

Forderungen für eine wirksame Ambulante Suchthilfe

Ambulante Suchthilfe ist wichtig und wirksam. Sie umfasst ein breites Spektrum von Angeboten, das jährlich über einer halben Million Betroffenen zugutekommt. Gleichzeitig befindet sich die ambulante Suchthilfe in einer desolaten Finanzierungssituation, die weit von der gesetzlich geforderten Nahtlosigkeit und Einheitlichkeit entfernt ist und sich oft nur aus jährlich widerrufbaren Zuschüssen speist. Aus Sorge um das ambulante Versorgungssystem für abhängigkeitskranke Menschen hat der Vorstand des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. Forderungen für eine wirksame ambulante Suchthilfe verabschiedet. Da nicht alle regionalen Besonderheiten berücksichtigt werden können, sind die Forderungen verallgemeinert und können bei Bedarf im lokalen Kontext präzisiert werden. Alle können jedoch – guten Willen bei Politik und Verwaltung vorausgesetzt – umgesetzt werden.

Inhalt

Was umfasst ambulante Suchthilfe?	2
Wie wird ambulante Suchthilfe finanziert?	2
Beratungsstellen	2
Ambulant betreutes Wohnen.....	2
Ambulante medizinische Rehabilitation	2
Tagesstrukturierende Maßnahmen.....	2
Wie ist die Situation in den Arbeitsfeldern?	3
Prävention.....	3
Aufsuchende und niedrigschwellige Hilfen.....	3
Angebote für eine Tagesstruktur	4
Psychosoziale Betreuung und Beratung.....	4
Berufliche Rehabilitation: Arbeitsförderung für Suchtkranke	5
Soziale Rehabilitation: Ambulant Betreutes Wohnen.....	5
Ambulante Medizinische Rehabilitation	6
Hilfen für pflegebedürftige Abhängigkeitskranke	7
Übergangsmangement	7
Was muss politisch verändert werden?.....	8
Abgabe auf abhängigkeitserzeugende Substanzen und Angebote	8
Gesetz über Hilfen bei Abhängigkeitserkrankungen.....	8
Steuerung auf Ebene der Länder und Kommunen	9
Was müssen die Leistungsträger ändern?.....	9
Wie lässt sich ambulante Beratung besser finanzieren?	9
Berechnung: Kosten der Fachleistungsstunde.....	9
Berechnung: Fallkosten	10
Endnoten	11
Literatur	11

Was umfasst ambulante Suchthilfe?

Der Reitox-Bericht 2016¹ beschreibt als ambulante Suchthilfe:

Bezeichnung	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Plätze
Beratungs- und / oder Behandlungsstelle, Fachambulanz oder Institutsambulanz	1.431	>500.000
Niedrigschwellige Einrichtungen (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork, etc.)	226	k.A.
Substitutionsärzte	2.613 ² / 8.416 ³	77.200
Externer Dienst zur Beratung / Behandlung im Strafvollzug	64	k.A./n.a.
Psychiatrische Institutsambulanzen	300	91.800
(ganztags) Ambulante Rehabilitation	81	>1.000
Ambulantes betreutes Wohnen	476	>12.000
Arbeitsprojekte / Qualifizierungsmaßnahmen	91	>4.800

Wie wird ambulante Suchthilfe finanziert?

Beratungsstellen

In der deutschen Suchthilfestatistik geben jährlich 250-300 beteiligte Einrichtungen ihre Finanzierungsgrundlagen an. Die durchschnittliche Finanzierung von Beratungsstellen betrug im Jahre 2011 339.968 €. Dieser Wert sackt in den Folgejahren deutlich ab und betrug 2014 wieder 338.057 €, im Jahr 2015 346.278 €. Über 90 % der Einrichtungen werden zu fast zwei Drittel kommunal finanziert. Der zweithöchste Anteil kommt für 7 - 10 % der Einrichtungen aus Personalmitteln der Arbeitsverwaltung, der von 25,3 % (2011) auf 17,7 % (2015) zurück ging. Landesmittel erhalten dreiviertel der Einrichtungen. Dieser Anteil beträgt etwa 20 % der Zuwendungen. Eigenmittel setzen über 50 % der Träger für bis zu 30% des Finanzbedarfs ein. Insgesamt haben sich die Zuwendungen für die ambulante Suchthilfe innerhalb von fünf Jahren um 1,82 % erhöht. Der Nominallohnindex ist in diesem Zeitraum um 11,7 %, der Verbraucherpreisindex um 5,3 % gestiegen. Diese Zeitreihe läuft jedoch nicht nur in den ausgesuchten fünf Berichtsjahren, sondern setzt sich seit Jahrzehnten fort. Ergebnis ist ein chronisch unterfinanziertes ambulantes Suchthilfeangebot.

Die Arbeit der Beratungsstellen musste sich in den letzten Jahren notgedrungen immer weiter ausdifferenzieren, um die für den Betrieb der Einrichtung notwendigen Finanzmittel zu erwirtschaften. Neben der öffentlichen Förderung wurden zusätzliche Dienstleistungen entwickelt, weil es anders nicht möglich war, die Grundversorgung sicherzustellen. Viele Einrichtungsträger haben längst massive Probleme, ihre eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen vor allen Dingen gegenüber dem Personal einzuhalten. Und der ständige Anstieg

ratsuchender Menschen kann schon längst nicht mehr mit einer personellen Aufstockung aufgefangen werden.

Ambulant betreutes Wohnen

Hier wird mit 475 Einrichtungen bzw. Angeboten mit mehr als 12.000 Plätzen gerechnet, die vom Sozialhilfeträger nach SGB XII finanziert werden.

Ambulante medizinische Rehabilitation

In diesem Bereich sind ca. 400 anerkannte Einrichtungen mit ca. 3.500 Behandlungen pro Jahr bekannt. Sie werden durch Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern V, VI, IX, XII finanziert. Mit den von den Leistungsträgern gezahlten Kostensätzen ist es nicht möglich, die strukturellen Anforderungen der Leistungsträger zu finanzieren.

Tagesstrukturierende Maßnahmen

Dieses Angebot umfasst 112 teilstationäre Einrichtungen mit mehr als 1.200 Plätzen und einer Finanzierung aus Mitteln der Eingliederungshilfe (SGB XII).

Wie ist die Situation in den Arbeitsfeldern?

Prävention

Aktuelle Studien haben die positive Wirkung von Präventionsmaßnahmen mit einem Gewinn durchschnittlich 2,20 € 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 Men-

schen 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.

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. fordert umfassende, qualitätsgestützte, ausreichend finanzierte Angebote der Verhaltensprävention mit der fachlich notwendigen Personalausstattung in allen Regionen sowie verhältnispräventiver Maßnahmen als gesellschaftlichen Konsens.

Aufsuchende und niedrigschwellige Hilfen

Als eine der vier zentralen Strategien der Suchtpolitik gilt die Ausrichtung auf Abbau von Elend (Harm Reduction). Für die Suchthilfe ist das die Grundlage, um niedrigschwellige Hilfen u.a. für Konsumenten*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 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 der sozialen Umgebung unter Verhinderung weiterer Desintegration

Finanziert werden die Angebote durch freiwillige staatliche Leistungen und Projekte, geplant werden sie durch Kommunen, teilweise auch Bundesländer

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. fordert für alle Abhängigkeitskranken eine niedrigschwelliges, voraussetzungsloses Hilfeangebot mit umfassenden Öffnungszeiten. Soweit erforderlich müssen Bereiche für Tagesaufenthalt und Körperpflege sowie Angebote für sichere Drogenapplikation und Spritzentausch vorhanden sein. Die Personalausstattung muss dem fachlich notwendigen Bedarf entsprechen.

Angebote für eine Tagesstruktur

Angebote zur Tagesstrukturierung finden überwiegend in Tagesstätten statt. Das ist ein teilstationäres Angebot der Eingliederungshilfe für suchtkranke Menschen und 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.

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. fordert, dass tagesstrukturierende Angebote dem Bedarf entsprechend vorgehalten und kostendeckend finanziert werden müssen, 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 der Zielgruppe. Ziele der psychosozialen Betreuung sind Entwicklung und Unterstützung von Veränderungsmotivation sowie Entwicklung und Stabilisierung von Alltags- und Sozialkompetenz. Das Ziel der psychosozialen Beratung ist die Abklärung der materiellen und immateriellen Bedarfe und der materiellen Anspruchsgrundlagen sowie individuell abgestimmter immaterieller Angebote als Voraussetzung zur Vermittlung differenzierter weiterführender Hilfen.

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 Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. fordert von einer qualifizierten Sucht- und Drogenberatung, dass die Fachkräfte der Suchthilfe bei der Umsetzung ihrer Hilfeangebote und Arbeitsaufträge darauf achten, dass die generellen Ziele Überlebenshilfe und Ausstieg aus der Abhängigkeit gleichermaßen beachtet werden und zwischen den Hilfen Durchlässigkeit und Übergänge im Sinne ganzheitlicher Hilfestrukturen bestehen

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 gefördert wird.

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. 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 vorzuhalten. 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 assoziiert „Arbeit haben“ zudem den Ausstieg aus der Sucht. Es ist die Chance, eine bislang meist krisenhafte Berufsbiographie positiv und selbstbestimmt zu gestalten und seinen „eigenen Weg“ zu finden. Dabei benötigen alle Teilhabebemühungen und Hilfeangebote positive Zukunftserwartungen für die Menschen, verbunden mit konkreten Chancen. Deswegen sind auch drogenpolitische Paradigmen alternativ zu etablierten Stigmata neu zu formulieren.

Teilhabe an Erwerbsarbeit für Abhängigkeitskranke kann mithilfe von berufsbezogenen Unterstützungs-, Bildungs- und Beschäftigungsangeboten auch im Rahmen der Suchthilfe stärker als bisher möglich werden.

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. fordert

- ✦ gemäß dem Grundgedanken der Inklusion, dass Menschen in besonderen Lebenslagen mit anderen Menschen mit ihren jeweiligen - auch teilweise besonderen - Bedürfnissen in der Gesellschaft teilhaben sollen, eine individuelle Unterstützung von Personen, anknüpfend an deren Kompetenzen und ihre Förderung in einer Kooperation zwischen Jobcenter, Beratungsstellen der Suchthilfe (auch als Konsiliardienst). Jobcenter und Beratungsstellen müssen Ressourcen für die Beratung arbeitsloser Klientinnen und Klienten vorhalten. Dieses können Integrations-

fachdienste analog den Pflegestützpunkten nach SGB XI sein. Eine Schuldenberatung ist obligatorisch. Durch den Einsatz von Fachkräften [„Lotsen“] zur Klärung der zur Hilfe notwendigen Rechtskreise in den Integrationsfachdiensten können Unterstützungsleistungen verbessert werden.

- ✦ berufliche Integration für Abhängigkeitskranke nach den sozialrechtlichen Möglichkeiten aller Sozialgesetzbücher. Dabei kann Arbeit in unterschiedlichster Form auch als diagnostisches Instrument genutzt werden.
- ✦ für den Suchtbereich ein Äquivalent zu Integrationsbetrieben (SGB IX), um einen Nachteils- bzw. Minderleistungsausgleich (gemäß § 16 e SGB II) und eine sichere Grundlage für soziale Betriebe zu etablieren.
- ✦ Kooperationsvereinbarungen zur Arbeit im Netzwerk. Sie müssen mit konkreten Zielen, Aufgaben- und Rollenklärung, bedarfsgerechten Beratungsangeboten, Aussagen zum Fallmanagement und Verbindlichkeit unterlegt sein.
- ✦ dass Grundsicherungsstellen und Suchtberatungsstellen personell und fachlich in der Lage sind, gutes Fallmanagement zu praktizieren und in regionalen Netzwerken zu kooperieren (Casemanagement / Networking). Hierfür müssen sie entsprechend ausgestattet und geschult werden.
- ✦ mehr Angebote der öffentlich geförderten Beschäftigung, damit erwerbslose Suchtkranke Teilhabe an Arbeit erhalten.
- ✦ von den Suchthilfeeinrichtungen, im Sinne der Verbesserung ihrer Ergebnisqualität eine aktive Förderung der Teilhabe konzeptionell und dokumentiert nachzuweisen.
- ✦ dass Teilhabe an Bildung als wichtiges Ziel bei der Behandlung abhängigkeitskranker Menschen etabliert wird.

Soziale Rehabilitation: Ambulant Betreutes Wohnen

Die Zahl wohnungsloser Menschen nimmt in Deutschland zu. Die häufigsten psychischen Erkrankungen in dieser Gruppe machten die substanzbezogenen Störungen mit einer Prävalenz von 60,9 % aus⁴. „Wohnen“ ist eine Leistung der Eingliederungshilfe, die vor allem für chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke konzipiert wird. „Ambulantes Wohnen“ ist mit ca. 460 Einrichtungen bzw. Angeboten mit mehr als 12.000 Plätzen als ambulantes betreutes Wohnen eine der wichtigsten Suchthilfeleistungen und zentrales Angebot im Bereich der Sozialen Rehabilitation.

Die Leistung hat das Ziel, abhängigkeitskranken Menschen – unabhängig von Art und Schwere der Erkrankung – eine weitgehend eigenständige Lebensführung, soziale Eingliederung und Teilhabe am Leben in der Gemeinde zu eröffnen, auszubauen und zu erhalten.

Im Bereich Wohnen erfahren die betroffenen Menschen Unterstützung mit dem Ziel einer möglichst selbständigen, sinnerfüllten und in vielen Fällen auch suchtmittelfreien Lebensführung. Die aus der Abhängigkeitserkrankung 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 Gesellschaft ermöglichen.

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. fordert, dass angesichts der Wohnraumknappheit in Ballungszentren eine Versorgung mit Wohnraum als Maßnahme zur Überwindung der Abhängigkeitserkrankung zwingend erforderlich ist und zusätzlicher öffentlicher Anstrengungen bedarf. Der Sozialhilfeträger muss bei Bekanntwerden einer entsprechenden Notlage unverzüglich notwendige Betreuungsleistungen entsprechen des fachlich begründeten Teilhabeplans bewilligen.

Ambulante Medizinische Rehabilitation

Eine umfassende Rehabilitation suchtkranker Menschen ist mehr als die bloße Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Medizinische Rehabilitation, die sich ohne Einbindung in einen Gesamtplan darauf beschränkt, greift zu kurz. Der Auftrag zur Verbesserung der Teilhabe muss als gemeinsame Aufgabe von allen teilhaberelevanten Akteuren verstanden und mit einer gemeinsamen Strategie zur 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 auf die einzelne Person abgestimmte und mit ihr entwickelte 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.

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

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

Nachsorge muss flexibel mit den Maßnahmen der Medizinischen Rehabilitation sowie weiterführenden Behandlungen verknüpft und als Standardleistung aufgewertet werden.

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. fordert, dass die Rehabilitation suchtkranker Menschen im Rahmen einer Planung erfolgen muss, die zum einen die Grundgedanken der Teilhabe und Inklusion beachtet und zum andern mit der Philosophie der ICF (International Classification of Functioning) verknüpft wird.

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. Lediglich der Abschluss von Vereinbarungen hat nicht den notwendigen normativen Charakter.

Der überbordende Regelungsbedarf der Leistungsträger in Hinblick auf Struktur- und Prozessqualität muss auf ein sinnvolles und notwendiges Maß reduziert und durch einen, den Strukturanforderungen entsprechenden Kostensatz refinanziert werden.

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 die veränderte 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 Multimorbiditäten belastet, die 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 Pflegebedürftigen, die gleichzeitig auf Leistungen aus dem Bereich der Eingliederungshilfe angewiesen sind.

Übergangmanagement

Suchthilfe muss (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 sicherstellen. Um einen gesicherten Übergang zu gewährleisten muss ein Kontakt der Betroffenen zu Trägern der Sucht- und Drogenhilfe frühzeitig realisiert werden.

Der Anteil intravenös konsumierender Drogenabhängiger im Frauenvollzug wird mit ca. 50 % höher eingeschätzt als im Männervollzug (ca. 30%). 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 Übergangmanagement 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

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.

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. fordert, dass auch für pflegebedürftige Abhängigkeitskranke ein dem Teilhabebedarf angemessenes Angebot gemacht wird. Hierzu können die Potenziale der SuchtSelbstHilfe genutzt werden.

Es werden zusätzlich Stellen benötigt, mit denen ein Angebot für isoliert lebende und mobilitätseingeschränkte Suchtkranke im Rahmen eines niedrigschwelligen Zugangs gemacht werden kann, um Versorgungslücken zu schließen und weitere Unterstützungsmaßnahmen zu vermitteln. Beratungsstellen müssen barrierefrei zugänglich sein oder aufsuchende Angebote machen. Die Gesprächsdauer ist auf die Betroffenen abzustimmen. Einrichtungsträger müssen mit der Altenhilfe kooperieren.

über entsprechende Ressourcen verfügt. Sie hat aber die Verantwortung für den Hilfeprozess.

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. fordert, die Teilhabe an Angeboten zur Arbeit und Qualifizierung auch für suchtkranke Inhaftierte zu ermöglichen.

Eine haftbegleitende ambulante Rehabilitation, beginnend ca. 6 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 nahtlose Übergänge in Angebote der Suchthilfe sicherstellt. Dabei sollten Einrichtungen bevorzugt werden, die konsequente geschlechtsspezifische Therapie im gemischtgeschlechtlichen Rahmen umsetzen, zumindest aber einen höheren Frauenanteil aufweisen, oder reine Fraueneinrichtungen. Die Kinder von Inhaftierten müssen durch Einbeziehung der Jugendhilfe umfassende Hilfen bekommen. Ihren Bedürfnissen muss Raum gegeben werden.

Was muss politisch verändert werden?

Abgabe auf abhängigkeits erzeugende Substanzen und Angebote

In Deutschland werden pro Kopf der Bevölkerung jährlich ca. 10 Liter reiner Alkohol⁵ getrunken. Durch eine Gesundheitsabgabe von 1 € pro Liter Reinalkohol könnte ein Gesundheitsbudget von 800 Mio. Euro generiert werden, von dem Suchtprävention und Suchthilfe profitieren.

Gleichzeitig verbrauchten die Deutschen 2016 75.016 Mrd. Zigaretten, 3.049 Mrd. Zigarren und Zigarillos, 25.188 t Feinschnitt- und 2.521 t Pfeifentabak. Mit einer Abgabe von 1 ct pro Zigarette und Zigarillo sowie 10 ct pro kg Tabak ließen sich weitere 783.420.900 € für Suchthilfe und Suchtprävention erzielen.

In Deutschlands Spielhallen stehen 264.000 Geldspielgeräte. Mit einer hersteller- bzw. aufstellerbezogenen Abgabe von 1.000 € pro Jahr und Gerät flößen noch einmal 264 Mio. Euro in das Gesundheitsbudget. Insgesamt würde dieses dann 1.847.420.900 € umfassen. Damit könnten 30.000 Personalstellen (à 50.000 €/Jahr) geschaffen und

Sachkosten in Höhe von ca. 347 Mio Euro erstattet werden.

Für andere Substanzen können analoge Verfahren entwickelt werden.

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. 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.

Gesetz über Hilfen bei Abhängigkeitserkrankungen

Leistungen für abhängigkeitskranke Menschen werden aus fast allen Sozialbüchern für unterschiedliche Beratungs- und Behandlungsangebote gewährt. Hinzu kommen freiwillige Leistungen 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 werden die Schnittstellen des Sozialrechts zu Rückfallfällen für die Betroffenen, wenn der Hilfeprozess aus sozialrechtlichen Gründen plötzlich beendet werden muss. Die - auch politisch - geforderte Vernetzung der Hilfen für Abhängigkeitskranke ist niemals um eine Vernetzung der Kosten- und Leistungsträger erweitert worden. Da diese Problematik auch durch höchstgerichtliche Rechtsprechung in den vergangenen 50 Jahren nicht verändert werden konnte, ist eine radikale Umgestaltung der sozialrechtlichen Grundlagen einer Leistungsgewährung erforderlich.

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. fordert ein Gesetz über Hilfen bei Abhängigkeitserkrankungen, dass bei Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung eine verpflichtende Zusammenarbeit der 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 Leistungsträgern im Nachhinein zur Finanzierung heranziehen, ohne dass die Verantwortung für die Organisation der Leistungen den Betroffenen oder Fachkräften der Suchthilfe überlassen bleibt. Die zur Verfügung gestellten Leistungen sind anhand eines Katalogs aufzulisten und mit Preisen zu versehen. Jede Hilfeleistung muss angetreten werden können, ohne dass zuvor eine Kostenzusage einzuholen wäre.

Steuerung auf Ebene der Länder und Kommunen

Die grundgesetzlich geforderte Schaffung gleicher Lebensbedingungen für alle Menschen muss sich in einem vergleichbaren Angebot der Suchthilfe in allen Regionen Deutschlands wieder finden. 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 völlig unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten der Betroffenen zu den erforderlichen Hilfen und Leistungen.

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. 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.

Was müssen die Leistungsträger ändern?

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.

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.“

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe 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.“

Nach §§ 10 bis 13 SGB IX sind die Rehabilitationsträger im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift

Wie lässt sich ambulante Beratung besser finanzieren?

Um ein Finanzierungsmodell für die ambulante Beratung darzustellen, ist es notwendig, Kosten zu berechnen und Leistungen zu identifizieren. Der fdr* berechnet die tatsächlichen Kosten der Fachleistungsstunde - auf Grundlage eines Personalmix, bereinigt um Fehlzeiten und ergänzt um Sachkosten - wie nachstehend⁶

Berechnung: Kosten der Fachleistungsstunde

	Stunden
Bruttajahresarbeitszeit (39 Wochenstunden : 7 Tage x 365 Stunden)	2.034
Ausfallzeiten (Urlaub, Feiertage, Fortbildung, Krankheit) ca. 21 %	-427
Nettojahresarbeitsstunden pro Mitarbeiter*in	1.607
abzüglich 30 % für mittelbare und indirekte Leistungen (Dokumentation, Büroarbeit, Teambesprechung, usw).....	-482
Direkte Nettojahresarbeitsstunden pro Mitarbeiter*in	1.125

Berechnung Vergütungsstruktur (Arbeitgeber-Brutto)

Erfahrene*r Mitarbeiter*in	65.000,00 €
Qualifizierte*r Mitarbeiter*in	55.000,00 €
Ausgebildete*r Mitarbeiter*in.....	45.000,00 €
Gesamt	165.000,00 €
Personalkosten (Mix (: 3))	55.000,00 €

Berechnung der Fachleistungsstunde

Personalkosten / Jahresarbeitsstunden.....55.000,00 € : 1.125 Stunden..... 48,88 €

zzgl. Sachkosten u. Funktionskräfte

(20% der Personalkosten11.000,00 € : 1.125 Stunden..... 9,77 €

hierüber sind abgegolten: Koordination Verwaltung, Sonstige Sachkosten)

Fachleistungsstunde	66.000,00 € : 1.125 Stunden = 58,65 €
----------------------------------	--

Berechnung: Fallkosten

Die Deutsche Suchthilfestatistik⁷ liefert die Zahl der Klienten/-innenkontakte differenziert nach Diagnosen und mit einem Mittelwert. Zur Vereinfachung des Verfahrens wird jeder Kontakt mit einer Fachleistungsstunde angesetzt. Daraus ergibt sich folgende Berechnung:

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. fordert eine Vergütung ambulanter Beratung für Suchtkranke auf der Basis von Kontaktzahlen und Fallkosten ggfs. als Grundlage für die Berechnung einer pauschalen Zuwendung, wenn diese im langjährigen Durchschnitt ermittelt und auf das Haushaltsjahr hochgerechnet werden. Kostenträger ist dabei der örtliche Sozialhilfeträger. Die Finanzierung erfolgt gemäß §§ 53 ff. SGB XII (Eingliederungshilfe für behinderte Menschen) oder als pauschale Zuwendung.

Hauptdiagnose	Ø Kontakte	X Fachleistungsstunde á 58,65 €
F10 Alkohol	14,0	823,02 €
F11 Opioide	17,5	1.026,05 €
F12 Cannabinoide	8,0	469,71 €
F13 Sedativa/ Hypnotika	11,6	679,64 €
F14 Kokain	11,0	645,25 €
F15 Stimulanzien	10,3	605,88 €
F16 Halluzinogene	7,3	428,64 €
F17 Tabak	6,4	374,66 €
F18 Flüchtige Lösungsmittel	16,1	944,92 €
F19 And. psychotrope Substanzen	13,7	800,82 €
F50 Essstörungen	14,1	829,59 €
F63 Pathologisches Spielen	10,0	584,13 €
= Durchschnitt Fallkosten	12,8	750,72 €

Beschlossen vom Vorstand des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. am 21. September 2017

fdr Wissen: Unsere Veröffentlichungen

	Abhängigkeitskranke Mütter und Väter in der Suchthilfe. Eine Handreichung. fdr-texte #11, 44 Seiten, Eigenverlag 2016	5,00 €			Schulprojekte für suchtgefährdete und suchtkranke junge Menschen fdr-texte # 5, 32 Seiten, 2. Aufl. 2015	geschenkt!
	Arbeit und Bildung - Teilhabe ermöglichen. Eine Handreichung für die Suchthilfe fdr-texte Nr. 12, Eigenverlag 2017	12,90 €			Sucht-Migration-Hilfe: Vorschläge zur interkulturellen Öffnung der Suchthilfe; Autoren: Barth, W, und Czyszoll, D.; Hrsg. AWO-Bundesverband e.V. und fdr, 176 Seiten, Neuland 2005,	15,00 €
	Gender in der Suchtarbeit - Anleitung zum Handeln Zenker, C.; fdr-texte #9, 48 Seiten, Neuland Verlagsgesellschaft mbH 2009	9,00 €			fdr+fakten: Alkohol und Jugendliche; 12 Seiten; 2010	download
	Handreichung zur Klärung von Schnittstellen in der Anwendung der Sozialgesetzbücher II und XII... fdr-Script, 50 Seiten, 2006	5,00 €			fdr+fakten: Alkohol: Mythen und Meinungen; 4 Seiten; 2010	download
	Leitfaden für Lotsennetzwerke der SuchtSelbsthilfe fdr-texte #10, 36 Seiten, Eigenverlag 2016	geschenkt!			fdr+fakten: JUGEND - SUCHT - VERNETZUNG. Bedingungenfaktoren jugendlichen Suchtmittelmissbrauchs und jugendlichen Suchtverhaltens; 12 Seiten; 2012	download
	Leitlinien der psychosozialen Betreuung Substituierter fdr-texte # 2, 34 Seiten, 2003	5,00 €			fdr+fakten: Substitution und psychosoziale Betreuung Opiatabhängiger; 8 Seiten; 2012	download
	Mindeststandards der ambulanten Suchthilfe fdr-Script, 36 Seiten, 2005	5,00 €			fdr+fakten: Drogen - Schwangerschaft - Kind; 7 Seiten; 2012	download
	Mindeststandards für die Betreuung und Behandlung suchtmittelkonsumierender Jugendlicher an den Schnittstellen der Hilfesysteme; fdr-texte # 8, 48 Seiten, 2007	5,00 €			fdr+fakten: »Neue psychoaktive Substanzen«. Research Chemicals, Legal Highs und Methamphetamin; 8 Seiten; 2014	download
	Rahmenstandards für Tagesstätten der Eingliederungshilfe für mehrfach beeinträchtigte suchtkranke erwachsene Menschen; fdr-skript, 16 Seiten, 2007	3,00 €			fdr+themen: Umsetzung der Inklusion in der Suchthilfe 8 Seiten; 2015	download

Alle Titel können Sie auf <http://www.fdr-online.info/shop/> bestellen oder herunterladen