

GVS

**Regionale
Verbundsysteme**

Positionspapier



**GESAMTVERBAND FÜR
SUCHTKRANKENHILFE**

im Diakonischen Werk der Evangelischen
Kirche in Deutschland e.V.

Regionale Verbundsysteme

Mitverantwortung der Diakonie bei der Gründung
regionaler Verbundsysteme

Positionspapier



GESAMTVERBAND FÜR SUCHTKRANKENHILFE
im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in
Deutschland e.V.

Impressum:



**GESAMTVERBAND FÜR
SUCHTKRANKENHILFE**
im Diakonischen Werk der Evangelischen
Kirche in Deutschland e.V.

Kurt-Schumacher-Straße 2, 34117 Kassel
Telefon (05 61) 1 09 57-0, Telefax (05 61) 77 83 51
Email: gvs@sucht.org, Internet: www.sucht.org

Herausgeber: © GVS, erschienen im NICOL-Verlag, Kassel, 2001
Gestaltung: Büro für Gestaltung, W. Momberg, Kassel
Druck: Printec Offset, Kassel
Stand: 2001

(Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text die männliche Form genannt. Selbstverständlich beziehen unsere Überlegungen die Frauen mit ein).

Vorwort

Mit diesem GVS-Papier werden Verantwortliche aus Einrichtungen der DIAKONIE, Landesverbänden, Trägervertreter und Leiter von Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eingeladen, sich an der aktuellen Gründung bzw. Initiierung regionaler Verbundsysteme zu beteiligen. Anlass für die Überlegungen zu einem regionalen Behandlungsverbund waren unter anderem die Aktivitäten des Gesetzgebers seit 1996, die zu erheblichen Veränderungen der stationären und ambulanten Rehabilitation Suchtkranker geführt haben, z. B. durch Verkürzung der Therapiezeiten.

Mit der Gründung von Verbundsystemen in der Suchtkrankenhilfe soll nicht nur diesen strukturellen Mängeln begegnet werden. Viel mehr geht es uns auch um die Klarstellung des Versorgungsauftrages diakonischer Einrichtungen für suchtkranke Menschen generell. Diakonische Suchtkrankenhilfe bezieht ihren Auftrag aus den ethischen Grundlagen der DIAKONIE als christlicher Institution. So ist es eine Wesens- und Lebensäußerung der im Diakonischen Werk der EKD mitwirkenden Einrichtungen und Dienste, sich gerade und auch für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen in unserem Lande verantwortlich zu fühlen. Der Auftrag leitet sich außerdem ab aus der Anwaltenschaft für den einzelnen Betroffenen, der Menschen nicht aufgibt und niemanden als hoffnungslosen Fall betrachtet (GVS-Positionspapier, S. 8, 1997).

In der Vergangenheit führte dies bereits zum Aufbau eines differenzierten Systems von Einrichtungen innerhalb der DIAKONIE. Zehntausende betroffener Menschen und ihre Angehörigen suchen und finden hier Rat und Hilfe pro Jahr. Dort, wo DIAKONIE vor Ort keine eigenen Angebote unterhält, ist sie sozialpolitisch verpflichtet, die Versorgung der suchtkranken Menschen in Kooperation mit anderen Partnern sicher zu stellen.

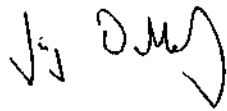
Es ist die Aufgabe des Positionspapiers, sich mit diesen Fragen auseinander zu setzen.

Das GVS-Positionspapier zur Förderung der regionalen Verbundsysteme wurde anlässlich der Mitgliederversammlung des

GVS im Jahr 2000 verabschiedet. Es gibt den derzeitigen Stand der Diskussion wieder und muss sicherlich auch in der Zukunft den geänderten Rahmenbedingungen angepasst werden.

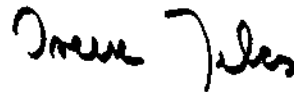
Wir würden uns sehr freuen und unseren Auftrag als erfüllt betrachten, wenn möglichst viele der hier angesprochenen Verantwortlichen in der Suchtkrankenhilfe der DIAKONIE Anregung und Ermutigung zur Gründung regionaler Verbundsysteme finden würden.

Kassel, im Februar 2001



Jürgen Dittrich

Vorsitzender des Gesamtverbandes
für Suchtkrankenhilfe im
Diakonischen Werk der EKD e.V.



Irene Helas

Geschäftsführerin des Gesamtverbandes
für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen
Werk der EKD e.V.

Inhalt

Vorwort	3
1. Ziel dieses Arbeitspapiers	6
2. Zur Arbeitsgruppe und zur Rolle des GVS in dieser Diskussion	7
3. Fragestellung und Aufgabe der Arbeitsgruppe	9
4. Rolle der freien Wohlfahrtspflege in der Zukunft	11
5. Aktuelle Zahlen aus der Suchtstatistik der BRD (DHS-Jahrbuch)	15
6. Versorgungsauftrag und Hilfeverbund in der Suchtkrankenhilfe (aus Sicht diakonischer Träger)	17
Strukturelle Voraussetzungen	17
Zu den Fachbegriffen im Rahmen der Verbunddiskussion	19
Modelle des regionalen Verbundes	20
7. Mitwirkung der Diakonie	22
8. Praktische Beispiele Musterverträge	24
Autorinnen und Autoren	32
Impressum	2

1

Ziel dieses Arbeitspapiers

**Ein regionaler
Verband lässt sich
nur mit Partnern
sinnvoll gestalten.**

Mit diesem Papier werden Verantwortliche aus Einrichtungen der DIAKONIE, Landesverbänden sowie Trägervertreter und Leiter von Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe dazu eingeladen, sich an der Gründung beziehungsweise Initiierung regionaler Verbundsysteme zu beteiligen. Die Verantwortlichen des GVS sind überzeugt, dass die Missstände, die in den vergangenen fünf Jahren durch die Aktivitäten des Gesetzgebers ausgelöst wurden, durch regionale Verbundsysteme aufgefangen werden können. In solchen Verbänden können die betroffenen Suchtkranken angemessen versorgt und es kann die Existenz der Einrichtungen gesichert werden. Außerdem ergeben sich Chancen zu kreativem Handeln und Freiräume, die Fülle der Aufgaben in der Suchtkrankenhilfe zu gestalten.

Ein regionaler Verbund lässt sich nur mit Partnern sinnvoll gestalten. Darauf hinzuweisen ist uns wichtig. Solche Partner können alle anderen Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, aber auch des öffentlichen Gesundheitswesens, und sogar alle übrigen Einrichtungen innerhalb des Gesundheitswesens sein. Einzige Voraussetzung für die Kooperation mit Partnern außerhalb des eigenen Verbandes sollte die Verpflichtung auf gemeinsame Ziele sein. Diese Ziele ergeben sich aus übereinstimmenden fachlichen und ethischen Grundüberzeugungen. Sie werden in diesem Papier noch genauer dargestellt.

Als bundeszentraler Fachverband der Diakonie hat der GVS in diesem Zusammenhang auch die Aufgabe, innerverbandlich für dieses Konzept zu werben und außerhalb des Verbandes Lobby-Arbeit dafür zu betreiben.

2

Zur Arbeitsgruppe und zur Rolle des GVS in dieser Diskussion

In Deutschland wird in der Suchtkrankenhilfe seit Mitte der siebziger Jahre über den Aufbau eines regionalen Verbundsystems nachgedacht. Bereits in der 1975 verabschiedeten Psychiatrie-Enquête der damaligen Bundesregierung wurde die regionale Versorgung gefordert. Sie sollte alle Formen des ambulanten und stationären Settings auch für suchtkranke Menschen orts- und zeitnah bereithalten. Dazu kamen Überlegungen, die von den Untersuchungen von Wienberg und Schwoon ausgelöst wurden und unterversorgte oder nicht versorgte Gruppen von suchtkranken Menschen in das Blickfeld rückten. Die Ergebnisse der beiden Wissenschaftler zeigten, dass die Suchtkrankenhilfe mit ihren Angeboten nicht alle Klienten erreicht.

Im September 1996 trat dann das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WfG) in Kraft. Es deckelte die Rehabilitationsausgaben der Rentenversicherung. Dies löste in kürzester Zeit erhebliche Veränderungen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation Suchtkranker aus.

Dieser äußere Anlass führte im GVS dazu, dass verschiedene Arbeitsgruppen eingerichtet wurden. Handlungsbedarf wurde festgestellt. Die Diskussionen in den GVS-Gremien machten deutlich, dass die durch das WfG ausgelöste Situation in gesamtgesellschaftliche Prozesse eingebettet ist: Veränderungen durch die deutsche Wiedervereinigung seit 1989, strukturelle Veränderungen in der Wirtschaft, die hohe Arbeitslosigkeit und die Finanzschwäche der Sozialkassen machten Aktivitäten des Gesetzgebers erforderlich. Die Kosten der sozialen Sicherungssysteme sind seitdem immer wieder Gegenstand politischer Auseinandersetzungen.

Wie immer in solchen Umbruchphasen, wurden auch die Chancen sichtbar, die in einer solchen Krise liegen. Lebendige Institutionen sind auch ständigen Veränderungen ausgesetzt. Sie müssen sich anpassen. Darin liegt auch die Chance, alte Fehler zu überwinden, kreative Lösungen zu finden und die eigene Flexibilität und Fähigkeit zur Veränderung zu stärken. Der GVS hat

**Lebendige In-
stitutionen sind
ständigen Ver-
änderungen
ausgesetzt. Sie
müssen sich
anpassen.**

als bundesweiter Fachverband der Diakonie die einmalige Chance, alle Arbeitsbereiche der Suchtkrankenhilfe im evangelischen Bereich auf Bundesebene zu repräsentieren. Deshalb konnte im Verband ein umfassendes Diskussionsforum hergestellt werden. In den Diskussionen wurde nach notwendigen Veränderungsprozessen, Innovationen und einem neuen Verbundsystem gefragt.

Hierzu wollen wir einen Beitrag leisten. Gleichwohl ist es für uns als Diakonie entscheidend zu betonen, dass Anpassungsleistungen, Flexibilität, Kooperation und Neuorganisationen im Hilfesystem keine Lösungen für die zugrunde liegenden Ursachen der beschriebenen gesamtgesellschaftlichen und sozialpolitischen Situationen sind. Die Finanzschwäche der Sozialkassen, der Kommunen und des Staates gehen parallel einher mit zunehmenden Einkommens- und Vermögenssteigerungen in anderen Teilen der Bevölkerung. Das noch weitere Auseinandergehen der Schere zwischen Arm und Reich fördert strukturell weitere Ausgrenzungsprozesse, denen durch „Innovationen“ im Helfefeld nicht begegnet werden kann.

Auf diesem Hintergrund entstand auch eine Arbeitsgruppe mit dem Ziel, ein Rahmenkonzept für Verbundsysteme zu entwickeln. Allen Teilnehmern an der Arbeitsgruppe war klar, dass es nicht möglich sein würde, dieses Papier umzusetzen, ohne gleichzeitig politische Strategien zu reflektieren. Deshalb wurde ein eigenes Kapitel „Mitwirkung der Diakonie“ erarbeitet, das den Verantwortlichen bei Trägern und Einrichtungen in den Regionen, die sich mit der Gründung von Verbundsystemen befassen wollen, als Arbeitshilfe dienen soll.

3

Fragestellung und Aufgabe der Arbeitsgruppe

Die Diskussion in der Arbeitsgruppe zeigte schnell, dass es unproblematisch war, Inhalte und Aufgaben eines regionalen Versorgungssystems zusammen zu stellen. Schwierig hingegen schien die Debatte über

- denkbare Formen der neuen Trägerstrukturen,
- Einbindung in den regionalen Versorgungsauftrag mit Rechtsbindung,
- ganzheitliche Hilfekonzepte,
- Mitarbeitertransfer,
- politische Strategien.

Der Diskussionsprozess führte schließlich zu einem zentralen Ansatzpunkt:



Die Diakonie hat einen Versorgungsauftrag für suchtkranke Menschen wahrzunehmen.

Dieser Auftrag wird von den Trägern diakonischer Suchtkrankenhilfe aus sich heraus übernommen. Diakonische Suchtkrankenhilfe bezieht ihren Auftrag aus den ethischen Grundlagen der Diakonie als christlicher Institution, die als

- Wesens- und Lebensäußerung der im Diakonischen Werk der EKD mitwirkenden Kirchen in Ausübung christlicher Nächstenliebe Dienste für Suchtkranke in ihrer Gemeinde zur Verfügung stellt (§ 2 der GVS-Satzung).

Der Auftrag leitet sich ferner aus der Anwaltschaft für den Betroffenen ab, die

- Menschen nicht aufgibt und niemanden als hoffnungslosen Fall betrachtet (GVS-Positionspapier, 1997, S. 8 ff).

Diakonische Suchtkrankenhilfe bezieht ihren Auftrag aus den ethischen Grundlagen der Diakonie als christlicher Institution.

Diakonie setzt in erheblichem Umfang eigene Gelder für Aufgaben in der Suchtkrankenhilfe ein.

Diese ethisch-christliche Orientierung erfordert es, sich für die Versorgung suchtkranker Menschen in den Gemeinden und Regionen verantwortlich zu fühlen. Diese Versorgungsverantwortung führte in der Vergangenheit bereits zum Aufbau eines differenzierten Systems von Einrichtungen und Diensten der Diakonie. Zehntausende betroffener Menschen und ihre Angehörigen suchen und finden hier pro Jahr Rat und Hilfe.



Dort, wo Diakonie vor Ort keine eigenen Angebote unterhält, ist sie - sozialpolitisch - trotzdem verpflichtet, die Versorgung der suchtkranken Menschen in Kooperation mit anderen Partnern sicherzustellen.

Diese Versorgungsverpflichtung von Kirche und Diakonie, die in ethischen Wurzeln begründet ist, ähnelt stark dem öffentlichen Versorgungsauftrag der Kommunen. Diese sind im Rahmen der „Daseinsvorsorge“ dazu verpflichtet, Gesundheitseinrichtungen für ihre Bürger zur Verfügung zu stellen. Der Versorgungsauftrag der Diakonie unterscheidet sich insofern davon, als er freiwillig erbracht wird. Selbstverständlich können auch Diakonische Werke Versorgungsaufträge aus dem politisch-rechtlichen Umfeld übernehmen. Das kann aber nur unter bestimmten inhaltlichen, rechtlichen, finanziellen und organisatorischen Voraussetzungen geschehen.

4

Rolle der Freien Wohlfahrts- pflege in der Zukunft

Diakonie setzt in erheblichem Umfang eigene Gelder für Aufgaben in der Suchtkrankenhilfe ein, für die keine kommunalen, staatlichen oder sozialversicherungsrechtlichen Verpflichtungen bestehen.

Es ist kein Zufall, dass die Diskussion struktureller Veränderungen im GVS parallel zu einer ähnlich verlaufenden Diskussion innerhalb der Freien Wohlfahrtspflege in Deutschland stattfindet. Dort wird seit etwa drei Jahren darüber diskutiert, wie die Zukunft der Verbände aussehen wird, insbesondere mit Blick auf die europäische Einigung. Dabei stand lange Zeit reaktives Handeln auf veränderte Bedingungen zum Beispiel durch geänderte Gesetze im Vordergrund. Aktive Planung und die Vorbereitung auf kommende Herausforderungen kamen oft zu kurz. Ausgelöst wurde die Debatte zunächst durch die Kritik der Öffentlichkeit an der Arbeit von Verbänden in der Freien Wohlfahrtspflege und die bereits erwähnte europäische Einigung. In der Öffentlichkeit und in den Medien wurden häufig eine angeblich zu starke Bürokratisierung und wirtschaftliche Ineffektivität, Konkurrenzunfähigkeit und zu starke Abhängigkeit von öffentlichen Geldgebern kritisiert. Zudem drängen gewerblich orientierte Institutionen auf den sozialen Markt, befürworten Politiker die Privatisierung von sozialen Diensten. Auch andere wollen sich ein „Stück aus dem Kuchen“ schneiden. Schließlich hat Freie Wohlfahrtspflege eine große volkswirtschaftliche Bedeutung und damit auch einen wichtigen Status.

Laut der jüngsten Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) betreiben die Verbände und ihre Mitgliedsorganisationen von Arbeiterwohlfahrt (AWO), Caritasverband, Deutschem Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV), Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Diakonisches Werk und der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland bundesweit mehr als 90 000 Einrichtungen mit mehr als 3,2 Millionen Betten beziehungsweise Plätzen und beschäftigen mehr als

Die Freie Wohlfahrtspflege hat eine große volkswirtschaftliche Bedeutung und damit auch einen wichtigen Status.

Würde man den Geldwert des ehrenamtlichen Einsatzes berechnen, käme man auf beträchtliche Zahlen.

1,1 Millionen Menschen, davon über ein Drittel Teilzeitarbeitskräfte.

In der Suchtkrankenhilfe gibt es in der Bundesrepublik Deutschland rund 1 250 Beratungsstellen und Dienste für Suchtkranke, ca. 200 vollstationäre Entwöhnungseinrichtungen (einschließlich der für Drogenabhängige), 300 niedrigschwellige Angebote in der Drogenhilfe (Notschlafstellen, Aufenthaltsmöglichkeiten etc.) sowie rund 100 Einrichtungen für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke (Übergangsheime, Pflegeheime, Tages- und Nachtkliniken etc.) und ca. 8 000 Selbsthilfegruppen.¹ In freigemeinnütziger Trägerschaft befinden sich rund 62 Prozent aller Alten- und Behindertenheime und über 40 Prozent der allgemeinen Krankenhäuser.

In der Jugendhilfe tragen die Freien Wohlfahrtsverbände 47 Prozent aller Angebote, in Teilbereichen sogar mehr als zwei Drittel der Einrichtungen.

Stefanie Rütth schätzt den Jahresumsatz der Freien Wohlfahrtspflege auf mindestens 60 Milliarden Mark. Eine Summe, die bei weitem den Rahmen der Fremdfinanzierungen in diesem Bereich übersteigt und den hohen Anteil an Eigenkapital der Freien Wohlfahrtspflege deutlich macht. Diese wenigen Daten sollen ausreichen, um zu verdeutlichen, welche Bedeutung die Freie Wohlfahrtspflege heute in Deutschland hat.²

Neben der rein volkswirtschaftlichen Bedeutung existiert aber noch eine weitere Ebene, die den besonderen Charakter der Freien Wohlfahrtspflege (und hier der diakonischen Suchtkrankenhilfe) verdeutlicht, und die ebenfalls einen erheblichen betriebswirtschaftlichen Wert hat. Gemeint ist die Wertschöpfung durch ideelle Ressourcen, die durch Engagement im Bereich von Ehrenamt und Selbsthilfe Tausende von Menschen mobilisiert, sich *unentgeltlich* für andere einzusetzen. Mächtige man sich die Mühe, den *Geldwert* dieses ehrenamtlichen Einsatzes zu berechnen, käme man auf beträchtliche Zahlen. Dies auch angesichts der Tatsache, dass es im gesamten Bundesgebiet rund 8 000 Selbsthilfegruppen für suchtkranke Menschen gibt, in den evangelischen Verbänden allein 2 600 Gruppen. Weiterer Teil der ideellen Ressourcen ist es, Spendengelder zu gewinnen. Dies ist im diakonisch-kirchlichen Bereich, aber auch in den

Verbänden der übrigen Freien Wohlfahrtspflege üblich und auch hier findet eine Wertschöpfung statt, die der Gesellschaft zur Verfügung gestellt wird und dritte Geldgeber nicht mehr belastet. Wer der Privatisierung der Freien Wohlfahrtspflege das Wort redet, darf den Verlust dieser ideellen Ressourcen nicht vergessen. Sie würden mit einem Paradigmenwechsel bei den wirtschaftlichen Grundlagen der Freien Wohlfahrtspflege wie veränderten Finanzstrukturen oder einem Wegfall des Subsidiaritätsprinzip dauerhaft verloren gehen.

Diese Auseinandersetzung auf übergeordneter Ebene berührt die Diskussion innerhalb des GVS und darf deshalb nicht unbeachtet bleiben. Die Wechselwirkungen zeigen sich auf der unteren Ebene in den Beziehungen zwischen den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege und jenen der gewerblichen Wirtschaft insbesondere bei der stationären Rehabilitation Suchtkranker. Sie werden in der Zukunft an Bedeutung gewinnen.

Ausgehend von dem diakonischen Versorgungsauftrag begibt sich die Suchtkrankenhilfe der Diakonie bewusst in ein Spannungsfeld, welches sich unter anderem ergibt aus

- der Lebenssituation und dem Hilfebedarf suchterkrankter Menschen
- den staatlichen, kommunalen und versicherungsrechtlichen Ansprüchen und Leistungen für gefährdete und suchterkrankte Menschen
- den privaten/gewerblichen Anbietern von Suchtkrankenhilfe.

Als Teil der Freien Wohlfahrtspflege leistet sie einen entscheidenden Beitrag zur Ausrichtung der Wirtschaftsform der Bundesrepublik Deutschland als *soziale Marktwirtschaft*.

(Grundlage DHS-Jahrbuch 2001, Zahlen aus dem Jahr 1999)

1) Alkohol

Alkoholverbrauch: 10,6 Liter je Einwohner
Alkoholsteuern: 7089 Millionen Mark
Werbeaufwendungen für alkoholi-
sche Getränke: 1085 Millionen Mark
Missbräuchlicher Konsum:
2,7 Millionen Personen



2) Tabak

Zigarettenverbrauch pro Kopf: 1 770 Stück
Ausgaben für Tabakwaren: 41,2 Milliarden Mark
Tabaksteuern: 22,8 Milliarden Mark
Werbeaufwendungen der Tabakindustrie:
107 Millionen Mark
Mortalität: ca. 111 000 Personen

3) Psychotrope Medikamente

Gesamtumsatz Arzneimittel:
53 Milliarden Mark
Medikamentenabhängige:
ca 1,5 Millionen Personen





4) Illegale Drogen

Zahl der Abhängigen harter Drogen:
ca. 250 000 - 300 000 Personen
Cannabiskonsumenten (1996):
ca. 2 Millionen Personen
Mortalität: 1812 Personen

5) Glücksspiel

Gesamtumsatz am Glücksspielmarkt:
49,9 Milliarden Mark
Anzahl pathologischer Spieler:
verlässliche Zahlen liegen nicht vor,
Schätzungen differieren zwischen
25 000 und 130 000 Personen



6

Versorgungsauftrag und Hilfe Verband in der Suchtkrankenhilfe (Ges. über öffentliche Träger)

Strukturelle Voraussetzungen

Ein innovatives Versorgungssystem für Suchtkranke ist nicht nur für manifest Abhängige zuständig, sondern auch für die Menschen, die zwar Suchtmittel konsumieren, aber noch nicht abhängig sind. Weiterhin gibt es eine Reihe von Präventionsmodellen. Sie wollen bei bestimmten Zielgruppen (Kindern und Jugendliche) ein bestimmtes Gesundheitsbewusstsein fördern, haben einen sehr breiten Ansatz und umfassen ganz verschiedene konkrete Maßnahmen. Ferner sind viele Menschen in der Berufswelt, am Arbeitsplatz und in den Betrieben potenzielle Ansprechpartner für suchtpreventive Maßnahmen. Allen diesen Menschen gilt unsere Aufmerksamkeit, für sie werden Konzepte und Modelle erarbeitet, sie werden in die Aufgaben der diakonischen Suchtkrankenhilfe mit einbezogen. Der Begriff „Suchtkrankenhilfe“ hat in diesem Zusammenhang eine übergeordnete Bedeutung.

Neben den umfassenden Hilfen für betroffene Menschen wird auch primäre Prävention angeboten, die jene Zielgruppen erreichen will, die von Sucht und Abhängigkeit nicht betroffen sind. Jede vernünftige Arbeit in der Suchtkrankenhilfe ist ohne eine solche, in die Gesellschaft hinein zielende Suchtprevention unvollständig beziehungsweise würde den professionellen Anforderungen diakonischer Suchtkrankenhilfe nicht genügen. Uns ist bewusst, dass die Begrifflichkeit in der Suchtkrankenhilfe diesen breiten Fokus derzeit noch nicht abbildet. Wir werden in den Fachdebatten, die dazu noch geführt werden müssen, versuchen, diese Frage zu klären. Wenn nun im Folgenden von Suchtkrankenhilfe und ihren Einrichtungen die Rede ist, so sprechen wir immer von diesem breiten Fokus und der breiten Zuständigkeit für die Gesellschaft und für alle Gruppen, auch diejenigen, die keineswegs bereits suchtkrank sind.

Alle Angebote in den Versorgungssystemen diakonischer Suchtkrankenhilfe dienen zunächst einmal nur und ausschließlich

Jede vernünftige Arbeit ist ohne eine in die Gesellschaft hinein zielende Suchtprevention unvollständig.

dem Wohl des Klienten und seiner Angehörigen. Unsere Angebote müssen sich an diesem Ziel messen lassen. Ausgangspunkt für den Träger vor Ort ist der Auftrag zur Hilfestellung für den Suchtkranken in seiner Gemeinde, Stadt oder Region.

Diese Aufgabe darf nicht mehr vom Zufall abhängig sein. Alle Träger des Diakonischen Werkes haben die Pflicht, Hilfe für Suchtkranke anzubieten, nicht nur diejenigen, die aus irgendwelchen Gründen ein besonderes Interesse an diesen Menschen haben. Hier geht es auch um die Diakonie-interne Solidarität mit unterschiedlichen Kranken, Behinderten und sozial benachteiligten Gruppen in unserer Gesellschaft.

Aus dieser grundsätzlichen Anwaltschaft für die Betroffenen ergibt sich auch eine andere Sichtweise ihrer Problemlage. Grundsätzlich geht es uns um *alle Suchtkranken und ihre Angehörigen*, unabhängig von der Frage:

Alle Träger der Diakonischen Werke haben die Pflicht, Hilfen für Suchtkranke anzubieten.

- ob sie legale oder illegale Suchtmittel konsumieren,
- ob sie zunächst im Rahmen der medizinischen Akutversorgung (über Ärzte und Krankenhäuser) oder
- im Rahmen der Rehabilitation nach den Bestimmungen der Sozialgesetzgebung (SGB V SGB VI) versorgt werden müssen, oder
- sie dem Kreis der chronisch mehrfachbeeinträchtigten Suchtkranken angehören,
- ob es sich um stoffgebundene oder nicht stoffgebundene Abhängigkeiten handelt.

Unabhängig davon ist auch die Frage, ob die Betroffenen im Rahmen von

- **Maßnahmen der Prävention und Früherkennung angesprochen werden sollen, egal, ob es sich um Angehörige handelt oder um Menschen, die sich in ihrem weiteren sozialen Umfeld befinden.**

Ferner geht es um Angebote im Rahmen der

- beruflichen Rehabilitation und dauerhaften Wiedereingliederung in Arbeit und Gesellschaft.

Ziel ist es, bedarfsgerechte Hilfen zu vermitteln. Sie sind bezogen auf den Einzelfall und je nach den individuellen Erfordernissen zu erbringen. Dafür ist das differenzierte Verbundsystem vor Ort erforderlich.

Diakonische Suchthilfeeinrichtungen haben jetzt die Pflicht, ihr Profil auf fachlicher (durch Konzepte) und ethischer (christlicher Auftrag und Motivation) Ebene darzustellen und in der Öffentlichkeit zu vertreten. Das auf diesem Hintergrund zu entwickelnde Verbundsystem in der Region muss folgende Vorzüge haben:

- für den Betroffenen unmittelbar räumlich erreichbar sein;
- individuelle, indikationsgeleitete Hilfen auf der Grundlage des Gesamtkonzeptes erbringen;
- die Kooperation sichern mit: Ärzten, Krankenhäusern, Fachkrankenhäusern, Sozialpsychiatrischen Diensten, Sucht- und Drogenberatungsstellen, Modellpraxen und
- Sucht-Selbsthilfe-Gruppen.

Zu den Fachbegriffen im Rahmen der Verbunddiskussion

Hilfesystem (umfassende Darstellung einschließlich Selbsthilfe)

Unter dem Hilfesystem für Suchtkranke verstehen wir als Oberbegriff alle vorgehaltenen ehrenamtlichen und hauptamtlichen Hilfen von Beratung, Behandlung, Begegnung, Rehabilitation und Versorgung für abhängigkeitskranke Menschen einschließlich Umfeldhilfen und Prävention. Dazu gehören auch Entgiftung, Entwöhnung und soziale Rehabilitation bis hin zur Nachsorge, Selbsthilfe und Streetwork.

Das System der Suchtkrankenhilfe ist Teil der umfassenden sozialen und medizinischen Hilfen der Gesellschaft und hat besondere Berührungspunkte mit angrenzenden Hilfesystemen wie denen der Wohnungslosen- und Jugendhilfe, Psychiatrie usw.

Verbundsystem (qualitative Aussagen und Selbsthilfe)

Unter Verbundsystem verstehen wir die Organisationsform des Hilfesystems in einem Verbund. Verbundsysteme dienen dem Vorhalten und der Organisation

- von individuellen bedarfsgerechten Hilfen für den einzelnen suchtkranken Menschen sowie
- einer strukturell bedarfsgerechten Hilfe für alle suchterkrankten Menschen gleich welcher Krankheitssituation in einer Region. Kennzeichen sind verbindliche Absprachen aller Hilfeanbieter und Kostenträger.

Behandlungsverbund

Ein Behandlungsverbund ist die verbundmäßige Organisation des Segmentes *Behandlung* für suchterkrankte Menschen. Er umfasst dabei insbesondere das - gegebenenfalls vertragliche - Zusammenspiel von ambulanter Behandlung/Beratung, teilstationärer und stationärer Behandlung und Adaption. Behandlungsverbünde können Teil eines über die Behandlung hinausgehenden Verbundsystems sowie Teil eines ansonsten nicht verbindlich organisierten Hilfesystems sein und umfassen auch alle Angebote der Selbsthilfe.

Modelle des regionalen Verbundes

Verbundsysteme in der Suchtkrankenhilfe dienen dem Zweck, bedarfsgerechte Hilfe für die betroffenen Suchtkranken und ihre Angehörigen anzubieten, indem sie die vorhandenen Versorgungsstrukturen optimieren und Kooperationsmodelle nutzen. Sie sichern damit Perspektiven der diakonischen Einrichtungen in der Suchtkrankenhilfe. Für ein solches Verbundsystem muss zunächst einmal der Bedarf in der Region systematisch ermittelt werden und dies eine gesundheitspolitische Planung und Versorgungsverantwortung nach sich ziehen.

Der heterogene Charakter der Suchterkrankungen erfordert ein differenziertes Angebot von Hilfen, das optimal in einem Verbundsystem ermöglicht werden kann. Die verschiedenen Angebote und Träger in einer Region können sich zusammenschließen und einen individuellen Behandlungsverbund entwickeln, der die

spezifische Situation in der Region berücksichtigt. Ziel ist es, die Qualität der Versorgung zu verbessern, vorhandene Dienste im Sinne einer Optimierung der Versorgung miteinander zu vernetzen und verbindliche Absprachen über die Kooperation zu treffen. Regionale Lenkungsorgane sorgen dafür, dass alle Dienste entsprechend zur Verfügung stehen.

Neben der Planung der Versorgung geht es auch darum, den Bedarf systematisch zu ermitteln, die Qualität zu sichern, die geleisteten Maßnahmen zu evaluieren und zu dokumentieren mit dem Ziel, die Ressourcen zu optimieren. Verhandlungen mit den örtlich zuständigen Leistungsträgern sind Sache der Verbände des Diakonischen Werkes vor Ort beziehungsweise auf Landesebene. Bundeszentrale Verhandlungen mit Bundesleistungsträgern, zum Beispiel der BfA, können über den GVS koordiniert werden. Kleinere Träger und Anbieter in der Region hätten so die Möglichkeit, sich nach ihrem fachlich persönlichen Vermögen am Behandlungsverbund zu beteiligen. Auch ein gut strukturiertes Verbundsystem darf für die Betroffenen nicht zu einem geschlossenen Versorgungssystem werden.

Der regionale Verbund muss über Lenkungsorgane gesteuert werden. Das Diakonische Werk, das für die Region zuständig ist, ist in diesen Lenkungsorganen vertreten.

Sind in einer Region keine Lenkungsorgane vorhanden, wird empfohlen, dass das zuständige Diakonische Werk die Initiative übernimmt.

Die örtlich zuständigen Koordinationsgruppen organisieren gemeinsame Qualitätssicherung und Fallbesprechung. Die Angebote der Selbsthilfe sind zu integrieren.

Trotz aller Rahmenvorstellungen ist ein Versorgungsverbund in der Region immer eine singuläre Konstruktion. Sie kann nicht ohne weiteres auf ein anderes Umfeld übertragen werden. Die Besonderheiten der Kooperationsmodelle müssen jeweils vor Ort entwickelt werden. Behandlung muss für den Betroffenen über mehrere Stellen gleichzeitig erreichbar und möglich sein. Dies setzt voraus, dass im Sinne des Case-Managements an einer Stelle eine Gesamtverantwortung wahrgenommen wird.

Wir weisen auf die Bedeutung der Selbsthilfe und des Ehrenamtes im Verbundsystem unter diakoniepolitischen Aspekten hin.

Verbundsysteme dienen dem Zweck, bedarfsgerechte Hilfen für die betroffenen Suchtkranken und ihre Angehörigen anzubieten.

Ein regionaler Versorgungsverbund ist immer eine singuläre Konstruktion. Besonderheiten müssen vor Ort entwickelt werden.

7

Mitwirkung der Diakonie

Das primäre Ziel, regionale Verbundsysteme unter der Mitverantwortung der Diakonie und mit Unterstützung des GVS zu gründen und zu fördern, besteht darin, künftige regionale Versorgungsstrukturen zu optimieren und bereits vorhandene zu erhalten. Suchtkrankenhilfe muss auch in der Zukunft als zentrale Aufgabe der Diakonie verstanden werden.

Das Leitbild der Diakonie ist hierbei eine wesentliche Hilfe. Über die Landespfarrerkonferenz könnten die Landespfarrer in ihrer Eigenschaft als Leiter der Diakonischen Werke gewonnen werden. Die Diakonischen Werke der Gliedkirchen (mit den zuständigen Landessuchtreferenten) und die zuständigen Fachverbände auf Landesebene könnten so eine Moderatorenrolle übernehmen. Zu ihren Aufgaben gehörte die Bedarfsermittlung, die Erörterung mit möglichen Partnern vor Ort und schließlich die Initiierung von Verbundsystemen in ihren Einzugsbereichen.

Auf Grundlage der Daten aus der Bedarfserhebung ist zu planen, welche Kategorien von Einrichtungen mit welchem Arbeitsauftrag und für welche Klientengruppen vor Ort eingerichtet werden müssen. Die Diakonischen Werke der Gliedkirchen haben dabei koordinierende Funktion, diesen Auftrag zu erfüllen.

Selbsthilfeorganisationen und ihre Angebote für die Betroffenen müssen, wie bereits ausgeführt, in die Verbundsysteme eingebunden werden. Es geht um vernetzte Hilfen, um ganzheitliche Angebote und darum, das hochsegmentierte Versorgungssystem aufzuheben. Ziel ist, die Trennung von Hilfen für Menschen mit legalem oder illegalem Drogenkonsum zu überwinden. Die Zusammenarbeit zwischen Jugend-, Sucht- und Obdachlosenhilfe beziehungsweise Wohnungslosenhilfe sowie mit den sozialpsychiatrischen Diensten muss verbessert werden. Die bevorstehende europäische Einigung und die künftige Rolle der Freien Wohlfahrtspflege in Europa muss in diesem Kontext beachtet werden. Der GVS als Bundesfachverband hat hier eine zentrale

Aufgabe, Impulse zu geben, zu koordinieren, zu informieren und politische Lobby-Arbeit zu leisten.

Über die Bedeutung der Selbsthilfe im Verbundsystem und ihren diakoniepolitischen Stellenwert wird zunehmend mehr, aber noch nicht ausreichend nachgedacht.

Die Selbsthilfeorganisationen

- **Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche e. V.,**
- **Blaues Kreuz in Deutschland e. V.,**
- **Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe - Bundesverband e. V.,**

sind innerhalb der Diakonie von großer Bedeutung. Sie sollten auch in kirchenpolitischen Überlegungen mehr Gewicht gewinnen. Nicht wenige Suchtkranke sind überzeugte Christen und finden mit ihren Angehörigen und über ihre ehrenamtliche Arbeit zurück in die christlichen Gemeinden.

Selbsthilfeorganisationen und ihre Angebote müssen in die Verbundsysteme eingebunden werden.

¹⁾ Zitiert nach Jahrbuch Sucht 1999, DHS in 59003 Hamm.

²⁾ Zitiert nach S. RÜth: „Szenarien zur Rolle der Freien Wohlfahrtspflege im 21. Jahrhundert in: Jahrbuch der Sozialen Arbeit 1999

In diesem Kapitel werden zwei beispielhafte Verträge aufgenommen:

Mustervertrag 1

Arbeitsgemeinschafts-Vertrag

Zwischen

und

wird folgender

Vertrag

geschlossen.

§ 1 Arbeitsgemeinschaft

Die _____ und das _____ gründen eine Arbeitsgemeinschaft mit Bezeichnung „Ambulante Rehabilitation im Verbund“.

§ 2 Aufgabenstellung

Unter Aufrechterhaltung ihrer Selbständigkeit schließen sich die Vertragsparteien in dem Willen zusammen, miteinander zu

arbeiten, Erfahrungen und Kenntnisse auszutauschen und weiterzugeben und im Verbund die Ambulante Rehabilitation Suchtkranker zu betreiben.

Die gemeinsame Tätigkeit soll folgende Bereiche umfassen:

a) Der Verbund hat die Aufgabe die Ambulante Rehabilitation Suchtkranker (ARS) entsprechend der „Empfehlungsvereinbarung Ambulanter Rehabilitation“ vom 7. Januar 1991 durchzuführen. Durch die gemeinsame Durchführung sind Spezialisierungen möglich, die bei der differentiellen Indikation berücksichtigt werden können.

b) Durch den Verbund sollen die Beratungs- und Behandlungsangebote der _____ in der ambulanten und komplementären Suchttherapie vernetzt werden mit den teil- und vollstationären Entwöhnungsangeboten des _____.

c) Der Verbund führt spezielle Beratungs- und Informationsveranstaltungen im Suchtbereich durch. Ausgenommen sind hiervon bereits etablierte allgemeine Beratungs- und Informationsveranstaltungen und -angebote. Eine Konkurrenzsituation zu bereits bestehenden Angeboten der _____, des _____ oder anderer Träger soll nicht entstehen.

§ 3

Fachliche Leitung

Die fachliche Leitung der Arbeitsgemeinschaft obliegt gemeinsam dem Geschäftsführer der _____ oder seinem Stellvertreter und der ärztlichen Leitung der Abteilung Suchttherapie im _____.

§ 4

Abwicklung von Leistungen

a) Das _____ stellt im Rahmen des Verbundes teil- und vollstationäre Behandlungsplätze in der Entwöhnungseinrichtung zur Verfügung, die nach Abstimmung zwischen den fachlich Verantwortlichen belegt werden können.

b) Das _____ stellt im Rahmen des Verbundes geeignetes Personal mit entsprechender Qualifikation - insbe-

Die Verträge sind Beispiele, wie ein Verbundsystem organisiert sein kann.

sondere Zusatzausbildung - für therapeutische Leistungen in der Ambulanten Rehabilitation gegen Leistungsverrechnung zur Verfügung. Die Ambulante Rehabilitation wird in Verantwortung und Kostenträgerschaft der _____ durchgeführt.

c) Die _____ stellt innerhalb des Verbundes geeignetes therapeutisches Personal zur Verfügung, das gegen Leistungsverrechnung integrativ in der teil- und vollstationären Entwöhnungsbehandlung des _____ tätig wird.

§ 5

Abrechnung mit Kostenträgern

Vor Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme ist klientenbezogen zwischen den Kooperationspartnern zu vereinbaren, ob die _____ oder das _____ federführend die Maßnahme abwickelt und einen entsprechenden Kostenübernahmeantrag beim in Frage kommenden Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme stellt.

§ 6

Vergütung

Die wechselseitige Bereitstellung und Inanspruchnahme von Personal ist von den Kooperationspartnern in Leistungsdokumentationen mit Zeit, Ort, Leistungsinhalt und Klientenbezug zu erfassen. Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt monatlich per Rechnungsstellung. Zur Leistungsabrechnung werden jährlich zu Jahresbeginn zwischen den Kooperationspartnern Verrechnungspreise vereinbart, die neben den Personalkosten sämtliche sonstigen Kosten beinhalten.

§ 7

Tätigkeitsbericht

Der Geschäftsführer der _____ und die ärztliche Leitung der Abteilung Suchttherapie im _____ haben jeweils zum 31. März einen Tätigkeitsbericht über die Aktivitäten der Arbeitsgemeinschaft im abgelaufenen Kalenderjahr zu erstellen. Der Tätigkeitsbericht ist dem Vorstand der _____ und der Geschäftsleitung des _____ vorzulegen.

§ 8

Vertragsdauer, Kündigung

1. Der Vertrag tritt am _____ in Kraft; er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
2. Der Vertrag kann von beiden Teilen mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung hat durch einen eingeschriebenen Brief zu erfolgen.
3. Das Recht auf Kündigung des Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

§ 9

Schlussbestimmungen, Erfüllungsort

1. Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag sind nur gültig, wenn sie schriftlich vereinbart worden sind. Durch eine vom Vertragstext abweichende Übung werden Rechte und Pflichten begründet.
2. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein, so sind sie unter Wahrung des Grundsatzes der Vertrags-treue neu zu regeln. Die Nichtigkeit einzelner Vertragsbestimmungen hat nur dann die Nichtigkeit des gesamten Vertrages zur Folge, wenn dadurch die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses für eine Partei unzumutbar wird.
3. Erfüllungsorte sind _____ und _____

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift

Kooperationsvereinbarung

zwischen der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle der Suchtkrankenhilfe im

_____ und der _____

für eine indikationsgeleitete ambulante / teilstationäre / vollstationäre medizinische Rehabilitation Sucht für die Region _____

Vorwort

Für eine optimale Rehabilitation der gemeinsamen Klienten vereinbaren die Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle der Suchtkrankenhilfe im _____ und die _____ künftig eine engere Zusammenarbeit.

Regionale Versorgungsstrukturen der Rehabilitation von Suchtkranken ermöglichen effektivere und kostengünstigere Behandlungsangebote. In überschaubaren Regionen lassen sich flexible und indikationsgeleitete Kooperationsformen für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker effizienter entwickeln.

Durch die im Folgenden konkreter benannten Vereinbarungen lassen sich in der Zusammenarbeit zwischen der _____ und der _____ am Bedarf des Klienten/Patienten orientierte, individuelle, flexible und variable Formen der Rehabilitation entwickeln sowie die Schnittstellen durch eine engere Kooperation günstiger gestalten.

Vereinbarung

Zwischen der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke, _____ und der _____ wird eine Kooperation in folgenden Punkten vereinbart:

Nahtloser Übergang von stationärer und ambulanter Rehabilitation:

Aufgrund des differenzierten Krankheitsbildes der Abhängigkeitserkrankung ist es erforderlich, die ambulanten, teilstationären und vollstationären Bausteine individuell zusammenzustellen, wobei unkomplizierte und nahtlose Übergänge von der einen Therapieform zur anderen möglich sein müssen. Die folgende Aufstellung gibt Anhaltspunkte, in welcher Form diese Kombinationen sinnvoll sein können. Analog dem „Olper Modell“ wird zu bestimmten Zeitpunkten der Rehabilitation überprüft, ob der stationäre Baustein noch erforderlich ist, oder ob der Rehabilitationsprozess im ambulanten Bereich fortgesetzt werden kann. Folgende Eckpunkte sollen dabei die Orientierung erleichtern:

8 Wochen stationär, anschließend max. **60/6** Einheiten **ambulant** in 9 Monaten
(bewilligt werden zunächst **40/4** Einheiten)

12 Wochen stationär, anschließend max. **40/4** Einheiten **ambulant** in 6 Monaten

16 Wochen stationär, anschließend max. **20/2** Einheiten **ambulant** in 6 Monaten (Nachsorge)*

* im Einzelfall Erweiterung auf 40/4 Einheiten ambulant möglich

Bei bestimmten Indikationen wird es sinnvoll sein, die Behandlung zunächst ambulant zu beginnen. Sollte diese Behandlungsform dann eine Überforderung für den Patienten darstellen, muss ein nahtloser Übergang von der ambulanten in die stationäre Rehabilitation möglich sein, z.B. im Sinne einer stationären Krisenintervention oder Rückfallbehandlung.

Nach einer stationären Phase von 6 bis 8 Wochen wird dann erneut überprüft, ob die Behandlung nicht längerfristig wieder im ambulanten Bereich fortgeführt werden kann. Auch ein mehrmaliger Wechsel aus therapeutischen Gründen ist in Einzelfällen möglich.

In Einzelfällen sollte auch die Möglichkeit bestehen, dass nach einer stationären Anfangsphase von 8 Wochen zunächst eine 6-monatige ambulante Rehabilitationsphase erfolgt und bei bestimmten Indikationen dann nochmals eine 4- bis 6 wöchige stationäre Phase bei entsprechender Indikation durchgeführt werden kann.

Rehabilitation nach speziellen Indikationen

Entsprechend dem Leistungs- und Angebotsprofil der _____ können Klienten der _____, die zusätzlich zu ihrer Suchterkrankung eine weitere Störungsform (Sucht und Co- Morbidität) oder eine besondere Lebenssituation aufweisen (z.B. junge Erwachsene), zur Rehabilitation in der _____ angemeldet werden - unter Beachtung des Entscheidungsrechtes des Rentenversicherungsträgers.

Dies betrifft folgende Therapieschwerpunkte:

- **Sucht und Angst**
- **Sucht und Depression**
- **Junge Erwachsene**
- **therapieerfahrene Patienten**
- **wohnortnahe Behandlung**
- **praxisbezogene Arbeitstherapie**

Der Wechsel der einzelnen Therapieformen (ambulant-, teilstationär, vollstationär) erfolgt erst nach Zustimmung durch den Leistungsträger, der über den Wechsel schriftlich informiert wird. Über jeden Baustein wird ein ärztlicher Entlassungsbericht nach Vordruck erstellt.

Konkrete Formen der Zusammenarbeit

Die Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke _____ und die _____, vereinbaren, ihre Therapiekonzepte durch Fachgespräche so aufeinander abzustimmen, dass durch die Schnittstellen ambulant / teilstationär / vollstationär für die Klienten / Patienten

keine nennenswerten Brüche im Therapieprozess entstehen. Das schließt auch Absprache zu Diagnostik und therapeutischen Verfahren ein.

Weiterhin wird vereinbart, vor dem Wechsel des jeweiligen Settings (ambulant/ teilstationär/ vollstationär) zeitnah ein gemeinsames Fallgespräch in der Suchtberatungsstelle zu führen - bei Bedarf unter Einbeziehung der Familie. Für den Fall, dass die persönliche Anwesenheit durch Terminprobleme nicht möglich ist, wird ein intensiver fallorientierter telefonischer Kontakt vereinbart.

Einmal pro Jahr findet ein Austausch über die Erfahrungen mit der Kooperation zwischen der _____ und der _____ statt.

Diese Vereinbarung tritt am _____ in Kraft.

Ort, Datum _____ Ort, Datum _____
für die Suchtberatungsstelle für die Fachklinik

Unterschrift Unterschrift
Beratungsstellenleiterin Verwaltungsleiterin

Autorinnen und Autoren:

Baudis, Rainer
Beier, Walter
Fußnegger, Dieter
Gräf, Friedhelm
Gresförder, Klaus
Gudd, Eberhard
Ilägerbäumer, Hermann
Jetter, Helm
Körtel, Käthe
Mohn, Dagmar
Redecker, Dr. Thomas
Schuler, Dr. Harald
Seiler, Ralph

Ein solches Arbeitspapier kann nicht ohne die engagierte Mitarbeit von Experten aus unserem Verband erstellt werden. Der GVS bedankt sich ausdrücklich bei allen Teilnehmern der Arbeitsgruppe, die durch ihre Arbeit zum Gelingen dieser Dokumentation beigetragen haben.

Irene Helas

Geschäftsführerin des Gesamtverbandes für Suchtkrankenhilfe
im Diakonischen Werk der EKD e. V.

Kassel, im August 2000