

CaSu Fachtag, Niedrigschwellige Hilfen am 25.03.14 in Köln

Arbeitsgruppe 3: Niedrigschwellig Hilfen – nach dem Überleben das chronifizierte Leiden

Moderation: Rainer Lang und Jörg Rosinke

Teilnehmer: 34 Personen (ca. 14 Person aus dem Bereich Wohnungslosenhilfe und ca. 20 Personen aus dem Bereich Suchthilfe)

Teil 1:

Zur Einstimmung ist das Thema konnten sich die Teilnehmer mit folgenden von den Moderatoren vorgegebenen Thesen zur niedrigschwelligen Arbeit auseinandersetzen:

Chronisch suchtkranke Menschen können vielfach nur über (mehrere) nachgehende Hausbesuche erreicht werden. Eine vorhandene Verankerung und Vernetzung im Stadtbezirk kann die Nachhaltigkeit der Hilfe gewährleisten.

Zur Übernahme eigenverantwortlicher Sicherung der Basis (u.a. Wohnraum, Ernährung, Gesundheit, soziale Kontakte) für Teilhabe und Inklusion chronisch suchtkranker Menschen, bekommt der Förderung einer Veränderungsmotivation ein besonders hoher Stellenwert zu.

Psychiatrische Erkrankungen (Depressionen, Traumatisierungen, Angsterkrankungen) treten häufig maskiert auf. Sie werden von der Suchterkrankung überlagert und erschließen sich weder den Klienten/Patienten noch möglichen Behandelnden. Eine psychotherapeutische Behandlung ist jedoch erst nach längerer stabiler Abstinenz möglich. Ein chronifiziertes Leiden ist daher häufig nicht zu vermeiden.

Programme zur Substanzreduktion (KT, KISS, SKOLL) sind bislang nicht selbstverständliche Bestandteile niedrigschwelliger Hilfen. Sie sind effektiv und können einer (weiteren) Chronifizierung entgegenwirken. Insbesondere ermöglichen diese und verwandte Programme die Erfahrung der Selbstwirksamkeit.

Entscheidend für die Möglichkeit gesellschaftlicher Teilhabe chronisch Suchtkranker sind Hilfen und Angebote für Tagesstruktur und Beschäftigung. Sie sind übliche Komponenten abstinenzorientierter Angebote. Sie sind jedoch bislang häufig nicht in einer niedrigschwelligen Angebotsstruktur zu finden.

Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe arbeiten in gleicher Fallverantwortung zusammen. Unabhängig von gesetzlichen Zuständigkeiten werden systemübergreifende Hilfen entwickelt und umgesetzt.

Chronifizierte suchtkranke Menschen haben ein Recht auf Konsum und bedingt dadurch ein Recht zu sterben. Die Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe steht nur hochmotivierten und abstinenzorientierten Menschen zur Verfügung.

Dem chronifizierten suchterkrankten Menschen müssen im Rahmen der Hilfe zum Überleben adäquate ambulante bzw. stationäre Hilfen sowohl von der Suchthilfe als auch von der Wohnungslosenhilfe zur Verfügung gestellt werden

Professionelle Ziele für den Klienten wie Abstinenz, Tagesstruktur, stabilisierendes Umfeld, schützendes Wohnumfeld, Einteilung Finanzen und ausreichend Betreuung sind wichtiger als die subjektiven Bedürfnisse des Klienten nach Autonomie (Geld, Freiheit, Bewegung,

Suchtmittel), praktische Unterstützung im Alltag, geselliger Umgang, Rückzugsmöglichkeiten,

Suchthilfe und Wohnungslosenhilfen unterstützen den Klienten in einem gemeinsamen Netzwerk beim Erreichen der subjektiven Bedürfnisse und Ziele.

Klienten haben ausschließlich einen Versorgungsanspruch im Rahmen des SGB. Mitwirkungspflicht der Klienten ist nicht erforderlich. Die Hilfen haben sich den Bedürfnissen des Klienten anzupassen. Der Klient darf krank oder auffällig bleiben - Veränderung ist keine Pflicht

Im Rahmen der Hilfen des SGB haben die Klienten eine Mitwirkungspflicht. Gesundheit und Veränderungen, wenn auch in kleinen Schritten, sind möglich und vom Hilfesystem gefordert.

Niederschwellige Zugänge und Hilfen für die chronifizierten suchterkrankte Menschen werden in der Sucht- und Wohnungslosenhilfe erhöht und den Bedürfnissen und Zielen der Klienten angepasst.

Der Staat kann sich die Sozialhilfe nicht mehr leisten. Ausschließlich Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Sozialhilfe und eine medizinische Notversorgung werden dem chronifizierten Klienten zur Verfügung gestellt

Verbindliche Netzwerke der medizinischen Versorgung, der Suchthilfe und der Wohnungslosenhilfe arbeiten mit den Klienten an den persönlichen Zielen. Die Gesellschaft lässt „keinen Menschen auf der Straße verwahrlosen bzw. sterben“, gewährt „jedem ein Dach über dem Kopf“ und gibt jedem „das Recht auf eine neue Chance.“

Chronifizierte suchterkrankte Menschen haben ein Recht auf allumfassende Versorgung von der Geburt bis zum Tod

Hilfen aus öffentlicher Hand sind keine Selbstbedienung, Wer Hilfen aus öffentlicher Hand annimmt muss respektvoll damit umgehen

CMA Klienten fühlen sich mit den Anforderungen der Suchthilfe allgemein überfordert und resignieren bzw. verhalten sich ziellos in den bisherigen niedrigschwelligen Hilfen. Auch im Rahmen niedrigschwelliger Hilfen müssen für den Klienten Perspektiven geschaffen werden.

Chronisch suchterkrankte Menschen können sich nur bedingt auf die bestehenden stationären Hilfeangebote einlassen. Eine Betreuungskontinuität ist nicht gewährleistet. Ergänzende niedrigschwellige Hilfeangebote sind dringend erforderlich

Teil 2:

Die Teilnehmer setzen sich über die Rollen „Träumer“ (wo wollen wir hin?), „Kritiker“ (was ist schwierig?) und „Realisierer“ (wo stehen wir?) mit dem Thema der Niedrigschwelligen Hilfen auseinander

Die Teilnehmer gaben folgende Rückmeldungen:

Aus der Rolle des Realisierers:

- Die bestehenden Angebote/Konzepte der niedrigschwellige Hilfen sind als eigenständige, in sich geschlossene Hilfesystemen gut und entsprechen überwiegend den Bedürfnissen der Klienten
- Die wirtschaftlichen und personellen Mittel in der niedrigschwelligen Hilfe sind eher knapp. Wirtschaftliche Not zwingt zu neuen vernetzten Hilfesystemen

- Zusammenarbeit Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe funktioniert in der Praxis nur Einzelfallbezogen und muss verbessert werden

Aus der Rolle des Kritikers:

- Übergänge von den niederschweligen Hilfen in weiterführende Hilfesysteme ist schwierig
- Klienten können sich nur bedingt aus den niederschweligen Hilfen befreien
- Wohnungen für CMA Klienten stehen kaum bis gar nicht zur Verfügung
- Klienten werden immer wieder in das Hilfesystem der niederschweligen Arbeit zurückgedrängt
- Zusammenarbeit Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe findet nur sporadisch statt
- Die Suchthilfe ist teilweise zu „hochschwellig“
- die einzelnen Hilfesysteme egal ob Suchthilfe oder Wohnungslosenhilfe sind zu starr.
- Beheimatung von Klienten außerhalb der niederschweligen Hilfen ist kaum möglich
- „Schubladendenken“ (suchtkrank-wohnungslos-psychisch krank) verhindert wirksame Hilfen
- Fachbereiche sollten sich öffnen
- Es fehlten Nischen für „Systemsprenger“
- Die Suchthilfe ist in der Wohnungslosenhilfe zu wenig präsent.
- Für Konsumenten illegaler Drogen gibt es oftmals unnötige Vorbehalte der Wohnungslosenhilfe
- Es fehlt bezahlbarer Wohnraum
- Kostenträger betreiben eine zunehmende Ambulantisierung
- Die Wohnungslosenhilfe kann den eklatanten Wohnungsmangel nicht beseitigen.
- Beheimatung wäre oftmals nötig, jedoch nicht möglich.
- Viele Klienten verharren oftmals zu lange im Hilfesystem

Aus der Rolle des Träumers:

- CMA Klienten, die im Rahmen der niedrigschwellige Hilfen überleben, brauchen mehr Lebens- bzw. Entwicklungsperspektiven
- Niedrigschwellige Hilfen ist mehr als nur Überlebenshilfe und muss daher von der Politik gesehen und anerkannt werden.
- Wohnraum und Arbeitsnischen (Tagesstruktur) für CMA Klienten als Ausstieg aus der Überlebenshilfe sind dingend zu erweitern
- Schnelle Wohnhilfe ist wünschenswert und notwendig
- Die Zusammenarbeit Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe muss intensiviert werden, die Fallverantwortung sollte gemeinschaftlich von der Sucht- und Wohnungslosenhilfe übernommen werden.
- Kooperation statt Abgrenzung zwischen den verschiedenen Hilfesystemen
- Mehr Zeit, mehr personelle Ressourcen für CMA Klienten, um die wirklichen Bedürfnisse der Klienten zu erkennen und um diese bei der Umsetzung begleiten und unterstützen zu können
- Schaffung von Spielräumen in den Finanzierungsmodellen der verschiedenen Hilfesysteme (§ 53 SGB 12; § 67 SGB XII)
- Neben dem Überleben muss die Menschenwürde, die Beheimatung und die Teilhabe an der Gesellschaft des CMA Klienten als Zielsetzung im Vordergrund stehen
- Eine individuell angepasste Mitwirkungspflicht des Menschen zur Entwicklung von Lebensperspektiven ist notwendig.
- Es bräuchte Wahlmöglichkeiten am jeweiligen Bedürfnis orientiert, nicht: geht nur wenn Abstinenz vorausgesetzt wird.
- eine höhere „Durchlässigkeit“ der Systeme wäre wichtig.
- Fachleute aus allen Disziplinen in den Einrichtungen sind wichtig - mehr interdisziplinäre Teams.