

Suchtkrankenhilfe im Fokus



**Fachgruppe Sucht:
Zehn Forderungen für die Zukunft**

Einleitung

Über 6 Mio. Menschen in Deutschland konsumieren Alkohol in riskanter Weise; 1,77 Mio. sind vom Alkohol abhängig. Über 1,5 Mio. Menschen sind abhängig von Medikamenten mit Suchtpotenzial, etwa 1 Mio. haben einen problematischen Cannabiskonsum, 320.000 Menschen sind von Heroin, Kokain oder Amphetaminen abhängig. Etwas 810.000 Menschen zeigen ein pathologisches oder problematisches Glücksspielverhalten, ca. 560.000 Menschen sind internetabhängig.

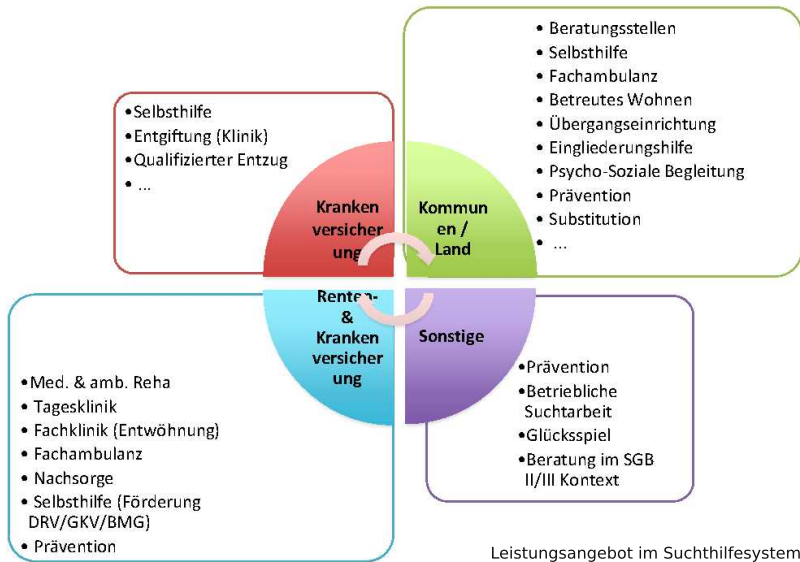
"750.000 Menschen suchen wegen Substanz oder verhaltensbezogener Probleme Hilfe in Beratungsstellen oder psychiatrischen Einrichtungen auf. Für die Behandlung stehen rund 1.000 tagesklinische Plätze sowie 13.200 Betten in stationären Therapieeinrichtungen zur Verfügung." (fdr Positionspapier "Fallmanagement Sucht" Hannover 2012)

Diese Zahlen für Deutschland zeigen eine deutliche Diskrepanz zwischen den Problemen und den Hilfsangeboten an, die ebenfalls für Schleswig-Holstein zutrifft. Hintergrund dafür ist, dass die Suchtkrankenhilfe weitestgehend aus dem Fokus der Politik und der gesellschaftlichen Realität gerückt ist.

Suchthilfe in SH muss wieder einen größeren Stellenwert bekommen, muss konzeptionell überdacht und strukturell gesichert werden. Es gilt unterschiedliche Zielgruppen der Suchthilfe früher zu erreichen, um die Teilhabe der suchtkranken Menschen rechtzeitig, nachhaltig und mit möglichst geringen gesellschaftlichen, familiären, sozialen und fiskalischen Mitteln zu sichern.

Betroffene müssen einen einfachen und akzeptablen Zugang zum Hilfesystem finden. Das setzt voraus, dass entsprechende Angebote in ausreichender Zahl, in erreichbarer Nähe und in einem Verbundsystem zur Verfügung stehen, bekannt sind und auskömmlich finanziert werden.

Die Struktur der Suchtkrankenhilfe



Organisatorisch - Inhaltlich

Das System der Suchtkrankenhilfe wird durch die rechtlichen Grundlagen, die unterschiedlichen Leistungs- und Kostenträger strukturiert:

- **die gesetzlichen Krankenkasse - Behandlung von Krankheiten SGB V**
Entzug, Entgiftung, Substitution, Tagesklinik, Soziotherapie, Selbsthilfeförderung, Prävention
- **Rentenversicherung - Rehabilitation zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit SGB VI**
Stationäre Rehabilitation (Fachkliniken(Entwöhnung)), Adaption, ambulante Rehabilitation, ambulante Nachsorge, Selbsthilfeförderung, Prävention
- **Kommunen und Länder**
Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Aufnahme und Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit SGB II, IX, XII, GesundheitsdienstG Beratung für die Betroffenen und Angehörigen, Beratung im Strafvollzug, Prävention, Eingliederungshilfe (betreutes Wohnen, Übergangswohnen, ...), Landstellen, ...
- **Sonstige - Spielbanken, Lotterien, Stiftungen, ...**
gesetzliche Verpflichtung zum Mitteleinsatz, freiwilliges Engagement, ... in den Bereichen amb. Beratung, Selbsthilfe

Im System gibt es einige Leistungsformen, die aus unterschiedlichen Bausteinen zusammengesetzt sind und von mehreren Leistungsträgern getragen werden, da keiner der Bereiche für sich eine kostendeckende Finanzierung bietet.

Diese Strukturen finden sich in dieser Form ebf. in Schleswig-Holstein. Die Kommunalisierung der Eingliederungshilfe spielt dabei in SH eine besondere Rolle, weil jede Kommune der Suchtkrankenhilfe ihr eigenes Gewicht und damit ihre eigene Intensität und Ausprägung geben kann.

Finanzstruktur

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Die GKV ist sehr bemüht, neben den bestehenden Leistungen keine weiteren Leistungen vereinbaren zu müssen. Gute Konzepte werden durch hohe Qualitätsansprüche und Strukturansprüche bei niedriger Vergütung ad absurdum geführt. Vergütungen für die Selbsthilfe fließen in Form von Gruppenförderungen. Im Bereich der Prävention tun sich die Kassen immer noch sehr schwer und halten sich sehr zurück.

Rentenversicherung - Nord

Die Rentenversicherung hat ihre Vergütungssätze so gut wie eingefroren und baut z. T. Standards in der Finanzierung und im Inhalt (z. B. ambulante Nachsorge) ab. Weiterhin fährt die DRV-Nord ihre Zuschüsse für Projekte im Bereich der amb. Beratungsstellen und für die Selbsthilfe zurück.

Kommunen und Land

Da die Leistungen der Kommunen zu den freiwilligen Leistungen gehören, bestimmt die jeweils unterschiedliche Bedeutung, die die Kreise und Städte dem Thema geben, die Finanzausstattung und es wird hier gespart. Die freiwilligen Leistungen der Kommunen gehen seit Jahren mit wenigen Ausnahmen kontinuierlich zurück.

Die Leistungen des Landes sind in den letzten Jahren ebf. kontinuierlich zurückgefahren worden und sinken weiter. Hintergrund sind allein schon die nicht abgefangenen Personal-, und Sachkostensteigerungen.

Sonstige

Die Drittmittel aus diesem Bereich gehen im Zuge der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung ebf. zurück. Die staatlichen Lotterien und Spielbanken erlösen weniger, dementsprechend haben sie weniger Abgaben zu leisten und es stehen weniger Gelder für Projekte der Suchtselbsthilfe und der amb. Beratungsstellen zur Verfügung.

Unsere Leistungen

- Selbsthilfe
- Prävention
- Beratungs- und Behandlungsstellen
 - Therapie
 - Frühintervention
 - Genderspezifische Beratung
 - Vermittlung
 - ...
- Eingliederungshilfe
- Partner von / in Zusammenarbeit mit
 - Jobcenter / Agentur für Arbeit
 - Justizvollzugsanstalten
 - Betriebe / Wirtschaft
 - Jugendhilfe
 - Schulen
 -

Entwicklungstendenzen

Ein weiterer Abbau der freiwilligen Leistungen des Landes und der Kommunen sowie anderer Beteiligter ist aufgrund der Zergliederung des Systems und der unterschiedlichen Zuständigkeiten absehbar.

- Die Veränderungen im Bereich der Strukturen z. B. des Ausführungsgesetzes SGB XII ab 2015 haben zur Folge, dass die Kommunen ihre eingesparten Mittel nicht mehr so einfach in die Daseinsvorsorge investieren können oder wollen.
- Die Zergliederung und Spaltung des Systems in immer kleinere Einheiten, die z. T. über Ausschreibungen etc. vergeben werden (z. B. Beratung im Strafvollzug), macht die Aufrechterhaltung von Diensten und nachhaltiges Arbeiten sehr schwer.
- Immer mehr Klientinnen und Klienten sind für die ambulante Rehabilitation nicht geeignet, da sie die Anforderungskriterien nicht erfüllen.
- Aufgrund rückläufiger Reha-Zahlen (Hintergrund unbekannt) kürzen die Rentenversicherungsträger ihre Leistungen, nutzen eigene zentrale Strukturen, zentralisieren die Leistungen (Adaption) oder senken Standards ab (amb. Nachsorge).
- Ausgelöst durch das „Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt (Instrumentenreform)“ wird es für suchterkrankte Menschen immer schwerer, einen Einstieg in

ein berufliches Leben zu finden. In SH gibt es inzwischen kein nachhaltiges und stufenartig aufgebautes Angebot zur Heranführung an Arbeit für suchterkrankte Menschen

Die Folgen dieser Entwicklung für die suchtkranken Menschen sind umfangreich. Die Leistungsstandards in Quantität und Qualität gehen zurück. Problematische Entwicklungen sind z. B.:

- Im Bereich der Substitution stehen in Zukunft kaum noch Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung, der Bereich der psychosozialen Beratung/Begleitung wird weiter abgebaut. Eine massive Zentralisierung der Strukturen ist zu beobachten, die sich negativ auf das Klientel auswirkt.
- Weiterhin suchen sich die Einrichtungen seit Jahren mit steigender Tendenz einzelne Projekte, um ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und das damit verbundene Know-how zu halten und zu finanzieren. Die Folge ist, dass allgemeine Öffnungszeiten, freie Anwesenheit, freie Beratung, ... kontinuierlich und z. T. auf Null zurückgehen.
- "Suchtberatung mit Termin" widerspricht vielen Suchterkrankungen und hat mit einem niedrighschwelligem Angebot nichts mehr zu tun.
- Notwendige Veränderungen der Beratungs- und Therapiekonzepte können nicht umgesetzt werden, weil die Ressourcen fehlen und eine fachliche Auseinandersetzung, Abstimmung und Planung nicht möglich ist.

In Folge kommt es zu qualitativ und quantitativ unterschiedlichen Strukturen in den Kreisen und kreisfreien Städten.

Finanzierung der Leistung

Sinkende freiwillige Leistungen bei steigender Gesamtklientenzahl, Vergütungseinbrüche durch Standardabsenkungen, Streichung von Aufgaben, Preisdumping durch Ausschreibungen und im Gegenzug steigende Personalkosten, höhere Dokumentationsaufwendungen, umfangreichere Verwaltungsverfahren, ... führen zu hohem Druck und zum Abbau der Angebote.

Alternative Förderstrukturen entfallen zunehmend bzw. werden durch Kommunalisierung und Umwidmung nicht mehr nutzbar.

10 Forderungen für die Suchtkrankenhilfe in SH

1. Nachhaltige Finanzierung der ambulanten Suchtkrankenhilfe auf gesetzlicher Grundlage als Pflichtleistung
2. Auflage einer neuen Förderpolitik durch das Land und die Kommunen (institutionelle Förderung)
3. Auskömmliche Förderung des Ehrenamtes im Bereich der Suchtkrankenhilfe
4. Aufbau von Strukturen „Sucht und Arbeit“
5. Entwicklung bzw. Umsetzung von Konzepten in den Bereichen Sucht & Migration / geschlechtsspezifische Beratung
6. Umsetzung von Kriterien für frauenspezifische Suchtarbeit
7. Förderung der Prävention und stärkere Verpflichtung zur Prävention
8. Erhalt dezentraler Strukturen im Land
9. Aufklärung / Stärkung der Beratung / Kontrolle statt Repression im Bereich der Suchtpolitik
10. Neue Phänomene (Neue Suchtstoffe, Medienabhängigkeit, ...) beachten



PARITÄTISCHER WOHLFAHRTSVERBAND
SCHLESWIG-HOLSTEIN e.V.
Zum Brook 4 | 24143 Kiel