

fdr Positionspapier »Fallmanagement Sucht«

zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Substanz- oder Verhaltensproblemen

Das Problem

In Deutschland wurden pro Kopf der Bevölkerung 2010 9,6 l reiner Alkohol getrunken. Der Staat nimmt etwa 3,3 Milliarden € aus Alkoholsteuern jährlich ein. Über 6 Millionen Menschen konsumieren Alkohol in riskanter Weise (> 20/30 g Reinalkohol pro Tag), 1,5 Millionen sind von Alkohol abhängig. Schätzungsweise 1,4 bis 1,5 Mio. Menschen sind abhängig von Medikamenten mit Suchtpotenzial, darunter 1,1 - 1,2 Mio. Menschen von Benzodiazepinderivaten. Bis zu 750.000 Personen haben einen problematischen Cannabiskonsum, weitere 300.000 Menschen sind von Kokain, Heroin oder Amphetaminen abhängig. Etwa 240.000 Personen zeigen ein pathologisches oder problematisches Glücksspielverhalten.

Etwa 750.000 Menschen suchen wegen Substanz- oder verhaltensbezogener Probleme Hilfe in Beratungsstellen oder psychiatrischen Einrichtungen. Für die Behandlung stehen rund 1000 tagesklinische Plätze sowie 13.200 Betten in stationären Therapieeinrichtungen zur Verfügung. Hinzu kommen die Angebote psychiatrischer Krankenhäuser. Jeweils 12.000 Plätze im ambulant betreuten Wohnen sowie in Heimen der Sozialhilfe und 4.800 in Arbeitsprojekten kennzeichnenden Bereich der Eingliederungshilfe und der Arbeitsförderung..

Die Analyse

Aus diesen Zahlen sind deutliche **Diskrepanzen** zwischen den Problem- und den Hilfedimensionen ersichtlich. Dennoch ist das System der rehabilitativen Suchthilfe sozialpolitisch inzwischen aus dem Fokus geraten und muss strukturell und konzeptionell besser ausdifferenziert werden. Es gilt, unterschiedliche **Zielgruppen** der Suchthilfe früher zu erreichen, um weiterführende Hilfen mit dem Ziel der Teilhabe nachhaltig vermitteln zu können

Die (nicht nur) rechtlichen Grundlagen

Das Recht abhängigkeitskranker Menschen auf Hilfe ist in verschiedenen **Sozialgesetzen** verankert:

- Gesundheitsförderung (Gesetze über öffentliche Gesundheit),
- Unterstützung bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit und Sicherung des Lebensunterhaltes (SGB II),
- Behandlung von Krankheit und Rehabilitation zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (SGB V und VI),
- Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe (SGB IX),
- Führung eines menschenwürdigen Lebens (SGB XII),

Betroffene müssen einen einfachen und akzeptablen **Zugang zum Hilfesystem** finden, was voraussetzt, dass die Abhängigkeitserkrankung von Behandler/-innen erkannt und von den Betroffenen akzeptiert wird.

Abhängigkeitserkrankungen verursachen Kosten: Das Robert-Koch-Institut in Berlin hat die gesellschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums auf fast 20 Milliarden € beziffert. Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. schätzt die Kosten der Drogenabhängigkeit auf rund 2,5 Milliarden €.

Menschen, die durch die differenzierten Angebote der Suchthilfe ihre Suchtkrankheit erfolgreich überwinden konnten, verursachen kaum noch gesellschaftliche Kosten, zahlen aber nach Aufnahme einer versicherungspflichtigen Tätigkeit wieder Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Sie tragen also dazu bei, die Kosten der eigenen Behandlung einerseits durch Steuerzahlungen, andererseits durch Beitragszahlungen an die Solidargemeinschaft der Versicherten wieder zu erstatten.

Das setzt aber voraus, dass Hilfen umfassend in einem Verbundsystem bereitstehen und finanziert werden. Kürzungen in einem Hilfebereich haben immer Auswirkungen auf andere Bereiche, z.B. wenn Menschen nach einer medizinischen Rehabilitation zwar erwerbsfähig sind aber mangels ausreichender Förderung keine Arbeitsförderung erhalten.

Die erforderlichen Schritte

Erfahrungen und die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitungen des **Reha-Fall-Managements** und des **Case Managements** belegen, dass eine konsequente, **Aufsuchende Arbeit** und **nachgehende psychosoziale Betreuung** von Klienten zum einen den Zugang und zum anderen die Haltequote im Verbundsystem der Hilfen wesentlich erhöht. Es gilt, zur Erreichung dieser Zielsetzungen das Handlungskonzept **Case Management** differenziert in der Suchthilfe zu implementieren

Exkurs: Case-Management

Case Management ist kein therapeutisches Konzept, sondern eine professionelle Verfahrensweise oder Dienstleistung, die einen Versorgungszusammenhang er- und bearbeiten will. Damit wird ein Arrangement angestrebt, in dem Klienten/-innen, die sich in Problem- bzw. Notlagen befinden, mit dem Hilfesystem und weiteren Ressourcen, also verschiedenen zur Verfügung stehenden Angeboten und Hilfen, sinnvoll verbunden werden.

Der Unterschied zur klassischen Einzelfallhilfe ist durch verschiedene Aspekte gekennzeichnet: Zum einen wird die Arbeitsbeziehung zwischen Fachkraft und Klient/-in derart neu definiert, dass Klienten/-innen stärker als Partner in einem gemeinsam definierten Prozess verstanden wird, dessen Ressourcen wesentliche Berücksichtigung erfahren und der an allen Entscheidungen und Maßnahmen intensiv beteiligt wird.

Zum anderen fokussiert die Methode auf der Ebene des Einzelfalls auf bedarfsorientierte Hilfe-Planung sowie eine laufende Überprüfung und Kontrolle sowohl des eigenen Handelns als auch der Beiträge aller Prozessbeteiligten und von Eignung bzw. Erfolg der Maßnahmen. Case Management kann zwar eigene Hilfeleistungen umfassen, legt den Schwerpunkt jedoch auf Abstimmung, Koordination und Steuerung des Gesamtprozesses - in Zusammenarbeit mit allen an einem Fall beteiligten staatlichen Hilfen, professionellen und privaten Helfern. Untrennbar mit der Methode verknüpft ist eine Transparenz sichernde Dokumentation, die u.a. Zwischen- und Abschlussevaluationen der Arbeit ermöglicht. Ziel ist die optimal effektive und gleichermaßen effiziente Hilfe.

Nach: Schu 2001

Die folgenden Fragestellungen sind dabei handlungsleitend für eine neue Ausrichtung der Hilfebereiche des Verbundsystems:

1. Wie können Betroffene - auch bereits im Stadium der Suchtgefährdung - besser erreicht und in weiterführende Hilfen vermittelt werden?
2. Wie lässt sich bei den unterschiedlichen Zielgruppen die erforderliche Haltungs- und Verhaltensänderung durch vernetztes Vorgehen und die konsequente Anwendung der motivierenden Gesprächsführung erreichen?
3. Wie lässt sich der Prozess der Rehafähigkeit durch die Anwendung entsprechender transdisziplinärer Assessmentverfahren erfolgreicher durchführen?
4. Wie lassen sich die Kooperation und Vernetzung der Suchthilfe mit den Leistungs- und Kostenträgern, insbesondere mit der Agentur für Arbeit und den Jobcentern verbindlich und wirkungsvoll etablieren?

Case Management ist im „Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit“ des Bundesministeriums für Gesundheit in den Jahren 1995 bis 2000 erprobt und als geeignet angesehen worden. vor allem in Bezug auf Zielgruppenerreichung / Zugangseröffnung, nachgehende Arbeit, personenzentrierte Gestaltung von Hilfe einschließlich der Zuschaltung weiterer Dienste, der Delegation von Aufgaben und der Koordination des Gesamtgeschehens. Im Rahmen von Case Management konnten massiv beeinträchtigte, die Suchthilfe nicht (mehr) nutzende Klienten/-innen vom Hilfesystem (wieder) erreicht und durch laufende Begleitung und Fallsteuerung bei der Inanspruchnahme so erfolgreich unterstützt werden, dass sie von den Hilfen tatsächlich profitieren konnten.

Das Kernelement von Case Management, die Hilfeplanung, ist ein geeignetes System für umfassende Planung und Klienten/-innenbeteiligung sowie die fallbezogene Steuerung und Abstimmung von Hilfen. Sie hilft, den Überblick zu behalten und die Verbindlichkeit von Absprachen zu steigern. Hilfeplanung erwies sich darüber hinaus als ein gutes Instrument zu Qualitätsentwicklung und -sicherung, indem Sinnhaftigkeit, Angemessenheit und Effektivität der eigenen Leistungen sowie der weiteren Planungen und Vermittlungen laufend überprüft werden. (nach: Schu 2001)

Damit das Handlungskonzept „Case Management“ fachlich konsequent umgesetzt werden kann, müssen die folgenden Voraussetzungen gegeben sein:

- Im Rahmen der Verbesserung der Versorgungsorganisation werden Leistungen für die gesundheitliche, psychosoziale Versorgung der Bevölkerung, also auch Leistungen der Suchthilfe, in **Gesundheitszentren** zusammengefasst, in denen sich das Konzept Case Management **transdisziplinär** (Ärzte, Psychologen, Fachkräfte der Sozialen Arbeit, qualifizierte Schuldnerberater/innen....) umsetzen lässt.
- Da eine Leistung zur Rehabilitation Suchtkranker von der Rentenversicherung erst ab Bewilligung vergütet wird, ist die Vergütung der vorhergehenden Leistungen Aufgabe der **gesetzlichen Krankenversicherung**. Sie beginnt mit der **Diagnose: Abhängigkeitserkrankung**.
- Case Management in der Suchthilfe ist - wie in der Behindertenhilfe auch - der UN-Konvention der **Inklusion**¹ verpflichtet und hat die **ICF zur Grundlage**
- Suchthilfeträger und an der Versorgung Suchtkranker Beteiligter sind in **regionalen Netzwerken** organisiert, um finanziell **verbindlich vereinbarte Hilfepläne** zügig umzusetzen.
- Grundlagen der Hilfeprozesse in den einzelnen Bereichen des Verbundsystems sind die Ergebnisse entsprechender **Assessments**, in die die Klienten im Sinne der eigenverantwortlichen Mitwirkung einbezogen wurden.
- Im Rahmen der unterschiedlichen Hilfe-Prozesse sind **verantwortliche Übergaben/ Vermittlungen** an den Schnittstellen sicherzustellen.

¹ **Inklusion** wird dadurch verwirklicht, dass jeder Mensch in seiner Individualität von der Gesellschaft akzeptiert wird und die Möglichkeit hat, in vollem Umfang an ihr teilzuhaben. Unterschiede und Abweichungen werden im Rahmen der sozialen Inklusion bewusst wahrgenommen, aber in ihrer Bedeutung eingeschränkt oder aufgehoben. Ihr Vorhandensein wird von der Gesellschaft weder in Frage gestellt noch als Besonderheit gesehen. Das Recht zur Teilhabe wird sozialethisch begründet und bezieht sich auf sämtliche Lebensbereiche, in denen sich alle barrierefrei bewegen können.

- Eine **evaluierte Erfolgskontrolle** auf der Grundlage von **QE/QM** ist verpflichtend

Perspektiven

Der fdr+ verbindet mit der Vorlage des Positionspapiers folgende Perspektiven für die nächsten fünf Jahre:

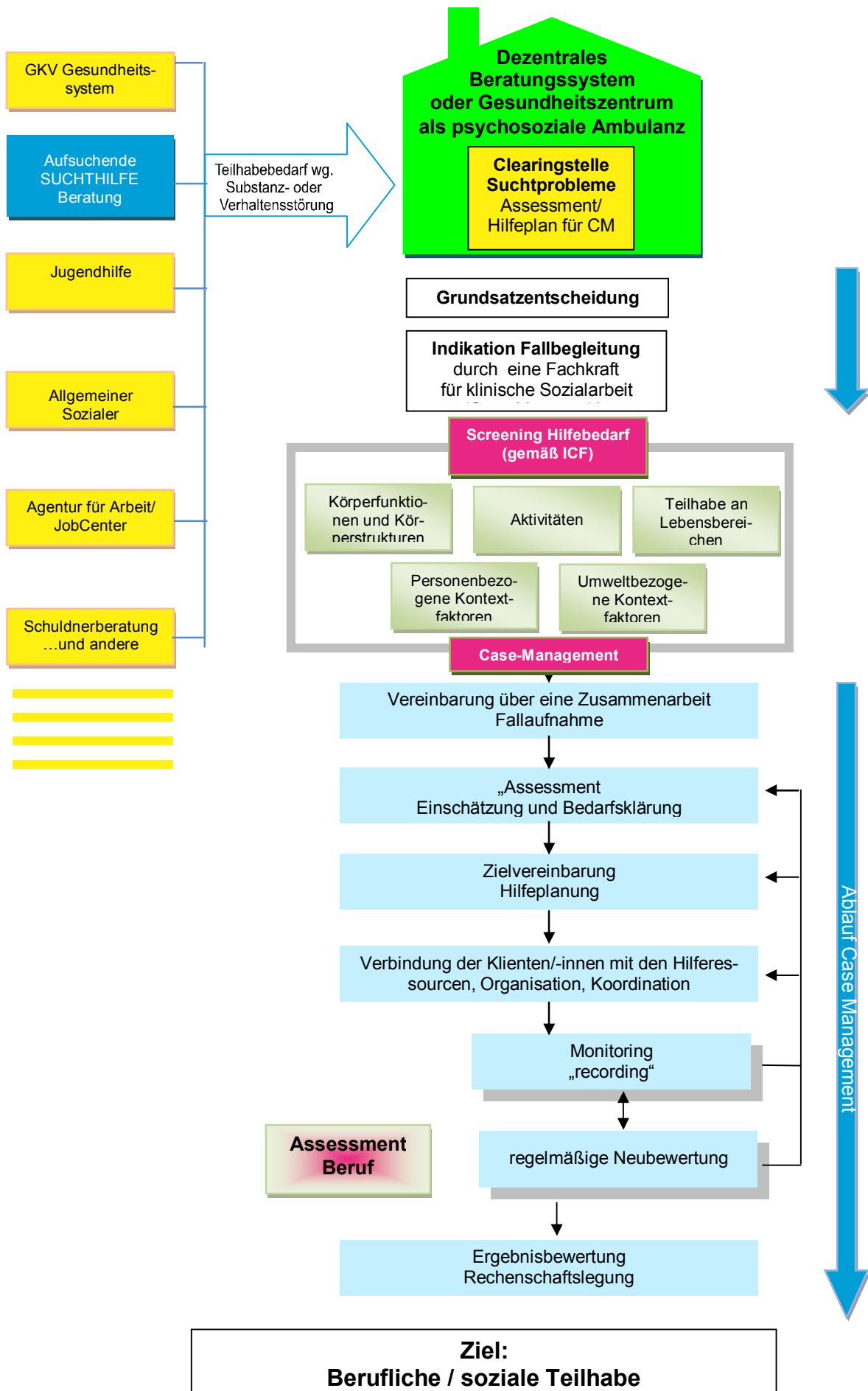
- Schaffung von Gesundheitszentren
Psychozialer Beratungsstellen sind auf kommunaler Ebene in Gesundheitszentren zusammengefasst
- Sicherung der Finanzierung
Die ambulante Suchthilfe wird durch kommunale und Landes-Zuschüsse, die Gesetzliche Krankenversicherung ab der Diagnose „Abhängigkeitserkrankung“, Leistungen der Grundsicherung auf der Grundlage von Fachleistungsstunden finanziert
- Fortbildung
Fachkräfte sind z.B. in Motivierender Gesprächsführung, Case-Management, Diagnostik oder »Fachkunde Psychoziale Betreuung« weitergebildet.

Finanzierung

Grundlage der Finanzierung des Fallmanagements sind Fachleistungsstunden. Eine dem fdr+ vorliegende Berechnung geht von tatsächlichen Kosten der Fachleistungsstunde - auf Grundlage eines Personalmix, bereinigt um Fehlzeiten und ergänzt um Sachkosten - in Höhe von 54 € aus. Die Deutsche Suchthilfestatistik liefert die Zahl der Klienten/-innenkontakte differenziert nach Diagnosen. Zur Vereinfachung des Verfahrens wird jeder Kontakt mit einer Fachleistungsstunde angesetzt. Daraus ergibt sich folgende Berechnung.

Hauptdiagnose	Ø Kontakte	X Fachleistungsstunde á 54 €	
F10 Alkohol	13,5	729,00 €	
F11 Opioide	17,2	928,80 €	
F12 Cannabinoide	8,6	464,40 €	
F13 Sedativa/ Hypnotika	13,1	707,40 €	
F14 Kokain	11,7	631,80 €	
F15 Stimulanzien	9,2	496,80 €	
F16 Halluzinogene	9,3	502,20 €	
F17 Tabak	7,3	394,20 €	
F18 Flüchtige Lösungsmittel	7,2	388,80 €	
F19 And. psychotrope Substanzen	14,1	761,40 €	
F50 Essstörungen	13,4	723,60 €	
F63 Pathologisches Spielen	9,9	534,60 €	= maximale Falkosten

Die Übersicht



Literatur

Aktion Psychisch Kranke; (Hrsg.); 2003; Die Zukunft hat begonnen - Personenzentrierte Hilfen Erfahrungen und Perspektiven (APK-Band 30), Internet: http://www.apk-ev.de/publikationen/apk_band_30.pdf; Zugriff am 17.10.2012

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; -Hrsg.-; (2006); Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen; Schriftenreihe Heft 12; Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.; (Hrsg.); (1997); Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe : Schwerpunkt Drogenarbeit; Geesthacht: Neuland,

Pfeiffer-Gerschel, T. (et al.)(2010): Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD, DEUTSCHLAND. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen, Drogensituation 2010/2011. München (u.a.). Internet: http://www.dbdd.de/images/dbdd_2010_bericht/germany_reitox_report_2010_deutsch.pdf; Zugriff: 01.03.2012.

Schu, M., Case Management und Hilfeplanung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe, in SUCHT AKTUELL 1/2001, S. 33-37. 1

Version 1: 1. März 2012 / Version 2: 15. Juni 2012 / Version 3: 17. Oktober 2012 / Version 4 vom 17. Dezember 2012 / Version 5 vom 31. Januar 2013