

PARADIGMENWECHSEL IN DER SUCHTHILFE? EIN BEITRAG DER DG-SAS ZUR PROFILIERUNG DER SOZIALEN ARBEIT

Nadja Wirth, Knut Kiepe, Bernd Röben, Wolfgang Rometsch

ABSTRACT

Die Drogen- und Suchthilfe stellt mit ihren breitgefächerten Angeboten von je her eine der zentralen Disziplinen der Sozialen Arbeit dar. So wie die Zielgruppen der Suchthilfe einen Querschnitt durch die Bevölkerung darstellen, fächern sich auch deren einzelnen Segmente auf. Entsprechend den Bedarfen von Individuen werden zielgruppenspezifische Angebote der Prävention, Niedrigschwelligkeit, Beratung bis hin zur ambulanten sowie stationären Therapie und Nachsorge vorgehalten.

Was tut sich in der Suchthilfe? Wie stellt sich das Handlungsschema in der Suchthilfe fachbereichsübergreifend dar? Welche Paradigmenwechsel wurden von Fachkräften der Sozialen Arbeit als Fortentwicklung selbst vorangetrieben? Wo haben sie – z.B. aus wirtschaftlichem Druck – aus der Not eine Tugend gemacht? Welchen Tendenzen gilt es gegenzusteuern?

Diese und andere Fragen werden beispielhaft an jeweils einem aktuellen Beispiel aus der selektiven Suchtprävention, der Niedrigschwelligkeit und der (ambulanten und stationären) Therapie zur Diskussion gestellt. Die Moderation übernimmt Wolfgang Rometsch.

Frühintervention – von der „Fremd- zur Eigenmotivation“

Nadja Wirth, LWL-Koordinationsstelle Sucht (Münster)

Angebote der Frühintervention richten sich an Risikogruppen und gehen oftmals nach dem Grundsatz „auf eine Auffälligkeit folgt eine Intervention“ vor. Dabei wurde ein Paradigmenwechsel vollzogen, so dass Freiwilligkeit nicht mehr die unbedingte Voraussetzung für Beratung sein muss. Das Projekt „FreD – Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten“ und seine europäische Weiterentwicklung „FreD goes net“ verdeutlichen einen Zugangsweg von Jugendlichen in Beratungsstellen zunächst unter Druck. Trotzdem – oder genau deswegen - wird das Ziel erreicht, dass junge Menschen selbstverantwortlich/er mit Substanzen umgehen können und auf diese Weise die Soziale Arbeit einen Beitrag zur Chancengleichheit leistet.

Niedrigschwelligkeit – der „Schlüssel“ zum Kunden

Knut Kiepe, Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe GVS (Berlin)

Niedrigschwelligkeit bedeutet die zielgruppenorientierte Herabsetzung oder Beseitigung von Schwellen bzw. Barrieren zur Wahrnehmung eines Angebotes.

Alltagsorientierung, „Geh-Struktur“, Rückzugsmöglichkeiten ... sollen die vielfach vorhandenen bürokratischen, finanziellen und personellen Barrieren von konventionellen oder Regelangeboten abbauen.

In der Suchthilfe sind u.a. Einrichtungen wie Kontaktcafés, Beratungsstellen, Konsumräume, besonders auch Streetwork und mobile Angebote niedrigschwellig ausgerichtet.

Suchttherapeutische Angebote - alles Kombi?!

Bernd Röben (Fachkliniken Holte-Lastrup und Emsland)

Als Reaktion auf veränderte Anforderungen und Ansprüche der Klienten sowie der Kostenträger hat sich die strukturelle und inhaltliche Ausgestaltung der Suchtbehandlung in den letzten Jahren im Rahmen eines Qualitätsentwicklungsprozesses erheblich fortentwickelt. Die damit einhergegangen gewachsenen Anforderungen an Standards in Bezug auf differenzierte und gleichzeitig integrierende Therapiekonzepte und Managementanforderungen werden dabei von den Mitarbeitern – insbesondere den Sozialarbeitern in der Suchthilfe - vor dem Horizont von gestiegenem Kostenbewusstsein und Sparbemühungen der öffentlichen Hände professionell erbracht.

Diese AG wird von der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) angeboten.



FreD (goes net)
Frühintervention bei erstauffälligen
Drogenkonsumenten:
Von der Fremd- zur Eigenmotivation

Bundeskongress Soziale Arbeit

Dortmund, 25.09.2009

www.fred-projekt.de



Ausgangslage in 2000 für das
Bundesmodell FreD



- Die Gruppe der riskant Drogen konsumierenden Jugendlichen ist erheblich.
- Es gibt ein Problem beim Zugang dieser Jugendlichen zum Hilfesystem.
- Spezifische, auf Drogen konsumierende Jugendliche zugeschnittene (Frühinterventions-)Angebote fehlen.
- 1999 / 2000 erfolgten rd. 100.000 Einstellungen nach § 31 a BtmG (Absehen von Strafe).
- Der Zeitpunkt der Auffälligkeit für eine gesundheitsbezogene Intervention sollte genutzt werden.



FreD Leitgedanke

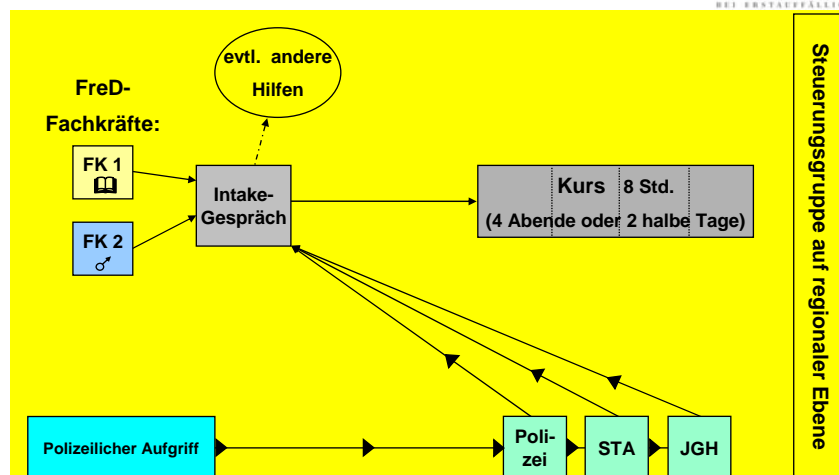


Jungen Menschen, die (zum ersten Mal) mit ihrem Drogenkonsum polizeilich auffällig werden, ein kurzes und spezifisches Gruppen-Angebot zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten unterbreiten.

Sie können an dem Angebot freiwillig oder durch eine Weisung teilnehmen.



Ablauf



Inhaltliche Einordnung von FreD



- Frühintervention
- Kurzintervention
- Selektive / indizierte Prävention
- Kooperationsprojekt



Methodischer Hintergrund



- Phänomen der Ambivalenz
- **Motivierende Gesprächsführung** (Miller & Rollnick)
- Transtheoretisches Modell (Prochaska und DiClemente)
- Salutogenese
- Konzept der Risikokompetenz
- Themenzentrierte Interaktion
- Diagnoseverfahren
- **Phasen der Gruppenarbeit**



Kurs Ziele und Inhalte



- Vorstellung und Kennenlernen – **Vertrauen** aufbauen, positive Gruppen-Atmosphäre schaffen
- **Wissen** erhöhen
 - o über Drogen und rechtliche Aspekte
- **Selbstwahrnehmung** fördern
 - o bzgl. Konsummustern und dem Umgang mit Gefühlen
- Sich persönliche **Ziele** setzen und (realistische) Wege wissen, wie diese zu erreichen sind
- über **Unterstützungsmöglichkeiten** Bescheid wissen (innerhalb und außerhalb des Hilfesystems)



Paradigmenwechsel innerhalb der sozialen Arbeit in der Suchthilfe (1)



„Beratung kann nur auf komplett freiwilliger, eigenmotivierter Basis gelingen.“

versus

„Druck kann die konstruktive Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsum erst möglich machen.“



Paradigmenwechsel innerhalb der sozialen Arbeit in der Suchthilfe (2)



„Von Vertretern/innen der Repression (Polizei / Justiz) halten wir uns fern.“

versus

„Unter Wahrung und Akzeptanz der jeweiligen Grundhaltungen werden Kooperationen mit Polizei / Justiz aufgebaut, um Zugänge bzw. Vermittlungen konsumierender Jugendlicher zu gewährleisten.“



Evaluation (1) FreD Teilnehmer/innen Modellphase



Die Teilnehmer/innen waren ...

- überwiegend männlich (86,9%)
- durchschnittl. 17,7 Jahre alt (rund 7 Jahre frühere Erreichung als durchschnittl. in der Drogenhilfe)
- meist Schüler (48,6%) oder Auszubildende (23,4%) und
- lebten überwiegend bei ihren Eltern (83,1%).



Evaluation (2): Nachbefragung der TN / Wirkfaktoren

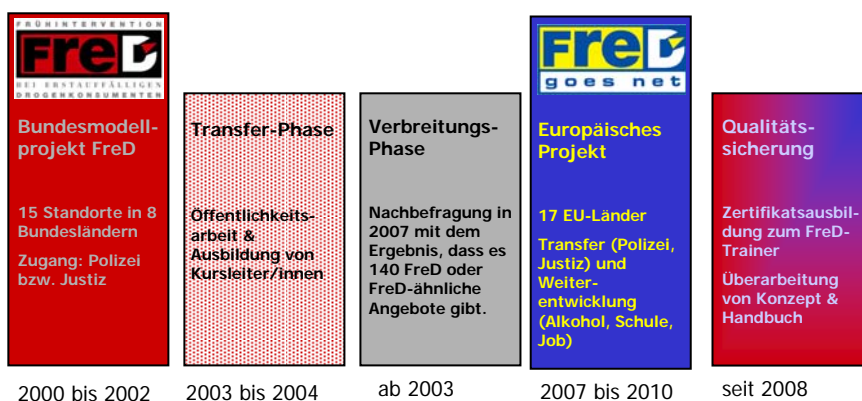


Ca. 6 Monate nach Beendigung des Kurses:

- Bei 2/3 der TN hat sich die Einstellung zum Drogenkonsum verändert.
- Die Hälfte hat noch mind. 1 x illegale Drogen konsumiert.
 - davon: 73% weniger, 6% mehr, 21 % unverändert
- 4,9 % sind erneut mit Drogen strafrechtlich aufgefallen.
- 6,5% haben weiterführende Angebote in Anspruch genommen.
- 87,5 % der Befragten waren mit dem Kursangebot gut oder sehr gut zufrieden.



Die Entwicklung des FreD-Projektes



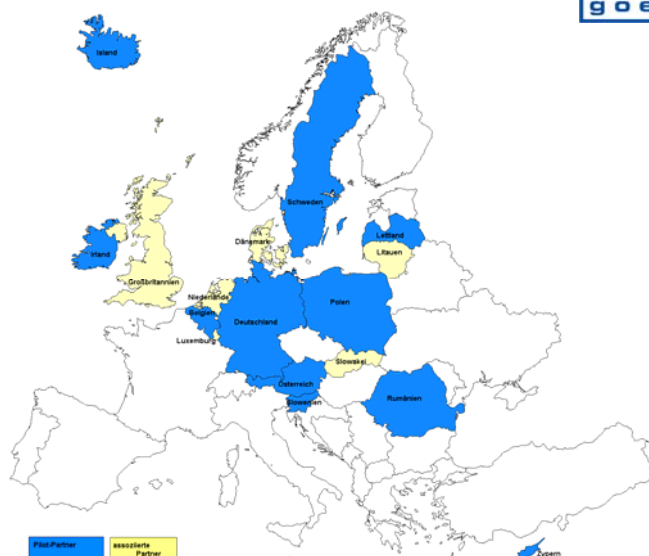
FreD Deutschland ↔ FreD goes net



	FreD Deutschland	FreD goes net
Dauer	10/2000 bis 12/2002, Transfer: 2003 + 2004	11/2007 bis 10/2010
Zielgruppe	14 – 21-jährige, die auffällig geworden sind mit illegalen Drogen (hauptsächlich Cannabis)	14 – 21-jährige, die auffällig geworden sind mit illegalen Drogen oder Alkohol
Zugangswege	Justiz / Polizei	Justiz / Polizei, Schule, Job (oder andere)
Intervention	Früh- und Kurzintervention in Form eines Vorgesprächs mit Gruppenangebot über 8 Std.	



Projektpartner bei FreD goes net



„Pilot“- (blau) und assoziierte Partnerländer (gelb)

Zugangswege zu FreD in Partnerländern



Kombination: Schule - Polizei bzw. Justiz:

Belgien, Irland, Island, Lettland, Österreich, Polen, Slowenien, Rumänien

Kombination: Schule - Arbeitsplatz:

Deutschland

ausschließlich Polizei bzw. Justiz:

Schweden und Zypern

„ohne legale Drogen“:

Österreich und Zypern



FreD goes net – Zwischenbilanz: Zahlen



- Mit Stand Juni 2009: 87 FreD-Trainer/innen zertifiziert (27 europäische und 51 deutsche Fachkräfte);
- Europäisches FreD goes net-Handbuch in Arbeitsversion sowie entsprechende „deutsche Ausgabe“ erstellt;
- FreD in 10 europäischen Ländern implementiert;
- bis Ende August 2009:
 - 560 Vorgespräche
 - 368 abgeschlossene Kursteilnahmen.



FreD goes net – Zwischenbilanz: Grundsätzliches



- Zentrale Voraussetzung für erfolgreiche Implementierung: gemeinsamer Gestaltungswille sowie Aufbau und Pflege von Kooperationsstrukturen.
- Jugendliche brauchen einen persönlichen Nutzen durch die Teilnahme am Kurs.



FreD goes net – Zwischenbilanz: Beispiel Setting „Schule“ (1)



- **Deutschland** gehört zu den Ländern mit erheblichen Stolpersteinen bei Implementierung im Setting „Schule“
 - Fehlende/s Regelwerk bzw. Interventionsketten bei Substanzauffälligkeit (bzw. nur „auf dem Papier“);
 - Fehlendes Wissen zu Konsum sowie Handlungsunsicherheit bei Lehrern/innen;
 - In NRW erschwert zudem der gemeinsame Runderlass verschiedener Ministerien zur „... Bekämpfung der Jugendkriminalität“ (2007) den Zugang zu riskant konsumierenden Jugendlichen mit einer pädagogischen Intervention.



FreD goes net – Zwischenbilanz: Beispiel Setting „Schule“ (2)



- Verbindende Elemente in Partnerländern, wo Setting „Schule“ gut umgesetzt wird:
 - Erziehungsauftrag der Schule bei Politik und Lehrern/innen „verinnerlicht und gelebt“; Niederschlag als Interventionsketten in (nationalen) Gesetzen oder Erlassen (z.B. Polen);
 - Unterstützung durch eine „dritte Partei“: gemeinsame Herangehensweise um Handlungssicherheit zu geben
 - o schulbegleitender Dienst (Belgien);
 - o Eltern (Irland, Slowenien);
 - o Psychologen/innen (Rumänien).



FreD (goes net) – Zukunft



- Beginn der Transferphase in FreD goes net
 - Endgültige Version des europäischen Handbuchs
 - Transferseminare
 - Gewinnung weiterer Standorte
- Qualitätssicherung
 - Zertifizierung europäischer und deutscher FreD-Trainer/innen
 - Jährliche Austauschtreffen





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Kontakt:

LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster

Projekt FreD goes net

Wolfgang Rometsch

Nadja Wirth

0251/591-5382

nadja.wirth@lwl.org

www.fred-goes-net.org

www.fred-projekt.de

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Niedrigschwelligkeit – Der Schlüssel zum Kunden

Impulsvortrag – Knut Kiepe

25. September 2009 – Dortmund



GESAMTVERBAND FÜR
SUCHTKRANKENHILFE
im Diakonischen Werk der
Ev. Kirche in Deutschland e.V.

Diakonie

Niedrigschwelligkeit ...

- Was ist das?
- Allgemeine Kriterien / Stärken
- Schwächen
- Konzepte in der Suchthilfe
- Beispiel Konsumräume
- Aktuelle Entwicklungen – Probleme
– Paradigmenwechsel?



2

Diakonie

Niedrigschwelligkeit – Was ist das?

Der Anspruch, Angebote „niedrigschwellig“ zu gestalten, geht von der Annahme aus, dass sonstige (Regel-)Angebote **Zugangsbarrieren** aufweisen, bzw. die Zielgruppe aus verschiedenen Gründen gehindert wird, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen.

Entsprechend sollen Angebote gestaltet werden, die durch besondere Formen und Inhalte leicht(er) in Anspruch genommen werden können.



3

Diakonie 

Niedrigschwelligkeit - Kontext

Der Begriff „niedrigschwellig“ unterliegt keiner festen Definition. Er muss immer wieder neu ausgefüllt werden, indem er in Beziehung gesetzt wird zu einer genau eingegrenzten Zielgruppe und deren Lebenswelt.

Hierbei sind zu berücksichtigen:

- inhaltliche Faktoren
- zeitliche Faktoren
- örtliche Faktoren



4

Diakonie 

Allgemeine Kriterien / Stärken (1)

- Offenheit
- Alltagsnähe
- individuelle Settings sind möglich
- flexible Zugangsmöglichkeiten und unbürokratische Inanspruchnahme
- Kombination von „Komm- und Gehstruktur“
- Anonymität / Vertraulichkeit
- Freiwilligkeit und Auftragsorientierung
- Angebot und Ort sind nicht stigmatisierend



5

Diakonie 

Allgemeine Kriterien / Stärken (2)

- Angebote unter einem Dach und in vertrauten Räumen
- nutzerfreundliche Öffnungszeiten
- Berücksichtigung biografischer Zeitfenster
- Berücksichtigung einer angemessenen Informations- und Kommunikationsform
- Beachtung spezieller kultureller / religiöser / weltanschaulicher Hintergründe
- Anschlussfähigkeit und Durchlässigkeit zu anderen Angeboten



6

Diakonie 

Schwächen

- Hang zur Separierung und Segregation
- pädagogisch und hinsichtlich der individuellen Entwicklung eher anspruchslos
- anfällig für Missbrauch
- häufig hochbelastende Arbeitsbedingungen für Fachkräfte



7

Diakonie 

Konzepte in der Suchthilfe (1)

Niedrigschwellige Angebote in der Suchthilfe fungieren im Gegensatz zu den gezielten hochschwelligem Ausstiegshilfen als **offene Kontakt- und Anlaufstellen** und sind häufig auf **Überlebenshilfe** sowie **Harm-Reduction** ausgerichtet.



8

Diakonie 

Konzepte in der Suchthilfe (2)

- Konsumräume
- Kontaktcafés/Begegnungsstätten
- Notschlafstellen
- Streetwork
- mobile/aufsuchende Arbeit
- ...

unter Anderem Angebote wie: ärztliche Sprechstunde, Spritzenaustausch, Kondomverteilung, Beratung und Vermittlung, Essensangeboten, Aufenthaltsmöglichkeit, Körperpflegeangeboten, Wasch- und Übernachtungsmöglichkeiten etc.



9

Diakonie 

Beispiel Konsumraum (1)

- Konsumräume sind eine Komponente der **schadenreduzierenden Angebote für Suchtmittelkonsumenten** im Bereich der niedrigschwelligen akzeptanzorientierten Drogenhilfe.
- Sie dienen der überwachten Einnahme mitgebrachter Substanzen.
- Injektionsutensilien und Materialien für einen hygienischen risikoärmeren Konsum in einer Angst- und Stressfreien Atmosphäre werden von der Einrichtung zur Verfügung gestellt.
- Der Begriff Drogenkonsumraum ist in der Regel gleichbedeutend mit Gesundheitsraum, Fixerstuben, Konsumraum ...



10

Quellenhinweis
Inhalte vgl. Alfred Springer, Medizinisch
überwachte Injektions-/Konsumräume
(SIRS): Ergebnisse einer Expertise im Auftrag
des Fonds Soziales Wien, November 2003

Diakonie 

Beispiel Konsumraum (2) - Angebote

Insgesamt 25 Konsumräume bundesweit in ...

- **Berlin** (3) z.B. www.fixpunkt.org
- **Hamburg** (5) z.B. www.kodrobbs.de
- **Hessen** (4, Frankfurt) z.B. www.idh-frankfurt.de
- **Niedersachsen** (1, Hannover) www.step-hannover.de
- **NRW** (11, u.A.i. Bochum, Köln) z.B. www.skm-koeln.de
- **Saarland** (1, Saarbrücken) www.drogenhilfezentrum.de

... von Flächendeckung kann keine Rede sein!



11

Diakonie

Beispiel Konsumraum (3) – Funktionen

- Hygiene und Infektionsprophylaxe
- Überlebenshilfe durch medizinische Präsenz, medizinische Beratung, Hilfe bei Überdosierungen
- Ordnungspolitische Funktion: Entlastung des öffentlichen Raums
- Angebot von Beratung
- Möglichkeit des Umstiegs auf risikoärmeren Gebrauch
- Vermittlung in weiterführende Angebote (als Einstieg zum Ausstieg aus der Sucht)
- Möglichkeit der Entwicklungen individueller Lebensperspektiven mit und ohne Drogen



12

Diakonie

Beispiel Konsumraum (4) - Zielgruppe

Als Zielgruppe von Konsumräumen sind grundsätzlich **alle DrogengebraucherInnen illegalisierter Drogen** zu verstehen, wenngleich die Mehrzahl der NutzerInnen in zumeist gesundheitlich und sozial verelendeten, älteren DrogenkonsumentInnen besteht.

Die Zielgruppe entspricht nicht jener der Heroingestützten Behandlung.



13

Diakonie

Beispiel Konsumraum (5) – sozialmedizinische Zielvorstellung

- Mittels Risikominimierung beim Konsum illegaler Drogen soll die Gesundheit der Abhängigen und in seuchenhygienischem Sinn der Allgemeinheit gefördert werden.
- Das Angebot, der Sucht unter hygienischen Bedingungen nachgehen zu können, ist ein geeignetes Mittel, die Inzidenz von Infektionskrankheiten und tödliche Zwischenfälle zu reduzieren (durch das Angebot von Überlebenshilfe und im Notfall eventuell lebensrettender Maßnahmen).



14

Diakonie

Beispiel Konsumraum (6) – ordnungspolitische Zielvorstellung

Der öffentliche gesellschaftliche Raum soll vom Konsumgeschehen und seinen Problemen entlastet werden (z.B. durch weniger Spritzenfunde und weniger Konsum in der Öffentlichkeit).



15

Diakonie

Beispiel Konsumraum (7) – therapeutische Zielvorstellung (1)

- Der harte Kern der Heroinkonsumenten soll erreicht und in die Nähe weiterführender Betreuungseinrichtungen herangeführt werden.
- Die Konsumräume erfüllen mit ihren niedrigschwelligen und akzeptanzorientierten Kontaktmöglichkeiten eine Brückenfunktion in weiterführende Angebote gesundheitlicher und psychosozialer Unterstützung.
- Sie sollten daher organisatorisch eingebettet sein in ein soziales und medizinisch orientiertes Hilfesystem in der Kommunale/Region.



16

Diakonie

Beispiel Konsumraum (8) – therapeutische Zielvorstellung (2)

- Die Zuordnung zu Substitutionsprogrammen und zu Abstinenzprogrammen sollte möglich sein.
- Notwendig ist eine Verbindung von Gesundheitsprävention und akzeptanzorientierten Begleitungs-/Betreuungsaktivitäten in einem gleichberechtigtem und gleichgewichtigen, medizinischen und sozialpädagogischen Verbund.



17

Diakonie

Beispiel Konsumraum (9) – strukturelle Ausrichtungen / Formen

- Ausschließlich für den Konsum unter medizinischer Überwachung zur Verfügung gestellt
- Konsumstätte inklusive Beratungsangebot
- Konsumstätte inklusive Beratungsangebot und Aufenthaltsstätte
- Eigene, abgegrenzte Einrichtung
- Integrierte Komponente einer bestehenden Einrichtung

Dabei muss differenziert werden in:

- Konsumräume ausschließlich für intravenösen Gebrauch
- Konsumräume für verschiedene Konsummodalitäten: injizieren, inhalieren, schnupfen, etc.



18

Diakonie

Beispiel Konsumraum (10) - Erfolge

- Weniger Drogennotfallsituationen durch versehentliche Überdosierung im öffentlichen Raum
- Geringere Belastung des öffentlichen Raums
- Mehr effektive Hilfe bei lebensbedrohlichen Drogennotfallsituationen
- Vermittlung in Weiterführende Hilfen (Substitution, Entgiftung, Therapie sofort etc.)
- Die Klienten sind in höherem Ausmaß bereit, sich medizinisch kontrollieren zu lassen und Behandlung anzunehmen



19

Diakonie

Aktuelle Entwicklungen – Probleme – Paradigmenwechsel? (1)

- Häufig scheinen eher eingebrachte Grundüberzeugungen und Haltungen für das Wirken maßgeblich ...
- Vor allem bei BerufseinsteigerInnen klafft zwischen Anspruch und Wirklichkeit in diesem Arbeitsfeld oft eine große Lücke
- Immer noch stellen Fragen nach Grenzen, Grenzziehung und Sanktionen ein großes Problemfeld dar
- Die Schaffung und stärkere Förderung von Entlastungsmöglichkeiten ist in diesem Arbeitsfeld angezeigt



20

Diakonie

Aktuelle Entwicklungen – Probleme – Paradigmenwechsel? (2)

- Selbstverständnis und –bewusstsein nach Außen ist gerade im niedrighschwelligem Sektor eher unterentwickelt
- Das Problem der Implementierung und Integration in das Umfeld der Einrichtungen muss immer wieder neu gelöst werden
- Das Angebot aber auch vor allem die Nutzung von Aus- und Weiterbildung ist gering ausgeprägt
- Es findet nur selten eine nachhaltige und strukturierte Qualitätssicherung statt



21

Diakonie

Aktuelle Entwicklungen – Probleme – Paradigmenwechsel? (3)

- Durch die große Nähe von Fachkräften und Kunden in der niedrighschwelligem Arbeit tritt immer wieder das Problem der fehlenden Distanz auf
- Übergreifende Handlungsleitlinien für Handlungskonzepte in der Arbeit mit Kunden niedrighschwelliger Angebote sind schwer zu formulieren, da die Arbeitssituationen und -anforderungen stark situativ ausgerichtet und flexibel gehandhabt werden müssen



22

Diakonie

Zusammenfassung - Forderungen

Gerade in diesen Zeiten des vielbesprochenen wirtschaftlichen und sozialen Wandels scheinen folgende Punkte für die zukünftige Entwicklung maßgeblich sein:

- Notwendigkeit einer Professionalisierungsdebatte
- Reformierung der Aus- und Weiterbildung
- Qualitätsorientierung nach innen und nach außen
- Schaffung/Förderung von Entlastungsmöglichkeiten



23

Diakonie 

Dankeschön !!!



24

Diakonie 

Alles Kombi ?

Trends in der stationären
Suchtbehandlung
und ihre
Rückwirkung auf die Soziale
Arbeit

DG-SAS,Dortmund, B. Röben

„Früher waren
sogar
die alten Zeiten
besser!“

Karl Valentin
(Bayrischer Komiker)

Übersicht

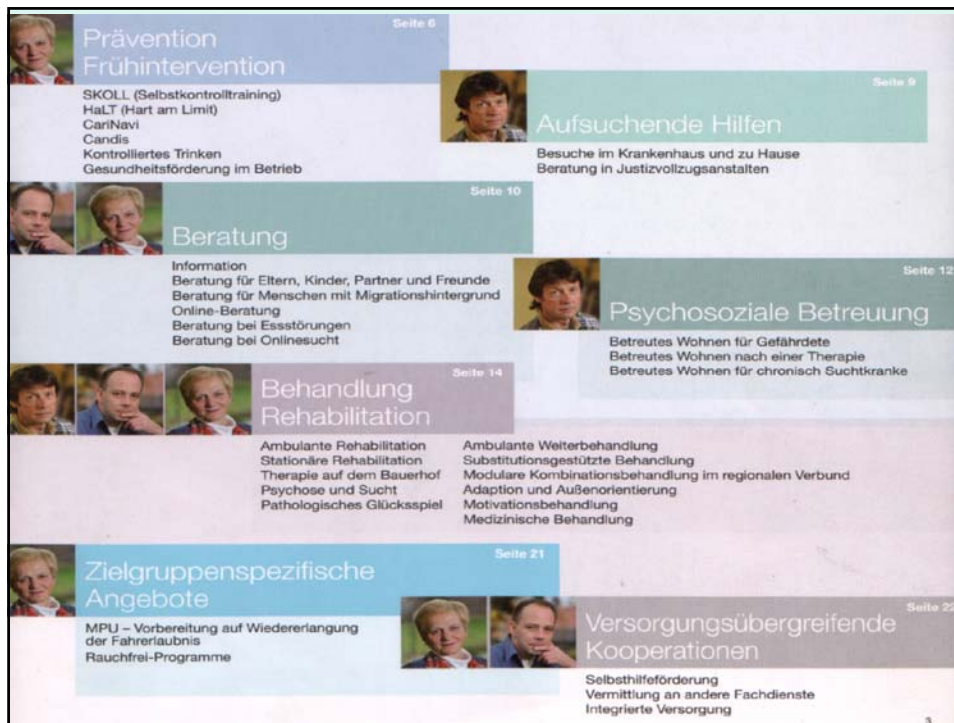
- Referent
- Exemplarisches Suchtnetzwerk
- Trends im stationären Setting:
 - Strukturqualität
 - Finanzierung
 - Konzeptentwicklung/Innovation
 - QM und Evaluation
- Soziale Arbeit im stationären Setting
- Fazit
- Diskussion

DG-SAS, Dortmund, B.Röben

Referent

- Vorstandsmitglied in der DG-SAS
- Diplom Sozialarbeiter
- Seit beinahe 25 Jahre in Suchtarbeit
- Verschiedene therapeutische Qualifikationen (VT, System., appr.Ki-Ju)
- Interner Auditor (DGQ)
- Einrichtungsleiter der Fachkliniken Emsland und Holte-Lastrup

DG-SAS, Dortmund, B.Röben



Trends Strukturqualität

- Landverschickung vs. Urbanität
 - Rekreation, Belastungserprobung, Teilhabe, Kultur
- Große Einheiten / Behandlungs-Zentren
 - 100-Betten, verschied. Settings an einem Ort, aus einer Hand
- Näher an Akutmedizin / Psychiatrie
 - Reha-Einrichtung in Akut-Krankenhaus integriert oder an Psychiatrie Standortnah platziert, med. Notfallmanagement, Personalausstattung

DG-SAS, Dortmund, B.Röben

Trends Finanzierung

- Selbstkosten-Tagessätze
- Tarifgefüge
- Unterschiede Kostenträger
- Einzelverträge
- „Flatrate ?“

DG-SAS, Dortmund, B.Röben

Konzepte/Innovationen

- Kombinationsbehandlungen
 - Akut/Reha, ambulant/stationär, stationär/Adaption – Casemanagement
- ETM Alkohol / Behandlungspfade
- Komorbiditäten
 - Psychosen, Depressionen, Traumata, Ängste
- Spezialisierung
 - Substitution in med. Reha, suchstoffübergreifender Ansatz, Path. Glücksspieler, Gender, ADHS u.a.
- ICF und Teilhabeorientierung

DG-SAS, Dortmund, B.Röben

QM und Evaluation

- Ohne geht langfristig nichts!
- Bislang bereits einige QM-Instrumente
 - 5-Punkte-Programm DRV, Peer-Review, Ebis, Katamnese, Benchmark-Prozeß u.ä.
- Internes Qualitätsmanagementsystem
 - mit eigenem QM-Handbuch nach einem anerkannten Rahmen-QM-System und regelmäßige Zertifizierung durch eine anerkannte und akkreditierte Zertifizierungsgesellschaft
- Visitationen der Kosten- und Leistungsträger nach festgelegten Standards und Abläufen

DG-SAS, Dortmund, B.Röben

Soziale Arbeit in der Sucht

Einerseits:

- Dominanz des medizinischen Systems / Denke verstärkt sich
- Zuordnung von Patienten zu Behandlungspfaden
- Behandlung an Manualen orientiert
- Psychotherapie verdrängt Sozialtherapie
- Festschreibung der Sozialarbeit auf Sozial- und Schuldenmanagement

DG-SAS, Dortmund, B.Röben

Soziale Arbeit in der Sucht

Andererseits:

- Erfahrungswissen
- Sozialtherapeuten arbeiten preiswerter
- Transformation des Stationären
- ICF sich durchsetzt
- Soziale Arbeiter gehen ins (Um-)Feld
- Soziale Arbeiter sind „Pfadfinder“

DG-SAS, Dortmund, B.Röben

Fazit

- Sozialarbeit als Teilhabe-Management und Casemanagement wird stärker werden
- Sozialtherapie wird im klinischen Bereich langfristig „ausschleichen“
- Oder in neue Bereiche abwandern (z.B.Gewaltgeschehen)

Es sei denn.....

DG-SAS, Dortmund, B.Röben

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

