

Positionspapier zur ambulanten Grundversorgung Sucht und deren Finanzierung vom Gesamtverband Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland, Berlin

Stand: 3.07.2017

Einführung

Die Diakonie der evangelischen Kirche ist seit ihrem Beginn Mitte des 19. Jahrhunderts mit der Suchthilfe als wesentlichem Arbeitsfeld befasst. 1851 entstand das „Trinkerasyl“ Lintorf (Heilstätte Siloah). Die Arbeit mit „verwahrlosten“ Jugendlichen (Wichern) und Männern schloss von Anfang an die Betreuung Alkoholabhängiger ein. Kirche und Diakonie handeln nach der Maxime, dass der Mensch Gottes Ebenbild und „aller Liebe wert“ ist. Der damit verbundenen besonderen Verantwortung dem Nächsten gegenüber trägt die Suchthilfe der Diakonie in Baden durch die Arbeit der verschiedenen Träger und Institutionen Rechnung. Im gleichen Zeitraum entstanden Selbsthilfebewegungen wie das Blaue Kreuz (Rochat), die heute noch einen ganz wesentlichen Beitrag zur Versorgung Suchtkranker leisten.

Die Diakonie der Evangelischen Kirche war von Anfang an mit der Suchthilfe verbunden, weil die Soziale Frage des 19. Jahrhunderts untrennbar mit der Branntweinsucht zusammen hing:

- Wer sozial abstürzte, suchte Trost im Alkohol.
- Wer alkoholabhängig war, konnte seinen sozialen Status nicht halten.
- Eine Suchterkrankung zerstörte nicht nur das Leben des Betroffenen, sondern auch seine sozialen Bezüge und seine Familie.
- Die Einstellung der Gesellschaft zu Sucht war moralisch aufgeladen: die Betroffenen wurden abgewertet und nach Möglichkeit ignoriert.

Daran hat sich in den letzten 150 Jahren leider nichts Grundlegendes geändert. Nach wie vor werden Suchtkranke marginalisiert und weitgehend ignoriert. Sie haben keine Lobby und sie sind selbst nicht in der Lage, für die Kosten ihrer Betreuung aufzukommen. Die Erkenntnisse der medizinischen Forschung über die genetischen Ursachen hat daran nichts geändert. Eine Diakonie, die das Ziel hat, sich den Schwachen in der Gesellschaft zuzuwenden, darf das Arbeitsfeld Suchthilfe nicht aufgeben, schon gar nicht zugunsten attraktiverer oder lukrativerer Felder.

Sozialrechtliche Verortung der Ambulanten Grundversorgung Sucht und deren Finanzierung

Aus kirchlicher Armenpflege und der Arbeit der Abstinenzverbände entstand das heutige Suchthilfesystem, das sich in drei wesentliche Aufgabenfelder teilt: Die ambulante, die stationäre / teilstationäre Suchthilfe (Suchtkliniken) und die Suchtselbsthilfe. Mit der Ausdifferenzierung der professionellen Suchthilfe wurde auch die Finanzierung dieser Tätigkeitsfelder entsprechend dem gegliederten Sozialhilfe- und Sozialversicherungssystem in Deutschland gesetzlich geregelt. Die akutmedizinische Behandlung Suchtkranker wird nach dem SGB V durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert. Die Rehabilitation in den Fachkliniken für Suchtkranke und in den Tageskliniken sowie die ambulante Rehabilitation in den Beratungsstellen werden von der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem SGB IX bezahlt. Die ambulante

Suchtberatung wiederum wird vom Land und von den Kommunen als freiwillige Leistung in unterschiedlicher Höhe (Daseinsvorsorge) bezuschusst.

Eine solide und auskömmliche Finanzierung ist die Grundlage für die Bestanderhaltung der **Grundversorgung ambulanten Suchthilfe**, mit einem für die Bürgerinnen und Bürger kostenfreien und unkomplizierten Zugang. So werden auch Menschen erreicht, die zum Beispiel kaum sozialversicherungsrechtliche Ansprüche haben und zunehmend durch unser soziales Netz fallen – hier wird ganz konkret Armut verhindert.

Die kirchlichen Wohlfahrtverbände sind darauf angewiesen die Grundversorgung neu zu verhandeln, um das Behandlungsangebot aufrechtzuerhalten und den neuen Herausforderungen zu begegnen.

Historie

Die Suchtkrankenhilfe verfügt über drei Wurzeln, die in das 19. Jahrhundert hineinreichen: Die Mäßigkeitsvereine, die Abstinenzverbände und die kirchliche Armenpflege.

„Suchtkrankenhilfe“ wird in Deutschland offiziell erst verwendet, seit durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 18. Juni 1968 Alkoholismus als Krankheit anerkannt wurde.

Seit den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts, insbesondere seit dem oben genannten Urteil, war eine zunehmende Professionalisierung der Suchthilfe zu beobachten: Einerseits wurden im Laufe der Jahre die historisch gewachsenen, unterschiedlichen Versorgungsstränge langsam zu einem Gesamtkonzept zusammengeführt. Andererseits wurden sie differenziert, qualifiziert und erweitert.

Die Professionalisierung der Suchthilfe zwang die Abstinenzverbände sowohl ihr Selbstverständnis als auch ihre Stellung im Suchtkrankenhilfesystem zu überprüfen und gegebenenfalls zu ändern. Aus den Abstinenzgemeinschaften wurden im Laufe der Jahre Selbsthilfeorganisationen und Helfergemeinschaften. Unterstützt wurde die Wende zur Selbsthilfe durch die politische und gesellschaftliche Anerkennung und Förderung der Selbsthilfe im gesamten Gesundheitsbereich. Die ambulante Suchthilfe ist mittlerweile fester Bestandteil des Sozial- und Gesundheitssystems in Deutschland. Der Großteil der Einrichtungen befindet sich in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege – insbesondere der Kirchen. Es entwickelte sich ein eigenständiges und differenziertes System, das meist in den Regionen gut vernetzt ist.

Im internationalen Vergleich erzielen unsere Suchthilfeeinrichtungen mit ihrer Arbeit sehr gute Erfolge.

Die ambulante Suchthilfe unterliegt einem permanenten Veränderungsprozess, bedingt durch gesellschaftlichen Wandel und Veränderung des Konsumverhaltens. Konzepte und Arbeitsweisen müssen immer wieder verändert, neu erstellt und/oder angepasst werden.

Problemanzeige

Suchthilfe ist effektiv und effizient. Erfolgreiche Suchthilfe führt insbesondere zur sozialen und gesundheitlichen Stabilisierung – außerdem zu erheblichen Einsparungen bei Kranken- und Rentenversicherungen und anderen Sozialleistungsträgern, sowie am Arbeitsplatz. Öffentliche Haushalte werden durch ihre Investitionen in ein solides Suchthilfesystem mittel- und langfristig entlastet.

Die Finanzierung der Suchthilfe, insbesondere der Suchtberatung, ist nicht eindeutig und muss aus unterschiedlichen Rechtsansprüchen abgeleitet werden:

Die Grundlage der Finanzierung fußt unter anderem auf der kommunalen Daseinsvorsorge. Diese betrifft im Wesentlichen die Kernleistungen der ambulanten Suchthilfe wie Prävention, Beratung, Behandlung, Vermittlung und Betreuung.

Die kommunale Daseinsvorsorge ist verfassungsrechtlich im Sozialstaatsprinzip nach Art. 20, Abs. 1 GG verankert. Eine wesentliche Grundidee war dabei, dass es nicht dem „Markt“ allein überlassen bleiben darf, wer welche Leistungen zu welchen Konditionen anbietet. Grundsätzlich ist zum Versorgungssystem festzustellen, dass die Leistungsträger spätestens seit 1976 verpflichtet sind, dafür zu sorgen, dass die erforderlichen Dienste und Einrichtungen zur Verfügung stehen (§ 17 SGB I). In der Vergangenheit war dieser Bereich also keineswegs der Daseinsvorsorge zugewiesen, sondern es bestand und besteht eine originäre Aufgabe des Sozialrechts, die als Basishilfe, im Sinne einer Beratung und Unterstützung „zur Überwindung der Notlage“ zumindest aus § 11 Abs. 2 SGB XII abzuleiten war.

Eng verknüpft mit der Daseinsvorsorge und der damit verbundenen staatlichen Fürsorge, ist das Prinzip der Subsidiarität. Damit ist die Idee des Nachrangs von staatlichem Handeln gemeint. In der Folge der Umsetzung dieses Prinzips wurde das Verhältnis zwischen der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege geregelt: Vorrang ist der freien Wohlfahrtspflege zu geben.

Die Behandlung suchtkranker Menschen wurde durch die Anerkennung als Krankheit durch das Bundessozialgericht (1968) zumindest auf rechtlicher Basis in das medizinische System integriert. Somit können seither auch Leistungen der ambulanten Behandlung auf der Grundlage des SGB V und VI erbracht werden. Berührungen zum SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) ergeben sich über die Beratung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen. Leistungen für die Suchthilfe aus dem SGB XII ergeben sich beispielsweise auf der Ebene der ambulanten Eingliederungshilfen.

Ein weiterer Zugang zu den Grundlagen bzw. zum Auftrag für die Gestaltung der ambulanten Suchthilfe in der Region ergibt sich über das Prinzip der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen. Wo diese Teilhabe nicht über Sozialhilfeträger gesichert ist, muss sie anderweitig gewährleistet werden.

Abrechenbare Leistungen treten vielerorts immer mehr in den Vordergrund und das „Allgemeingut“ der ambulanten Suchthilfe mit seinen kostenfreien Zugängen und niedrigschwelligen Hilfen in den Hintergrund. Die Maschen unseres sozialen Netzes werden so immer weiter – das Heer von Menschen, das von unserem Hilfesystem nicht mehr erreicht wird, immer größer.

Die fragile öffentliche Finanzierung für Suchtberatung hat an vielen Orten dazu geführt, dass sich Suchtberatungsstellen stärker auf Leistungs- und Entgeltorientierung fokussiert müssen um ihren Fortbestand zu sichern und die „anwaltliche Positionierung“ für suchtkranke Menschen (insbesondere ohne sozialversicherungsrechtliche Ansprüche) so zunehmend aufgeweicht wird. Die Orientierung an Refinanzierungsmöglichkeiten soll, auf Grund der mangelhaften Bezuschussung, die Lücken der öffentlichen Finanzierung reduzieren, was allerdings immer weniger gelingt, zum Beispiel durch Leistungen nach SGB II (Vermittlungshemmnisse Sucht bei der Integration auf dem Arbeitsmarkt), SGB V (integrierte Versorgung nach § 140 SGB V, suchtpräventive Angebote nach § 20 SGB V), SGB VI (ambulante Rehabilitation und ambulante Nachsorge), SGB XII (ambulantes betreutes Wohnen als Eingliederungshilfe) und andere zusätzliche Angebote (wie MPU-Vorbereitungen, Raucherentwöhnungsprogramme durch Gebühren der Beteiligten etc.).

Der Trend zur Entgelt- und Leistungsangebotsorientierung wird verstärkt in einigen Fällen durch die zusätzliche, in der eigenen Finanzknappheit begründete Reduzierung des Eigenanteils der Träger. Zunehmend findet so eine Umorientierung statt: Suchthilfe geht weniger dahin wo es Hilfe-Bedarf gibt (niedrigschwellige Angebote) – Suchthilfe geht immer mehr dahin wo es einen Markt gibt (hochschwellige Angebote).

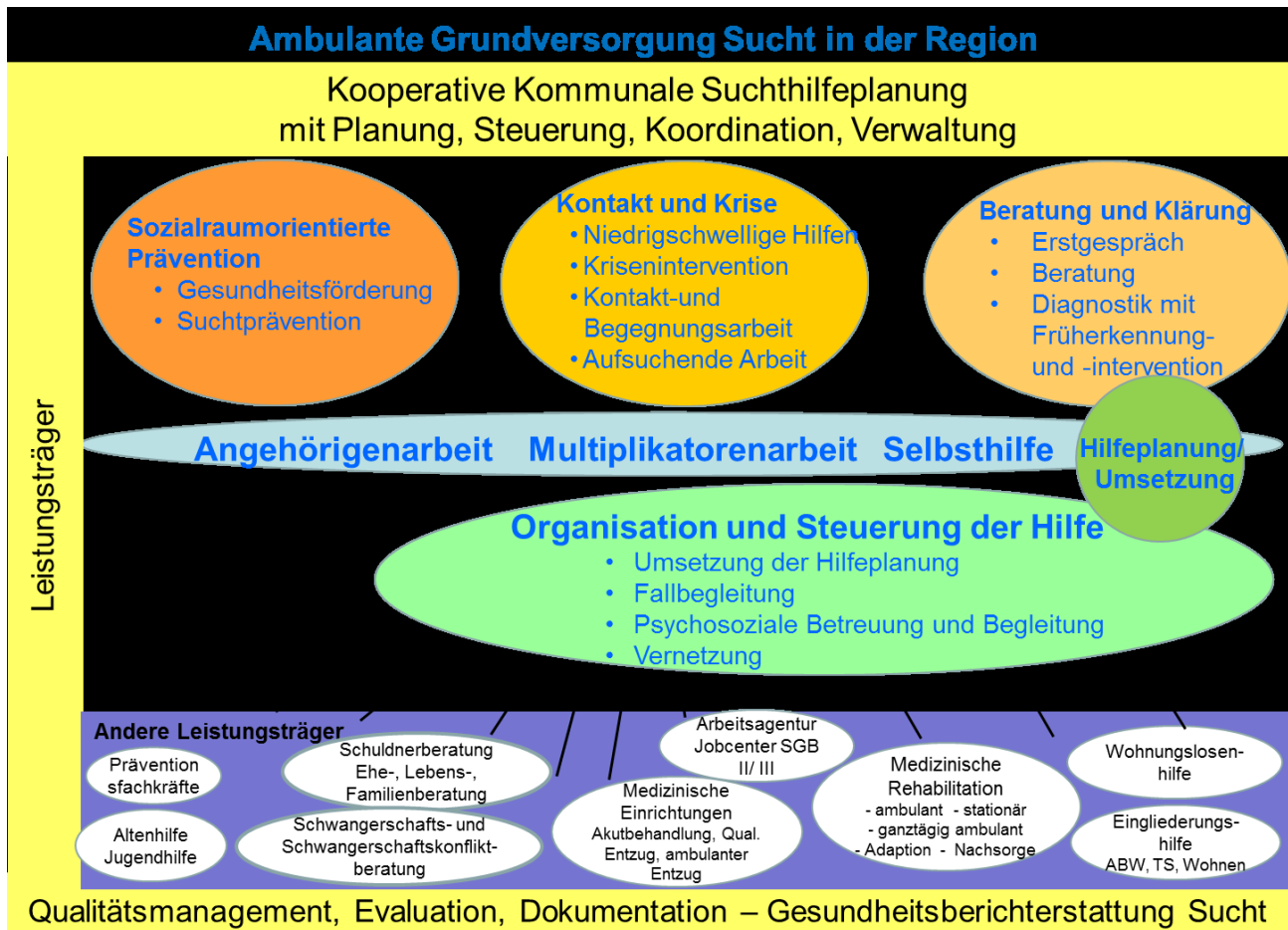
Um die Kommunale Daseinsvorsorge als wichtigen Baustein einer Versorgung von Suchtkranken, deren Familien und Kindern, dem Erhalt der Arbeitsleistung, der Verhinderung von Verschuldung und damit auch zur Verhinderung von gesellschaftlichen Folgeschäden und der Belastung von öffentlichen Kassen abzusichern, braucht die Suchtberatung (Grundversorgung) eine finanzielle Absicherung besonders des ambulanten Segments.

Ambulante Grundversorgung Sucht

Aus den Dokumentationen zur Deutschen Suchthilfestatistik für das Jahr 2014 geht hervor, dass es 341.963 ambulante Betreuungen, gegeben hat durch die am Dokumentationsverfahren beteiligten 837 ambulanten Einrichtungen der Grundversorgung Sucht (sogenannte Suchtberatungsstellen), somit Menschen, die direkt oder indirekt von Sucht betroffen waren. Eine Hochrechnung für alle etwa 1400 ambulanten Einrichtungen der Grundversorgung Sucht ergibt eine Gesamtzahl von etwa einer **halben Million** Betreuungsfällen für das Jahr 2014. In diesem Bereich der Suchtversorgung in Deutschland sind schätzungsweise 7000 Fachkräfte tätig, die regional in den Kommunen und bundesweit flächendeckend Leistungen der Grundversorgung Sucht anbieten. Das berufliche Profil in diesem Bereich weist 71% Fachkräfte der Sozialen Arbeit und Pädagogik, 11% Ärzte und Psychologen und 11% Verwaltungsfachkräfte aus. Die regionale ambulante Grundversorgung. 91% der Einrichtungen der ambulanten Grundversorgung Sucht sind in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege oder anderer gemeinnütziger Träger, 6% in öffentlich-rechtlicher, 2% in privatwirtschaftlicher und 1% in sonstiger Trägerschaft.

Ambulante Grundversorgung Sucht steht für die sie nutzenden Bürgerinnen und Bürger kostenfrei, anonym, unbürokratisch und zuerst unabhängig von möglichen leistungsrechtlichen Ansprüchen , unmittelbar im Sozialraum, zeitnah und personenorientiert zur Verfügung. Dazu ist eine hinreichende Anzahl von Fachkräften vor Ort in einer Versorgungsregion erforderlich, wie z.B. der Rahmenplan für Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und deren Angehörige der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) davon ausgeht, dass für 100T. Einwohner mindestens 10 Fachkräfte notwendig sind. Für drei dieser Fachkräfte ist mindestens eine Verwaltungskraft erforderlich (DHS, 1992). Eine differenzierte Leistungsbeschreibung für diesen Versorgungsbereich hat die DHS im Jahr 1999 vorgelegt (DHS, 1999). In der Analyse „Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland“ hat die DHS auf die zentrale Rolle der ambulanten Grundversorgung Sucht hingewiesen (DHS, 2015).

Das im Folgenden skizzierte Modell einer Ambulanten Grundversorgung in der Region ist in einzelne Elemente (Arbeitsbereiche) gegliedert, aber nur als Gesamtsystem realisierbar und wirksam:



Beschreibung des Modells der Ambulanten Grundversorgung Sucht (AGS)

Für die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen vor Ort ist die politische Kommune (Kreis, kreisfreie Stadt) zuständig. Die Sicherstellung ist Aufgabe der allgemeinen Daseinsfürsorge mit Planung und Verantwortung durch die Kommune. In NRW z.B. ist diese Zuständigkeit im Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst festgelegt. Die Modellskizze weist in diesem Zusammenhang auf die Leistungsträgerschaft der Kommune hin.

Zur Weiterentwicklung eines regional orientierten ambulanten Sucht- und Drogenhilfesystems in seiner Gesamtheit ist die Implementierung einer Planungs-, Koordinierungs- und Vernetzungsebene im Sinne einer kommunalen Suchthilfeplanung erforderlich. Grundlage dieser Aufgabenstellung kann eine kommunale Gesundheitsberichterstattung Sucht sein. Die Beteiligung von Betroffenen (Suchtselbsthilfe) ist elementarer Bestandteil der kommunalen Suchthilfeplanung. Elemente des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind Bestandteil der kommunalen Suchthilfeplanung. Die Grundprinzipien kommunaler Suchthilfe in der Region sind:

- personenorientierte Hilfen,
- offene Zugangsmöglichkeiten unabhängig von Geschlecht, Alter, Herkunft, Erwerbsstatus und Religionszugehörigkeit,

- frühe Hilfe,
- Selbsthilfe vor Fremdhilfe,
- ambulant vor stationär,
- wohnortnah vor wohnortfern,
- differenzierte Hilfe je nach Verlauf der Suchterkrankung,
- Selbsthilfe ist integraler Bestandteil und
- Angehörige und Bezugsperson gehören dazu.

Geschlechtersensible und kultursensible Suchthilfe vor Ort sind wesentliche Qualitätsmerkmale für eine bedarfsgerechte und effektive Suchthilfe.

Die vier notwendigen Elemente der Ambulanten Grundversorgung Sucht sind:

- 1. Sozialraumorientierte Prävention**
- 2. Kontakt und Krise**
- 3. Beratung und Klärung (Diagnose) mit Hilfeplanung und Umsetzung**
- 4. Organisation und Steuerung der Hilfe (z.B. Suchttherapiebeantragung und –vermittlung).**

1. Sozialraumorientierte Prävention

Ein kompetenter, gesundheitsunschädlicher Umgang mit Suchtmitteln gehört dazu. Sozialraumorientierte Suchtvorbeugung ist eine Qualitätsaufgabe und bedarf einer gemeinsamen Verantwortung und Kooperation im Bildungs-, Sport-, Gesundheits- und Sozialbereich, um Rahmenbedingungen für wirksame verhaltens- und verhältnisorientierte Präventionsmaßnahmen zu schaffen. Fachstellen und Fachkräfte für Suchtprävention sind in die Ambulante Grundversorgung Sucht einzubeziehen, wenn es um sozialraumorientierte und settingspezifische Ansätze von Gesundheitsförderung und Suchtprävention geht. Ressourcen und Schutzfaktoren in Familie, Kindertagesstätte, Schule, Arbeit und Pflegeeinrichtungen sollen gefördert und mobilisiert werden.

2. Kontakt und Krise

Diese Angebote der Ambulanten Grundversorgung Sucht sind niedrigschwellig ausgerichtet und als eine erste Phase der Kontaktaufnahme und der Heranführung an das Suchthilfesystem konzipiert. Der Ansatz der „Schadensminimierung“ (Harm Reduction) sichert auch das Überleben abhängiger Menschen und ermöglicht unter Umständen eine gesundheitliche Stabilisierung. Substanzfreiheit ist keine Voraussetzung für die Inanspruchnahme und Beginn von Suchthilfemaßnahmen. Es geht im Wesentlichen um die Reduzierung der mit dem Substanzkonsum (Alkohol, Drogen) verbundenen gesundheitlichen und sozialen Risiken. Die niedrigschwelligen Angebote (Kontakt- und Begegnungsarbeit) sind durch aufsuchende Hilfen zu ergänzen („Szenetreffpunkte“, bekannte Aufenthaltsorte, in Wohnungen).

Weitere niedrigschwellige Angebote dienen der Reduzierung der körperlichen, psychischen und sozialen Risiken, die mit Suchtmittelkonsum verbunden sind, z.B. Spritzentauschprogramm, Konsumräume, mobile medizinische Grundversorgung.

Niedrigschwellige Angebote sind leicht und voraussetzungslos zugänglich. Insbesondere wird der Wunsch nach einem suchtmittelfreien Leben nicht als Voraussetzung, sondern als Ergebnis eines ersten Hilfeschrittes angesehen. Angebote zur Krisenintervention in weiterem Verlauf sind integraler Bestandteil dieses Elementes der Ambulanten Grundversorgung Sucht. Diese Interventionen zielen darauf ab, die Motivation zur Änderung des substanzbezogenen Konsumverhaltens zu fördern und die Bereitschaft zur Inanspruchnahme weiterer Suchthilfen (Entzug, Behandlung, Selbsthilfe) zu stärken.

3. Beratung und Klärung mit Hilfeplanung und Umsetzung

Suchtberatung als methodische Variante der psychosozialen Beratung ist in Abgrenzung zur alltäglichen Beratung eine wissenschaftlich fundierte konkrete Entwicklungs- und Lebenshilfe. Eigenmotivation und Selbstverantwortung der Klientinnen und Klienten und die Erarbeitung und Formulierung von Beratungszielen sind charakteristische Merkmale von psychosozialer Beratung und Suchtberatung. Im Fokus stehen kurzfristige, informationsorientierte Interventionen und mittel- bis längerfristig angelegte problemorientierte Interventionen im Beratungskontext. Der Beratungsstil orientiert sich methodisch an dem Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung. Suchtberatung hat einen voraussetzungslosen zeitnahen Zugang und umfasst folgende Elemente:

- Erstgespräch,
- Information,
- Anamnese und psychosozialer Diagnose,
- Vorbereitung und Erstellung eines Hilfeplanes,
- Klärung und Motivationsförderung,
- Vermittlung in weiterführende Hilfen in der Suchthilfe und außerhalb von Suchthilfe (z.B. Schuldnerberatung, Paar- und Familienberatung usw.).

Gender- und migrationssensible Beratungsansätze stehen im Vordergrund. Die Beratung von Angehörigen und weiteren mitbetroffenen Bezugspersonen ist integraler Bestandteil von Suchtberatung. Beratung findet als Einzel- oder Gruppenberatungsgespräch statt. Aufsuchende Beratungstätigkeiten (z.B. in Haftanstalten, Krankenhäusern und Kliniken, Altenhilfe- und Altenpflegeeinrichtungen usw.) sind Teil von Suchtberatung. Die externe Suchtberatung in Justizvollzugsanstalten wird in einzelnen Bundesländern zusätzlich refinanziert.

Die Anamneseerstellung als diagnostisches Hilfsmittel wird durch standardisierte Interviews, Fragebögen, Textverfahren usw. ergänzt und bietet so eine Voraussetzung für die qualifizierte Hilfeplanung. Auch medizinische und psychiatrische Diagnostik wird dabei berücksichtigt. Entsprechendes Fachpersonal ist dazu notwendig.

Hilfeplanung und kontraktierte Zielvereinbarungen sind Ergebnisse von Suchtberatung. Darüberhinaus sind Maßnahmen der Früherkennung (Screening und Diagnoseerstellung) und Frühintervention lebensalterspezifische Bestandteile von Beratung und Klärung. Menschen mit hohen Risiken im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum und Suchtverhaltenswesen (Spielen, Internet, Ernährungsweisen

usw.) gilt es so früh wie möglich zu erreichen und eine Risikoproblematik zu erkennen, dann durch geeignete Interventionen, langfristige und schwerwiegende Folgeschäden zum Suchtmittelkonsum oder durch Suchtverhaltensweisen zu vermeiden. Maßnahmen zur frühen Erkennung und Interventionen müssen entsprechend Einsatzort (Beratungsstelle, Krankenhaus, Arztpraxis, Jugendzentrum, Polizei, Altersheim usw.), Lebensalter der Zielgruppen und in Abhängigkeit von Substanzen und Verhaltensweisen methodisch und didaktisch entsprechend gestaltet werden.

4. Organisation und Steuerung der Hilfe

Wesentliches methodisches Instrument zur Organisation und Steuerung der Hilfen ist Casemanagement. Die komplexen Problemlagen mit chronischen Krankheitsverläufen und Rezidiven (Rückfällen), wie sie bei einer Suchtproblematik die Regel sind, erfordern ein fallbezogenes und (hilfesektoren-) übergreifendes Casemanagement, das alle Hilfebedarfe im Blick behält und für eine effiziente Koordination der Hilfemaßnahmen verbindlich sorgt. Die Orientierung erfolgt an dem individuellen Hilfebedarf einerseits und an der Planung und Steuerung der Hilfen andererseits. Casemanagement hat eine sozialräumliche Komponente und bedeutet, Unterstützungsnetzwerke „in der Lebenswelt“ der Klientinnen und Klienten zu identifizieren und zu aktivieren, das heißt, „Netzwerke“ auf verschiedene Ebenen zu verknüpfen und für den Einzelfall nutzbar zu machen. So verstanden kann Casemanagement in der Regel in der psychosozialen und medizinisch-psychiatrischen Versorgungsbereichen vor Ort wirksam werden bzw. mit weitergehenden externen Angeboten (z.B. stationäre medizinische Rehabilitation) in Verbindung steht. Die Vorbereitung und Vermittlung in Angebote der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker und ggf. auch die Begleitung während dieser Rehabilitationsmaßnahmen ist Bestandteil des personenbezogenen Casemanagements.

Ein Sonderfall ist die Psychosoziale Betreuung (PSB) im Rahmen der Substitutionsbehandlung drogenabhängiger Menschen. Auch hier hat das Casemanagement eine tragende Funktion, insbesondere in der Zusammenarbeit mit substituierenden Medizinern. Gleichzeitig erfolgt Beratung und Begleitung in verschiedenen Lebensfeldern, z.B. Schulden, Delinquenz, gesundheitssoziale Kontakte usw. Psychosoziale Beratung bei Substituierten ist eine konkrete und prozesshafte Umsetzung einer Hilfeplanung.

Suchtselbsthilfe

Die Zugänge zu Suchtselbsthilfegruppen erfolgen eigenverantwortlich, bzw. durch Vermittlung aus den Fachstellen der Ambulanten Grundversorgung Sucht. Betroffene und/oder deren Angehörige schließen sich in Gruppen zusammen, die miteinander Probleme lösen, Unterstützung organisieren, regelmäßigen Erfahrungsaustausch anbieten. Eine akzeptierende und partnerschaftliche Atmosphäre trägt dazu bei, dass Betroffene und Mitbetroffene Verständnis erfahren und die erkrankungsbedingte soziale Isolation überwinden können. Gegenseitige Hilfe ist das Leitprinzip und fundamentale Lebenshilfe. Die Selbsthilfegruppen werden in der Regel von ehrenamtlichen Suchtkrankenhelfern geleitet.

Vernetzung in regionalen Suchthilfeverbänden

Die Ambulante Grundversorgung Sucht in einer Region bezieht sich auf die Pflichtaufgaben in kommunaler Verantwortung, ist aber nur in einem Netzwerk vielfältiger, auch leistungsrechtlich ausgestatteter Suchthilfen wirksam.

Regionale Suchthilfeverbände und die kommunale Koordination aller Akteure in diesem Versorgungsbereich haben verbindliche Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen. Dies bezieht sich insbesondere auf folgende Bereiche:

1. Medizinische Hilfe
 - 1.1 Hausärztliche Fachärzte
 - 1.2 Allgemein Krankenhäuser
 - 1.3 Substitutionsärzte
 - 1.4 Psychiatrische Fachabteilungen (Entzugsstationen, Tageskliniken, Psychiatrische Institutionsambulanz)
2. Pflegedienste (ambulant, stationär)
3. Medizinische Rehabilitation (ambulant, ganztägig ambulant, stationär, Nachsorge)
4. Ambulant betreutes Wohnen (Einzelwohnen und Wohngruppen)
5. Arbeitsagenturen, Job-Center
6. Schuldnerberatung
7. Ehe-, Lebens- und Familienberatung
8. Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung
9. Kinder- und Jugendhilfe
10. Betriebliche Gesundheitsförderung und Suchtprävention
11. Behindertenhilfe
12. Migrationsfachdienste
13. Wohnungslosenhilfe
14. Justizvollzugsanstalten.

Diese ergänzenden Hilfen sind nicht Grundbestandteil der Ambulanten Grundversorgung Sucht in der Region. Kooperation und Vernetzung mit diesen vielfältigen Hilfeangeboten ist unabdingbare Voraussetzung für eine wirksame Hilfe im Einzelfall.

Dokumentation, Leistungsnachweise und Qualitätsmanagement

Die Dokumentation der Arbeit der Suchthilfe erfolgt verbindlich für alle Einrichtungen mit dem Deutschen Kerndatensatz (KDS). Diese Dokumentation gliedert sich in die Module Klient, Einrichtung und Katamnese. Mit diesem, in sorgfältiger Abstimmung von Verbänden, Praxis und Wissenschaft erstellten Erhebungsinstrument, besteht die Möglichkeit, in einem national standardisierten Verfahren Behandlungsergebnisse zu dokumentieren.

Der KDS dient der einheitlichen Dokumentation in Suchtberatungsstellen und stationären Einrichtungen für Personen mit substanzbezogenen Störungen, Essstörungen und pathologischem Spielverhalten in Deutschland. Die Notwendigkeit der Berichterstattung an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), aber auch der Bedarf nach Vergleichbarkeit und Abstimmung zwischen den Bundesländern, verschiedenen Regionen und Trägern haben diese Standards notwendig gemacht. Aus dieser Dokumentation heraus werden dann die entsprechenden Leistungsnachweise erstellt.

Die ambulante Suchthilfe ist auch seit vielen Jahren an Prozessen des Qualitätsmanagements beteiligt. Alle Einrichtungen verfügen mittlerweile über ein QM-System, einige sind zertifiziert.

Kontakt:

Gesamtverband für Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland
Invalidenstr. 29
10115 Berlin
gvs@sucht.org
www.sucht.org