

Perspektiven einer zukunftsorientierten ambulanten regionalen Suchthilfe

Diskussionspapier

Caritas Suchthilfe e.V. CaSu
Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV

Freiburg, 18.03.11

Autoren: Stefan Bürkle, Klaus Harter



Inhalte

Vorwort

1. Einleitung

2. Sozialrechtliche Rahmenbedingungen und Auftragsgestaltung

- Sozialstaatsprinzip und kommunale Daseinsvorsorge
- Subsidiaritätsprinzip
- Kommunale Steuerung
- Soziale Leistungsgesetze
- Soziale und gesellschaftliche Teilhabe

3. Ambulante regionale Suchthilfe

- Rolle und Selbstverständnis der ambulanten Suchthilfe
- Leistungsspektrum
- Kernaufgaben einer regionalen Grundversorgung
- Ambulante Suchthilfe und soziale Gemeinschaft

4. Finanzielle Rahmenbedingungen – Verhandlungsgrundlagen und –strategien

5. Perspektiven einer regionalen ambulanten Suchthilfe

Quellen/Literaturhinweise

Vorwort

Die Beschäftigung mit der Weiterentwicklung der ambulanten regionalen Suchthilfe ist ein kontinuierlicher Arbeitsschwerpunkt der CaSu. Dabei knüpfen aktuelle Überlegungen an Aussagen in früheren Papieren im Verband ambulanter Behandlungsstellen für Suchtkranke (VABS) und der Arbeitsgemeinschaft katholischer Suchtkrankenhilfe (AKS) an und entwickeln diese konsequent weiter.

Ausgehend von einschneidenden Entwicklungen und Veränderungen im Sozial- und Gesundheitswesen haben die Autoren Stefan Bürkle und Klaus Harter die Problematik aufgegriffen und bearbeitet. Sie beschreiben im vorliegenden Papier zunächst die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und die damit verbundene Auftragsgestaltung für die ambulante Suchthilfe, als Grundlage für deren Leistungserbringung. Dies ist deshalb von zentraler Bedeutung, weil sich hierüber die weitere Darstellung und Argumentation im Papier ableitet. Darüber wird auch deutlich, dass diese Grundlagen, wie z.B. die Auslegungen der kommunalen Daseinsvorsorge und des Subsidiaritätsprinzips oder die Wahrnehmung kommunaler Steuerungsaufgaben nicht zwangsläufig statisch sind, sondern sich in einem kontinuierlichen Veränderungsprozess befinden.

Wichtige Fragestellungen in der momentanen Debatte um die Ausrichtung der ambulanten Suchthilfe betreffen auch die Ausgestaltung des Leistungsprofils, insbesondere der Kernaufgaben einer regionalen Grundversorgung. Diese Überlegungen sind sowohl von Aspekten der fachlichen Differenzierung wie auch deren finanzieller Absicherung geprägt. Daran anschließend wird deutlich, welche Rolle und Aufgaben die ambulante Suchthilfe für die soziale Gemeinschaft hat. Das Papier greift darin unter anderem Beiträge der ambulanten Suchthilfe zur sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe oder zur sozialen Sicherheit und Befriedung in einem Gemeinwesen auf. Aspekte, die vielfach implizite Leistungen und Aufgaben der ambulanten Suchthilfe, gemeinhin aber nicht Gegenstand von Leistungsbeschreibungen oder finanziellen Verhandlungen mit kommunalen Leistungsträgern sind.

Den Besonderheiten der finanziellen Rahmenbedingungen und damit verbundener Verhandlungsgrundlagen und –strategien ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Darin wird versucht, die Konsequenzen, die sich aus einer veränderten Leistungserbringung in der ambulanten Suchthilfe ergeben, für die finanzielle Ausrichtung der Beratungsstellen aufzuzeigen.

Zusammenfassend greift das Papier im letzten Kapitel die Besonderheit des regionalen Suchthilfeangebots in einer Kommune auf. Dabei werden wesentliche Punkte beschrieben, die für eine zukunftsorientierte Suchthilfe im Sinne einer spezifischen Dienstleistung in und für die Kommune relevant sind.

Das vorliegende Diskussionspapier wurde im Vorstand der CaSu sehr begrüßt und verabschiedet. Es hat nicht den Anspruch, abschließende und allumfassende Antworten auf die drängenden Fragen in der ambulanten Suchthilfe zu geben. Es bietet aber eine fundierte Grundlage für die derzeitige Diskussion und enthält einige interessante und zukunftsorientierte Gedanken für die weitere Ausrichtung der ambulanten regionalen Suchthilfe. Den beiden Autoren sei hierfür herzlich gedankt.

Hans Böhl
Vorsitzender CaSu

1. Einleitung

Die ambulante Suchthilfe hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem erfolgreichen regionalen Hilfemodell für Menschen mit Suchtproblemen und deren Angehörige entwickelt. Das bedeutet aber nicht, dass dies so bleiben muss und diese Entwicklung sich weiterhin so fortsetzt.

Wie in vielen sozialen und gesundheitlichen Bereichen haben sich auch für die ambulante Suchthilfe finanzielle wie politische Rahmenbedingungen verändert und verändern sich stetig weiter. Die Kosten, nicht nur im Bereich der Rehabilitation, sind gedeckelt. Noch offene Fragen der Leistungsfinanzierung, neue Anbieter im Helfefeld sowie der zunehmende Druck zwischen Qualitätsansprüchen und gleichzeitiger Kostenminimierung beeinflussen und verändern die Bedingungen der Leistungserbringung. Die tendenzielle arbeitsmarktorientierte Gewichtung in der sozialen Hilfestellung insgesamt wirkt sich auch auf das Leistungsprofil in der Suchthilfe aus.

Die Konsumgewohnheiten wie auch die Hilfebedarfe bei den Klient(inn)en haben sich verändert und stärker differenziert. Die Mitarbeiter(innen) der Einrichtungen der Suchthilfe werden regelmäßig mit neuen oder modifizierten Substanzen und Konsumgewohnheiten ihrer Klientel konfrontiert. Das Abstinenzparadigma wurde durch eine Zielhierarchie ersetzt, die von der Sicherung des Überlebens bis hin zu einer abstinenten, selbstbestimmten Lebensgestaltung reicht. Die Erwartungen der Klient(inn)en an Beratung und Behandlung sind vielfältig. Die Ansprüche an die Qualität der Hilfeleistungen sind stetig gewachsen. Dazu haben selbstverständlich wissenschaftliche Erkenntnisse und praxisbezogene Erfahrungen aber ganz wesentlich auch Forderungen der Leistungsträger beigetragen.

Überlegungen wie mehr Menschen bedarfsgerecht und auch dienstleistungsorientiert bei bestehenden oder gar rückläufigen personellen Ressourcen erreicht und adäquat versorgt werden können, gewinnen zunehmend an Bedeutung.

Wenn die ambulante Suchthilfe auch zukünftig ein erfolgreiches Hilfemodell bleiben will, ist es erforderlich, die Weichen für die Perspektiven der ambulanten Suchthilfe zukunftsorientiert und rechtzeitig zu stellen. Viele Träger und Einrichtungen sind bereits auf diesem Weg. Das vorliegende Papier soll die Diskussion über diese zukünftigen Perspektiven unterstützen. Es soll eine Orientierungshilfe und eine Arbeitsgrundlage für die internen Entwicklungen in ambulanten Einrichtungen sein. Gleichzeitig bietet es auch eine Grundlage für Gespräche und Verhandlungen mit Vertreter(inne)n der Politik und der Leistungsträger.

2. Sozialrechtliche Rahmenbedingungen und Auftragsgestaltung

Um die Leistungen der ambulanten Suchthilfe zu verorten oder einzubetten, ist zunächst auf den sozialrechtlichen Rahmen und die Frage der Auftragsgestaltung einzugehen. In der ambulanten Suchthilfe bündeln sich *Leistungen der Daseinsvorsorge, sozialrechtlich normierte Hilfen und Leistungen der Prävention*. Der sozialrechtliche Rahmen wie die daraus folgende Auftragsgestaltung für die ambulante Suchthilfe ergeben sich aus den folgenden Bereichen:

- Sozialstaatsprinzip und kommunale Daseinsvorsorge
- Subsidiaritätsprinzip
- Kommunale Steuerung
- Soziale Leistungsgesetze
- Soziale und gesellschaftliche Teilhabe

Sozialstaatsprinzip und kommunale Daseinsvorsorge

Die Grundlage der Finanzierung in der ambulanten Suchthilfe, von einzelnen Teilleistungen wie der Ambulanten Rehabilitation Sucht abgesehen, fußt auf der kommunalen Daseinsvorsorge. Diese betreffen im Wesentlichen die Kernleistungen der ambulanten Suchthilfe wie Prävention, Beratung und Betreuung.

Die kommunale Daseinsvorsorge ist verfassungsrechtlich im Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG verankert.¹ Eine wesentliche Grundidee war dabei, dass es nicht dem „Markt“ allein überlassen bleiben darf, wer welche Leistungen zu welchen Konditionen anbietet. Die kommunale Daseinsvorsorge ist im heutigen Verständnis zu einem Synonym für die Schaffung von Infrastruktur geworden und wird rechtlich in den Gemeindeordnungen der Bundesländer konkretisiert. Damit stellt die Kommune im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit die für ihre Einwohner erforderlichen sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen öffentlichen Einrichtungen bereit. Der Begriff „Daseinsvorsorge“ beinhaltet die Schaffung, Sicherung und Entwicklung (notwendiger) sozialer Lebensbedingungen der Bürger. Aus dem Zusammenhang von Daseinsvorsorge und Sozialstaatsprinzip folgt, dass Daseinsvorsorge die Umsetzung des Verfassungsauftrags zur staatlichen Fürsorge ist, die sich nicht in der Sicherung des Existenzminimums erschöpft und erschöpfen darf. (*BVerfG-Urteil, Februar 2010 zur Erhöhung der Regelsätze im SGB II – entsprechen nicht dem Existenzminimum und somit der Menschenwürde*)

Für die praktische Bedeutung der Daseinsvorsorge – auch für die ambulante Suchthilfe - muss dabei berücksichtigt werden, dass der Begriff der Daseinsvorsorge sowohl eine politische wie rechtliche Dimension hat. Zunächst ist die Daseinsvorsorge ein unspezifischer Rechtsbegriff, aus dem Verpflichtungen der Kommunen wie auch Ansprüche deren Bürger abgeleitet werden können. Aber es handelt sich weitgehend um freiwillige, nicht einklagbare Leistungen. Die politische Dimension bezeichnet den interessenorientierten gesellschaftlichen und politischen Aushandlungsprozess über die Konkretisierung der Leistungen.

Derzeit steht die kommunale Daseinsvorsorge jedoch unter Liberalisierungsdruck bedingt durch das Europäische Wettbewerbsrecht wie auch daraus folgender Überlegungen zur Privatisierung und Liberalisierung öffentlicher Aufgaben. Die grundsätzliche Aufgabe der Daseinsvorsorge steht dabei nicht zur Disposition, wohl aber mit der Leistungserbringung zusammenhängende Rahmenbedingungen wie die Form der Finanzierung (subjektbedingte Finanzierung aufgrund von Leistungsverträgen oder Zuwendungsfinanzierung) sowie die Vergabe und die Ausschreibung von Leistungen.

Subsidiaritätsprinzip

Eng verknüpft mit der Daseinsvorsorge und damit verbundener staatlicher Fürsorge ist das Prinzip der Subsidiarität. Damit ist die Idee des Nachrangs oder des Vorrangs – je nach Sichtweise und Standpunkt – der Eigenverantwortung vor staatlichem Handeln gemeint. Grundsätzlich ermöglicht diese Maxime überhaupt erst, dass Leistungen von der bundesstaatlichen Ebene auf andere übergehen können. Danach sollen bei staatlichen Aufgaben zuerst und im Zweifel untergeordnete, lokale Glieder wie Stadt, Gemeinde oder Kommune für die Lösung und Umsetzung zuständig sein, während übergeordnete Glieder zurückzutreten haben. Das Subsidiaritätsprinzip geht auf Konzepte des christlichen Gemeinwesens zurück und hat auch Eingang in die Prinzipien der Katholischen Soziallehre gefunden.

In der Folge der Umsetzung dieses Prinzips wurde auch das Verhältnis zwischen der öffentlichen und der freien Wohlfahrtspflege diskutiert und geregelt, die fortan einen Vorrang für die freie Wohlfahrtspflege bzw. den Nachrang staatlicher sozialer Einrichtungen enthielt. Damit einhergehend waren Richtungsstreitigkeiten um die damit verbundene Einschränkung kommunaler Selbstverwaltung einerseits und den Erhalt der sozialpolitischen Position der freien, vor allem der konfessionellen Spitzenverbände, verbunden.

Veränderungen bei den sozialstaatlichen Zielen zeigten sich in Formulierungen wie dem „aktivierenden Sozialstaat“, wobei deutlich wurde, dass die Umschreibung des „aktivierenden“ eher einseitig mit fordern als mit fördern einhergeht, wie im Bereich des ALG II deutlich zu sehen ist.

Die Diskussion um eine „neue Subsidiarität“ ist weiter im Gange und geht über die einfache Formel von Vor- und Nachrang hinaus. Sie bewegt sich mehr im Spannungsfeld von Steue-

¹ Stephan Articus, Sicherung kommunaler Daseinsvorsorge auf dem Prüfstand. Zukunftsforum Politik. Sozialer Bundesstaat 66. Hrsg. Konrad-Adenauer-Stiftung, Sankt Augustin 2005

rungsmechanismen, einer relativen Autonomie der handelnden Akteure und den jeweiligen Eigengesetzlichkeiten in den entsprechenden Helfefeldern.

Für die freie Wohlfahrtspflege und damit auch für die darin organisierte Suchthilfe ist klar, dass das Subsidiaritätsprinzip ein wesentlicher Baustein des Grundgefüges darstellt, zumal es sich seit Jahrzehnten bewährt hat.

Kommunale Steuerung

Die Frage der kommunalen Steuerung erhält durch Einsparmaßnahmen auch bei sozialen Leistungen der öffentlichen Hand und damit verbundener neuer Verteilungsszenarien, wie auch dem Prozess der Kommunalisierung, eine neue Qualität. Mit „Kommunalisierung“ ist gemeint, dass zunehmend mehr Leistungen – deren Gestaltung wie auch deren Finanzierung – vom Land auf die Kommunen übertragen werden. Auch wenn dabei finanzielle Beweggründe eine Rolle spielen, entbehrt diese Entwicklung doch nicht einer gewissen Logik, Leistungen wie die ambulante Suchthilfe auf der Ebene zu erbringen, auf der sie im Wesentlichen entstehen – in der Region, der Kommune. Die damit verbundene „neue“ Zuweisung von Gestaltungsverantwortung, auch für die Suchthilfe, stellt viele Kommunen vor ungewohnte fachspezifische Herausforderungen. In vielen Ländern und Kommunen fehlten bislang fachlich fundierte Konzepte und Kompetenzen für eine Steuerung dieses Hilfebereichs. Die Steuerung psychosozialer Hilfen war und ist vielfach nur auf eine zahlen- und datenbezogene Form der „output“-Orientierung ausgerichtet, die zwar Leistungen einfordert und zur Kenntnis nimmt, Synergieeffekte, optimaler Ressourceneinsatz, Effektivität, Nutzerorientierung und tatsächliche Wirkung aber außer acht lässt. Das Modell der kommunalen Suchthilfenetzwerke (KSHN), das derzeit in Baden Württemberg umgesetzt wird und die Steuerung und Vernetzung sozialer Hilfen vor Ort zum Ziel hat, ist hierbei sicherlich richtungsweisend.

Andererseits war und ist die psychosoziale Suchthilfe in die Steuerung und Mitgestaltung nur bedingt eingebunden, bzw. hat sich auch nicht immer wirklich um Steuerungsfragen gekümmert oder kümmern müssen.

Darin steckt gleichermaßen Chance und Verpflichtung für die ambulante Suchthilfe: Sie versteht sich als unverzichtbarer Partner in der Gestaltung der sozialen Gegebenheiten vor Ort und somit der sozialen Gemeinschaft. Sie kennt die Probleme vor Ort, macht auf sie aufmerksam und bietet der Kommune Hilfen an, deren Wirkung sie auch belegen kann.

Soziale Leistungsgesetze

Die Krankheit Sucht ist ein sehr komplexes Geschehen, aus dem sich viele unterschiedliche Hilfebedarfe ergeben. Auf dem Hintergrund seines biopsychosozialen Erklärungsmodells berührt es eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungsgesetze des Sozialgesetzbuches. In der ambulanten Betreuung und Behandlung erfolgt die Beratung suchtkranker und – suchtgefährdeter arbeitssuchender Menschen auf der Grundlage des SGB II. Die Behandlung suchtkranker Menschen wurde über die Anerkennung als Krankheit durch das Bundessozialgericht im Jahre 1968 zumindest auf rechtlicher Basis in das medizinische System integriert. Somit können seither auch Leistungen der ambulanten Behandlung auf der Grundlage des SGB V und VI erbracht werden. Berührungen zum SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) ergeben sich über die Beratung und Betreuung Jugendlicher. Leistungen für die Suchthilfe aus dem SGB XII ergeben sich beispielsweise auf der Ebene der ambulanten Eingliederungshilfen. Im Einzelfall wird es erforderlich sein, die unterschiedlichen Leistungen bedarfsgerecht zu kombinieren, was nicht immer möglich bzw. problematisch ist. Beispielhaft sollen hier benannt werden: Maßnahmen für Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Suchthilfe oder an die Betreuung substituierter schwangerer drogenabhängiger Mütter.

Soziale und gesellschaftliche Teilhabe

Ein weiterer Zugang zu den Grundlagen bzw. auch zum Auftrag für die Gestaltung der ambulanten Suchthilfe im Gemeinwesen ergibt sich über die soziale und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen.

In den letzten Jahren hat sich der Begriff der „Teilhabe“ zu einem „Leitkonzept der wissenschaftlichen und politischen Verständigung über die Zukunft des deutschen Sozialmodells“ entwickelt.² Dieses Modell angemessen und ansprechend aufzublättern sprengt den Rahmen dieses Papiers und kann deshalb an dieser Stelle nur skizziert werden. Teilhabemodelle gehen davon aus, dass materielle Ressourcen und Rechtsansprüche unverzichtbare Voraussetzung für die Menschen sind, sich angemessen innerhalb ihrer Gesellschaft zu bewegen, aber eben nur die Möglichkeit zur Teilhabe eröffnen. Diese Möglichkeiten zu realisieren, also Verwirklichungschancen wahrzunehmen, verlangt zum einen persönliche Fähigkeiten, zum anderen bestimmte gesellschaftliche Voraussetzungen wie Normen oder Infrastruktur. Das Ziel sozialstaatlicher Handlungen besteht demnach darin, die Ungleichheiten bei den Verwirklichungschancen zu reduzieren und hier entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen. Dies geht im Übrigen auch auf das Sozialstaatsprinzip, in der Verbindung von Sozialen Rechtsstaat und sozialer Marktwirtschaft zurück. Im Beispiel der Bildung scheint dies sehr einleuchtend. Es ist nicht ausreichend, genügend Schulplätze zur Verfügung zu haben und Lehrer/innen auszubilden, sondern es erfordert auch, die soziale Ungleichheit auszuräumen, die dazu führt, dass Kinder sozial schwächerer Familien weniger Zugang zu den Bildungsressourcen haben. In der Suchthilfe wäre demnach zu prüfen, was die ambulante Suchthilfe, im Rahmen der Gestaltung der sozialen Gemeinschaft mit dazu beitragen kann, dass mehr betroffene Menschen oder bestimmte Gruppierungen die Chance zur Teilhabe am Gut der „ambulanten Suchthilfe“ erhalten.

Neben den eben beschriebenen Rahmenbedingungen für die ambulante Suchthilfe prägen weitere die Gestaltung der ambulanten Suchthilfe vor Ort wesentlich mit. Da sind zunächst die spezifischen sozialen Bedingungen und Problemkonstellationen der jeweiligen Region und den daraus folgenden Erfordernissen zu nennen. Von großer Relevanz sind aber auch die Entwicklungen der Europäisierung und Globalisierung, mit noch offenen Fragen der Marktorientierung, der öffentlichen Ausschreibung von Aufträgen und Leistungsfinanzierung.

3. Ambulante regionale Suchthilfe

Rolle und Selbstverständnis der ambulanten Suchthilfe

Das Suchthilfesystem im Gesamten, wie die ambulante Suchthilfe im Besonderen sind Teile des Sozial- und Gesundheitssystems in Deutschland. Hier existiert ein entwickeltes, eigenständiges und differenziertes System der Suchthilfe. Dieses System umfasst Maßnahmen der Prävention, Beratung, Rehabilitation und Integration. Sie beziehen sich auf substanzbezogene und auf verhaltensbezogene Störungen und deren Begleitprobleme. Insbesondere der Teilbereich der medizinischen Rehabilitation erzielt im internationalen Vergleich gute Erfolge. Die ambulante Suchthilfe umfasst ca. 950 ambulante Fachstellen, die zu ca. 90% in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände oder von Mitgliedern der Wohlfahrtsverbände ist.

Die Einrichtungen und Dienste der ambulanten Suchthilfe sind Fachdienste mit einem breiten Tätigkeitsspektrum sowie einem profilierten und hochwertigen Standard. Um im bestehenden Versorgungssystem zukunftsfähig zu bleiben, müssen sich die spezifischen Kenntnisse und Arbeitsweisen der ambulanten Suchthilfe noch stärker im regionalen Sozial- und Gesundheitssystem verorten. Sie verstehen sich dabei gleichzeitig als aktiver und partizipierender Teil dieses Systems und insbesondere der Kommunen.

Die ambulante Suchthilfe steht unter der permanenten Prämisse, sich den gesellschaftlichen Entwicklungen, rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen sowie veränderten Erwartungen von Politik, Leistungsträgern und Hilfesuchenden in einem kontinuierlichen Veränderungsprozess anzupassen. Diesen Prozess muss die ambulante Suchthilfe der freien Wohlfahrtspflege, unter Wahrung ihrer Werteorientierung, aktiv mitgestalten, damit fachliche

² Peter Bartelheimer, Politik der Teilhabe, Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin 2007

Standards nicht durch Ökonomisierung allein dominiert werden. Aktuelle epidemiologische Erkenntnisse fließen in die Entwicklung der Arbeit mit ein. Beispiele hierfür sind:

- die Ausweitung der Hilfen für Risikogruppen und besonderen Zielgruppen (Ausbau der Prävention, insbesondere der Hilfen für Kinder von Suchtkranken),
- der Ausbau der aufsuchenden Hilfen und die verbindliche Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern (vgl. hierzu Statement der CaSu zur Kooperation mit niedergelassenen Ärzten 2010),
- die Berücksichtigung bisher vernachlässigter oder neuer Zielgruppen (Jugendalkoholismus, Nikotin, Cannabis und Ecstasy, oder der problematische Umgang mit neuen Medien wie Computerspiel und Internet),
- die Entwicklung von Instrumenten zur Früherkennung und Frühintervention, wie beispielsweise Fred, HaLT, Move etc.

Für Personen mit substanz- und verhaltensbezogenen Störungen sowie deren Angehörige sind die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe die zentralen Fachstellen in einem regionalen Hilfesystem und innerhalb eines regionalen Suchthilfeverbunds. Sie stellen dabei sicher, dass Hilfesuchende ein adäquates Angebot erhalten. In der Hilfeplanung übernimmt die Einrichtung eine koordinierende Funktion.

Die Träger und Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe gestalten regionale Strukturen und Netzwerke mit und beteiligen sich an regionalen Suchthilfeverbänden. Sie tragen über die Mitarbeit in Dachorganisationen (z.B. DHS) dazu bei, überregionale fachliche Standards sicherzustellen.

Leistungsspektrum

Die ambulante Suchthilfe umfasst ein breites Spektrum an Leistungen für das Individuum als auch für unsere Gesellschaft und deren unterschiedlichen Gruppierungen, die im Sozialraum vernetzt sind. Zu den wesentlichen Leistungen der ambulanten Suchthilfe zählen: Prävention, Schadensminimierung, aufsuchende Maßnahmen, Beratung, psychosoziale Betreuung, Behandlung/Rehabilitation in ambulanten und teilstationären Kontexten, einschließlich Integrationshilfen, und das in enger Kooperation mit der Selbsthilfe. Die Leistungen werden entsprechend den regionalen und fachlichen Besonderheiten ausgestaltet und bei Bedarf ergänzt. Diese unmittelbar klientenbezogenen Leistungen (face-to-face) sind im Einzelnen in der "Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der DHS von 1999, Teil B" beschrieben.³

Die mittelbar klientenbezogenen Leistungen werden dort lediglich pauschal benannt. Für die Gesamtleistung der ambulanten Suchthilfe sind sie von zentraler Bedeutung und in Leistungsvereinbarungen wie auch im Qualitätsmanagement der Träger und Einrichtungen entsprechend zu berücksichtigen. Dabei handelt es sich einerseits um Leistungen, die untrennbar mit der klientenbezogenen Leistung in Verbindung stehen, wie z.B. Vor- und Nachbereitungen sowie Dokumentationen und andererseits um Tätigkeiten zur Gewährleistung der Struktur- und Prozessqualität einer ambulanten Einrichtung, wie z.B. konzeptionelle Arbeit, Kooperations- und Koordinationsaufgaben.

Kernaufgaben einer regionalen Grundversorgung

Unter den Fragestellungen von fachlicher Differenzierung wie auch unter Kostengesichtspunkten werden seit geraumer Zeit die Kernaufgaben einer regionalen Grundversorgung in der ambulanten Suchthilfe sowie insbesondere deren finanzielle Sicherung diskutiert.

Wie wir schon gesehen haben, ist die Sicherung einer bedarfsgerechten örtlichen gesundheitlichen Infrastruktur, wie der psychosozialen Hilfen im Rahmen der ambulanten Suchthilfe, in erster Linie Aufgabe der Kommunen. Diese psychosoziale Grundversorgung stellt die entsprechenden Hilfeleistungen, im Rahmen der Daseinsvorsorge und hierüber auch den Zugang zu leistungsrechtlich normierten Angeboten, wie der Suchtrehabilitation oder der Wiedereingliederung in Arbeit sicher. Wesentlich ist allen Kern- oder Grundleistungen, dass sie

³ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe, DHS, Hamm 1999

von allen Hilfesuchenden voraussetzungslos genutzt werden können. Das heißt ohne formale Voraussetzungen wie einen Hilfeantrag, das Bestehen einer Sozialversicherung, den Nachweis einer konkreten Veränderungsbereitschaft oder auch an eine gute Erfolgsprognose. Professor Matthias Möhring-Hesse, Hochschule Vechta, geht an dieser Stelle so weit, bei der Sozialen Arbeit von einem „öffentlichen Gut“ zu sprechen, von deren Nutzung niemand ausgeschlossen sein darf.⁴

Sowohl die Bestandteile wie auch die Systematik der Beschreibung der Kern-Leistungen der ambulanten Suchthilfe sind in der fachlichen Diskussion. Im Wesentlichen scheint hierzu Konsens zu bestehen. Je nach Hintergrund und Quelle variieren die einzelnen Bestandteile etwas. Zu den Kernaufgaben in diesem Verständnis zählen (vgl. Grundversorgung in der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe, Positionspapier der DiAG Sucht, Köln 2009)⁵:

- die *spezifische Präventionsarbeit*, insbesondere für Hochrisikogruppen,
- die *Risikominimierung (harm reduction)*, mit dem Ziel, die Sekundärschäden zu minimieren, bei Menschen, die ihren riskanten, oder schädigenden oder abhängigen Suchtmittelkonsum aktuell nicht ändern können oder wollen,
- *aufsuchende Hilfen*, um Personen mit substanz- und verhaltensbezogenen Störungen den Zugang zum Hilfesystem zu erleichtern,
- den umfassenden Bereich der *Beratung*, unter anderem mit den Leistungen der Frühintervention, der Motivation, der Diagnostik, des Assessment und der umfassenden Vermittlung, des Sucht-Casemanagements, der Arbeit mit Angehörigen,
- der *psychosozialen Begleitung und Betreuung* im Sinne einer „Daseinsvorsorgeverantwortung“, insbesondere für suchtkranke Menschen mit zusätzlichen körperlichen oder schweren psychischen und sozialen Begleit- und Folgeproblemen (z.B. Komorbidität), aber auch für Substituierte,
- *Vermittlung* in andere weiterführende Hilfen und in die Rehabilitation,
- der *Integrationshilfen*, die den Prozess der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung unterstützen,
- der Förderung, Vermittlung und Begleitung von *Selbsthilfe*,
- sowie der Aufbau von *versorgungsübergreifenden Kooperationsstrukturen* im Suchthilfesystem, sektorenübergreifend mit der medizinischen und psychiatrischen Versorgung sowie auch hilfefeldübergreifend, beispielsweise mit der Jugend-, Alten- oder Wohnungslosenhilfe.

Ambulante Suchthilfe und soziale Gemeinschaft

Welche Rolle spielt nun die ambulante Suchthilfe für die soziale Gemeinschaft vor Ort oder besser gesagt, die Zivilgesellschaft? Was ist ihr (Mehr-) Wert für die soziale Gemeinschaft einer Region, über die bloße Tatsache hinaus, eine Anlaufstelle oder Versorgungsstelle für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe mit überwiegend chronischen gesundheitlichen und sozialen Problemen zu sein?

Ambulante Suchthilfe versteht sich als ein Teil der regionalen Gesundheitsvorsorge. Darin integriert bemisst sich ihr Wert an der Summe von unmittelbaren Leistungen für betroffene Menschen und deren Angehörige, wie mittelbaren Leistungen für die soziale Gemeinschaft. Dies erreicht sie auf vielfältige Weise:

- **Öffentlichkeitsfunktion.** Als Anwalt für Betroffene weist sie auf die Lebensbedingungen suchtkranker Menschen öffentlich hin. Diese „Veröffentlichung“ der Lebensbedingungen holt die besonderen Problem- und Lebenslagen der betroffenen Menschen aus der Gefahr der Individualisierung und damit Stigmatisierung wie auch Tabuisierung heraus und stellt sie dar als persönlich, aber auch gesellschaftlich und sozial bedingte Prozesse. Damit leistet sie auch eine wesentliche Grundlage zur In-

⁴ Matthias Möhring-Hesse, Hochschule Vechta, Die Zukunft der sozialen Arbeit im Sozialstaat, Frankfurt 2005

⁵ Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V., Grundversorgung in der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe, Köln 2009

tegration suchtkranker Menschen. Denn Integration oder Inklusion erfolgt nicht über die Profis, die Helfer/innen sondern über die Mitmenschen, die Mitbürger, die lernen, Suchterkrankungen zu verstehen und dadurch vermeiden, Betroffene auszugrenzen.

- **Signalfunktion.** In ihrer Rolle als Mitgestalter gesellschaftlicher und sozialer Bedingungen und auf dem Hintergrund ihrer täglichen Erfahrungen mit suchtkranken Menschen, in deren spezifischen Lebensbezügen, nimmt die ambulante Suchthilfe bestimmte soziale Entwicklungen frühzeitig wahr. Aktuelles Beispiel hierzu ist die Entwicklung im sogenannten „Komasaufen“ insbesondere bei jüngeren Menschen und eine daraus resultierende Konzeptentwicklung zu Instrumenten der Früherkennung und Frühintervention, wie HaLT.
Ihre Aufgabe ist es, nicht nur auf die Lebensbedingungen der ihr anvertrauten Menschen hinzuweisen, sondern auch auf soziale Entwicklungen, die ursächlich für bestimmte Auswirkungen sind, wie auch auf Konsequenzen bestimmter Gesetzesvorhaben und Gesetzeslagen aufmerksam zu machen. Indem sie bestimmte Verhältnisse und Entwicklungen öffentlich macht, und indem sie sich in die politische und gesellschaftliche Debatte einmischt, erfüllt sie die zentrale Aufgabe der Signalfunktion in der sozialen Arbeit.
- **Gesellschaftliche und soziale Teilhabe.** Ambulante Suchthilfe ist ein Beitrag zur Schaffung von Voraussetzungen zur gesellschaftlichen und sozialen Teilhabe. Suchtprobleme, die nicht frühzeitig erkannt werden oder die nicht oder nicht ausreichend behandelt werden können, führen zur Exklusion, zur gesellschaftlichen wie sozialen Ausgrenzung. Gerade der umfassende Ansatz der sozialen Arbeit in der ambulanten Suchthilfe ist Garant dafür, dass neben der unmittelbaren Behandlung der Erkrankung auf medizinischer und psychotherapeutischer Basis auch die Lösung anderer damit verbundener Problemlagen in den Blick kommen, egal ob es sich um die Unterstützung zu materiellen Hilfen, die Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (z.B. über die Vermittlung in Selbsthilfegruppen), den Zugang zu Bildung und zum Arbeitsmarkt oder die Verwirklichung von Rechtsansprüchen handelt.
- **Gesellschaftliche Solidarität.** Die Soziale Arbeit in der Suchthilfe trägt zur gesellschaftlichen Solidarität, also zum Zusammenhalt einer Gesellschaft und deren Fortentwicklung bei. Der Umgang mit Suchtmitteln, der nicht reglementiert ist, über deren Wirkungen und Konsequenzen nicht oder nicht ausreichend aufgeklärt wird und bei dem ein qualifiziertes Hilfe- und Versorgungssystem fehlt oder unzulänglich ist, ist eine Gefahr für die soziale Gemeinschaft. Ambulante regionale Suchthilfe, die sich mit dieser komplexen Thematik – im Sinne von Prävention zum adäquaten Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln und zur Vorbeugung wie bei der Behandlung akuter Suchtproblemen – befasst, leistet hierzu einen maßgeblichen Beitrag und erhält auch dadurch einen kollektiven Nutzen.
- **Soziale Sicherung und soziale Befriedung.** Letztlich leistet die ambulante Suchthilfe einen Beitrag zur sozialen Sicherung und zur sozialen Befriedung in der Kommune, indem sie zur Verbesserung regionaler und spezifischer Probleme beiträgt und hierzu Lösungsansätze entwickelt. Dies kann auf ordnungspolitischer Ebene in Zusammenarbeit mit der Politik und den Sicherungsorganen vor Ort erfolgen, beispielsweise zur Entschärfung negativer Konsequenzen lokaler Drogenszenen, zum sozialverträglichen Umgang mit Alkoholverboten in der Öffentlichkeit in bestimmten Stadtteilen, die zu einer besonderen Trinkkultur einladen, zur Entwicklung einer Fest- und Feierkultur, die den Genuss legaler Suchtmittel nicht ausschließt, aber Formen findet, die Konsum- und Gewaltexzesse vermeidet.

4. Finanzielle Rahmenbedingungen – Verhandlungsgrundlagen und -strategien

Sowohl in den kirchlichen Haushalts- und Finanzgremien als auch in den staatlichen Finanzausschüssen werden die Mittel, die in die ambulante Suchthilfe fließen, derzeit intensiv diskutiert. Obwohl es sich bei den kommunalen Mitteln aus der Sicht der Anbieter und Träger um Pflichtleistungen handelt, die sich aus den Formulierungen des SGB XII ergeben, gelten die Zuschüsse bei den Kommunalpolitikern nicht selten als so genannte freiwillige Leistungen (vgl. Kapitel 2 zur kommunalen Daseinsvorsorge). Damit werden sie der Verfügungsmasse der politischen Entscheidungen zugerechnet, unterliegen der Konkurrenz der Begehrlichkeiten und stehen schnell auf jeder Sparliste. Landesregierungen ziehen sich aus der Finanzierung der ambulanten Suchthilfe zurück und geben die Verantwortung und damit auch die Finanzierung an die kommunale Ebene (zurück). Der Druck, die Wirksamkeit fachlicher Leistungen und die damit verbundenen finanziellen Notwendigkeiten nachzuweisen, steigt kontinuierlich. Damit steht der Aufwand für Dokumentation nicht mehr in einem geeigneten Verhältnis zu den unmittelbaren Leistungen der Beratung und Behandlung.

Bisher werden ambulante Suchtberatungsstellen und deren wirksame Leistungsbausteine, die vernetzt und passgenau erbracht werden, aus verschiedenen öffentlichen Haushalten und zum Teil aus Eigenmitteln finanziert.

Im Wesentlichen stützt sich die Finanzierung der ambulanten Suchthilfe auf 4 Säulen:

1. Eigenmittel (im kirchlichen Bereich handelt es sich um Kirchensteuermittel und Eigensatzmittel wie Lotteriemittel),
2. staatliche Zuschüsse (meist pauschale Bezuschussungen) aus dem Landeshaushalt und/oder den kommunalen Strukturen,
3. Refinanzierungen und Erwirtschaftungen einzelner Leistungsbausteine (z.B. ambulante Reha, Nachsorge, Frühinterventionskonzept wie „HaLt = Hart am Limit“, Führerschein-, Nichtraucherseminare etc., wie auch finanzielle Beiträge der Klientel),
4. Projektfinanzierungen (meist zeitlich und sachlich begrenzt), häufig aus Stiftungen oder spezifischen Programmen z.B. "Stärke vor Ort" finanziert.

Vereinzelt tragen auch Spenden, Einnahmen aus Bußgeldern oder andere Mittel zur Finanzierung der ambulanten Suchthilfe bei, die aber aufgrund ihrer Bedeutung für die Finanzierung in der weiteren Betrachtung vernachlässigt werden.

Im Laufe der letzten Jahre hat sich die Leistungserbringung in der ambulanten Suchthilfe verändert und die Modularisierung der Angebote deutlich zugenommen. Über modulorientierte Angebote können neue Zielgruppen erreicht werden. Die Leistungen für die Klientel kann insgesamt bedarfsorientierter und passgenauer angeboten werden. Die Liste der Zielgruppen, die mit diesen sich ausdifferenzierenden Modulen bedient werden, wird immer länger. Hier nur einige Beispiele:

- vernetzte Angebote in der selektiven und indizierten Prävention,
- Multiplikatorenschulungen und die begleitende Supervision,
- Liaisondienst im Krankenhaus,
- aufsuchende Dienste in den Strafvollzugsanstalten,
- psychosoziale Begleitung von Substituierten,
- Frühintervention in Kooperation mit der Jugendhilfe und der Justiz (HaLt, SKOLL, Fred etc.),
- spezielle Motivationsangebote im Rahmen des §16 SGB II in Kooperation mit den ARGEen,
- Kooperation mit der Wohnungslosenhilfe und den Basisdiensten mit speziellen Motivationsangeboten aus der Suchthilfe heraus,
- Projekte für Kinder von Suchtkranken,
- Projekte im Bereich Sucht im Alter,
- Projekte in der Konsequenz der Umsetzung des § 8a SGB VIII zum Kindeswohl,
- Projekte im Bereich der Neuen Medien.

Die Vorteile dieser modulatorientierten Arbeitsweisen bedeuten konkret:

- Konzepte und Projekte auf der fachlichen Ebene können zielgenauer ausgerichtet werden. Das erhöht die Effektivität und die Effizienz.
- Das Schnittstellenmanagement in der Kooperation und Koordination sich ergänzender Hilfen kann differenzierter und passgenauer gepflegt werden. Die Zuständigkeiten sind klarer und Kooperationsbeziehungen festigen sich. Wirksamkeitsnachweise sind leichter zu führen.
- Neue Zuschussgeber, Sponsoren etc. können gewonnen werden.

Diese Entwicklung ist auch im Zusammenhang der Rahmenbedingungen, wie im Kapitel 2 beschrieben und insbesondere mit der Diskussion zu den Leistungen der Grundversorgung oder Kernaufgaben (vgl. Kap. 3) und den zusätzlichen Leistungen der ambulanten Suchthilfe zu sehen. Vielfach werden genau die Leistungen der Grundversorgung pauschal finanziert. Das zentrale Ziel der Verhandlung, insbesondere mit den kommunalen Leistungsträgern, ist deshalb, dass die pauschale Finanzierung der Grundversorgung nicht mit spezifischen Leistungsangeboten konkurriert bzw. miteinander verrechnet werden. Dies setzt natürlich voraus, dass das Leistungsprofil der ambulanten Suchthilfe entsprechend transparent und differenziert beschrieben ist.

Für die konzeptionelle wie finanzielle Ausrichtung der ambulanten Einrichtungen ergeben sich hieraus vielfältige Konsequenzen und Handlungsschritte:

1. Der pauschal finanzierte Anteil im Haushalt der Suchtberatungsstellen schmilzt. Je mehr Leistungsbausteine ausdifferenziert formuliert werden, die auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten sind und damit auch Drittmittel akquirieren, sinkt die Zielgruppe, die über die Pauschalfinanzierungen erreicht wird.
2. Es wird erforderlich, stärker zwischen pauschal finanzierten und durch Dritte refinanzierten Leistungen zu differenzieren. Häufig sind Zuschussrichtlinien und Abrechnungsmodalitäten verschiedener Geldgeber nicht kompatibel.
3. Die Projektfinanzierung benötigt vielfach einen kreativen und flexiblen Umgang mit unterschiedlichen Förderungen, da z.B. viele Stiftungen oder Sponsoren Projekte nur fördern, wenn sie innovativ oder modellhaft sind.
4. Zwischen den einzelnen Modulen ist ein entsprechendes Projektmanagement und ein Projektcontrolling erforderlich. Kalkulationen ähnlich einer Pflegesatzberechnung im stationären Bereich sind notwendig.
5. In den Einrichtungen muss das Wissen und die Kompetenz vorhanden sein, die Fachleistungsstunde in den jeweiligen Leistungsbausteinen berechnen und diese Kalkulationen auch transparent darstellen zu können.
6. Im Rahmen eines zuverlässigen Projektmanagements müssen Stundenkontingente und Sachmitteleinsatz kalkuliert und kontrolliert werden. Dies kann konkret bedeuten:
 - Die Fachambulanzen etablieren innerhalb ihrer Einrichtung eine Untereinrichtung mit eigener Kostenstelle, z.B. könnte ein verkehrspsychologisches Zentrum als Untereinrichtung in der Fachambulanz mit eigener Kostenstelle und damit eigener Struktur und Organisation angegliedert sein.
 - Ein ambulantes Rehaszentrum für Suchterkrankungen ist mit eigener Kostenstelle unter dem Dach der Fachambulanz organisiert.
 - Flexible Präventionsmodelle sind ebenfalls mit eigener Kostenstelle im Präventionszentrum (unter dem Dach der Fachambulanz) angesiedelt.
 - Frühinterventionskonzepte wie HaLt, Krisenintervention im Krankenhaus, Alkohol im Betrieb, Auflagenkurse wie FreD sind entweder im Präventionsbereich ange-

siedelt und werden von dort finanziert oder sind wiederum mit eigener Kostenstelle unter dem Dach der Fachambulanz organisiert.

7. Finanzierungsansätze wie Fundraising, social sponsoring und Stiftungsfinanzierungen werden immer wichtiger. Die Erschließung dieser Ressourcen muss geübt werden. Es gilt, marketingorientierte Materialien auf Print- und EDV-Basis zu entwickeln und entsprechende Kontakte aufzubauen.
8. Führungskräfte in der Suchthilfe benötigen entsprechende Fort- und Weiterbildungen. Die Leitungsfunktionen der Suchtberatungsstellen werden häufig von Sozialarbeiter(inne)n und Sozialpädagog(inn)en wahrgenommen, die in ihrer bisherigen beruflichen Sozialisation nicht ausreichend auf die geänderten und häufig managementorientierten Anforderungen vorbereitet sind.
9. Träger und Einrichtungen der Suchthilfe müssen trägerübergreifend den regionalen Leistungsbedarf und die damit verbundenen Angebote einer umfassenden ambulanten Suchthilfe in ihrer Versorgungsregion definieren, beschreiben und veröffentlichen. In Regionen, in denen mehrere Anbieter ambulanten Suchthilfeangebote konkurrieren, müssen entsprechende Absprachen über das jeweilige Angebot getroffen werden, um die regionale ambulante Suchthilfe effizienter und effektiver zu gestalten.
10. Vertreter von Trägern und Einrichtungen sind aufgefordert, sich rechtzeitig und umfassend in die kommunalen Vernetzungsstrukturen einzuklinken und die Definition ambulanten Suchthilfe nicht anderen zu überlassen, sondern in Kooperation mit Verbündeten und in Anlehnung an die im zuvor genannten Punkt beschriebenen Konzepte selbst (regionale) Standards zu setzen. Dies kann auch das Engagement in politischen Parteien und Gremien erforderlich machen.

5. Perspektiven einer regionalen ambulanten Suchthilfe

In den vorangegangenen Punkten wurde versucht zu umreißen was die ambulante Suchthilfe ausmacht, was sie leistet und was sie kostet. Die ambulante Suchthilfe in ihrer bestehenden Form hat ein Alleinstellungsmerkmal. So wie die ambulante Suchthilfe aufgestellt ist, bietet sie ideale Voraussetzungen, ist sie geradezu prädestiniert, die zentrale Rolle in der Grundversorgung für Menschen mit Suchtproblemen in einer Region, in der Organisation und Vernetzung von Hilfen auch hilfesegmentübergreifend und in der Unterstützung von Planung und Steuerung der Hilfen einer Region zu übernehmen.

Damit dies so bleiben kann, damit die ambulante Suchthilfe zu einem unverzichtbaren Partner der Kommune wird – was sie regional unterschiedlich ausgeprägt bereits ist - damit sich die Qualität ihrer Arbeit entwickeln kann, muss die ambulante Suchthilfe sich weiter bewegen, sich an manchen Stellen auch verändern, ihr Profil schärfen. Sie muss sich stärker und konsequenter an den Bedingungen und Erfordernissen ihrer jeweiligen Region, ihrer Kommune orientieren. So, dass die Verankerung der ambulanten Suchthilfe in der kommunalen Daseinsvorsorge auch das Modell der Zukunft bleiben kann und wird.

Im Leitbild „Stadt der Zukunft“, das die Grundwerte und Ziele der Stadtpolitik herausstellt und 2003 im Deutschen Städtetag beschlossen wurde, wird bereits deutlich, dass die Aufgabengestaltung in den Kommunen / Städten zukünftig strengeren Maßstäben durch die Stadtpolitik folgen wird⁶. Darin wird auch die künftige Rolle der Stadt im Bereich der Daseinsvorsorge

⁶ Deutscher Städtetag, Leitbild: Die Stadt der Zukunft, Mannheim 2003

beschrieben und folgende Kriterien im Verhältnis der Kommune zu freien Anbietern von Dienstleistungen benannt:

- gleichberechtigter Zugang zu den Dienstleistungen für alle,
- akzeptabler Preis,
- Kontinuität und Universalität einer Dienstleistung,
- Erfordernis der politischen und rechtlichen Kontroll- und Steuerungsfunktion,
- Berücksichtigung nicht leistungsunmittelbarer zentraler politischer Aspekte.

Im Leitbild werden aber auch neue Potentiale der verantwortlichen Gestaltung durch freie Träger betont, die nicht in der Delegation städtischer Aufgaben sondern in gemeinsamen Maßnahmen und gemeinsamen Zielen von Stadt und freien Trägern liegen. Das scheint gut vereinbar mit dem Ansatz und der Haltung der regionalen ambulanten Suchthilfe und kann und sollte auch als Orientierung zur weiteren Entwicklung dienen.

Klar ist: Ambulante Suchthilfe braucht eine angemessene finanzielle Ausstattung als Grundvoraussetzung, das heißt, eine angemessene Bezahlung für gute Leistung, wenn sie ihr bisheriges Niveau weiterhin angemessen und bedarfsgerecht anbieten und wo erforderlich, weiterentwickeln will (vgl. Kapitel 4). Klar ist auch, dass Partnerschaft auf kommunaler Ebene auch bedeutet, dass die Kommune ein Interesse an dieser Partnerschaft hat und die ambulante Suchthilfe in die Umsetzung der kommunalen Steuerung einbezieht. Die Verbesserung der sozialen bzw. soziodemografischen Datenlage als unerlässliches Steuerungsinstrument ist auch eine zentrale Aufgabe der Kommune.

Was kann / muss die ambulante Suchthilfe (zur Unterstützung der Kommune) beitragen, was sollte sie sicherstellen, intensivieren oder verändern? Die weiteren Punkte hierzu werden etwas plakativ dargestellt.

5.1 Suchtberatung ist allen zugänglich

Eher im Sinne einer Präambel muss Suchtberatung im Grundverständnis der Daseinsvorsorge der Kommunen allen Bürger/innen voraussetzungslos zugänglich sein. Ein Angebot nach diesem Verständnis muss per se niedrighschwellig sein. Mit dem Ziel von erhöhten Erfolgchancen wie auch im Sinne von Ressourcenschutz hat die Suchtberatung den Anspruch, möglichst frühzeitig Hilfe zu leisten. Die ambulante Suchthilfe stellt den wesentlichen Zugang auch zu den leistungsrechtlich normierten Angeboten des gesamten Suchthilfesystems, wie auch zu anderen Leistungen der sozialen Arbeit sicher.⁷ Das gilt auch für eher „schwer erreichbare“ Zielgruppen, bei denen die ambulante Suchthilfe mit einem rein nachfrageorientierten Verständnis im Sinne der „Komm-Struktur“ an ihre Grenzen kommt.

Das erfordert auch ein Umdenken im methodischen Zugang der ambulanten Suchthilfe. Ansätze aufsuchender Hilfen werden ausgeweitet. Angebote und Maßnahmen werden im Verständnis von *Sozialraumorientierung* entwickelt und erbracht. Damit werden höhere Anforderungen an Netzwerk-, Schnittstellen- und Koordinierungsarbeit verbunden sein. Ihre langjährige Erfahrung in der Schnittstellenarbeit und Kombination von Leistungen kann der ambulanten Suchthilfe dabei zugute kommen.

5.2 Differenzierung und Profilschärfe beginnen bei der Diagnostik

Die Bedarfe der Hilfesuchenden werden immer vielschichtiger. Das erfordert eine immer größere Differenzierung der Hilfen. Das wiederum hat Auswirkungen auf die Anforderungen an die Diagnostik und Psychodiagnostik in der ambulanten Suchthilfe, die diese Vielschichtigkeit der Lebenslagen erkennen und erfassen muss (vgl. Empfehlungen der CaSu zu „Diagnostik und Psychodiagnostik in der ambulanten Suchthilfe“). Es stellt Anforderungen an ein darauf aufbauendes, modulbezogenes und bedarfsgerechtes Hilfeangebot und insbesondere an ein gestuftes Hilfeangebot, das im Sinne von stepped care und Ressourcenorientierung angemessene und aufeinander aufbauende Maßnahmen der Beratung, Begleitung

⁷ Renate Walter-Hamann, Suchtberatung ist keine Restkategorie, in neue caritas 18/2007, Deutscher Caritasverband, Freiburg 2007

und Behandlung anbietet. Das handlungsleitende Prinzip dabei ist: „So viel Hilfe wie nötig, so wenig wie möglich – statt ‚viel für wenige‘ eher ‚etwas für viele‘“. ⁸ Eine solche Differenzierung des Leistungsprofils unterscheidet Kernleistungen nach der Grundversorgung (vgl. Kapitel 3 zu den Kernleistungen), spezifische Leistungen für die jeweilige Kommune (Pflicht) und von der ambulanten Suchthilfe zusätzlich angebotene Leistungen (Kür).

Die fachlichen und damit personellen Ressourcen in der ambulanten Suchthilfe benötigen zukünftig mehr managementorientierte Aufgaben. Nicht zu Lasten der behandlungsorientierten Fachlichkeit, aber ergänzend, damit die Verschiebung im Schwerpunkt in der Arbeit zu Koordinierung, Vernetzung, Wirkungsorientierung und Ökonomie besser gelingt.

5.3 Verbünde haben Konjunktur⁹ – gemeinsam sind wir besser

Eine Untersuchung des DCV zu den Verbundstrukturen bestätigt eindrucksvoll, wie viel Vernetzungs- und Kooperationsarbeit bereits erfolgt¹⁰. Sie macht aber auch die Entwicklungsdynamik und den Veränderungsbedarf deutlich. Dies betrifft die Tendenz zum Aufbau von Verbänden *innerhalb des Suchthilfesystems* zwischen den unterschiedlichen Einrichtungsbereichen, von niedrigschwelligen Hilfen (harm reduction, Anlaufstellen) über Beratungs- und Behandlungsstellen, Arbeits- und Beschäftigungshilfen, stationären Fachkliniken bis zum Betreuten Wohnen). Diese Verbundorientierung im Suchthilfesystem sucht auch die intensivere Kooperation und Partnerschaft mit der Suchtselbsthilfe – auf Augenhöhe.

Eine *hilfesegmentübergreifende* Vernetzung besteht, wird aber unterschiedlich praktiziert. Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, den Krankenhäusern vor Ort, wie auch mit der Psychiatrie dort zu intensivieren wo erforderlich, ist unerlässlich.

Die Vernetzung und Kooperation erfolgt verstärkt auch *hilfebereichsübergreifend* mit anderen Hilfebereichen der Sozialen Arbeit.

Die hohe Bedeutung von Verbund- und Netzwerkstrukturen wird in der Suchthilfe erkannt und aufgegriffen. Dabei wird die Verknüpfung von fachlichen und versorgungsorientierten Anforderungen mit strategischen Überlegungen zur Verbundorientierung an Bedeutung gewinnen. Dies jeweils orientiert an den jeweiligen regionalen und kommunalen Erfordernissen. In eine kommunale oder regionale Suchthilfeplanung, die sich eine bedarfsorientierte Grundversorgung im Sinne einer öffentlichen Gesundheitsversorgung zum Ziel gesetzt hat, müssen die vielfältigen Netzwerke eingebunden sein. Hier kann und muss die ambulante Suchthilfe eine zentrale koordinierende und flankierende Rolle spielen.

5.4 Schnittstellen verdienen das Augenmerk der Zukunft

Komplexe vielschichtige Problemlagen benötigen in der Regel auch komplexe Lösungen. Das ist eine Binsenweisheit. Viele Problemlagen mit denen die Suchthilfe konfrontiert ist, lassen sich alleine aus der Suchthilfe heraus nicht lösen, sondern nur in sinnvoller Kooperation mit anderen. Ob es sich um überschuldete Menschen, jugendliche Drogenkonsumenten, suchtkranke Schwangere, Mütter und Väter mit Suchtproblemen und deren Kindern, ältere Suchtkranke oder wohnungslose suchtkranke Menschen handelt. Evidenzbasierte Modulentwicklung ist ein Thema. Die eigentliche Weiterentwicklung, im Sinne verbesserter Hilfen und Angebote für betroffene Menschen, liegt in einer wirklich optimierten Schnittstellenarbeit. Dazu gehört die Entwicklung tragfähiger und verbindlicher Netzwerke, eine abgestimmte Hilfeplanung, eine festgelegte und klare Federführung bzw. Steuerung sowie kontinuierliche und konsequente Umsetzung von Case Management. Das bindet fachliche wie personelle Ressourcen, die nicht mal schnell nebenher erledigt werden können. In der Gestaltung der Arbeit der ambulanten Suchthilfe werden kreative Lösungen gefragt sein, die einem „managementorientierten“ Verständnis von Arbeit mehr Platz einräumt, das nicht in Konkurrenz

⁸ Hans Joachim Abstein, Projekt „Zukunftsfähigkeit der PSB“ der Landesstelle für Suchtfragen Baden-Württemberg, Freiburg, 2010

⁹ Renate Walter-Hamann, Suchtberatung ist keine Restkategorie, in neue caritas 18/2007, Deutscher Caritasverband, Freiburg 2007

¹⁰ FOGS-Studie DCV, Integrierte Versorgungsstrukturen - Kooperation und Vernetzung in der Suchthilfe der Caritas, Köln 2008

geht zum bisherigen Beratungs- und Behandlungswissen, sondern ergänzend zu verstehen ist.

5.5 Wirkungsorientierung ist der Boden auf dem wir stehen

Die konsequente Darstellung von Wirkzusammenhängen wird an Bedeutung gewinnen. Die Behauptung der Wirkung an sich – sei sie noch so richtig - genügt nicht mehr. Nicht im Aneinanderreihen evidenzbasierter Beratungs- und Behandlungsmodule – die benötigen wir auch – sondern in der konsequenten Beschreibung was tatsächlich wie wirkt lassen sich Wirkzusammenhänge nachvollziehbar darstellen. Das schließt überhaupt nicht aus, den Blick auch darauf zu wenden, was (positiv) wirkt aber nicht unmittelbar mit den Maßnahmen der Suchthilfe zu tun hat, das in Veränderungen von Kontextfaktoren und durch Selbstheilungskräfte der Klient(inn)en bedingt ist. Wirkungsorientierung ist erforderlich, zur fachlichen Weiterentwicklung, zur Transparenz der Arbeit, zum gezielten Einsatz von Ressourcen und damit zur Rechtfertigung des Handelns in der ambulanten Suchthilfe. Letztlich auch in einem moralisch zu verstehenden Sinn: Hilfesuchende Menschen in der ambulanten Suchthilfe haben ein Recht auf wirkungsvolle Hilfen. Das deutlich zu machen, konsequenter und intensiver darzustellen gegenüber den Geldgebern aus der öffentlichen Hand und der Sozialversicherung, der Politik wie auch in die Öffentlichkeit hinein, ist eine vordringliche Aufgabe der ambulanten regionalen Suchthilfe.

5.6 Der Blick zur Ökonomie macht ehrlicher

Ähnliches gilt für den unmittelbaren Zusammenhang von Kosten und Nutzen, den wir in unseren Arbeiten deutlicher beachten und vor allem auch gegenüber der Kommune wie der Öffentlichkeit darstellen müssen. Dabei darf der Blick auf die Ökonomie nicht alles sein, darf nicht zum vorherrschenden Maßstab des Handelns werden. Negativbeispiele hierzu können wir alle aufzählen, wenn die Frage der Blinddarmoperation zu einer budgetorientierten Entscheidung wird oder die Patienten eine bessere Pflege im Krankenhaus erhalten, die das Glück haben, regelmäßig von ihren Angehörigen besucht und betreut zu werden oder der wirkungsvolle Ansatz therapeutischer Gemeinschaften in der Suchthilfe auf dem Altar so genannter Strukturverbesserungen geopfert wird. Aber, der Blick auf Ökonomie macht ehrlicher.

Eine eher langfristige ökonomische Sicht ist abzugrenzen, von eher kurzfristigen Kosteneinsparansätzen, bei denen es nur darum geht, monetär festzustellen, wer welche Leistung am billigsten anbieten kann. Ökonomie so verstanden bedeutet, öffentlich darzustellen, dass wirtschaftliche Erfordernisse nicht zu trennen sind von der Darstellung von Wirkungszusammenhängen, vom unmittelbaren Nutzen der Leistungen der ambulanten Suchthilfe für die Betroffenen wie mittelbar für die soziale Gemeinschaft und von Nachhaltigkeit in der Leistungserbringung. Ökonomie so verstanden ist ein deutliches Argument gegen die alleinige subjektbezogene Finanzierung auf der Grundlage von Einzelverträgen und Leistungsvereinbarungen, hin zu einer langfristigen ökonomischen Gestaltung der Hilfen. Dieses Verständnis ist auch ein gewichtiges Argument zum Aufbau einer eher langfristigen Sozialpartnerschaft zwischen Kommune und Leistungsanbieter vor Ort.

5.7 Qualitätsmanagement sichert den Erfolg

Qualitätsmanagement ist notwendig und wirkungsvoll. Der gleichermaßen konsequente wie umsichtige Umgang mit Qualitätsmanagement schafft die Grundlagen in den Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe, die vielschichtigen fachlichen und leistungsrechtlichen Anforderungen und damit verbundenen Maßnahmen so zu ordnen und aufeinander zu beziehen, dass deren Wirkungen auch dort ankommen wo sie hinzielen, also bei den Menschen mit Suchtproblemen.

Ein Qualitätsmanagementsystem trägt maßgeblich dazu bei, die interne und externe Leistungsqualität zu steigern und damit eine höhere Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit zu erreichen. Es hilft, Abläufe systematisch zu planen und zu steuern, hilft Aufgaben zu priorisieren und ermöglicht einen ressourcenorientierten Umgang bei der Leistungserbringung. Es ist ein zentrales Element für die Steuerung der Wirtschaftlichkeit einer Einrichtung. Anhand

verschiedener Instrumente des Qualitätsmanagements werden die Vorteile einer konsequenten Einführung weiter deutlich:

- Befragungen der Klienten/innen wie der Mitarbeiter/innen im Sinn von *Selbstbewertungen* ergeben ein realistisches Bild der Selbst- und Fremdeinschätzung, lassen Stärken und Verbesserungsbereiche erkennen und sind die Grundlage für Veränderungen und Entwicklungen in der Arbeit.
- Über die *Lenkung von Dokumenten und Nachweisen* wird der Ablauf der Prozesse im Rahmen von Beratung und Behandlung systematisiert, transparent und vereinfacht.
- Über Verfahrensvorgaben zur Fehlerlenkung sowie zu Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen kann die Fehlerquote gesenkt und eine kontinuierliche Verbesserung in den Prozessen und Abläufen erreicht werden.
- Die regelmäßige Durchführung von *internen Audits* hilft zu einer Standortbestimmung der Arbeit und schafft die Voraussetzung zu erkennen, wo Verbesserungen möglich und sinnvoll sind.
- Über Maßnahmen des *Benchmarking* – des Vergleichs mit anderen und der Möglichkeit vom anderen zu lernen – können Einrichtungen Formen und Wege finden, ihre Arbeit gegenseitig auf kollegialer Basis weiter zu entwickeln.

Die bisherigen Erfahrungen mit Qualitätsmanagement in der Suchthilfe der Caritas zeigen, dass die Vorteile nach der Umsetzung in den Einrichtungen, den Mehraufwand, der definitiv bei der Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems besteht, übertreffen.

5.8 Wunsch zur Mitgestaltung ist Motor für Entwicklung

Die ambulante Suchthilfe – und damit sind alle Akteure der freien und öffentlichen Suchthilfe gemeint - muss den Anspruch haben und wo erforderlich, dringend anmelden, in die regionale Suchthilfeplanung eingebunden zu sein. Sie muss den Anspruch, Partner in der sozialen Hilfestellung der Gemeinde zu sein, deutlich machen. In einigen Bundesländern, wie beispielsweise Baden-Württemberg, ist der Ansatz der kommunalen Suchthilfeplanung und -steuerung schon weit vorangeschritten. Nicht überall gibt es entsprechende Landesinitiativen und oder Ansätze zur Umsetzung der Steuerung auf kommunaler Ebene.

Mitgestaltung bedeutet, am transparenten politischen Aushandlungsprozess über Ziele und Versorgungsprioritäten wie der regionalen Suchthilfeplanung auf der Grundlage der regionalen Bedarfs- und Versorgungsdaten mitzuwirken.

Mitgestalten bedeutet dann auch, Beiträge zur Verbesserung der Bedarfs- und Versorgungsdaten zu liefern. Mitgestalten kann jedoch auch heißen, an der Sanierung der regionalen Strukturen mitzuwirken, was nicht zwangsläufig bedeuten muss, den Status Quo der bisherigen strukturellen Ausrichtung der regionalen ambulanten Suchthilfe zu erhalten, sondern sie effektiver zu gestalten.

Quellen:

- Hans Joachim Abstein, Projekt „Zukunftsfähigkeit der PSB“ der Landesstelle für Suchtfragen Baden-Württemberg, Freiburg 2010
- Arbeitsgemeinschaft Katholische Suchtkrankenhilfe (AKS), Sucht(-hilfe) kostet Geld – Suchthilfe spart Geld! – eine Argumentationshilfe für die Praxis, Freiburg 2003
- Stephan Articus, Sicherung kommunaler Daseinsvorsorge auf dem Prüfstand. Zukunftsforum Politik. Sozialer Bundesstaat 66. Hrsg. Konrad-Adenauer-Stiftung, Sankt Augustin 2005
- Peter Bartelheimer, Politik der Teilhabe, Friedrich-Ebert-Stiftung. Berlin 2007
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe, DHS, Hamm 1999
- Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V., Grundversorgung in der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe, Köln 2009
- Deutscher Städtetag, Leitbild: Die Stadt der Zukunft, Mannheim 2003
- FOGS-Studie DCV, Integrierte Versorgungsstrukturen - Kooperation und Vernetzung in der Suchthilfe der Caritas, Freiburg 2008
- Matthias Möhring-Hesse, Hochschule Vechta, Die Zukunft der sozialen Arbeit im Sozialstaat, Frankfurt 2005
- Renate Walter-Hamann, Suchtberatung ist keine Restkategorie, in neue caritas 18/2007, Deutscher Caritasverband, Freiburg 2007

Weitere Literaturempfehlungen (Auswahl nach Erscheinungsjahr):

- Empfehlungen zur Diagnostik und Psychodiagnostik in der ambulanten Suchthilfe, Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu), Freiburg 2011
- Frühintervention und Fallmanagement bei alkoholbezogenen Störungen - Handlungsbedarf aus Sicht der Suchthilfe, Statement der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu), Freiburg, 2010
- Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2009 – Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik, München 2010
- Finanzierung von Sozialunternehmen – Theorie, Praxis, Anwendung, Robert Bachert, Andrea Schmidt, Lambertus 2010
- Ist die ambulante Fachstelle für Suchtberatung, Behandlung und Prävention die zentrale Schnittstelle im Suchthilfesystem, mit welchen Chancen und welchen Grenzen? Dr. Theo Wessel, Vortrag im Rahmen der Fachkonferenz der DHS, Essen 2010
- Drogen- und Suchtberichte der Bundesregierung, Berlin 2009
- Kommunale Suchthilfenetzwerke. Fachtagung der Landesstelle für Suchtfragen Baden Württemberg, Tagungsdokumentation (www.suchtfragen.de), Stuttgart 2008
- Zum aktuellen Diskurs um Ergebnisse und Wirkungen im Feld der Sozialpädagogik und Sozialarbeit – Literaturvergleich nationaler und internationaler Diskussion, Expertise im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe-AJG (Herausgeber), Hans-Uwe Otto, Bielefeld 2007
- Positionen zur Weiterentwicklung der ambulanten Suchthilfe, Verband ambulanter Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige e.V. (VABS), Freiburg, 2003
- Situationen und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Hamm 2001