

Teilhabe durch Eingliederung – auch für Drogenabhängige?!

Eine Kooperationsveranstaltung von

- Der PARITÄTISCHE NRW
- Diözesan-Caritasverband
für das Erzbistum Köln
- Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe
- Fachverband Qualifizierte stationäre
Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.
- LVR-Koordinationsstelle Sucht

Dokumentation der Fachtagung
am 30. November 2016
in Köln-Deutz



Teilhabe durch Eingliederung - auch für Drogenabhängige?!

Dokumentation der Fachtagung
am 30. November 2016
in Köln-Deutz

Impressum

Herausgeber: Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement
Koordinationsstelle Sucht
50663 Köln
www.lvr.de

Redaktion und Layout: Guido Gierling, Gerda Schmieder

Druck: LVR-Druckerei, Ottoplatz 2, 50679 Köln, Tel 0221 809-2418

Köln, im Juni 2017

1. Auflage: 1-500

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier aus 100 % Altpapier

Inhalt

Begrüßung	5
<i>Friedhelm Kitzig</i>	
Erfahrungen und Fragen aus der klinischen Praxis	9
<i>Dr. med. Thomas Kublmann</i>	
Suchterkrankung und Eingliederungshilfe	19
<i>Dr. Monika Wielant</i>	
Aktuelle Herausforderungen, Perspektiven und Probleme der Drogenhilfe	23
<i>Gaby Kirschbaum</i>	
Arbeitsgruppe 1	35
Niedrigschwellige Hilfen und Qualifizierte Akutbehandlung	
<i>Christian Köbler und Prof. Dr. Petra Franke</i>	
Arbeitsgruppe 2	37
Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Qualifizierte Akutbehandlung	
<i>Gerd Engler und Renate Steinert</i>	
Arbeitsgruppe 3	39
Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung	
<i>Dr. Andreas Rhode und Dr. Antje Niedersteberg</i>	
Fazit	47
<i>Dr. med. Thomas Kublmann</i>	
Referentinnen und Referenten	48

Begrüßung

Friedhelm Kitzig

Guten Morgen meine Damen und Herren,

der Schreck war heute Morgen doch groß, als ich feststellen musste, dass schon wieder zwei Jahre wie im Fluge seit unserer letzten Tagung in dieser Veranstaltungsreihe vergangen sind!

Viele von Ihnen werden es wissen, dass sich die Kooperationsveranstaltung des Fachverbandes Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V., der Freien Wohlfahrtspflege und der LVR-Koordinationsstelle Sucht stets aktuellen Fragen und Anforderungen aus Ihrer alltäglichen Arbeit widmet. Und dies seit dem Jahr 2000 alle 2 Jahre, so dass ich Sie nunmehr herzlich willkommen heiße zur 8. Fachtagung im Namen der Veranstalterinnen und Veranstalter! Diese sind

- Frau Sylvia Rietenberg vom PARITÄTISCHEN NRW
- Herr Georg Seegers für den Diözesan-Caritasverband Köln
- Herr Ralph Seiler von der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe
- Herr Dr. Thomas Kuhlmann vom Fachverband Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.
- Frau Gerda Schmieder von der LVR-Koordinationsstelle Sucht

Einen wesentlich größeren Schrecken als die so schnell verflogene Zeit haben mir die von verschiedenen Stellen veröffentlichten aktuellen Daten, Zahlen und Fakten der Situation zum Konsum legaler und illegaler Rauschmittel beschert.

Hier möchte ich nur zwei Aspekte herausgreifen:

- Die Anzahl der erstauffälligen Konsumierenden harter Drogen stieg bundesweit um 4 % zum Vorjahr an.
- Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle stieg im zweiten Jahr in Folge und löst den vorherigen Trend rückläufiger drogenbedingter Todesfälle ab.

Trotz aller Bemühungen in der Prävention, in der Beratung, Behandlung und Begleitung suchtkranker Menschen ist der Anstieg erstauffälliger Konsumenten und Konsumentinnen und schlimmer noch die steigende Zahl Drogentoter nicht zu verhindern.

Zwischen Erstkonsument/-konsumentin und Drogentoten liegen gelebte Menschenleben. Wurden diese Menschen nicht rechtzeitig, nicht ausreichend, nicht angemessen angesprochen und erreicht? Oder muss akzeptiert werden, dass es ein Recht auf Rausch, auf ein Leben nach eigener Fassung gibt – auch wenn dies selbstzerstörend bis zum bitteren Ende ist? Oder muss kapituliert werden vor dem persönlichen Schicksal der einzelnen Person, der Geschichte, die der Sucht zu Grunde liegt und nicht überwunden werden kann?

Sucht als eine behandlungsbedürftige, psychosoziale und psychiatrisch relevante chronische Krankheit und Behinderung hat soziale, körperliche und seelische Beeinträchtigungen zur Folge. In welchem Maße die Menschen aufgrund ihrer Suchterkrankung daran gehindert sind, für sich selbst zu sorgen und am Leben der Gesellschaft teilzuhaben, das wissen Sie aus Ihrer täglichen Arbeit viel besser als ich.

Die Rahmenbedingungen Ihrer und unseres Arbeitsalltags werden heute u.a. bestimmt von

- dem Neunten Sozialgesetzbuch von 2001 (Rehabilitation und Teilhabe)
- der WHO-Klassifikation ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001)
- der UN-BRK von 2006 der Vereinten Nationen, die durch ihre Ratifizierung 2009 in der BRD den Rahmen für die Sozialgesetze in Deutschland vorgibt
- und künftig auch durch das Bundesteilhabegesetz, dessen Entwurf derzeit landauf und landab in einem umfänglichen Beteiligungsverfahren diskutiert wird.

Nach vielfältigen Vorarbeiten legte die Bundesregierung Ende Juni diesen Jahres einen Gesetzentwurf des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) vor, das stufenweise ab 2017 in Kraft treten soll. Heute findet die abschließende Beratung durch den Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages statt. Dort werden die Änderungsanträge beraten und abgestimmt, die dann auch im Plenum des Deutschen Bundestages voraussichtlich am 2. Dezember zur Abstimmung stehen. Voraussichtlich also am 2. Dezember wird der Deutsche Bundestag in 2. und 3. Lesung das Bundesteilhabegesetz debattieren und beschließen.

Ziel dieses Gesetzes ist es, die gleichberechtigte selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen im Hinblick auf die UN-Behinderten-Rechtskonvention (BRK) fortzuentwickeln und somit die Lebenssituation der Menschen mit Behinderungen zu verbessern. Dazu gehört es, die Regelsysteme inklusiv auszurichten, den jeweiligen Bedarf stringent und - wenn erforderlich trägerübergreifend - zu ermitteln und die geplanten Hilfen und Leistungen nahtlos und zugänglich zu erbringen.

Gleichzeitig zielt das BTHG darauf, die Ausgabendynamik der Eingliederungshilfe zu dämpfen. Die bisherige Aufgabe der Eingliederungshilfe,

drohende Behinderung zu verhüten oder Behinderung zu mildern oder deren Folgen zu beseitigen, soll künftig im Rahmen von medizinischer Rehabilitation geschehen.

Mit dem Titel „Aus der Traum – zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in NRW“ hat gerade vor zwei Wochen die Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland und die Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie die Frage eingehend mit Vertreterinnen und Vertreter von Politik und Verwaltung diskutiert, ob das BTHG ein „modernes Teilhaberecht“ oder eine „sozialpolitische Rolle rückwärts“ darstellt.

Die richtige Antwort werden wir erst in einigen Jahren erhalten, wenn die Anwendung des neuen Gesetzes zur Routine geworden ist.

Meine Damen und Herren,

vor zwei Jahren bereits haben wir uns anlässlich unserer Tagung die Frage gestellt, wie sieht es denn aus mit dem Rechtsanspruch auf Teilhabe für Drogenabhängige? Die damals begonnene Diskussion möchten wir vor dem Hintergrund des Bundesteilhabegesetzes heute mit Ihnen fortsetzen. Wie üblich haben wir uns die Unterstützung von Expertinnen und Experten geholt:

Ich begrüße besonders herzlich Frau Gaby Kirschbaum, die sich freundlicher- und dankenswerterweise bereit erklärt hat, den plötzlich erkrankten Herrn Dr. Ingo Ilja Michels zu vertreten. Frau Kirschbaum ist Leiterin des Referates Sucht und Drogen im Bundesministerium für Gesundheit und wird uns teilhaben lassen an der Sicht des BMG auf aktuelle Herausforderungen, Perspektiven und Probleme der Drogenhilfe. Herzlichen Dank und herzlich Willkommen!

Der Landschaftsverband Rheinland ist als überörtlicher Träger der Sozialhilfe auch zuständig für die noch zu gewährende Eingliederungshilfe. In dieser Rolle muss der Landschaftsverband Rheinland sich in besonderer Weise den Herausforderungen, die das BTHG mit sich bringt, stellen.

Frau Dr. Monika Wielant wird uns einen Ein- und Überblick geben in die Verfahrensweisen, Abläufe und Anforderungen, die zu bewältigen sind bei der Behandlung, Betreuung und Begleitung suchtkranker Menschen auf dem Weg zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft/zur gleichberechtigten Teilhabe. Frau Dr. Wielant ist Fachärztin für Psychiatrie und Kollegin im LVR-Dezernat Soziales und dort im Medizinisch-psychosozialen Fachdienst tätig.

Ich grüße Sie herzlich und danke Ihnen für Ihre Bereitschaft, zur besseren Verständigung zwischen Kostenträger und Praxis beizutragen.

Wie es die Tradition dieser Kooperationsveranstaltung fordert, wird Herr Dr. Thomas Kuhlmann, Chefarzt der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach, heute Morgen mit seinen langjährigen Erfahrungen in das Thema einführen und die Probleme verdeutlichen, die drogenabhängige Frauen und Männer auf dem Weg zu einer gleichberechtigten Teilhabe bewältigen müssen.

Natürlich sind Sie nicht nur zum Zuhören verdammt, sondern Sie sollen auch mitreden können – zunächst heute Vormittag jeweils zu den Vorträgen. Heute Nachmittag dann bieten Ihnen drei Arbeitsgruppen die Möglichkeit zu intensivem Austausch und vertiefter Diskussion.

Begleitet werden Sie dabei von

- Frau Prof. Dr. Petra Franke
- Frau Renate Steinert
- Frau Dr. Antje Niedersteberg
- Herrn Gerd Engler
- Herrn Christian Köhler
- Herrn Dr. Andreas Rhode

Auch Ihnen allen ein herzliches Willkommen!

Meine Damen und Herren,

sieht man sich einschlägige suchtspezifische Veröffentlichungen an, ist von schlechten Nachrichten die Rede, von erschreckenden Fakten wie der eingangs nur als kleiner Ausschnitt erwähnte Anstieg der Erstkonsumierenden und der Drogentoten, und man liest die Feststellung:

Es gibt noch viel zu tun! Lassen wir es sein! So die übliche scherzhafte Erwiderung auf diese Feststellung.

Nur ein Scherz, denn unser aller professionelles Handeln muss mehr denn je darauf ausgerichtet sein, suchtgefährdeten und suchtkranken Menschen Zugang zu den notwendigen Hilfen und damit eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe zu ermöglichen.

Auf dem Weg zu einer realen Chance auf umfassende Teilhabe dürfen wir alle den Blick auf die suchtgefährdeten und suchtkranken Menschen nicht verlieren.

Ich danke Ihnen fürs Zuhören und wünsche Ihnen, dass die Veranstaltung heute dazu beitragen kann, Ihnen Motivation und Mehrwert für Ihre nicht einfacher werdenden Aufgaben zu beschaffen.

Erfahrungen und Fragen aus der klinischen Praxis

Dr. med. Thomas Kuhlmann

Bevor ich meinen Beitrag aus der klinischen Praxis vortrage, möchte ich noch zwei Vorbemerkungen machen, die mir persönlich außerordentlich wichtig sind.

Die erste Vorbemerkung gilt Herrn Hüsgen. Herr Hans-Adolf Hüsgen, Landesdrogenbeauftragter in NRW von 1979 bis 1999 und nach meiner Kenntnis der erste Landesdrogenbeauftragte in der ehemaligen BRD überhaupt, ist am 18.07.2016 verstorben. Sein großes, unermüdliches fachliches und persönliches Engagement für die Belange Drogenabhängiger, aber auch suchtkranker Menschen insgesamt ist kaum hoch genug einzuschätzen. Soweit entscheidende Entwicklungen in der Drogenpolitik mit Namen verbunden werden können, ist Herr Hüsgen bezüglich der Kehrtwende der Drogenpolitik in NRW aber auch bundesweit an vorderster Stelle zu nennen:

- Von der stationären Abstinenzfixierung als Voraussetzung jeglicher weiterführender Hilfen zur Einbeziehung auch Drogenabhängiger in die sozialpsychiatrischen Reformprozesse mit Verbesserung direkt überlebendensichernder und ausstiegsorientierter Hilfen (1),
- die zunächst modellhafte Erprobung und schließlich landesweit flächendeckende Implementierung des Konzepts der qualifizierten Akut- bzw. Entzugsbehandlung Drogenabhängiger in der suchtpsychiatrischen Basisversorgung als Schnittstelle, offen für alle unterschiedlichen Zielgruppen Drogenabhängiger ohne Vorselektion und intensiv vernetzt mit allen Hilfsangeboten von überlebendensichernden Hilfsangeboten über Beratungsstellen bis hin zu ausstiegsorientierten medizinischen Rehabilitation (2 – 4),

- das Polamidonerprobungsprojekt (1986 – 1993), Anstöße hin zur Implementierung des Diamorphinmodellprojekts auf Bundes- und Landesebene unter aktiver Einbeziehung von NRW und von Drogenkonsumräumen (5),
- die Öffnung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation für Drogenabhängige auch unter Substitution, ein Ziel, das er bis weit nach seiner Pensionierung aktiv und mit Erfolg unterstützt hat (6),
- die Einbeziehung des Aspektes „nicht anwesender Eltern, vor allem nicht anwesender Väter“ in alle therapeutischen Prozesse,

um nur einige, bei weitem nicht alle wesentlichen Aspekte zu benennen. Diese nicht vollständige Auflistung weist auf die immense Bedeutung des Engagement von Herrn Hüsgen für das heute erreichte differenzierte Hilfsangebot für Drogenabhängige, aber auch alle anderen Suchtkranken hin. Das im Jahr 2002 von Anfang an als Kooperationstagung konzipierte Projekt der Fachtagung, die heute zum 8. Mal stattfindet, ist ohne die Tätigkeit, das Engagement und die wegweisenden Projekte, die Herr Hüsgen leidenschaftlich unterstützt hat, nicht vorstellbar. Wir alle haben ihm sehr viel zu verdanken und stehen in der Verpflichtung, auch in seinem Sinne gemeinsam weiterzuarbeiten. Engagiert, konstruktiv, gemeinsam und dauerhaft.

Die zweite Vorbemerkung gilt dem Bundesgesundheitsministerium, insbesondere Herrn Dr. Michels und Frau Gaby Kirschbaum. Herr Dr. Michels ist Mitarbeiter des Arbeitsstabs der Landesdrogenbeauftragten, seit dieses mit dem Wechsel der Bundesregierung 1998 vom Bundesinnen- ins Bundesgesundheitsministerium gewechselt und seitdem dort zu Recht geblieben ist.

Seit einigen Jahren ist er Leiter dieses Arbeitsstabes. Er hat der Bitte, auf unserer Fachtagung das zentrale Referat zu halten, sofort entsprochen und als Aufgabe verstanden, einen Rückblick über die Entwicklung der Drogenpolitik der letzten 20 Jahre bis hin zum Bundesteilhabegesetz und den aktuellen Herausforderungen zu geben. Nachdem wir noch zu Anfang des Monats in intensivem Mailaustausch waren, erreichte uns vor drei Wochen ein Anruf seiner Frau, dass er akut schwer erkrankt sei und sich in Krankenhausbehandlung habe begeben müssen. Erfreulicherweise geht es ihm inzwischen deutlich besser, er hat noch aus dem Krankenhaus heraus den Mailkontakt wieder aufgenommen: Ein Ausdruck seines unermüdlichen Engagements.

Meine Bitte an seine Kolleginnen und Kollegen im Arbeitsstab der Bundesdrogenbeauftragten und des Bundesgesundheitsministeriums an seiner Stelle das Referat zu halten, ist sofort aktiv und konstruktiv aufgegriffen worden und ich bin sehr erfreut und dankbar, dass Frau Gaby Kirchbaum, Leiterin des Referats Sucht und Drogen am BMG, sich bereit erklärt hat anstelle von Herrn Dr. Ingo Michels das heutige zentrale Referat zu halten. Und das, obwohl sie bereits heute Nachmittag in Bonn eine weitere Arbeitssitzung hat. Das verstehe ich auch als Ausdruck der Anerkennung unserer Fachtagungsreihe und unseres gemeinsamen Engagements, zentrale Themen gemeinsam aufzugreifen und uns ihnen zu stellen. Herzlichen Dank!

Nun zum Vortrag selbst :

1. Teilhabe: Bedeutung im SGB
2. QA Drogen: Konzept, Aufgabe, Funktion im Hilfesystem
3. Schnittstellen im Versorgungsalltag
4. Aktuelle Probleme
5. Fazit

Zu Punkt 1. Teilhabe Bedeutung SGB

Teilhabe oder Partizipation ist das Kernwort. Es ist der zentrale Begriff des ICF-Modells der Weltgesundheitsorganisation und faktisch das Modell, welches das bio-psycho-soziale Konzept

von Sucht und psychischen Erkrankungen abbilden soll. Es ist seit Jahren fest und offiziell im Sozialgesetzbuch verankert und insofern auch Basis unserer Arbeit und der aller Kosten- und Leistungsträger. So müssen beispielsweise die Entlassungsberichte aus der medizinischen Rehabilitation sich an Kernkriterien des ICF-Modells orientieren und daran messen lassen, inwiefern in der Langzeittherapie diese Kriterien angemessen, ausreichend und umfassend berücksichtigt worden sind (7).

Das besondere an diesem Modell ist die Grundorientierung: Es bezieht sich auf eine in allen Lebensbereichen voll integrierte gesunde Person, ist also nicht defizitorientiert! Der Auftrag gemäß Sozialgesetzbuch bedeutet demzufolge, jedem Menschen umfassende Teilhabe zu ermöglichen und im Falle bestehender Behinderung und Defizite die erforderlichen Hilfen herauszufinden und bereit zu stellen, die jedem eine umfassende Teilhabe ermöglichen analog einer voll integrierten Person ohne Behinderung und Defizite.

Das bedeutet: Es gilt auch für die qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger, die Drogenberatung, die Langzeittherapie, die Gesundheitsämter, Justiz und Behörden. Und es ist der zentrale Fokus des neuen Bundesteilhabegesetzes. In Gesetzen müssen Rahmenbedingungen, Eingangs- und ggf. Ausschlusskriterien definiert werden.

Im BtHG findet sich der Begriff der Erheblichkeitsschwelle. Frage: Wer definiert die Kriterien für diese Erheblichkeitsschwelle als Voraussetzung für bestimmte Hilfen?

■ SGB-Auftrag

Umfassende Teilhabe **jedem Menschen** zu ermöglichen

⇒ Bei Behinderungen und Defiziten: Erforderliche Hilfen bereitstellen

Teilhabe zu realisieren erfordert Hemmnisse zu erkennen, Hilfen konkret anzubieten und Mitwirkung des Betroffenen zu berücksichtigen, zu ermöglichen und zu fördern.

- **Teilhabe fördern: Aufgabe jedes (Psycho-sozialen, medizinischen ...) Hilfsangebotes**
- ⇒ **der QA Drogenabhängiger** (und der Drogenberatung, med. Reha, Gesundheitsämter, Justiz, Behörden)
- **Problem: Erheblichkeitsschwelle (BThG)**
- ⇒ Wer definiert die Kriterien?

Es ist deshalb eine gemeinsame Aufgabe für uns alle, für die Mitarbeitenden, für die Patientinnen und Patienten, für Leistungsträger und Politik um jeglicher Ausgrenzung, also der konkreten Teilhabebeschränkung vorzubeugen.

Wenn wir heute über Chancen aber auch über konkrete Probleme und Schwierigkeiten sprechen, ist eins stets zu berücksichtigen: Das Bundesteilhabegesetz ist ein positiver Meilenstein wie z. B. das Sozialgesetzbuch IX insgesamt. Die Herausforderung ist ähnlich wie damals bei der Einführung des SGB IX und seitdem. Wie wird es in der Praxis umgesetzt, wer wird einbezogen und wer wird faktisch nicht berücksichtigt?

Die von der Bundesdrogenbeauftragten eingerichtete Arbeitsgruppe, die notwendige Kriterien zur Sicherstellung der Einbeziehung auch Suchtkranker in das Bundesteilhabegesetz definieren sollte, ist Ausdruck des Bestrebens Suchtkranke eben nicht auszuschließen, sondern einzubeziehen.

Zu Punkt 2. Qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger: Konzept, Aufgabe, Funktion im Hilfesystem

Das Grundkonzept ist klar definiert und umfasst drei untrennbar verbundene Punkte:

- Die qualifizierte und optional bei Drogenabhängigen sehr häufig medikamentös gestützte Entzugsbehandlung,
- die Motivationsförderung und
- die Erarbeitung einer realisierbaren adäquaten wenn irgend möglich nahtlosen Anschlussperspektive für die Zeit ab der Entlassung aus dieser Behandlung.

Wenn einer dieser Punkte nicht erfüllt ist, ist es keine qualifizierte Akut- oder Entzugsbehandlung. Zielgruppen sind alle behandlungsbedürftigen Drogenabhängigen, also verschiedene und nicht nur sondern auch die so genannten Rehafähigen. Also polytoxikomane, substituierte, psychiatrisch und/oder somatisch comorbide, abstinentorientierte und rehafähige etc. Patientinnen und Patienten. Die Behandlungsziele umfassen an oberster Stelle die Überlebenssicherung, dann die Förderung einer schrittweisen Änderung des aktuell auto- und/oder fremdaggressiven Lebensstils, die Unterstützung zur Erarbeitung einer positiven, mit mehr Lebensfreude verbundenen konkreten Perspektive und umfassen damit wenn irgend möglich nahtlose unterschiedliche und gleichrangige Hilfsangebote, z. B. Vermittlung [2, 3]:

- an eine Drogenberatungsstelle oder Ambulanz,
- in das Aufsuchende betreute Wohnen,
- in Arbeit sei es am ersten oder so genannten zweiten Arbeitsmarkt,
- in medizinische Rehabilitation,
- in eine Selbsthilfegruppe etc.

All diese Hilfsangebote verbinden eins, nämlich dass sie die Teilhabe konkret fördern. Und wie dies bei den einzelnen Betroffenen möglich ist, welche Hilfe sie benötigen und auch in der Lage sind anzunehmen, das herauszufinden ist Aufgabe der Behandlung selbst, dementsprechend muss dieses Behandlungsangebot niederschwellig sein ohne Vorselektion.

Zielgruppen

- **Alle behandlungsbedürftigen Drogenabhängigen**

= **verschiedene Zielgruppen**

(polytoxikoman, substituiert, comorbid, abstinenzorientiert ...)

Die Voraussetzung ist ein multiprofessionelles Team – wie soll sonst die komplexe Dynamik der Abhängigkeitserkrankung erfasst werden? – es muss kompetent, qualifiziert, kreativ und empathiefähig sein. Notwendig ist auch ein strukturiertes, verlässliches, multiprofessionelles und bedarfsorientiertes Tages- und Wochenprogramm. Möglichkeiten zum Rückzug sind selbstverständlich wichtig, reines Abhängen wegen fehlender Tagesstruktur nicht akzeptabel.

Das erfordert Rahmenbedingungen, insbesondere die Zusammensetzung des Mitarbeitendenteams, Räumlichkeiten, Behandlungszeit – denn Zeit selbst ist ein therapeutisch enorm wirksamer Faktor – und Unterstützung durch den Träger. All diese Aspekte sind unverzichtbar, weil sehr förderlich für einen konstruktiven Behandlungsprozess, insbesondere, um etwaigen Eskalationen vorbeugen zu können; denn die Betroffenen kommen mit vielen Hoffnungen und Ängsten. Häufig bringen sie über ein Dutzend ungeöffneter Briefe mit von Justiz, Gerichtsvollzieher u. ä.

Diese zu öffnen, zu erfassen, zu vermitteln und zu verarbeiten ist auch Aufgabe der qualifizierten Akutbehandlung und eine Herausforderung für viele Patientinnen und Patienten, die mit enormen Gefühlsschwankungen verbunden ist. Diese aufzufangen erfordert Ressourcen. Und die sind

nicht unabhängig von den Rahmenbedingungen. Insofern sind die Herausforderungen im klinischen Arbeitsalltag täglich konkret und immer auf Einbeziehung, also Mitwirkung der Patientinnen und Patienten orientiert. Hier greift wieder ein zentraler Begriff des neuen BtHG, nämlich die Mitwirkungspflicht. Im klinischen Alltag stellt sich vorrangig die Frage nach der Mitwirkungsfähigkeit, die es häufig erst zu entwickeln gilt.

■ Rahmenbedingungen

- (Teamzusammensetzung, Räumlichkeiten, Behandlungszeit, Träger) förderlich für konstruktiven Behandlungsprozess inkl. Reduzierung etwaiger Eskalationen

■ Patientinnen und Patienten

- Psychisch, somatisch und sozial ausreichend stabil von Behandlung zu profitieren (Reduzierung von Intoxikation, Entzugssymptomatik, psychotischer Symptome, Klärung drängender juristischer Fragen etc.)

■ Herausforderung im klinischen Alltag

- Täglich, konkret
- Mitwirkungsfähigkeit und -pflicht (BtHG)

Zu Punkt 3. Schnittstellen im Versorgungsalltag

Klinik-, insbesondere stationsintern beginnen die Schnittstellen bzw. das Schnittstellenmanagement schon vor erst recht mit der Patientenaufnahme: ärztlich, pflegerisch, sozialarbeiterisch und im Weiteren auch die anderen Berufsgruppen betreffend. Es betrifft das Behandlungsprogramm und die –organisation, die aufeinander abgestimmt werden müssen, einen Erfahrungsaustausch unter den Mitarbeitenden erfordert im Weiteren Urlaubs- und Krankheitsvertretung, Visiten, Fallbesprechungen, Supervision und ist untrennbar mit aktivem Informationsaustausch verbunden. Wenn der nicht praktiziert wird, lei-

det die Arbeit und damit die Behandlungsqualität der Patientinnen und Patienten unmittelbar.

Zu 3. Schnittstellen im Versorgungsalltag

- Stationsintern
 - Patientenaufnahme (ärztlich, pflegerisch, sozialarbeiterisch),
 - Behandlungsprogramm und -organisation,
 - Urlaubs-/Krankheitsvertretung, Visite/Fallbesprechung/Supervision
- ⇒ **Stets mit Informationsaustausch**

Eine nicht gerade einfache Herausforderung im Arbeitsalltag insbesondere in Zeiten wachsender Ökonomisierung, die sich unmittelbar auswirkt auf die Personalkosten, Wiederbesetzung offener Stellen und die Spielräume im klinischen Alltag.

Was die externen Schnittstellen betreffen, die qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger und externe Partnerinnen und Partner, insbesondere die Drogenberatungsstellen, Gesundheits-, Jugend- und Wohnungsämtern sowie die Jobcenter, die Justiz, die niedergelassenen Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, Allgemeinkrankenhäuser und andere psychiatrische Kliniken, auch allgemein- und gerontopsychiatrische Abteilungen und Rehakliniken, die Substitutionsambulanzen, der Medizinische Mobile Dienst, eine unverzichtbare Institution zur Überlebenssicherung und zumindest perspektivischen Einbeziehung längst ausgegrenzter i. d. R. obdachloser multimorbider Menschen, das Ausländeramt, eine in diesen Zeiten immens wichtige Institution u. a.

■ Extern (QA Drogen und externe Partner)

- Drobs, Gesundheits-/Jugend-/Wohnungsamt,
- Justiz,
- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Allgemeinkrankenhäuser, Allgemeinpsychiatrische Stationen, Krankenhäuser, Rehakliniken,
- Substitutionsambulanzen, medizinischer mobiler Dienst
- Ausländeramt
- etc.

Der Kontakt mit all diesen Institutionen und dortigen Personen ist möglich und kann sehr gut funktionieren, wenn es gelingt einen persönlichen Arbeitskontakt herzustellen und wechselseitig die Bereitschaft und Fähigkeit zu enger verlässlicher und wechselseitig respektvoller Kommunikation und Kooperation angestrebt wird. Eine besondere Herausforderung sind die niederschweligen Hilfsangebote. Diese erreichen Betroffene gut und häufig auch früh, gerade deshalb ist die Kooperation, vor allem die niederschwellige Kooperation mit ihnen von hoher Relevanz. Problematisch ist die Erarbeitung einer Anschlussperspektive. Die komplexen Problemlagen dieser Menschen im Rahmen der qualifizierten Akutbehandlung soweit zu bearbeiten, dass eine realisierbare sinnvolle und notwendige Anschlussperspektive möglich wird, sind immens (4).

Dazu einige Beispiele aus der klinischen Praxis:

- 34-jähriger Patient, polytoxikoman, derzeit ohne festen Wohnsitz und ohne stabile Tagesstruktur.
- Bisherige suchttherapeutische Erfahrungen: Zwei Langzeittherapien (med. Reha Sucht) zuletzt vor 3 Jahren.

- Mehrere auch aktuelle Anzeigen wegen Diebstahl, vermutlich im Rahmen von Beschaffungskriminalität bei instabilem Kontakt zum Hilfesystem.
- HCV-positiv, bereits einmal erfolgreich notärztlich reanimiert worden bei Zustand nach Überdosierung.

Das Behandlungsziel ist zunächst die psychische und somatische Stabilisierung, die soweit mögliche Abklärung der Wohnsituation möglichst mit psychosozialer Betreuung und die Einbeziehung in die suchtmmedizinische Behandlung. Welche? Substitution? Sind noch irgendwo Plätze für Substituierte verfügbar? Wie ist die mögliche und erfolgreiche aber teure HCV-Therapie realisierbar? Außerdem ist die Abklärung einer ausstiegsorientierten Perspektive, also einer möglichen erneuten nahtlosen medizinischen Rehabilitation, erforderlich, zumal sie in NRW über das Konzept „Soforthilfe für Drogenabhängige“ nahtlos realisierbar ist im Unterschied zu den meisten anderen Bundesländern.

Nun zu den Hürden:

Fehlende Tagesstruktur, begrenzte und zwar in zunehmenden Ausmaß begrenzte Wohnangebote mit in der Regel langer Warteliste. Bei dem sich daraus ergebenden instabilen Rahmen sind bereits die Substitutionsbehandlung und insbesondere die Durchführung einer HCV-Therapie problematisch bis fraglich sinnvoll. Die Leistungszusage bei Antrag auf medizinische Rehabilitation ist möglich, aber nicht gesichert und erfordert Unterstützung – konkret.

Beispiel Nr. 2:

- 41-jährige Patientin, zurzeit in Substitution bei zusätzlichem Alkohol- und Amphetaminkonsum.
- Wohnt mit ihrem Partner zusammen, der wiederum selbst in Substitution mit phasenweise Beikonsum ist, hat keine stabile Tagesstruktur und Kontakt zu einem von zwei Kindern.

- Strebt aktuell nach stabilerem Kontakt zu ihrem Enkel, dieser wird ihr bisher verwehrt durch ihre Tochter wegen ihres Konsummusters.
- Hat keine abgeschlossene Berufsausbildung, ist seit Jahren nicht mehr berufstätig.
- Hat vor sechs Jahren eine Langzeittherapie vorzeitig abgebrochen.
- Aktuell ist keine Haftstrafe offen.
- Sie ist HCV-positiv, adipös bei depressiver Grundstimmung.

Das Behandlungsziel ist die psychische und somatische Stabilisierung, die Reduktion des Beikonsums, die Klärung einer Tagesstruktur – an dieser Stelle erörtern wir stets mit den Patientinnen und Patienten die Option ehrenamtlicher Tätigkeit, die einerseits nicht bezahlt wird, andererseits mit enorm viel grundsätzlicher Anerkennung für dieses Engagement verbunden ist und Kontakt zu Menschen aus allen Bevölkerungsschichten vermittelt –, die Wiederaufnahme des Kontaktes und ein Gespräch mit der Tochter, eine ambulante suchtpsychiatrische Behandlung und ggf. auch ausstiegsorientierte Hilfe, nämlich die medizinische Rehabilitation.

Zu den Hürden:

Fehlende Tagesstruktur, instabile Wohnsituation vor allem im Zusammenhang mit dem Zusammenleben mit einem drogenabhängigen Partner, der selbst weitere Suchtstoffe konsumiert. Ambulante Klärung wegen einer möglichen medizinischen Reha ist faktisch nicht möglich aufgrund der Stellenkürzung bei der Drogenberatung und dem hohen Bedarf an aufsuchender alltagsbegleitender Unterstützung, die aber kaum bis gar nicht realisierbar ist.

Beispiel Nr. 3:

- 29-jähriger Patient, konsumiert Heroin und Amphetamine.
- Ist seit fünf Jahren in Deutschland aus Afghanistan stammend.
- Ehefrau wurde in Afghanistan vergewaltigt, von wem ist unklar: Von Taliban oder Regierungssoldaten oder Nato-Soldaten? Ihr aktueller Aufenthalt und die Frage ob sie überhaupt noch lebt sind unklar. Aktuell auch kein Kontakt zu seinen beiden Kindern, die möglicherweise sich noch in Afghanistan aufhalten.
- Hier in Deutschland zurzeit in einem Flüchtlingsheim ohne Tagesstruktur; denn da sein Asylantrag noch unbearbeitet ist, darf er keiner bezahlten Arbeit nachgehen.
- Muttersprache ist Farsi, übrigens auch der Hauptdialekt im Iran, außerdem Englisch, allerdings nur rudimentär.

Das Behandlungsziel ist die psychische und somatische Stabilisierung, Unterstützung bei Klärung der drängendsten Probleme und das umfasst den Zugang zu erforderlichen Hilfen und Informationen.

Nun zu den Hürden:

Bei gegenwärtiger Rechtslage ist nur und ausschließlich eine Notfallbehandlung sofort möglich, das bedeutet, dass alle weiteren erforderlichen Hilfen erst beantragt und nach Bewilligung dieses Antrags realisiert werden: Sei es ambulante oder stationäre Behandlung, abstinenzgestützt, erst recht bezüglich der Substitutionsbehandlung. Medizinische Rehabilitation liegt in noch weiterer Ferne. Es fehlt eine Tagesstruktur und eine verbale Verständigung ist aufgrund der ausgeprägten sprachlichen Probleme sehr schwierig, erfordert Dolmetscherinnen/Dolmetscher oder entsprechend sprachkundige Mitarbeitende, liegt also in der Alltagsbetreuung in weiter Ferne (8, 10).

Die organisierte Kriminalität, sprich die Drogenmafia, ist längst in den Flüchtlingsunterkünften aktiv, die Hilfsangebote stehen außen vor, allerdings – und das an dieser Stelle zu unterstreichen ist mir außerordentlich wichtig: mit großem Engagement von allen beteiligten Stellen einschließlich der Behörden, die Hürden zu überwinden!

Zu Punkt 4. Aktuelle Probleme

Diese hängen alle mit der grundsätzlichen Herausforderung zusammen eine positive Perspektive konkret Schritt für Schritt mit den betroffenen Patientinnen und Patienten zu erarbeiten. Nicht für sie, nicht ohne sie, sondern mit ihnen, soweit es irgendwie möglich ist. Das ist elementar, um Wege aus der Krise zu finden und auch zu gehen – und erfordert bestimmte Rahmenbedingungen. Wohnen und Arbeiten, also das so genannte Dach über dem Kopf und eine sinnvolle Tagesstruktur sind unverzichtbar, um Menschen zu helfen Krisen zu überwinden und Selbstwertgefühl wiederzuerlangen. Es gibt wenig, viel zu wenig Beschäftigungsprojekte. Eine meines Erachtens sinnvolle Perspektive ist die Aufnahme ehrenamtlicher Tätigkeit, aber diese wiederum erfordert bereits ein Mindestmaß an Stabilität um selbst mit Unterstützung anderer helfend tätig zu sein und natürlich die Bereitschaft der anderen Ehrenamtler mit jemandem mit diesem Lebenshintergrund zu kooperieren.

Die Kooperation mit dem Jobcenter ist ebenfalls unverzichtbar. Hier sind in vielen Kommunen, gerade auch in Köln erfreuliche Rahmenbedingungen gemeinsam zwischen Beratungsstellen, Kliniken und Jobcenter erarbeitet worden – in Köln haben wir einen gemeinsamen Trägerverbund mit dem Jobcenter. Dieses gemeinsame Bestreben zur Kooperation schlägt sich allerdings bei Weitem noch nicht in ausreichendem Maße nieder, kommt also erst tröpfchenweise bei den Betroffenen an.

Es gilt eine konkrete Perspektive zu erarbeiten trotz

- Beschäftigungsverbot bei offenen Asylverfahren,
- Behandlungshindernissen bei ungeklärtem Asylstatus (hier ist die Gesundheitskarte als bedeutsames positives Instrument zu nennen, die diese Hindernisse zu überwinden ermöglicht),
- die – zunehmende – Wohnraumverknappung und
- die kommunalen Finanzprobleme mit unmittelbaren Folgen (z. B. Stellenkürzung in Beratungsstellen, Wohnraumknappheit etc.).

Elementare Grundlage jeder Initiative muss die Herstellung und Sicherung des Kontaktes zu dem Betroffenen sein - das ist unmittelbar überlebensrelevant - und die Erarbeitung einer konkreten positiven Perspektive wie klein sie auch sein mag. Sonst werden die Betroffenen nicht erreicht, werden diese häufig auch keinen Sinn in dieser Art von Hilfe sehen und folglich in ihrer Not allein bleiben. Und das ist unmittelbar lebensgefährlich.

Zu Punkt 5: Fazit

Die Sicherung der Teilhabe ist unser Arbeitsauftrag.

Die Zielgruppe der Drogenkonsumierenden, also der Menschen, die unserer Hilfe bedürfen, hat einen enorm hohen komplexen Hilfebedarf, der natürlich im Einzelfall sehr stark variiert. Das betrifft die Wohn- und Arbeitssituation, die Tagesstruktur, die Kooperation und den Umgang mit Behörden, die Konkretisierung realisierbarer ausstiegsorientierter Hilfen und Justiz, um einige Aspekte zu nennen.

Einerseits ist der Kontakt zu dieser sehr komplexen Zielgruppe in den letzten 20 Jahren deutlich verbessert worden. Wir erreichen heute wesentlich besser Menschen auch mit komplexen Problemlagen, die sowohl allgemeinspsychiatrisch als auch somatisch schwer erkrankt sind und viel-

fältige weitere Probleme aufweisen.

Andererseits erfordern viele dieser Betroffenen komplexe und langfristige Hilfen, die zu realisieren zunehmend schwieriger wird – Ausdruck auch der Ökonomisierung nicht nur im Gesundheitswesen in den letzten 25 Jahren.

Einerseits:

- Kontakt zur Zielgruppe **deutlich verbessert**

Andererseits:

- Komplexe und langfristige Hilfen erforderlich
- Realisierung zunehmend schwieriger

So haben z. B. älter gewordene Patientinnen und Patienten mit erhöhter Multimorbidität heute deutlich höhere Überlebenschancen. Inzwischen gibt es Menschen in Substitution, die im Altenheim leben – vor 25 Jahren undenkbar!

Auch allgemeinspsychiatrisch comorbide Drogenabhängige werden deutlich besser versorgt, allerdings immer noch unzureichend, denn der Bedarf an ausreichender vor allem langfristiger Versorgung ist viel höher als das Angebot. Die wenigen soziotherapeutischen Heime allein im Großraum Köln, die sich dieser Zielgruppe geöffnet haben, sind voll, haben eine lange Warteliste (wenn sie diese überhaupt führen) und decken einen wichtigen, jedoch nur kleinen Teil des Versorgungsbedarfs ab.

Aber es gibt weitere unzureichend unterstützte Zielgruppen:

- Drogenabhängige Minderjährige,
- drogenabhängige sozial Integrierte, die zum Teil gerade aufgrund ihrer umfassenden Integration in den Arbeitsprozess Hilfsangebote kaum wahrzunehmen vermögen, vor allem wenn sie noch nicht offen am Arbeitsplatz oder in der Familie mit ihrem Thema umgehen können,

- drogenabhängige alte und neue Deutsche (deutsche Staatsbürger*innen, die selbst oder deren Eltern oder Großeltern ursprünglich aus einer anderen Kultur kommen),
- drogenabhängige Bürger*innen ohne deutschen Pass,
- drogenabhängige Asylsuchende mit und ohne geklärtem Asylverfahren sowie
- Konsumierende von NPS (Novel Psychoactive Substances), den s. g. neuen psychoaktiven Substanzen, von denen inzwischen jährlich über 100 neu allein im Raum der EU entdeckt werden, mit zum Teil keinem Kontakt zum Hilfesystem und einem Selbstbild als nicht-drogenabhängige Konsumierende
- Methamphetaminkonsumierende, die regional in sehr unterschiedlicher Weise überhaupt Kontakt zum Hilfesystem haben,
- somatisch multimorbide Drogenkonsumierende,
- Drogenabhängige ohne festen Wohnsitz, gerade drogenabhängige Frauen und in noch stärkerer Weise schwangere drogenabhängige Frauen, nicht selten auch minderjährige.

Positiv zu nennen und zu unterstreichen ist an dieser Stelle die Kölner Vereinbarung von Jugend- und Gesundheitsamt mit den substituierenden Ärzten und Ärztinnen und Ambulanzen sowie den Drogenberatungsstellen, die in vergleichbarer Form auch in anderen Kommunen wie z. B. Gütersloh praktiziert wird: Ausdruck der umfassenden Bereitschaft aller Beteiligten zu einer praxistauglichen Kooperation zu finden im Sinne der betroffenen Drogenabhängigen und der betroffenen Kinder. Eingliederung setzt hierzulande eine Leistungszusage voraus und die wiederum einen akzeptierten Hilfeplan. Das Hilfeplanverfahren selbst ist kompliziert und arbeitsaufwendig, die Fähigkeit zur Mitwirkung der Betroffenen hoch bedeutsam und zugleich hochschwellig für diese so hilfsbedürftige Zielgruppe.

Der Einstieg in tagesstrukturierende Maßnahmen ist sehr sinnvoll, aber schwer zu erreichen, insbesondere aufgrund des so begrenzten Angebotes. Das ist demotivierend für diese Zielgruppe, da die weitere Unterstützung während der stationären qualifizierten Akutbehandlung für die Zeit nach dem Abschluss oft zu schwer realisierbar ist – und das ist unmittelbar verbunden mit steigendem Rückfallrisiko und etwaiger notwendiger kurzfristiger Wiederaufnahme. Der Bedarf an Kooperation und Vernetzung mit anderen Hilfen steigt, ist aber schwer zu realisieren insbesondere aufgrund des hohen Unterstützungsbedarfs im klinischen Versorgungsalltag mit den Betroffenen.

Eingliederung:

- Hilfeplanverfahren kompliziert, **Fähigkeit zur Mitwirkung bedeutsam**
- Einstieg in tagesstrukturierende Maßnahmen sehr sinnvoll, aber schwer zu erreichen
 - ⇒ **Demotivierend** für die Zielgruppe, da weitere Unterstützung während stationärer QA oft **schwer realisierbar**:
- Rückfallrisiko steigt
- Bedarf an Kooperation/Vernetzung mit anderen Hilfen steigt, aber schwer zu realisieren

Einerseits wächst der Bedarf an konkret verfügbaren Hilfen wie Wohnung, Tagesstruktur und auch medizinische Behandlung in jeder Form, andererseits werden zunehmend höhere Anforderungen an Mitwirkungsfähigkeit als Voraussetzung zur Mitwirkungspflicht gestellt bei hoher Stressresistenz wie z. B. der Wartezeit bei Behörden, in Beratungsstellen oder auch Klinik und damit verbundener Unsicherheit, inwiefern die Hilfen auch realisiert werden (seien es Anträge, stationäre Aufnahmen, Beratungsgespräche etc.).

Die Veränderungen der äußeren Rahmenbedingungen im Hilfesystem bieten Chancen, nämlich durch gelebte verbesserte Vernetzung, jedoch auch Risiken. So droht das PsychVVG, in der alten Version PEPP genannt, also das neue Entgeltssystem für die stationäre Versorgung psychiatrischer und damit auch suchtpsychiatrischer Patientinnen und Patienten, welches also die Rahmenbedingungen für die qualifizierte stationäre Akutbehandlung definiert, den Selektionsdruck weiter zu erhöhen und den Druck auf Verkürzung der Behandlungsdauer weiter zu fördern.

Der Bedarf an Integration der genannten Zielgruppe steigt, die Hürden zur Realisierung dieser Eingliederung wachsen zugleich. Das bedeutet, der Handlungsbedarf steigt. Und an dieser Stelle ist das Bundesteilhabegesetz grundsätzlich ein positiver Meilenstein, zugleich im Alltag nur dann relevant, wenn es auch zu konkret verfügbaren Hilfen führt. Dabei gilt es stets zu berücksichtigen: Jede gescheiterte Eingliederung ist ein Risiko für Public Health und auch die öffentliche Sicherheit. Es steigt das Risiko von Dekompensationen (sei es körperliche oder psychische Zusammenbrüche, Suizidhandlungen, fremdaggressives Verhalten etc.) im öffentlichem Raum und bedroht damit auch die Akzeptanz der Unterstützung dieser Zielgruppen.

Dem entgegen zu wirken erfordert Kooperation. Die ist unverzichtbar und betrifft uns alle!

Literatur

1. Schadensminderung: Kernstück einer rationalen Drogenpolitik; van der Linde, F.; DHS-Fachkonferenz, Leipzig 19.11.2012
2. Harm-Reduction und niederschwellige Drogenhilfe in NRW - über die Anforderung an eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger; Kuhlmann, Th.; Hasse, H.E.; Sawalies, D.; SUCHT 1, S. 50-56, Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH; 1994
3. Die qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW; Kuhlmann, Th., Hasse, H.E., Sawalies, D.; PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1, S. 13-18 (1994), Stuttgart-New York: Georg Thieme Verlag
4. Harm reduction - zum Paradigmenwechsel in der Drogenarbeit; Kuhlmann, Th.; PSYCHIATRISCHE PRAXIS Heft 4, S. 157-160, Stuttgart-New York: Georg-Thieme-Verlag 1994
5. Medikamentengestützte Rehabilitation bei i.v. Opiatabhängigen – Prognos-Abschlussbericht über das wissenschaftliche Erprobungsverfahren; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, April 1993
6. Spitzenverbände der Krankenkassen und VDR: Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“, 04.05.2001
7. Schwerpunktheft „ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)“; Kuhlmann, Th.: (Hrsg.); SUCHTTHERAPIE 1
8. Hintergrundinformationen zum Expertengespräch „Flüchtlinge und mögliche Suchtproblematik; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung; Berlin 24.05.2016
9. Flüchtlinge und (Opioid-)Abhängigkeit; Meyer-Thompson, H.-G. et al; Konturen online, 10.08.2016
10. Psychologische Erstbetreuung für Asylsuchende – Entwicklung und erste Erfahrungen mit einer Gruppenpsychoedukation für Geflüchtete; Demir, S., Reich, H. & Mewes, R.; PsychotherapeutenJournal 2/2016, S. 124 – 131

Suchterkrankung und Eingliederungshilfe

Dr. Monika Wielant

Es gibt diverse Lebensbereiche, in denen Leistungen der Eingliederungshilfe zum Tragen kommen können:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Im heutigen Vortrag möchte ich mich auf die Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft konzentrieren, genauer auf die zwei letztgenannten der folgenden Punkte:

- Versorgung mit nicht-medizinischen Hilfsmitteln
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt
- Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung
- Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohneinrichtungen
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben

Die Möglichkeiten der Eingliederungshilfe sowie die Schnittstellen mit anderen Hilfen möchte ich Ihnen anhand eines Fallbeispiels näher bringen.

Hr. A., geb. 1975

- Abhängigkeit von Opioiden (ICD-10 F11.2)
- Chronische Hepatitis C (ICD-10 F18.2)
- rezidivierende depressive Störung mit schweren Episoden (ICD-10 F33.2)

- mehrere „Entgiftungen“, zwei Entwöhnungsbehandlungen
- aktuell: Substitution, Behandlung der Hepatitis C geplant, mehrere Antidepressiva, zwei ambulante Psychotherapien und ein längerer stationärer Aufenthalt, aktuell „einigermaßen stabil“
- früher: Beschaffungskriminalität (Diebstähle und Betrugsdelikte), 8 x inhaftiert
- aktuell: allein in eigener Wohnung, chaotisch, verwahrlost, ernähre sich nicht ausreichend, sei abgemagert, keine Tagesstruktur
- Schulden
- Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Behördenangelegenheiten (Umgang mit den Mitarbeitenden der Behörden, fehlendes Verständnis für „Amtsschreiben“)
- Hilfen: alle 2 Monate zur psychosozialen Betreuung, Bewährungshelfer
- soziale Kontakte: ein Nachbar, alle anderen sozialen Kontakte abgebrochen
- Freizeitaktivitäten: Fernsehen, Internet, bleibe fast immer in der Wohnung
- Ausbildung/Arbeiten: Hauptschulabschluss, abgeschlossene Ausbildung im Straßenbau, zuletzt Gelegenheitsjobs

⇒ **Wie geht es weiter mit Hr. A.?**

⇒ **Wie könnte Hr. A. beraten werden?**

⇒ **Was würde ihm helfen?**

EXKURS:

Hierzu ist es sinnvoll, sich mit den Definitionen von "Behinderung" sowie von "Leistungsberechtigten" und einigen Begriffen der ICF (= International Classification of Functioning, Disability and Health) vertraut zu machen:

Behinderung nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX :

"Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist."

Leistungsberechtigte nach § 53 Satz 1 SGB XII:

"Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten."

Was ist eine „wesentliche Behinderung“?

1. gesundheitliche Störung i. S. von § 2 SGB IX (belegt durch aussagekräftige fachärztliche Berichte mit ICD-10 Diagnosen)
2. erhebliche Beeinträchtigung in mehreren Bereichen der Teilhabe (ICF-orientiert, Hilfeplanverfahren (IHP 3.1))

Cave: Dies ist nicht zu verwechseln mit einer Schwerbehinderung!

Schwerbehinderung nach § 2 Abs. 2 SGB IX:

„Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.“

Bereiche der Teilhabe (nach ICF):

- Lernen und Wissensanwendung (z.B. Entscheidungen treffen, Probleme lösen)
- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. Umgang mit Stress)
- Kommunikation
- Mobilität
- Selbstversorgung (z.B. Körperpflege, Gesundheitsfürsorge)
- Häusliches Leben (z.B. Haushaltsführung)
- Interpersonelle Interaktion und Beziehung (z.B. Umgang mit Behörden, Kontakte knüpfen, Freundschaften pflegen, Konflikte in Beziehungen)
- Bedeutende Lebensbereiche (z.B. Arbeitslosigkeit, fehlende Tagesstruktur)
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (z.B. fehlende Freizeitgestaltung)

Unter Berücksichtigung des gerade Gehörten, könnten welche Hilfen für Hrn. A. nützlich sein?

Aufgrund der vorhandenen Unterlagen kann festgestellt werden, dass bei Hrn. A. eine wesentliche Behinderung besteht. Deshalb sind Leistungen der Eingliederungshilfe möglich.

In Hrn. A.s Fall könnten sinnvoll sein:

- ambulante Unterstützung beim selbständigen Wohnen
- WfbM (= Werkstatt für Menschen mit Behinderung; Arbeitsbereich)

Es kommen aber auch Leistungen anderer in Betracht:

- SGB V-Leistungen:
 - ⇒ fachärztliche psychiatrische Behandlung incl. medikamentöser Einstellung
 - ⇒ ambulante psychiatrische Krankenpflege
 - ⇒ Soziotherapie
 - ⇒ Psychotherapie
 - ⇒ Psychoedukation
 - ⇒ soziales Kompetenztraining
 - ⇒ Ergotherapie
 - ⇒ Arbeitstherapie
- Leistungen diverser Leistungsträger:
 - ⇒ Medizinische und/oder berufliche Rehabilitation (z.B. MBOR der DRV), Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben über das Jobcenter
 - ⇒ Beratung durch den Integrationsfachdienst
 - ⇒ Sozialpsychiatrisches Zentrum (Beratung, Freizeitangebote)
 - ⇒ Suchtberatung, Suchtambulanz, Selbsthilfe
 - ⇒ Schuldnerberatung
 - ⇒ weitere Beratungsstellen
 - ⇒ Jugendamt (z.B. flexible Erziehungshilfe), falls Kinder beteiligt sind (bei Herrn A. nicht der Fall)
 - ⇒ psychosoziale Betreuung bei Menschen mit Substitution
 - ⇒ gesetzliche Betreuung
 - ⇒ Bewährungshilfe

Fazit:

Die Eingliederungshilfe ist ein wichtiges Element zur selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Es muss eine wesentliche Behinderung vorliegen.

Eingliederungshilfe wird individuell und subsidiär gewährt.

Anhang:

Nützliche Links:

- http://www.lvr.de/de/nav_main/soziales_1/menschenmitbehinderung/wohnen/hilfeplanverfahren_2/hilfeplan/hilfeplan_1.jsp
- https://www.lwl.org/spur-download/bag/orientierungshilfe_behinderungsbegriff%20endf_24112009.pdf

Aktuelle Herausforderungen, Perspektiven und Probleme der Drogenhilfe

Gaby Kirschbaum

Gliederung

1. Kurze Geschichte der Sucht- und Drogenpolitik seit 1990 – Entwicklung der Prävalenzen
2. Handlungsmöglichkeiten auf Bundesebene
3. Schwerpunkte der Legislaturperiode im Bereich illegale Drogen
4. Beispiele für Maßnahmen und Projekte zur Förderung von Teilhabe Sucht- und Drogenkranker
5. Herausforderungen für die Zukunft

1. Kurze Geschichte der Sucht- und Drogenpolitik seit 1990 und Entwicklung der Prävalenzen

■ Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan

Am 13. Juni 1990 verabschiedete die Nationale Drogenkonferenz unter Vorsitz von Bundeskanzler Helmut Kohl den „Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan“ mit dem Ziel, die für die Bekämpfung des Drogenmissbrauchs verfügbaren Kräfte zu bündeln, gemeinsame Ziele festzulegen und zusätzliche Ressourcen zu erschließen, alle für die Rauschgiftbekämpfung verfügbaren Kräfte zu bündeln, auf gemeinsam festgelegte Ziele auszurichten und zusätzliche Ressourcen zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs zu erschließen.

Schwerpunkte des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans waren

- Maßnahmen zur Verringerung der Nachfrage nach Rauschgiften durch Prävention und Therapie
- Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität durch organisatorische Verbesserungen und gesetzliche Maßnahmen
- Intensivierung der internationalen Zusammenarbeit

Damals galt noch die Zielsetzung eines Lebens ohne Suchtstoffe, wie das beigefügte Zitat belegt.



■ Drogenpolitik als Thema der Gesundheitspolitik

1998 wurde das Amt der Drogenbeauftragten zum Bundesministerium für Gesundheit verlagert. Der Fokus liegt seitdem auf der gemeinsamen Betrachtung legaler und illegaler Substanzen und der Konzentration auf gesundheitliche Folgen.

■ Sucht- und Drogenberichte

Ab 2000 erfolgt mit den Sucht- und Drogenberichten eine regelmäßige Berichterstattung zum gesamten Themenkomplex Sucht und Drogen.

■ Aktionsplan Drogen und Sucht 2003

Der Aktionsplan Drogen und Sucht wurde am 25. Juni 2003 vom Kabinett beschlossen und eng mit Ländern und kommunalen Vertretungen abgestimmt. Mit dem Aktionsplan Drogen und Sucht sollte die neue Ausrichtung der Drogenpolitik verankert werden; entsprechend wurden Handlungsfelder und Maßnahmen zur Bewältigung der Sucht- und Drogenprobleme benannt.

Die Ziele wurden etwas bescheidener formuliert, wie das folgende Zitat aus dem Aktionsplan von 2003 belegt.

"In der Drogen- und Suchtpolitik gibt es keinen Königsweg, sondern ein Mosaik von bestmöglich aufeinander abgestimmten Bausteinen von Prävention, sozialer und therapeutischer Unterstützung und Hilfe - einschließlich Schadensminderung und Überlebenshilfe"

(Marion Caspers-Merk)

■ Nationale Strategie 2012

Mittlerweile hat sich die Drogen- und Suchtpolitik sich weiter ausdifferenziert. Jenseits der Beschäftigung mit legalen und illegalen Suchtstoffen wird ein übergreifender Ansatz verfolgt, der auch stoffungebundene Süchte umfasst.

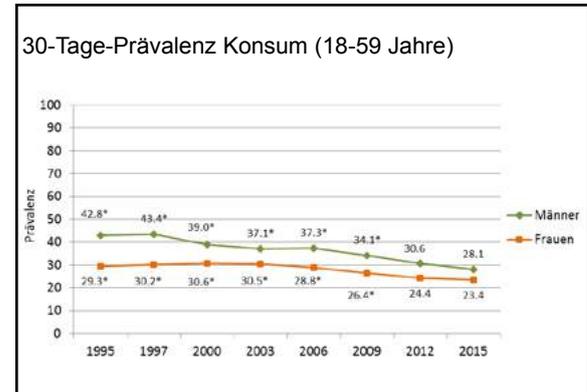
Die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik – am 15.02.2012 verabschiedet – zielt darauf, vielfältige Initiativen auf nationaler und internationaler Ebene aufeinander abzustimmen und eine Strategie als gesundheitspolitische Leitlinie zu definieren. Der übergreifende Ansatz der Strategie umfasst,

- Prävention auf Risikogruppen ausrichten
- Frühintervention ausbauen
- Mehr Menschen vor Ort erreichen
- Schnittstellen stärken – Netzwerke bilden
- Geschlechtersensibilität durchgehend verankern
- Forschung gezielt ausrichten
- Gesetzgebung, wo es erforderlich ist
- Selbsthilfe stärken
- Passgenaue Beratung und Behandlung

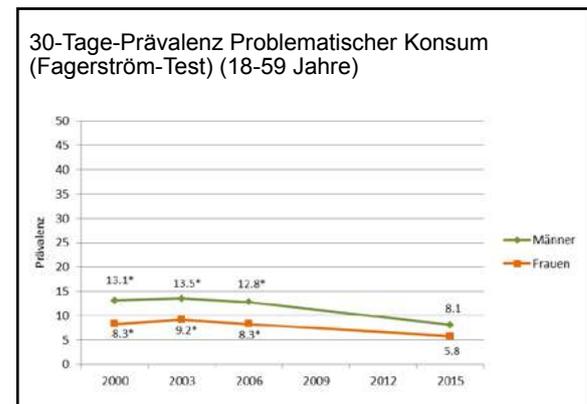
■ Veränderungen im Suchtmittelkonsum

Die Drogen- und Suchtpolitik trägt zu Veränderungen im Suchtmittelkonsum bei, wie die folgenden Darstellungen zur Prävalenz verschiedener Substanzen belegen.

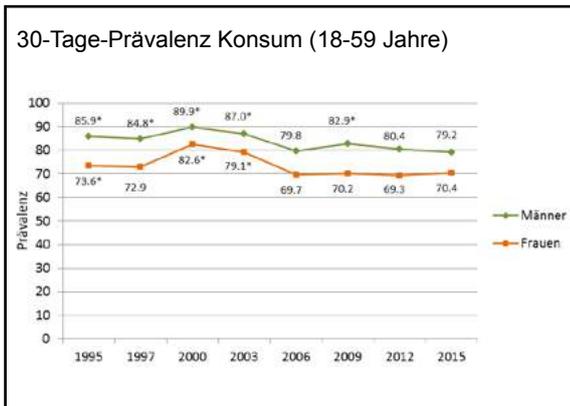
Tabak



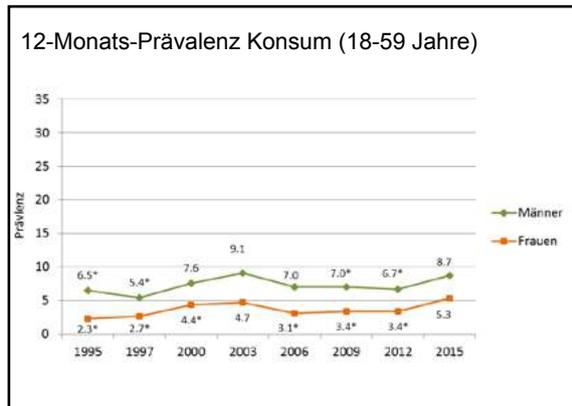
Tabak



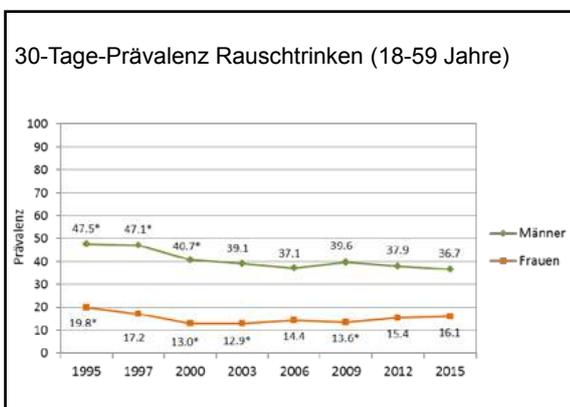
Alkohol



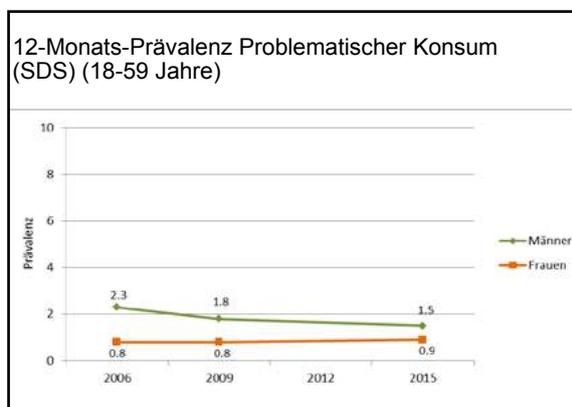
Cannabis



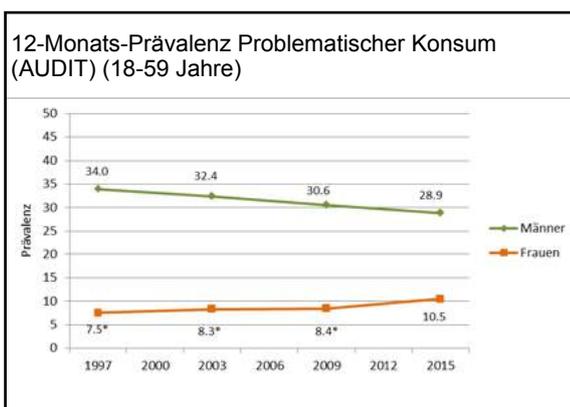
Alkohol



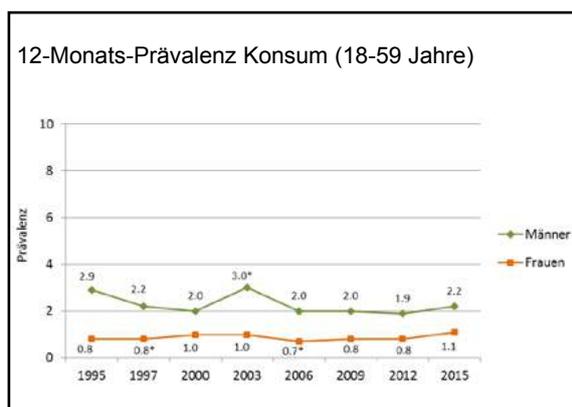
Cannabis



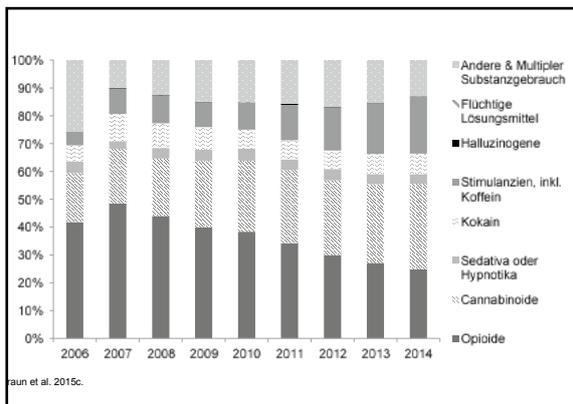
Alkohol



Andere illegale Drogen



Klientinnen und Klienten nach Hauptdiagnosen im stationären Suchthilfesystem



Zwischenfazit

- ⇒ Deutlicher Rückgang bei Tabakkonsum
- ⇒ Langsamer Rückgang bei Alkoholkonsum
- ⇒ Wenig Veränderung im Konsum illegaler Drogen
- ⇒ Mehr Menschen mit Cannabisdiagnose im Hilfesystem

2. Handlungsmöglichkeiten auf Bundesebene

Die Zuständigkeiten in der Sucht- und Drogenpolitik in Deutschland sind zwischen Bundes- und Länderebene aufgeteilt:

Bundesebene (BMG)

Gesetzgebung; Repräsentation nach Außen

Betäubungsmittelgesetz, Nichtraucherchutzgesetz, nationale Modell- und Forschungsprojekte, Präventionsgesetz, Kampagnen, Internationale Kooperationen

Länder- und Kommunale Ebene

Exekutive, Administrative Ebene

Hilfesystem für Sucht- und Drogenabhängige
 Öffentliche Gesundheitsversorgung
 Prävention

Instrumente auf der Bundesebene sind **neben Gesetzen und Verordnungen** vor allem:

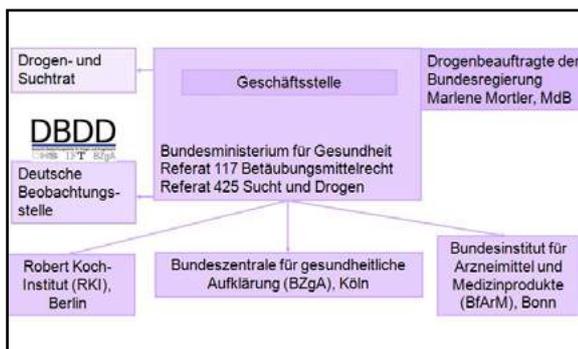
- Modell- und Forschungsprojekte für die Sucht- und Drogenhilfe
- Erstellung, Umsetzung und Evaluation der Nationalen Strategie Drogen und Sucht
- Kooperation mit dem medizinischen, psychiatrischen und sozialen System und
- Kooperation mit den übrigen Ministerien auf Bundesebene in den verschiedenen Feldern:

Ministerium	Handlungsfeld
Auswärtiges Amt	Internationale Zusammenarbeit
Inneres	Strafverfolgung
Justiz	BtmG und Drogen in Haft
Finanzen	Zölle und Steuern
Arbeit und soziale Sicherung	Teilhabe für Abhängigkeitskranke
Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz	Verbraucherschutz im Bereich Alkohol und Tabak
Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Jugendschutzgesetz, Drogen, Alkohol und Gewalt
Verkehr, Bau und Stadtentwicklung	Alkohol und Drogen im Straßenverkehr
Bildung und Forschung	Sucht- und Drogenforschung
Ökonomische Zusammenarbeit und Entwicklung	Internationale Projekte zur alternativen Entwicklung

Die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung wird durch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung koordiniert. Dies umfasst die

- Vertretung der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung in der Öffentlichkeit sowie auf nationaler und internationaler Ebene
- Förderung des gesellschaftlichen und politischen Konsens zur Verringerung der Suchtproblematik
- Weiterentwicklung der Suchtprävention, der Suchthilfe und Maßnahmen zur Verringerung von Drogen und Suchtproblemen
- Erstellung des Drogen- und Suchtberichts

Die Drogenbeauftragte ist beim Bundesministerium für Gesundheit angesiedelt. Im BMG gibt es darüber hinaus zwei Fachreferate zum Thema Drogen und Sucht.



Zwischenfazit

- Das System in Deutschland zeichnet sich durch vielfältige Akteure und Zuständigkeiten aus.
- Die Gesundheitspolitik ist ein Akteur von vielen.
- „Health in all Policies“-Ansatz erfordert eine Fülle von Kooperationen.
- Sucht- und Drogenpolitik sind Querschnittsaufgaben.

3. Schwerpunkte dieser Legislaturperiode im Bereich illegale Drogen

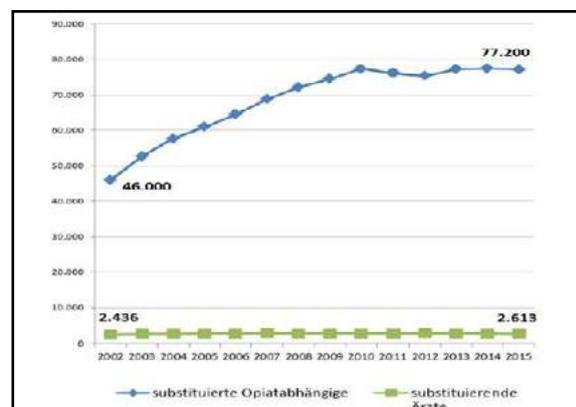
Im Bereich der illegalen Drogen liegen in dieser Legislaturperiode die Schwerpunkte der Sucht- und Drogenpolitik auf

- 32. BtMVV: Neuregelung der Substitution
- Cannabis als Medizin-Gesetz
- NPS-Gesetz zur Regulierung Neuer Psychoaktiver Substanzen
- Methamphetamin, Modellprojekte für Prävention und Therapie

32. BtMVV: Neuregelung der Substitution

Zu Beginn der 1970er-Jahre entstanden die ersten Methadon-Pilotprojekte in der Form, dass nur in Notfällen Methadon verschrieben wurde, es gab noch keine Akzeptanz des Einsatzes von Methadon als medizinische Behandlung. Dies erfolgte in den 1990er-Jahren, indem die gesetzliche Krankenversicherung und die medizinische Wissenschaft die Substitution mit Methadon als Behandlungsmethode anerkannte. Die gesetzliche Absicherung erfolgte 2001 im Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (BtMG) und in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtmVV).

Die Entwicklung der Substitutionsbehandlung in Deutschland im Zeitraum 2002 bis 2015 stellt sich wie folgt dar:



Aktuelle Herausforderungen sind:

- Teilweise bestehen regionale Versorgungslücken – insbesondere auf dem Land.
- Die Finanzierung der psychosozialen Betreuung ist unsicher, da es sich nicht um eine medizinische Behandlung und somit nicht um eine GKV-Leistung handelt. Überwiegend wird die psychosoziale Betreuung von den Kommunen getragen.
- Die zur Vermeidung von Missbrauch notwendigen rechtlichen Regulierungen stoßen häufig auf Beschwerden bei Ärztinnen und Ärzten.
- Substitution in Gefängnissen unterscheidet sich in den Bundesländern.

Die derzeit in Arbeit befindliche Novellierung der BtmVV umfasst folgende Themen:

- ⇒ Überarbeitung des primären Therapieziels
- ⇒ Terminologische Änderung: Opioid statt Opiat
- ⇒ Aufstockung der Konsiliarregelung
- ⇒ Änderung der Take-home-Regelung
- ⇒ Ausweitung der Substitutionssettings
- ⇒ Regelung ärztlich-therapeutischer Aspekte durch die BÄK-Richtlinien
- ⇒ Ministerieller Genehmigungsvorbehalt

Ein wichtiges Ziel der Novellierung:

Regelungen zu Sachverhalten, die ärztlich-therapeutische Bewertungen betreffen, werden aus dem Rahmen unmittelbar bundesrechtlicher Regelungen der BtmVV in die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer (BÄK) überführt. Dies betrifft Feststellungen der BÄK zu den Voraussetzungen für die Einleitung und Fortführung einer Substitutionstherapie, zum Beikonsum, zum Verschreiben des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme sowie zur Beurteilung der Erforderlichkeit psychosozialer Betreuung. Damit wird der substitutionsbezogene

Normenbestand der BtmVV auf eine Rahmensezung der Therapieziele und die zur Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs erforderlichen Regelungen konzentriert.

Zum Stand des Verfahrens:

Der Entwurf zur Novellierung der 32. BtmVV wurde an die Bundesländer zur Stellungnahme versandt; mit dem Inkrafttreten ist voraussichtlich im Frühjahr 2017 zu rechnen.

Cannabis als Medizin-Gesetz

Das Betäubungsmittelrecht ermöglicht bereits jetzt die Behandlung mit Cannabis-Extrakten oder Cannabis-Inhaltsstoffen auf ärztliche Verordnung:

- Dronabinol
- Nabilon
- Cannabis – in Zubereitungen, die als Fertigarzneimittel zugelassen sind (Sativex®)

Cannabis-Arzneimittel umfassen auch

- Cannabis in Form getrockneter Blüten oder Extrakte
- Derzeit Ausnahmeerlaubnis durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zum Erwerb in einer Apotheke
- „für schwerkranke Menschen, denen nicht anders geholfen werden kann („austherapiert“) zur ärztlich begleiteten Selbsttherapie (Mitte 06/2016 ca. 780 Ausnahmeerlaubnisse)
- Urteil des BVerwG vom 06.04.2016, Az.: 3 C 10.14 (Einzelfall): Verpflichtung des BfArM, Erlaubnis zum Eigenanbau zu erteilen.

Wesentliche Ziele und Elemente des Gesetzentwurfs der Bundesregierung sind:

- Verbesserte Versorgung schwerkranker Menschen, „denen nicht mit anderen Arzneimitteln geholfen werden kann“: „austherapiert“
- Patientinnen und Patienten sollen weitere Cannabisarzneimittel (getrocknete Cannabisblüten und Cannabisextrakte) auf ärztliche Verschreibung in standardisierter Qualität aus Apotheken erhalten können.

Die Voraussetzungen einer Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen sind:

- Ärztin/Arzt entscheidet, ob im Einzelfall die Voraussetzungen gegeben sind
- Leistung bedarf der Genehmigung der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist (ggf. Begutachtung durch MDK)
- Teilnahme an einer anonymisierten nicht-interventionellen Begleiterhebung
- Ziel: Studienbericht für den G-BA als Grundlage für weitere Festlegungen von Kassenleistungen sowie für die allgemeine Evidenzgewinnung

Das Gesetz wurde im Januar vom Bundestag und im Februar vom Bundesrat beschlossen und wird im März 2017 in Kraft treten.

NPS-Gesetz zur Regulierung Neuer Psychoaktiver Substanzen

Allgemein werden die Neuen Psychosozialen Substanzen (NPS) definiert als

„substances of abuse, either in a pure form or a preparation, that are not controlled by the 1961 Convention on Narcotic Drugs or the 1971 Convention on Psychotropic Substances, but which may pose a public health threat“ (UNODC)

Jahr	In EU gemeldete NPS (EWS)
2012	73
2013	81
2014	101
2015	100

Die Ausgangslage zur Regulierung Neuer Psychoaktiver Substanzen ist geprägt von dem Wettlauf zwischen Auftreten immer neuer chemischer Varianten bekannter Stoffe und ihrer BtM-rechtlichen Regelung. Der bisherige regulatorische Ansatz „Einzelunterstellung“ stößt an seine Grenzen.

- ⇒ Herausforderung: bei NPS häufig Evidenzlevel, das hinter die „alt“-bekannten Stoffe des BtMG zurückfällt – gleichwohl bestehen klare Hinweise auf Gesundheitsgefährdung, so dass Handlungsbedarf entsteht.
- ⇒ Unterstellung unter BtMG muss wegen des Ausmaßes der missbräuchlichen Verwendung und der Gesundheitsgefährdung erforderlich sein, d.h. nicht schon bei „irgendeiner“ Evidenz („schnelle“) Unterstellung von NPS unter BtMG möglich
- ⇒ Engpass für BtMG-Verfahren im Hinblick auf Evidenzlevel, da eine große Zahl an NPS auf den Markt kommen

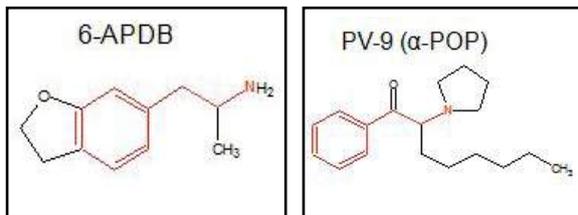
NPS-G „Verbot ganzer Stoffgruppen“

Ziele:

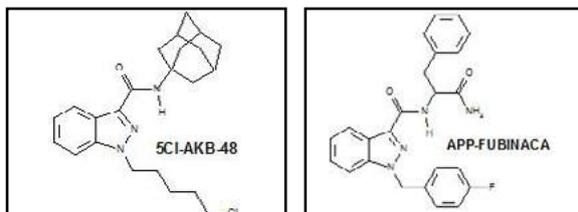
- ⇒ Durchbrechung des Wettlaufs zwischen Auftreten immer neuer chemischer Varianten bekannter Stoffe und ihrer bislang einzelfallweisen betäubungsmittelrechtlichen Regelung
- ⇒ Klares und strafbewehrtes Verbot des auf die Weitergabe zielenden Umgangs mit diesen Stoffen
- ⇒ Im Ergebnis: Einschränkung der Verbreitung und Verfügbarkeit von NPS in Deutschland zum Schutz der Gesundheit

Die vom NpSG-E umfassten, zukünftig verbotenen, Stoffgruppen werden über eine **Anlage zum Gesetz** „legaldefiniert“:

1. von 2-Phenethylamin abgeleitete Verbindungen (d.h. mit Amphetamin verwandte Stoffe, einschließlich Cathinone) z. B.:



2. Cannabimimetika / synthetische Cannabinoide (d.h. Stoffe, die die Wirkung von Cannabis imitieren) z. B.:



Verbots- und Strafvorschriften zielen insbesondere auf Hersteller, Händler und Inverkehrbringer von NPS. Das Verbot erfasst

- Das Handeltreiben
- Das Inverkehrbringen
- Die Herstellung
- Die Ein-, Aus- und Durchfuhr
- Den Erwerb
- Den Besitz und
- Das Verabreichen von NPS

Strafbewehrt:

Das Handeltreiben mit, das Inverkehrbringen, das Verabreichen sowie die Herstellung, das Verbringen von NPS in den Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Zweck des Inverkehrbringens (Strafrahmen in besonderen Fällen bis zu 10 Jahren)

Die Strafvorschriften erfassen nicht den Erwerb und Besitz zum Eigenkonsum:

- ⇒ Folge der verfassungsrechtlichen Anforderungen aus dem Schuldprinzip/Verhältnismäßigkeit
- ⇒ Hintergrund: Evidenzlage zu den von der Anlage des NPSG-E umfasstem NPS fällt hinter die altbekannten BtM des BtMG zurück
- ⇒ Aber: Käufer bei ausländischen Online-Shops können sich wegen Anstiftung zum Inverkehrbringen von NPS in das Bundesgebiet strafbar machen (generalpräventive Wirkung durch erhöhtes Entdeckungsrisiko bei Postsendungen)

Das Gesetz ist am Tag nach Veröffentlichung in Kraft getreten (26.11.2016). Der Gesundheitsausschuss hat eine Evaluation des Gesetzes beschlossen, die Anfang 2017 ausgeschrieben wurde und 2 Jahre später vorliegen soll.

Methamphetamin, Modellprojekte für Prävention und Therapie

Der Konsum von kristallinem Methamphetamin („Crystal Meth“) scheint derzeit in Deutschland noch regional begrenzt zu sein. In den besonders betroffenen Regionen an der Grenze zu Tschechien und Polen sind Kliniken, Praxen und Einrichtungen der Suchthilfe jedoch zunehmend mit den Folgen des Methamphetamin-Konsums konfrontiert. Im Vergleich zu anderen Stimulanzien weist Methamphetamin spezifische Eigenschaften in Hinblick auf Wirkung, Symptomatik und die Entwicklung einer Abhängigkeit auf. Der Konsum kann zu verschiedenen substanzinduzierten Störungsbildern führen.

Aufgrund der wachsenden Zahl von Behandlungsfällen und Beschlagnahmungen in der Grenzregion stieg der Druck auf die Politik, Maßnahmen zur Prävention und Behandlung im Rahmen von Bundesmodellprojekten zu ermöglichen.

Handlungsgrundlage für die verschiedenen Ideen zur Prävention, Beratung und Behandlung war die Studie „Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen“ des ZIS aus 2014. Danach lassen sich 7 Nutzergruppen beschreiben, hauptsächlich Freizeitnutzer (Partyszene, Psychonauten), aber auch die überforderten Mütter/Eltern, Arbeitende, die dem Druck standhalten wollen und ein Teil der MSM-Szene.

Der Bundestag hatte für das Haushaltsjahr 2015 zusätzliche Mittel für Forschungs- und Modellprojekte in diesem Bereich zur Verfügung gestellt, mit denen eine Vielzahl von Projekten angestoßen werden konnte. Besonders hervorzuheben ist die neu erstellte S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“, die unter www.aezq.de/aezq/crystal-meth als PDF- und als Druckversion verfügbar ist.

Ziel der Leitlinie ist es, auf Basis substanzspezifischer Studien eine bessere Versorgung von Betroffenen und mehr Handlungssicherheit für therapeutisch tätiges Personal in der klinischen Praxis zu ermöglichen. Im Fokus der Leitlinie stehen daher evidenzbasierte Aussagen zur Wirksamkeit von medikamentösen und psychotherapeutischen Interventionen, zum Verzicht auf wirkungslose oder riskante Therapien und einer besseren Vernetzung der Akteure in der suchtmedizinischen Versorgung.

Die Leitlinie richtet sich an in der Suchthilfe tätige Ärztinnen und Ärzte aller Versorgungssektoren, Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, alle Berufsgruppen in der ambulanten und stationären Suchthilfe (z. B. Psychologen*innen, Sozialarbeiter*innen, Pflegepersonal), Mitarbeitende im Bereich Nachsorge und Rehabilitation, Peers, Erzieher*innen, Ordner*innen, Selbsthilfegruppen und ferner an die Kooperationspartner der Ärzteschaft (z. B. Fachberufe im Gesundheitswesen, Kostenträger).

Unter www.suprat.de/methcare.html steht auf einer Datenbank relevante Literatur zum Thema auf Deutsch zur Verfügung. Weitere Projekte beschäftigen sich mit dem Thema Kinder von crackkonsumierenden Eltern, der besonderen Situation von Frauen oder von Männern, die Sex mit Männern haben.

Unter www.breaking-meth.de wurde ein Online-Selbsthilfeportal eingerichtet. Außerdem wird derzeit eine App für Konsumierende entwickelt.

4. Beispiele für Maßnahmen und Projekte zur Förderung von Teilhabe Sucht- und Drogenkranker

Zum Abschluss noch einige Beispiele, mit denen das BMG einen Beitrag zur Förderung von Teilhabe leistet. Nach der Suchthilfestatistik hat der Anteil der Erwerbslosen bei den Klientinnen/Klienten und Patientinnen/Patienten in Suchthilfeeinrichtungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich bei fast allen Hauptdiagnosen in den letzten Jahren zugenommen. Ausnahme bilden alkoholbezogene Störungen und im ambulanten Bereich auch cannabisbezogene Störungen, bei denen der Anteil an Erwerbslosen seit 2009 leicht zurückgegangen ist. Die stärkste Zunahme an Erwerbslosen zeigt sich im ambulanten und stationären Bereich bei der Hauptdiagnosegruppe der Stimulanzien.

Zuständig für die Arbeitsmarktintegration ist das Bundesministerium für Arbeit und soziale Sicherheit, nicht das Bundesministerium für Gesundheit.

Dennoch hat sich z.B. der Drogen- und Suchtrat intensiv mit Maßnahmen zur Verbesserung der Teilhabechancen beschäftigt und auch das BMG hat verschiedentlich Modell- und Forschungsvorhaben angestoßen, die das Thema bearbeiten.

Der Drogen- und Suchtrat hat am 26.09.2016 folgende Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Teilhabe Suchtkranker“ verabschiedet:

1. Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation beginnen und anschließende Förderung der beruflichen (Re-)Integration sicherstellen
2. Suchtspezifische Fachkompetenzen weiterentwickeln
3. Geeignete arbeitsmarktpolitische Instrumente vorhalten
4. Begleitende Aktivitäten sicherstellen
5. Integrationsprojekte für Suchtkranke öffnen (bereits erfolgt)
6. Kooperation und Netzwerke verbindlich gestalten

Modellprojekte FAIRE



Das zentrale Ziel des Modellprojekts FAIRE, das bis 2011 vom BMG gefördert wurde, war eine nachhaltige Integration von Klientinnen und Kli-

enten bzw. Rehabilitanden der Suchtkrankenhilfe in den Arbeitsmarkt. Erstellt wurden u.a. fachspezifische Hilfen und Qualifikationsangebote für Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe und der Arbeitsmarktintegration. Dazu gehörten Arbeitshilfen zum Schnittstellenmanagement Rehabilitation / Arbeitsmarktintegration, die Fortschreibung des job-->wärts-Leitfadens zur passgenauen Beratung und Vermittlung und die Weiterentwicklung der job-->wärts-Dokumentationssoftware. Zum Angebot im Projekt zählte auch die kollegiale Fachberatung von Fachkräften und die Organisation und Begleitung regionaler Arbeitstreffen zu spezifischen Fragestellungen der Arbeitsmarktintegration.

Forschungsprojekt Integration Suchtkranker im Rahmen des SGB II



2009 wurde zum ersten Mal eine Studie zur Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtabhängiger ins Erwerbsleben im Rahmen des Sozialgesetzbuches II (SGB II) vergeben. 2016 wurde eine Wiederholungsbefragung ausgeschrieben, die erneut die Aktivitäten der Jobcenter zur Schnittstelle Gesundheits- und Suchthilfesystem und Arbeitsvermittlung erfragt,

Entwicklungen aufzeigt und anhand von Fallstudien besonders erfolgreich arbeitende Standorte beispielhaft darstellen soll.

Auch wenn es sich nur um eine Erhebung handelt, so hat sich doch gezeigt, dass alleine die Befragung schon Reflexionsprozesse zum Thema Sucht ausgelöst hat. Deshalb ist es erfreulich, dass die zweite Befragung von BMG und BMAS gemeinsam gefördert wird und die Ergebnisse vor allem die erfolgreichen Beispiele im Anschluss weiter in die Praxis getragen werden.

Zwischenfazit zum Thema Teilhabe

- ⇒ Teilhabe Suchtkranker bleibt Herausforderung
- ⇒ Strategie über AG des Drogen- und Suchtrats, in der alle wichtigen Akteure vertreten sind, ist ein wichtiger Schritt der Vernetzung
- ⇒ Forschungs- und Modellprojekte zur Beeinflussung der Praxis

5. Herausforderungen für die Suchtpolitik in Zukunft

Zum Abschluss noch einige Thesen, wo aus meiner Sicht die Herausforderungen für die Drogen- und Suchtpolitik der Zukunft liegen.

- ⇒ Substanzkonsum/Sucht als psychische Erkrankung? Neurobiologie der Sucht? Medicalisierung?
- ⇒ Entstigmatisierung von Suchterkrankungen – wie?
- ⇒ Neue Suchtformen/neue Konsummuster/neue Suchtmittel – steigender Trend Drogentodesfälle?
- ⇒ Suchtprävention – Evidenzbasierung: Notwendigkeit oder Überforderung? Integration der Prävention des Substanzkonsums in Strategien für gesunde Lebenswelten?
- ⇒ Digitale Entwicklungen: Fluch und Segen

Eines ist sicher, die Arbeit wird Ihnen und uns nicht ausgehen!

Arbeitsgruppe 1

Niedrigschwellige Hilfen und Qualifizierte Akutbehandlung

Christian Köhler und Prof. Dr. Petra Franke

Eingangs erfolgten die Begrüßung und eine kurze Vorstellung der Referentinnen und Referenten mit dem Schwerpunkt der eigenen beruflichen Tätigkeit und dem Bezug zum Thema. Im Anschluss wurde anhand einer Power-Point-Vorlage der in der UN-BKR und im neuen Bundesteilhabegesetz verankerte Behindertenbegriff sowie der Leitgedanke Inklusion aufgegriffen und auf das Thema sowie die bevorstehende praxisorientierte Kleingruppenarbeit bezogen.

Es wurden sodann 3 Kleingruppen gebildet, die sich zu den Themen

- Realität der Eingliederungshilfe
- Gleichberechtigte Teilhabe - im Bereich Niedrigschwellige Hilfen - Was ist das?
- Zukunftswerkstatt - Eingliederungshilfe / Teilhabe

diskursiv austauschen sollten. Die Ergebnisse wurden auf einem Flipchart festhalten.

Die drei etwa gleich großen Kleingruppen wurden interessensgeleitet mit Teilnehmenden aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen gebildet. Die Gruppen wurden abwechselnd von den Referentinnen und Referenten moderatorisch begleitet.

Die Ergebnisse wurden am Ende des Workshops im Plenum vorgetragen und mit der Möglichkeit der Nachfrage jeweils ein weiteres Mal diskutiert.

Ergebnisse

- Realität der Eingliederungshilfe

Von den Teilnehmenden wurde hervorgebracht, dass der Zugang für von Behinderung bedrohte Menschen zum Teil noch erschwert sei (als Beispiele wurden für den Bereich des Betreuten Wohnens geschlechtsspezifische Angebote für Suchtkranke, Transgender Angebote und Angebote für

suchtkranke Migrantinnen und Migranten genannt) und geprägt sei durch Kostendruck (z.B. werde eine Anleitung zur Freizeitgestaltung nicht finanziert). Der personelle Aufwand niedrigschwellig arbeiten zu können wurde allgemein als enorm hoch eingeschätzt.

- Gleichberechtigte Teilhabe - im Bereich Niedrigschwellige Hilfen - Was ist das?

Niedrigschwellige akzeptanzorientierte Hilfen nehmen den drogenabhängigen Menschen in seiner Lebenswirklichkeit mit seinen Bedürfnissen und Ressourcen sowie seiner Würde wahr und können so, über die Ziele Überlebenshilfe und Schadensminimierung hinaus, individuell und realistisch zu Anschlussangeboten beraten und motivieren und bilden so eine „Brückenfunktion“ zu einer umfassenderen Teilhabe an der Gesellschaft.

In der Diskussion kristallisierte sich ebenfalls heraus, dass sich das Hilfesystem immer wieder neu unter dem Aspekt Teilhabechancen auf die Bedarfe der drogenabhängigen Menschen einstellen muss. Dies beinhaltet eine gute Schnittstellenvernetzung. Im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben wurde diesbezüglich beispielhaft das Projekt ‚Kölner Feger‘ angeführt und generell für einen Ausbau und die regelhafte Implementierung eines sozialen Arbeitsmarktes plädiert.

■ Zukunftswerkstatt - Eingliederungshilfe / Teilhabe

Auch in dieser Gruppe wurde die wichtige Funktion respektive „Brückenfunktion“ niedrigschwelliger Hilfen vor dem Hintergrunde der Teilhabe herausgestellt und für eine Aufwertung und einen Ausbau derselben geworben.

Ferner wurde festgehalten, dass als Voraussetzung für zukünftige passgenaue Angebote ganz im Sinne eines inklusiven Gedankens die Stigmatisierung drogenabhängiger Menschen auf allen Ebenen der Gesellschaft weiter abgebaut werden muss. Dies wurde konsensual auch als förderlich für eine Anpassung des Arbeitsmarktes an die Bedürfnisse drogenabhängiger Menschen gesehen. Hier wurden Projekte eines sozialen Arbeitsmarktes skizziert, aber auch eine Durchlässigkeit in den 2. oder 1. Arbeitsmarkt als sinnvoll beschrieben.

Die Substitutionsvergabe sollte unter der Prämisse von mehr Selbstverantwortung des Patienten deutlich vereinfacht werden.

Beispielsweise sollte das Substitut über Apotheken vergeben werden können. Vor dem Hintergrund immer älter werdender drogenabhängiger Menschen sollten sich Träger von ‚Wohneinrichtungen zur Betreuung und Pflege alter Menschen‘ öffnen und sich auf die besonderen Bedarfe einstellen. Grundsätzlich wurde Wohnen als Grundvoraussetzung für Integration gesehen, deshalb sollten Wohnhilfen in jeder Form gestärkt und angepasst werden.

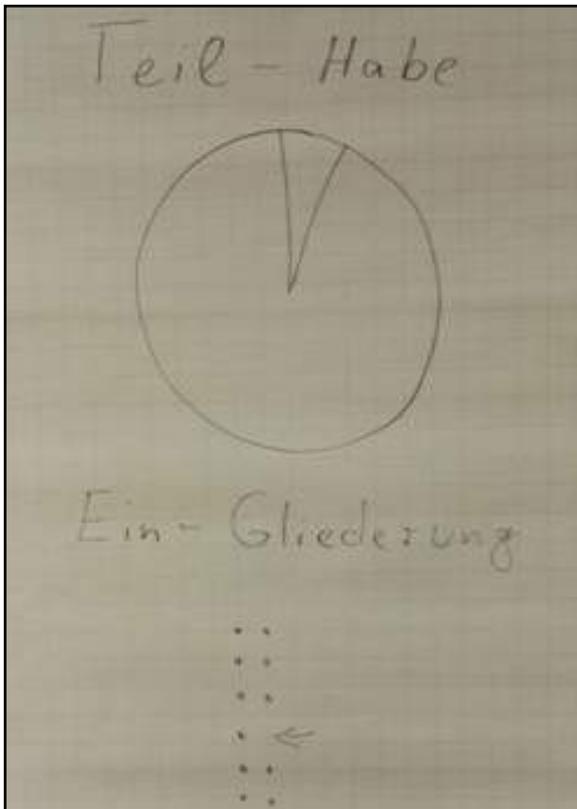
Auch die aufsuchende Sozialarbeit sollte weiterentwickelt werden, um drogenabhängige Menschen frühzeitig zu erreichen und ihnen Hilfsangebote unterbreiten zu können. Beispielsweise an der Schnittstelle Haftentlassung.

Neue Herausforderungen sah man im Zusammenhang mit der aktuellen Flüchtlingsmigration.

Arbeitsgruppe 2

Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Qualifizierte Akutbehandlung

Renate Steinert und Norbert Teutenberg



Nach einer kurzen Vorstellungsrunde wurden die bisher in der Praxis von ambulanten Beratungsstellen und in der Qualifizierten Entzugsbehandlung auftretenden Probleme gesammelt, die speziell eine Teilhabe und Eingliederung Drogenabhängiger in die Gesellschaft erschweren.

Vielfältige Hilfsangebote sind aktuell vorhanden, Anforderungsprofile, Unterstützungsmöglichkeiten und Finanzierung sind überaus unterschiedlich. Case Management ist unseres Erachtens zwingend erforderlich und das über möglichst lange Zeiträume hinweg durch gleichbleibende Ansprechpersonen in vertrauensvoller Beziehung (i. d. R. Beratungsstelle). Hier können Maßnahmen gebündelt und koordiniert werden, Hilfepläne geschrieben, Motivation erarbeitet und (mit Glück) lange genug aufrechterhalten werden, bis die nächste Maßnahme zur Teilhabe

bewilligt ist und anfangen kann. Schon das ist oft schwierig.

Ein weiteres Problem ist, dass bei erfolgreicher Vermittlung oft der Kontakt erst einmal endet und so „Erfolg“ mit einem Beziehungsende „bestraft“ wird. Die Finanzierung der Beratungsstellen ist oft gefährdet, die Zahl der Mitarbeiternde dementsprechend wechselhaft. Selbsthilfegruppen können durch zusätzliche Konstanz unterstützen, jedoch nicht ersetzen.

Auf dem ambulanten Sektor gibt es Konkurrenz und Abgrenzung zwischen Suchthilfe und „psychiatrischen“ Angeboten. Insbesondere im Bereich des ambulant Betreuten Wohnens wird eine starke Ökonomisierung des Hilfesystems beobachtet. Hier steuert klar die Finanzierung das Angebot. Viele Träger drängen auf den Markt mit sehr unterschiedlich qualifizierten und erfahrenen Mitarbeitenden unter starkem Kostendruck. Vieles wird ungeprüft dem Markt überlassen. Ketzerisch wurde formuliert: „BeWo 2016 = Beratung 1986?“ Angebote sind meist diagnosenspezifisch, die Zuordnung zu den Diagnosen erfolgt manchmal willkürlich, und es fehlt an Angeboten für Menschen mit psychiatrischen Doppeldiagnosen (v. a. PTBS, Angst, Depression, Psychose).

Besondere Problemgruppen sind süchtige Migrantinnen und Migranten/Asylantinnen und Asylanten mit mangelnden Deutschkenntnissen bzw. Abhängigkeit vom Sozialhilfeträger, der meist nur unabwendbare Akutbehandlungen finanziert, sowie Drogenabhängige mit Doppeldiagnose, von denen erwartet wird, zuerst die Sucht unter Kontrolle zu bringen, bevor die (oft die Sucht auslösende) Doppeldiagnose behandelt werden kann.

Hier fehlt es an Refinanzierung von Dolmetscherdiensten, suchtprophylaktischen Maßnahmen, weitergehenden und stabilisierenden Maßnahmen im einen Fall, im anderen Fall an kompetenten Einrichtungen, die komorbide Störungen behandeln können und den dafür erforderlichen erheblich höheren Personalschlüssel refinanziert bekämen.

Auch im Bereich der großen psychiatrischen LWL- bzw. LVR-Kliniken, die bislang die besonders schwierigen, nicht „rentablen“ Fälle auffangen und in großen Suchtambulanzen, Entzugsstationen und Wohnverbänden versorgen konnten, stehen durch Einführung des neuen Finanzierungskonzepts PEPP Veränderungen bevor.

Im Bereich der Entwöhnungstherapien sind in den letzten Jahren viele gute, aber kleine Einrichtungen durch unzureichende Finanzierung, mit der eine Modernisierung nicht mehr machbar war, durch wirtschaftlichere, größere Kliniken „ersetzt“ worden. Noch gibt es ausreichend Plätze, jedoch ist das Angebot bereits deutlich weniger aufgefächert. Die Ökonomisierung des Hilfesystems trifft also zunehmend auch den stationären Sektor, und das weitestgehend ohne wissenschaftliche Evaluation.

Insgesamt formulierten wir für unseren Bereich die Frage, ob und wie viel Teilhabe drogenabhängiger Menschen an der Gesellschaft denn gewünscht werde. Wenn es nur darum gehe, dem EuGH zu genügen, sei das mit wenigen Worten getan. Die im Vorfeld überall zu hörenden Ideale sind jedoch nicht kostenneutral umzusetzen. Wir wünschen uns die Bewahrung des Guten, das es im derzeitigen Hilfesystem bereits gibt. Darüber hinaus sehen wir eine mögliche Zukunft in einer Abkehr von der Hilfe medizinischer Prägung hin zu ganzheitlicheren Angeboten, in denen einzelne Segmente bei Bedarf „hinzugekauft“ werden können.

Wir brauchen für unsere Zielgruppe mehr Hilfen mit „langem Atem“, keine kurze Abfolge von Maßnahmen mit stetigen Beziehungsabbrüchen. Eingliederung ist in den meisten Fällen möglich, aber nur langsam und über viele Jahre. Und wir endeten mit der Devise:

Soviel Normalisierung wie möglich, soviel Spezialisierung wie nötig!

Arbeitsgruppe 3

Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung

Dr. Andreas Rhode und Dr. Antje Niedersteberg

Zunächst erfolgte von beiden Arbeitsgruppenleitenden ein kurzes Impulsreferat.

Frau Dr. Niedersteberg hatte zum Thema Teilhabe eine kurze Befragung auf ihrer Entzugsstation durchgeführt (siehe Anlage 1). Herr Dr. Rhode vermittelte einen Zusammenhang von Rehabilitation und Teilhabe (siehe Anlage 2).

Im Weiteren erfolgte eine Diskussion anhand von Leitfragen:

Was bedeutet Teilhabe in der Qualifizierten Entzugsbehandlung?

- Freizeitangebote sollten bereits in der QE angeboten werden, um alternative Angebote den Patientinnen und Patienten zu unterbreiten
- Mutter-/Vater-/Eltern-/Kind-Behandlungen sollten gestärkt werden, um den Zugang für Eltern in weiterführende Angebote zu erleichtern.
- Durch Angehörigenarbeit können wieder „gesunde“ Kontakte aufgebaut werden. Dabei sollten Hilfen für das Familiensystem mit angeboten werden.
- Notfall- und Regelbehandlungen können passgenaue Angebote für die Patientinnen und Patienten bieten.
- Eine umfassende psychosoziale Beratung ermöglicht es Patienten, Entscheidungen über ihre weitere Lebensführung zu treffen.
- Ausführliche Information über Reha und alternative ambulante Weiterbehandlung sind wichtiger Bestandteil der QE und erleichtern weiterführende Angebote zur Teilhabe.

- Es sollten Wege zur medizinischen Versorgung geebnet werden, um den Patientinnen und Patienten frühzeitig bei ihren schweren Erkrankungen zu helfen und nach Möglichkeit dauerhafte weitere Behinderungen zu vermeiden.
- Selbsthilfegruppen sind ein wichtiger Bestandteil für Hilfsangebote und den Aufbau „gesunder“ Kontakte.
- Durch tagesstrukturierende Maßnahmen können die Patientinnen und Patienten wieder einen normalen Tagesablauf erlernen und damit Teilhabe ermöglicht werden.
- Durch Netzwerke kann den Patientinnen und Patienten passgenau geholfen werden.

Was bedeutet Teilhabe in der Rehabilitation?

- Es sollten Kooperationen zu Vereinen bestehen. Über andere Freizeitangebote wie Kinobesuche soll ein Zugang zu einer alternativen Freizeitgestaltung gefunden werden.
- Adaptionsbehandlungen sollten vermehrt gebahnt werden.
- Insgesamt sollte die Vermittlung in die Nachsorge zur Sicherung der Teilhabe gestärkt werden.
- Durch Praktika soll es den Patientinnen und Patienten ermöglicht werden, wieder Zugang zur Gesellschaft zu finden.
- Ferner ist ein Wiederaufbau von sozialen Kontakten wie Familie und Freundeskreis notwendig.

- Bei Multimorbidität ist der Zugang zur medizinischen Versorgung dringend erforderlich, um Teilhabe zu ermöglichen.
- Über passende Instrumente zur (Re)Integration in den Arbeitsmarkt soll der Zugang erleichtert werden, dazu gehören auch gute Eingliederungsvereinbarungen sowie Hilfen zur beruflichen Orientierung.
- Kontakte zu Selbsthilfegruppen sollten hergestellt werden.
- Wohnraumsicherung ist ein wichtiger Bestandteil zur Sicherstellung von Teilhabe.
- Der Alltag muss vorbereitet werden, damit die Dinge des täglichen Lebens wieder möglich werden.
- Über vermehrte Mutter-/Vater-/Eltern-/Kind-Behandlungen sollte dieser Personen-Gruppe der Zugang zur Rehabilitation erleichtert werden.
- Zentrales Instrument zur Stärkung der Teilhabe ist die Hilfe zu mehr Eigenverantwortung.

Fazit

Aktuell ist es weiter so, dass Teilhabe für Drogenabhängige schwierig ist. Sie sind wenig inkludiert. In der qualifizierten Entzugsbehandlung, aber auch später in der medizinischen Rehabilitation stehen häufig basale Themen im Vordergrund: die Behandlung schwerer körperlicher und psychischer Erkrankungen zur Überlebenssicherung sowie die Wohnraumsicherung. Dabei haben die Drogenabhängige bessere Chancen, ihren Weg zu finden, wenn sie an das Hilfesystem angebunden sind und gut über weiterführende Hilfen informiert sind. Daher ist dieses insbesondere in der qualifizierten Entzugsbehandlung wichtig. Umso eigenverantwortlicher ein drogenabhängiger Mensch ist, desto besser sind seine Chancen sich in die Gesellschaft zu (re)integrieren.

Ein wichtiges Instrument sind dabei auch die Selbsthilfegruppen und die Angehörigenarbeit. SHG und Angehörigenarbeit haben einen festen Platz in der qualifizierten Entzugsbehandlung und in der medizinischen Rehabilitation.

Besonders schwierig ist es für drogenabhängige Eltern mit ihren Kindern an gesellschaftlichen Prozessen teilzuhaben. Dabei haben dann nicht nur die Eltern, sondern auch und insbesondere die Kinder deutlich schlechtere Chancen, einen Weg aus dem sozialen Abseits zu finden. Dabei ist es besonders bedauerlich, dass die Angebote für Eltern mit Kindern sowohl in der qualifizierten Entzugsbehandlung als auch in der medizinischen Rehabilitation immer weiter aus finanziellen Gründen zurückgefahren werden.

Insgesamt wurde sehr deutlich, dass qualifizierte Entzugsbehandlung und die medizinische Rehabilitation – als ein weiterführendes Angebot – aufeinander aufbauen müssen, um Drogenabhängigen bei schlechten Bedingungen die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben zu ermöglichen. Auch die anderen Angebote müssen dabei mit einbezogen werden, beispielhaft Adaption, ambulante Nachsorge, ambulante psychotherapeutische Hilfestellungen, berufliche Reha.

Anlage 1 zu Arbeitsgruppe 3

Dr. Antje Niedersteberg

Was verstehen Patientinnen und Patienten in der qualifizierten Akutbehandlung unter Teilhabe und Eingliederung?

- Fragebogen-Aktion auf der Station 3d der LVR-Klinik Düren
- Zeitraum 01.11. -20.11.2016
- Station mit 16 Betten für Opiatabhängige
- Aufnahme über Warteliste
- Beikonsum- und Kompletentgiftung

Teilhabe durch Eingliederung, was bedeutet das?

Es bedeutet das Gegenteil von Ausgeschlossen sein und sollte in allen Bereichen des eigenen aber auch des „öffentlichen“ Lebens möglich sein. Sie, als Betroffene, müssen viele Hürden nehmen und geeignete Hilfen sind immer schwerer zu erhalten.

Daher würde uns Ihre Meinung interessieren, wie Sie Teilhabe und Eingliederungsmöglichkeiten erleben und bitten Sie, die vier gestellten Fragen durch Ankreuzen/Kurzkommentar zu beantworten (Die Sozialarbeiterin wird Ihnen sonst auch gerne Fragen zu Teilhabe beantworten):

Rücklauf: 17 Fragebögen (davon 2 unausgefüllt)	
männlich	10
weiblich	5
Alter	
<30:2;	2
<40:4;	4
<50:5;	5
>50:2;	2
kein Alter:	2
Langzeittherapiewunsch vor Aufnahme	3

Frage 1: Wie ist Ihre aktuelle Situation, gehen Sie einer Beschäftigung nach oder haben Sie eine gute Tagesstruktur?

Arbeitslos	12
Geringfügig beschäftigt	1
In Arbeit auf dem 1. Arbeitsmarkt	0
Hausfrau/Hausmann	3
Kinder/Kinderbetreuung	1
Lebe im eigenen Haushalt	8
Werde durch ambulant betreutes Wohnen unterstützt	4
Lebe in einer Wohngemeinschaft	2
Sonstiges:	
werde versuchen, mich selbstständig zu machen	1m
Tag ist größtenteils strukturiert	1w
bin mehr bei meinem Lebensgefährten	1w

Frage 2: Was sind Ihre aktuellen Behandlungsziele?

Beikonsumentgiftung und Rückkehr in die Substitution	5
Kompletentgiftung	10
Rückkehr an den Arbeitsplatz	3
Langzeit-Entwöhnungsbehandlung	5
Sonstiges:	
nach Umstellung auf Subutexin ein Beschäftigungsverhältnis eingetreten	1m
danach nach Hause	1w
Reduzieren der Methadon-Dosis	1w
Betreutes Wohnen bekommen	1m

Anlage 2 zu Arbeitsgruppe 3

Dr. Andreas Rhode

Teilhabe aus Sicht der Medizinischen Rehabilitation



Medizinische Rehabilitation

Teilhabe in der medizinischen Rehabilitation- I -

- Zentrale Aufgabe der Rehabilitationseinrichtungen
- Gerade berufliche Aspekte durch BORA weiter in den Fokus genommen
- Wichtiges Element ist ein selbstständiges, selbstverantwortetes Leben der Rehabilitanden

Dr. Andreas Rhode

Medizinische Rehabilitation

Teilhabe in der medizinischen Rehabilitation- II -

- Grundlage der Rehabilitation ist die ICF (International Classification of Functioning)
- Im Sinne der ICF ist Behinderung negative Wechselwirkung zwischen Erkrankung und Kontextfaktoren

Dr. Andreas Rhode

Medizinische Rehabilitation

Teilhabe in der medizinischen Rehabilitation- III -

- Funktional gesund sind nach ICF Menschen
 - Körperliche Funktionen und Strukturen entsprechen den anerkannten Normen
 - Sie alles tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird.
 - Sie sich in allen Lebensbereichen, wie es von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird, entfalten kann

Dr. Andreas Rhode

Medizinische Rehabilitation

Teilhabe in der medizinischen Rehabilitation- IV -

Allgemeines Ziel der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der im Einzelfall gebotenen Leistungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext üblich) erachtet werden. (aus Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen)

Dr. Andreas Rhode

Medizinische Rehabilitation Netzwerk Suchhilfe
Arbeitskreis für Psychiatrie

Teilhabe in der medizinischen Rehabilitation- V -

Instrumente zur Förderung der Teilhabe, die in der Fachklinik Release genutzt werden:

- Psychotherapie (Verhaltensänderung und Stabilisierung)
- Ergotherapie (Freizeitgestaltung, Regelung alltäglicher Dinge wie Ordnung)
- Arbeitstherapie (Steigerung der Leistungsfähigkeit, Übungen zur Schlüsselqualifikationen)
- Sport- und Bewegungstherapie (Ablenkungsmöglichkeiten, Freizeitgestaltung)
- Medizinische Behandlung (Gesundheitsförderung, Bearbeitung somatischer Begleiterkrankungen, Substitutionsbehandlung)
- Ernährung (Gesundheitsförderung)
- Edukative Gruppen (Psychoedukation)
- Sozialdienst (Bearbeitung sozialrechtlicher Fragestellungen)

**Der Patient wird immer in seiner Gesamtheit gesehen.
Die Summe seiner Symptome und Fähigkeitsstörungen ergibt noch nicht das Gesamtbild.
Jeder Patient hat Ressourcen, die es aufzudecken und zu fördern gilt.**

Dr. Andreas Rhode

Medizinische Rehabilitation Netzwerk Suchhilfe
Arbeitskreis für Psychiatrie

Teilhabe in der medizinischen Rehabilitation- VI -

Die medizinische Rehabilitation kann immer nur der „Startschuss“ sein.
Durch Behandlungszeitverkürzung von 26 Wochen auf 22 Wochen bleiben Themen unbearbeitet.
Durch enge personelle Ressourcen bleiben Themen unbearbeitet.

Nach der Rehabilitation gilt es weiterzuarbeiten

- Stationäre und/ oder ambulante Nachsorge
- Ambulante Psychotherapie
- Ambulantes betreutes Wohnen
- ...

Dr. Andreas Rhode

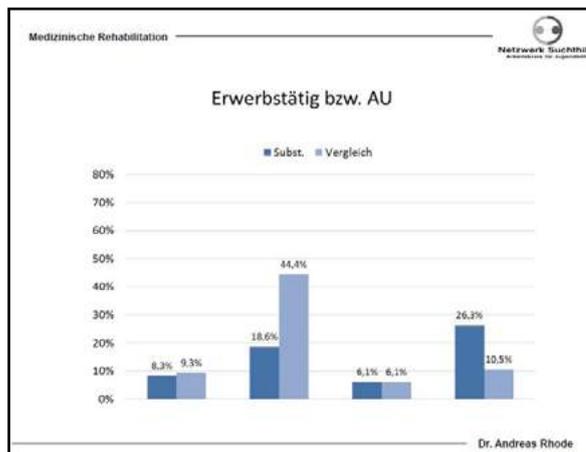
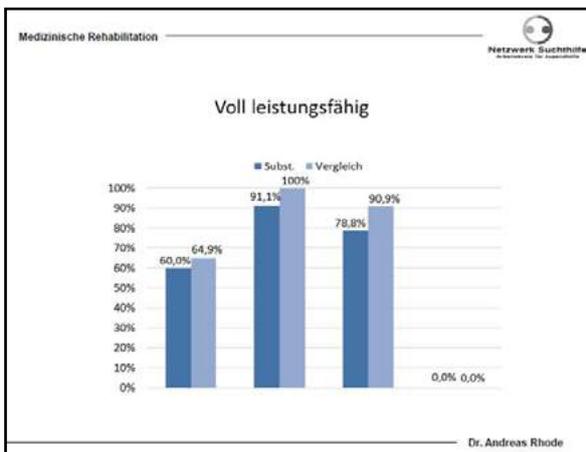
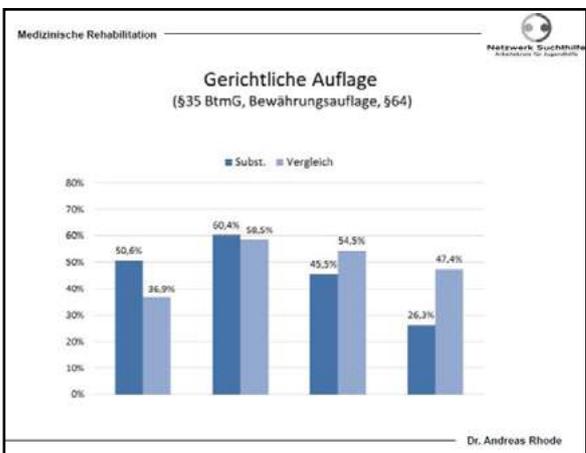
Medizinische Rehabilitation Netzwerk Suchhilfe
Arbeitskreis für Psychiatrie

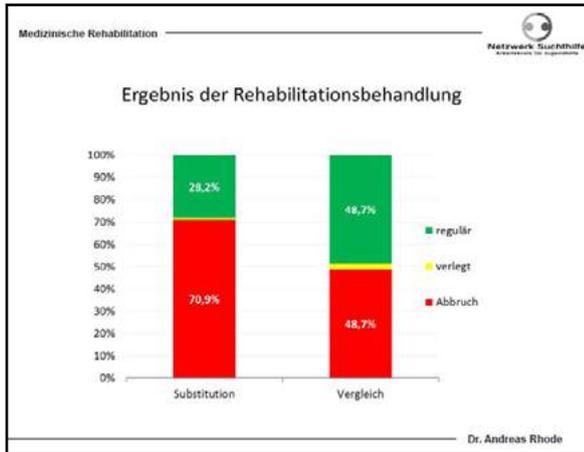
Teilhabe in der medizinischen Rehabilitation - Diskussionsgrundlage -

Ist die Rentenversicherung geeignet, Teilhabe in allen Bereichen zu finanzieren?
Sollen auch Menschen in Substitutionsbehandlung von Teilhabeleistungen in der Rehabilitation profitieren?
Sollen diese Menschen bei psychischen oder physischen Komorbiditäten abdosiert werden, auch wenn dieses gegen bestehende Empfehlungen ist?
Wo ist die Abgrenzung der medizinischen Rehabilitation zu anderen ambulanten und stationären Hilfeangeboten wie dem stationär betreuten Wohnen?



Dr. Andreas Rhode





- Medizinische Rehabilitation
- Netzwerk Suchthilfe
Netzwerk für Suchtgefährdete
- ### Zusammenfassung
- 227 substituierte, 156 nicht-substituierte Patienten
 - Ähnliches Profil der beiden Gruppen hinsichtlich Alter, Geschlecht, Mehrfachkonsum, Behandlungserfahrung, Erwerbstätigkeit.
 - Bei 37% der Substituierten wurde eine vollständige Abdosierung erreicht.
 - 28% schlossen die Rehabilitationsbehandlung ab.
 - Zum Vergleich: Substituierte in stationärer Opiatentgiftungsbehandlung erreichen zu 36% vollständige Entgiftung (multizentrische Studie mit 1092 Patienten; Specka, Buchholz, Kuhlmann, Rist, Scherbaum, *Eur Addict Res* 17:178-184).
 - Zur Einordnung: die Übergangsrate in eine stationäre Langzeittherapie beträgt bei stationären Opiatentgiftungen rund 14% (Specka et al., a.a.O.).
- Dr. Andreas Rhode



Fazit

Dr. med. Thomas Kuhlmann

Als wir uns zu Jahresanfang trafen um die diesjährige Fachtagung vorzubereiten, hatten wir das Thema und die Diskussionen auf der vorigen Fachtagung noch gut vor Augen: „Teilhabe – ein Rechtsanspruch auch für Drogenabhängige?! Vom Schlagwort zur Realität.“

Herr Dr. Ingo Ilja Michels aus dem Arbeitsstab der Bundesdrogenbeauftragten hatte persönlich an unserer Tagung teilgenommen und sich auch aktiv eingebracht. Im Anschluss an die Tagung hat er im Auftrag der Bundesdrogenbeauftragten eine Arbeitsgruppe initiiert, die die Einbeziehung Suchtkranker als eine der Zielgruppen des in Erarbeitung befindlichen Bundesteilhabegesetzes berücksichtigen sollte. Er hatte damals unsere Fachtagung ausdrücklich hervorgehoben. Diese Entwicklung bewog uns, das Thema Teilhabe weiter zu verfolgen und erneut zum Tagungsthema zu machen.

Dass Herr Dr. Michels sofort bereit war, das externe Hauptreferat zu halten und als er erkrankte Frau Gaby Kirschbaum unverzüglich eingesprungen ist, drückt auch eine Anerkennung für unsere Hartnäckigkeit aus, gemeinsam aktuelle und zentrale Themen zu erörtern, die uns in allen Bereichen des Hilfesystems betreffen mit dem Ziel, keinen durch die Selektion auszugrenzen und unbeachtet liegen zu lassen, sondern gemeinsam nach Möglichkeiten zu suchen, allen Betroffenen im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe soweit wie möglich Unterstützung zukommen zu lassen.

Die heutigen Diskussionen haben eindrucksvoll gezeigt, wie wichtig auch theoretisch und formell erscheinende Diskussionen und Regelungen für die konkrete Praxis sind und wie wichtig es auch für uns in der Praxis ist zu verstehen, unter welchen Rahmenbedingungen in Bundesministerien und übergeordneten Behörden gearbeitet wird: Der Hinweis von Frau Kirschbaum auf den Abstimmungsbedarf des BMG mit - ich meine - zehn anderen Bundesministerien je nach konkretem Thema, die Einbeziehung des BMG in internationale Gremien und der erforderliche Abstimmungs-

bedarf mit den Landesministerien aufgrund der Länderzuständigkeit für Gesundheitspolitik, all diese Hinweise haben mich nachdenklich gemacht und unterstreichen nachdrücklich, wie viele wirksame Initiativen vom BMG ausgegangen sind, um der Drogenpolitik neue Anstöße zu geben, Überlebensrettung und Lebensqualität in den Vordergrund zu rücken und visionäre Ziele wie abstinenzgestützten Lebensstil in Zufriedenheit nicht aufzugeben, sondern als allgemeine grundsätzliche Perspektive im Hinterkopf zu behalten, jedoch nicht als konkretes Behandlungsziel: Das muss 1. Überlebenssicherung, 2. Festigung der Lebensqualität und dadurch 3. weitestmögliche Teilhabe sein. Weitestmöglich – nicht mehr und nicht weniger, d. h. manchmal abstinenzgestützt, manchmal anders.

In den Arbeitsgruppen ist deutlich geworden, wie unterschiedlich und zum Teil auch defensiv der Begriff Teilhabe verstanden wird. Mitunter ist auch in den Köpfen von Vertreterinnen und Vertretern des Hilfesystems der Begriff Teilhabe gleichgesetzt mit maximaler Integration in allen Bereichen. Das ist zu kurz gegriffen – Teilhabe fängt mit dem Überleben an, Teilhabe ist auch relevant in Drogenkonsumräumen, in Kontaktstellen, in Obdachlosenunterkünften, selbstverständlich ebenso in der medizinischen Rehabilitation und danach. Erst wenn wir akzeptieren und auch beanspruchen, dass Teilhabe für jeden Betroffenen gilt und damit in allen Bereichen des Hilfesystems, können wir von diesem Fundament aus gemeinsam einfordern, auch Drogenabhängige nicht auszugrenzen, sondern in ihrer Teilhabeberechtigung – und das heißt natürlich auch in ihrer Mitwirkungsverantwortung – zu unterstützen. Eben stets soweit wie möglich. Nicht mehr und nicht weniger.

Die lebendigen Diskussionen und der gute Zuspruch zu dieser Fachtagung stimmen uns optimistisch, dass wir auf dem richtigen Weg sind. In diesem Sinne Ihnen allen eine gute Weihnachtszeit, einen guten Rutsch und bis spätestens zur nächsten Fachtagung in zwei Jahren.

Referentinnen und Referenten

Gerd Engler

Caritas-Beratungsstellen für Suchtfragen Kleve
Hoffmannallee 66a-68
47533 Kleve

Prof. Dr. Petra Franke

LVR-Klinikum Düsseldorf/Kliniken der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Bergische Landstraße 2
40629 Düsseldorf

Friedhelm Kitzig

Landschaftsverband Rheinland
LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und
Innovationsmanagement
50633 Köln

Gaby Kirschbaum

Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstr. 108
10117 Berlin

Christian Köhler

Drogenberatung DROBS Dortmund
Schwanenwall 42
44135 Dortmund

Dr. Thomas Kuhlmann

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach
Schloderdicher Weg 23a
51469 Bergisch Gladbach

Dr. Antje Niedersteberg

LVR-Klinik Düren
Meckerstr. 15
52353 Düren

Dr. Andreas Rhode

Fachklinik Release
Merschstr. 49
59387 Ascheberg-Herbern

Renate Steinert

LWL-Klinik Münster
Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30
48147 Münster

Dr. Monika Wielant

LVR-Dezernat Soziales
Medizinisch-psychologischer Fachdienst
50663 Köln

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement

Siegburger Str. 203, 50679 Köln

Tel 0221 809-6947