



**Suchtberatungsstellen in Rheinland-Pfalz
mit unsicherer Zukunft?!**

**Ein Positionspapier der
Landesstelle für Suchtfragen Rheinland Pfalz**

www.sucht-rlp.de

November 2012



Landesstellen für Suchtfragen gibt es in fast jedem Bundesland.

Während sie in den meisten Bundesländern mit hauptamtlichen Kräften besetzt sind, ist ihre Arbeit in Rheinland-Pfalz in die verbandlichen Strukturen der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege integriert.

Die Landesstelle für Suchtfragen Rheinland-Pfalz ...

... ist vorrangig ein **Zusammenschluss** der in der Suchthilfe und -prävention tätigen Verbände und Institutionen.

... ist eine Arbeitsgemeinschaft **der ehrenamtlichen und professionellen** Suchtarbeit tätigen Verbände und Institutionen der Freien Wohlfahrtspflege.

... sieht ihre Aufgabe insbesondere als **Impulsgeber** in den verschiedenen Arbeitsfeldern der Suchthilfe und -prävention sowie in der Weiterentwicklung der fachlichen Qualität in diesen Bereichen.

... zielt auf **Ausbau und die Weiterentwicklung** der Hilfeangebote im Suchtbereich – insbesondere in der Prävention, der niedrigschwelligen Hilfe, der Beratung, der Therapie sowie der Rehabilitation und der Nachsorge.

... **vertritt die Interessen** der suchtkranken und suchtgefährdeten Menschen und ihrer Angehörigen sowie der Einrichtungen und Dienste, die Hilfeleistungen erbringen gegenüber den politisch zuständigen Institutionen sowie den Rehabilitationsträgern.

Kompodium

Blick zurück (Seite 5 - 6)

Die Suchtkrankenhilfe verfügt über drei Wurzeln, die in das 19. Jahrhundert hineinreichen: Die Mäßigkeitsvereine, die Abstinenzverbände und die kirchliche Armenpflege.

„Suchtkrankenhilfe“ wird in Deutschland offiziell erst verwendet, seit durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 18. Juni 1968 Alkoholismus als Krankheit anerkannt wurde.

Seit den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts, insbesondere seit dem oben genannten Urteil, war eine zunehmende Professionalisierung der Suchthilfe zu beobachten: Einerseits wurden im Laufe der Jahre die historisch gewachsenen, unterschiedlichen Versorgungsstränge langsam zu einem Gesamtkonzept zusammengeführt. Andererseits wurden sie differenziert, qualifiziert und erweitert.

Die Professionalisierung der Suchthilfe zwang die Abstinenzverbände sowohl ihr Selbstverständnis als auch ihre Stellung im Suchtkrankenhilfesystem zu überprüfen und gegebenenfalls zu ändern. Aus den Abstinenzgemeinschaften wurden im Laufe der Jahre Selbsthilfeorganisationen und Helfergemeinschaften. Unterstützt wurde die Wende zur Selbsthilfe durch die politische und gesellschaftliche Anerkennung und Förderung der Selbsthilfe im gesamten Gesundheitsbereich.

Die Bedeutung der ambulanten Suchthilfe in der Region (Seite 7 - 9)

Die ambulante Suchthilfe ist mittlerweile fester Bestandteil des Sozial- und Gesundheitssystems in Deutschland, auch bei uns in Rheinland-Pfalz. Es entwickelte sich ein eigenständiges und differenziertes System, das in der Region gut vernetzt ist.

Im internationalen Vergleich erzielen unsere Suchthilfeeinrichtungen mit ihrer Arbeit sehr gute Erfolge.

Die ambulante Suchthilfe unterliegt einem permanenten Veränderungsprozess, bedingt durch gesellschaftlichen Wandel und Veränderung des Konsumverhaltens. Konzepte und Arbeitsweisen müssen immer wieder verändert, neu erstellt und/oder angepasst werden.

Suchthilfe kostet Geld – Suchthilfe spart Geld (Seite 10 - 11)

Suchthilfe ist effektiv und effizient. Erfolgreiche Suchthilfe führt insbesondere zur sozialen und gesundheitlichen Stabilisierung - außerdem zu erheblichen Einsparungen bei Kranken- und Rentenversicherungen und anderen Sozialleistungsträgern, sowie am Arbeitsplatz. Öffentliche Haushalte werden durch ihre Investitionen in ein solides Suchthilfesystem mittel- und langfristig entlastet.

Problemanzeige (Seite 12 - 13)

In Rheinland-Pfalz gibt es, im Gegensatz zu anderen Bundesländern wie Bayern oder Sachsen, keine spezielle Gesetzesvorschrift zur Finanzierung der ambulanten Suchthilfe-

fe. Die Suchtberatung wird gemäß der Verwaltungsvorschrift Soziale Beratungsstellen bezuschusst. Diese Verwaltungsvorschrift hat nicht den Stellenwert einer gesetzlichen Regelung und birgt insofern erhebliche Zukunftsrisiken für die Träger der freien Wohlfahrtspflege - das Hilfesystem steht damit auf tönernen Füßen.

Die ambulante Suchthilfe wird in Rheinland-Pfalz überwiegend von der freien Wohlfahrtspflege finanziert, zwischen 40 und 60 Prozent der Gesamtkosten werden von ihr übernommen. Im bundesweiten Vergleich liegt Rheinland-Pfalz mit diesem hohen Trägeranteil im oberen Bereich. Die unsichere Finanzierung, der hohe Trägeranteil und zunehmende finanzielle Probleme bei den Trägern erfordern immer mehr die Entgelt- und Leistungsangebotsorientierung, um den Fortbestand von Suchtberatungsstellen zu sichern.

Die Deckelung der Rehabilitationsausgaben bei den Rentenversicherungsträgern führte in Rheinland-Pfalz fast zur Halbierung der stationären Therapie und dadurch zur deutlichen Mehrbelastung der ambulanten Einrichtungen (Beratungsstellen und Selbsthilfe).

Trotz einer fehlenden hauptamtlichen „Landesstelle für Suchtfragen“ in Rheinland-Pfalz können die Interessen der Suchthilfe vertreten werden. Hierbei kommt es allerdings zu Einschränkungen aufgrund der knappen Ressourcen. Stünden mehr Mittel zur Verfügung, könnten einige Aspekte vertieft bearbeitet werden.

Perspektiven einer ambulanten Suchthilfe (Seite 14)

Eine solide und auskömmliche Finanzierung ist die Grundlage für die Bestanderhaltung der ambulanten Suchthilfe, mit einem für die Bürgerinnen und Bürger kostenfreien und unkomplizierten Zugang. So werden auch Menschen erreicht, die zum Beispiel kaum sozialversicherungsrechtliche Ansprüche haben und zunehmend durch unser soziales Netz fallen – hier wird ganz konkret Armut verhindert.

Gelingt die auskömmliche Finanzierung nicht, muss das Beratungsangebot reduziert werden – mit allen damit verbundenen Konsequenzen.

Rentenversicherungsträger und Krankenkassen werden aufgefordert, Leistungen, die für sie erbracht werden, auch kostendeckend zu finanzieren.

Die Beteiligung an der regionalen Suchthilfeplanung, trägerübergreifende Absprachen und Planung sowie Netzwerkarbeit sind für den Erhalt und die Weiterentwicklung eines effektiven und bedarfsorientierten Hilfesystems immer mehr unverzichtbar.

Blick zurück

Die Suchtkrankenhilfe verfügt über drei Wurzeln, die in das 19. Jahrhundert hineinreichen: Die Mäßigkeitsvereine, die Abstinenzverbände und die kirchliche Armenpflege.

Der Alkoholismus mit seinen Problemen stieg in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts bereits sprunghaft. Aufklärung tat Not und die Information über die Auswirkungen war mehr als notwendig. Dies schrieben sich die Mäßigkeitsvereine auf ihre Fahnen.

Die Abstinenzverbände gingen noch einen Schritt weiter und riefen aus christlicher oder humanitärer Verantwortung zur Mitarbeit im ehrenamtlichen Sinne auf, verbunden mit einer abstinenter Lebensweise. Damit waren die ersten Selbsthilfeverbände geboren.

Aus der kirchlichen Armenpflege heraus entwickelten sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als stationäres Angebot die sogenannten „Trinkerheilstätten“. Die kirchlichen Institutionen, als Träger solcher Einrichtungen, haben „ihre Hilfeangebote an den Grundsätzen christlicher Lebensführung und Verantwortung orientiert“ (Irene Helas, Über den Prozess der Professionalisierung in der Suchtkrankenhilfe, in: Suchtkrankenhilfe in Deutschland, 1997, S. 151).

In den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts gab es eine Reihe von stationären Einrichtungen für alkoholranke Menschen, die jeweils unter der Leitung eines Pfarrers oder Diakons standen. Ein Hauselternpaar führte die Häuser und machte tagesstrukturierende Angebote. Eine spezifische Berufsausbildung gab es nicht - Professionalisierung setzte erst viel später ein.

„Suchtkrankenhilfe“ wird in Deutschland offiziell erst verwendet, seit durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 18. Juni 1968 Alkoholismus als Krankheit anerkannt wurde.

Seit den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts, insbesondere seit dem oben genannten Urteil, war eine zunehmende Professionalisierung der Suchthilfe zu beobachten: Einerseits wurden im Laufe der Jahre die historisch gewachsenen, unterschiedlichen Versorgungsstränge langsam zu einem Gesamtkonzept zusammengeführt. Andererseits wurden sie differenziert, qualifiziert und erweitert.

Wegen dem aufkommenden Drogenproblem in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts entwickelten sich, ergänzend zu den bestehenden Alkoholberatungsstellen, Beratungsstellen für drogenabhängige Menschen – auch überwiegend in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege. In den Folgejahren wurden in Rheinland-Pfalz und anderen Bundesländern spezielle Fachkräfteprogramme bei den Beratungsstellen installiert und so das Hilfeangebot erweitert (Schwerpunkte: Prävention, Migration, niedrigschwellige Sozialarbeit, Frauen und Sucht, aktuell pathologisches Glücksspiel).

Die Professionalisierung der Suchthilfe zwang die Abstinenzverbände sowohl ihr Selbstverständnis als auch ihre Stellung im Suchtkrankenhilfesystem zu überprüfen und gegebenenfalls zu ändern. Aus den Abstinenzgemeinschaften wurden im Laufe der Jahre Selbsthilfeorganisationen und Helfergemeinschaften. Unterstützt wurde die Wende zur Selbsthilfe durch die politische und gesellschaftliche Anerkennung und Förderung der Selbsthilfe im gesamten Gesundheitsbereich.

Die Empfehlungsvereinbarungen zur Behandlung Suchtkranker, die 1978 zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger beschlossen

wurden, führten ebenfalls zu Änderungen im Hilfesystem wie in der Selbsthilfe. Vor allem die Empfehlungsvereinbarung zur Nachsorge aus dem Jahre 1986 löste eine Diskussion über den Stellenwert der Selbsthilfe aus. Die Erkenntnis, dass eine Entwöhnungsbehandlung ohne nachfolgende Nachsorgephase fast unverzichtbar ist, machte die Selbsthilfegruppen zu einem wichtigen Bestandteil des Behandlungsverbundes, insbesondere für den Bereich der Nachsorge. Implizit wurde hier anerkannt, dass die Betroffenen-Kompetenz einen hohen Stellenwert im therapeutischen Verbund hat.

Die Bedeutung der Selbsthilfe allein in der Nachsorge zu sehen, griffe allerdings viel zu kurz, denn die Selbsthilfe wird von Abhängigen nicht allein vor, während und nach einer Therapie angenommen. Manchmal – hier besonders im Bereich der Alkoholabhängigkeit – ist die Selbsthilfe auch die einzige in Anspruch genommene Hilfe auf dem Weg aus der Sucht. Heute arbeiten in Deutschland fünf große Abstinenzverbände:

- Blaues Kreuz in Deutschland (BKD)
- Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche (BKE)
- Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe - Bundesverband
- Kreuzbund - Bundesverband
- Guttempler in Deutschland

Die freien Träger der Wohlfahrtspflege bieten seit mehr als 50 Jahren Suchtberatung in eigens dafür entwickelten Fachstellen an. Personelle Kontinuität, gute zeitliche und räumliche Erreichbarkeit und transparente Strukturen sind Kennzeichen des institutionellen Rahmens.

In den Fachstellen findet insbesondere die Methode der Beratung Anwendung. Beratung bietet als Methode eine große Flexibilität, um auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von suchtkranken Menschen eingehen zu können. Beratung ist zwar offen für die Problembeschreibung und -lösung, jedoch als strukturierender Hilfsprozess immer auch zielorientiert (z. B. im Hinblick auf die Aktivierung der Ressourcen der Klientel und sozialen Lebensraumes). Beratung bezieht nicht nur individuelle Faktoren ein, sondern berücksichtigt auch das soziale Umfeld (insbesondere Arbeit mit Angehörigen) und soziale Netzwerke im Lösungsprozess. Es werden hierbei Vernetzungskompetenzen eingesetzt, die die Aktivierung unterschiedlicher Hilfesysteme, wie zum Beispiel Sucht- und Jugendhilfe, systematisch verknüpfen.

Die Bedeutung der ambulanten Suchthilfe in der Region

Die ambulante Suchthilfe ist mittlerweile fester Bestandteil des Sozial- und Gesundheitssystems in Deutschland, auch bei uns in Rheinland-Pfalz. Es entwickelte sich ein eigenständiges und differenziertes System, das in der Region gut vernetzt ist. Dieses System umfasst Maßnahmen der Prävention, Begleitung, Beratung, medizinische und berufliche Rehabilitation und Integration – sie beziehen sich auf substanzbezogene und auf verhaltensbezogene Störungen und deren Begleitprobleme. Im internationalen Vergleich erzielen unsere Suchthilfeeinrichtungen in allen diesen Tätigkeitsfeldern sehr gute Erfolge.

Die aktuelle Lage der ambulanten Suchtarbeit in Rheinland-Pfalz ist insbesondere durch ihre unsichere Finanzierung geprägt. Die komplementäre und stationäre Suchthilfe ist – im Unterschied zur ambulanten Arbeit – durch gesetzliche Grundlagen gesichert (SGB V, SGB VI, SGB XII).

Die Einrichtungen und Dienste der ambulanten Suchthilfe in Rheinland-Pfalz sind Fachdienste mit einem breiten Tätigkeitsspektrum sowie einem profilierten und hochwertigen Standard. Die ambulante Suchthilfe ist einem permanenten Veränderungsprozess unterzogen, dem gerecht zu werden immer schwieriger wird. Gesellschaftlicher Wandel und Veränderungen im Konsumverhalten fordern immer wieder neue Konzepte und Arbeitsweisen. So wurden in den letzten Jahren in unserem Bundesland zum Beispiel ambulante Rehabilitationsangebote erfolgreich implementiert, niedrigschwellige Hilfen ausgebaut und mit der Beratung von pathologischen Glücksspielerinnen und -spielern ein erforderliches Beratungsangebot eingerichtet bzw. erweitert.

Die ambulante Suchthilfe umfasst in Rheinland-Pfalz derzeit 45 ambulante Fachstellen mit weiteren 15 Außenstellen, die ungefähr zu 90 % in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände sind. Circa 100 Vollzeit- und 150 Teilzeitkräfte arbeiten als Fachpersonal in diesen Stellen.

Beispielhaft in der Suchtkrankenhilfe ist das Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteure im Behandlungsverbund: Selbsthilfe – Fachstellen Sucht / Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstellen – Fachkliniken – komplementäre Einrichtungen – Nachsorge. In keinem anderen Bereich besitzt die Selbsthilfe eine so hohe Bedeutung wie in der ambulanten Suchthilfe und kaum in einem anderen Bereich arbeiten verschiedene Professionen aus unterschiedlichen Hilfeinrichtungen so eng zusammen.

Generelles Ziel der Suchthilfe ist es, den riskanten, schädlichen oder abhängigen Gebrauch psychotroper Substanzen möglichst zu verhindern bzw. daraus resultierende Schäden zu mindern. Dies bezieht sich auch auf die Folgen verhaltensbezogener Störungen, wie beispielsweise des pathologischen Glücksspiels (DHS, 2003).

Alle Maßnahmen im gesamten Suchthilfesystem folgen einer differenzierten Zielsystematik, die wie folgt umrissen werden kann

- Sicherung des Überlebens in Phasen akuten Substanzmissbrauchs
- Verhinderung körperlicher Folgeschäden durch gesundheitsfördernde Maßnahmen
- Soziale Sicherung der Betroffenen durch Maßnahmen zum Erhalt der Wohnung, der Arbeit und privater Unterstützungsstrukturen

- Verhinderung bzw. Minderung sozialer Desintegration, Ausgrenzung und Diskriminierung
- Vermittlung von Einsichten in Art und Ausmaß der substanzbezogenen Störungen und Risiken mit dem Ziel der Förderung von Veränderungsbereitschaft
- Erreichen von (längeren) Abstinenz (-phasen)
- Behandlungsmotivation und Akzeptanz professioneller Hilfeangebote
- Erreichen einer verbesserten Lebensqualität, unterstützt durch konstruktive Bearbeitung evtl. von Rückfällen
- Autonome Lebensgestaltung in freier persönlicher Entscheidung
- (Re-) Integration in soziale und berufliche Zusammenhänge
- Stabilisierung der Interventionserfolge (DHS, 2003)

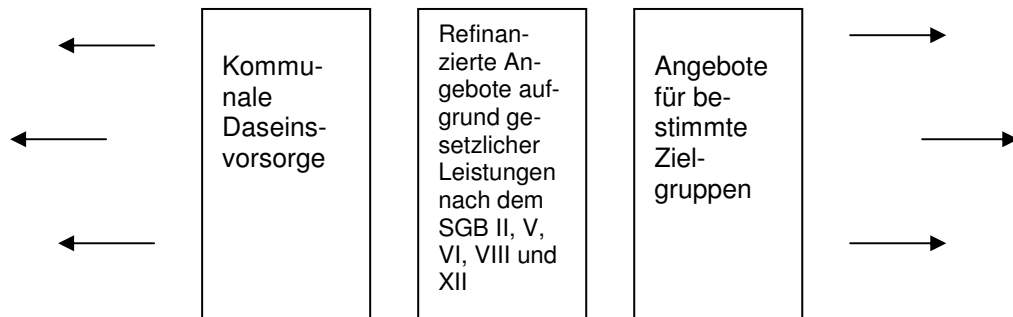
Im Wesentlichen lassen sich die Leistungen der ambulanten Suchthilfe in neun Leistungssegmente unterteilen (in Anlehnung an Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen):

- Prävention
- Schadensminimierung
- Aufsuchende Sozialarbeit
- Beratung
- Psychosoziale Betreuung
- Behandlung/ambulante Rehabilitation
- Integrationshilfen
- Ergänzende Angebote/sonstige Angebote/Modellprojekte
- Versorgungsübergreifende Maßnahmen

Die "versorgungsübergreifenden Maßnahmen" umfassen alle mittelbar klientenbezogenen Leistungen. Dabei handelt es sich einerseits um Leistungen, die untrennbar mit der klientenbezogenen Leistung in Verbindung stehen, wie z.B. Vor- und Nachbereitungen sowie Dokumentationen und andererseits um Tätigkeiten zur Gewährleistung der Struktur- und Prozessqualität einer ambulanten Einrichtung, wie z.B. konzeptionelle Arbeit, Kooperations- und Koordinationsaufgaben.

Diese mittelbaren Leistungen betragen ca. 50% der Gesamtleistungszeit einer ambulanten Einrichtung. Für die Gesamtleistung der ambulanten Suchthilfe sind sie von zentraler Bedeutung.

Leistungsangebote in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen
im Spannungsfeld zwischen niedrigschwelligen und hochschwelligen Hilfeangeboten



Kommunale Daseinsvorsorge:

- ungehinderter, kostenfreier Zugang für Suchtkranke, Angehörige und Multiplikatoren

Refinanzierte Angebote aufgrund gesetzlicher Vorgaben aus dem SGB II, XII und VI

- Ambulante medizinische Rehabilitation
- Betreutes Wohnen
- Zusammenarbeit mit ARGE n, Jobcentern, Kommunalen Arbeitsvermittlungen

Projekte, Kursangebote für bestimmte Zielgruppen

- Path. Glücksspiel
- Suchtprävention
- Nichtrauchertraining, Kontrolliertes Trinken, AK Sucht in der Arbeitswelt, ...

Vernetzung mit Kosten- und Leistungsträgern, Ämtern, Diensten der Wohlfahrtsverbände, Suchtselbsthilfeverbänden

- Deutsche Rentenversicherung, überörtliche Trägern, Arbeitsagenturen
- Gesundheitsamt, Ärzten, Krankenhäusern, Kliniken
- Schuldenberatung, Erziehungsberatung, ...
- Firmen, Betrieben
- Kreuzbund, Blaues Kreuz, AAs, ...

Die ambulanten Einrichtungen sind für Personen mit substanz- und verhaltensbezogenen Störungen sowie deren Angehörige die zentralen Fachstellen innerhalb des Suchthilfeverbands und in einem regionalen Hilfesystem. Die Träger und Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe gestalten regionale Strukturen und Netzwerke mit und beteiligen sich an regionalen Suchthilfeverbänden.

Suchthilfe kostet Geld – Suchthilfe spart Geld

Was kostet die ambulante Suchthilfe in absoluten Zahlen? Der Großteil der Arbeitsleistung wird von Sozialarbeitern/innen erbracht, die durch umfangreiche Fort- und Weiterbildungen für die komplexen Anforderungen der Suchthilfearbeit qualifiziert werden. In den interdisziplinären Teams der ambulanten Einrichtungen arbeiten auch Diplompsychologen/innen und Ärzte/innen zusammen. Hinzu kommen Verwaltungskräfte und Praktikanten/innen sowie sonstige Mitarbeiter/innen. Durchschnittlich sind 2,5 Beschäftigte in einer ambulanten Einrichtung tätig.

Die Gesamtkosten der Suchtberatungsstellen in unserem Bundesland belaufen sich auf ungefähr 12 Millionen Euro im Jahr – im Vergleich zu den enorm hohen volkswirtschaftlichen Folgekosten einer Suchterkrankung – immerhin ca. 1,5 Milliarden Euro im Jahr allein in Rheinland-Pfalz – eine relativ geringe Zahl.

Die Leistungen und der wirksame Erfolg der Suchthilfe sind z.B. durch die kontinuierliche Dokumentation und Auswertung über den „Deutschen Kerndatensatz“ belegt.

Der Forschungsbericht der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) kommt zum Ergebnis, dass bei Investitionen in (betriebliche) Suchtvorbeugung und Gesundheitsschutz „ein Return on Prevention“ in Höhe von 2,2 vorliegt. Konkret bedeutet dies, dass man pro in die Suchthilfe investiertem Euro mit einem potenziellen ökonomischen Erfolg in Höhe von 2,2 Euro rechnen kann (Verhältnis 1: 2,2 Euro). Die Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass es sich ökonomisch lohnt in die Suchtkrankenhilfe zu investieren (Forschungsbericht, Dietmar Bräuning und Thomas Kohstall, ISSA, Genf 2011).

Die Messung volkswirtschaftlicher Effekte gestaltet sich natürlich naturgemäß schwieriger als die Messung von Effekten auf der Individualebene. Auch gilt es, verschiedene Arten von Nutzen zu beurteilen. Nutzen sind z.B. die Verminderung von Arbeitsunfähigkeitstagen, die Verlängerung der Berufsfähigkeit, weniger Arztbesuche, weniger Pflegebedarf oder die Teilhabe am sozialen bzw. beruflichen Leben).

Auf Basis des sozialmedizinischen Verlaufs zwischen den Jahren 1997 bis 2002 belaufen sich der gesamte Nutzen von Rehabilitationsmaßnahmen für die Deutsche Rentenversicherung auf schätzungsweise 4,4 Mrd. Euro und die Kosten auf 2,7 Mrd. Euro (Faktenbuch Medizinische Rehabilitation, 2011).

Prognos (2009) untersucht die Effekte bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt. Hierbei stellt er neben überaus günstigen finanziellen Effekten fest, dass durch die medizinische Rehabilitation (zu der die Suchtkrankenhilfe gehört) der Volkswirtschaft jährlich 150.000 Arbeitsplätze erhalten bleiben – die ohne entsprechende Hilfemaßnahmen aus dem Arbeitsleben vorzeitig ausscheiden würden (Faktenbuch Medizinische Rehabilitation, 2011).

Fazit

Suchthilfe ist effektiv und effizient - sie trägt insgesamt bei zur/zum

- Einsparung von Kosten bei den Akutbehandlungen Suchtkranker,
 - Senkung der Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung, auch bei psychosomatischen Erkrankungen der Angehörigen,
 - Senkung der Fehltage am Arbeitsplatz,
 - Gewaltreduzierung vor allem bei jungen Menschen durch Suchtprävention,
 - Reduzierung der Belastung durch den Rückgang städtischer Drogenszenen,
 - Rückgang suchtmittelbedingter Todesfälle,
 - Erhöhung der subjektiv wahrgenommen öffentlichen Sicherheit,
 - Reduzierung der Haftkosten,
 - Einsparung, z.B. in den Bereichen Sozialhilfe, Jugendhilfe und Arbeitslosenhilfe,
 - Teilhabe suchtkranker Menschen an Arbeit, Ausbildung und Schule,
 - Erhöhung der öffentlichen Einnahmen durch Steuer- und Beitragszahlungen,
 - Reduzierung der Gewaltanwendung unter Suchtmittel einfluss,
 - Verhinderung von körperlichen und seelischen Spätfolgen aufgrund von Suchtmittelmissbrauch,
 - Rückgang von HIV und Hepatitis und anderen Infektionskrankheiten.
- (Zitiert aus: Arbeitsgemeinschaft Katholische Suchtkrankenhilfe (AKS):
 „Sucht(-hilfe) kostet Geld - Suchthilfe spart Geld! - eine Argumentationshilfe für die Praxis“, Freiburg)

Die ambulante Suchthilfe ist ein zentraler Bestandteil in der Landschaft der kommunalen Daseinsvorsorge und leistet einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der individuellen Situation betroffener Menschen, der Minderung volkswirtschaftlicher Kosten und gesellschaftlicher Wertschöpfung. Kurzsichtige Kürzungen verursachen längerfristig hohe Folgekosten!

Problemanzeige

In Rheinland-Pfalz gibt es, im Gegensatz zu anderen Bundesländern wie Bayern oder Sachsen, keine spezielle Gesetzesvorschrift zur Finanzierung der ambulanten Suchthilfe - das Hilfesystem steht damit auf tönernen Füßen.

Ansprüche müssen aus unterschiedlichen Gesetzen abgeleitet werden:

Die Grundlage der Finanzierung fußt unter anderem auf der kommunalen Daseinsvorsorge. Diese betrifft im Wesentlichen die Kernleistungen der ambulanten Suchthilfe wie Prävention, Beratung und Betreuung.

Die kommunale Daseinsvorsorge ist verfassungsrechtlich im Sozialstaatsprinzip nach Art. 20, Abs. 1 GG verankert. Eine wesentliche Grundidee war dabei, dass es nicht dem „Markt“ allein überlassen bleiben darf, wer welche Leistungen zu welchen Konditionen anbietet.

Eng verknüpft mit der Daseinsvorsorge und der damit verbundenen staatlichen Fürsorge, ist das Prinzip der Subsidiarität. Damit ist die Idee des Nachrangs von staatlichem Handeln gemeint. In der Folge der Umsetzung dieses Prinzips wurde das Verhältnis zwischen der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege geregelt: Vorrang ist der freien Wohlfahrtspflege zu geben.

In der ambulanten Betreuung und Behandlung erfolgt die Beratung und Behandlung suchtkranker und suchtgefährdeter arbeitssuchender Menschen auf der Grundlage des SGB II. Die Behandlung suchtkranker Menschen wurde durch die Anerkennung als Krankheit durch das Bundessozialgericht (1968) zumindest auf rechtlicher Basis in das medizinische System integriert. Somit können seither auch Leistungen der ambulanten Behandlung auf der Grundlage des SGB V und VI erbracht werden. Berührungen zum SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) ergeben sich über die Beratung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen. Leistungen für die Suchthilfe aus dem SGB VII ergeben sich beispielsweise auf der Ebene der ambulanten Eingliederungshilfen.

Ein weiterer Zugang zu den Grundlagen bzw. zum Auftrag für die Gestaltung der ambulanten Suchthilfe in der Region ergibt sich über das Prinzip der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen. Wo diese Teilhabe nicht über Sozialhilfeträger gesichert ist, muss sie anderweitig gewährleistet werden.

Die ambulante Suchthilfe wird in Rheinland-Pfalz überwiegend von der freien Wohlfahrtspflege finanziert, zwischen 40 und 60 Prozent der Gesamtkosten werden von ihr übernommen. Im Vergleich mit den anderen Bundesländern liegt Rheinland-Pfalz mit diesem Trägeranteil damit deutlich im oberen Bereich. In Zeiten zunehmender finanzieller Probleme bei der freien Wohlfahrtspflege wird der hohe Finanzierungsanteil zu einem erheblichen Problem auch für den Fortbestand der Suchthilfe.

Die durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz eingeleitete Deckelung der Rehabilitationsausgaben führte insbesondere in unserem Bundesland zu einer deutlichen Reduzierung (fast Halbierung) der stationären Therapiezeiten und Reduzierung von Rehabilitationsaufenthalten. Der stationäre Bereich musste immer wieder neue Rehabilitationskonzepte entwickeln um den suchtkranken Menschen gerecht zu werden – trotzdem haben diese nach dem (verkürzten) Klinikaufenthalt verstärkten Beratungsbedarf.

Abrechenbare Leistungen treten auch in unserem Bundesland immer mehr in den Vordergrund und das „Allgemeingut“ der ambulanten Suchthilfe mit seinen kostenfreien Zugängen und niedrighschwelligigen Hilfen in den Hintergrund. Die Maschen unseres sozialen Netzes werden so immer weiter – das Heer von Menschen, das von unserem Hilfesystem nicht mehr erreicht wird, immer größer.

Die Tendenz besteht, insbesondere auf Grund der mangelhaften Pauschalzuwendungen des Landes, dass abrechenbare Leistungen auch in der ambulanten Suchthilfe immer mehr in den Vordergrund rücken und die Versorgung von insbesondere chronifizierten und mehrfachabhängigen Menschen abgegeben wird und hierfür – wenn überhaupt – andere Hilfen (zum Beispiel Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe) vorgehalten werden um Überleben zu sichern.

Die fragile öffentliche Finanzierung für Suchtberatung hat an vielen Orten dazu geführt, dass sich Suchtberatungsstellen stärker auf Leistungs- und Entgeltorientierung fokussiert müssen um ihren Fortbestand zu sichern und die „anwaltliche Positionierung“ für suchtkranke Menschen (insbesondere ohne sozialversicherungsrechtliche Ansprüche) so zunehmend aufgeweicht wird. Die Orientierung an Refinanzierungsmöglichkeiten soll (auf Grund der mangelhaften Bezuschussung) die Lücken der öffentlichen Finanzierung reduzieren, was immer weniger gelingt (zum Beispiel Leistungen nach SGB II (Vermittlungshemmnisse Sucht bei der Integration auf dem Arbeitsmarkt), SGB V (integrierte Versorgung nach § 140 SGB V, suchtpreventive Angebote nach § 20 SGB V), SGB VI (ambulante Rehabilitation und ambulante Nachsorge), SGB VII (ambulantes betreutes Wohnen als Eingliederungshilfe) und andere zusätzliche Angebote (wie Führerscheinkurse, Raucherentwöhnungsprogramme, Gebühren, etc.).

Der Trend zur Entgelt- und Leistungsangebotsorientierung wird verstärkt durch die zusätzliche, in der eigenen Finanzknappheit begründete Reduzierung des Eigenanteils der Träger. Zunehmend findet so eine Umorientierung statt: Suchthilfe geht weniger dahin wo es Hilfe-Bedarf gibt (niedrighschwellige Angebote) – Suchthilfe geht immer mehr dahin wo es einen Markt gibt (hochschwellige Angebote).

Um die Kommunale Daseinsvorsorge als wichtigen Baustein einer Versorgung von Suchtkranken, deren Familien und Kindern, dem Erhalt der Arbeitsleistung, der Verhinderung von Verschuldung und damit auch zur Verhinderung von gesellschaftlichen Folgeschäden und der Belastung von öffentlichen Kassen abzusichern, braucht die Suchtberatung eine finanzielle Absicherung besonders des ambulanten Segments.

Perspektiven einer ambulanten Suchthilfe

Eine solide und auskömmliche Finanzierung ist die Grundlage für die Bestanderhaltung der ambulanten Suchthilfe, mit einem für die Bürgerinnen und Bürger kostenfreien und weitestgehend unkomplizierten Zugang. So werden Menschen, die kaum sozialversicherungsrechtliche Ansprüche (Rentenversicherung, Krankenkassen) haben, von unseren eher hochschwelligten Hilfeangeboten nicht erreicht und fallen so zunehmend durch das soziale Netz.

Die Landespolitik ist gefordert, auch in Rheinland-Pfalz entsprechende gesetzliche Regelungen zu schaffen wie in anderen Bundesländern und für eine angemessene Finanzierung zu sorgen – ansonsten werden Armut und Verelendung in unserem Bundesland deutlich zunehmen (siehe hierzu Armuts- und Reichtumsbericht der Landesregierung, 2009/2010 und die Stellungnahmen der Wohlfahrtsverbände).

Die derzeitige Regelung - mittels der „Verwaltungsvorschrift Soziale Beratungsstellen“ - lediglich die reinen Personalkosten von Land und Kommunen bis zu 25% zu bezuschussen, gefährdet akut den Bestand der von den Wohlfahrtsverbänden getragenen Suchtberatungsstellen. Die Träger der Beratungsstellen werden zukünftig nicht mehr in der Lage sein, derart hohe Eigenmittel einzusetzen. Die Bezuschussung muss daher dringend dynamisiert und zudem deutlich aufgestockt werden, um das Angebot der Suchtberatungsstellen in der Fläche zu erhalten.

Darüber hinaus fordern wir Rentenversicherungsträger und Krankenkassen dazu auf, Leistungen, die für sie erbracht werden, auch kostendeckend zu finanzieren.

Die in den letzten Jahren entstandene Ausdifferenzierung der Hilfelandschaft ist für die Klientel von Vorteil. Die ambulante Suchthilfe sollte ihren Platz in diesem Hilfesystem behaupten und auch weiterhin für gute Vernetzung und Kooperationen sorgen.

Wir fordern eine verbindliche regionale Suchthilfeplanung unter Einbeziehung der ambulanten Suchthilfe, die so zum Partner in der sozialen Hilfestaltung der Kommune/Gebietskörperschaft wird. Den Status Quo des bisherigen Hilfesystems zu erhalten reicht nicht, sondern es gilt, dieses effektiver zu gestalten.

Netzwerkarbeit über den eigenen Fachbereich hinaus ist unbedingt erforderlich. Suchterkrankungen sind häufig gekoppelt mit zum Beispiel Obdachlosigkeit, psychischen Erkrankungen und auch Thema von der Kinder- und Jugend- bis zur Altenhilfe.

Die regionale Versorgung ist durch trägerübergreifende Absprachen und Planungen zu optimieren. Die Hilfeangebote sollten so an den regionalen Bedarfen ausgerichtet werden.

Rheinland-Pfalz sollte sich wie die meisten anderen Bundesländer dazu entschließen, auch zweckgebundene Gelder für eine hauptamtliche Landesstelle zur Verfügung zu stellen, um so der Suchthilfe im Land ein stärkeres Profil zu geben und eine bessere Weiterentwicklung für den Arbeitsbereich zu ermöglichen (Unterstützung der ehren- und hauptamtlichen MitarbeiterInnen, Förderung der Vernetzung, Entwicklung von neuen Konzepten, Politikberatung, Lobbyarbeit, etc.).

Literatur

Aktion Psychisch Kranke: Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland, 2009

Arbeitsgemeinschaft Katholische Suchtkrankenhilfe (AKS): Sucht(-hilfe) kostet Geld - Suchthilfe spart Geld! - eine Argumentationshilfe für die Praxis, Freiburg

Bergmann, Eckardt und Horch Kerstin: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kosten alkoholassoziierter Krankheiten, Robert-Koch-Institut, Berlin 2002

Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege e.V. (Hrsg.): Die Freie Wohlfahrtspflege - Profil und Leistungen, Lambertus, Freiburg, 2002

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2003, Neuland, Geesthacht 2003

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2011, Neuland, Geesthacht 2011

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen DHS (Hrsg.): Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe, in: Informationen zur Suchtkrankenhilfe, Hamm 1999

EBIS-AG bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): EBIS-A 1998, ambulante Suchthilfe, Verbandsauswertung, Caritas-Verband, Hamm 1998

Egner, Uwe und Grünbeck, Peter, (BfA): Analyse der Reha-verlaufsdaten zu den Folgen der Sucht und zum Verlauf nach der Rehabilitation. Vortrag anlässlich des 16. Heidelberger Kongresses des Fachverbands Sucht e.V., In: Sucht Aktuell 2/2003, Bonn 2003

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe, Positionspapier, Berlin

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe, Suchtkrankenhilfe in Deutschland, Berlin

Irene Helas, Über den Prozess der Professionalisierung in der Suchtkrankenhilfe, in: Suchtkrankenhilfe in Deutschland, 1997

Industriegewerkschaft Metall (IGM) (Hrsg.): Das Suchtbuch für die Arbeitswelt, Frankfurt, 1991

Institut für Therapieforschung: IFT-Berichte Bd. 125, München

Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS), Dietmar Bräuning und Thomas Kohstall, Genf

Köhler, Joachim: Zuweisung und Inanspruchnahme von ambulanter Reha Sucht, in: Fachtagung der BfA am 11. und 18. März 2000, Berlin 2000



Leune, Jost: Stellungnahme des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e.V. zur Kosten-/Nutzenrelationen in der Suchthilfe, Hannover 2003

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen: Umfrage bei den Suchtberatungsstellen in Rheinland-Pfalz, Mainz 2010

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen: Armut und Reichtum in Rheinland-Pfalz, Mainz 2010

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Faktenbuch Medizinische Rehabilitation, Essen

Roscher, Roland: Der Beitrag der Freien Wohlfahrtspflege zum Gemeinwohl am Beispiel der Suchtkrankenhilfe, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1999

Schillinger, Herbert: Grußwort von Herbert Schillinger, Abteilungsleiter Rehabilitation, anlässlich der Fachtagung der BfA für ambulante Suchteinrichtungen, am 11. und 18. März 2000, Berlin 2000

Strobl, Michael: Jahresstatistik 2000 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland, München 2001