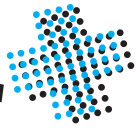


der verband
der drogen- und
suchthilfe

fdr



40

Suchtprävention

Suchthilfe

Suchtselbsthilfe

**Das muss sein,
damit sie wirken.**

fdr+texte 13



Das Bundesverfassungsgericht
fordert ein drittes Geschlecht

für den Eintrag im Geburtenregister.

Wir wollen sogar alle Geschlechter
in der Sprache vertreten sehen.

Vielfalt und Antidiskriminierung
sind grundlegend in unserem Verband.

Deshalb setzen wir sprachlich ein
Zeichen: den Asteriskus *.

Forderungen an die Gesellschaft

- 01 Inklusion 8
- 02 Verhältnisprävention 8

Forderungen auf politischer Ebene

- 03 Gesetz über Hilfen bei Abhängigkeits-
erkrankungen 9
- 04 Abgabe auf abhängigkeits-
erzeugende Substanzen und Angebote 10
- 05 Verhältnisprävention in der Verantwortung
der Gesundheits- und Sozialministerien 10
- 06 Steuerung auf Ebene der Länder
und Kommunen 11
- 07 Betäubungsmittelgesetz 12
- 08 Strafvollstreckungsreihenfolge 12

Forderungen für wirksame Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe

- 09 Haltung und Menschenbild 13
- 10 Ressourcenorientierung 13
- 11 Managing Diversity 14
- 12 Sozialraumorientierung 15
- 13 Nutzer*innenorientiertes Vorgehen und
Wahrung von Patienten*innenrechten 15
- 14 Suchtselbsthilfe ist fachlich unverzichtbar 16
- 15 Verbundsystem der Suchthilfe
als Teil eines Netzwerks 16
- 16 Hilfeplanung als Fallmanagement 17
- 17 Prävention 18
- 18 Aufsuchende und niedrigschwellige Hilfen 19
- 19 Angebote für eine Tagesstruktur 19
- 20 Psychosoziale Betreuung und Beratung 20
- 21 Berufliche Rehabilitation: Arbeitsförderung
für Suchtkranke 21
- 22 Soziale Rehabilitation: Ambulant
Betreutes Wohnen, Stationäres Wohnen,
Übergangswohnen 22
- 23 Medizinische Rehabilitation:
Ambulante, teilstationäre und stationäre
Einrichtungformen 23
- 24 Hilfen für pflegebedürftige
Abhängigkeitskranke 25
- 25 Übergangsmanagement 26
- 26 Einrichtungen der Suchthilfe sind
gemeinnützig 27

Forderungen an die Leistungsträger

- 27 Effektive und effiziente Ausgestaltung des
gesamten Rehabilitationsprozesses 28

| | |
|-----------------------|----|
| fdr+Erfahrungen | 3 |
| Unsere Leitlinien | 5 |
| Unsere 27 Forderungen | 7 |
| Impressum | 30 |

Fast 40 Jahre Erfahrung in der Suchthilfe kann der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. vorweisen. Erfahrungen, die wir weitergeben wollen, Erfahrungen, die anderen Orientierung und Unterstützung sein sollen. Deshalb haben wir unsere Anforderungen an Hilfen für abhängigkeitskranke Menschen neu formuliert, unsere Forderungen an fachliches Handeln, politisches Handeln und Verwaltungshandeln bei den Leistungs- und Kostenträgern. Gleichzeitig zeigen wir Perspektiven für die Träger von Suchthilfeeinrichtungen auf und geben Fachkräften Orientierung. Nicht alle regionalen Besonderheiten konnten wir berücksichtigen, die Forderungen sind deshalb allgemein und werden bei Bedarf im lokalen Kontext präzisiert. Alle Forderungen können jedoch — guten Willen bei Politik und Verwaltung vorausgesetzt — in die Praxis umgesetzt werden.

Mehr für alle

Unsere Leitlinien

Mehr für die Mitglieder, weil wir Wissen, Methoden und Kräfte bündeln

Der fdr+ und vertritt die Interessen aller haupt- und ehrenamtlichen Fachkräfte in der Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe. Wir verfolgen einen arbeitsfeld- und methodenübergreifenden Ansatz.

Mehr für die Zukunft, indem wir sie gestalten

Der fdr+ ist sensibel für Entwicklungen in der Suchthilfe. Wir orientieren uns an den Erfahrungen der Praxis und an der Forschung. So setzen wir Akzente und entwickeln Maßnahmen und Strategien weiter.

Mehr für die Menschen, für die wir arbeiten

Der fdr+ achtet die Würde aller Menschen, die von Abhängigkeit betroffen oder bedroht sind — ungeachtet ihrer ethnischen Herkunft, Nationalität, ihres Alters, Geschlechts, Glaubens, ihrer politischen Überzeugung, sozialen und wirtschaftlichen Stellung, gesellschaftlichen Position, sexuellen Orientierung und gesundheitlichen und psychosozialen Befindlichkeit.

Der fdr+ versteht sich als Lobbyist für seine Mitgliedsorganisationen und auch für die Betroffenen und ihre Angehörigen.

Mehr für die Menschen, die bei uns arbeiten

Der fdr+ ist für seine Mitarbeiter*innen ein guter Arbeitgeber, er fördert ihre Motivation, Leistungsfähigkeit und Gesundheit.

Mehr für die Menschen, die mit uns arbeiten

Mit unseren Kooperationspartner*innen bündeln wir fachliche Kompetenzen und verbessern unsere politische Durchsetzungskraft.

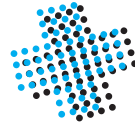
der verband
der drogen- und
suchthilfe



Unsere

27 Forderungen

Forderungen an die Gesellschaft



Inklusion

01

Der fdr+ fordert als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, inklusive Strukturen zu schaffen. Die UN-Behindertenrechtskonvention beschreibt es als Aufgabe des Staates, die Menschenrechte als Vorgabe eigenen Handelns zu achten, betroffene Menschen vor

Die Grundlagen der psychosozialen Angebote im Verbundsystem basieren auf den rechtlichen Bestimmungen aus zwölf Sozialgesetzbüchern, in denen vier Behinderungsbegriffe definiert sind. Die wenig zielführende Zergliederung des Sozialrechtes und die unterschiedlichen Begriffsbestimmungen sind in hohem Maße exklusiv.

Die Umsetzung der Inklusion ist ohne die Betroffenen nicht denkbar. Professionelle Suchthilfe beteiligt daher Selbsthilfe bei der Umsetzung ihrer Aufgaben. Im Sinne von Partizipation und Empowerment werden Betroffene bei der Planung von Suchthilfeangeboten und der Evaluation ihrer Leistungen auf angemessene Weise beteiligt.

drohenden Rechtsverletzungen durch Dritte zu schützen sowie Infrastrukturmaßnahmen zu ergreifen, damit Menschen von ihren Rechten Gebrauch machen können. Dazu müssen Politik und Verwaltung handeln, um inklusive Strukturen zu schaffen, indem in inklusive Struktu-

ren investiert wird. Angebote der Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe müssen ohne Schnittstellen und Brüche »wie aus einer Hand« verfügbar sein (siehe auch »Suchthilfegesetz«).

Verhältnisprävention

02

Der fdr+ fordert, dass die Abgabe psychotroper Substanzen und von Tabakprodukten unter staatliche Kontrolle gestellt werden. Alkohol und Tabak sollen ausschließlich in speziellen Verkaufsstellen abgegeben

Alkohol- und Drogenkonsum, Tabakkonsum und Glücksspielsucht verursachen volkswirtschaftliche Schäden im hohen zweistelligen Milliardenbereich und unterliegen unterschiedlichen gesellschaftlichen Restriktionen. Während Tabakprodukte nur restriktiv genutzt und illegale Drogen aufwendig »bekämpft« werden, werden alkoholische Getränke als Genussmittel behandelt und können an Jugendliche ab 16 Jahren und Erwachsene ohne jede Einschränkungen zu jeder Tageszeit abgegeben werden. Allein dem Alkoholkonsum werden jährlich 40 Milliarden Euro volkswirtschaftlicher Schaden zugeordnet.

werden, die maximal zu ortsüblichen Geschäftszeiten geöffnet sind. Durch Alterskontrollen kann erreicht werden, dass eine Abgabe an Minderjährige nicht mehr möglich ist. Falls weitere Substanzen aus

dem bisher noch illegalen Bereich, zum Beispiel Cannabis, in den Verkauf kommen sollten, sind diese Verkaufsstellen ebenfalls zur Abgabe geeignet.



Gesetz über Hilfen bei Abhängigkeitserkrankungen

Leistungen für abhängigkeitskranke Menschen werden aus fast allen Sozialbüchern für unterschiedliche Beratungs- und Behandlungsangebote gewährt. Hinzu kommen freiwillige Maßnahmen der Länder und der Kommunen, institutionelle Hilfen z. B. im Justizvollzug und Eigenleistungen Betroffener. In der Regel sind die sozialrechtlichen Leistungen nicht miteinander kompatibel. Auch die seit langem im SGB IX geforderte Nahtlosigkeit und Einheitlichkeit der Leistungsgewährung konnte zu keinem Zeitpunkt sichergestellt werden.

Auf diese Weise führen die Schnittstellen des Sozialrechts zu erheblichen gesundheitlichen Gefährdungen und werden zu Rückfallfällen und Teilhabehindernissen für die Betroffenen, wenn der Hilfeprozess aus sozialrechtlichen Gründen plötzlich beendet werden muss. Die — auch politisch — geforderte schnittstellenlose Vernetzung der Hilfen für Abhängigkeitskranke und -gefährdete ist niemals um eine Vernetzung der Kosten- und Leistungsträger erweitert worden. Da diese Problematik auch durch höchstrichterliche Rechtsprechung in den vergangenen 50 Jahren nicht verändert werden konnte, ist eine radikale Umgestaltung der sozialrechtlichen Grundlagen der Leistungsgewährung erforderlich.

03

Der fdr+ fordert ein Gesetz über Hilfen bei Substanzgebrauchsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen, das bei Vorliegen einer teilhabeeinträchtigenden Substanzgebrauchsstörung oder Abhängigkeitserkrankung eine verpflichtende Zusammenarbeit der jeweils zuständigen Leistungsträger vorschreibt.

Diese können in regionalen Arbeitsgemeinschaften organisiert sein, die frühzeitige und schnelle Hilfen gemeinsam mit den Trägern der Suchthilfe organisieren und die sozialrechtlich zuständigen Leistungsträger im Nachhinein zur Finanzierung heranziehen, ohne dass die Verantwortung für die Organisation der Leistungen bei den Betroffenen oder Fachkräften der Suchthilfe liegt. Jede fachlich als notwendig festgestellte Hilfeleistung muss angetreten werden können, ohne dass zuvor eine Kostenzusage einzuholen wäre.



Abgabe auf abhängigkeiterzeugende Substanzen und Angebote

In Deutschland werden pro Kopf der Bevölkerung jährlich zirka 10 Liter reiner Alkohol getrunken. Durch eine Gesundheitsabgabe von 1 Euro pro Liter Reinalkohol würde ein Gesundheitsbudget von 800 Millionen Euro generiert werden, von dem Suchtprävention und Suchthilfe profitieren könnten.

Gleichzeitig verbrauchten die Deutschen 2016

- + 7501 Milliarden Zigaretten,
- + 3049 Milliarden Zigarren und Zigarillos,
- + 25188 Tonnen Feinschnitt- und
- + 2521 Tonnen Pfeifentabak.

Mit einer Abgabe von 1 Cent pro Zigarette und Zigarillo sowie 10 Cent pro Kilogramm Tabak ließen sich weitere 783420900 Euro, nutzbar für Suchthilfe und Suchtprävention, erzielen.

Außerdem stehen in Deutschlands Spielhallen 264 000 Geldspielgewinngeräte. Mit einer hersteller- bzw. aufstellerbezogenen Abgabe von 1000 Euro pro Jahr und Gerät flössen noch einmal 264 Millionen Euro in das Gesundheitsbudget. Insgesamt würde dieses dann 1847420900 Euro umfassen. Damit könnten 30000 Personalstellen (à 50000 Euro/Jahr) geschaffen und Sachkosten in Höhe von zirka 347 Millionen Euro erstattet werden. Für andere Substanzen können analoge Verfahren entwickelt werden.

04

Der fdr+ fordert eine gesundheitsbezogene Abgabe auf Produkte und Angebote, durch die eine Abhängigkeitserkrankung entstehen kann. Diese Mittel sind zusätzlich zur Daseinsvorsorge als Finanzierung für

die Angebote der Suchtprävention und ambulanten Suchthilfe von den Kommunen einzusetzen und über die nach einem »Suchthilfegesetz« (siehe unten) einzurichtenden regionalen Arbeitsgemeinschaften

weiterzuleiten. Damit sind dokumentierte und qualitätsgestützte Angebote — insbesondere für frühe und aufsuchende Hilfen — der ambulanten Suchthilfe kostendeckend zu finanzieren.

Verhältnisprävention in der Verantwortung der Gesundheits- und Sozialministerien

»Abhängigkeit« ist eine behandlungsbedürftige, psychische Krankheit mit hoher sozialer Relevanz und chronischem Verlauf. Sie wird begleitet von sozialen, körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen, die — wenn sie nicht behandelt werden — die betroffenen Menschen daran hindern, ihren sozialen und gesellschaftlichen Verpflichtungen und Teilhabemöglichkeiten nachzukommen.

»Funktionale Gesundheit« ist das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und ihren Kontextfaktoren (umwelt- und personbezogene Faktoren). Funktionale Gesundheit und ihre jeweils spezifischen Einschränkungen werden auf den Ebenen des Körpers, des Geistes und der Psyche sowie der sozialen

Fertigkeiten (Aktivitäten einer Person und ihre Teilhabe an Lebensaufgaben) beschrieben.

Auf diesem Hintergrund sind nicht nur personenbezogene Hilfen zur Überwindung einer Abhängigkeitserkrankung notwendig, sondern auch Lebensverhältnisse, die gesundheitsfördernd wirken. Dort, wo spezifische Einschränkungen aufgrund der Chronizität einer Erkrankung auf Dauer wirksam bleiben, ist die Gesellschaft mit ihren Hilfeangeboten verpflichtet den Betroffenen soweit entgegen zu kommen, dass sie uneingeschränkt an ihr teilhaben können.

Suchtprävention kann Fehlentwicklungen in der Wirtschafts- und Sozialpolitik nicht ausgleichen. Sie kann jedoch, richtig angewandt, gegensteuern und damit jede Einzelne und jeden Einzelnen vor gesundheitlichen Schäden bewahren und gesellschaftliche Kosten im Gesundheitswesen sowie im Sozial- und Wirtschaftssektor senken.

05

Der fdr+ fordert, dass politische Entscheidungen zu Substanzen, die Abhängigkeitserkrankungen oder Verhalten fördern können, grundsätzlich unter dem Aspekt »Gesundheitsförderung« in den Sozial- und Gesundheitsministerien des Bundes und der

Länder getroffen werden. Freizügigkeit im Waren- und Dienstleistungsangebot darf nicht dem Public Health-Gedanken entgegenstehen.

Steuerung auf Ebene der Länder und Kommunen

Die grundgesetzlich geforderte Schaffung gleicher Lebensbedingungen für sämtliche Menschen muss sich in einem vergleichbaren Angebot der Suchthilfe in allen Regionen Deutschlands wiederfinden. Daher bedarf dieses Arbeitsfeld einer Koordinations- und Steuerungsfunktion auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Die zunehmende Delegation der Verantwortung für die Finanzierung und Gestaltung von Hilfen und Leistungen (Kommunalisierung) und unabgestimmte Planungen führen zu auseinanderstrebenden Qualitätsstandards und örtlich völlig unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten der Betroffenen zu den erforderlichen Hilfen und Leistungen.

06

Der fdr+ fordert, dass jedes Bundesland zuständige Suchthilfe-Koordinator*innen benennt und diese in einem Gremium tätig werden, in dem auch die Bundesebene mitwirkt und das verbindliche

Entscheidungen zur Wahrung gleicher Lebens- und damit auch Hilfebedingungen trifft. Regionale Abweichungen müssen möglich sein, wenn sie nicht aus Kostengründen erfolgen.

Betäubungsmittelgesetz

Das **Betäubungsmittelgesetz** mit seinen Therapiebestimmungen hat sich seit 1981 auf ein Strafverfolgungsrecht verdichtet. Die Interessen der Drogenabhängigen zur Verbesserung und zum Schutz ihrer Gesundheit verlieren sich in einer rigoros anmutenden Verfolgungswut und dem Aberglauben, durch Verknappung und verschärftes Recht das Drogenproblem in den Griff bekommen zu können. Alle Maßnahmen, die bisher eingeleitet wurden, sind auch in ihren Ergebnissen kontraproduktiv, weil sie Drogenabhängige daran hindern, Hilfeangebote anzunehmen, denn sie müssen bei einer Offenlegung ihrer Abhängigkeit immer damit rechnen, dass strafrechtliche Konsequenzen gezogen werden.

07

Der fdr+ fordert einen grundlegend veränderten Umgang mit betäubungsmittelabhängigen Menschen und politische Lösungen, um die für illegal erklärten Betäubungsmittel aus dem (Schwarz-)Markt herauszulösen. Bei Drogengefährdung oder -abhängigkeit müssen Hilfen zur Gesundheitsförderung, Beratung und Behandlung einerseits und Strafverfolgung bei Delikten andererseits in einem ange-

messenen Gleichgewicht stehen. Dies erfordert in der Regel einen kontinuierlichen Dialog zwischen den Vertreter*innen des Suchthilfesystems und den Vertreter*innen der Justiz, Polizei oder Ordnungsbehörden. Eine gewollte und bessere Kontrolle von Geldströmen deckt illegalen Handel auf.

Es muss geklärt werden, welche Substanzen zur kontrollierten Abgabe oder medizinischen

Freigabe geeignet sind. Richtliniengerechte Substitution mit der Möglichkeit zur psychosozialen Betreuung muss allen Opioidabhängigen auf Wunsch zugänglich gemacht werden. Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention sind erforderlich, um Menschen vom Konsum gesundheits-schädigender, gefährlicher oder verunreinigter Substanzen abzuhalten (siehe oben).

Strafvollstreckungsreihenfolge

Unter der **gegenwärtigen Rechtslage** sind etwa ein Drittel aller zu Freiheitsstrafen Verurteilter Drogenkonsumenten*innen. Der Strafvollzug ist bei Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung kein geeignetes Mittel zur Überwindung der Abhängigkeit. Eine aufgrund der rechtlichen Gegebenheiten praktizierte Strafvollstreckungsreihenfolge, die die Strafen nach dem Betäubungsmittelrecht bei bestehender Abhängigkeit etwa zuletzt vollstrecken lässt, ist ethisch nicht verantwortbar.

08

Der fdr+ fordert, dass wegen Drogenbesitz und -beschaffung verurteilte, abhängigkeitskranke Straftäter*innen primär Hilfeangebote erhalten und

nicht aus juristischen Gründen solange im Justizvollzug behalten werden, bis alle Strafen vollstreckt sind.

Forderungen

für wirksame Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe



Haltung und Menschenbild

Menschen, die Suchtmittel missbrauchen bzw. davon abhängig sind, sind in jeder Hinsicht gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger mit allen Rechten und Pflichten.

Ihre Menschenwürde ist bei jeglicher Art der Kommunikation und Hilfe zu achten, und es ist ihnen mit Respekt zu begegnen, ungeachtet ihrer Abstammung, ihrer Nationalität, ihres Geschlechts, ihres Alters, ihres Glaubens, ihrer politischen Überzeugung, ihrer sozialen und wirtschaftlichen Stellung, ihrer gesellschaftlichen Position, ihrer sexuellen Orientierung und ihrer gesundheitlichen und psychosozialen Befindlichkeit.

»Sucht« ist eine Krankheit, die es zu akzeptieren, zu lindern, zu bessern und wenn möglich, zu heilen gilt.

09

Der fdr+ fordert, bei der Strafverfolgung das Wesen einer Abhängigkeitserkrankung und die damit verbundenen sozialen Stigmatisierungen sowie die biopsychosozialen

Beeinträchtigungen zu berücksichtigen und krankheitsbedingte Auswirkungen nicht mit kriminellem Verhalten gleichzusetzen.

Ressourcenorientierung

10

Der fdr+ fordert, dass sich Konzepte, Angebote und Methoden der Suchthilfe an

Der fdr+ ist der Überzeugung, dass jeder Mensch über Ressourcen verfügt, mit denen er Motivation entwickeln und positive Veränderungen für sich ermöglichen kann.

den Ressourcen, den Interessen und den Entwicklungschancen von Hilfe suchenden Menschen orientieren.

Managing Diversity

Suchthilfe folgt dem Prinzip des Diversity Managements. Hier handelt es sich um ein strategisches Konzept, das darauf abzielt, Vielfalt richtig zu gestalten und strukturelle Benachteiligungen abzubauen. Es geht jedoch über die Abwehr von Diskriminierungen hinaus und betont die Potenziale im Anderssein des Individuums. Im Kontext einer Organisation gilt es, diese Potenziale produktiv nutzen zu können, da sie einen besonderen Wert darstellen. Durch Gestaltung von Bedingungen, die sich konstruktiv an Vielfalt orientieren, können sich Veränderungsfähigkeit und -bereitschaft der Betroffenen uneingeschränkt entwickeln und entfalten. In der Suchthilfe bezieht sich Vielfaltsmanagement hauptsächlich auf Gleichstellungspolitik (Gender Mainstreaming) und interkulturelle Suchtarbeit.

Gender Mainstreaming ist ein Top-down-Verfahren, das Politik, Leistungsträger und Leistungserbringer in die Verantwortung nimmt. Daher werden Strukturen, Konzepte und die Ebenen der Arbeitsorganisation gendergerecht bzw. orientiert an sexueller Orientierung optimiert und qualifiziert. Es wird geklärt, über welche Vorgaben und Steuerungsverfahren die Implementierung gendersensibler und -gerechter Arbeit erfolgen kann.

In Hinblick auf Menschen mit Migrationserfahrungen überprüfen Suchthilfeeinrichtungen ihre Leistungen daraufhin, ob sie von Menschen, die einen anderen Sozialisationshintergrund mitbringen, genutzt werden können. Sie klären, wie Zugangsbarrieren systematisch überwunden werden können und öffnen sich einer Arbeit im Feld interkultureller Begegnung. Ein solcher Prozess interkultureller Öffnung findet angesichts der Zuwanderung in allen Bereichen der Suchthilfe statt.

11

Der fdr+ unterstützt

+ die Verankerung von Gender Mainstreaming und Diversity Management in der Suchthilfe als Ordnungs- und Leitprinzip und in Hinblick auf Qualitätsentwicklungen, differenzierte Zielsetzungen, Standards und Definitionen. Zur Verbesserung der Qualität werden geschlechtsbezogene Unterschiede und Gemeinsamkeiten sowie altersbezogene, kulturelle und politische Vielfalt und Migrationshintergründe in Prävention, Beratung und Therapie berücksichtigt.

+ die Entwicklung interkultureller Kompetenz in der Suchthilfe. Diese Entwicklung wird als mittel- bis langfristiger Prozess gedacht, dessen Realisierung u. a. gezielte Fortbildungs- und Supervisionsmaßnahmen voraussetzt. Interkulturelle Kompetenz ist keine spezialisierte, also nur im Sonderfall brauchbare Anwendung, sondern eine generelle Erweiterung menschlicher und professioneller Kompetenz. Die Arbeit mit Migrant*innen vertieft alle Aspekte, die für die Suchthilfe und die damit zusammenhängenden Interaktionen mit Menschen wesentlich sind.

Die Fähigkeit zur geschlechtsdifferenzierten und interkulturellen Arbeit sowie deren strukturelle Verankerung gehört grundsätzlich zu den Kompetenzen der Mitarbeiter*innen der psychosozialen Einrichtungen.

Sozialraumorientierung

Der fdr+ versteht unter »Sozialen Räumen« reale und virtuelle Räume, in denen Menschen wohnen und arbeiten, sich engagieren und die den Mittelpunkt des Lebens und dessen Teilhabe darstellen. Sie werden durch die handelnden Personen selbst konstruiert und geschaffen, sind dabei nicht zwingend an feste Strukturen gebunden und lassen sich demzufolge auch nicht unbedingt gebietsweise begrenzen.

Gefährdete und Abhängige müssen in jeder Phase der Suchtentwicklung Zugang zu angemessenen Hilfeangeboten erhalten. Hier ist sowohl die psychosoziale als auch die medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung sicherzustellen.

12

Der fdr+ unterstützt eine Sozialraumorientierung in der Suchthilfe, die Menschen

in ihren Bezügen und ihrer Lebenswelt wahrnimmt und gleichzeitig die Ressourcen

dieser Bezüge stärkt und zur Problemlösung und erfüllten Teilhabe nutzt.

Nutzer*innenorientiertes Vorgehen und Wahrung von Patienten*innenrechten

Leistungen der Suchthilfe müssen folgende Grundsätze berücksichtigen:

- + Die Beteiligung von Betroffenen am Hilfeplanungs- und Hilfeprozess
- + Aushandlung und konkrete Ausgestaltung von Dienstleistungen zur Unterstützung der Lebenspraxis von Betroffenen
- + Herstellung von Transparenz für Betroffene bei der Planung, dem Vorgehen und dem vereinbarten Leistungsumfang
- + Partizipative Arbeitsweise
Partizipative Arbeitsweise versteht hilfesuchende Nutzer*innen von Angeboten als Partner*innen und Mitgestalter*innen, Fachkräfte dagegen als Katalysatoren und Inkubatoren, die Problemdefinitionen und -lösungen anregen. Ihre Arbeit ist aktivierende und unterstützende Tätigkeit. Angebote der Suchthilfe sind lebensweltorientiert in Sprache und Zielsetzung (Setting-Ansatz). Ziel der Suchthilfe ist, ein selbstbestimmtes Handeln in Problemsituationen zu unterstützen (Empowerment). Ein nutzer*innenorientiertes Versorgungssystem kann nur partizipativ unter Einbezug der Betroffenen und ihrer Vertretungen, z. B. die Verbände der Suchtselbsthilfe, erreicht werden.

13

Der fdr+ tritt für ein nutzer*innenorientiertes Hilfesystem ein, dessen wesentliche Kennzeichen Wirkungsorientierung, Empowerment und Partizipation sind.

+ spricht sich für ein Beschwerdemanagement in der Suchthilfe aus. Zu diesem Zweck sollen in jedem Bundesland ein*e Patient*innen-fürsprecher*in bzw. eine Ombudsstelle eingerichtet werden, die Beschwerden oder

andere Anliegen aufnehmen und die Interessen der Patienten*innen gegenüber professionellen Helfer*innen bzw. der jeweiligen Einrichtung vertreten kann.

Suchtselbsthilfe ist fachlich unverzichtbar

Die Suchtselbsthilfe ist Teil des Hilfesystems. Sie realisiert in idealer Weise Partizipation und Empowerment, ohne die zeitgemäße Hilfen für Abhängigkeitskranke nicht denkbar sind.

Der fdr+ unterstützt Suchtselbsthilfe auf dem Weg vom reaktiven Umgang mit einer (eigenen) Abhängigkeitserkrankung zum proaktiven Handeln als Interessenvertretung bzw. Patient*innenvertretung abhängigkeitskranker oder -betroffener Menschen. Der fdr+ fördert Lots*innennetzwerke, die Betroffenen im Hilfesystem Orientierung geben und eine Unterstützung auf dem Weg der Selbsthilfe sicherstellen.

14

Der fdr+ unterstützt die Suchtselbsthilfe. Selbsthilfeangebote stellen eigenständige und unverzichtbare Ergänzungen der professionellen hauptamtlichen Arbeit von Suchtpräven

tion und Suchthilfe dar. Suchtselbsthilfe fördert die Entstigmatisierung von Suchtkranken und Angehörigen. Der fdr+ erwartet, dass in Regionen Suchtselbsthilfe strukturell

gefördert wird, notwendige Angebote wirtschaftlich unterstützt werden und den aktiven Mitwirkenden aus ihrem Engagement keine (finanziellen) Nachteile erwachsen.

Verbundsystem der Suchthilfe als Teil eines Netzwerks

Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe halten ihre Angebote zu jeder Zeit und mit anderen Versorgungsinstitutionen in einem regionalen Verbundsystem organisiert bereit. Es muss erreicht werden, dass Gefährdete und Abhängige jederzeit Zugang zu angemessenen Hilfeangeboten erhalten können. Dabei wird sowohl die psychosoziale als auch die medizinische Grundversorgung sichergestellt. Die jeweiligen Angebote des Verbundsystems werden umfassend bereitgestellt und zur Nutzung optimal vernetzt; dies gilt auch für den Aufgabenbereich der Suchtprävention.

Das Verbundsystem der Suchthilfe ist Teil von regionalen Suchthilfenetzwerken. Ihre Initiierung und Koordination ist Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsdienste. Bedarfserhebung, Planung und Steuerung dürfen nicht von finanziellen Rahmenbedingungen dominiert sein, sondern müssen sich an den Lebenslagen der Menschen im entsprechenden Sozialraum orientieren.

Suchthilfenetzwerke beziehen sämtliche bei der Hilfeplanung notwendigen Partner*innen mit ein.

Von der Suchthilfe erbrachte Leistungen und Maßnahmen orientieren sich konsequent am Hilfebedarf der betroffenen Menschen. Hier ist auf ein reibungsloses Funktionieren von Schnittstellen zu achten.

15

Der fdr+ fordert die Schaffung von Suchthilfenetzwerken, in denen auf regionaler Ebene eine flächendeckende Versorgung

angestrebt und die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer und Leistungsträger abgestimmt und koordiniert wird.

Hilfeplanung als Fallmanagement

Betroffene müssen einen jederzeit einfachen und akzeptablen Zugang zum Hilfesystem finden, was voraussetzt, dass Funktionseinschränkungen aufgrund eines schädlichen Substanzgebrauchs oder Verhaltens bzw. eine Abhängigkeitserkrankung frühzeitig erkannt und von den Betroffenen akzeptiert wird. Die weitere Hilfeplanung ist als Case Management zu organisieren, das ein geeignetes System für umfassende Planung und Klient*innenbeteiligung sowie die fallbezogene Steuerung und Abstimmung darstellt. Es hilft, den Überblick zu behalten und die Verbindlichkeit von Absprachen zu steigern. Hilfeplanung erweist sich darüber hinaus als ein gutes Instrument zu Qualitätsentwicklung und -sicherung, indem Sinnhaftigkeit, Angemessenheit und Effektivität der eigenen Leistungen sowie der weiteren Planungen und Vermittlungen laufend überprüft werden.

Damit das Handlungskonzept »Case Management« fachlich konsequent umgesetzt werden kann, werden folgende Voraussetzungen erfüllt:

- + Im Rahmen der Verbesserung der Versorgungsorganisation werden Leistungen und Maßnahmen für die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung der Bevölkerung, also auch Leistungen und Maßnahmen der Suchthilfe, in Gesundheitszentren zusammengefasst, in denen sich das Konzept Case Management transdisziplinär (Ärztinnen und Ärzte, Psychologen*innen, Fachkräfte der Sozialen Arbeit, qualifizierte Schuldnerberater*innen etc.) umsetzen lässt.
- + Mit der Diagnose »Abhängigkeitserkrankung« beginnt eine sozialrechtlich abgesicherte Finanzierung der Hilfen.
- + Case Management in der Suchthilfe ist — wie in der Behindertenhilfe auch — der UN-Konvention der Inklusion verpflichtet und hat die ICF zur Grundlage.
- + Suchthilfeträger und an der Versorgung Suchtkranker Beteiligte sind in regionalen Netzwerken organisiert, um finanziell verbindlich vereinbarte Hilfepläne zügig umsetzen zu können.
- + Grundlagen der Hilfeprozesse in den einzelnen Bereichen des Verbundsystems sind die Ergebnisse entsprechender Assessments, in die die Klienten*innen im Sinne der eigenverantwortlichen Mitwirkung einbezogen wurden.
- + Im Rahmen der unterschiedlichen Hilfe-Prozesse sind verantwortliche Übergaben/Vermittlungen an den Schnittstellen systematisch sicherzustellen.
- + Eine evaluierte Erfolgs- und Wirksamkeitskontrolle auf der Grundlage von QE/QM ist verpflichtend.

16

Der fdr+ fordert zur Umsetzung des Fallmanagements die
+ Schaffung von Gesundheitszentren, in denen alle psychosozialen Beratungsstellen auf kommunaler Ebene zusammengefasst sind,

+ Sicherung der Finanzierung der ambulanten Suchthilfedurch kommunale und Landes-Zuschüsse, die Gesetzliche Krankenversicherung und die Gesetzliche Rentenversicherung ab der Diagnose »Abhängigkeitserkrankung« und durch Leistungen der Grundsicherung.

+ Fortbildung der Fachkräfte, z. B. in Case-Management, Motivierender Gesprächsführung, Diagnostik und/ oder in der »Fachkunde Psychosoziale Betreuung«, mit Einbezug genderbewusster und interkultureller Handlungsfähigkeit.

Prävention

Aktuelle Studien haben die positive Wirkung von Präventionsmaßnahmen mit einem erzielten Gewinn von durchschnittlich 2,20 Euro für jeden investierten Euro längst bestätigt. Einhergehend mit dem Paradigmenwechsel des Krankheits- und Gesundheitsbegriffes etablierte sich auch ein neues Klassifizierungsmodell der Suchtprävention. Dieses unterscheidet zwischen universeller, selektiver und indizierter präventiver Intervention. Die universelle präventive Intervention bezieht sich auf die allgemeine Öffentlichkeit, unabhängig von spezifischen Risikofaktoren (TV-Spots, Kompetenzprogramme in der Schule). Die selektive präventive Intervention zielt hingegen auf Risikogruppen ab (z. B. Kinder suchtkranker Eltern). Die indizierte präventive Intervention richtet sich an Personen, die bspw. bereits einen Substanzkonsum aufweisen, aber noch keine definierte Störung entwickelt haben.

Grundsätzlich unterscheidet die Suchtprävention zwei Ansätze: Die auf das Verhalten von Menschen ausgerichtete Verhaltensprävention und die Verhältnisprävention, die auf die Beeinflussung gesellschaftlicher Strukturen abzielt. Erfolgreiche suchtpreventive Maßnahmen verbinden beide Ansätze sinnvoll miteinander. Maßnahmen, die ausschließlich auf die Beeinflussung von Verhalten setzen, werden zu kurz greifen, wenn sie nicht auch die Lebensumstände der Personen, die sie beeinflussen wollen, mitberücksichtigen. Daher sind auch Bildung und Erziehung Teil der Prävention, um einerseits Genussorientierung, andererseits aber auch Selbstbeschränkung zu vermitteln.

17

Der fdr+ fordert umfassende, qualitätsgestützte, ausreichend finanzierte Angebote der Verhaltensprävention mit der notwendigen Personalausstattung (siehe unten) in allen Regionen sowie verhältnispräventive Maßnahmen als gesellschaftlichen, durch politische Willensbildung herbeigeführten Konsens.

Prävention soll nicht nur Risikofaktoren aufzeigen bzw. nicht erwünschtes Verhalten verhindern, sondern vor allem Risikokompetenz als zentrale Entwicklungsaufgabe für Heranwachsende vermitteln und Schutzfaktoren der Menschen stärken. Es wird eine zeitgemäße Begleitforschung gefordert, die bislang nicht evaluierte, aber vielversprechende Maßnahmen sowie innovative Projekte evaluiert.

Diese Forderung nach einer ausreichend finanzierten Forschung der Präventionsmaßnahmen gilt gleichermaßen für die Bereiche der Suchthilfe und Suchtselbsthilfe.

Aufsuchende und niedrigschwellige Hilfen

Als eine der vier zentralen Strategien der Suchtpolitik gilt der Abbau von Elend und Not (Harm Reduction). Für die Suchthilfe ist das die Grundlage, niedrigschwellige Hilfen u.a. für Konsument*innen psychotroper Substanzen anzubieten, die aktuell wohnungslos sind und keine bzw. noch keine weiterführenden Suchthilfen annehmen können oder die noch nicht oder nicht mehr von der Komm-Struktur der Suchthilfe erreicht werden. Hier gibt es seit langem ein Kontaktangebot als Grundlage für weitere Hilfe, u.a. durch Konsumräume oder Kontaktläden mit sozialpädagogischer Betreuung. Zusätzlich wird mit Hilfe von »Streetwork« oder aufsuchenden Hilfen ein Zugang zum Hilfesystem geschaffen.

Ziele des niedrigschwelligen Zugangs sind die Sicherung des Überlebens, Gesundheitsstabilisierung und Gesundheitsförderung sowie die Sicherung einer positiven sozialen Umgebung, unter Verhinderung weiterer Desintegration. Finanziert werden die Angebote durch freiwillige staatliche Leistungen, Maßnahmen und Projekte, geplant durch Kommunen, teilweise auch durch Bundesländer. Wirksam und erfolgreich durchgeführte Instrumente und Maßnahmen temporärer finanzierter Projekte müssen leichter in dauerhafte Leistungen und Maßnahmen mit sicherer Finanzierung überführt werden können.

18

Der fdr+ unterstützt für alle Abhängigkeitskranken ein niedrigschwelliges, voraussetzungsloses Hilfeangebot mit umfassend leichter Erreichbarkeit und akzeptablen

Öffnungszeiten. Soweit erforderlich, sind Bereiche für Tagesaufenthalt und Körperpflege sowie Angebote für sichere Drogenapplikation und Spritzentausch vorhanden.

Die Personalausstattung entspricht dem fachlich notwendigen Bedarf.

Angebote für eine Tagesstruktur

Angebote zur Tagesstrukturierung finden überwiegend in Tagesstätten statt. Es handelt sich um ein teilstationäres Angebot der Eingliederungshilfe für suchtkranke Menschen, die durch ihre Substanzabhängigkeit multiple Problemstrukturen aufweisen. Sie erhalten in Tagesstätten lebensbegleitende und versorgende Hilfen. Sowohl den physischen Folgen einer langjährigen Abhängigkeitserkrankung als auch den psychischen und sozialen Schädigungen aufgrund von Arbeits- bzw. Langzeitarbeitslosigkeit kann wirksam begegnet werden.

19

Der fdr+ fordert, dass tagesstrukturierende Angebote dem Bedarf entsprechend vorgehalten und kostendeckend finanziert werden, um Ratsuchende vor allem in Hinblick

auf Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft zu fördern. Die Struktur muss sich an den fdr+ Rahmenstandards orientieren.

Psychosoziale Betreuung und Beratung

Psychosoziale Betreuung und Beratung sind ein Teil des Prozesses zur Stabilisierung und Verbesserung der Lage und Förderung zur Teilhabe der Zielgruppe, vor allem bei substituierten Menschen. Ziele der psychosozialen Betreuung sind Entwicklung und Unterstützung von Veränderungsmotivation sowie Entwicklung und Stabilisierung von Alltags- und Sozialkompetenz sowie der Teilhabe der Betroffenen. Das Ziel der psychosozialen Beratung ist die Abklärung der materiellen und immateriellen Bedarfe und der materiellen Anspruchsgrundlagen und individuell abgestimmter immaterieller Angebote, als Voraussetzung zur Vermittlung differenzierter weiterführender Hilfen zur Teilhabe.

Im Rahmen des Psychosozialen Beratungsangebotes werden mittels Methoden der Diagnostik und klienten*innenzentrierter Gesprächsführung Bedarfslagen geklärt und über passende materielle und immaterielle Hilfen informiert, diese ggf. entsprechend vermittelt bzw. bei der Beantragung aktive Unterstützung gewährt.

Die psychosoziale Betreuung fördert unter Anwendung der Methoden der Sozialen Arbeit Entwicklungsmotivation und Alltagskompetenzen. Die Umsetzung des Beratungs- und Begleitungsprozesses bewirkt und fördert Veränderungsbereitschaft als Voraussetzung, um weiterführende Hilfen anzunehmen.

Der fdr+ unterstützt eine qualifizierte Sucht- und Drogenberatung, in der Fachkräfte bei der Umsetzung ihrer Hilfeangebote und Arbeitsaufträge darauf achten, die generellen Ziele »Überlebenshilfe« und »Ausstieg aus der Abhängigkeit« gleichermaßen zu berücksichtigen und zwischen den Hilfen Durchlässigkeit und Übergänge im Sinne ganzheitlicher Hilfestrukturen sicher zu stellen.

Es findet grundsätzlich eine Vermittlung in weiterführende Hilfen statt, die durch die Anwendung der Methoden der Gesprächsführung/Motivierung und Aufklärung über sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen durch die Fachkräfte gewährleistet wird.

20

Der fdr+ fordert für den regionalen Verbund, in dem eine psychosoziale Beratungsstelle tätig ist bzw. in dem psychosoziale Betreuung stattfindet, eine verbindliche Vereinbarung der Standards und Leistungen der Beratungsstelle mit den zuständigen Behörden sowie eine daraus resultierende kostendeckende Finanzierung. Betreuungsdichte und -intensität müssen sich nach dem individuellen Hilfebedarf richten.

Die Finanzierung der Betreuung erfolgt entweder im Rahmen der Landes- und Kommunalzuwendungen an Einrichtungen der Suchthilfe oder als Eingliederungshilfe nach SGB XII. Für jeweils 10 000 Einwohner sind eine Fachkraft der Suchthilfe und 0,2 Verwaltungsstellen vorzuhaltend. Grundsätzlich gilt in der Psychosozialen Betreuung Substituierter gemäß den Leitlinien des fdr+ ein Betreuungsschlüssel von max. 1:25 — abhängig von der Betreuungsdichte.

Berufliche Rehabilitation: Arbeitsförderung für Suchtkranke

Erwerbsarbeit und die damit verbundenen Qualifikationen, Belohnungen und sozialen Einflussmöglichkeiten bilden eine zentrale Basis für die Zuweisung von sozialem Status und von gesellschaftlichen Partizipationschancen. In den Arbeitsmarkt integriert zu sein, wird zunehmend mit sozialer Teilhabe gleichgesetzt, so dass im Umkehrschluss Arbeitslosigkeit mit sozialem Ausschluss verbunden wird.

Für Abhängigkeitskranke kann »Arbeit haben« einen Ausstieg aus der Sucht fördern. Teilhabe an Erwerbsarbeit für Abhängigkeitskranke kann mithilfe von berufsbezogenen Unterstützungs-, Bildungs- und Beschäftigungsangeboten auch im Rahmen der Suchthilfe geleistet werden. Grundsicherungsstellen und Suchtberatungsstellen müssen personell und fachlich in der Lage sein, gutes Fallmanagement zu praktizieren und in regionalen Netzwerken zu kooperieren (Case Management/Networking). Hierfür müssen sie entsprechend ausgestattet und geschult werden. Berufliche Integration für Abhängigkeitskranke muss alle rechtlichen Möglichkeiten der Sozialgesetzbücher nutzen. Dabei kann Arbeit in unterschiedlichster Form auch als diagnostisches Instrument genutzt werden. Grundsätzlich sind mehr Angebote der öffentlich geförderten Beschäftigung erforderlich, damit erwerbslose Suchtkranke Teilhabe an Arbeit erhalten.

21

Der fdr+ fordert

+ gemäß dem Gedanken der Inklusion, dass Menschen in besonderen Lebenslagen, mit ihren jeweiligen — auch teilweise besonderen — Bedürfnissen, am Leben in der Gesellschaft teilhaben können. Die individuelle Unterstützung von Personen orientiert sich an deren Kompetenzen und ihre Förderung geschieht durch die Kooperation zwischen Jobcenter und Beratungsstelle der Suchthilfe (auch als Konsiliardienst). Jobcenter und Beratungsstellen müssen Ressourcen für die Beratung arbeitsloser Klientinnen und Klienten vorhalten. Eine Schuldenberatung ist obligatorisch. Durch den Einsatz von Fachkräften [»Lots*innen«] zur Klärung der zur Hilfe notwendigen Rechtskreise in den Integrationsfachdiensten können Unterstützungsleistungen verbessert werden.

+ für den Suchtbereich ein Äquivalent zu Integrationsbetrieben (SGB IX), um einen Nachteils- bzw. Minderleistungsausgleich (gemäß § 16e SGB II) und eine sichere Grundlage für soziale Betriebe zu etablieren.

+ von den Suchthilfeeinrichtungen, zur der Verbesserung ihrer Ergebnisqualität eine aktive Förderung der Teilhabe konzeptionell und dokumentiert nachzuweisen.

+ dass Teilhabe an Bildung als wichtiges Ziel für abhängigkeitskranke Menschen etabliert wird.

+ Im Rahmen der beruflichen Hilfen die Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit zu berücksichtigen.

Soziale Rehabilitation:

Ambulant Betreutes Wohnen, Stationäres Wohnen, Übergangswohnen

Die Suchthilfeleistung »Wohnen« ist mit zirka 460 Einrichtungen bzw. Angeboten mit mehr als 12 000 Plätzen als ambulantes betreutes Wohnen und mit 268 Einrichtungen mit mehr als 10 700 Plätzen als stationäres Angebot eine der wichtigsten Suchthilfeleistungen und zentrales Angebot im Bereich der sozialen Rehabilitation. »Wohnen« ist eine Leistung der Eingliederungshilfe, die vor allem für chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke konzipiert werden.

Die Leistung hat das Ziel, abhängigkeitskranken Menschen eine weitgehend eigenständige Lebensführung, soziale Eingliederung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu eröffnen, auszubauen und zu erhalten.

Notwendig sind auch »Übergangswohnheime«, in denen Hilfebedürftige z. B. nach klinischem Entzug zeitweise Aufnahme finden, wenn weitere Hilfen wie Entwöhnungsbehandlung oder andere Betreuungsformen noch nicht abschließend geklärt sind. Übergangswohnheime der Eingliederungshilfe unterstützen die aktuelle Motivationslage suchtkranker Menschen, weiterführende Behandlungs- und Betreuungselemente anschließend in Anspruch zu nehmen. Rückfälle können dadurch vermieden werden. Zum Konzept dieses Einrichtungstyps zählen in der Regel bereits therapeutische Elemente.

Im Bereich Wohnen erfahren die betroffenen Menschen Unterstützung mit dem Ziel einer möglichst selbständigen, sinnerfüllten und auch suchtmittelfreien Lebensführung. Die aus der Abhängigkeits-erkrankung resultierende Neuorientierung im Leben überfordern nicht selten die Anpassungskapazitäten der suchtkranken Menschen. Sie benötigen die auf ihren persönlichen Bedarf entsprechend ausgerichteten Hilfen, die nicht an Institutionsgrenzen halt machen, sondern eine stufenweise Heranführung an den Arbeitsmarkt und eine (Wieder-) Eingliederung in die und Teilhabe in der Gesellschaft ermöglichen. Hier handelt es sich meistens um Hilfen zur Existenzsicherung.

Zielgruppe der Wohnheime der stationären Eingliederungshilfe sind seelisch wesentlich behinderte Menschen, die mit ihrer Substanzabhängigkeit (oder wegen weiterer psychischer Erkrankungen) multiple Problemstrukturen aufweisen. Im Gegensatz zum Betreuten Wohnen benötigt diese Klientel eine umfassende Hilfestellung, die nur in einer vollstationären Einrichtung vorgehalten werden kann.

22

Der fdr+ fordert, dass sämtlichen abhängigkeitskranken Menschen die notwendigen existenzsichernden Leistungen im Rahmen der sozialen Rehabilitation im notwendigen Umfang und mit ausreichender Finanzierung zur Verfügung gestellt werden. Dazu gehören

auch Übergangseinrichtungen. Angesichts der Wohnraumknappheit in Ballungszentren ist eine Versorgung mit Wohnraum als Maßnahme zur Überwindung der Abhängigkeits-erkrankung zwingend erforderlich und bedarf zusätzlicher öffentlicher Anstrengungen.

Der Sozialhilfeträger muss bei Bekanntwerden einer entsprechenden Notlage unverzüglich notwendige Betreuungsleistungen bewilligen, die dem fachlich begründeten Teilhabeplan entsprechen.

Medizinische Rehabilitation: Ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungsformen

Eine umfassende Rehabilitation suchtkranker Menschen ist mehr als die bloße Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit oder -tätigkeit. Medizinische Rehabilitation, die sich ohne Einbindung in einen Gesamtplan nur darauf beschränkt, greift zu kurz. Der Auftrag zur Verbesserung der Teilhabe muss als gemeinsame Aufgabe von allen teilhaberelevanten Akteur*innen verstanden und mit einer gemeinsamen Strategie unter Einbeziehung der Betroffenen umgesetzt werden. Der von Leistungsträgern und Leistungserbringern formulierte Anspruch »Hilfe aus einer Hand« muss für die betroffenen Menschen erfahrbar sein. Dazu bedarf es eines suchtspezifischen Case-Managements.

Eine teilhabeorientierte Rehabilitation suchtkranker Menschen braucht außer einem Gesamtziel auch die auf die einzelne Person abgestimmten und mit ihr entwickelten Teilziel-Perspektiven als Grundlage für den Erfolgsnachweis bei der Bewältigung von Teilschritten. Die Teilziele der Medizinischen Rehabilitation müssen plausibel, erreichbar und zukunftsorientiert vermittelt werden.

Die hohe Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung für den Erfolg der Medizinischen Rehabilitation macht eine strukturelle Klärung der Aufgaben und Zuständigkeiten im Schnittstellenbereich von SGB VI (hilfsweise V) zu SGB II, III und XII zwingend nötig.

Angesichts komplexer Problemlagen der Leistungsberechtigten muss die Medizinische Rehabilitation stärker als bislang das Behandlungsfolge-Modell durch flexible und modular sich ergänzende und parallel wirkende Leistungskonzepte ablösen.

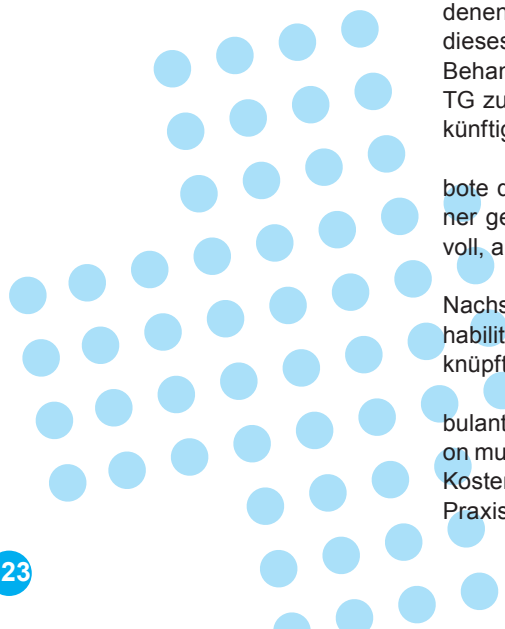
Die besonderen Anforderungen einer teilhabeorientierten Suchtrehabilitation gehen über die derzeitigen Bemühungen der Leistungsträger der Medizinischen Rehabilitation um eine verbesserte Strukturqualität hinaus.

Die Entwicklung der stationären Medizinischen Rehabilitation für »Drogenabhängige« hat ihre historischen Wurzeln in den verschiedenen Formen therapeutischer Gemeinschaften (TG). Beim Übergang dieses Konstruktes in die Rahmenbedingungen stationärer klinischer Behandlung sind für die Teilhabe nachweisbar wirksame Faktoren der TG zu erhalten und, unter enger Berücksichtigung der aktuellen bzw. künftigen Lebenswelt der Betroffenen, weiterzuentwickeln.

Die Forderung nach einer höheren Zahl ambulanter Angebote der Medizinischen Rehabilitation ist notwendige Konsequenz einer gezielten Teilhabeorientierung. Sie ist indikativ und fachlich sinnvoll, aber keine Kostendämpfungsmaßnahme.

Leistungen zur Weiterbehandlung und Maßnahmen zur Nachsorge müssen flexibel mit den Leistungen der Medizinischen Rehabilitation sowie weiterführenden Behandlungserfordernissen verknüpft und als Standardleistung aufgewertet werden.

Die Organisation und Finanzierung der stationären und ambulanten Nachsorge von Patient*innen der Medizinischen Rehabilitation muss regelhaft in die Zuständigkeit des zuvor tätigen Leistungs- und Kostenträgers der Medizinischen Rehabilitation fallen. Die derzeitige Praxis, dass Aufwendungen der stationären Nachsorge und des Be-



23

Der fdr+ fordert, dass
+ die Rehabilitation suchtkranker Menschen im Rahmen eines Gesamtplanes erfolgen muss, der zum einen die Grundgedanken der Teilhabe und Inklusion beachtet und zum andern die Philosophie der ICF (International Classification of Functioning) teilt.

+ die Steuerung der nachhaltigen Rehabilitation suchtkranker Menschen gewährleistet werden muss. Dafür wäre analog dem Modell der Gesetzlichen Krankenversicherung ein mit entsprechenden Vollmachten ausgestatteter

»Gemeinsamer Bundesausschuss« aller Akteure der Suchthilfe, also der Träger der Sozialversicherung und der Sozialhilfe sowie der Einrichtungsträger und deren Spitzenverbände, erforderlich. Dessen gesetzliche Verankerung im SGB IX bietet sich an. Die konkrete Ausgestaltung dieses Organs bliebe einer Rechtsverordnung vorbehalten.

+ der überbordende Regelungsbedarf der Leistungsträger in Hinblick auf Struktur- und Prozessqualität auf ein sinnvolles und notwendiges Maß reduziert wird.

treuten Wohnens zur Sicherung des Erfolges der zuvor durchgeführten Medizinischen Rehabilitationsmaßnahme vom Träger der Sozialhilfe finanziert werden, wird dem Sachzusammenhang nicht gerecht. Eine entsprechende Rechtsverordnung würde es auch ermöglichen, die derzeit unterschiedlichen Standards und Abläufe in den Bundesländern zu vereinheitlichen.

Die Teilsysteme des vorhandenen gegliederten Leistungssystems müssen — um die Erstellung eines Gesamtplanes zu verwirklichen — miteinander vernetzt werden. Es bedarf in den Einzelgesetzen des Sozialgesetzbuches eines entsprechenden gesetzgeberischen Auftrags für die angestrebte interdisziplinäre Zusammenarbeit. Der alleinige Abschluss von untergesetzlichen Vereinbarungen hat nicht den notwendigen normativen Charakter.

Aus dem Vorgegangenen spricht vieles dafür, den Klient*innen der Suchthilfe für Leistungen der beruflichen, sozialen und medizinischen Rehabilitation im Bereich der Arbeitslosenversicherung und der Grundsicherung für Arbeitsuchende einen Rechtsanspruch einzuräumen.

Hilfen für pflegebedürftige Abhängigkeitskranke

Viele ältere abhängige Menschen nehmen Suchthilfe nicht in Anspruch oder kommen mit niedrigschwelligem Hilfeangeboten aus. Bei beginnender Pflegebedürftigkeit stehen ältere Abhängigkeitskranke zunächst vor derselben Herausforderung wie andere auch: Sie müssen sich der veränderten Lebenssituation und den Einschränkungen im Alltag anpassen und ggf. pflegerische Hilfen in Anspruch nehmen. Das ist ein »normales« sozialrechtliches Verfahren.

Vor allem Drogenabhängige sind jedoch schon im vierten Lebensjahrzehnt auffallend stark körperlich und/oder psychisch beeinträchtigt und mit Multimorbidität belastet, die sonst erst für spätere Lebensphasen typisch sind. Diese »Voralterung« kann bis zu 20 Jahre betragen. Die Zahl derjenigen, die bereits im fünften Lebensjahrzehnt deswegen Hilfen bei der Lebensführung und oft auch professionelle Pflege benötigen, nimmt stetig zu.

Für die Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit ist seit 2017 entscheidend, inwieweit Betroffene in ihrer selbstständigen Lebensführung beeinträchtigt sind — unabhängig davon, ob die zugrundeliegenden Einschränkungen somatischer, kognitiver und/oder psychischer Natur sind. Durch den stärkeren Teilhabebezug des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gibt es für ältere Suchtkranke zusätzliche Abgrenzungsfragen für die Pflegebedürftigen, die gleichzeitig auf Leistungen aus dem Bereich der Eingliederungshilfe angewiesen sind.

Wenn diese vorliegen und erstmalig ein Pflegebedarf entsteht, kann die Versorgung an der Schnittstelle Suchthilfe und Altenhilfe / Pflege zunächst weitgehend ohne größere Probleme umgesetzt werden. Sofern eigener Wohnraum vorhanden ist, können Leistungen aus den unterschiedlichen Hilfesystemen in der Regel gut aufeinander abgestimmt werden. Auch ambulant betreutes Wohnen in Wohngemeinschaften kann mit Leistungen ambulanter Pflegedienste problemlos verzahnt werden.

24

Der fdr+

+ fordert genügend ambulante als auch stationäre Pflegeangebote speziell für abhängigkeitskranke Menschen. Hierzu muss sich die Suchthilfe vernetzen und die Alten- und Pflegehilfe öffnen.

+ unterstützt ein dem Teilhabebedarf angemessenes Angebot für pflegebedürftige Abhängigkeitskranke. Hierzu können die Potenziale der Suchtselbsthilfe genutzt werden.

+ erwartet, dass zusätzliche Stellen geschaffen werden, mit deren Hilfe Angebote für isoliert lebende und mobilitäts-eingeschränkte Suchtkranke im Rahmen eines niedrigschwelligen Zugangs gemacht werden können, um Versorgungslücken zu schließen und weitere Unterstützungsmaßnahmen zu vermitteln.

+ fordert, dass Beratungsstellen barrierefrei zugänglich sind oder aufsuchende Angebote machen.

+ erwartet, dass Angebote, z. B. die Gesprächsdauer, auf die Leistungsfähigkeit der hilfesuchenden Menschen abgestimmt sind.

+ unterstützt eine Kooperation von Einrichtungsträgern mit der Altenhilfe.

Übergangsmanagement

Suchthilfe stellt (auch) eine sorgfältige und möglichst kontinuierliche Betreuung und Begleitung von Inhaftierten vor, während und nach der Entlassung aus der Haft durch »externe Suchtberatung« oder in Abstimmung mit dem Sozialdienst im Justizvollzug sicher. Um einen gesicherten Übergang zu gewährleisten, wird ein Kontakt der Betroffenen zu Trägern der Sucht- und Drogenhilfe frühzeitig realisiert.

Der Anteil intravenös konsumierender Drogenabhängiger im Frauenvollzug wird mit zirka 50 Prozent höher eingeschätzt als im Männervollzug (ca. 30 Prozent). Ein großer Teil der inhaftierten, suchtkranken Frauen ist von zusätzlichen Diagnosen im psychiatrischen oder somatischen Bereich betroffen. Eine wichtige Rolle spielen Kinder, die von der Inhaftierung und Abhängigkeit der Mütter in besonderem Maße betroffen und häufig fremduntergebracht sind.

Verantwortlich für ein Übergangsmanagement sind die Justizvollzugsanstalt und deren Fachdienste. Die Suchthilfe kann nur dort eine Verantwortung für die Schnittstelle zum Leben in Freiheit übernehmen, wo sie einen klaren Handlungsauftrag dazu hat und über entsprechende Ressourcen verfügt. Sie hat aber die Verantwortung für den Hilfeprozess.

25

Der fdr+ fordert, die Teilhabe an Angeboten zur Arbeit und Qualifizierung auch für suchtkranke Inhaftierte zu ermöglichen und gegebenenfalls zusätzlich zu unterstützen.

Eine haftbegleitende ambulante Rehabilitation, beginnend ca. sechs Monate vor Entlassung in einer Behandlungsstelle außerhalb und fortgeführt nach Haftentlassung, muss möglich sein.

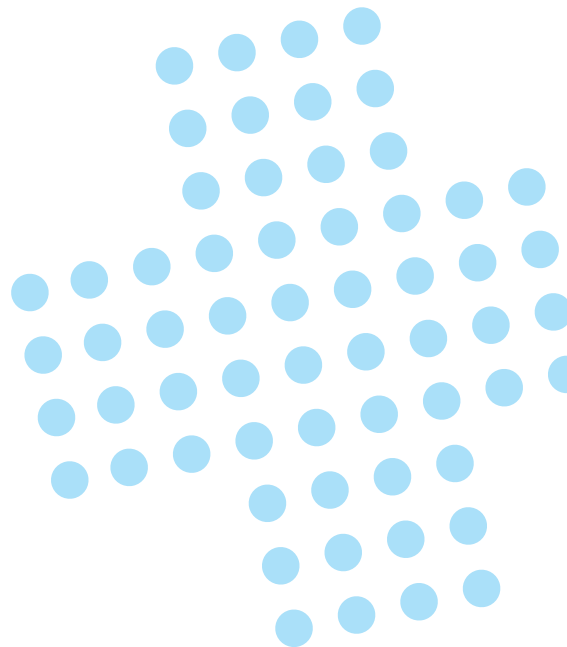
- Vor allem für inhaftierte Frauen ist eine Vermittlung in (therapeutische) Anschlussmaßnahmen erforderlich, die mit Haftentlassung nahtlose Übergänge in Angebote der Suchthilfe sicherstellt. Hier sollen Einrichtungen gewählt werden, die gender- und traumasensibel arbeiten und explizit geschlechtsbezogene Konzepte vorweisen und umsetzen oder Einrichtungen, die im geschlechtshomogenen Rahmen ausschließlich mit Frauen arbeiten. Die Kinder von Inhaftierten müssen durch Einbeziehung der Jugendhilfe umfassende Hilfen bekommen. Ihrer häufig sehr belasteten Situation muss angemessen und qualifiziert begegnet werden.

Einrichtungen der Suchthilfe sind gemeinnützig

26

Der fdr+ fordert, dass die Träger bio-psycho-sozialer Hilfen gemeinnützig sind und keine Leistungsentgelte für die Finanzierung privater Aufwendungen bzw. das Gewinnstreben von Anteilseignern verwenden. In diesen Fällen darf keine Betriebs-erlaubnis erteilt werden.

Es ist **ethisch nicht vertretbar**, wenn Institutionen einen materiellen Profit aus einer Abhängigkeitserkrankung ziehen und diesen nicht für gemeinnützige Aufgaben, eine tarifliche Vergütung der Fachkräfte und/oder die Verbesserung der Hilfen verwenden.





Effektive und effiziente Ausgestaltung des gesamten Rehabilitationsprozesses

Mit der gemeinsamen Empfehlung »Reha-Prozess« hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation am 1. August 2014 gemeinsame Empfehlungen zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zur Anforderung an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe gemäß §§12 Abs. 1 Nr. 1-3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX verabschiedet, an die sich allerdings keiner der beteiligten Reha-Träger hält. Unter anderem heißt es dort: »Mit dieser Gemeinsamen Empfehlung wird vor allem an die Artikel 24-27 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) angeknüpft und vereinbart, wie eine effektive und effiziente Ausgestaltung des gesamten Rehabilitationsprozesses zielgerichtet sichergestellt werden kann. Dies umschließt auch die frühestmögliche, wirksame Erkennung notwendiger Teilhabeleistungen des SGB IX.

Nach §§ 10 bis 13 SGB IX sind die Rehabilitationsträger im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich — »wie aus einer Hand« — erbracht werden.«

27

Der fdr+ fordert, dass alle Leistungsträger in der Rehabilitation Suchtkranker den Empfehlungen »Reha-Prozess« folgen und »im Interesse einer zügigen Leistungserbringung (...) die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter die Erkennung und Feststellung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe sowie die Teilhabeplanung möglichst einfach (gestalten) (§ 17 SGB I). Das Verwaltungsverfahren wird dazu einfach, zweckmäßig und zügig durchgeführt.«

Weitere Forderungen an Leistungsträger finden sich in den Kapiteln »Forderungen an die Gesellschaft« »Forderungen auf politischer Ebene«.

**» Jeder meint,
dass seine
Wirklichkeit die
wirkliche
Wirklichkeit ist «**

Paul Watzlawick

fdr+texte Nr. 13

1. Auflage 2018

Alle Rechte vorbehalten

Schutzgebühr

4,00 Euro, inkl. Versand

Sie wurden mitfinanziert

+ von der Lotterie GlücksSpirale



Impressum

- + Herausgeber:
fdr+ – Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V.
Gierkezeile 39
10585 Berlin
Telefon (030) 85 400 490
Telefax (030) 85 400 491
mail@fdr-online.info
www.fdr-online.info
- + Autorinnen und Autoren:
Wissenschaftlicher Beirat des fdr+
- + Redaktion:
Jost Leune
- + Gestaltung:
Elisabeth-D. Müller
- + Druck:
WirmachenDruck

Der fdr+ unterstützt:
Die Initiative Transparente Zivilgesellschaft
www.fdr-online.info/selbstverpflichtung-transparenz/

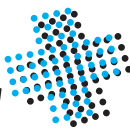




Die 27 Forderungen für eine wirksame Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe wurden vom Beirat des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. im Jahr 2017 entwickelt und vom Vorstand am 9. März 2018 verabschiedet.

der verband
der drogen- und
suchthilfe

fdr



Fachverband
Drogen- und Suchthilfe e.V.
Gierkezeile 39
10585 Berlin
Telefon (030) 85 400 490
Telefax (030) 85 400 491
mail@fdr-online.info
www.fdr-online.info