfolglose Kontaktbemühungen möglichst weitgehend auszuschließen.

Beispiele aus der Praxis

In der Regel sind die Psychosozialen Beratungsstellen (PSB) für diese differenzierten Informationsleistungen verantwortlich.

Ergänzende und auch neue strukturelle Varianten finden sich in der Clearingstelle Reutlingen, in zielgruppenspezifischen Clearingangeboten in Jobcentern oder Allgemeinkrankenhäusern oder auch bei der aufsuchenden Suchtberatung im Vollzug

Leistungszuständigkeiten / Finanzierung

Leistung der öffentlichen Daseinsvorsorge, ergänzt durch Beratungspflichten z.B. nach SGB V und SGB VI

2 Individuelle Hilfebedarfs- erfassung und differenzierte Diagnostik

Um was geht es?

Eine Abhängigkeitsstörung hat in aller Regel eine meist jahrelange Entwicklung, in deren Verlauf es zu vielfältigen gesundheitlichen, familiären, sozialen und beruflichen Beeinträchtigungen / Schädigungen kommt, auf die die Betroffenen meist nicht sachgerecht und lösungsorientiert reagieren. Wenn dann in einer subjektiv zugespitzten Krisensituation Hilfe angenommen oder aktiv aufgesucht wird, lässt sich der gesamte aktuelle Hilfebedarf meist nicht mehr nur aus der Perspektive einer einzelnen leistungsrechtlichen Zuständigkeit (z.B. der Suchtbehandlung) angemessen erfassen. Gleichzeitig gibt es aber inzwischen zahlreiche gesicherte Daten darüber, dass nicht berücksichtigte und nicht bearbeitete Problemaspekte einer Abhängigkeitsstörung mit hoher Wahrscheinlichkeit den Erfolg isolierter Einzelleistungen beeinträchtigen oder gar verunmöglichen.

Für jedes qualifizierte professionelle Hilfeangebot für Menschen mit Abhängigkeitsstörungen ist es deshalb erforderlich, im Gespräch mit dem Hilfesuchenden und unterstützt durch geeignete Untersuchungsverfahren sich ein möglichst differenziertes Gesamtbild der Lebens- und Problemlage dieses Menschen zu verschaffen und dabei individuell relevante Problemzusammenhänge zu identifizieren. Zugleich muss es auch Ziel einer solchen umfassenden Hilfebedarfserfassung sein, in der Lebenswelt des Hilfesuchenden (noch) bestehende Unterstützungspotentiale zu erkennen und mit Unterstützung durch den Klienten zu erschließen. Zu diesen lebensweltlichen Unterstützungspotentialen können auch die Potentiale bereits engagierter anderer Fachdienste und Institutionen gehören.

Eine so verstandene umfassende Hilfebedarfserfassung ist demnach keine demotivierende Mängelfeststellung, sondern eher eine Bestandsaufnahme bisheriger Veränderungsbemühungen und eine Hinführung zu nicht oder unzureichend genutzten inneren oder systemischen Potentialen (Motivierungsarbeit). Für eine Hilfebedarfserfassung können standardisierte diagnostische Verfahren v.a. dann eine wichtige Hilfe sein, wenn bestimmte Problemaspekte auch dem Hilfesuchenden bislang nicht bewusst sind (z.B. kognitive Leistungsstörungen). Eine umfassende Hilfebedarfserfassung lässt sich allerdings nicht auf Testverfahren reduzieren, sondern ist immer auf den direkten Austausch und eine gelingende persönliche Beziehung und damit auch auf ausreichende Entwicklungszeit angewiesen.

Eine umfassende Hilfebedarfserfassung kann häufig auch nicht allein mit den Ressourcen der psychosozialen Suchthilfe geleistet werden: für eine notwendige so-

matische oder psychiatrische Diagnostik muss die Zusammenarbeit mit Ärzten stattfinden bzw. für eine differenzierte Leistungsdiagnostik die Zusammenarbeit mit Psychologen. Für eine effiziente Kooperation mit solchen Partnern wäre jeweils zu klären, welche standardisierten Test- und Diagnoseverfahren üblicherweise auch in der psychosozialen Suchthilfe verfügbar sind und genutzt werden können.

Eine Erfassung psychosozialer Hilfebedarfe gehört zu den Grundkompetenzen der Fachkräfte in der ambulanten Suchthilfe. Diese Grundkompetenz muss genauso wie die Sicherheit in der Nutzung anderer Test- und Diagnoseverfahren kontinuierlich durch Supervision fachlich gesichert und durch Schulungen weiterentwickelt werden.

Beispiele aus der Praxis

Es gibt Instrumente zur Hilfebedarfserfassung (im Suchtbereich z.B. PREDI), Kurzdiagnoseinstrumente, psychologische Testverfahren, Leistungsdiagnostik, Einbeziehung ärztlicher Diagnosen, in der Praxis fehlt aber häufig eine Zusammenführung in einer ganzheitlichen oder systemischen Hilfebedarfserfassung, die sich sinnvollerweise am ICF orientieren sollte.

Leistungszuständigkeiten / Finanzierung

Die Zuständigkeit für eine Hilfebedarfserfassung ist zwar in den einzelnen Sozialleistungsrechten geregelt (bis zur Vorgabe entsprechender Erfassungsinstrumente); für eine über die jeweilige Leistungszuständigkeit hinausreichende Hilfebedarfserfassung und Diagnostik gibt es aber keine verbindlichen Regelungen. Insofern scheint es sinnvoll, die Zuständigkeit für eine ganzheitliche Hilfebedarfserfassung in der Daseinsvorsorge zu verorten (PSB) und dort die unterschiedlichen Befunde und diagnostischen Einschätzungen für eine integrierte Hilfeplanung zusammen zu führen, unabhängig von den weiterbestehenden einzelleistungsrechtlichen Zuständigkeiten.

3 Ermöglichung von Behandlung und Teilhabeförderung

Um was geht es?

Aus einer umfassenden Hilfebedarfserfassung kann bei entsprechend tragfähiger Veränderungsbereitschaft und –fähigkeit des Klienten eine Hilfeplanung entwickelt werden, die aufgrund der komplexen Problemlagen der Menschen mit Abhängigkeitsstörungen häufig auch die Einbindung von Fachdiensten und Institutionen außerhalb der Suchthilfe notwendig macht. Eine solche multiprofessionelle Antwort auf aktuelle komplexe Problemlagen sollte nicht als Aufeinanderfolge von einzelnen Teilleistungen, sondern als integrierte Hilfeplanung konzipiert und gemeinsam gestaltet werden. Dieser Anspruch kann allerdings nur realisiert werden, wenn möglichst alle zu beteiligenden Akteure an einer solchen integrierten Hilfeplanung interessiert sind, um dadurch eine bestmögliche Wirksamkeit und Effizienz auch der eigenen Hilfe- und Fördermaßnahmen zu erreichen, und wenn sich alle Akteure auch unabhängig von leistungsrechtlichen Vorgaben auf eine personenorientierte Vernetzung und die Absprache eines konsistenten Fallmanagements verständigen.

Dafür ist es notwendig,

- dass alle Beteiligten die leistungsrechtlichen Zielsetzungen und Vorgaben der einzelnen Akteure kennen,
- dass die institutionellen Ressourcen – möglichst auf der Basis einer Kooperationsvereinbarung – eine verbindliche und nahtlose Umsetzung einer vereinbarten Hilfeplanung ermöglichen,
- dass es im Rahmen der notwendigen Schnittstellen- und Zuständigkeitsklärungen auch verbindliche Vereinbarungen über ein aktives Krisenmanagement (incl. Sanktionsregelungen) gibt, das mit dem Klienten abgestimmt und schriftlich fixiert ist,
- dass es eine Verständigung über Kriterien der Zielerreichung und über angestrebte Ergebnisqualitäten gibt und dass die Wirksamkeit des „Netzwerks“ regelmäßig gemeinsam auf Verbesserungsmöglichkeiten überprüft wird.

Eine solche integrierte und auf konkrete Teilhabeergebnisse und Befindlichkeitsverbesserungen orientierte Hilfeplanung sollte der Regelfall sein bei allen Vermittlungen und begleitenden Unterstützungen von medizinischen Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen; dies gilt insbesondere bei Kooperationen mit den

Jobcentern unter der Zielsetzung einer Verbesserung beruflicher Teilhabe und bei Maßnahmen zur sozialen Reintegration und Stabilisierung, die traditionell oft im Sinne einer „Nachsorge“ nach Beendigung der erstgenannten Maßnahmen geplant werden.

Beispiele aus der Praxis

Erweiterung des üblicherweise nur auf die medizinische Suchtreha fokussierten Sozialberichts zu einem ICF-basierten Reha-Gesamtplan, Kooperationsabsprachen im Bereich des SGB II, HPK nach SGB VIII oder XII.

Leistungszuständigkeiten / Finanzierung

Leistungen der integrierten Hilfeplanung und des verbindlichen Casemanagements sollten grundsätzlich im Rahmen der jeweiligen Sozialleistungsrechte als finanzierte Einzelleistungen vereinbart und an die PSB beauftragt werden.

4 Existenzsichernde Leistungen / Krisen- und Notfalldienste

Um was geht es?

Als Folge eines Suchtmittelmissbrauchs / einer Abhängigkeitsstörung können auch existenzielle Grundbedürfnisse weitestgehend missachtet und beeinträchtigt werden, sowohl vom Betroffenen wie vom Hilfesystem. Unabhängig vom jeweiligen Hauptsuchtmittel oder von der Art suchtförmiger Verhaltensstörungen muss es deshalb in der regionalen Versorgungsstruktur ein Angebot existenzsichernder Leistungen geben, das den spezifischen Risiken und Belastungen von Menschen mit Suchtproblemen Rechnung trägt:

- Materielle Existenzsicherung: ausreichende Ernährung, Sicherung des Lebensunterhalts; Sicherung eines Wohnraums und einer geschützten Aufbewahrung persönlicher Habe. Bei abstinent lebenden oder sich darum bemühenden Suchtkranken muss gerade dann, wenn diese sich nicht aus eigener Kraft auf dem freien Markt eine Wohnung sichern können, ein suchtmittelfreier Wohnraum gewährleistet werden.
- Gesundheitliche Existenzsicherung: Sicherstellung eines Krankenversicherungsschutzes und der Nutzung ärztlicher Versorgung (ggfs. als Angebot aufsuchender ärztlicher Krisenversorgung); Sicherstellung auch einer qualifizierten ärztlichen Notfallversorgung, bei der alle Beteiligten die Risiken der Multimorbidität (Entzugsrisiken, psychiatrische Komorbidität, Suizidalität etc.) vieler Abhängigkeitskranker kompetent einschätzen und berücksichtigen können. Zur gesundheitlichen Existenzsicherung gehört auch die gesicherte und qualifizierte Weiterführung einer bereits laufenden Substitutionsbehandlung; vor der Neuaufnahme einer Substitutionsbehandlung sollten angesichts der bestehenden Versorgungssituation im Regelfall aber die in weiteren Bausteinen beschriebenen Standards von Diagnostik und Hilfeplanung Anwendung finden. Bei Drogenkonsumenten, die intravenösen Konsum praktizieren, kann die Bereitstellung eines geschützten Konsumraums ein Baustein zur wirkungsvollen Überlebenssicherung sein.

Es muss in der Versorgungsstruktur geklärt sein, wer unter welchen Voraussetzungen bei Notlagen und Krisen von Menschen mit Suchtproblemen im häuslichen Umfeld oder in der eigenen Einrichtung beigezogen werden kann / muss. Wichtig ist, dass alle potentiell mit akuten Krisen (gesundheitlich, Gewalt, psychosozial) befassten Institutionen und die Kooperationspartner in der Suchthilfe und Medizin jeweils über den aktuellen Stand, die Regeln und die Kontaktformen und –personen in solchen Krisendiensten informiert sind / sein können und damit

auch konkrete Verhaltensregeln beim Auftreten von solchen Krisensituationen in der eigenen Einrichtung verfügbar haben.

Hilfreich ist eine fachliche Verständigung im regionalen Rahmen (KSHN) darüber, wann welche beobachtbaren Verhaltensweisen als Krisen bewertet werden sollten und insofern über das normale Betreuungsangebot hinausgehende Hilfen sinnvoll / erforderlich machen. Dies gilt besonders beim Problemzusammenhang „Suchtmittelkonsum und Gewalt“.

Mit der fachlichen Differenzierung der Suchthilfen einerseits und der Spezialisierung existenz-sichernder Leistungen andererseits wurden solche Hilfeangebote in den letzten Jahren oft unabhängig von der Suchthilfe aufgebaut. Es ist bekannt, dass prekäre Lebenslagen das Risiko eines Suchtmittelmissbrauchs drastisch erhöhen und gleichzeitig eine individuelle Erfolgszuversicht auch genauso stark reduzieren. Bei den Hilfen dieses Versorgungsbausteins muss es deshalb darum gehen, durch verbindliche Kooperationen und Vernetzungen problemverschärfende existentielle Bedrohungen bei Menschen mit Suchtproblemen zu vermeiden und Maßnahmen der Existenzsicherung konstruktiv zu nutzen zur Förderung von Veränderungsmotivation.

Beispiele aus der Praxis:

Krisenhilfen der Wohnungslosenhilfe, Sicherstellung einer materiellen und medizinischen Grundversorgung, Schuldnerberatung; Kontaktläden, Drogenkonsumräume; medizinische Notfalldienste; Jugendämter, Frauenhäuser.

Leistungszuständigkeiten / Finanzierung:

SGB V, §67ff SGB XII, SGB VIII, öffentliche Daseinsvorsorge.

5 Frühintervention bei sozialen und gesundheitlichen Auffälligkeiten

Um was geht es?

Menschen mit Abhängigkeitsstörungen haben über lange Zeit oft kein spezifisches Problembewusstsein und insofern auch keine konkrete Änderungsbereitschaft. Sobald aufgrund akuter gesundheitlicher Störungen ein Zusammenhang mit ihrem Suchtmittelkonsum plausibel werden kann oder wenn soziale Auffälligkeiten eindeutig im Zusammenhang mit einem Suchtmittelkonsum stehen, sind qualifizierte Maßnahmen der Frühintervention sinnvoll und nachweislich in hohem Maß wirkungsvoll.

Mit „Frühintervention“ beschreibt man den Zeitpunkt eines äußeren Impulses zur Verhaltensänderung im Verlauf einer Störungsentwicklung; „Kurzintervention“ bedeutet ein spezifisches und relativ aufwandsarmes Handlungskonzept, das sich bei verhaltensbasierten Störungen als hilfreich erwiesen hat. Bei einer Aufwand-Ergebnis-Kalkulation erweisen sich Maßnahmen der standardisierten Kurzintervention als hocheffizient. Nicht nur bei sozialer oder justizieller Auffälligkeit, sondern auch in der medizinischen Behandlung (Hausarzt, Krankenhaus) sind Kurzinterventionen eine standardisierte Form sozialer Problemwahrnehmung ohne automatisierte Folgen: Kurzinterventionen unterbrechen die eigene vertraute Situationswahrnehmung und regen eine Verhaltensänderung an, belassen die Verantwortung für konstruktive Reaktionen aber dem Klienten / Patienten (Risikoerläuterung mit Angeboten zur positiven Verhaltensmodifikation).

In der regionalen Versorgungsstruktur sollten alle Bemühungen um die Implementierung evaluierter Konzepte der Frühintervention / Kurzintervention nachdrücklich politisch unterstützt werden, insbesondere auch dann, wenn solche Konzepte aus der Perspektive eines einzelnen Akteurs / Leistungsträgers als nicht hinreichend wirkungsvoll oder betriebswirtschaftlich lohnend erscheinen. Dies gilt besonders für alle Frühinterventionen in der medizinischen Primär- und Akutversorgung.

Kurzinterventionen mit einem „Zwangskontext“ (Auflagen etc.) werden sinnvollerweise per Zuweisung nur bei qualifizierten Fachdiensten der Suchthilfe verortet; in den Suchtberatungsstellen haben sich beispielsweise die Projekte HaLt, Fred, SKOLL schon seit langem bewährt. Vor allem im medizinischen Bereich wäre es dagegen im Interesse bestmöglicher Wirksamkeit wünschenswert, wenn solche Kurzinterventionen in den Behandlungsstrukturen und Interventionskonzepten der Medizin konsequent verankert wären. Tatsächlich leisten die Suchtberatungsstellen mit ihren Liaisondiensten in zahlreichen Krankenhäusern eine wichtige

Arbeit und nehmen diese Aufgabe kompetent wahr. Bei Kurzinterventionen in nicht-suchtspezifischen Handlungsfeldern scheint es ganz wesentlich zu sein, dass Formen einer standardisierten Kurzintervention nicht mit vertieften individuellen Beratungs- oder Behandlungsleistungen unmittelbar vermischt werden; dies muss insbesondere bei der Einweisung / Qualifizierung von Interventionsakteuren aus dem jeweiligen Handlungsfeld berücksichtigt werden. Zudem muss jede Entwicklung von Frühinterventionskonzepten die Erfahrungen „feldkompetenter“ Fachkräfte einbeziehen, um bei Patienten / Klienten, aber auch bei den Institutionen die gewünschte Akzeptanz zu finden.

Ziele einer Kurzintervention sind primär eine Problemwahrnehmung durch den Betroffenen bzw. sein familiäres System und die Anregung / Unterstützung von konkreten Verhaltensänderungen. Eine Anbindung an das Suchthilfesystem kann im nächsten Schritt Bestandteil solcher eigenverantwortlicher Veränderungsbestrebungen sein. Zahlreiche Projekterfahrungen lassen vermuten, dass gerade bei Kurzinterventionen ein routinemäßiger „katamnestischer“ Nachkontakt durch die Einrichtung, die die Kurzintervention durchführt, für die Klienten und die Interventionsakteure sinnvoll und wirkungsvoll ist (Erfahrung von ernsthaftem Interesse und Wertschätzung).

Beispiele aus der Praxis

HaLt, Fred, SKOLL, Liaisondienste KH, Projekt IAK; Führerscheingruppen

„Befähigungsmanagement“: Qualifizierung von Mitarbeitenden in anderen Institutionen / Fachdiensten für eine qualifizierte Problemerkennung, für einen kompetenten Umgang mit solchen Klienten / Kunden und für eine wirkungsorientierte Vernetzung mit der Suchthilfe

Leistungszuständigkeiten / Finanzierung

Psychosoziale Daseinsvorsorge, SGB V, SGB VIII

6 Förderung sozialer Teilhabe: alltagsstrukturierende Hilfen, Stärkung sozialer Kontakte

Um was geht es?

Mit einer Abhängigkeitserkrankung sind häufig die Beeinträchtigung und der Verlust familiärer und sozialer Bezüge verbunden. Viele Betroffene verlieren zunehmend eine stabile und sozial kompatible Alltagsstruktur. Dies kann eine immer umfassendere soziale Ausgrenzung zur Folge haben, die in vielfacher Hinsicht störungsverschärfend wirkt.

Nach der vorrangigen Sicherstellung des Überlebens und existentieller Grundbedürfnisse muss deshalb jede helfende „Sprechbeziehung“ als Element einer Alltagsstrukturierung und eines neu aufzubauenden sozialen Beziehungsnetzes verstanden und genutzt werden. So hat z.B. das Projekt ALITA für CMA-Patienten verdeutlicht, dass auch in einem normalen Beratungs- und Behandlungssetting hochfrequente Kurzkontakte für diese Klienten nicht nur ein nachhaltig wirksamer Baustein für eine Alltagsstrukturierung sein können, sondern dass solche den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Klienten angepassten Kontaktformen auch einen stabilen und belastbaren Beziehungsaufbau ermöglichen.

Eine vergleichbare Beziehungsqualität kann auch durch eine tägliche Substitutvergabe in der Substitutionsbehandlung erzielt werden, wenn sie - trotz der oft hohen Patientenzahl in der Praxis - noch einen individualisierten Gesprächskontakt erlaubt.

Neben individuellen Beratungs- und Behandlungskontakten sind aber zur Förderung sozialer Teilhabe und zur Entwicklung einer stabilen Alltagsstruktur in aller Regel auch institutionelle Förderangebote notwendig, um der Krankheitsdynamik entgegenzuwirken und eine für eine wirksame Veränderungsmotivation ausreichende Beziehungsbasis zu entwickeln. Für Drogenkonsumenten gibt es dafür die Form der Kontaktläden, im Alkoholbereich allerdings leider viel zu wenige fachlich betreute „Tagesstätten“. Diese Angebote sind zunächst Möglichkeiten, sich in einem geschützten und in der Regel suchtmittelfreien oder -reduzierten Raum aufzuhalten und dort Lebensbedürfnisse zu realisieren, die üblicherweise auf der Straße oder in Notunterkünften nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich sind (Duschen, Wäsche waschen, gesundheitliche Basisversorgung etc.). Gleichzeitig sind diese Institutionen ein Raum, in dem man mit anderen Betroffenen Kontakt haben und bei Bedarf / Interesse auch Kontakt zu den professionellen Helfern aufzunehmen kann.

Kontaktläden und Tagesstätten bergen allerdings das Risiko sozialer Exklaven: es sollte daher in oder ergänzend zu diesen notwendigen Angeboten immer auch Möglichkeiten geben, bei denen abhängige Menschen über gezielte soziale oder auch künstlerische Aktivitäten in Kontakt mit der Normalbevölkerung kommen und so szenen-unabhängige Beziehungserfahrungen machen können. Anregungen dafür geben das Beispiel der Wilden Bühne, aber auch zahlreiche Projekte aus der Bildungsarbeit mit Migranten, die auf eine soziale Integration abzielen. Bei allen solchen Angeboten gilt allerdings, dass Menschen mit chronifizierten Abhängigkeitsstörungen erst für eine Verbesserung ihrer sozialen Teilhabe motiviert und gewonnen werden müssen.

Für stark chronifizierte und / oder auch pflegebedürftige Menschen mit Abhängigkeitsstörungen sind aber erfahrungsgemäß auch schützende stationäre und teilstationäre Einrichtungen erforderlich, in denen das notwendige Maß an Alltagsstruktur und damit ein Abrutschen in eine weitere gesundheitliche oder soziale Verelendung gewährleistet werden kann. Ein Teil dieser Menschen ist durch die gesamte Abhängigkeitsentwicklung bereits so irreversibel beeinträchtigt, dass faktisch nur noch graduelle Veränderungen einer Betreuungsintensität vorstellbar sind. Nicht zuletzt weil solche Einrichtungen für diese Menschen faktisch eine Beheimatung darstellen und ein konstruktiver Einrichtungswechsel in der Regel nicht mehr möglich ist, sollten auch solche Einrichtungen möglich sein, die den Bewohnern nicht nur eine Suchtmittelabstinenz, sondern nach individueller Notwendigkeit auch einen geregelten Suchtmittelkonsum ermöglichen.

Einrichtungen für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke zielen jedoch auch auf die Teilhabe ihrer Bewohner am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft. Sie bieten dafür abgestufte Interventionen, die sich an den individuellen Entwicklungsmöglichkeiten orientieren. Solche Einrichtungen sind auch aus der Perspektive der Kostenträger nachdrücklich zu unterstützen.

Beispiele aus der Praxis

Tagesstrukturierende Angebote in den PSB, in der Wohnungslosenhilfe, in der Suchtselbsthilfe; Angebot von KL/Tagesstätten, ergänzende Angebote in der Substitutionsbegleitung, Angebote im ABW Sucht; Wilde Bühne e.V.

(teil-)stationäre Einrichtungen für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke, Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Abhängigkeitsstörungen

Leistungszuständigkeiten / Finanzierung

Psychosoziale Daseinsvorsorge, Leistungen nach §§53ff und §67ff SGB XII, SGB XI.

7 Initiierung, Förderung und Begleitung eines suchtbezogenen Veränderungsprozesses

Um was geht es?

Abhängigkeitsstörungen sind u.a. dadurch gekennzeichnet, dass es für die Betroffenen (und oft auch für deren Bezugspersonen) teilweise lange Zeit keinen für sie unmittelbar nachvollziehbaren / glaubwürdigen Zusammenhang gibt zwischen den feststellbaren sozialen Problemen oder gesundheitlichen Störungen einerseits und einer fachlichen Problemdiagnose (Suchtmittelmissbrauch) und Verhaltens-/Behandlungsempfehlung andererseits. Es ist jedoch von grundsätzlicher Bedeutung, diesen Zusammenhang für die Betroffenen entscheidungsfördernd zu vermitteln, weil im Gegensatz zu vielen sonstigen medizinischen Behandlungen die wesentliche Veränderung bei einer Abhängigkeitsstörung nur durch eine bewusste und nachhaltige Verhaltensentscheidung des Klienten / Patienten möglich ist. Eine gemeinsame Schlussfolgerung aus einer umfassenden Hilfebedarfserfassung kann eine Vereinbarung zu einem unmittelbar suchtbezogenen Veränderungsprozess sein, auch ohne Einbeziehung möglicher anderer aktueller Hilfebedarfe. Dieser Versorgungsbaustein umfasst insofern das traditionelle Hauptaufgabengebiet der psychosozialen Suchthilfe als dem suchtspezifischen Fachdienst.

Die subjektive Problemwahrnehmung und Handlungsbereitschaft ist jedoch oft nicht so, dass ein Betroffener selbst den Zugang zur Suchthilfe sucht. Deshalb werden schon lange auch Fachkräfte aus anderen Lebensfeldern und Versorgungsbereichen für das Erkennen und für einen sachgerechten Umgang mit Menschen mit Abhängigkeitsstörungen qualifiziert. Mit ihnen zusammen sind passgenaue und effiziente Modelle einer fallbezogenen oder auch strukturellen Kooperation zu entwickeln.

Im engen Kontakt mit dem Klienten sollen sozial wünschenswerte und subjektiv mögliche Verbesserungen von Teilhabe und Lebensqualität in realistische Veränderungsschritte „übersetzt werden“. Dabei ist sowohl das subjektive Erleben des Klienten als auch eine objektivierte soziale Referenz des Umfelds in die Bewertung der einzelnen Entwicklungsschritte einzubeziehen. Aufgabe der Berater ist es auch, Risiken für die gewünschte Entwicklung im persönlichen Lebensumfeld des Klienten zu erkennen und wenn möglich mit ihm zu bearbeiten.

Wenn Sucht als bio-psycho-soziale Störung verstanden wird, dann wird auch deutlich, dass wirksame Veränderungsimpulse nicht nur auf die sprachliche Kommunikation beschränkt bleiben sollten. So können – neben der Förderung sozialer und beruflicher Integration in diesem Entwicklungsprozess – auch Angebote zur Befindlichkeitsverbesserung und Aufmerksamkeitssteigerung hilfreich sein. Dazu

gehören solche, die der Klient nach einer Einführung eigenständig praktizieren kann (z.B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen) wie solche, die als professionelle Unterstützung angeboten werden können (z.B. Suchtohrakupunktur).

Der für eine solche Initiierung, Förderung und Begleitung notwendige Zeitaufwand ist individuell; es empfiehlt sich aber, in der gemeinsamen Hilfeplanung für einzelne Entwicklungsschritte auch Zeithorizonte zu vereinbaren, um sowohl positive Entwicklungserfahrungen wie ggfs. die Notwendigkeit zu veränderten Entwicklungsperspektiven erfahrbar werden zu lassen. Gerade auch konstruktiv attribuierte Erfahrungen des Scheiterns an eigenen Zielsetzungen können für Menschen mit Abhängigkeitsstörungen wichtige Impulse sein für grundlegende Verhaltensneuentscheidungen.

Beispiele aus der Praxis

Suchtberatung generell, Beratung im Jobcenter, Liaisondienst Krankenhaus, Zusammenarbeit mit Altenhilfe.

Leistungszuständigkeiten / Finanzierung

Das Fehlen einer „Krankheitseinsicht“ gehört unmittelbar zu den Symptomen dieser Störung; die notwendige Förderung und Entwicklung einer Veränderungsbereitschaft wird allerdings bis heute nicht als eigenständige Behandlungsleistung gewertet. Gleichzeitig müssen Suchtrehaeinrichtungen, aber auch suchtmmedizinische Tageskliniken ihre Leistungen angesichts der Notwendigkeiten des Versorgungsalltags um Angebote einer „Motivationsförderung“ erweitern, können damit allerdings jeweils nur für die dort bereits vom Suchthilfesystem erreichten Menschen relevant sein.

Dieser gerade im Vorfeld medizinischer Behandlungsmaßnahmen unumgängliche Versorgungsbaustein bleibt deshalb notwendigerweise bis auf weiteres Leistung der öffentlichen Daseinsvorsorge.

8 Medizinische Behandlung und Rehabilitation

Um was geht es?

Nach gängigem Verständnis gibt es keine kausale Behandlung von Abhängigkeitsstörungen, die tatsächlich diese Erkrankung umfassend heilen könnte. Alle derzeit verfügbaren Formen medizinischer und rehabilitativer Suchtbehandlung fokussieren deshalb Teilaspekte der Abhängigkeitsstörung und zielen auf eine körperliche, psychische oder soziale Stabilisierung der Abhängigkeitskranken. In der Suchtvereinbarung von 1978 haben die Leistungsträger des SGB V und des SGB VI aufgrund höchstrichterlichen Drucks ihre gemeinsame Zuständigkeit für die einzelnen Behandlungsbereiche geregelt; die fachlich-strukturellen Entwicklungen der letzten Jahre haben allerdings z.B. beim Thema einer Motivationsbehandlung diese damaligen Grenzziehungen erkennbar aufgeweicht.

Medizinische Grundversorgung: bei Abhängigkeitskranken findet sich häufig eine Missachtung gesundheitlicher Störungen bis hin zur körperlichen Verwahrlosung (v.a. Gebiss, Haut); die Nutzung ärztlicher Versorgung wird zudem oft beeinträchtigt durch mangelnde Verlässlichkeit bei Terminen, durch Scham der Menschen aufgrund ihres schlechten Zustands, durch finanzielle Probleme und durch die Befürchtung, erneut vor die Entscheidung zur nicht realisierbaren Suchtmittelabstinenz gestellt zu werden. Insbesondere bei mehrfach beeinträchtigten Menschen hat deshalb die Sicherstellung einer wirksamen medizinischen Grundversorgung hohe Bedeutung, auch zur Reduzierung erheblicher meist stationärer Folgekosten.

Medizinische Primärversorgung: in der haus- und fachärztlichen Versorgung sind Menschen mit Suchtproblemen unter drei Perspektiven bedeutsam:

- Bei den regelmäßigen Gesundheitsuntersuchungen gilt es den Risikofaktor eines schädigenden Suchtmittelkonsums frühzeitig und umfassend zu erkennen und die Patienten wirksam zu einer Konsumreduktion anzuregen (Frühintervention).
- Bei den zahlreichen suchtassoziierten Folgeerkrankungen und Unfällen geht es um die Entwicklung einer suchtbezogenen Behandlungsmotivation an Stelle einer isolierten Behandlung von organischen Störungen oder von verdeckten Krankenhauseinweisungen (systemische Hilfe unter Einbezug der Abhängigkeitsstörung).
- Bei Patienten mit einer ausgeprägten Abhängigkeitsentwicklung geht es darum, diese möglichst frühzeitig in die notwendigen Behandlungsange-

bote der Suchtmedizin und der Suchtrehabilitation zu vermitteln (Früherreichung).

Entgiftungsbehandlungen: insbesondere bei Alkoholstörungen, aber auch bei polytoxem Suchtmittelkonsum sind Entgiftungsbehandlungen angesichts der damit verbundenen Risiken häufig stationäre medizinische Intensivbehandlungen. Bei qualifizierter Risikoabwägung sind aber sehr wohl auch ambulante Alkoholentgiftungen möglich, insbesondere dann, wenn die Entgiftung mit einer vertieften Problemreflexion verbunden wird und zur Inanspruchnahme weiterer stabilisierender Behandlungsmaßnahmen anregt.

Die gerade auch bei Konsumenten illegaler Suchtmittel häufig „verordneten“ Entzugsbehandlungen sind körperlich durchaus belastend, verstärken möglicherweise auch eine somatische „Fixierung“ beim Patienten und reduzieren damit potentiell auch das Bewusstsein für Eigenverantwortung und für Selbststeuerungsfähigkeiten beim Patienten. Angesichts der regelhaft verkürzten Verweildauer in Krankenhäusern greifen auch die Angebote eines um Motivierungsangebote erweiterten „qualifizierten Entzugs“ oft nur noch bedingt.

Substitutionsbehandlungen: während sich im Alkoholbereich medikamentöse Stabilisierungsangebote in eher überschaubarem Umfang v.a. auf die Behandlung mit Aversivpräparaten beschränken, hat die Behandlung mit Opiatersatzstoffen ganz wesentlich zur gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung von Drogenabhängigen beigetragen. Angesichts der strafrechtlichen und gesundheitlichen Risiken einer Drogenabhängigkeit wird die Substitutionsbehandlung wesentlich niederschwelliger praktiziert als vergleichbare Hilfeangebote im Alkoholbereich, bisweilen auch zu Lasten eines Weiterentwicklungsanspruchs der Helfer und des Gemeinwesens an die Patienten. Die Qualität einer Substitutionsbehandlung muss sich letztlich daran messen lassen, wie weit sie außer zum notwendigen Überleben der Patienten auch zu einer Verbesserung ihrer sozialen und soweit möglich beruflichen Teilhabe wirksam beiträgt.

Medizinische Suchtrehabilitation: die Einrichtungen der stationären Suchtrehabilitation haben im Regelfall einen überregionalen Versorgungsauftrag und sind zudem im Interesse einer Belegung zwingend an die Qualitätsanforderungen der Rehaleistungsträger gebunden. Insofern ist die stationäre Suchtrehabilitation nur bedingt durch sozialräumliche Gestaltungsvorstellungen beeinflussbar.

Etwas anders sieht dies aus bei Angeboten ambulanter oder tagesklinischer Suchtrehabilitation, die sehr viel intensiver auf eine regionale Vernetzung bzw. eine sozialräumliche Einbindung angewiesen sind. Auch wenn Angebote der medizinischen Suchtrehabilitation ausschließlich in der Zuständigkeit der Rehaleistungsträger liegen, sollten Kommunen ähnlich wie bei Angeboten der Substitutionsbehandlung ein hohes Interesse daran haben, dass im Sozialraum und eingebunden in die Arbeit der Suchtberatungsstellen solche alltagsnahen und alltagsbegleitenden Behandlungsangebote zur Verfügung stehen und damit eine aktive Verbesse-

zung sozialer und beruflicher Teilhabe abhängiger Menschen in deren Lebensalltag und im vertrauten sozialen Umfeld unterstützen und ermöglichen.

Der Anteil ambulanter Suchtrehabilitationsmaßnahmen hat sich in den letzten Jahren in Baden-Württemberg leider leicht verringert, obwohl die Leistungsträger seit langem um einen Ausbau ambulanter Suchtrehabilitationsmaßnahmen werben. Angesichts einer nicht kostendeckenden Leistungsvergütung v.a. in der ambulanten Suchtreha muss es aufgrund des öffentlichen Interesses an einem wohnortnahen und alltagsbegleitenden Suchtbehandlungsangebot deshalb auch Thema in einer sozialräumlichen Versorgungsplanung sein, Organisationsstrukturen und fachliche Konzepte für die ambulante Suchtrehabilitation zu fördern, die ggfs. auch trägerübergreifend ein bestmögliches betriebswirtschaftliches Ergebnis und eine möglichst breite Nutzung dieser Behandlungsform ermöglichen.

Bei der Suchtrehanachsorge ist die leistungsrechtliche Zuständigkeit je nach Definition dieser Leistung strittig. Mit der für 2016 bundeseinheitlichen Regelung dieser ambulanten Leistung im Nachgang zu stationären Suchtrehaleistungen wird die Rehanachsorge einheitlich als Rehabilitationsleistung gesehen, allerdings mit geringeren Strukturanforderungen an die Erbringung dieser Leistungen als bei der ambulanten Suchtrehabilitation.

Beispiele aus der Praxis

Qualifizierte Entgiftung, ambulante Alkoholentgiftung, Substitution; ambulante Suchtreha; Rehanachsorge.

Leistungszuständigkeiten / Finanzierung

SGB V und SGB VI; öffentliche Daseinsvorsorge.

9 Leistungen zur Förderung / Verbesserung beruflicher Teilhabe

Um was geht es?

Es gehört zum Krankheitsbild der Suchterkrankung, den eigenen Suchtmittelkonsum oder -missbrauch zu bagatellisieren: die mit dem Konsum verbundenen Beeinträchtigungen der Arbeitsbereitschaft, der Arbeitsfähigkeit und der Arbeitsleistung werden oft als kurzfristige und vorübergehende Effekte beschrieben und das Risiko einer Chronifizierung von Verhaltensstörungen und Leistungsbeeinträchtigungen wird verleugnet. Der Verlust einer regelmäßigen Arbeit als einer Form eines strukturierten Alltags und als Anker für soziale Wertschätzung bedeutet allerdings für viele Menschen eine massive Krise, aus der heraus dann manchmal erstmals um Hilfe nachgefragt wird. Die Aufnahme einer regelmäßigen Arbeit / Beschäftigung kann für manchen Abhängigen auch eine tragfähige Basis für eine Entwicklung auch aus der Abhängigkeit heraus sein.

Dieser Zusammenhang von Sucht und Arbeit wird bisweilen im Hilfesystem verengt auf die Frage, ob und welche medizinischen Behandlungs-/Suchtrehamaßnahmen zur Wiederherstellung einer belastbaren Erwerbsfähigkeit notwendig sind oder ob eigenständige Verhaltensänderungen noch ausreichen. Es lassen sich inzwischen aber eine ganze Reihe von Klientengruppen hinsichtlich ihrer Unterstützungsbedarfe zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung unterscheiden, z.B.:

- Menschen, die durch Suchtmittelmissbrauch und andere Probleme in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind (Stabilisierung in Arbeit)
- Menschen, bei denen (auch) aufgrund ihres Suchtmittelmissbrauchs der Arbeitsplatz akut gefährdet ist und für die deshalb – abgestimmt mit dem Arbeitgeber – unmittelbar greifende Interventionen gefunden werden sollten
- Menschen, die arbeitslos sind und nach einer erfolgreichen Suchtrehamaßnahme sich um einen neuen Arbeitsplatz bemühen. Zu dieser Gruppe können auch stabil substituierte Drogenabhängige zählen. Mit geeigneter Unterstützung und v.a. psychosozialer Begleitung in der Phase eines beruflichen Neubeginns sind hier durchaus Vermittlungen in den regulären Arbeitsmarkt möglich.

Menschen mit fehlenden Schul- und/oder Ausbildungsabschlüssen sowie erheblichen Problemen im Leistungs- und Sozialverhalten (die möglicherweise auch durch eine lange Phase von Arbeitslosigkeit entstanden oder verstärkt worden sind), bei denen aber zumindest formalrechtlich eine Arbeitsfähigkeit besteht. Bei dieser Gruppe sind in der Regel längerdauernde und in den Anforderungen gestufte Fördermaßnahmen notwendig, die den gesundheitlichen, sozialen und auch motivationalen Beeinträchtigungen durch die Suchtentwicklung Rechnung tragen.

Bei jeder Förderung beruflicher Teilhabe gilt es,

- dem Unterstützungsbedarf und höchst unterschiedlichen Leistungsvermögen der einzelnen Klienten durch konsequent differenzierte Förderstrukturen Rechnung zu tragen und ihnen dadurch klare und verlässliche Entwicklungsoptionen anzubieten
- Beschäftigung und Arbeit auch als förderlichen Rahmen zu nutzen, für eigenverantwortete Änderungen eines Suchtmittelkonsums (insbesondere bei Substituierten)
- Betreuungsformen zu entwickeln, die den chronischen Charakter der Abhängigkeitsstörung berücksichtigen und eine Unterstützung gerade auch nach der Aufnahme einer Arbeit und Beschäftigung ermöglichen.

Für eine Förderung / Verbesserung beruflicher Teilhabe können unterschiedliche Akteure leistungsmäßig (teil-)zuständig sein; gleichzeitig gibt es v.a. für Langzeitarbeitslose auch einzelne staatliche Förderprogramme. Um in dieser Situation zielgruppenspezifische wirksame Hilfen zu entwickeln, ist im kommunalen Rahmen eine politische Steuerung / Koordination unerlässlich. Im Rahmen integrierter Konzepte ist zu klären, welchen Beitrag die einzelnen Partner (Suchtberatung, Jobcenter, Beschäftigungsträger, Rehaleistungsträger, ggfs. Eingliederungshilfe u.a.) zu einem konsistenten Hilfeangebot einbringen – keiner kann allein in seinem institutionellen Rahmen für diese Zielgruppewirksame und effiziente Hilfen gestalten. Die Chance auf eine konkrete Verbesserung seiner Lebenssituation durch eine als sinnvoll erlebbare Beschäftigung / Arbeit muss für den Klienten in jeder Phase glaubwürdig und realistisch sein.

Beispiele aus der Praxis

Verschiedene Projekte von Beschäftigungs- und Qualifizierungsträgern wie der Neuen Arbeit, Projekt Q-Train (Pforzheim); Einbeziehung von Suchtklienten in Angebote der WfBs.

Leistungszuständigkeiten / Finanzierung

SGB II und XII, ggfs. ergänzend Finanzierung nach SGB VI, Landesförderprogramm.

10 Unterstützung familiärer, sozialer und beruflicher Bezugspersonen

Um was geht es?

Bis auf wenige Ausnahmen orientieren sich die Rechtsansprüche der Sozialleistungsrechte an individuellen, oft krankheitsassoziierten individuellen Hilfebedarfen – systemische Problemzusammenhänge sind in unserer leistungsrechtlichen Systematik eigentlich nicht vorgesehen. Gerade Suchterkrankungen sind aber in hohem Maß systemische Störungen insofern, als nicht nur Partner, Familie und soziales Umfeld unmittelbar von suchtbedingten Verhaltensstörungen betroffen sind, sondern als auch das Handeln der Personen des sozialen Umfelds entscheidend sein kann für die Aufrechterhaltung der Störung oder für eine Stärkung einer Veränderungsbereitschaft. Zudem entwickeln in der Folge bisweilen auch einige Personen des sozialen Umfelds von Abhängigen (Partner, Kinder, Eltern) selber Störungen mit Krankheitswert; diese Störungen sind dann in aller Regel nicht unabhängig von einer Befassung mit der Suchtproblematik auflösbar. Und schließlich gibt es angesichts suchtmittelkonsumassoziierter Gewalt- und Vernachlässigungsrisiken auch besondere Schutzbedürfnisse für Personen in der sozialen / familiären Umgebung von Suchtmittelkonsumenten. Da solche Gefährdungen im geschützten Privatbereich bestehen, ist es besonders schwierig, nachhaltig wirkungsvolle Interventionskonzepte zu entwickeln.

Auch wenn systemische Therapieansätze in der ambulanten Suchthilfe eigentlich eine lange Tradition haben, gibt es bislang nahezu nirgends auf der Grundlage einer solchen Perspektive strukturelle Vernetzungen mit der Jugendhilfe, der Erziehungsberatung, der Psychologischen Beratung oder der Familienhilfe, aber auch mit niedergelassenen Psychotherapeuten. Erst mit den mancherorts inzwischen installierten Absprachen zum §8a SGB VIII gibt es - trotz der Rücksicht auf den gewünschten freiwilligen Zugang zur Suchtberatung - eine breitere Fachdiskussion über die Sinnhaftigkeit solcher struktureller Kooperationen. Allerdings gehen solche Regelungen überwiegend von der Annahme aus, dass insbesondere eine Drogenabhängigkeit eine besondere Aufmerksamkeit in Sachen Kinderschutz notwendig mache; die Bereitschaft, bei Jugend- und Familienhilfemaßnahmen die ambulante Suchthilfe im Zusammenwirken mit dem Klienten in eine integrierte Hilfeplanung einzubinden und gemeinsam vom Klienten akzeptierte und wirksame Interventions- und Betreuungskonzepte zu entwickeln, ist bislang nur in wenigen Fällen erkennbar. Dabei bietet beispielsweise das Konzept der Aufsuchenden Familientherapie hier durchaus sinnvolle und erfolgreiche gemeinsame Handlungsmöglichkeiten.

Die Suchthilfe bietet traditionell an vielen Standorten Hilfen für Kinder aus Suchtfamilien an. Möglicherweise könnten sich durch eine strukturelle Zusammenarbeit mit Jugendämtern in einer familienorientierten Unterstützungskonzeption auch neue fachliche und finanzielle Perspektiven für diese aus präventiver Sicht wichtige Zielgruppenarbeit ergeben.

Obwohl eine berufliche Wiedereingliederung / Rehabilitation eines der Kernziele der Suchthilfe ist, gibt es bisher in Baden-Württemberg nur sehr vereinzelt systematisierte Leistungen der fallbezogenen Unterstützung beruflicher Bezugspersonen (Jobcoaching), die in Form und Umfang auch die in den letzten Jahren teilweise erheblich veränderten betrieblichen Realitäten berücksichtigen.

Eine wirksame Unterstützung von Bezugspersonen braucht eine tragfähige Kooperation der Suchtberatung mit unterschiedlichsten Fachdiensten und eine effiziente gemeinsame Entwicklung systemischer Handlungskonzepte.

Beispiele aus der Praxis

CRA-Projekte Tübingen, Aufsuchende Familientherapie Pforzheim, Projekte Kinder suchtkranker Eltern, Kinderschutzregelungen / Projekt Schulterchluss von LSS und KVJS.

Projekte und Angebote der Suchtselbsthilfe; BISS-Projekt, betriebliche Suchtpräventionsprogramme.

Leistungszuständigkeiten / Finanzierung

Psychosoziale Daseinsvorsorge, SGB VIII, ggfs. SGB V und SGB II.

11 Unterstützung von Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement

Um was geht es?

Die abstinenzenorientierte Selbsthilfe hat im Bereich von Abhängigkeitsstörungen – auch im Vergleich zu anderen Krankheiten – eine lange und intensive Entwicklung. Ohne das breite und wohnortnahe Angebot unterschiedlicher Suchtselbsthilfegruppen wären die nachhaltigen Ergebnisse der medizinischen Suchtrehabilitation kaum im gewohnten Maß vorstellbar. Gleichzeitig hat eine erhebliche Zahl von Betroffenen und Angehörigen in der Selbsthilfearbeit aber auch ohne professionelle Unterstützung einen konstruktiven Umgang mit ihrer Abhängigkeitsstörung gefunden.

Das gesundheitspolitisch sehr zu begrüßende differenzierte Angebot der Suchtselbsthilfe ist aber keine Selbstverständlichkeit – auch die Suchtselbsthilfe hat mancherorts mit erheblichen strukturellen Schwierigkeiten zu kämpfen und braucht deshalb neben den gewährten finanziellen Fördermitteln fachliche und politische Unterstützung und Förderung. Es geht dabei um

- eine versorgungspolitische Befassung mit der Arbeit, aber auch mit der notwendigen Eigenständigkeit und den Grenzen der Suchtselbsthilfe; dazu gehört die aktive Förderung / Unterstützung der Mitwirkungsmöglichkeiten von Selbsthilfe und Betroffenenvertretern in den KSHN.
- Eine fachlich-konzeptionelle Unterstützung der Selbsthilfegruppen bei ihrer Gruppenarbeit.
- Eine Klärung des konzeptionellen Stellenwerts einer Selbsthilfeorientierung bei allen professionellen Angeboten (ist die Selbsthilfe der letzte Baustein notwendiger Hilfen oder geht es um eine grundlegende Orientierung für alle fachlichen Hilfen und Behandlungen?)
- Eine Klärung von Formen und Inhalten einer fallbezogenen Zusammenarbeit insbesondere zwischen Suchtberatung und Selbsthilfegruppen.

Insbesondere bei den vielen kirchlich orientierten Suchtselbsthilfegruppen besteht traditionell eine enge Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen. Nachdem viele Verantwortliche in der Suchtselbsthilfe die Beratungsstellen vor Ort als Klienten erlebt haben, ist es sinnvoll, in der Zusammenarbeit konsequent zwischen einem persönlichen Coaching / Supervision von Gruppenverantwortlichen durch Mitarbeitende der Suchtberatung einerseits und der Klärung einer strukturellen Förderung und Kooperation andererseits zu unterscheiden. Wo nö-

tig, ist die Suchtselbsthilfe zudem bei der bedarfsgerechten und effizienten Nutzung von öffentlichen Fördermitteln zu unterstützen.

Neben der Förderung und Zusammenarbeit mit der Suchtselbsthilfe sollte es aber im Sozialraum auch Fördermöglichkeiten für die Akquise, Qualifizierung und begleitende Unterstützung / Würdigung eines sozialraumorientierten bürgerschaftlichen Engagements geben. Gerade bei der Förderung sozialer oder auch beruflicher Teilhabe finden sich teilweise in der Suchtselbsthilfe keine vom Alter und der Lebenserfahrung passenden Bezugspersonen und Alltagsbegleiter insbesondere für jüngere Menschen mit Abhängigkeitsstörungen; der Aufbau eines ehrenamtlichen Engagements in Ergänzung zu den Aktivitäten der Suchtselbsthilfe könnte sinnvoll und notwendig sein. Ähnlich wie bei der Kooperation mit der Selbsthilfe muss es aber auch bei allen Formen eines Bürgerschaftlichen Engagements eine verantwortliche Reflexion und Evaluation dieser Arbeiten geben. Bürgerschaftliches Engagement sollte immer auch ins Gemeinwesen hineinwirken und nicht nur ein individualisiertes soziales Engagement sein. Nur so können auch sich verändernde Unterstützungs- und Förderbedarfe frühzeitig erkannt und beantwortet werden.

Beispiele aus der Praxis

BWAG-Projekt „Betroffenenvertreter in KSHN“.

Leistungszuständigkeiten / Finanzierung

Förderungen durch Leistungsträger des SGB V und SGB VI; politische Förderung der Selbsthilfe und des Bürgerschaftlichen Engagements; Förderung im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge.

12 Versorgungsplanung und Versorgungssteuerung

Um was geht es?

Versorgungsentwicklungen erfolgen bislang überwiegend aufgrund der Handlungslogik, der Rechtsvorschriften und der finanziellen Spielräume einzelner Leistungsträger und großer Akteure. Für eine sozialräumliche Versorgung und deren nutzerorientierte Verbesserung ist deshalb eine politisch moderierte Vernetzung und Steuerung solcher partieller Entwicklungsinteressen notwendig, um tatsächlich bestmöglich für die betroffenen Menschen eine spürbare Verbesserung der Hilfen vor Ort sicherzustellen. Eine solche Abstimmung kann auf dem Hintergrund unserer leistungsrechtlich geregelten Zuständigkeiten immer nur auf freiwilliger Basis und im Vertrauen auf ein gemeinsames Interesse an einer sozialräumlich effizienten Versorgungsstruktur erfolgen.

Dieser Versorgungsbaustein setzt deshalb die Bereitschaft zu einem politisch gesteuerten Netzwerk zur gemeinsam verantworteten Versorgung abhängiger Menschen im Sozialraum voraus. Dies gilt v.a. dann, wenn die Versorgungsplanung sich nicht nur auf die Abstimmung und effiziente Vernetzung bereits bestehender Leistungsangebote begrenzen möchte (Optimierungsinteressen der Leistungserbringer), sondern wenn sie auch neue Versorgungsangebote für Menschen mit Suchtrisiken und Abhängigkeit fördern und entwickeln will und soll. Dafür müssen in der Regel neben den immanenten auch zusätzliche Ressourcen zur Verfügung stehen.

Für eine solche Netzwerkstruktur müssen im Interesse eines partnerschaftlichen und effizienten Umgangs miteinander Qualitätsstandards und Arbeitsformen verbindlich vereinbart und regelmäßig evaluiert werden.

Zu solchen Arbeitsformen und Standards gehören eine Klärung von Zielsetzungen und Zuständigkeiten in einer Kooperationsvereinbarung, die Verständigung auf ein personenbezogenes Casemanagement, die Regelung von Schnittstellen, Ablaufstrukturen und Informationswegen sowie ein Konfliktmanagement.

Wenn die Zielsetzung einer Versorgungsplanung auch und insbesondere verbesserte Möglichkeiten der Früherreichung und Frühintervention beinhaltet, dann müssen in die Netzwerkarbeit auch Akteure, Institutionen und Finanzierungs-/Leistungsverantwortliche eingebunden werden, die sich auch selber nicht unmittelbar als der Suchthilfe zugehörig definieren würden. Für deren Einbeziehung müssen effiziente Arbeitsformen entwickelt werden, durch die diesen Akteuren nicht nur der fachliche Sinn, sondern ggfs. auch der institutionelle Eigennutz einer

solchen Angebotsentwicklung und Vernetzung erkennbar werden. Dafür müssen nicht nur alle neuen Projekte und Leistungen, sondern auch die eigenen Arbeitsformen im Netzwerk regelmäßig transparent evaluiert werden.

Beispiele aus der Praxis

Gremienmitarbeit in KSHN.

Leistungszuständigkeiten / Finanzierung

Kommunale Zuständigkeit, überörtliche Steuerungsverantwortung des Landes.