

Fachtag

Suchthilfe der Zukunft –
Grundversorgung in Schleswig-Holstein

Dokumentation

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einladung / Programm	3
Landespastor Heiko Naß Begrüßung zum Fachtag Suchthilfe der Zukunft – Grundversorgung in Schleswig – Holstein	4
Grußwort Angelika Bähre, Drogen- und Suchtbeauftragte des Landes Schleswig-Holstein	7
Vortrag Suchthilfe – Neu denken, neu planen, neu handeln?! Prof. Dr. Michael Klein, kath. Fachhochschule Nordrhein-Westfalen	11
Vortrag Ambulante Suchthilfeviele Werte ... nicht geschätzt ? Corinna Mäder-Linke, Gesamtverband für Suchthilfe e.V., Fachverband der Diakonie Deutschland	36
Anhang: Masterplan: Suchthilfe für das Land Schleswig-Holstein	50

Fachtag - Einladung / Programm

Suchthilfe der Zukunft – Grundversorgung in Schleswig-Holstein

Montag, 25. März 2019

Tagungszentrum Martinshaus

Rendsburg

Wie kann die Suchthilfe in Schleswig-Holstein zukunftsfähig gemacht werden? Erste Antworten auf diese Frage gibt der „Masterplan Suchthilfe für das Land Schleswig-Holstein“, der vom Diakonischen Werk entwickelt wurde. Der Veränderungsbedarf ergibt sich aus dem Umstand, dass bislang nur die Auslastung vorhandener Strukturen im Fokus der Suchthilfe stand. Der darüberhinausgehende Bedarf blieb unberücksichtigt. Entsprechend wurde die Suchthilfe nicht weiterentwickelt. Der Masterplan verfolgt daher das Ziel, die Grundversorgung der Suchthilfe in Schleswig-Holstein breiter und besser aufzustellen. Bei dem Fachtag in Rendsburg geben Expertinnen Einblick in aktuelle Entwicklungen der Suchthilfe. Zudem soll der Masterplan mit Abgeordneten des Schleswig-Holsteinischen Landtags diskutiert und gemeinsam ein Fahrplan für die künftige Suchthilfe entworfen werden.

Programm

- 13.00 Uhr Ankunft und Imbiss
- 13.30 Uhr Eröffnung und Grußworte
Landespastor Heiko Naß, Diakonisches Werk Schleswig-Holstein
Angelika Bähre, Drogen- und Suchtbeauftragte des Landes
Schleswig-Holstein
- 13.45 Uhr Suchthilfe – Neu denken, neu planen, neu handeln?!
Prof. Dr. Michael Klein, kath. Fachhochschule Nordrhein-Westfalen
- 14.30 Uhr Ambulante Suchthilfeviele Werte ... nicht geschätzt ?
Corinna Mäder-Linke, Gesamtverband für Suchthilfe
e.V., Fachverband der Diakonie Deutschland
- 15.15 Uhr Pause
- 15.45 Uhr Podiumsdiskussion mit Abgeordneten des Schleswig-Holsteinischen Landtags
- 17.00 Uhr Zusammenfassung und Ausblick
- 17.15 Uhr Ende

Termin

Montag, 25. März 2019

13.00 – 17.15 Uhr

Veranstaltungsort

Diakonisches Werk Schleswig-Holstein, Tagungszentrum Martinshaus
Kanalufer 48, 24768 Rendsburg

Anmeldung

Bitte melden Sie sich bis zum 19.3.2019 an

unter: Ingrid Ott, Referat Suchthilfe

Tel. 04331/593-241

Fax: 04331/593-35-241 oder

Mail: i.ott@diakonie-sh.de

Landespastor Heiko Naß
Begrüßung zum Fachtag Suchthilfe der Zukunft – Grundversorgung in Schleswig – Holstein

Sehr geehrte Damen und Herren,

in ihrem wunderbaren kleinen Büchlein „Herr Wohllieb sucht das Paradies“ beschreibt Susanne Niemeyer, Mitautorin bei „Andere Zeiten“, dem Initiator von „Sieben Woche ohne“ oder dem Anderen Advent 10 Dinge, die nicht sind, aber sein könnten: Auf dieser Liste stehen dann folgende Sachen:

- so viel Schlaf, bis es reicht,
- leicht abrollbare Frischhaltefolie,
- reuige Raser,
- reibungslos abgelieferter Pakete,
- Verrentung aller Despoten,
- Mehr Mut zum Glück...
-
-

die Liste ist von meiner Seite bewusst nicht vollständig gehalten, um Ihnen vielleicht Interesse daran zu geben, sich dieses Büchlein selbst zu erschließen.

Momente zwischen Allerweltsdingen und der Utopie – das kommt zusammen, wenn man sich auf den Weg macht, vom Alltag zu abstrahieren und einen Blick auf die Zukunft zu nehmen.

Ein wenig, den Blick in die Zukunft zu wagen, versuchen wir auch heute bei einem Thema, das ganz und gar kein Allerweltsthema ist, sondern zu ernsthaften Herausforderungen, Lebensbedrohlichkeit, Existenzgefährdungen führt und in jedem Fall fern von Glück ist für Menschen, die von Sucht bedroht sind, als Betroffene, Angehörige oder weitere Zugehörige.

Ich freue mich, dass Sie der Einladung des Diakonischen Werkes gefolgt sind und darf Sie zu dieser Fachveranstaltung herzlich hier am Sitz des Diakonischen Werkes Schleswig-Holstein, im Martinshaus begrüßen. Wir haben Sie dazu eingeladen, über die Grundversorgung der Suchthilfe in Schleswig-Holstein und die aus unserer Sicht Erfordernisse für eine Planung in die Zukunft zu diskutieren.

Wir haben unserem Diskussionspapier den Titel „Masterplan“ gegeben. Das setzt in der Tat einen gewissen Anspruch. Damit ist aber weniger gemeint, dass wir schon am Ende der Diskussion wären, sondern das Gegenteil ist der Fall: es der Anstoß zum Diskurs, bei dem wir uns viele Beteiligte mit ihrem eigenen Interesse wünschen, an dessen Ende die Beschreibung eines Gesamtplanes stehen könnte, der eine abgestimmte, nach landesweit vergleichbaren Qualitätsstandards

Struktur der Suchthilfe beschreibt und Grundsätze für und die Sicherstellung regionaler und überregionaler Dienstleistungen formuliert.

Diese Diskussion führen wir im Diakonischen Werk seit gut zwei Jahren und haben dann in Abstimmung mit vielen Trägern das vorliegende konzeptionelle Grundsatzpapier erarbeitet.

Ausgangspunkt unserer Überlegungen ist die Versorgung im Sozialraum als Dreh- und Angelpunkt sowohl für die Prävention, die ambulante Beratung als auch die Selbsthilfe als wichtige Säule der Suchthilfe.

Die Erfahrungen zeigen, dass viele Betroffenen gerade im ländlichen Bereich aufgrund fehlender Mobilität es schwer haben, die Hilfeangebote in Anspruch zu nehmen. Wir stellen fest, dass es immer mehr Personengruppen gibt, die durch die Komm-Struktur nicht erreicht werden. Dieses trifft für Personen im Alter, geflüchtete Menschen, aber auch Jugendliche zu. Die Vernetzung zwischen aufsuchender Arbeit und Fachstellen ist in Blick zu nehmen. Auch besondere Angebote, die oft nur über Spenden finanziert werden, wie z.B. für von Kinder suchtkranker Eltern bedürfen einer strukturellen Verortung im System. In Korrespondenz dazu sind die überregionalen Angebote wie z.B. die stationären Angebote der Suchthilfe und der Eingliederungshilfe – immer unter dem Aspekt der Erreichbarkeit, Vernetzung, Verzahnung zu bedenken.

Die Kommunalisierung bringt es mit sich, dass es ein sehr unterschiedlich aufgebautes Suchthilfesystem in den verschiedenen Kreisen und Städten und unterschiedliche Zugänge in das Hilfesystem gibt, je nach Wohnort. Das mag ein Vorteil sein, insbesondere im Blick auf die Stärkung des Wunsch- und Wahlrechtes, birgt aber auch die Gefahr der Unübersichtlichkeit.

Sowohl in Reaktion auf die aktuellen Entwicklungen für die Bereiche legaler und illegaler Suchtmittel sowie der nicht stoffgebundenen Süchte, und der besonderen Problemlagen in den Städten und Landkreisen sehen wir die Aufgabe, einen allgemeiner, mit allen Beteiligten abgestimmten Plan zu entwickeln. Darin aufgenommen werden sollen aktiv neue Impulse und Angebote.

Die Anwesenheit von Landespolitikerinnen und Landespolitikern zeigt, wie virulent dieses Thema wahrgenommen und immer wieder auch in Landtagsdiskussionen angesprochen worden ist. Daher freue ich, dass ich die Landtagsabgeordnete Frau Tschacher und die Landtagsabgeordneten Herrn Bornhöft und Herrn Heinemann begrüßen darf. Ich begrüße auch die Landespolitikerin und Landesvorsitzende von Bündnis90/Die Grünen Frau Tranziska.

Ich freue mich, dass die Beauftragte des Landes, Frau Bähre, gekommen ist. Ich begrüße es, dass hier bereits konstruktiv der Diskurs zu unserem Entwurf eines

Masterplanes aufgenommen wurde und freue mich, dazu mehr im Grußwort zu hören. Mit der Einführung des Indikatorenmodells hat das Land eine qualitative Weiterentwicklung der Suchthilfe eingeführt. Wir begrüßen, dass das Land zu Beginn der Legislaturperiode zusätzliche Mittel für den Bereich der Prävention bereitgestellt hat. Wir haben im Masterplan dazu die Fragestellung aufgeworfen, inwieweit es gelingen wird, eine abgestimmte Aufgabenbeschreibungen zwischen den verschiedenen Gebietskörperschaften vorzunehmen auf daraufhin die Förderpolitik auszurichten.

Ferner begrüße ich den Geschäftsführer der LSSH Herrn Sachs und weitere Mitarbeitende der LSSH. Auch wenn in unserem Masterplan die LSSH nicht explizit genannt ist, so bedeutet das keineswegs, dass ihr nicht gerade eine bedeutende Rolle, wenn nicht die wesentliche Aufgabe für eine Netzwerkbildung und ein Agenda Setting für eine zukunftsweisende Struktur der Suchthilfe zukommt. Wir meinen, dieses mit der Betonung der Subsidiarität in diesem System unterstrichen.

Ich freue mich, dass auch viele Vertreterinnen und Vertreter der Kollegialverbänden sowie der Fachdienste aus Kreisen und Städten anwesend sind und eingeladen sind, sich am Diskurs zu beteiligen.

Last but not least begrüße ich unter den namentlich genannten die Referentin und den Referenten des Nachmittags, Frau Corinna Mäder – Linke und Herrn Prof Dr. Michael Klein. Und ich danke allen, die an der Vorbereitung des heutigen Tages mitgewirkt haben.

Ich hoffe, dass unser Papier zu einer kritischen Diskussion einlädt und hoffe, dass am Ende des Tages eine Perspektive gewonnen werden kann, wie diese Impulse weiter aufgegriffen auch inhaltlich fortgeführt werden.

Heiko Naß

Es gilt das gesprochene Wort

**Grußwort zum Fachtag der Diakonie Schleswig-Holstein
„Suchthilfe der Zukunft“ am 25.03.2019
von der Sucht- und Drogenbeauftragten Angelika Bähre;
u. a. zum Masterplan:
Suchthilfe für das Land Schleswig-Holstein**

Sehr geehrter Herr Landespastor Nass,
sehr geehrte Frau Willer,
sehr geehrte Frau Mäder-Linke,
sehr geehrter Herr Prof. Klein,
liebe Gäste dieses Fachtages,

ich freue mich Sie hier alle herzlich begrüßen zu dürfen und bedanke mich für die Einladung zu einem Grußwort.

Vielleicht sind Sie schon an den Beginn meiner Grußworte gewöhnt, und ich will dieser guten Sitte auch heute hier entsprechen und bei einem Anlass wie diesem den besonderen **Gruß** der **Hausspitze des Sozialministeriums** des Landes Schleswig-Holstein überbringen –

Herzliche Grüße also von Herrn Minister Dr. Heiner Garg und Staatssekretär Dr. Matthias Badenhop. Sie wünschen dieser Veranstaltung einen guten Verlauf.

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit der endgültigen Einladung zu dieser Veranstaltung übersandten Sie einen vom Diakonischen Werk entwickelten „Masterplan Suchthilfe für das Land Schleswig-Holstein“ mit dem Hinweis, diesen anlässlich der Podiumsdiskussion mit den gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprechern des schleswig-holsteinischen Landtages diskutieren und gemeinsam einen Fahrplan für die künftige Suchthilfe entwerfen zu wollen.

Das ist ein ambitioniertes Anliegen und hat meine eigentliche Grußwortvorbereitung für diesen Tag – ich sagt es frei heraus „über den Haufen geworfen“.

Da dieser Masterplan aus meiner und der Sicht des Gesundheitsministeriums auf zum Teil fehlerhaften Annahmen beruht, erlauben Sie mir hier kurze, stichwortartige Anmerkungen und Empfehlungen für Ihre geplante Diskussion sowie einen möglichen Umgang bzw. ein weiteres Verfahren in der Sache:

- Kenntlichmachung des Masterplans als „Diskussionspapier“ bzw. als „Diskussionsentwurf“.

- Ein möglicher „Landesrahmenplan Sucht“ muss alle **vier** Bereiche der Suchthilfe, das sind die Suchtprävention, die stationäre und ambulante Suchthilfe sowie die Suchtselbsthilfe, umfassen. Ansonsten beschränken und benennen Sie ihn auf das, wofür er gedacht ist und für das das Land und die Kommunen vorrangig den finanziellen Rahmen bieten, nämlich die ambulante Suchthilfe, es geht Ihnen also um einen „Landesrahmenplan für die ambulante Suchthilfe“.

Sehr geehrte Damen und Herren,

- An der Erstellung eines solchen fachlich geprägten „Landesrahmenplans“ sollten alle Wohlfahrtsverbände und alle Institutionen, insbesondere die Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein (LSSH), die in diesen Bereichen involviert sind, mitwirken.
- die ambulante Suchtkrankenhilfe und die offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich sind **nach dem Gesundheitsdienstgesetz als originäre Aufgabe der Kommunen** definiert. Die Aufgabenwahrnehmung durch die Kommunen erfolgt aus gutem Grund: Wir wissen, dass die Bedarfe lokal bzw. regional deutlich differieren und sich die erforderliche Kompetenz für die Bestimmung der richtigen Angebote aus der Kenntnis der Lage vor Ort ergibt.
- *Bisher haben m. W. einige Kommunen, wie z. B. Segeberg, eigene Pläne entwickelt.*
- Das **Land** trägt ungeachtet der kommunalen Zuständigkeit einen relevanten Anteil zur nachhaltigen Finanzierung der dezentralen ambulanten Suchtkrankenhilfe bei. Aktuell erhalten die Kommunen **im Rahmen freiwilliger Leistungen jährlich Landesmittel in Höhe von 2,875 Mio. Euro** zur eigenverantwortlichen Verteilung an die ambulanten Einrichtungen. Mit einer anteiligen Landesfinanzierung von ca. 12% an der ambulanten Suchtkrankenhilfe gemessen an der Bevölkerungszahl des Landes liegen wir dabei nach uns vorliegenden Informationen im Bundesdurchschnitt im guten Mittelfeld.
- Ihre Aussage *unter Nr. 2*, dass es seit 2003 weder eine Berichterstattung noch eine gesteuerte Weiterentwicklung der ambulanten Suchthilfe gegeben habe, ist nicht korrekt. So wurden in einer Landtagsdrucksache in 2015 die vorgenommenen Maßnahmen der Suchtkrankenhilfe der Landesregierung seit 2012 durch die Landesregierung dargestellt.
- Außerdem gibt es seit 2012 einen „Rahmenstrukturvertrag soziale Hilfen“, der eine Umstellung und Finanzierung nach einem Indikatorenmodell beinhaltet und auch besondere Versorgungsformen, wie z. B. die Prävention mit einschließt. 2017 gab es die Veröffentlichung der Evaluation des Indikatorenmodells durch das Forschungsinstitut FOGS und daraufhin eine Neuausrichtung/Anpassung der Indikatoren bzw. der Finanzierungskriterien. Der Rahmenstrukturvertrag hatte von Anfang an das Ziel, die künftige

Gestaltung der ambulanten Grundversorgung in den Bereichen Sucht und psychiatrische Hilfen gemeinsam mit den Kommunen und den Wohlfahrtsverbänden umzusetzen.

- Das Land hat den Kommunen über die Zuwendungsverträge mehrjährige Planungssicherheit eröffnet.

Sehr geehrte Damen und Herren,

- Weitere Aussagen zur Nichtnutzung vorhandener Daten sind ebenfalls nicht korrekt, da die Daten, u. a. auch zu den regionalen Unterschieden, in die Evaluation des Indikatorenmodells 2016/2017 eingeflossen sind und damit zu einer Anpassung der Indikatoren und somit zu einer Weiterentwicklung in der Suchthilfe geführt haben.
- Im Masterplan wird das Fehlen eines auf der Bevölkerungsverteilung und festgelegten Qualitätsstandards basierenden Gesamtkonzeptes bemängelt. Dies geschieht aus gutem Grund. Ich erwähnte es bereits: das MSGJFS muss berücksichtigen, dass die Bedarfe lokal bzw. regional deutlich differieren und sich die erforderliche Kompetenz für die Bestimmung der richtigen Angebote aus der Kenntnis der Lage vor Ort ergibt.
- Die formulierten Ziele *unter Nr. 3*, die m. E. eher als Forderungskatalog an das Land zu verstehen sind, werden als Aufgaben zu einem großen Maße bereits seit vielen Jahren durch die LSSH geleistet und im Rahmen der mit ihr formulierten Zielvereinbarung auch durch das MSGJFS finanziert.
- Die Forderungen zur Finanzierung, *die unter der Nr. 4 formuliert wurden*, u. a. zur Stabilität und Nachhaltigkeit sowie für eine Mehrjährigkeit der Finanzierung, erfolgte zum einen bereits durch die Anpassung der Indikatoren im Rahmenstrukturvertrag zum anderen durch die finanzielle Anpassung mit Abschluss des neuen fünfjährigen Folgevertrages ab 2018, in dem das Land die Förderung um **500 T € jährlich erhöht** hat.

Sehr geehrte Damen und Herren,

lassen Sie mich abschließend noch erwähnen, dass das Land Schleswig-Holstein neben der Landesförderung an die Kommunen mit mehr als **1 Mio. Euro** über die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (LVGF) landesweite Projekte und Maßnahmen der ambulanten Suchtkrankenhilfe, wie z.B. Präventionsprojekte, die Suchtselbsthilfe, Suchthilfeprojekte im Rahmen von spezifisch befristeten Projekten, Forschungsprojekte im Bereich Glücksspiel und die Begleitung der Dokumentation fördert. Diese zusätzlichen, individuellen Förderungen tragen u.a. auch den aktuellen Bedarfen der in den Datenerhebungen festgestellten Entwicklungen Rechnung.

Ferner wird die LSSH in ihrer überregionalen und vernetzenden Funktion inklusive der fachlichen Unterstützung des MSGJFS über die LVGF gefördert. Zusätzlich erhalten die LSSH und das Institut für Forschung und Therapie Nord (IFT Nord) für Präventionskampagnen sowie für verschiedene eigene Projekte eine Landeszuwendung.

Sie sehen, wir sind uns der Bedeutung der Suchtselbsthilfe, der Prävention, der stationären, aber insbesondere der ambulanten Suchtkrankenhilfe sehr bewusst und drücken dies nicht nur mit Worten sondern auch mit Taten aus. Dennoch dürfen wir uns nicht zurücklehnen und innehalten, sondern müssen uns immer wieder den neuen Herausforderungen stellen und in unseren Bemühungen – auch finanziell und strukturell – nicht nachlassen. Ich bin gespannt auf die kommenden Fachvorträge und entschuldige mich an dieser Stelle gleich für dieses zeitlich doch etwas umfangreichere Grußwort – das der besonderen Situation geschuldet war.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Suchthilfe – Neu denken, neu planen, neu handeln?!
Prof. Dr. Michael Klein, kath. Fachhochschule Nordrhein-Westfalen

Diakonie 
Schleswig-Holstein

Fachtag

Suchthilfe der Zukunft –
Grundversorgung in Schleswig-Holstein

Montag, 25. März 2019
Martinshaus
Rendsburg

Suchthilfe – Neu denken, neu planen, neu handeln?!
Michael Klein

KatHO NRW 
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

 **DEUTSCHES INSTITUT FÜR SUCHT-
UND PRÄVENTIONSFORSCHUNG**

Umgang mit Suchtkranken und ihrem Umfeld

Basics zu Suchtstörungen:

Suchterkrankungen...

- (1) verlaufen zyklisch, langfristig und mit Rezidiven.
- (2) sind mit erhöhter Wahrscheinlichkeit in Familien transgenerational zu finden.
- (3) weisen in der Regel ein Muster psychischer Komorbidität und schwerer psychosozialer auf.

Aber auch. Suchtstörungen lassen sich oft erfolgreich mit motivierenden Methoden behandeln. Eine koordinierte, frühinterventive Vorgehensweise mit langem Atem ist am erfolgreichsten.

Suchthilfe – Neu denken, neu planen, neu handeln?!

1. Suchthilfe vor 1989

Widder den Sauffteufel

fel / gebessert / vnd an vielen
örtern gemehret.

Item / Ein Sendbrieff des Hellsichen
Sathans / an die Zutrinker / vor 45.
Jaren zuuer aus gegangen.

Item / Ein Sendbrieff Matthzi Friderichs /
an die Sollen Brüder in Deutschem Lande.



Titelblatt des «Sauffteuffels» (1557) von Matthäus Friedrich

Was bisher geschah ... (I)

Die ersten epidemischen Suchtprobleme werden ab ca. 1540 beschrieben, vor allem aber ab ca. 1745

Die ersten Forderungen nach einem spezialisierten Suchthilfesystem ab ca. 1795

Die ersten suchtspezifischen Behandlungseinrichtungen ab ca. 1850. In Deutschland gab es schon im 19. Jahrhundert die ersten Trinkerheilstätten und Ambulanzen

Die ersten „Alkoholgesetze“ gibt es seit ca. 1700 v. Chr.

Was bisher geschah ... (II)

Historische Hintergründe der Suchthilfe:

begründet als Mittel der sozialen Kontrolle

erste umfassende Krankheitsmodelle seit Ende des 18. Jahrhunderts (Trotter, Rush, Hufeland, Brühl-Cramer, ...)

zunächst im Kontext der Armenfürsorge und „Rettung“ der Arbeiter und ihrer Familien

zyklische Entwicklung im 20. Jahrhundert in Deutschland (auf und ab)

Reformen nicht von innen, sondern von außen unter Kosten- und Öffentlichkeitsdruck seit den 90er Jahren

Nach wie vor: Übermäßig stark gegliedert, künstlich geschaffene Schnittstellen, wenig bis keine Evidenzbasierung

Suchtpolitik organisiert sich um zentrale Bestimmungsthemen

Die suchtpolitischen Debatten konkretisierten sich stets um bestimmte **zentrale Themen** herum und tun das immer noch:

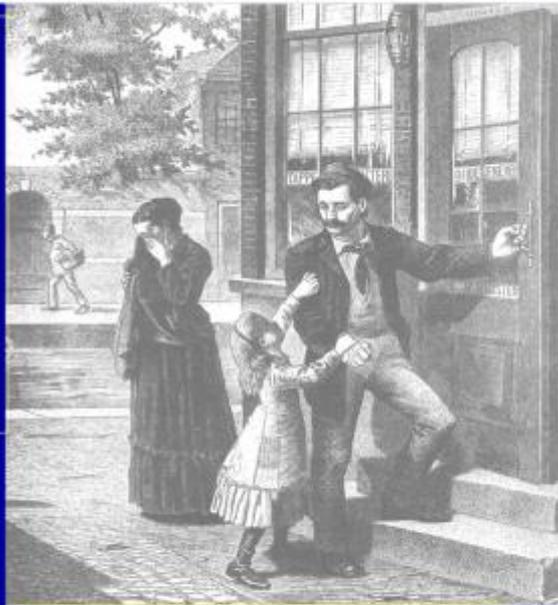
Reinheit vor Gott, Sünde, Laster, Willensschwäche, Moral, Rasse, Arbeitsfähigkeit, Erbkrankheit.

Heute sind es vor allem die Themen Selbstkontrolle, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, die das System „befeuern“.

Die erste deutsche Trinkerheilstätte – ein Armenasyl

Die Geschichte der institutionellen Suchthilfe in Deutschland beginnt um das Jahr 1850 mit den ersten Forderungen nach eigenen Trinkerheilstätten für die vom Alkohol („Schnaps“) abhängigen Männer. Die ersten Einrichtungen – wie z.B. die spätere diakonische Trinkerheilstätte Siloah in Lintorf bei Düsseldorf – entstand in der Tradition der evangelischen Armenfürsorge. Viele umherziehende Männer waren Tagelöhner, die durch den Schnapskonsum gesundheitlich und sozial verwahrlosten und verarmten und in entsprechenden Einrichtungen Unterkunft und Verpflegung gegen Mitarbeit fanden.

„Addiction runs in Families“ → und erzeugt Parentifizierung, Familienkonflikte, Beschämung → Die Generationengrenzen sind alkohol- und drogenlöslich



Mäßigkeitsbewegung, Amsterdam, ca. 1880

Chronologie der Vorgeschichte

“Die Alkoholfrage hat eine biologische und eine soziologische Seite. Die erstere dem allgemeinen Verständnis näher zu bringen, war die Medizin imstande ... Doch bei der Untersuchung der Ursachen des Alkoholismus versagte sie vollkommen; denn diese liegen zumeist im Bau und Leben des socialen Körpers, der nun einmal der Untersuchung mittelst Secirmesser, Retorte und Linse unzugänglich ist“ (Grotjahn, 1898, 316).



Abb. 2.17. Der Trinker. (Albert Anker, Öl auf Leinwand, um 1868; aus Bildarchiv Foto Marburg)

19. Jahrh.:
Der
„autistische“
Rausch, die
„freiwillige“
Selbstintoxi-
kation

**Suchthilfe – Neu denken, neu planen,
neu handeln?!**

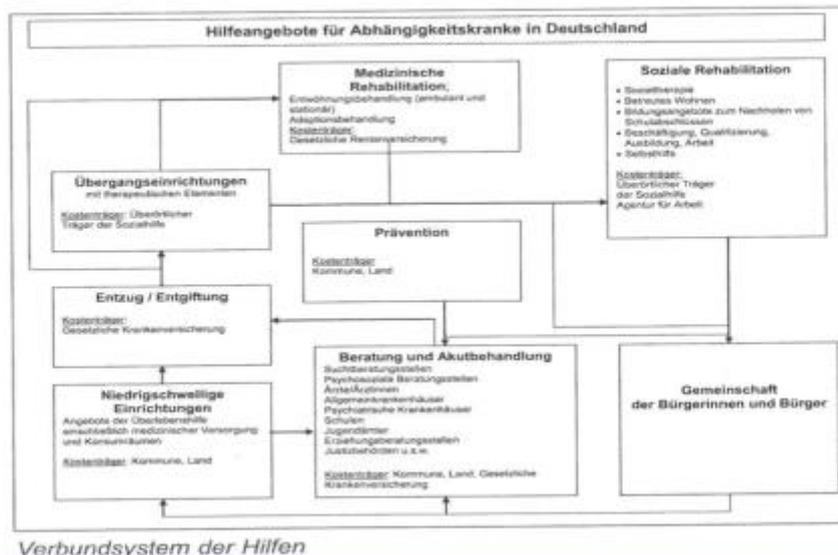
2. Strukturanalyse des aktuellen
Suchthilfesystems

Eingangsdiagnose: Zustand des Suchthilfesystems

Ein hoch spezialisiertes, gegliedertes Hilfe- und Versorgungssystem. Das bietet Vorteile (Effektivität) und Chancen. Aber es weist auch Risiken und Tücken (Selektivität) auf ...

Was ist überhaupt das Suchthilfesystem? Was gehört dazu? Versuch einer Definition...

Suchthilfesystem in Deutschland



aus: Leune (2012, S. 195), Jahrbuch Sucht 2012

Tab. 1: Übersicht über Angebote der Suchthilfe

Art der Einrichtung	Anzahl [gerundet]	Plätze [gerundet]
Beratungsstellen und -dienste (pro Jahr) ca.	< 1.300	> 500.000
Substitutionsbehandlung (registriert)		77.400
Niedrigschwellige Angebote	> 300	
Spezialisierte Krankenhausabteilungen	> 300	> 7.500
Psychiatrische Kliniken	300	> 220.000
Psychiatrische Institutsambulanzen		> 75.000
Entzug mit Motivationsanteilen	190	> 2.000
Ganztags Ambulante Rehabilitation	100	> 1.000
Vollstationäre Rehabilitation	320	13.200
Adaptionseinrichtungen	115	> 1.200
Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	268	> 10.700
Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	112	> 1.200
Ambulantes Betreutes Wohnen	460	> 12.000
Arbeitsprojekte/Qualifizierungsmaßnahmen	250	>4.800
Selbsthilfegruppen	> 10.000	> 150.000

Quelle: Pfeiffer-Gerschel, T. et al., Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD, DEUTSCHLAND. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen, Drogensituation 2010/2011, www.dbdd.de

aus: Leune (2012, S. 198), Jahrbuch Sucht 2012

Definitionen und Übersichten

Suchthilfe: Summe aller Maßnahmen und Hilfen, die sich an Suchtgefährdete und Suchtkranke und deren Umfeld richten, einschl. Prävention, Therapie, Rehabilitation.

Sucht bedeutet dabei der unkontrollierte, selbst- und fremdschädigende, gesundheitsgefährdende Konsum von Substanzen oder ebensolche exzessive Verhaltensweisen

Definitionen und Übersichten

Felder der Suchthilfe:

- Prävention (Universell-, Selektiv-, Indikativ-; Settings)
- Beratung
- Therapie
- Soziale Arbeit (aufsuchend, niedrigschwellig ...)
- Medizinische Hilfen (Überlebenshilfen, Akutversorgung ...)
- Wiedereingliederung und Teilhabeförderung
- Gesetzliche Betreuung
- Entzug (insbes. qualifizierter Entzug)
- Entwöhnung (medizinische Rehabilitation)
- Justizvollzug (Regelvollzug, Maßregel ...)
- Substitution (Indikation, Vergabe, PSB)
- Selbsthilfe
- Betriebliche Suchthilfe und Arbeitsförderung
- Nachsorge und Adaption
- Verwaltung und Organisation (Sozialleistungsträger, Politik)
- Leitungs- und Managementaufgaben
- Qualitätsmanagement
- Forschung

Klein, 2003

4.4. Matrix 2 – Versorgungsrealität

Zielgruppe	ALK	KOM	GSP	ARB	WOH	ALT	HAF	CMA	ELT	JEK	DRO
1. PRA											
2.1 ASA											
2.2 APB											
2.3 AKH											
2.4 PIA											
2.5 PKH											
3.1 NIH											
3.2 SBS											
3.3 PSB											
3.4 SPB											
4. JH											
5. BS											
6.1 AP											
6.2 GU											
6.3 AF											
6.4 BR											
6.5 WFB											
7.1 ENT											
7.2 MED											
7.3 SUB											
7.4 ARS											
7.5 TAR											
7.6 STR											
7.7 AD											
7.8 NAS											
8.1 ARW											
8.2 SOZ											
8.3 UE											
8.4 TS											
9.1 MVJ											
9.2 SBJ											
9.3 SBM											
9.4 BEW											
10. PF											
11. SH											

Legende:
 GRÜN = vorhanden und gute Funktion bzw. gute Integration in das Hilfesystem
 GRÜN = vorhanden, aber eingeschränkte Funktion im Hilfesystem (Schwäche/langsame)
 ROT = vorhanden, aber Abgrenzung zum Hilfesystem (fast kein Übergang möglich)
 BLAU = nicht vorhanden, aber Angebot nötig
 GRAU = nicht vorhanden und kein Angebot erforderlich

DHS (2014). Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland.

Suchthilfe – Neu denken, neu planen, neu handeln?!

3. Von der Suchtpolitik zum Suchthilfesystem

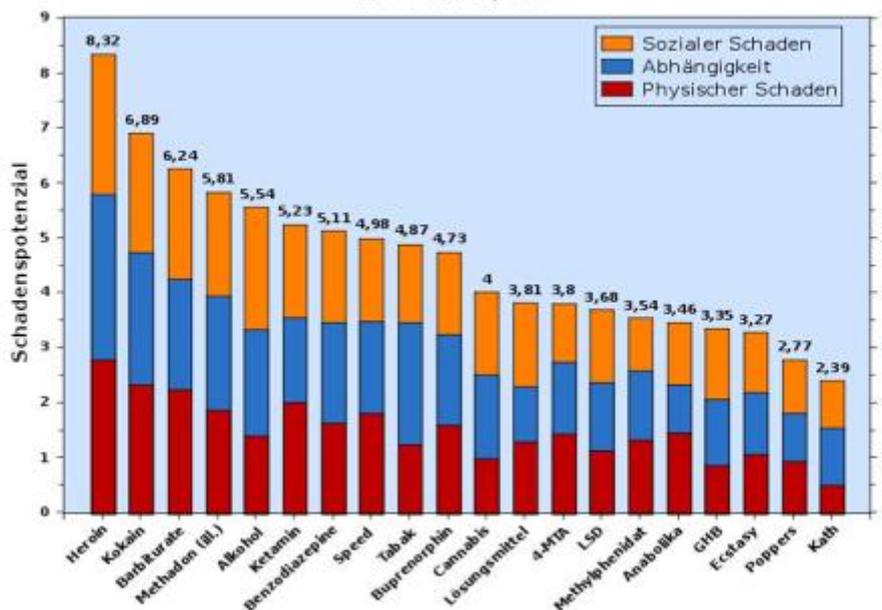
Stationär vor ambulant; erst Entzug, dann Entwöhnung – Deutsche Sonderwege

In den frühen Prinzipien der Suchthilfe des späten 19. und frühen 20. Jahrhunderts sind unschwer die bis heute fortwährenden Wurzeln der Dominanz des stationären Bereiches in der deutschen Suchthilfe und die **Fokussierung auf Arbeits- und Erwerbsleben**, u.a. mit arbeitstherapeutischen Maßnahmen, zu erkennen. Obwohl die Leistungsträger schon seit den 1990er Jahren das Handlungsprinzip „**ambulant vor stationär**“ deklarierten, sieht die Praxis der **Suchtrehabilitation** mit immer noch ca. zwei Dritteln stationärer Behandlungen von allen Rehabilitationsbehandlungen nach wie vor anders aus. Der Transfer zwischen Entzug und Entwöhnung ist oft Endstation bzw. Drehtür.

Die 4 Säulen der Drogen- und Suchtpolitik Deutschland (2003)



Schadenspotenzial geläufiger Drogen nach David Nutt, 2007



Suchtpolitik

ist Drogenpolitik und Suchthilfepolitik

Zur **Drogenpolitik** gehören Regulierung, Kontrolle, Besteuerung, Bepreisung, Verfügbarkeit, Angebotssteuerung, Verbraucherschutz und –beratung, Werbebeschränkungen.

Zur **Suchthilfepolitik** gehören Finanzierung, Sicherung, Steuerung und Evidenzbasierung von Suchtprävention und Suchttherapie.

Suchthilfe sollte evidenzbasiert organisiert und durchgeführt werden...

Auf der Basis von Versorgungs- und Wirkungsforschung unter- und fehlversorgte Gruppen identifizieren und Behandlungskonzepte entwickeln, z.B. Alkohol und Frauen der Oberschicht, früh konsumierende Kinder, ältere Menschen mit „late onset“, langfristige Effekte niedrigschwelliger Hilfen evaluieren...

Suchthilfe – Neu denken, neu planen, neu handeln?!

4. Suchthilfe nach 1990

10 Exemplarische) Problemfelder und Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe

- (1) Partielle Substanzblindheit: Tabak, Stimulantien
- (2) Gruppenblindheit: Männer, Väter
- (3) Neue „Randgruppen“ und neue Methoden: Frauen der Mittel- und Oberschicht (Alkohol); Digitalisierung
- (4) Gewalt und Sucht: Von der Traumaopferhilfe zur Gewalttäterbehandlung
- (5) Differentielle Behandlungsziele: Definition, Legitimation, Ethik
- (6) Frühintervention als Regelangebot (Zieloffenheit)
- (7) Familie, Elternschaft und Kinder
- (8) Lebenswelt „Land“ („rural“)
- (9) Forschung und Evaluation als Standard („Von der Konfession zur Profession“)
- (10) Verbesserung der Reichweite des Suchthilfesystems, einsch. Schnittstellenmanagement

Dauer bis zur ersten fachgerechten Suchthilfe

Abb. 2 Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit: Abhängigkeitsdauer und Anzahl der Entzugsbehandlungen (Basisdokumentation 2014 des Fachverbandes Sucht e.V., Bachmeier et al. 2015)

Abhängigkeitsdauer (N=12.959) vor Antritt einer stationären Entwöhnungsbehandlung	14,3 (+/- 9,8) Jahre
Abhängigkeitsdauer (N=8.202) vor der ersten stationären Entwöhnungsbehandlung	12,9 (+/- 9,5) Jahre
Anzahl der Entzugsbehandlungen (N=17.059) im Vorfeld der stationären Entwöhnungsbehandlung	3,2 (+/- 6,4) Entzugsbehandlungen

Weissinger (2017, 4)

Problem: Schnittstellenmanagement

Typische Schnittstellenprobleme in der Suchthilfe:

- Von der Lebenswelt zum Erstkontakt
- Vom Erstkontakt zum Zweitkontakt
- Vom Hausarzt zum Suchtspezialisten
- Von der Suchtberatungsstelle zum Entzug
- Vom Entzug zur Entwöhnung
- Von der Entwöhnung in die Nachsorge, Suchtselbsthilfe und ambulante Psychotherapie

Entwicklung der Suchthilfe seit 1990

Substitution (Heroin)

Niedrigschwellige Angebote (zunächst nur im illegalen Bereich)

„Wachstumsförderungsgesetz“ (1997): Verkürzung der Therapiedauern (Entwöhnung) führt ungewollt zu Intervall- und Kombitherapien

Immer noch schlecht integriert sind folgende Themen und Personenkreise:

Prävention?

Tabak?

Angehörige?

Entwicklung der Suchthilfe seit 1990



Klassische Zielpyramide in der Suchtherapie (Schwoon, zit. N. nach Körkel und Kruse), aus: Meil, D., Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele in der Suchtherapie, SUCHT THERAPIE 2004, 5:2-9

Zielsetzungen in der Suchtherapie in Kombination mit Behandlungsmethoden, aus: Meil, D., Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele in der Suchtherapie, SUCHT THERAPIE 2004, 5:2-9

Offensichtliche Probleme im Suchthilfesystem (I)

(1) **Mangelnde Innovationskraft** → entscheidende Innovationen (Rückfallarbeit, Substitution, Familienorientierung, Konsummengenreduktion, Digitalisierung) kamen jeweils „von außen“ oder zu spät

(2) **Mangelnde Reichweite** → Nur ein geringer Teil der Alkoholabhängigen wird erreicht. Bei den Alkoholmissbrauchern und den Tabakabhängigen kaum systematische Behandlungsangebote

(3) **Orientierung am Sichtbaren**: Öffentlich sichtbare KlientInnengruppen werden intensiv versorgt und in Dauerbetreuung genommen; „unsichtbare“ Personengruppen vernachlässigt

(4) **Mangel an Evidenzorientierung**: „Konfession statt Profession“ → es werden kaum wissenschaftliche, kritische Diskurse geführt („addiction science“ fast völlig unbekannt)

Offensichtliche Probleme im Suchthilfesystem (II)

(5) **Spaltungen** → Alkoholspezifische- vs. Drogenspezifische Dienste, Substanzsucht vs. Verhaltenssucht, Suchthilfe vs. andere Hilfebereiche; Wissenschaft vs. Praxis, niedrigschwellige vs. hochschwellige Dienste

(6) Prävention geschieht insgesamt zu wenig, ist zu selten evidenzbasiert, ist oft „projektistisch“

(7) Prävention und Beratung/Therapie sind oft nicht verzahnt, so dass notwendige Präventionsangebote für Kinder (zB in Familien mit suchtkranken Elternteilen) nicht erfolgen.

(8) Manche Geburtsfehler des Systems bestehen immer noch fort: Individuumsfixierung, latente Moralisierung, Wissenschaftsfeindlichkeit, Ab-Spaltungen, Disziplinierungsauftrag ...

Kardinalprobleme der Suchthilfe in Deutschland (Klein, 2018)

Übermäßig gegliederte Zuständigkeiten der Sozialleistungsträger

Mangelnde Fallbegleitung über längere Zeiträume (Zyklus der Suchterkrankung)

Inadäquat rigide Behandlungsziele und –methoden

Innovations- und Kooperationshemmnisse

Monodisziplinarität statt Interdisziplinarität auf Augenhöhe

Moralisieren statt motivieren

**Suchthilfe – Neu denken, neu planen,
neu handeln?!**

4. Skizze eines künftigen Suchthilfesystems
(„Suchthilfe 2040“)

Kriterien eines zukunftsfähigen Suchthilfesystems

Personenorientiert: Bedürfnisse, Lebenslagen, Probleme, Begleitstörungen, Kompetenzen, Ressourcen

Familienorientiert: Frühinterventionen, Kindersensibilität, Schwangerschaftssensibilität, Traumaprävention, Angehörigensensibilität

Gemeindeorientiert: Vereinsamung, Ghettobildung, öffentliche Räume, Verkauf und Verfügbarkeit

Gesellschaftsorientiert: Rationale Drogenpolitik, Gesundheitsschutz, Persönliche Freiheitsrechte, umfassende Prävention

Entwicklungsaufgabe: Digitalisierung

Versuchen Sie einmal, eine Onlinehilfe als Suchtkranker oder Angehöriger zu bekommen...

Eine gute Möglichkeit für Menschen (z.B. in ländlichen Regionen), die niedrigschwellig, vertraulich und anonym Information, Beratung, Hilfe suchen... Besonders wichtig für Angehörige..., weil dies meist die ersten sind, die sich auf den Weg machen.

Entwicklungsaufgabe: Zuwendung zu den "Hard to reach-groups" nötig

- Männer/Väter als Kerngruppe
- Frauen (Mittel- und Oberschicht)
- MigrantInnen
- Ältere/Jüngere
- Resignierte, Behandlungsablehnende
- Wohnungslose
- Systemsprenger
- Kinder von Suchtkranken
- [...]

Entwicklungsaufgabe: Schlecht versorgte Gruppen

- Tabakabhängige (insbes. Ausstiegswillige)
- Angehörige
- Psychisch Komorbide Suchtkranke (PS)
- Sozial integrierte Abhängige (Kokainisten, Neuroenhancer, Oberschicht, Management, ...)
- (Suchtkranke) Menschen mit Essstörungen (insbes. Bulimie, BED)

Strukturelle Defizite

- Reform- und Modernisierungstau (Evidenzbasierung, Zieloffenheit)
- Von Digitalisierungshemmnissen (Online-Angebote in den Bereichen Prävention, Beratung, Therapie) bis zur KI-Nutzung
- Keine nationale Suchtforschungseinrichtung
- Dysfunktionale Trennungen (Alkohol/Drogen; Sucht/psychische Störungen; Sucht-/Essstörungen)

Zukunftsperspektiven der Suchthilfe I

- (1) Überwindung der meisten Schnittstellen bzw. adäquates Schnittstellenmanagement
- (2) Zusammenwachsen der Interventionsformen (Prävention, Beratung, Therapie) in koordinierte Leistungen
- (3) Nachgehende Hilfen für KlientInnen aus einer Hand (case-management) → Management der Suchtzyklik
- (4) Zieldifferenziertes und –offenes Vorgehen bzgl. Konsum- und Behandlungszielen
- (5) In-Time-Hilfen bei Rückfälligkeit und anderen Problemlagen
- (6) Alle Bereiche der Suchthilfe müssen evidenzbasiert handeln (z.B. in Form von Leitlinien für ambulante Suchtberatung und –therapie)
- (7) Von der Suchtberatung zur integrierten psychosozialen Versorgung

Zukunftsperspektiven der Suchthilfe II

Komobiditäten müssen adäquat und nach Möglichkeit synchron behandelt werden

Suchtberatung von der Konsumerberatung bis zur Ausstiegsberatung

Suchtbehandlung muss generationensensibel werden

Suchtbehandlung muss frühzeitig stattfinden und die Betroffenen zur weitgehenden Selbstbefähigung führen

Zukunftsperspektiven der Suchthilfe III

Im Idealfall sollte die Suchthilfe ein evidenzbasiertes, forschungsfreundliches, selbstreflexives, gut vernetztes System von Handlungsstrategien sein, in dem auf der Basis humanistischer, verhaltenspsychologischer und tiefenpsychologischer Konzepte Menschen umfassend hinsichtlich Substanzkonsum, Selbstkontrollstrategien, Konsumreduktionen und Abstinenzwerb beraten und behandelt werden. Dabei sollten Prävention und Therapie generationenübergreifend eng miteinander verzahnt sein.



Mrazek & Haggerty, 1997

Memorandum

Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden

Georg Schomerus¹, Alexandra Bauch¹, Bernice Elger^{2,3}, Sara Evans-Lacko⁴, Ulrich Frischknecht⁵, Harald Klingemann⁶, Ludwig Kraus^{7,8}, Regina Kostrzewa⁹, Jakob Rheinländer¹⁰, Christina Rummel¹¹, Wiebke Schneider¹², Sven Speerforck¹, Susanne Stolzenburg¹, Elke Sylvester¹³, Michael Tremmel¹⁴, Irmgard Vogt¹⁵, Laura Williamson¹⁶, Annemarie Heberlein¹⁷, Hans-Jürgen Rumpf^{18,19}

Suchthilfe 2020, 2030, 2040 ! ... – Immer noch Hürdenlauf zur Hilfe?

Die Zugänge zum Suchthilfesystem sind
niedrigschwellig, zieloffen, frühinterventiv und
multiprofessionell

Das Suchthilfesystem ist familien- und
generationensensibel

Das Durchlaufen des Suchthilfesystems ist zyklen-
und rückfallorientiert schnell und verständlich
möglich

Digitale Informations-, Beratungs- und
Therapieangebote sind umfassend vorhanden

Komplexität des Suchthilfesystems

Suchtkranke Klienten können das Suchthilfesystem nicht ohne fremde Hilfe verstehen und sich hindurch bewegen.

Die Navigation durch das System erfordert einen professionellen Lotsen.

Dieser Zustand ist nicht dauerhaft hinnehmbar.

Chancen in den Hilfesystemen

Langfristperspektive bzgl. Suchtverläufen einnehmen, der „wahren Zyklus“ gerecht werden

Praxis-Forschungstransfer (und vice versa) stärken durch kooperative Strukturen

Koordinierte Strukturen mit dem Psychotherapiebereich (SGB V), Jugendhilfeleistungen (SGB VIII), Reha (SGB VI) und Wiedereingliederung (SGB XII) auf- bzw. ausbauen

Chancen für die Hilfesysteme

Early innovators (Kompetenznachweis, „Marktführerschaft“, bench marking) → Transgenerationale Hilfeorientierung

Erhöhung der Gesamteffizienz (vgl. NICE) durch Paar- und Familienbehandlung → Versorgungsoptimierung

Ausweitung der Gesamtkompetenz (→ Sucht- und Jugendhilfe; Familienmedizin)

Implementierungskompetenz (Modernisierung, Verstetigung, Nachhaltigkeit)

Förderchancen durch GBA-Innov.fonds (SGB V) und Reha-Pro (SGB VI)





I. Entwicklungen der Sucht- und Drogenhilfe

**Suchthilfe im Überblick – Geschichte
und Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe
in Deutschland**

Michael Klein

Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie 7/8(4),
253 – 263.

**Herzlichen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

www.addiction.de; www.disup.de

Referent:

Prof. Dr. Michael Klein
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW)
Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)
Wörthstraße 10
D-50668 Köln
Email: Mikle@katho-nrw.de

25.3.2019

Ambulante Suchthilfeviele Werte ... nicht geschätzt ?
Corinna Mäder-Linke, Gesamtverband für Suchthilfe e.V.,
Fachverband der Diakonie Deutschland



**Ambulante Suchthilfe...
viele Werte...nicht geschätzt?**

Fachtag
„Suchthilfe der Zukunft - Grundversorgung
in Schleswig-Holstein“
25.03.2019, Rendsburg



Ablauf des Vortrags



- Was meint Grundversorgung und wo ist die Ambulante Suchthilfe darin verortet?
- Daseinsvorsorge und Grundversorgung
- Daten und Fakten
- Suchtberatung als Organisation und Funktion
- Anforderung an die Suchtberatung
- Wirkung der Suchtberatung
- Potentiale der Suchtberatung
- ...viele Werte...als Wert geschätzt?
- Fazit
- Was nun...?

Diakonie

Was meint Grundversorgung ?



- lebenswichtige Infrastruktur, Dienstleistungen (Universaldienste), aber auch Subventionen und Transferleistungen, die für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden

als verwaltungstechnischer Begriff:

„Daseinsvorsorge“ für staatlich organisierte, steuerfinanzierte Leistungen (z. B. Straßen, Bildung, Kommunikation, Sicherheit, Sicherstellung medizinischer Versorgung, Müllentsorgung etc.)

als medizinischer Begriff:

„Grundversorgung“ (engl. Primary care) wird von (Haus-) Arztpraxen, allgemeinen Krankenhausambulanzen und anderen öffentlichen ambulanten Einrichtungen getragen.

4

Diakonie

25.3.2019

37

„Daseinsvorsorge“ und „Grundversorgung“



Daseinsvorsorge im Zusammenhang mit Sucht / psychischer Erkrankung	Medizinische Grundversorgung im Zusammenhang mit Sucht
<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe zur Vermeidung einer Zwangsunterbringung (Psych KG / ÖGDG) • Steuerfinanzierte freiwillige kommunale Leistung • Vertragspartner ist freie Wohlfahrtspflege • Hilfe im Rahmen einer Notlage (Fürsorge) • Steuerung durch politisch – finanzielle Erwägungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Heilung einer Krankheit / Symptomreduktion, ggf. Weiterleitung an (medizinische) Fachdienste (Brückenfunktion) • Leistungen der Sozialversicherung SGB V • Vertragspartner sind Ärzt*innen • Anspruch auf bedarfsgerechte Leistung (fachliche Erwägungen)



Wo ist Ambulante Suchthilfe in der Grundversorgung einzuordnen?



Daten und Fakten



- In ca. 1.500 Suchtberatungsstellen werden jährlich mehr als 500.000 suchtkranke Menschen und deren Angehörige beraten, behandelt, betreut und in weiterführende Behandlungen und Maßnahmen weitervermittelt.

Reitox Bericht 2017 (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2018)

Diakonie 

Daten und Fakten

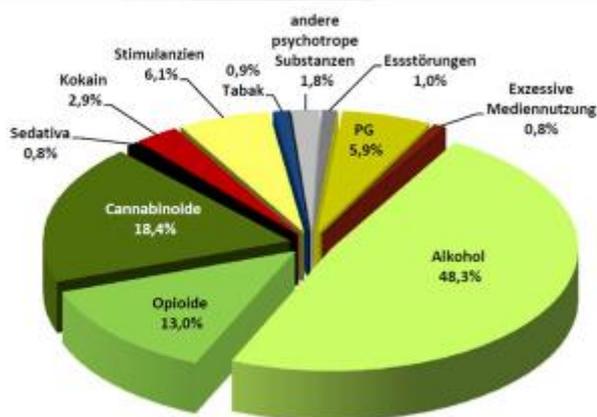


- 849 ambulanten Einrichtungen
 - (Beteiligung an DSHS 2017; $\geq 72\%$ aller ambulanten Suchthilfeeinrichtungen)
- 322.697 ambulante Betreuungen
- 92 % Freien Wohlfahrtspflege oder anderer gemeinnütziger Träger
- Ziel: Unterbrechung / Beendigung eines selbst- /fremdschädigenden Verhaltens evoziert durch den Konsum psychoaktiver Substanzen

Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik
DSHS, Braun, 2019

Diakonie 

Verteilung der Hauptdiagnosen in ambulanten Einrichtungen



Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik
DSHS, Braun, 2019



Suchtberatung als Organisation und Funktion



Organisation Suchtberatung	Funktion Suchtberatung
Kann regional zusätzlich unterschiedliche Funktionen beinhalten, (amb. Reha, Kontaktstelle, PSB, betreutes Wohnen...)	Inhaltlich fokussiert auf Prozessgestaltung (sog. „Motivation“ oder „Kontaktarbeit“) Beratung und Vermittlung
Unterschiedliche, teilweise Querfinanzierungen (kommunale Mittel, Sozialversicherungsleistungen, Mittel überörtlicher Sozialhilfeträger, Landes- und Projektmittel)	Finanziert aus freiwilligen kommunalen Mitteln
Schwer bis gar nicht zu beschreiben, da regional sehr unterschiedlich aufgestellt	In Funktion und Tätigkeit beschreibbar und damit grundsätzlich evaluierbar



Anforderung an Funktion Suchtberatung



- zentraler Aspekt: Wahrnehmung einer Brückenfunktion in sog. „weiterführende Hilfen“



Vom Feld der Suchthilfe zugeschrieben (Feldimperative)

aber prekär nur durch freiwillige kommunale Leistung refinanziert häufig in der Logik von Ökonomie (Effizienzimperative)

Quelle: Hansjürgens, 2016

Diakonie

- Wie setzen Fachkräfte diese Anforderung um?



Diakonie

Datenbasiertes Modell von Suchtberatung, Hansjürgens, 2018



Die Entwicklung einer sog. Arbeitsbeziehung, die „gut“ oder „tragfähig“ genannt wird, wird für die Tätigkeit von Suchtberatung als zentral und als fachliche Besonderheit Sozialer Arbeit angesehen.

* in Anlehnung an das Konzept „Multiperspektivische Fallarbeit“ nach Müller, 2012

Diakonie

Wirkung der Motivationsarbeit



- Die mittlere Anzahl der Dauer beträgt 15 Kontakte.
 - 11 % der Klient*innen haben 30 Kontakte.
- Die Haltequote bis zu einem kooperativen Abschluss beträgt ca. 67% (Abbruchquote 31%).
(Deutsche Suchthilfestatistik: Braun et al., 2017b)
- Im Modus von Kooperation werden weitergehende Hilfen eher angenommen => integrierter Prozessbogen und Casemanagement wird möglich (sog. „Motivation“ oder Kooperation kann entstehen). (Hansjürgens, 2018)
- ...obwohl Klient*innen insbesondere im ambulanten Setting aufgrund von Multiproblemlagen als schwierig gelten und ihnen eine geringe Behandlungsmotivation unterstellt wird. (Giersberg, Touil, 2015)

Diakonie

25.3.2019

... von Beratung und Begleitung



- 86 % aller Maßnahmen = größter Teil aller Kategorien über alle Hauptdiagnosen
- 66 % der Klient*innen gaben nach Ende der Beratung an, dass ihre Problematik „erfolgreich bewältigt“ oder „gebessert“ war.
- „Problematiken“ werden in den Kategorien u. a. Lebensunterhalt, Erwerbssituation, Konsumsituation, Wohnsituation und Partnerbeziehung erfasst.

(Braun et al., 2018)

Diakonie

...der Vermittlung und Netzwerkarbeit



- Die Weitervermittlungsquote in andere Hilfen aus ambulanten Beratungsstellen beträgt 30 %.
- 57 % der Nutzer*innen stationärer Rehabilitation werden aus Beratungsstellen vermittelt.
 - 19 % aus Krankenhäusern und 1 % aus ärztlichen Praxen
- Behandlungspfad Vermittlung aus ärztlicher Hausarztpraxis ist insuffizient. Ein Grund wird explizit in der Beziehungsgestaltung vermutet.

(Braun et al., 2018)

(Braun et al., 2018)

(Fankhänel, et al. 2014)

Diakonie

- Gestaltung eines regionalen Hilfenetzwerkes wird realisiert, z. B. 72% Fallkonferenzen und Kooperationsvereinbarungen mit Jugendamt, 38% mit Arbeitsagentur
- 20 Institutionen, mit denen schriftliche Kooperationsvereinbarungen bestehen

(Braun et. al., 2018)

Potentiale der Funktion Suchtberatung...

- niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit zu einem qualifizierten Hilfeangebot
- Raum zur Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, um weitergehende Hilfeleistungen wie Beratung, Vermittlung oder Behandlung erst zu ermöglichen
- Vermittlung in weiterführende Hilfen bzw. Rehabilitation
- Gestaltung eines Integrierten Prozessbogens mit sektorenübergreifendem Casemanagement auf der Basis von Kooperation
- Bedarfsgerechte Beratung und Begleitung ausgehend von Klient*innenanliegen, auch über den Suchtmittelkonsum hinaus
- Erschließung und (Weiter-)Entwicklung eines regionalen Hilfenetzwerkes für Betroffene

(Hansjürgens, 2018)

...können...



- Klient*innen und ihre Angehörigen zu stabilisieren bzw. möglichst frühzeitig intervenieren zu können
- in Rehabilitation erarbeitete Veränderungen im Alltag zu implementieren vor allem in Bezug auf soziale und berufliche Integration
- durch soziale und berufliche (Re-) Integration bzw. Stabilisierung, Kosten der Sozialhilfe, der Jugendhilfe im Zusammenhang mit (elterlichem) Suchtmittelkonsum zu reduzieren
- durch Hilfesektorenübergreifendes Casemanagement auf der Basis von Kooperation, kommunale Doppelangebote zu reduzieren bzw. Hilfeabbrüche zu verringern

Diakonie 

...mehr..



- Die detaillierte Erhebung der Lebensführung der Betroffenen legt nahe, dass sich „die Problematik“ in der Regel nicht nur auf ein erhöhtes oder als süchtig zu bezeichnendes Konsummuster einer psychotropen Substanz bezieht, sondern insbesondere auch die soziale Situation der Menschen betrifft.
- Durch jeden stabilisierten suchtkranken Menschen verbessert sich das Leben seines Umfeldes grundlegend und somit profitieren bedeutend mehr Menschen von der Suchtberatung profitieren als statistisch erfasst.
- Die gesellschaftlich wertvolle Tätigkeit der Beratung im Kontext suchtbezogener Hilfen schließt auch den Beitrag zur Enttabuisierung und Entstigmatisierung, zur Ermöglichung sozialer Teilhabe für Betroffene und so zum Erhalt des öffentlichen Friedens ein.

Diakonie 

Suchtberatung leistet...



...einen zentralen Teil zur Realisierung (!) sozialer und beruflicher Teilhabe für Menschen mit einem als problematisch eingeschätzten Suchtmittelkonsum beizutragen.

Dabei darf die Verantwortung für die Inanspruchnahme der Hilfe darf nicht alleine den Betroffenen zugeschoben werden. Die Erbringung der Hilfeleistung muss vielmehr so gestaltet werden, dass es für die Klient*innen nicht nur prinzipiell möglich, sondern aus der subjektiven Perspektive faktisch realisierbar ist.

Diakonie 

...viele Wert...als Wert geschätzt?



- Eine eigene Zuständigkeit wird der Funktion Suchtberatung, inhaltlich gestaltet von der Profession Sozialer Arbeit, aktuell eher nicht zugestanden. Oftmals wird sie als Zuarbeiterin zur Rehabilitation Sucht als weiterhin zentrale Behandlungsoption gesehen.
- Die Funktion Suchtberatung ist in Deutschland eine freiwillige kommunale Leistung mit aktuell wenig Bezug zu Leistungsgesetzen der SGB.
- => kein Rechtsanspruch, politisch budgetgesteuert, „Prinzip der zu kurzen Decke“ (Bellermann 2011), eine verhältnismäßig kleine von (zu) vielen kommunalen „freiwilligen“ Leistungen

Diakonie 

...viele Wert...als Wert geschätzt?



- Das Ressourcensystem des Gesundheitswesens im Sinne von Vertragspartnern der Leistungsträger unterstützt eher medizinische und zunehmend psychologische aber (noch) keine explizit sozialarbeiterische Leistung. Aber...
- ...Neuverhandlungen der Leistungsfinanzierung im Rahmen der Strukturen EUTB – SGB IX oder des Settingansatzes der Prävention SGB V denkbar?
- Ausbildungssituation für Fachkräfte in diesen Stellen muss neu überdacht werden, die Hochschulen mit der generalistischen Ausbildung Soziale Arbeit leisten dies vor allem auf B. A. Standard aktuell eher nicht.

Diakonie

Fazit



- Suchtberatung übernimmt eine zentrale Funktion im Feld der medizinischen Grundversorgung von Menschen mit problematischem Substanzkonsum (Brückenfunktion), wird aber nicht mit dementsprechenden Ressourcen ausgestattet.
- Die Funktion Suchtberatung ist aktuell sowohl zentral für die Prävention einer Marginalisierung von Betroffenen (auch Angehörigen), noch bevor sie als „krank“ klassifiziert werden, für die Verhütung von Schädigungen des weiteren sozialen Umfelds (Betriebe und öffentlicher Raum) als auch für die Vermittlung in weiterführende Hilfen. Eine Struktur außerhalb der Daseinsvorsorge gibt es für diesen Bedarf (noch) nicht.
- Der Behandlungspfad der Hausarzt*innen als Vermittler*in in weitere professionelle Hilfen muss z. Zt. als insuffizient bezeichnet werden.

(Fankhänel et al, 2014)

Diakonie

25.3.2019

- Die Struktur Suchtberatung ist bereits bundesweit ausgebaut, aber die Verbreitung der fachlichen Standards und damit Möglichkeiten zur Umsetzung der Potentiale Sozialer Arbeit sind unklar.
- Suchtberatungsstellen sollten unabhängig von Kennzahlen gesichert finanziert und verbindliche Standards (z. B. in Form von verpflichtenden Aus- und Fortbildungen analog der Reha Sucht) aus der Perspektive Sozialer Arbeit sollten festgelegt werden und entsprechend honoriert werden.



Und nun...?

- Aktivitäten des Gesamtverbands für Suchthilfe e. V. – Fachverband der Diakonie Deutschland (GVS):
 - Expertise des GVS in Kooperation mit der Caritas Suchthilfe e. V. (CaSu) auf der Grundlage der qualitativen Forschung von Frau Prof. Dr. Hansjürgens, Alice Salomon Hochschule, Berlin: Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung (November 2018)
- Quantitative Studie zur Expertise in Zusammenarbeit mit der Bundesdrogenbeauftragten ab April 2019
 - „Ein Ausbau der kommunalen Suchthilfe und frühere Hilfen für Abhängige können Leben retten.“ (Marlene Mortler, 05.05.2017)
- Aktivitäten auf der Ebene der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen:
 - Suchtberatung...wertvoll und unterfinanziert - Ein Notruf
 - Gemeinsame Position aller Suchtverbände ab April 2019

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!



Kontakt:

Gesamtverband für Suchthilfe e. v.
- Fachverband der Diakonie Deutschland
Invalidenstraße 29
10115 Berlin
030 78897860

Corinna Mäder-Linke
Geschäftsführerin GVS
Diplom Sozialpädagogin
Psychologin M.A.
Suchttherapeutin
Supervisorin

www.sucht.org
maeder-linke@sucht.org

Diakonie 

Masterplan: Suchthilfe für das Land Schleswig-Holstein

1.) Einleitung/Aufgabe:

Die Landesregierung entwickelt einen Rahmenplan, wie die Grundversorgung der Bevölkerung durch zentrale Angebote der ambulanten Suchthilfe und -prävention in Schleswig-Holstein sichergestellt, aktuellen Entwicklungen begegnet und besondere Probleme in den Städten und Landkreisen berücksichtigt werden können.

An Hand der Rahmenplanung soll in einem zweiten Schritt die Situation in den Kreisen und Städten - im Sinne einer Bestandsaufnahme - differenziert argestellt und verallgemeinerte Ziele beschrieben werden. Daraus lassen sich regional Teilziele sowie Umsetzungs- und Entwicklungsschritte ableiten, um flächendeckend die notwendige Grundversorgung zu gewährleisten.

2.) Hintergrund und Rahmenbedingungen:

Für die Suchthilfe in Schleswig-Holstein wurde von der Landesregierung durch den „Drogenhilfeplan“ (1991), den Suchthilfebericht (1995) und den Bericht „Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenhilfe“ (2003) jeweils der Handlungsbedarf skizziert. Seither hat es keine weitere Berichterstattung gegeben und damit auch keine gesteuerte Weiterentwicklung der ambulanten Suchthilfe.

Das SGB XII verpflichtet die öffentliche Hand, eine weitgehende Daseinsfürsorge zu gewährleisten. Im SGB II wurden Verpflichtungen aufgenommen, für Personen mit Suchterkrankungen Hilfen zum Abbau von Integrationshemmnissen vorzuhalten. Das Gesundheitsdienstgesetz des Landes Schleswig-Holstein schreibt ebenfalls die öffentliche Verantwortung für Angebote der Suchthilfe fest. Daneben gab es in länderübergreifenden Vereinbarungen Einzelbestimmungen für Hilfen bei bestimmten Suchtformen, wie z.B. im Rahmen des früheren Glücksspielstaatsvertrages.

Durch das Bundesteilhabegesetz wird für den Personenkreis, der aufgrund einer Suchterkrankung von Behinderung bedroht oder dauerhaft betroffen ist, eine Weiterentwicklung bestehender Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe erforderlich. Ziel des Masterplans soll sein, die Zahl der hiervon Betroffenen langfristig durch geeignete Präventions- und Beratungsangebote zu verringern.

Seit 1998 werden seitens des Sozialministeriums (Projektverantwortung Landesstelle für Suchtfragen, Büro für Statistik) Daten der ambulanten Suchthilfe in Schleswig-Holstein in Form von Jahresberichten ausgewertet. Diese Auswertung beschreibt allerdings nur, wie die vorhandenen Hilfen

genutzt werden. Die Bedarfssituation bleibt unberücksichtigt. Selbst Problemanzeigen aus der Praxis zur Versorgungsstruktur, die sich aus den bereits vorhandenen Daten bzw. teilweise durch Einbeziehung weiterer fachlicher Erkenntnisse ableiten lassen, wurden nicht systematisch in eine gesteuerte Weiterentwicklung der Suchthilfe im Land aufgenommen.

Regionale und/oder problemspezifisch sehr unterschiedlich stark ausgebaute Hilfsangebote in den Städten und Kreisen werden bislang nur unzureichend zur Kenntnis genommen und im Hinblick auf den Gesamtbedarf überprüft.

Schließlich fehlt ein Gesamtkonzept, das auf Basis der Bevölkerungsverteilung und festgelegter Qualitätsstandards festlegt, wie die ambulante Suchthilfe im Land ausgestaltet und finanziert sein soll.

3.) Ziele

Um die gesundheitliche und soziale Situation der Menschen verbessern und mögliche Einschränkungen ihrer Teilhabe vermeiden zu können, sollte der im Folgenden „Masterplan“ genannte Rahmenplan des Landes an folgenden Zielen ausgerichtet werden:

- Sicherstellung einer flächendeckenden, personell und sächlich ausreichend ausgestatteten „Grundversorgung“ zu allen Suchtformen. Dazu gehören zentrale Dienstleistungen der ambulanten Suchthilfe wie Beratung, Prävention, regionale Unterstützung der Selbsthilfe und Gemeinwesenarbeit. Der Rahmenplan soll Qualitätsstandards festlegen, die daran auszurichten sind, dass suchtbelastete Menschen und deren Angehörige innerhalb des Sozialraums entsprechende Angebote möglichst niedrigschwellig erreichen können.
- Bereitstellung von fachkundigen Anlaufstellen, die mit den Problemen von Abhängigkeitserkrankungen (in allen Formen) hinreichend vertraut sind,
- Entwicklung zusätzlicher oder neuer Hilfen bei spezifischen Suchtproblematiken von Bürgerinnen und Bürgern (Umsetzung von Modellprojekten),
- Beschreibung / Einbindung zusätzlicher, öffentlich geförderter Hilfen, wie z.B. niedrigschwellige Kontaktangebote und sog. Ausstiegs- und „Überlebens“-Hilfen,
- „Streetwork“, Hilfen für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien unter Einbeziehung der erforderlichen kommunalen Steuerung,
- Sicherstellung überregionaler Dienstleistungen, wie z.B. die Suchthilfe in landeseigenen Vollzugsanstalten, überregionale Qualifizierung der Selbsthilfe und
- professionellen Suchthilfe und deren Kooperation, landesweite Kampagnen der Suchtprävention,
- Art und Umfang der Koordination durch das zuständige Fachressort im Sozialministerium

Der Masterplan ist präventiv auszurichten und sollte sowohl Aussagen zum notwendigen Umfang von Prävention als auch zu geeigneten Maßnahmen der Frühintervention beinhalten. Dazu sollten als ein Element Möglichkeiten des Präventionsgesetzes einbezogen werden.

Der Masterplan soll verbindliche Aussagen über die Regelausstattung und Qualitätsstandards der Grundversorgung enthalten. Das gilt für die landesweiten, überregionalen Aufgaben. Hinzu kommen ahmenempfehlungen für die Bedarfsfeststellung ausschließlich in Kreisen und Städten bzw. in kommunaler Zuständigkeit liegender (Zusatz-)Aufgaben. Vorhandene Strukturen der Suchthilfe sowie der allgemeinen medizinischen und sonstigen sozialen Unterstützungssysteme sind in der Entwicklung des Masterplanes systematisch einzubeziehen und zu nutzen. Ein Gesamthilfeplanverfahren ist unter Einbeziehung aller Kostenträger anzuwenden, die für die Hilfe der betroffenen Menschen in Frage kommen.

4.) Finanzierung

Die Stabilität und Nachhaltigkeit müssen sich in den Grundlagen der Finanzierung widerspiegeln. Eine Struktur der Gleichbehandlung von Regionen und Suchtproblemen ist zu entwickeln.

Es ist eine entsprechende Grundstruktur sicherzustellen, die das Subsidiaritätsprinzips beibehält und die freie Wohlfahrtspflege einbezieht. Dabei sollte die Finanzierung im Rahmen von mehrjährigen (i. d. R. 5 Jahre) Förderverträgen stabil gehalten und Lohnkostensteigerungen berücksichtigt werden.

Regionale Zusatzaufgaben können im Sinne einer Starthilfe vom Land ggf. befristet mitunterstützt werden. Überregionale Angebote in Zuständigkeit des Landes sollten weitergeführt werden, es sei denn, dass Kreise und Städte eigene flächendeckende Angebote aufbauen.

Die zuständigen kommunalen Gebietskörperschaften bzw. deren Verbände, die Wohlfahrtsverbände sowie geeignete fachkundige Stellen sind bei der Entwicklung des Masterplanes einzubeziehen bzw. zu hören.

5.) Zusammenfassung:

Die Landesregierung ist in der Lage, in ihrer Rahmenkompetenz und Ausgleichsfunktion tätig zu werden, mit Richtlinien und Empfehlungen für eine bedarfsgerechte Grundversorgung einzustehen und diese in Kooperation mit Städten und Kreisen sicherzustellen. Konkret sollen damit Benachteiligungen und individuelle Folgeschäden für die von Sucht betroffenen Menschen, ihren Angehörigen und ihr soziales Umfeld vermieden bzw. verringert werden. Gleichzeitig müssen die möglichst gesunde Entwicklung der Persönlichkeit und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gefördert werden.

Durch eine präventive Ausrichtung können soziale und gesundheitliche Folgen von Suchterkrankungen vermieden und letztlich andere Kostenstellen

öffentlicher Haushalte (Daseinsfürsorge, Kinder- und Jugendhilfe u.a.) entlastet werden. In eine Evaluation sollte dieser Aspekt aufgenommen und überprüft werden.

Rendsburg, im Februar 2019