

Drogenkonferenz 2004

26. Fachtagung der Landesregierung
mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe
in Rheinland-Pfalz
am 04. Juni 2004

Die aktuellen Sozialreformen und die Suchtkrankenhilfe

- Entwicklungen, Konsequenzen, Perspektiven -

Arbeitsergebnisse

Herausgeber:

Ministerium für Arbeit, Soziales,
Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz
Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit
Bauhofstraße 9, 55116 Mainz
www.masfg.rlp.de
Broschürentelefon: 06131/16-2016
(Bürgerservice-Telefon: 0800/1181387)

Mai 2005
ISBN: 3-936257-10-8
Druck: johnen druck

Titelgestaltung:
Andrea Wagner, Mainz

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der rheinland-pfälzischen Landesregierung kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht so verwendet werden, dass es als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer einzelnen Mitglieder zu verwenden.

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	
Malu Dreyer, Ministerin für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit	5
I. Rede von Ministerin Malu Dreyer zur Eröffnung der Drogenkonferenz 2004: Die aktuellen Sozialreformen und die Suchtkrankenhilfe - Entwicklungen, Konsequenzen, Perspektiven	6
II. Kurzinformation über suchtpreventive Maßnahmen und Hilfeangebote für Suchtkranke – Berichtszeitraum 2004/2005	12
III. Reformen und sozialer Zusammenhalt	19
Hans-Georg Weigel Direktor des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Frankfurt/Main	
IV. Auswirkungen der Sozialreformen auf die Arbeitsfelder der Suchtkrankenhilfe	28
Dr. Monika Burmester, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche Deutschland, Stuttgart	
V. Beiträge aus den Foren	
<i>Forum I: Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (SGB II) – eine Herausforderung für die Suchtkrankenhilfe</i>	
<i>Das SGB II und die Perspektiven einer verbesserten Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure</i>	36
Roswitha Augel, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Mainz	
<i>Der örtliche Sozialhilfeträger und das SGB II</i>	39
Oswald Fechner, Sozialamt der Stadt Worms, Worms	
<i>Die berufliche Integration Suchtkranker</i>	43
Eberhard Speidel, Mit Jugend gegen Drogen e. V., Worms	
<i>Forum II: Die Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und die Organisationsreform der Rentenversicherung</i>	
<i>Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) - Neuregelungen</i>	50
Dr. Albrecht Winkler, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit; Mainz	
<i>Die Auswirkungen des GMG in der Praxis der Suchtkrankenhilfe</i>	59
Imke Dreckmann, Therapiezentrum Bassenheim, Bassenheim	

	Seite
<i>Die Organisationsreform der Rentenversicherung</i> Bernd Aichmann, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Mainz	68
 <i>Forum III: Das Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch (SBG XII)</i>	
<i>Welche Änderungen bringt das SBG XII für die Hilfeempfänger und worauf muss sich die Suchtkrankenhilfe einstellen?</i> Burkhard Müller, Geschäftsführender Direktor des Landkreistages Rheinland-Pfalz, Mainz	75
<i>Hilfeplanung und Hilfeplankonferenz – eine Chance für die regionale Suchtkrankenhilfe</i> Kerstin Steinfurth, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Mainz	85
<i>Was kann die Suchtkrankenhilfe dem Träger der Sozialhilfe bieten?</i> Anne Huwig-Groß, Psychosozialer Dienst des Caritasverbandes, Suchtberatung, Saarlouis	90
<i>Was kann die Suchtkrankenhilfe dem Träger der Sozialhilfe bieten?</i> Herbert Lenhart, V.I.V.A. e.V., Alzey	94

VI Anhang

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren
Tagungsprogramm

Vorwort

Gesellschaftlicher Wandel erfordert Reformen. Dass Reformprozesse schwierig sind und die Mitwirkung der Betroffenen erfordern, ist in der Suchtkrankenhilfe hinlänglich bekannt. Eine Reihe von gesetzlichen Neuregelungen beeinflussen die Rahmenbedingungen der Suchtkrankenhilfe erheblich. Ziel der Drogenkonferenz 2004 war es daher, eine intensive Auseinandersetzung über die Folgen dieser Gesetzesänderungen zu ermöglichen und mögliche Perspektiven zu erörtern.



Thematische Schwerpunkte der Fachtagung waren unter anderem die Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Organisationsreform der Rentenversicherung, die berufliche Integration suchtkranker Menschen vor dem Hintergrund der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe und die Änderungen, die mit dem neuen SGB XII verbunden sind. In drei Foren wurden die verschiedenen Aspekte der Sozialreformen dargestellt und erörtert, welche neuen Anforderungen und Chancen für die Suchtkrankenhilfe damit verbunden sind.

So ist das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt für die Entwicklung der Suchtkrankenhilfe ein bedeutender Meilenstein. Die Suchtberatung wird erstmals als weitere Leistung bei der Eingliederung ins Erwerbsleben ausdrücklich aufgeführt. Die vielschichtige Problemlage arbeitsloser Suchtgefährdeter oder Suchtkranker kann künftig also stärker als bisher Berücksichtigung finden. Weiterhin werden mit dem Ende 2003 verabschiedeten SGB XII die Selbstbestimmung und die Beteiligung behinderter Menschen gestärkt. Dies betrifft auch die Suchtkranken, die Eingliederungshilfe benötigen. Die Suchtkrankenhilfe ist zudem gefordert, ihr Wissen bei der individuellen Hilfeplanung und den Hilfeplankonferenzen einzubringen. Die vielfältigen Erfahrungen der Suchtkrankenhilfe bei der Planung und Steuerung individueller Hilfeangebote sind dabei von Vorteil.

Die Solidargemeinschaft kann nicht alle Bedürfnisse einzelner Menschen erfüllen oder jedes Risiko absichern. Aufgabe heutiger Sozialpolitik muss daher sein, zum einen die existentiellen Lebensrisiken abzusichern und sozial gerechte Chancen zur Teilhabe zu ermöglichen, zum anderen aber auch die Eigenverantwortung zu fördern. Eine Herausforderung, der sich die Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe seit vielen Jahren mit großem Engagement stellen.

A handwritten signature in black ink that reads "M. Dreyer". The signature is written in a cursive style and is positioned to the left of a vertical red line.

Malu Dreyer

Ministerin für Arbeit, Soziales,
Familie und Gesundheit
des Landes Rheinland-Pfalz

Rede von Frau Ministerin Malu Dreyer zur Eröffnung der Drogenkonferenz 2004:

Die aktuellen Sozialreformen und die Suchtkrankenhilfe - Entwicklungen, Konsequenzen, Perspektiven

Sehr geehrte Herren und Damen,

ich begrüße Sie gerne zur 26. Fachtagung der Landesregierung mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz. Das Thema der heutigen Konferenz ist in einem hohen Maße aktuell und wird auf allen Ebenen kontrovers diskutiert. Kernfrage ist dabei, was erforderlich ist um den Sozialstaat zu erhalten. Auch wenn der in vielen Bereichen begonnene Umbau noch nicht abgeschlossen ist, wurde in Absprache mit der Landesstelle für Suchtfragen der LIGA dieses Thema gewählt, und das mit guten Gründen:

Suchterkrankungen sind mit vielfältigen negativen gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Folgen verbunden. Ziele der Beratung und Behandlung Suchtkrankender sind unter anderem zufriedene Abstinenz, Partizipation sowie berufliche und soziale Integration. Diese Ziele erfordern von den Fachkräften, Trägern und Einrichtungen eine konstruktive Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Teilen unseres gegliederten sozialen Sicherungssystems. Suchtkrankenhilfe ist somit Partner im gegliederten Leistungssystem und auch ein wichtiger Akteur bei Reformprozessen. Die Fachtagung bietet daher ein Forum zum Austausch über die eingeleiteten Reformen und Gelegenheit, Chancen und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe zu diskutieren.

1. Die aktuellen Sozialreformen – Conditio sine qua non für eine zukunftsfähige und soziale Gesellschaft

Das in den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelte soziale Sicherungssystem, so wie wir es kennen, wurde wesentlich geprägt durch Vollbeschäftigung, kontinuierliche Wachstumsraten der Wirtschaft und demographische Stabilität. Diese Faktoren haben sich inzwischen erheblich verändert.

Die schwache wirtschaftliche Entwicklung belastet den Arbeitsmarkt in einem hohen Maße. Im April 2004 lag die Arbeitslosenquote in der Bundesrepublik bei 10,7 Prozent. Auch wenn die Arbeitslosigkeit in Rheinland-Pfalz mit 7,7 Prozent im April deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegt, ist nicht hinzunehmen, dass 156.079 Menschen arbeitslos sind. Reduzierung der Arbeitslosigkeit ist daher eine zentrale Zukunftsaufgabe des Landes.

Aber nicht nur die wirtschaftliche Lage und die damit verbundene Arbeitslosigkeit zwingen zu Veränderungen. Von entscheidender Bedeutung ist der demographische Wandel, dem unsere Gesellschaft unterliegt. Nach einer Modellrechnung des Statistischen Landesamtes wird bis 2050 die Gesamtbevölkerung in Rheinland-Pfalz um ein Viertel zurückgehen und zwar von rund 4 Millionen auf 3 Millionen. Wohlgemerkt: Es handelt sich dabei nicht um eine Prognose, sondern um eine Modellrechnung, die auf einer Wenn-dann-Betrachtung beruht.

Während der Anteil der jüngeren Menschen in unserer Gesellschaft ständig sinkt, steigt der Anteil der Älteren kontinuierlich. Ab 2007, also bereits in drei Jahren, wird ein

Rückgang der Zahl der Schulabgänger zu verzeichnen sein. Bei einer Fortschreibung dieser Entwicklung werden sich im Jahr 2050 die ältere Generation und die erwerbstätige Generation eins zu eins gegenüberstehen.

Dass die Reform gewachsener sozialer Sicherungssysteme ein schwieriger und komplexer Prozess ist, liegt auf der Hand. In diesem Prozess ist damit zu rechnen, dass die beteiligten Akteure von unterschiedlichen Beweggründen geleitet werden, sich widersprechende Ziele verfolgen und natürlich ihre Partikularinteressen öffentlichkeitswirksam verteidigen.

Doch sollte bedacht werden: „Durchbrochen werden muss der Vorrang des Bestehenden vor dem Künftigen und der Vorrang der Interessen von heute vor den Interessen von morgen“, so die katholischen Bischöfe in ihrem Impulstext „Das Soziale neu denken“ vom Dezember 2003. Die Notwendigkeit der Reformen ist nicht nur als Gefahr zu sehen, sondern auch als Chance für eine gerechtere Gesellschaft. Angesichts begrenzter Ressourcen gilt es, Eigenverantwortung zu fördern, neue Chancen zur Teilhabe zu eröffnen und die Solidargemeinschaft zu stärken.

Ich möchte diese Überlegungen an zwei Beispielen deutlich machen. Die Gesundheitsreform wird ja in der Öffentlichkeit vor allem als zusätzliche Belastung wahrgenommen. Aber was wäre die Alternative? Durch die Gesetzliche Krankenversicherung werden jährlich rund 140 Mrd. Euro für die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt. Deutliche Ausgabensteigerungen und stagnierende Einnahmen machten es erforderlich gegenzusteuern, da sonst die Beitragssätze noch weiter gestiegen wären; mit den damit verbundenen negativen Folgen.

Die viel diskutierten Zuzahlungen ändern am solidarischen Grundprinzip nichts, weil die finanziellen Folgen für den Einzelnen durch die Belastungsgrenzen überschaubar bleiben. Die Finanzierungs- und Steuerungsfunktion der Zuzahlungen tragen vielmehr dazu bei, dass die Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenversicherung bezahlbar bleiben und die Versicherten die medizinisch notwendigen Leistungen auch weiterhin erhalten können. Von Verhältnissen wie in den USA, wo über 43 Millionen Bürgerinnen und Bürger ohne Krankenversicherung leben und Krankheit die finanzielle Existenz bedroht, bleiben wir also weit entfernt.

Ein höheres Maß an finanzieller Eigenverantwortung ist notwendig, um das Solidaritätsprinzip zu bewahren und gleichwohl allen Versicherten weiterhin die Innovationen der Medizin zur Verfügung zu stellen. Mehr Eigenverantwortung bedeutet aber auch: Verbesserung der Patienteninformationen, Stärkung der Patientenrechte und mehr Wahlmöglichkeiten. Auch hier setzt die Gesundheitsreform neue Maßstäbe. Das Forum III bietet Gelegenheit die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Suchtkrankenhilfe zu erörtern.

Auch die Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe ist ein wichtiger und notwendiger Schritt zur Reform unseres sozialen Sicherungssystems. Mit dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistung am Arbeitsmarkt wird das ineffiziente Nebeneinander zweier staatlicher Fürsorgesysteme beendet. Die Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe zum „Arbeitslosengeld II“ zielt darauf – wie in § 1 SGB II ausgeführt – die Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zu stärken und soll so dazu beitragen, dass sie ihren Lebensunterhalt unabhängig von der Grundsicherung aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten können. Für die neue Leistung sollen die

Kommunen und die Bundesagentur für Arbeit gemeinsam zuständig sein. Im derzeit laufenden Gesetzgebungsverfahren sollen die Kommunen die Option erhalten, die neue Leistung in eigener Trägerschaft zu erbringen.

Im aktuellen Konflikt um das so genannte Optionsgesetz drohen die Interessen der Betroffenen unterzugehen. Rheinland-Pfalz setzt dagegen auf Kooperation und unterstützt aktiv die freiwillige Zusammenarbeit in Form von Arbeitsgemeinschaften der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialämter. Die in Rheinland-Pfalz mit unterschiedlichen Projekten gewonnenen Erfahrungen haben gezeigt, dass die Vermittlungschancen umso besser sind, je enger Arbeits- und Sozialämter zusammenarbeiten.

Konkret werden in 10 rheinland-pfälzischen Kreisen und Städten entsprechende Pilot-Arbeitsgemeinschaften in Kürze anlaufen. Mit diesem Modell wird auch eine einheitliche Zuständigkeit im Interesse der Überschaubarkeit und Orientierung für die Langzeitarbeitslosen angestrebt. Einen Flickenteppich von Zuständigkeiten halte ich für äußerst problematisch und nicht für hilfreich.

Zusammenfassend ist festzustellen: Aufgabe heutiger Sozialpolitik muss es sein, existentielle Lebensrisiken abzusichern und Menschen sozial gerechte Chancen zur Teilhabe zu ermöglichen, die auch künftig finanzierbar sind. Hier zeigen sich auch Parallelen zur Suchtkrankenhilfe, deren Ziel es ja ist, die Bindung und Begrenzung durch die Sucht durch ein Mehr an Entscheidungsfreiheit und einen größeren Handlungsspielraum abzulösen.

2. Eckdaten der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz

Die Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz hat ein hohes Niveau erreicht. Die Vielfalt suchtpreventiver Projekte hat der erst kürzlich durchgeführte Aktionstag mit rund 200 Maßnahmen deutlich gemacht. Die Arbeitskreise Suchtprevention, die Präventionsfachkräfte und das Büro für Suchtprevention der Landeszentrale für Gesundheitsförderung erreichen durch ihre kontinuierliche Arbeit jährlich mehrere Tausend junge Menschen. Die aus Landesmitteln geförderten Suchtberatungsstellen beraten im gleichen Zeitraum rund 13.000 Menschen; nicht gezählt die vielen Einmalkontakte von Ratsuchenden und die Menschen, welche die Angebote der Selbsthilfegruppen in Anspruch nehmen. Durchschnittlich 6.400 Suchtkranke erhalten eine stationäre Entwöhnungsbehandlung. Rund 500 chronisch mehrfachbeeinträchtigte Suchtkranke werden in Soziotherapeutischen Einrichtungen betreut. Insgesamt werden somit in Rheinland-Pfalz jährlich mindestens 20.000 Menschen durch die professionelle Suchtkrankenhilfe beraten, begleitet und behandelt.

Und die Suchtkrankenhilfe ist nachweislich erfolgreich. Ich habe mich nicht zuletzt deshalb nachhaltig dafür eingesetzt, dass die Landesmittel in diesem Bereich nicht gekürzt werden und die Förderquoten für das Fachpersonal der Suchtberatungsstellen, der Präventionsfachkräfte, des Fachkräfteprogramms „Aufsuchende Sozialarbeit“ und bei Wohnprojekten gehalten werden können. Dass der rheinland-pfälzische Landtag die entsprechenden Mittel auch für 2004 bereitgestellt hat, können Sie als Ausdruck der Wertschätzung Ihrer Arbeit betrachten.

Ich muss aber auch darauf hinweisen, dass die Haushaltslage ernst ist. Es wäre illusorisch zu erwarten, dass noch vorhandenen Bedarfen durch Aufstockungen entsprochen werden kann. Ich sage das deshalb so deutlich, weil ich durchaus noch erheblichen

Handlungsbedarf sehe, beispielsweise bei der beruflichen Integration behandelter Suchtkranker.

Nach der jährlichen Befragung der Fachkliniken müssen wir feststellen, dass der Anteil der Erwerbslosen inzwischen auf 50,7 Prozent gestiegen ist. Wenn wir Teilhabe und Eigenverantwortung bei den Betroffenen anstreben, muss dieses Problem bei der Beratung und Behandlung Suchtkranker stärker Berücksichtigung finden. Die Kosten- und Leistungsträger, aber auch die Träger der Suchtkrankenhilfe und die Fachkräfte sind gefordert, durch Optimierung bestehender Angebote, aber auch durch entsprechende Schwerpunktsetzung in der Arbeit, das Ihre dazu beizutragen, dass beruflichen Eingliederung gelingen kann.

3. Chancen und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe

Die Bedeutung der Suchtberatung bei der Eingliederung in Arbeit wird durch das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt hervorgehoben. Das Gesetz, das zum 01. Januar 2005 in Kraft treten soll, sieht in § 16 SGB II ausdrücklich vor, dass Suchtberatung als eine weitere Leistung zur Eingliederung in Arbeit erbracht werden kann. Zudem ist nach dem Gesetz vorgesehen, dass die Agentur für Arbeit mit den Erwerbsfähigen vereinbart, welche Leistungen die Betroffenen erhalten. In diesen Eingliederungsvereinbarungen wird auch bestimmt, welche Bemühungen die Erwerbsfähigen in welcher Häufigkeit unternehmen müssen und wie diese nachzuweisen sind.

Dass die Suchtberatung, neben der Schuldnerberatung und der psychosozialen Betreuung im Gesetz ausdrücklich genannt wird, unterstreicht ihren hohen Stellenwert. Und das war ja nicht immer so. Suchtberatung wird heute als ein wichtiger Partner gesehen und nicht als Bittsteller für ihr Klientel. Damit sind aber auch Erwartungen verbunden, mit denen sich die ambulante Suchtkrankenhilfe konstruktiv auseinandersetzen sollte, um ihre Chancen zu nutzen.

Die Suchtkrankenhilfe kann hier auf Erfahrungen zurückgreifen, die auf Grund der Durchführung von Arbeitsprojekten mit der Arbeitsverwaltung und den örtlichen Sozialhilfeträgern vorliegen. Es gilt die vorhandenen Instrumente zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Zu diesem Zweck unterstützt das Land das Modellprojekt Job - wärts, das Ende letzten Jahres angelaufen ist und von dem Institut für Weiterbildung und angewandte Forschung in der Sozialen Arbeit der Fachhochschule Koblenz wissenschaftlich begleitet wird. Eine wesentliche Aufgabe des Projekts ist es, Instrumente für die Erstellung von Leistungs- und Vermittlungsprofilen für behandelte Suchtkranke zu entwickeln, diese Handreichungen zu überprüfen und einen EDV-gestützten Leitfaden für die Praxis zu erstellen. Ziel ist, Betroffene schneller und passgenauer zu vermitteln.

Ich rege an, trägerübergreifend, ggf. in einer Arbeitsgruppe der Landesstelle für Suchtfragen und mit Beteiligung des Ministeriums, zu erörtern was die Suchtkrankenhilfe in Kooperation mit den örtlichen Partnern als Leistung zur beruflichen Eingliederung einbringen kann, wo „Knackpunkte“ liegen und welche Lösungswege gangbar sind. Die Notwendigkeit regional orientierter Suchtkrankenhilfe sollte dabei deutlich sichtbar werden. Gelegenheit die verschiedenen Aspekte zu diskutieren ist im Forum I der Konferenz gegeben.

Mit dem Ende letzten Jahres verabschiedeten Gesetz zur Einordnung des Sozialhilfe-rechts in das Sozialgesetzbuch, dem SGB XII, wird die Selbstbestimmung und Beteili-gung behinderter Menschen gestärkt. Das betrifft auch all die Suchtkranken, die Ein-gliederungshilfe benötigen. Individuelle Hilfeplanung und Hilfeplankonferenzen sollen sicherstellen, dass die Betroffenen die Hilfen erhalten, die sie benötigen. Partizipation und Teilhabe wird aber nur dann möglich sein, wenn die verschiedenen Einrichtungen und Dienste der Suchtkrankenhilfe die entsprechenden Leistungen sicherstellen. Auch in diesem Kontext ist eine gemeindeorientierte Suchtkrankenhilfe gefragt, die bereit ist, ihr „Know-how“ bei der individuellen Hilfeplanung und in Hilfeplankonferenzen einzu-bringen. Auch hier sehe ich Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten für die Sucht-krankenhilfe, wenn sie ihre vielfältigen Erfahrungen bei der Planung und Steuerung von individuellen Hilfeangeboten nutzt. Ich hoffe, dass die Diskussion im Forum III zur wei-teren Klärung beiträgt und Optionen deutlich macht.

Abschließend sei angemerkt, dass zukünftig noch stärker als bisher die Wirksamkeit von Konzepten, Handlungsstrategien und Maßnahmen berücksichtigt werden muss. Auch im Sinne einer Prioritätensetzung. Dass die Wirksamkeit einer Maßnahme, zum Beispiel bei der Hilfeplanung, kontinuierlich überprüft wird, ist für die professionelle Suchtkrankenhilfe kein Novum, wie zum Beispiel die regelmäßig erhobenen Daten und katamnestischen Untersuchungen belegen. Ich bin der Überzeugung, dass wir künftig noch stärker darauf schauen müssen, was Maßnahmen bewirken, wie effektiv sie sind und wie sie von den Betroffenen wahrgenommen werden. Es gibt schon heute einen großen Fundus an Instrumenten; ich denke zum Beispiel an die Selbstevaluation prä-ventiver Arbeit, an die bereits erwähnten katamnestischen Untersuchungen oder an die Möglichkeiten, die Klientenbefragungen bieten.

Darüber hinaus müssen aber noch weitere Möglichkeiten wirkungsorientierter Steue-rung gesucht werden, wenn wir mit begrenzten Mitteln mehr erreichen wollen. Daher hat das Land die Beratungsstellenuntersuchung der Stadt Mainz gefördert und unter-schützt weiterhin die wissenschaftliche Begleitung der aktuellen Verhandlungen über die Leistungs- und Zuwendungsvereinbarungen. Mit diesem Projekt wird erprobt, in-wieweit Elemente wirkungsorientierter Steuerung, im Konsens zwischen allen Beteili-gten – und das ist mir wichtig -, bei der Aufgabenstellung und der Finanzierung von Be-ratungsstellen berücksichtigt werden können.

4. Schluss

Im Mittelpunkt der aktuellen sozialpolitischen Diskussion steht die Frage, wie wir unser soziales Sicherungssystem finanzierbar und zukunftssicher gestalten können. Dabei gilt es, Solidarität und Eigenverantwortung als sich gegenseitig ergänzend zu begreifen. Solidargemeinschaften können die viele Bedürfnisse einzelner Menschen nicht voll-ständig erfüllen. Eigenverantwortung kann nicht heißen, mit existentiellen Risiken allein gelassen zu werden. In dem bereits erwähnten Impulstext der katholischen Bischöfe wird ausgeführt „Sollen Solidarität und Gerechtigkeit angesichts struktureller Massenar-beitslosigkeit und demographischen Wandels wieder hergestellt und gesichert werden, brauchen wir einen Aufbruch, der das Soziale neu denkt.“ Dem ist nichts hinzuzufügen.

Die jährliche Drogenkonferenz ist traditionell ein Forum, das dazu dient, neue Entwick-lungen zu diskutieren und weiterführende Perspektiven für die Suchtprävention und die Suchtkrankenhilfe auszuloten. Mit großem Engagement haben die Träger, Fachkräfte

und Selbsthilfegruppen in Rheinland-Pfalz ein gut ausgebautes Hilfeangebot für suchtkranke Menschen und deren Angehörige geschaffen. Für diese wichtige Arbeit danke ich Ihnen. Häufig wird erst im Rückblick sichtbar, was geschaffen wurde und ich denke das kann sich sehen lassen.

Die neuen gesetzlichen Regelungen stellen neue Anforderungen an die Suchtkrankenhilfe, bieten aber auch neue Chancen. Ich hoffe, dass die Fachtagung dazu beiträgt, dass diese Chancen gesehen und zur Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz genutzt werden. Was ich in meinem Zuständigkeitsbereich dazu beitragen kann, will ich gerne tun.

Kurzinformationen über suchtpreventive Maßnahmen und Hilfeangebote für Suchtkranke - Berichtszeitraum 2003/2004 -

A. Epidemiologische und polizeiliche Daten; Daten aus dem Justizvollzug

Die **Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)**, eine Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse, wurde 2003 zum dritten Mal europaweit durchgeführt. Themen der Untersuchung sind der Konsum psychoaktiver Substanzen sowie damit verbundene Einstellungen und Risiken. Aus Deutschland standen Daten von 11.043 Schülerinnen und Schülern zur Verfügung.

Die Ergebnisse zeigen, dass bereits die 15-16Jährigen eine Prävalenz aktuellen Alkoholkonsums von etwa 85 Prozent haben. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung gaben 10 Prozent der Jugendlichen einen häufigen Konsum (zumindest bei 10 Gelegenheiten) von Bier und knapp 9 Prozent von Alkopops an. Bis zum Alter von vierzehn Jahren waren bereits 50 Prozent der Schülerinnen und Schüler zumindest einmal betrunken, bis zum Alter von sechzehn Jahren 80 Prozent.

Es berichteten 33 Prozent der Schülerinnen und Schüler jemals in ihrem Leben irgendeine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Kokain, Crack oder Heroin) probiert zu haben. Mit einer Lebenszeitprävalenz von 31 Prozent ist Cannabis die am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz. Andere illegale Substanzen wurden von weniger als 5 Prozent der Befragten im Leben mindestens einmal probiert. Bezogen auf die letzten 30 Tage vor der Befragung gaben 5 Prozent der Jugendlichen an, öfter als einmal pro Woche Cannabis konsumiert zu haben.

Die auf Deutschland bezogenen Ergebnisse der ESPAD-Studie wurden vom Institut für Therapieforschung als IFT-Bericht 141 veröffentlicht, der im Internet als Download (www.ift.de) zur Verfügung steht.

Nach den **polizeilichen Daten** wurden 2003 15.567 Rauschgiftdelikte begangen. Nach dem deutlichen Rückgang der Straftaten mit Cannabisprodukten im Jahr 2002 wurde im Berichtsjahr bei einer Steigerung um 10,5 Prozent der bisher höchste Anteil von 58,8 Prozent erreicht. Weiterhin ist ein deutlicher Anstieg der Delikte mit Amphetamin um 4,8 Prozent festzustellen. Nach dem stetig zunehmenden Anteil der Delikte mit Amphetaminderivaten wurde 2003 ein Rückgang von 53 Prozent auf das Niveau des Jahres 1999 registriert, der im bundesweiten Trend liegt. Nach dem Anstieg der erstauffälligen Konsumentinnen und Konsumenten harter Drogen in 2002 war für das Jahr 2003 wieder ein Rückgang um 4,2 Prozent auf 2.136 Personen festzustellen. Die Zuwachsrate bei der Gesamtzahl der polizeilich erfassten Konsumentinnen und Konsumenten harter Drogen ist mit 3,2 Prozent im Vergleich zum Vorjahr (3,5 Prozent) minimal zurückgegangen. Damit wird gleichwohl ein neuer Höchststand von 15.382 Personen erreicht (2002 – 14.912 Personen / 2001 - 14.402 Personen / 2000 - 13.241). Im Jahr 2003 waren in Rheinland-Pfalz 57 Rauschgifttodesfälle zu verzeichnen. In den letzten vier Jahren ist ein kontinuierlicher Rückgang feststellbar (2002 – 66 / 2001 – 72 / 2000 – 88 / 1999 - 71). Die häufigsten Todesursachen waren Mischintoxikationen und Überdosierungen.

Am 15. Februar 2004 waren im geschlossenen Vollzug von insgesamt 3.384 Gefangenen in den **Justizvollzugs- und Jugendstrafanstalten** 1.590 als süchtig bzw. stark suchtfährdet bekannt. Das entspricht 46,9 Prozent (Vorjahr: 49,8 Prozent).

Von legalen Suchtmitteln abhängig waren 482 Gefangene, das entspricht 14,2 Prozent. 1.112 Gefangene (Vorjahr: 1.000) wurden als von illegalen Suchtmitteln abhängig eingestuft; das entspricht 33,2 Prozent (Vorjahr: 31,9 Prozent).

Im Berichtszeitraum konnten 304 Gefangene, davon 34 Frauen, in eine Langzeittherapie vermittelt werden. Das sind insgesamt 57 Personen mehr als im Vorjahr. Mit 825 Gefangenen wurde eine intensive Motivationsarbeit betrieben. 3.081 Gefangene wurden nach dem Suchtkonzept angesprochen. Während der Inhaftierung wurden im Jahr 2003 180 Gefangene (Vorjahr: 156) mit L-Polamidon substituiert; 16 Behandlungen wurden während der Haft begonnen.

B. Maßnahmen

B. 0 Vorbemerkung

Der **Landesarbeitskreis Suchtkrankenhilfe**, dem Vertreterinnen und Vertreter der Träger der Suchtkrankenhilfe und der Suchtprävention, der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz, der Krankenkassenverbände, der Kommunalen Spitzenverbände und des Landes angehören, hat im März 2000 erstmals **Empfehlungen zur Verbesserung der Kooperation und Koordination der Angebote der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz** vorgelegt. Die Empfehlungen wurden nunmehr unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich eingetretenen gesetzlichen Änderungen überarbeitet und im März 2004 veröffentlicht. Sie geben Hinweise zur Weiterentwicklung der Grundlagen der Suchthilfeplanung und Suchtprävention, der Beratung und Behandlung sowie der Kooperation zwischen Sozialleistungsträgern und Trägern der Suchtkrankenhilfe. Der Datenteil enthält Angaben zum Umfang des Suchtmittelmissbrauchs in Rheinland-Pfalz und ermöglicht einen Überblick über die vielfältigen Hilfeangebote und deren Inanspruchnahme. Die Veröffentlichung steht als Download auf den Webseiten des Ministeriums (www.masfg.rlp.de, Rubrik „Broschüren“) zur Verfügung.

Im Dezember 2003 hat die Landtagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eine **Große Anfrage zur „Drogenpolitik in Rheinland-Pfalz“** vorgelegt, die federführend durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit beantwortet wurde. In Kooperation mit den beteiligten Ressorts wurde umfangreiches Datenmaterial zur Suchtproblematik in Rheinland-Pfalz zusammengestellt. Die Antwort auf die Große Anfrage wurde als Landtagsdrucksache 14/2870 veröffentlicht und kann im Internet unter www.landtag.rlp.de („Dokumente“) abgerufen und ausgedruckt werden.

B.1 Suchtprävention

Aus Mitteln des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit wurden in 2003 über das **Büro für Suchtprävention (BfS)** bei der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) insgesamt 41 Projekte (2001: 62 Projekte, 2002: 46 Projekte) der bestehenden 34 Regionalen Arbeitskreise Suchtprävention (RAK) gefördert. Die Maßnahmen wurden in folgenden Bereichen durchgeführt:

Bereiche	Anzahl der Maßnahmen	davon Multiplikatoren	davon geschlechtsspezifisch
Kindertagesstätten	4	1	-
Schule/Jugendarbeit	5	3	-
Jugendarbeit	24	3	6
Öffentlichkeitsarbeit	5	-	-
Eltern/Erwachsene	3	-	-

Einen Arbeitsschwerpunkt des BfS bildete 2003 die Förderung des Nichtrauchens. Der in Kooperation mit der Werbeagentur Ogilvy & Mather, der AOK - Die Gesundheitskasse, der Innungskrankenkasse, der Technikerkrankenkasse, IBM und dem MASFG entwickelte massenkommunikative Teil der Kampagne „Lass stecken“ wurde 2003 um zwei neue Kinospots erweitert. Im Rahmen des personalkommunikativen Teils wurde das „Aktionsprogramm zur Förderung des Nichtrauchens“ 2003 weitergeführt. Besonderes Interesse fanden Ansätze zur Unterstützung eines Raucherausstiegs für junge Raucherinnen und Raucher. Angeboten wurde zudem eine Radiowerkstatt für junge Menschen rund um das Thema Nicht-/Rauchen. Die von Jugendlichen gestaltete 90-minütige Sendung wurde über den Offenen Kanal ausgestrahlt.

Nach den Ergebnissen der jährlichen Umfrage des MASFG bei den **Fachkräften des Fachkräfteprogramms Suchtprävention** fanden in 2003 insgesamt 732 Maßnahmen statt (2002 – 461 Maßnahmen; 2001 – 544 Maßnahmen), die von den Fachkräften selbst durchgeführt wurden oder an denen diese beteiligt waren. Dabei wurden 27.578 Personen (2002 – 19.320 Personen; 2001 – 16.860 Personen) erreicht. Diese Zahlen belegen das große Engagement der Fachkräfte in der Suchtprävention.

2003 führte das BfS die in Kooperation mit der Werbeagentur Ogilvy & Mather gestartete Aktion „Altglascontainer“ in verschiedenen Regionen in Rheinland-Pfalz durch. Es handelt sich um eine Aktion zur Alkoholprävention, mit der zum Nachdenken über den Alkoholkonsum angeregt werden soll und die insbesondere Angehörigen, aber auch Betroffenen, die Aufnahme des Kontakts zum Hilfesystem erleichtert werden soll. Die Altglascontainer werden mit einem großen Aufkleber mit dem Motto „Wer zu viel trinkt, wirft zu viel weg“ versehen. Beispielhaft genannt werden jeweils: Liebe, Arbeit, Respekt usw. Unter der Telefonnummer der LZG (06131-60690) können Interessierte die Anschrift der örtlichen Hilfeangebote (Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppe) erhalten.

Einen weiteren Arbeitsschwerpunkt des BfS bildete 2003 das Thema Frühintervention. Fachkräfte der Jugendarbeit und Lehrkräften standen verschiedene Seminarangebote zur Verfügung, in denen sie praktisches Handwerkszeug für eine angemessene Intervention bei suchgefährdeten jungen Menschen erwerben konnten. Die vom BfS einmal jährlich durchgeführte Jahrestagung der Regionalen Arbeitskreise Suchtprävention befasste sich gleichfalls mit dem Thema Frühintervention. Hier wurden fachliche Grundlagen vermittelt und Programme für unterschiedliche Handlungsfelder der Prävention vorgestellt. Zudem wurden Möglichkeiten der trägerübergreifenden Kooperation erarbeitet.

Zur Suchtvorbeugung in Kindertagesstätten bot das BfS 2003 eine Fortbildungsreihe für Erzieherinnen und Erzieher an. Ferner gab das BfS Arbeitsmaterial zur suchtpreventiven Arbeit mit Kindern heraus. Weitere Fortbildungsangebote standen für Fachkräfte der schulischen und außerschulischen Suchtvorbeugung zur Verfügung.

In Kooperation mit den Fahrschulverbänden Rheinland-Pfalz und der Landesstelle für Suchtfragen startete das BfS 2003 ein Projekt, das zu mehr Verkehrssicherheit und dem Abbau von alkohol- und drogenbedingten Verkehrsunfällen von jungen Autofahrern beitragen soll. Das Projekt wurde vom Forum Verkehrssicherheit, in dem verschiedene Ministerien der Landesregierung Rheinland-Pfalz und Verbände kooperieren, unterstützt. In dem Modellprojekt wurden junge Menschen durch Fachkräfte im Fahrschulunterricht über die Auswirkungen von Alkohol-/Drogenkonsum auf das Fahrverhalten und die damit verbundenen rechtlichen Aspekte informiert. Weitere Themen sind: Reflektion der eigenen Einstellung zum Fahren unter Alkoholeinfluss, typische Konfliktsituationen und Förderung in einer positiven Einstellung zur nüchternen Verkehrsteilnahme. Das Projekt wurde durch die Fachhochschule Koblenz begleitet. Die Evaluation der ersten Erprobung 2003 zeigte positive Werte. 96,1% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer befürworteten, die Präventionseinheit in rheinland-pfälzischen Fahrschulen anzubieten.

Die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (BZgA), Köln hat ein Dokumentationssystem für Maßnahmen der Suchtvorbeugung (Dosys) entwickelt, das bundesweit eingesetzt werden soll. Im Jahr 2003 fand eine praktische Erprobung statt, an der sich auch Präventionsfachkräfte aus Rheinland-Pfalz beteiligt haben. Dosys ermöglicht die Dokumentation aller suchtpreventiven Maßnahmen und Aktivitäten, die bislang mit dem jährlichen Fragebogen des Fachreferats erhoben wurden. Da ein hohes Interesse an einer einheitlichen Dokumentation der suchtpreventiven Maßnahmen besteht, wurde vom Fachreferat empfohlen, die suchtpreventiven Angebote ab dem 01. Januar 2004 mit Dosys zu dokumentieren. Angestrebt wird, dass ab 2005 alle Fachkräfte mit diesem Dokumentationssystem arbeiten. Informationen zu Dosys hat die BZgA auch auf ihren Webseiten (www.bzga.de) bereitgestellt.

B.2 Suchtberatungsstellen

An der jährlichen **Befragung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit** haben sich 45 Hauptstellen und 19 Nebenstellen beteiligt und Angaben für das Jahr 2003 vorgelegt. Bei einer Interpretation der Daten muss berücksichtigt werden, dass sich nicht in jedem Jahr alle Beratungsstellen beteiligen.

Von den befragten Suchtberatungsstellen wurden 2003 insgesamt 12.906 Personen erreicht (zwei und mehr Kontakte). Diese Zahl liegt knapp unter dem Ergebnis des vergangenen Jahres (2002 – 13.105, 2001 – 11.799).

Die Beratung und Betreuung alkoholgefährdeter und alkoholabhängiger Menschen stand wie im Vorjahr mit 48,3 Prozent (2002 – 48,3 Prozent, 2001 – 50,6 Prozent) im Mittelpunkt der Arbeit. Der Anteil der Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen belief sich auf insgesamt 36,4 Prozent (2002 – 36,2 Prozent). Die Zahl der Vermittlungen in eine Entgiftung/Entzug ist mit 1.235 Fällen nach 2002 (1.312 Fälle) und 2001 (1.433 Fälle) erneut gesunken. Allerdings bestätigt sich bei den Vermittlungen in eine Entwöhnungsbehandlung die ansteigende Tendenz der Vorjahre (2003 – 1.873 / 2002

– 1.812 / 2001 – 1.580). Nach Angaben der Beratungsstellen wurden 2003 im Vergleich zu den Vorjahren weniger Personen in Selbsthilfegruppen (2003 – 1.177 / 2002 – 1.135 / 2001 - 1.708 / 2000 – 1.772) vermittelt.

An den Gesamtkosten in Höhe von 11,2 Mio. € (2002 – 10,8 Mio. € / 2001 - 18,8 Mio. DM) der befragten Sucht- und Drogenberatungsstellen in Rheinland-Pfalz beteiligten sich die Träger im zurückliegenden Jahr mit 33 Prozent. 35 Prozent der Kosten wurden durch die Kommunen und 28 Prozent durch das Land finanziert. In Abänderung der bisherigen Praxis wurden in den Fällen, in denen eine Suchtberatungsstelle in kommunaler Trägerschaft ist, die Trägermittel zu den kommunalen – und damit zu den öffentlichen – Mitteln addiert. Die finanzielle Beteiligung der Renten- und Krankenversicherung durch die Übernahme der ambulanten Leistungen der medizinischen Rehabilitation beläuft sich – entsprechend der Vorjahre – auf 1 Prozent.

Die detaillierten Ergebnisse der Befragung 2003 können beim Fachreferat des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit bezogen werden. Ein Vergleich der Befragungsergebnisse aus den Jahren 1998 bis 2002 wurde im Sommer 2003 veröffentlicht. Bericht steht auf den Internetseiten des Ministeriums (www.masfg.rlp.de, Rubrik ,Broschüren) als Download zur Verfügung.

Das Ende 2002 ausgelaufene **Bundesmodell „Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten“ (FreD)** wurde auch 2003 als Landesmodell weitergeführt. In einer Arbeitsgruppe wurden Möglichkeiten eines weiteren Ausbaus dieses sekundärpräventiven Hilfeangebots geprüft. Einzelne Beratungsstellen haben dazu innovative Projekte entwickelt, die unter dem Titel „Projekte der Frühintervention für Suchtmittelkonsumentinnen und –konsumenten“ veröffentlicht wird.

Bereits veröffentlicht wurden die **Ergebnisse einer Klientenbefragung** in der Suchtberatungsstelle des Caritasverbands für die Region Mosel-Eifel-Hunsrück e. V., Wittlich und der Jugend- und Drogenberatungsstelle des Diakonischen Werkes Pfalz, Bad Dürkheim, die auch an dem Modellprojekt „Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in Suchtberatungsstellen“ teilgenommen haben.

Die **Fachstellen für frauenspezifische Suchtberatung, -behandlung und Prävention** haben ein Faltblatt zur frauenspezifischen Suchtarbeit entwickelt, das über die Fachstellen und die dem Arbeitskreis „Frauenspezifische Suchtarbeit Rheinland-Pfalz“ bezogen werden kann. Essstörungen sind ein Arbeitsschwerpunkt des Arbeitskreises. Die Fachstellen der Caritas-Beratungsstellen in Worms, Speyer und Bad Dürkheim haben dieses Thema unter kreativen Aspekten aufgegriffen. Die von betroffenen Klientinnen gefertigten Bilder, Collagen, Texte und Skulpturen werden im Rahmen einer Wanderausstellung in den drei Städten gezeigt. Das Ministerium für Bildung, Frauen und Jugend bereitet zurzeit in Kooperation mit dem Sozialpädagogischen Fortbildungszentrum eine Fortbildungstagung zum Thema „Essstörungen im Kontext von Suchtberatung“ vor.

B.3 Stationäre Suchtkrankenhilfe

Seit April 2002 stehen zwei Einrichtungen mit insgesamt 40 Plätzen für eine **qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger** in Rheinland-Pfalz zur Verfügung. Der

Bericht der wissenschaftlichen Begleitung wurde in der Schriftenreihe des Ministeriums veröffentlicht.

Nach der im Auftrag des Fachreferats vom Statistischen Landesamt durchgeführten **Erhebung bei den stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe** in Rheinland-Pfalz standen 2003 insgesamt 1.378 Behandlungsplätze (2002 – 1.352 / 2001 – 1.367) zur Verfügung, davon 430 für die Behandlung Drogenabhängiger (2002 – 436 / 2001 – 436). In den Einrichtungen wurden im Jahr 2003 insgesamt 6.398 Personen behandelt. Festzustellen ist ein Einpendeln auf dem Niveau des Vorjahres nach einem kontinuierlichen Anstieg der Zahl der Behandlungen seit 1998 (1998 - 5.183 / 1999 - 5.824 / 2000 - 6.009 / 2001 – 6.128 / 2002 – 6.414). Die Belegungsquote, die sich in den vergangenen Jahren ständig erhöht hatte (1999 - 83,7 Prozent / 2000 - 87,5 Prozent / 2001 – 92,1 Prozent / 2002 – 95,4 Prozent), ist 2003 (94,5 Prozent) leicht zurückgegangen. Der Anteil der Frauen an den stationär behandelten Personen lag bei rund 24 Prozent.

4.193 Personen wurden auf Grund einer Alkoholabhängigkeit (2002 – 4.424 / 2001 – 4.308), 1.613 Personen auf Grund einer Polytoxikomanie (2002 – 1.306 / 2001 – 1.255 /), 507 Personen auf Grund einer Drogenabhängigkeit (2002 – 546 / 2001 – 493) und 74 Personen auf Grund einer Medikamentenabhängigkeit (2002 – 114 / 2001 – 61) behandelt. Die Qualität der Arbeit in den Einrichtungen spiegelt sich in dem hohen Anteil von Patientinnen und Patienten, welche die Therapie planmäßig beenden (2003 – 75,0 Prozent / 2002 – 74,6 Prozent / 2001 - 74,4 Prozent / 2000 - 72,2 Prozent / 1999 - 64 Prozent).

Der Anteil der erwerbstätigen Patientinnen und Patienten ist mit 36,4 Prozent (2002 – 37,3 Prozent / 2001 – 39,4 Prozent / 2000 - 39,8 Prozent) weiter gesunken, während der Anteil der Erwerbslosen mit 50,7 Prozent (2002 – 49,1 Prozent / 2001 – 47,2 Prozent / 2000 - 46,8 Prozent) gestiegen ist und erneut einen Höchststand erreicht hat. Der Anteil der Nicht-Erwerbspersonen liegt unverändert bei rund 13 Prozent. Wie in den Vorjahren haben etwa zwei Drittel (68,2 Prozent) der Patientinnen und Patienten ihren Wohnsitz außerhalb von Rheinland-Pfalz.

In den **Soziotherapeutischen Einrichtungen** für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Suchtkranke stehen 438 Plätze zur Verfügung. In diesen Einrichtungen wurden im Jahr 2003 insgesamt 498 Menschen betreut (2002 – 587 / 2001 – 538 / 2000 - 459). Die Erhebung für 2003 in den Soziotherapeutischen Einrichtungen erfolgte erstmals über das Dokumentationssystem HORIZONT; eine vollständige Auswertung soll im Sommer 2004 vorgelegt werden.

B.4 Berufliche und soziale (Re-)Integration

2002 standen in den 15 **Wohngruppen für Abhängigkeitskranke** insgesamt 146 Plätze zur Verfügung. Nach der Umfrage des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit wurde dieses Angebot von 179 Betroffenen genutzt. Die Wohngruppen haben durchschnittlich eine Auslastungsquote von 82,9 Prozent erreicht.

Die bestehenden fünf spezifischen **Arbeitsprojekte für Abhängigkeitskranke** wurden 2003 von insgesamt 64 Personen genutzt. Eine Rückmeldung zur Umfrage des Ministeriums erfolgte jedoch nur durch drei Arbeitsprojekte.

Für eine erfolgreiche Rehabilitation Suchtkranker ist die Vermittlung ins Arbeitsleben von ausschlaggebender Bedeutung. Mit **Job->wärts** wurde Ende 2003 daher ein neues Modellprojekt implementiert, das eine schnelle und passgenaue Vermittlung in den Arbeitsmarkt zur Aufgabe hat. Dazu wurden zwei Verbundstellen eingerichtet. Die beiden Träger dieser Verbundstellen – ibis acam academie, eine Einrichtung der beruflichen Weiterbildung in Mainz, und „Mit Jugend gegen Drogen“ in Worms – haben ihre Stellen jeweils mit speziell ausgebildeten Fachkräften besetzt. Die Fachkräfte bieten Beratung und Unterstützung für Betroffene an. Zudem erfolgt eine kollegiale Fallberatung in schwierigen Fällen der Vermittlung und bei der Anwendung geltender Förderrichtlinien für Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz. Die Koordination und wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts erfolgt durch das Institut für Weiterbildung und angewandte Forschung in der Sozialen Arbeit an der FH Koblenz (IWS). Das Modellprojekt wird durch erhebliche Mittel des Landes gefördert. Darüber hinaus konnten die Arbeitsverwaltung des Arbeitsamtsbezirks Mainz und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für eine Kofinanzierung gewonnen werden.

B.5 Suchtkrankenselbsthilfe / Elternkreise für drogengefährdete und drogenabhängige junge Menschen

Im Haushaltsjahr 2003 konnten 82 Maßnahmen (2002 – 76, 2001 – 79, 2000 - 65) Schulungen und Seminare der Suchtkrankenselbsthilfe gefördert werden. Insgesamt wurden 66.427 € zur Förderung der Selbsthilfegruppen und Elternkreise aus Landesmitteln verausgabt (2002: 59.689 €). Die Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz beteiligte sich erneut an der Finanzierung von Schulungsmaßnahmen.

Am 29. November 2003 fand die **5. Landestagung der Selbsthilfegruppen Suchtkranker und der Elternkreise für drogengefährdete und drogenabhängige junge Menschen** unter dem Titel „Grenzüberschreitende Suchtkrankenselbsthilfe“ statt. Die Veranstaltung wurde in Kooperation mit der Mondorfer Gruppe, einem Zusammenschluss der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens, Luxemburgs, der Region Lothringen, des Saarlands und von Rheinland-Pfalz zur überregionalen Zusammenarbeit in der Suchtkrankenhilfe, vorbereitet und durchgeführt. Zahlreiche Vertreterinnen und Vertreter der Suchtkrankenselbsthilfe der Partnerregionen nahmen an der Tagung teil und erörterten Strukturen, Probleme und Vorgehensweisen der Selbsthilfe in den Nachbarregionen sowie die Übernahme neuer Arbeitsansätze. Zur Vertiefung wesentlicher Aspekte der Tagung bereitet der Landesarbeitskreis Suchtkrankenselbsthilfe zurzeit zwei Workshops vor, die im Herbst 2004 und im Frühjahr 2005 durchgeführt werden sollen.

Reformen und sozialer Zusammenhalt

Hans-Georg Weigel

Direktor des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Frankfurt/Main

Einleitung

Das Thema der diesjährigen Drogenkonferenz setzt sich mit den aktuellen Sozialreformen und ihren Auswirkungen für die Suchtkrankenhilfe auseinander. Der Untertitel *Entwicklungen, Konsequenzen, Perspektiven* umschreibt in vorsichtiger Weise, dass es hier um eine intensive Debatte geht, die sehr weit in unsere gesellschaftlichen Strukturen hineinreicht. Das Thema meines einleitenden Vortrages ist mit „Reform und sozialer Zusammenhalt“ überschrieben. Damit ist eine ebenso schlichte wie weit reichende programmatische Feststellung gemeint: Reformen als Element der Sozialpolitik benötigen eine gestaltende Gesamtperspektive, denn sie entwickeln erst dann ihre Wirksamkeit, wenn sie das Verhältnis Staat, Zivilgesellschaft und Einzelner berücksichtigen und ein Gesamtbild neuer Chancen und Optionen vermitteln. Sozialer Zusammenhalt ist kennzeichnend für die Solidarbezüge innerhalb einer Gesellschaft. Der Zusammenhalt der Gesellschaft, d.h. die Fähigkeit der Gesellschaftsmitglieder zum Zusammenleben und zur Kooperation ist eine zentrale Aufgabe von Sozialpolitik. Jede Veränderung im Umfang und Struktur sozialer Leistungen führt zu einer Veränderung des Verhaltens, der sozialen Bezüge, der Solidaritätsbereitschaft und des Handelns der Menschen in der Gesellschaft. Sozialpolitik hat somit einen wesentlichen Einfluss auf die Art und Weise des Zusammenlebens und die Qualität von Gesellschaftlichkeit.

In der agenda 2010 als umfassendem Reformpaket heißt es: Ziel ist es, dass Deutschland auf allen Zukunftsfeldern mittelfristig, d.h. bis zum Jahr 2010 seine Position verbessert. Deutschland im Jahr 2010: ein Land, das ökonomisch wieder Spitze und in Bildung und Forschung führend ist. Damit ist das gesellschaftspolitische Generalziel für eine umfassende Reform benannt, die sich mittlerweile in 30 Einzelmaßnahmen niederschlägt und acht von 12 Gesetzen in Kraft gesetzt hat. Ohne in eine generelle Bewertung der agenda 2010 einzutreten besteht kein Zweifel, dass die Anforderungen an Individualisierung und Privatisierung für den Einzelnen gestiegen sind. Die Frage, wie nun die gestiegenen Ansprüche auf Selbstautorisierung und das veränderte Verhältnis von Freiheits- und Schutzbedürfnissen gesellschaftlich eingebunden werden - also wie Sicherheit im Wandel vermittelt werden kann, bleibt in der agenda 2010 ohne Antwort. Die Vermeidung von Desintegration durch die Ausbalancierung von Freiheits- und Schutzbedürfnissen im Rahmen veränderter institutioneller Arrangements und intermediärer Strukturen bleibt in der aktuellen Reformdebatte unterbelichtet. Konkret stellt sich die Frage, welche Rolle spielen Zivilgesellschaft oder umfassende sozialpolitische Konzepte wie das eines aktivierenden Staates in der Umsetzungslogik der agenda 2010. Das beinhaltet natürlich auch die Frage, in welcher Weise die bestehenden Institutionen und Agenturen des Wohlfahrtssystems Perspektiven für die durch die Modernisierungsdynamik ausgelösten Umbruchsituationen entwickeln. Dem möchte ich im Folgenden nachgehen: Zunächst möchte ich deutlich machen, dass es einen umfassenden sozialpolitischen Gestaltungsauftrag gibt,

1. auf die Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einzugehen,
2. die Koordinatenverschiebung von der Sozialpolitik zur Wirtschaftspolitik darzustellen,

3. auf die Bedeutung von Sicherheit, Vertrauen und Solidarität als Grundkonstanten sozialen Zusammenhalts zu verweisen und
4. für die Rückgewinnung des Sozialen in der Sozialpolitik zu plädieren.

Der Sozialstaat als Gestaltungsauftrag

Wohl und Wehe des aktuellen Reformprozesses wird an dem Begriff „Sozialstaat“ der Bundesrepublik Deutschland festgemacht. Die einen sehen einen hohen Verpflichtungsgrad einmal Erworbenes zu erhalten, die anderen einen immer wieder ständig zu erneuernden Gestaltungsauftrag der Politik. Ab-, Umbau oder Demontage des Sozialstaates sind gängige Schlagwörter der politischen Rhetorik.

Tatsächlich ist eine Definition des Sozialstaates im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland vergeblich zu suchen. Stattdessen ist im Grundgesetz ein Sozialstaatlichkeitsgebot als Verfassungsprinzip angelegt, das sich aus Artikel 20 Abs. 1 GG, in dem die Bundesrepublik als demokratischer und sozialer Bundesstaat charakterisiert wird und aus Artikel 28 Abs. 2 GG, in dem sie als sozialer Rechtsstaat bezeichnet wird, ergibt. Aus diesen beiden Formulierungen wird ein Sozialstaatsprinzip abgeleitet, im Sinne eines Verfassungsauftrages, der vom Gesetzgeber eine ausgewogene und gerechte Sozialpolitik fordert und mit Grundsätzen der sozialen Sicherheit und Gerechtigkeit verbunden wird. Das heißt, dass der Staat nach dem Sozialstaatsprinzip seinen Bürgern die Sicherung existenzieller Lebensbedingungen schuldet, dabei aber auch die Voraussetzungen für die Entfaltung von Freiheit zu sichern hat. Ein Spannungsverhältnis auf das ich später zurückkomme.

Das Sozialstaatsprinzip ist zwar im Grundgesetz als unveränderlich und zeitlos gültig festgeschrieben und kann selbst durch eine Änderung des Grundgesetzes nicht aufgehoben werden, enthält aber keine weiteren inhaltlichen Bestimmungen. Die fehlende Ausgestaltung eines Sozialstaatsmodells wird mit der Abhängigkeit von der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung sowie dem gesellschaftlichen Bewusstsein begründet. Das Sozialstaatsprinzip ist somit ein dynamisches Konzept, das den Gesetzgeber verpflichtet, den gesellschaftlichen Wandel zu reflektieren und die sozialen Verhältnisse immer wieder neu zu regeln. Ähnlich verhält es sich mit dem Begriff der sozialen Gerechtigkeit als zentraler Zielsetzung sozialstaatlichen Handelns. In der Konsequenz ergeben sich unterschiedliche Reichweiten in der Auslegung sozialstaatlicher Konzepte zwischen einer normativen Grundformel, die Soziale Gerechtigkeit über den Schutz der Schwächeren stellt, soziale Sicherheit und die Garantie auf ein menschenwürdiges Existenzminimum gewährleistet und einer staatlichen Steuerungskompetenz bezogen auf Arbeitsmarkt, Einkommensverteilung, Lebensbedingungen bis zur Ausgestaltung des Steuerrechts. Vertreter dieser Position begrenzen sozialstaatliche Politik nicht nur auf den Bereich der Sozialpolitik, sondern sprechen von einer gesellschaftsgestaltenden Sozialpolitik.

Die Notwendigkeit der Anpassung und Ausgestaltung der Sozialpolitik wird an den unterschiedlichen Entwicklungsphasen von 1945 bis heute sichtbar. In Anlehnung an Lutz Leisering lassen sich folgende Phasen benennen.¹

Von 1949 bis 1966 rekonstruierte sich das sozialstaatliche System unter dem Zeichen des Aufbaus und der Normalisierung. Schwerpunkte in dieser Phase des Wiederauf-

¹ vgl. L. Leisering, Der deutsche Sozialstaat, in: Der Bürger im Staat Heft 04/2003, Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg

baus Deutschlands nach dem 2. Weltkrieg waren in erster Linie die Sozialversicherungspolitik sowie die Wirtschafts- und Wohnungspolitik. Mit der Rentenreform von 1957 wurde ein für die Sozialen Sicherungssysteme sozialpolitisch zentrales Prinzip der Dynamisierung eingeführt. Ein zweiter wichtiger Schritt im Kontext des Aufbaus der Sozialen Sicherungssysteme wurde mit der Einführung des Sozialhilfegesetzes im Jahre 1961 zurückgelegt.

Im Mittelpunkt der Jahre 1966 bis 1975 stand die Weiterentwicklung und *Modernisierung* des Sozialstaates, die neben materieller Absicherung Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe insbesondere durch den Ausbau des Bildungssystems und der sozialen Infrastruktur beförderte. In dieser Phase des steigenden Wohlstandes entwickelte sich eine Sozialstruktur, die über den Schutz vor bestimmten Lebensrisiken hinausging und für den Einzelnen die Voraussetzung für eine individuelle Lebensplanung schaffte.²

In der so genannten Phase der Bedrängnis von 1975-1995 wurde die Öl- und Wirtschaftskrise von 1973/74 zum ersten Wendepunkt der vorherrschenden Ausbauorientierung des Sozialstaates. Wirtschaftliche Stagnation und die seit den frühen 60er Jahren besiegt geglaubte Arbeitslosigkeit entwickelte sich erneut zum Krisensymptom des Staates. In den 80er Jahren kündigte sich eine weitere Belastung für die Sozialen Sicherungssysteme durch die demographischen Veränderungen an. Schließlich trug die Finanzierung der Deutschen Einheit, die über die Sozialen Sicherungssysteme statt über Steuermittel finanziert wurde zu einem erheblichen Defizit im Haushalt der Sozialen Sicherungssysteme bei. In dieser Phase ist die Selbstverständlichkeit des sozialstaatlichen Wachstums verloren gegangen und seither beherrschen fiskalische Aspekte und Kürzungen bei Leistungen von Anspruchsberechtigten das sozialstaatliche Handeln.

Deutlich wird, wie sehr der gesellschaftliche Strukturwandel die politisch definierte Ausformung des Sozialstaatsprinzips bedingt. Als Akteursgruppen sind Parteien, Gewerkschaften, Unternehmerverbände, Kirchen Wohlfahrtsverbände, Nutzer und andere involviert. Es wird ausgehandelt, welche Personengruppen leistungsberechtigt sind, welche Leistungsprinzipien, -tatbestände und -voraussetzungen festgesetzt werden, wie die Sozialleistungen in Niveau, Struktur und Dauer ausgestaltet sind, welche Finanzierungsformen vorherrschen und welche institutionellen und organisatorischen Strukturen bestehen. Dies kennzeichnet auch die Dynamik des Reformbegriffs, der unmittelbar abhängig ist von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Damit komme ich zur aktuellen Situation, der Phase der Krise bzw.

Der Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

In der aktuellen gesellschaftlichen Situation des Sozialstaates werden – wie wir täglich in der Zeitung lesen können – als sozialstaatliche Krisensymptome diagnostiziert:

- die Arbeitsmarktkrise und andauernde Massenarbeitslosigkeit bedingt durch den Strukturwandel in der Wirtschafts- und Arbeitswelt. Der technologische Wandel hat Organisation, Umfang und Inhalt der Erwerbsarbeit dramatisch verändert und einen drastischen Anstieg der Produktivität bewirkt. In den meisten Industriestaaten hat diese das reale Wachstum übertroffen und zu einem Rückgang der Erwerbsarbeit

2 vgl. W. Merkel, Sozialpolitik, in: Korte/Weidengfeld, Deutschland-Trendbuch, München 2001

beigetragen. Vollbeschäftigung im bisher bekannten Sinne erscheint nicht mehr realisierbar.

- ein abgeschwächtes Wirtschaftswachstum, die Finanzierungsprobleme und steigenden Beitragsbelastungen in den sozialen Sicherungssystemen. Die lohn- und sozialversicherungsorientierte Besonderheit des deutschen Sozialstaates basiert im Kern auf dem System der Arbeitnehmersversicherung, die abhängig ist vom Normalarbeitsverhältnis und möglichst langen und ununterbrochenen Beitragszeiten und
- vor allem die demographische Entwicklung mit dem Rückgang der Erwerbsbevölkerung. Dieses Thema wird ja gegenwärtig in allen Schattierungen ausgeleuchtet.

Die Veränderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die hohe Arbeitslosigkeit und eine Umverteilung zu Gunsten der Privat- und Unternehmensvermögen, haben zu einer finanziellen Krise des Staates und vor allem des Sozialstaates geführt. Durch die strukturellen Veränderungen der Erwerbsarbeit durch Rationalisierung und Automatisierung reicht die Koppelung der Finanzierung der Sozialversicherungen an die Beiträge aus Erwerbsarbeitseinkommen nicht mehr aus. In der aktuellen Situation gilt es viele Veränderungen in dem komplexen und ausdifferenzierten System der sozialen Sicherung gleichzeitig zu bewältigen.

Diese Faktoren wiegen schwer, denn die in den zurückliegenden Jahrzehnten außerordentlich erfolgreiche Wirkung der sozialstaatlichen Verbindung von marktwirtschaftlicher Dynamik und sozialpolitischer Gestaltung, hat durch diese Entwicklung ihre Entfaltungskraft eingebüßt³ und damit unmittelbaren Einfluss auf die Ausgestaltung des Sozialstaatsprinzips genommen. Dabei hat die sozialstaatliche Gestaltungsaufgabe an enormer Rasanzen gewonnen: Vom längst überfälligen Umbau des Sozialstaates und verkrusteten Strukturen ist aller Orten die Rede. Eine Vielzahl von Reformvorschlägen wird diskutiert, verworfen oder als Kompromiss in Ansätzen realisiert – manche werden allerdings in Kürze auch wieder neu konzipiert. Diese Hektik zeigt sowohl die Dringlichkeit notwendiger Sachentscheidungen als auch die Unsicherheit darüber, welches Maß an sozialer Sicherung realisierbar ist, wie die sozialstaatliche Gestaltungsaufgabe insgesamt wahrgenommen werden soll.

Veränderte Grundpositionen für sozialstaatliches Handeln: Neoliberal, interventionistisch oder sozialgerecht

Die Auswirkungen der veränderten Rahmenbedingungen seit den 90 ziger Jahren haben zu einer Systemkrise hinsichtlich der sozialstaatlichen Ausgestaltung geführt. Seitdem geht es nicht mehr um einzelne Aspekte sozialstaatlicher Ausgestaltung, sondern die Reform des Sozialsystems bezogen auf Arbeitsmarkt- und Sozialhilfe, Gesundheits-, Renten-, Pflege- und Familienpolitik ist in einen Gesamtzusammenhang unterschiedlicher Politikfelder wie Ausbildungs-, Steuer-, Bildungs- und Forschungspolitik geraten. Dies provoziert geradezu die Verknüpfung sozialpolitischer Fragen mit grundlegenden politischen Orientierungen. Wurde das Sozialstaatsprinzip ehemals mit dem Prinzip der Subsidiarität und der Solidarität in die Hände möglichst kleiner Gemeinschaften gelegt, durch Selbstverwaltung Sozialstaat und Demokratie durch die Mitwirkung von Versicherten und Arbeitgebern vereinigt, wird jetzt der gesellschaftliche Wandel, die wirtschaftliche Dynamik durch Globalisierung sowie die Veränderungen der Wissens- und Informationsgesellschaft zur Formulierung neuer Leitorientierungen benutzt. Um die daraus resultierende Wirtschafts- und Arbeitsmarktkrise zu bekämpfen, wird eine Kri-

³

vgl. G. Bäcker u. a., Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Band II, Wiesbaden 2000

sendiagnose entwickelt, die nunmehr der Sozialstaat als Problemverursacher sieht: Demnach ist die Sozialpolitik nicht nur Opfer der Massenarbeitslosigkeit, die die Schere zwischen arbeitsmarktbedingten steigenden Ausgaben und zugleich sinkenden Beitragseinnahmen die Finanzierungsgrundlagen der Sozialversicherungssysteme aushöhlt. Die Schuldzuschreibung bezieht sich sowohl auf das Konstruktionsprinzip, das Leistungsniveau, die Finanzierungsregelungen als vor allem auch auf die Verursachung für die Entstehung und Verfestigung von Arbeitslosigkeit, für unzureichendes Wirtschaftswachstum und die staatliche Finanzkrise. In der Regierungserklärung 14. März 2003 begründet Bundeskanzler Gerhard Schröder das Reformprogramm Agenda 2010 wesentlich mit der Belastung der Arbeitskosten und macht die Erneuerung des Sozialstaates von der Senkung der Lohnnebenkosten abhängig. Die Annahme, dass Arbeit zu teuer sei und damit Arbeitslosigkeit produziert würde, macht den programmatischen Anspruch der Senkung der Lohnnebenkosten zum Schlüsselbegriff der Reformdebatte.

Insbesondere die Globalisierungsdebatte wird zur Verankerung einer gezielten Liberalisierung marktwirtschaftlicher Prozesse oder einer angebots- bzw. nachfrageorientierten Wirtschaftspolitik genutzt. In dieser Logik findet eine weit reichende Verschiebung im Verhältnis und der Gewichtung von Sozial- und Wirtschaftspolitik statt. Im Vordergrund stehen nun mehr Konzepte, bei denen wirtschafts- und sozialpolitische Überlegungen sich in verschiedenster Weise verschränken – so wird der gesamte Bereich der Arbeitsmarktpolitik je nach Standpunkt unter Standortgesichtspunkten, der Deregulierung oder nachfrage- bzw. angebotsorientierter Strategien behandelt. Die ökonomische Betrachtungsweise der Sozialpolitik dominiert, die soziale Absicherung wird weniger als gesellschaftspolitische Aufgabe der Ermöglichung von Lebensqualität, sondern als wirtschaftlich relevanter Kostenfaktor, der Gewinnchancen beeinträchtigt und Standortnachteile induziert.

Dieser Logik folgt auch die Politik des Dritten Weges, die Anthony Giddens als sozialdemokratische Antwort auf einen gesellschaftlichen Wandel beschreibt, der gekennzeichnet ist von der Entstehung neuer globaler Märkte, einer wissensbasierten Ökonomie und dem Ende des Kalten Krieges, der die Möglichkeiten der Nationalstaaten beschnitten hat ihre Volkswirtschaften zu steuern und die immer zahlreicheren Sozialleistungen zu erbringen. Nach der Philosophie des Dritten Weges muss der Schwerpunkt der Politik von der Umverteilung des Wohlstandes darauf verlagert werden, die Schaffung von Wohlstand zu stimulieren, in dem die Regierungen statt Subventionen zu verteilen, für Bedingungen sorgen, unter denen Unternehmen Innovationen vornehmen können und die Arbeitskraft der Erwerbstätigen in der globalen Wirtschaft effizienter werden kann⁴. Der Leitbildwechsel zu mehr Eigenverantwortlichkeit, der auf die Kosten-Nutzen-Optimierung durch den Einzelnen setzt, stellt die reformpolitische Hoffnung der Politik des Dritten Weges und soll die Wirkungsgrenzen der bisherigen Politik aufbrechen. als Antwort auf das neoliberale Modell gedacht, zwingt der dritte Weg zu einer Neudefinition des Verhältnisses von individueller Freiheit und Gerechtigkeit und damit ein Neuaustarierung dessen, was unter sozialer Gerechtigkeit zu verstehen ist. Ging es bis dahin um Verteilungsgerechtigkeit geht es nun um Chancengerechtigkeit. Die politische Theorie des dritten Weges konserviert sozialistische Theorieelemente auf der semantischen Ebene, ohne deren Einlösung konkret zu diskutieren. In diesem Sinne kann die politische Theorie des Dritten Weges als (neo)-liberal im Sinne des ökonomischen Programms und als konservativ im Sinne einer auf tradierten Werten basierenden Ge-

⁴ vgl. A. Giddens, Der Dritte Weg, 2000

sellschaftsphilosophie bezeichnet werden. Damit steht auch der dritte Weg unter einem ökonomischen Primat.

Diese „Ökonomisierung der Sozialpolitik“ bewirkt einen einschneidenden Paradigmenwechsel in der sozialpolitischen Diskussion. Insbesondere das neoliberale Modell stellt sich für die Sozialpolitik als folgenreich dar, da es die strategische Ausrichtung sozialpolitischen Handelns massiv verändert. Die sozialstaatliche Orientierung an Lebenslagen, der Situation bestimmter Formen der Benachteiligung weicht einem Denken, das primär die wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit im Blick hat. Kritiker sprechen von einer Ablösung des Sozialstaates durch den Wettbewerbsstaat.

Grundsätzlich betrachtet sind „Markt“ und „Sozialpolitik“ jedoch alternative, sich gegenseitig in Frage stellende Verteilungssysteme. Beide legitimieren den Zugang zu knappen Gütern und stellen eine Balance her zwischen sozialen Rechten und wirtschaftlichen Freiheitsrechten. Nicht ohne Grund musste jede sozialpolitische Gesetzgebung in Karlsruhe auf den Prüfstand und das Bundesverfassungsgericht hat dem Gesetzgeber in zahlreichen Bereichen Vorgaben gemacht⁵. Offensichtlich zeigen die demoskopischen Befunde nicht ohne Grund, dass große Teile der deutschen Bevölkerung sich nicht zutrauen oder nicht bereit sind, damit verbundene Risiken für die eigene Lebensführung zu übernehmen. Damit komme ich zu

Sicherheit, Vertrauen und Solidarität

Die Unübersichtlichkeit und Pluralität der modernen Lebensverhältnisse erzeugen gesellschaftlich einen Bedeutungsgewinn von sozialem Wohlbefinden und sozialer Sicherheit. Individualisierung ohne soziale Sicherheit wird wie ein Tanz auf dem Drahtseil ohne Netz erlebt. Daraus erwachsen Anforderungen an die Sozialpolitik, entsprechende Rahmenbedingungen für die notwendigen gesellschaftlichen Modernisierungsprozesse zu schaffen. Wenn die Vorannahmen des permanenten Wandels und eines hohen Veränderungstempos stimmen, muss eine soziale Modernisierungspolitik, die Eigeninitiative und Flexibilität fördert, auch tatsächlich Chancen eröffnen und den sozialen Zusammenhalt organisieren. Die hohe Bedeutung einer wertgebundenen Modernisierungspolitik muss das Bedürfnis nach Sicherheit aufnehmen. Zygmunt Baumann, Professor an der Universität Leeds, hat deutlich gemacht, dass Sicherheit mehr ist als eine soziale Dimension: Die englische Sprache bildet über unterschiedliche Bedeutungsdimensionen die Komplexität des Sicherheitsbegriffes ab: *Security* kennzeichnet das Gefühl, dass alles was geleistet und erworben wurde, im persönlichen Besitz bleibt, *certainty* meint das Gefühl der Gewissheit zwischen richtig und falsch unterscheiden zu können und *safety* schließlich, das Gefühl geschützt zu sein. Diese verschiedenartigen Aspekte von Sicherheit kennzeichnen das Leben der Menschen in der modernen Kultur und müssen Berücksichtigung in der sozialpolitischen Gestaltung finden.⁶

Sozialstaatliche Regelungen bestehen aus einem umfassenden Komplex von Institutionen, Regulierungen und Verfahren, die nur wirksam werden können, wenn Vertrauen in ihre Funktion besteht, sie erfahrbar gemacht und begriffen werden. Thomas Meyer⁷ spricht in diesem Zusammenhang von einer handfesten politischen Anthropologie, die sichtbar macht, welche Grenzen der Zumutbarkeit durch zu schnelle Modernisierung nicht überschritten werden dürfen. Er propagiert die Anerkennung eines viel breiteren

⁵ vgl. E. Rieger, „Die sozialpolitische Gegenreformation, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (B 47-47/2002).

⁶ vgl. M. Machnig, Erfolgsbedingungen für Modernisierungspolitik, in: Sicherheit im Wandel, Berlin 2001

⁷ vgl. T. Meyer, Wann Ungleichheit gerecht sein kann, in: Berliner Republik 4/2002

Spektrums menschlicher Grundbedürfnisse, als es das ökonomisch verkürzte Menschenbild wahrhaben will. Vertrauen-Können ist demnach eine zentrale Kategorie des sozialen Zusammenhalts. Der schnelle sozialpolitische Paradigmenwechsel, wie z.B. in der Diskussion um die Riester-Rente oder Teile der Gesundheitsreform, löst eine Erosion des Vertrauens in gemeinsame Regeln und Institutionengefüge aus, deren Folgen bislang gar nicht abschätzbar sind.

Solidarität gilt als eine zentrale Gestaltungskraft für Sozialpolitik, da offensichtlich die Solidaritätsbereitschaft großer Teile der Bevölkerung eine zwingende Voraussetzung für eine über bloße Akzeptanz hinausgehende Unterstützung sozialstaatlicher Sicherungen ist. Nur wenn ein Minimum an Solidaritätsbereitschaft vorhanden ist und sich in einer entsprechenden Solidaritätspraxis niederschlägt, kann erwartet werden, dass es ein gemeinsames gesellschaftliche Interesse an der Verwirklichung sozialer Normen gibt. Solidarität ist eine gesellschaftliche Ressource, ohne die Integration innerhalb freiheitlich-verfasster Gesellschaften nicht möglich ist. Solidarität gilt nach Eduard Bernstein nicht nur als unverzichtbarer Grundwert, sondern als Bedingung für die Akzeptanz und praktische Relevanz aller anderen Grundwerte. Das freilich hat zur Voraussetzung, dass eine Gesellschaft gemeinsame Werte und eine von den meisten Bürgern geteilte Vorstellung von gelingendem Leben hat, um die Gemeinsamkeit des Zusammenlebens zu erfahren und eine gemeinschaftliche Grundeinstellung entwickeln. Gleichwohl ist nicht zu leugnen, dass in modernen Gesellschaften die Reichweite als auch die Intensität von Solidaritätserwartungen und -praxis brüchig geworden ist. Es gibt die empirische Beobachtung, dass analog zur Entwicklung im bürgerschaftlichen Engagement, die Bereitschaft zur Übernahme längerfristiger Solidaritätsverpflichtungen zurückgeht, statt dessen die kurzfristige und punktuelle Übernahme wächst. Für die Gestaltung von Sozialpolitik bedeutet dies, der kleinen Solidaritätspraxis des täglichen Lebens mehr Aufmerksamkeit zu widmen und ein entsprechendes Bewusstsein zu entwickeln, da sie von der Zwangssolidarität der Sozialabgaben deutlich unterschieden ist.⁸

Offensichtlich bedarf Sozialpolitik eines weiter reichenden Ansatzes als des Umbaus der Transfersysteme, wie er gegenwärtig stattfindet. Es werden darüber hinausreichende Strategien benötigt, um die unvermeidlichen Unsicherheiten der modernen Gesellschaft für die Menschen erträglich zu machen. Die Entgrenzung von Flexibilität und Mobilität sowie anhaltende Ohnmachtserfahrungen gegenüber scheinbar objektiven gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen, führt in eine gesellschaftspolitische Sackgasse.⁹ All dies spricht für eine

Rückgewinnung des Sozialen in der Sozialpolitik

Mit welchen Konzepten oder programmatischen Orientierungen kann eine Neugestaltung der Sozialpolitik gelingen? Ich möchte zwei sozialpolitische Leitbilder ansprechen, die in den vergangenen Jahren eine widersprüchliche Rezeption und Diskussion erfahren haben: die Metapher vom aktivierenden Staat und das programmatische Ziel der „Sozialen Gerechtigkeit“. Beide Ansätze wurden sehr widersprüchlich und stellenweise verkürzt rezipiert.

Betrachten wir das Konzept des aktivierenden Staates aus der historischen Perspektive wird deutlich, dass das Subsidiaritätsprinzip im Kern eine Aktivierungsthese eigener Art

⁸ vgl. H. Münkler, Solidarität in modernen Gesellschaften, in: Sicherheit im Wandel, Berlin 2001

⁹ vgl. T. Meyer, a.a.O.

beinhaltet: Hilfen des Staates und der Politik sollten als Hilfe zur Selbsthilfe gegeben werden, Eingriffe sollten erst dann stattfinden, wenn Eigenhilfe nicht mehr möglich ist. Das Subsidiaritätsprinzip war schon immer auf Dezentralität und eine bürgernahe Gestaltung sozialstaatlicher Aufgaben ausgerichtet. Eine weitere Quelle der heutigen Aktivierungsdiskussion speist sich aus der Debatte um die Zivilgesellschaft, die deutlich macht, dass sowohl Markt als auch Staat auf eine Gesellschaft angewiesen sind, die ihre Anliegen und Interessen in Gruppen und Bewegungen organisieren kann. Das Konzept des aktivierenden Sozialstaates orientiert sich vor allem an zwei Punkten:

- zum einen sollen die eigenen Möglichkeiten und Verantwortlichkeiten von Individuen, Gruppen, Organisationen stärker betont werden,
- zum anderen wird gefordert, staatliche Politikkonzepte, Maßnahmen und Instrumente anders auszugestalten, damit sie zu Kooperation und Eigentätigkeit ermuntern und den Adressaten nicht nur Schutz, sondern auch gezielt unterstützende Hilfen geben.

Die oftmals mit dem Konzept des aktivierenden Sozialstaates in Zusammenhang gebrachten Formeln des Förderns und Forderns, oder Trampolin statt Hängematte, konkretisieren den Versuch einer Neuformulierung sozialer Herausforderungen und sozialpolitischer Strategien. Im Kern geht es um die Frage, ob nur der Einzelne aktiviert werden, oder auch das Sozialkapital der Gesellschaft gefördert werden soll. Politische Verlautbarungen wie bspw. das Schröder-Blair-Papier, das den ideologischen Hintergrund der aktuellen Arbeitsmarktreformen darstellt, zielt einzig auf zwei Größen ab: staatliche Politik auf der einen Seite und den einzelnen Bürger auf der anderen. Wenn Aktivierung meint, dass in immer mehr Lebensbereichen aktive Konsumenten und Arbeitskraftunternehmer gefordert sind, wird ausgeblendet, dass Aktivierung nur wirkungsvoll wird, wenn sie sich auch auf die Beziehungen zwischen den Personen, Institutionen und Organisationen in Staat und Gesellschaft bezieht.¹⁰

Die Verengung des Aktivierungsansatzes auf vornehmlich arbeitsmarktbezogenen Reglements vergibt die Möglichkeit, über zivilgesellschaftliche Teilhabe soziales Kapital zu bilden. Soziales Kapital steht für Netzwerke bürgerschaftlichen Engagements, Normen generalisierter Gegenseitigkeit und soziales Vertrauen. Soziales Kapital ist vergleichbar mit Erich Fromms berühmter Metapher vom sozialen Kitt und begründet die Hoffnung auf die Wiederbelebung solidarischer Beziehungen und sozialem Vertrauen zur Stärkung sozialen Zusammenhalts. Robert Putnam belegte diese Annahmen in einer Studie über die Unterschiede nord- und süditalienischer Provinzregierungen. Für Putnam sind drei Aspekte maßgeblich: 1. soziales Vertrauen, 2 die so genannte Norm zur generalisierten Reziprozität (im Sinne von ich helfe Dir in der Erwartung, dass du mir in Zukunft ebenso hilfst) und 3. in Assoziationen und freiwilligen Vereinigungen, in denen soziales Vertrauen und generalisierte Reziprozitätsnormen aufgebaut und gepflegt würden. Die durch die Reformen erzeugte Modernisierungsdynamik wird auch Modernisierungsverlierer und Formen sozialer Desintegration erzeugen. Bislang hat der Reformprozess keine Konzepte hervorgebracht wie der gesellschaftliche Zusammenhalt angesichts zunehmender prekärer Lebenssituationen gesichert werden soll.

10 vgl. A. Evers in: Aktivierender Sozialstaat und politisches Handeln, Marburg 2001

Fazit

Für den sozialpolitischen Gestaltungsauftrag wird entscheidend sein, wie die Reduktion sozialstaatlicher Leistungen und daraus resultierende soziale Konflikte durch verändernde wohlfahrtsstaatliche Arrangements aufgefangen werden kann. Die aktuelle Reformpolitik muss auch einen Blick darauf werfen, wie die Erhaltung oder Wiedergewinnung intakter Lebensbezüge, öffentlicher Räume, zivilgesellschaftlicher Netzwerke – also die Bereiche der Solidarität und Anerkennung im Kleinen - entfaltet werden können. In diesem Zusammenhang kommt der Zivilgesellschaft mit ihren Ressourcen, d.h. dem Engagement des einzelnen Bürgers und den Aktivitäten von zivilgesellschaftlichen Akteuren wie z.B. Wohlfahrtsverbände, Kirchen eine wichtige Funktion zu. Dabei sollten die Strukturen des Sozialstaates und des zivilgesellschaftlichen Miteinanders gleiches Gewicht und Aufmerksamkeit bekommen. Künftig geht es weniger um die Frage, wie traditionelle sozialstaatliche Strukturen ergänzt bzw. kompensiert werden als vielmehr um die Frage, welche Alternativen Bürgerengagement und soziale Netze bieten. In diesem Bereich liegt noch ein gewaltiges reformerisches Potential.

Auswirkungen der Sozialreformen auf Arbeitsfelder der Suchtkrankenhilfe

Dr. Monika Burmester, Referentin der Abteilung Strategisches Management des Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche Deutschland, Stuttgart

Das deutsche System der sozialen Sicherung wird gegenwärtig grundlegend umgestaltet. Unter den Stichworten „Aktivierung“ bzw. „Fördern und Fordern“ wurden bereits einige Arbeitsmarktreformen realisiert, mit denen insbesondere auf die Vorschläge der Hartz-Kommission Bezug genommen wurde. Zum Jahresbeginn 2004 ist das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft getreten. Die Sozialhilfereform – die Einordnung der Sozialhilfe in das Sozialgesetzbuch (SGB XII) – ist eng verknüpft mit dem letzten Baustein der Arbeitsmarktreformen, der Zusammenführung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe in der Grundsicherung für Arbeitssuchende, dem SGB II (auch Hartz IV genannt).

Die Reformen zielen auf Senkung der öffentlichen Ausgaben. Dabei geht es nicht nur um lineare Kürzungen oder um mehr oder weniger pauschale Einschränkungen der Leistungsangebote. Ziel ist vielmehr die „Stärkung“ von Eigenverantwortung und Eigenbeteiligung auch und insbesondere von Menschen mit geringen Einkünften. Das neue sozialpolitische Leitbild ist das des „aktivierenden Sozialstaates“. Dieses Konzept ist als Kritik an sozialstaatlichen Vorstellungen formuliert, die sich am Betreuungs- und Versorgungsstaat orientieren. Unter der Überschrift des „Förderns und Forderns“ wird mehr Eigenbeteiligung der Bürgerinnen und Bürger eingefordert. Dabei wird kein Personenkreis von dieser Verpflichtung ausgenommen.

Mehr Eigenverantwortung der Versicherten

Besonders deutlich kommt diese neue sozialpolitische Zielsetzung in den Neuregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung zum Ausdruck. Die bisherige Befreiung einkommensarmer Menschen bspw. von der Zuzahlung beim Kauf von verordneten Medikamenten gilt seit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung) am 1. Januar 2004 nicht mehr. Selbst die ärmsten und bedürftigsten Mitglieder unserer Gesellschaft müssen sich im Krankheitsfall an den Kosten ihrer medizinischen Versorgung beteiligen. Die bis dahin gültige Befreiung der Empfänger von Fürsorgeleistungen nach dem BSHG, der Kriegsopferfürsorge oder dem Grundsicherungsgesetz ist aufgehoben. Durch die Einbeziehung auch derjenigen Sozialhilfeempfänger in den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung, die keinen eigenen Versicherungsschutz haben, unterliegt diese Personengruppe den gleichen Bedingungen, die für alle gesetzlich Versicherten gelten.

Mit der Zuzahlung wird das in den Sozialversicherungen verankerte Prinzip des sozialen Ausgleichs aufgeweicht: Nur wer krank ist, muss zahlen; die gesunden Versicherten „sparen“ durch geringere Versicherungsbeiträge. Krankheit wird so zum individuellen Lebensrisiko, das man sich leisten können muss.

Die Zuzahlung ist einkommensabhängig. Sozialhilfeempfänger haben maximal einen Betrag von 72 Euro pro Jahr zu zahlen. Diese Belastungen haben sie aus den ohnehin knapp kalkulierten Regelleistungen zu tragen. Eine Kompensation für die Gesundheitsausgaben wurde in der Regelsatzverordnung, die die Höhe der Regelleistungen festsetzt, nicht vorgenommen. Die Ausgaben im Krankheitsfall sollen von Menschen, die von der Grundsicherung leben müssen, nach dem Willen des Gesetzgebers etwa durch

Einschränkungen bei Nahrungs- und Genussmitteln aufgebracht werden. Negative Auswirkung auf die individuelle Versorgung hat diese Neuausrichtung der Gesundheitspolitik insbesondere für Menschen mit geringen Einkünften. Gesundheit ist zu einem teuren Gut geworden, das sich in unserer Gesellschaft nicht mehr jeder leisten kann.

Grundsatz des „Fordern und Fördern“ für erwerbsfähige Hilfebedürftige

Stärkung der Eigenverantwortung ist auch in der Sozialhilfe – dem zukünftigen SGB XII – und insbesondere in der Grundsicherung für Arbeitssuchende – dem SGB II – ein wichtiges Prinzip. Eine herausragende Bedeutung hat das Prinzip des Forderns im SGB II, also in der Grundsicherung für Arbeitssuchende. Dies liegt darin begründet, dass sich dieses Gesetz auf grundsätzlich leistungsfähige Menschen bezieht: Anspruchsberechtigte sind erwerbsfähig und damit potenziell in der Lage, für ihren Lebensunterhalt – wenn vielleicht auch nicht immer vollständig, dann doch zumindest zu einem Teil – selbst zu sorgen. Ist die Voraussetzung der Erwerbsfähigkeit nicht erfüllt, ist den hilfebedürftigen Menschen Grundsicherung über das SGB XII zu gewähren.

Der Gesetzestext des SGB II beginnt gleich (§ 1 Abs. 1 SGB II) mit der Benennung des Ziels: Stärkung der Eigenverantwortung. Mit der Formulierung wird unterstrichen, dass die Aufnahme und Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit das eigentliche Ziel der Grundsicherung für Arbeitssuchende ist. Die Sicherung des Lebensunterhalts erfolgt, sofern dies unausweichlich ist.

Mit der Diagnose der grundsätzlichen Leistungsfähigkeit wird begründet, dass zukünftig jeder erwerbsfähigen hilfebedürftigen Person im Prinzip jede Arbeit zugemutet werden kann, sofern sie nicht sittenwidrig ist. Die Ausnahmeregelungen in Bezug auf die Zumutbarkeit sind sehr eng gefasst. So ist bspw. Erziehenden mit einem Kind unter 3 Jahren eine Arbeit i. d. R. nicht zumutbar oder bestimmte Tätigkeiten sind Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen nicht zumutbar. Die gesetzlichen Bestimmungen operieren mit der Fiktion, dass die Menschen Anreize zur Arbeitsaufnahme benötigen. Dies geschieht durch die vorgesehenen Kürzungen in den Leistungen zum Lebensunterhalt (Sanktionen) bei unzureichender Mitwirkung.

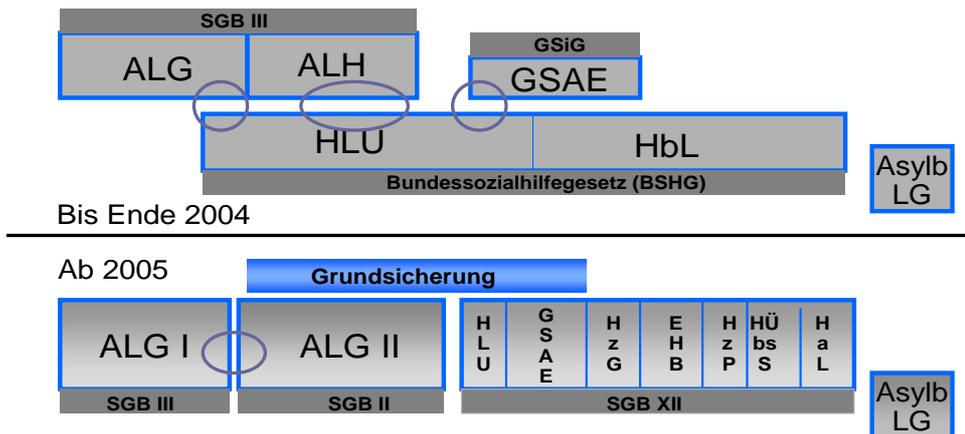
Neue Struktur des Grundsicherungssystems

Mit dem SGB II wird die Struktur des Hilfesystems nachhaltig verändert. Heute existiert im SGB III (Arbeitsförderung) das Nebeneinander von Versicherungs- und Fürsorgeleistungen. Das letzte Auffangnetz ist die Sozialhilfe in Form der Hilfe zum Lebensunterhalt, geregelt im Bundessozialhilfegesetz. Sie tritt nachrangig ein, wenn die Leistungen der vorgelagerten Sicherungssysteme nicht ausreichend hoch bzw. bedarfsdeckend sind oder wenn keine Ansprüche auf vorrangige Leistungen bestehen. Mit dem Asylbewerberleistungsgesetz existiert eine Grundsicherung, die noch nicht einmal das sozio-kulturelle Existenzminimum garantiert. Das Leben auf dem so genannten Sozialhilfeniveau wird auch heute schon nicht mehr jedem in Deutschland lebendem Menschen zugestanden.

Zukünftig wird die Grundsicherung für Arbeitssuchende das letzte Auffangnetz für die überwiegende Mehrheit der Personen sein, die Grundsicherungsleistungen in Form von Hilfe zum Lebensunterhalt benötigen. Im Gesetzentwurf wurde noch die Größenordnung von 4,2 Mio. Leistungsempfängern genannt. Diese Schätzwerte basieren auf dem

Datenstand des Jahres 2002. Die seither eingetretene Arbeitsmarktentwicklung lässt vermuten, dass die Anzahl der Personen, die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende erhalten werden, im Bereich von 5 Mio. liegen dürfte.

Struktur des Grundsicherungssystems



Abk.: ALG=Arbeitslosengeld, ALH=Arbeitsl.Hilfe, GSAE=Grundsich. im Alter und bei Erwerbsminderung, HLU= Hilfe zum Lebensunterhalt, HbL=Hilfe in bes. Lebenslagen, HzG=Hilfe zur Gesundheit, EbH=Eingliederungshilfe für Behinderte, HzP=Hilfe zur Pflege, HÜbsS=Hilfe zur Überwindung bes.soz.Schwierigkeiten, HaL=Hilfe in anderen Lebenslagen

Einen Nachrang der Sozialhilfe (zukünftig SGB XII) für Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt wird es mit Ausnahme der Mietschuldenregelung für Menschen, die Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitssuchende haben, nicht geben. Personen, denen Leistungen im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitslose gekürzt oder gestrichen werden, müssen – zumindest für einen gewissen Zeitraum – mit Geldleistungen auskommen, die niedriger sind, als das durch die Regelleistungen definierte soziokulturelle Existenzminimum. Dies gilt auch, wenn nichtleistungsfähige Personen – zu denen insbesondere minderjährige Kinder gehören – im Haushalt leben. Die Maschen der sozialen Sicherung sind grober geknüpft.

Fazit: Viele Menschen, die heute noch in Haushalten mit dem Transfereinkommen Arbeitslosenhilfe leben, werden zukünftig keinen Anspruch mehr haben. Von den verbleibenden Leistungsberechtigten müssen viele mit geringeren Einkünften auskommen und das bei weitgehender Pauschalierung der Leistung und Eigenbeteiligung im Krankheitsfall. Die Konsequenz ist zunehmender finanzieller Druck für viele Haushalte im Niedrigeinkommensbereich.

Grundsicherung für Arbeitssuchende

Das SGB II – die Grundsicherung für Arbeitssuchende – bezieht sich auf alle erwerbsfähigen hilfebedürftigen Menschen im Alter von 15 bis 64 Jahren und ihre Bedarfsgemeinschaftsmitglieder, sofern sie nicht länger als sechs Monate in Einrichtungen le-

ben. Der leistungsberechtigte Personenkreis erhält pauschalisierte Regelleistungen, aus denen – insbesondere bei länger andauerndem Unterstützungsbedarf – Rücklagen für notwendige einmalige Bedarfe (Kühlschrank usw.) gebildet werden müssen. Ob jeder einzelne Mensch die Kompetenz zu dem geforderten wirtschaftlichen Umgang bei den insgesamt sehr knappen Mitteln hat, bleibt dabei unberücksichtigt. Die Regelleistungen, die ggf. um Mehrbedarfe aufgestockt werden, werden um die angemessenen Kosten der Unterkunft ergänzt. Diese Regelung impliziert, dass nicht in jedem Fall die vollständigen Unterkunftskosten (Bruttokaltmiete plus Heizung) übernommen werden.

Neben den Hilfen zum Lebensunterhalt können erwerbsfähige Personen – entsprechend des Prinzips des Förderns – Leistungen zur Integration in den Arbeitsmarkt erhalten. Sie müssen – entsprechend des Prinzips des Forderns – an den Integrationsmaßnahmen mitwirken und im Prinzip jede Arbeit annehmen.

Nicht alle Menschen, die zukünftig Grundsicherungsleistungen in Form von Hilfe zum Lebensunterhalt (Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld) erhalten, werden auch Integrationsleistungen in den Arbeitsmarkt benötigen. Da es keinen persönlichen Rechtsanspruch auf Integrationsleistungen gibt, werden aber auch nicht alle Menschen, die Leistungen aufgrund ihrer sozialen Situation benötigen, diese auch erhalten. Bei der Festlegung der für die Eingliederung in Arbeit bereit gestellten Mittel orientiert sich der Bund nicht am Eingliederungs- bzw. Unterstützungsbedarf der Menschen, sondern zunächst einmal an der Höhe der bisherigen Ausgaben für die Zielgruppe. Wie viele erwerbsfähige Leistungsberechtigte Integrationsleistungen erhalten, bestimmt sich durch Ausgabe-schätzungen und Ausgabenpläne des Bundes und hängt damit von der allgemeinen Kassenlage ab. Der individuell notwendige Unterstützungsbedarf wird damit zum nachgeordneten Kriterium.

Für die Umsetzung des „Förderns und Forderns“ sieht der Gesetzgeber folgendes Verfahren vor:

- Jedem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen soll ein persönlicher Ansprechpartner benannt werden. Ob diese Person dann auch das Fallmanagement für diejenigen Personen mit erhöhtem Hilfebedarf übernimmt, ist unklar. Der Begriff des Fallmanagers oder des Fallmanagements findet sich im Gesetz nicht. In Bezug auf die Kompetenzen des persönlichen Ansprechpartners bzw. des Fallmanagers finden sich ebenfalls keinerlei Hinweise und noch nicht einmal allgemeine Qualifikationsanforderungen.
- Mit jedem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen soll für die Dauer von sechs Monaten eine Eingliederungsvereinbarung abgeschlossen werden, in der Rechte und Pflichten festgelegt sind. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden die Regelungen per Verwaltungsakt festgelegt.
- Mit Sanktionen in Form von Kürzungen der Hilfe zum Lebensunterhalt müssen Personen rechnen, die eine Eingliederungsvereinbarung nicht abschließen oder die nicht nachweisen können, dass sie den in der Eingliederungsvereinbarung festgeschriebenen Verpflichtungen nachgekommen sind. Bei fehlender oder unzureichender Mitwirkung werden die Leistungen in einem ersten Schritt für die Dauer von drei Monaten i. d. R. um ca. 100 Euro pro Monat gekürzt, jungen Menschen wird gleich die gesamte Regelleistung gestrichen. Zur Sicherung des Lebensunterhalts sollen junge Menschen Sachleistungen erhalten. Diese sollen – bei einer Kürzung von mehr als 30 % – auch erwerbsfähigen Leistungsberechtigten gewährt werden, die in Bedarfsgemeinschaften mit Minderjährigen leben.

Die Trägerschaft für die Leistungen nach dem SGB II übernehmen einerseits die Arbeitsagenturen, andererseits die Kommunen. Für die Leistungen der Suchtberatung sind die Kommunen zuständig. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen die Leistungsträger die Aufgabenwahrnehmung an Arbeitsgemeinschaften (ARGE) übertragen. Alternativ erhalten die Kommunen die Option die gesamten Aufgaben alleine wahrzunehmen. Das hierfür notwendige Optionsgesetz wird gegenwärtig im Vermittlungsausschuss verhandelt¹¹.

Mit der Arbeitsgemeinschaft tritt ein neuer Akteur auf der lokalen Ebene auf. Wie die ARGE ausgestaltet sein soll, die Zusammenarbeit also organisiert werden könnte, lässt der Gesetzgeber bewusst offen. Nach der Konzeption (§ 44b SGB II) soll den Leistungsträgern Raum zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten gegeben werden. In dem Muster-Entwurf der Bundesagentur für Arbeit zur ARGE tauchen freie Träger, die viele der so genannten flankierenden Leistungen „anbieten“, als Partner nicht auf.

Eventuell können Vertreter im Beirat sitzen. Welche Bedeutung und welchen Einfluss solch ein Beirat hat, der im Mustervertrag lediglich optional vorgesehen ist, bleibt unklar. Die bewährte Zusammenarbeit von Kommune und freier Wohlfahrtspflege auf lokaler Ebene bekommt durch das SGB II eine andere Qualität.

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

- Die beschlossenen Arbeitsmarkt- und sonstigen Sozialreformen belasten die privaten Haushalte in der Summe mit 5-7 Mrd. Euro pro Jahr (Mindereinnahmen oder höhere Kosten für die soziale Sicherung). Betroffen sind insbesondere Haushalte mit Niedrigeinkommen.
- Mit dem neuen sozialpolitischen Leitbild der Stärkung der Eigenverantwortung werden Unterversorgungslagen – bspw. der Verzicht auf notwendige medizinische Versorgung im Krankheitsfall – billigend in Kauf genommen.
- Die lokale Sozialpolitik erhält mit der ARGE einen neuen Akteur mit einer anderen „Kultur“ und eine veränderte Zielsetzung: Soziale Teilhabe wird auf Arbeitsmarktintegration eingeeengt.

Die möglichen Folgen dieser Entwicklung für die Suchtkrankenhilfe:

- Für viele Menschen werden die Lebensbedingungen „schwieriger“. Es ist nicht auszuschließen, dass dadurch auch die Suchtproblematik zunimmt.
- Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe müssen sich – sofern sie entsprechende Klienten haben – zukünftig vielleicht verstärkt damit befassen, wie die materielle Sicherung der Klienten zu gewährleisten ist (Pauschalierung, Leistungskürzungen usw.).
- Mit den erheblichen Sanktionsmöglichkeiten, die das SGB II zulässt, muss sich die Suchtkrankenhilfe auseinandersetzen. Wahrscheinlich wird in allen Arbeitsfeldern mehr Motivationsarbeit notwendig sein.
- Es wird veränderte Zusammenarbeits- und Finanzierungsformen für die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe geben. Hinzu kommt wahrscheinlich die Einbindung in das Berichtswesen, die Messung des Maßnahmeerfolgs usw.

Suchtberatung im Rahmen des SGB II

In § 16 der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) ist die Suchtberatung explizit als eine psychosoziale Leistung genannt, die geeignet sein kann, die Abhängigkeit von

¹¹ Nachtrag: Die im Vermittlungsausschuss getroffene Einigung sieht eine Experimentierklausel vor. Maximal 69 Kommunen können die alleinige kommunale Trägerschaft übernehmen.

Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende zu beseitigen oder den Leistungsanspruch zu mindern. Damit gehört die Suchtkrankenhilfe zu den so genannten „flankierenden“ Dienstleistungen, die zwar nicht direkt die Arbeitsmarktintegration herbeiführen können, aber den Weg hierzu ebnen sollen.

Grundsätzlich gilt, dass die Suchtberatung eine „Kann-Leistung“ ist. Einen persönlichen Rechtsanspruch auf diese Leistungen haben betroffene Menschen auf Grundlage des SGB II nicht. Eine Suchtproblematik rechtfertigt also keineswegs einen Leistungsanspruch. Leistungen können gewährt werden. Nach welchen Kriterien sie gewährt werden, bleibt dabei weitgehend offen. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit des Mitteleinsatzes lässt in Verbindung mit der vorgesehenen Effizienzkontrolle allerdings vermuten, dass insbesondere diejenigen Menschen Leistungen erhalten, die die besten Chancen zur Arbeitsmarktintegration haben (Risiko: creaming). Anders ausgedrückt: Diejenigen mit dem größten Unterstützungsbedarf haben u. U. die geringsten Chancen Integrationsleistungen zu erhalten.

Letztendlich entscheidet der persönliche Ansprechpartner bzw. der Fallmanager – nach „Kassenlage“ und unter Berücksichtigung der „Wirtschaftlichkeit“ – darüber, welche Personen Leistungen erhalten bzw. Beratungsleistungen in Anspruch nehmen müssen. Er legt Art und Umfang der zu „verordnenden“ Maßnahmen fest und definiert auch den Umfang an nachzuweisender Mitwirkung.

Der persönliche Ansprechpartner hat in der Grundsicherung für Arbeitssuchende eine erhebliche Machtposition und damit auch eine große Verantwortung. Diese Person entscheidet letztendlich darüber, ob eine hilfebedürftige Person Eingliederungsmaßnahmen erhält und wenn ja, welche. Ein individueller Rechtsanspruch auf bestimmte Integrationsleistungen entsteht erst durch die Eingliederungsvereinbarung. Neben den Rechten werden hierin auch die Pflichten festgelegt und damit auch mögliche Sanktionen mit ihren negativen Auswirkungen auf das verfügbare Einkommen eventuell sogar ganzer Familien festgeschrieben.

Gerade im Umgang mit Personen mit Suchtproblematik wird es darauf ankommen, Signale richtig zu deuten. Denn nur auf dieser Basis können Diagnosen richtig gestellt und damit letztendlich auf die Weichen für den Weg aus dem Hilfesystem richtig gestellt werden. Fehleinschätzungen können schnell zu Überforderungen der betroffenen Menschen führen und in der letzten Konsequenz zu Unterversorgungslagen und zu Ausgrenzung führen.

Der Gesamtverband Suchtkrankenhilfe (GVS) hat zusammen mit Landesreferenten der Diakonischen Werke Vorstellungen zur Zusammenarbeit mit den Job-Centern entwickelt. In ihrer anwaltschaftlichen Funktion sehen sie die intensive Kooperation mit dem Job-Center für besonders wichtig an. Die regelmäßige Schulung und Beratung der Mitarbeiter im Job-Center und insbesondere der Fallmanager hat daher im Rahmenkonzept der Suchtberatung der Diakonie an den Eingliederungsleistungen der Job-Center nach SGB II einen großen Stellenwert. Nur im konstruktiven Dialog mit dem persönlichen Ansprechpartner bzw. Fallmanager kann es gelingen, Ausgrenzungsrisiken zu minimieren und zu vermeiden, dass Menschen durch die grober gewordenen Maschen des sozialen Netzes rutschen. Hierzu kann es auch durchaus sinnvoll sein, dass Suchtberater im Job-Center tätig sind. Solche Strukturen haben sich in Modellprojekten, bspw. im Arbeitsamt bzw. der Agentur für Arbeit in Ludwigsburg, bewährt.

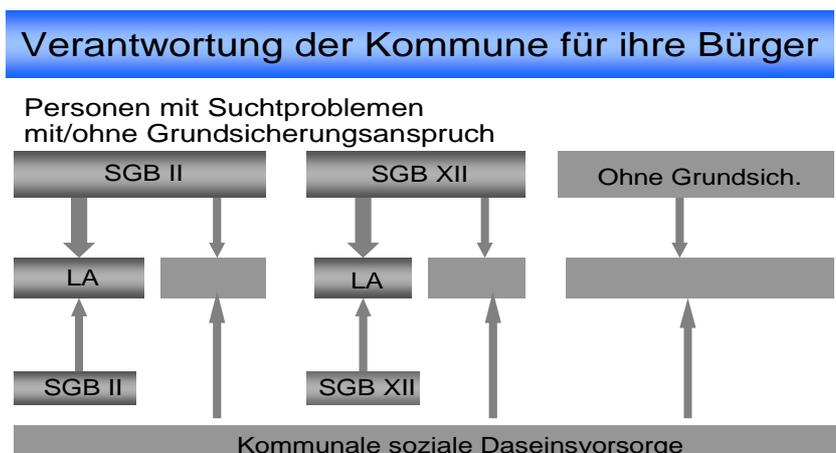
Für die Beteiligung der Suchtberatung der Diakonie an den Eingliederungsleistungen der Job-Center nach SGB II sieht das Rahmenkonzept folgendes Verfahren vor:

- Die Suchtberatung erstellt eine Diagnose und macht eine umfassende Bedarfserhebung. Dabei ist die psychische Gesamtsituation zu erfassen. Bereits in diesem frühen Stadium kann ein hoher Bedarf an Motivationsarbeit notwendig sein, um Veränderungsbereitschaft des Leistungsberechtigten zu initiieren.
- Die Suchtberatung macht einen Vorschlag für die Eingliederungsvereinbarung. Dabei werden die Veränderungsmöglichkeiten und die Mitwirkungsbereitschaft der Klienten berücksichtigt.
- Der Fallmanager kann verschiedene Leistungsmodulare aus dem Angebot der Suchtberatung auswählen

Menschen mit Suchtproblemen, die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende erhalten, benötigen u. U. weitergehende Hilfe als sie über die Zielbestimmung „Arbeitsmarktintegration“ mit den im SGB II vorgesehenen Förder- und Forderinstrumenten kompatibel ist. Auf Grundlage ihrer Diagnose über die psychische Gesamtsituation erstellt die Suchtberatung einen gesamten Hilfeplan, der diesen ganzheitlichen Hilfebedarf im Blick hat. Damit wird die verengte Sicht auf Leistungen für Eingliederung in Arbeit überwunden. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass die Hilfe auch nach einem möglichen Erlöschen des SGB II-Anspruchs fortgesetzt werden kann. Gerade in der Suchtberatung ist diese Kontinuität überaus wichtig.

Verantwortung der Kommune für ihre Bürger

Im Rahmen des SGB II wird u. U. nur ein Teil des gesamten Hilfebedarfs einer Person gewährt. Es sind die in der Leistungsvereinbarung konkret festgeschriebenen Leistungsmodulare. Ein eventuell darüber hinaus gehender Bedarf muss im Rahmen der kommunalen sozialen Daseinsvorsorge garantiert werden. Leistungen der Suchtberatung im Rahmen des SGB II können nur ein Teilangebot der gesamten sozialen Infrastruktur der Suchtkrankenhilfe sein.



Das SGB II kann von den Kommunen nicht zum Anlass genommen werden, sich aus der darüber hinausgehenden sozialen Daseinsvorsorge zurückzuziehen. Es wird zukünftig Menschen mit Suchtproblemen geben, die vorübergehend oder dauerhaft Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II erhalten. Einige von ihnen haben u. U. einen angemessenen Leistungsanspruch (LA) auf Integrationsleistungen. Einigen wird die notwendige Unterstützung aber u. U. versagt. Einen persönlichen Rechtsanspruch auf soziale Beratung gibt es auch im SGB XII nicht.

Schließlich bleibt noch die große Gruppe der Bürger, die überhaupt keine Grundsicherungsleistungen in Form von Hilfe zum Lebensunterhalt benötigen oder erhalten, die aber durchaus Bedarf an entsprechender sozialer Infrastruktur haben.

Das SGB II wird große Veränderungen bringen. Hiervon sind nicht nur die Menschen betroffen, die zukünftig Leistungen benötigen. Auch die Leistungsträger und die Leistungserbringer haben große Veränderungen zu bewerkstelligen. Die Umsetzung des Gesetzes kann zu erheblichen Friktionen führen und bewährte Zusammenarbeitsstrukturen im Extremfall sogar zerstören. Vor diesem Hintergrund setzt die heutige Tagung ein positives Signal: In Rheinland-Pfalz wird mit allen Beteiligten der Dialog geführt. Ich hoffe, dass Sie den eingeschlagenen Weg des konstruktiven Dialogs weitergehen, ein offenes Ohr haben für die Sorgen und Befürchtungen der betroffenen Menschen und dies bei der konkreten Umsetzung des Gesetzes vor Ort berücksichtigen.

Forum I: Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (SGB II) – eine Herausforderung für die Suchtkrankenhilfe

Das SGB II und die Perspektiven einer verbesserten Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure

(Aktualisierter Beitrag)

Roswitha Augel, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Mainz

Die schon seit Beginn der achtziger Jahre von Fachkreisen erkannte Notwendigkeit der Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zu einer einheitlichen Leistung für bedürftige Erwerbsfähige wurde nach langen und schwierigen Verhandlungen durch die Einführung der neuen Grundsicherung für Arbeit Suchende - das neue Arbeitslosengeld II - auf dem Niveau der Sozialhilfe mit einer finanziellen Abfederung des Übergangs vom „alten“ Arbeitslosengeld I umgesetzt. Gleichzeitig wird das gegenwärtig ineffiziente und wenig bürgerfreundliche Nebeneinander zweier staatlicher Fürsorgesysteme – der Arbeitslosenhilfe und der Sozialhilfe für Erwerbsfähige – mit unterschiedlichen Verwaltungsstrukturen, Regelwerken, Kostenträgerschaften und Leistungen beendet.

Die Umsetzung des neuen SGB II stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Die Ziele die jedoch damit erreicht werden sollen - die verbesserte Betreuung und Vermittlung aus einer Hand, die Umsetzung des Grundsatzes des Förderns und Forderns, die Realisierung des Rechtsanspruchs der Jugendlichen auf Arbeit und/oder Ausbildung und nicht zuletzt die Gleichbehandlung aller Langzeitarbeitslosen - lohnen diesen Aufwand.

Die Kommunen haben sich überwiegend schon frühzeitig für eine Zusammenarbeit im Rahmen des Modells der Arbeitsgemeinschaften mit der geteilten Trägerschaft und der Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe entschieden. Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit hat alles unternommen, um die Bildung der Arbeitsgemeinschaften zu unterstützen.

Zwischenzeitlich sind die Verhandlungen vor Ort in fast allen kommunalen Gebietskörperschaften hinsichtlich der Bildung der Arbeitsgemeinschaften zum Abschluss gekommen. 32 Kommunen haben einen ARGE-Vertrag unterschrieben und nahezu alle haben ihre Arbeit zum 01. Januar 2005 aufgenommen. Eine Kommune befindet sich noch in Verhandlungen, die in Kürze zum Abschluss eines Vertrages führen, eine Kommune führt die Aufgabe derzeit noch in getrennter Trägerschaft aus. Damit stehen wir bundesweit mit an der Spitze.

Zwei kommunale Träger haben entschieden, dass sie im Rahmen der so genannten Experimentierklausel des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch für einen Zeitraum von 6 Jahren die Langzeitarbeitslosen in Eigenverantwortung betreuen. Es handelt sich dabei um die Landkreise Daun und Südwestpfalz.

Das Arbeitsministerium hat das Gesetzgebungsverfahren im Rahmen der Arbeitsmarktreform intensiv begleitet und sich in den Arbeitsgremien auf Bundesebene eingebracht. Das Land Rheinland-Pfalz hat sich - unter anderem - vor dem Hintergrund der demo-

grafischen Entwicklung dafür eingesetzt, dass der Selbstbehalt bei der Eigenvorsorge für die Alterssicherung stärker geschützt wird, als dies zunächst vorgesehen war.

Zur Unterstützung des Umsetzungsprozesses wurde der im Arbeitsministerium angesiedelte Arbeitsmarktbeirat, in dem alle rheinland-pfälzischen Arbeitsmarktakteure vertreten sind, neu strukturiert. Da einzelne Themen nicht alle Mitglieder des Arbeitsmarktbeirates betreffen, wurde eine Lenkungsgruppe ausgegründet. Diese bearbeitet zeitnah und flexibel auftretende Fragestellungen mit den betroffenen Akteuren.

Das Arbeitsministerium hat während des gesamten Jahres 2004 den Aufbauprozess der Arbeitsgemeinschaften (ARGEN) moderiert und begleitet. Parallel steuert das Arbeitsministerium den Hartz-Prozess in Rheinland-Pfalz auf vielfältige Weise, wie zum Beispiel durch die Organisation von Informationsveranstaltungen und Workshops für die Kommunen und die Träger arbeitsmarktpolitischer Projekte sowie durch die Teilnahme an Veranstaltungen anderer Initiatoren.

Es hat darüber hinaus eine stark nachgefragte Internet-Plattform eingerichtet, auf der es den Akteuren vor Ort fortlaufend aktuelle Informationen zu den anstehenden Themen sowohl von der Landesregierung selbst als auch aus anderen Quellen zur Verfügung stellt.

Um den Trägern arbeitsmarktpolitischer Projekte in der für sie sehr schwierigen Umbruchphase ein größtmögliches Maß an Kontinuität zu bieten, hat die Landesregierung die Anpassung ihrer Arbeitsmarktpolitik so lange wie möglich zurückgestellt. Diese Anpassung erfolgte im vierten Quartal 2004 in Abstimmung mit den kommunalen Spitzenverbänden sowie der Regionaldirektion. Viele arbeitsmarktpolitischen Bedarfe lassen sich erst in den folgenden Monaten konkret abschätzen – die Landesregierung wird daher einen Rahmen vorgeben, der flexibel ausgestaltet werden kann, sobald die Problemlagen der künftigen Anspruchsberechtigten genauer erkennbar sind.

Seit Anfang des Jahres 2005 gibt es nun nicht nur die lange angestrebte Betreuung und Vermittlung aus einer Hand, sondern auch die neue einheitliche Leistung „Arbeitslosengeld II“ für alle erwerbsfähigen Arbeitslosen- und Sozialhilfe-Empfängerinnen und -Empfänger. Langzeitarbeitslosen und erwerbsfähigen Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern werden neue Chancen und Perspektiven eröffnet. Allen Menschen, die arbeiten können und wollen, wird künftig in allen Fragen der Arbeitssuche eine intensivere Beratung und Betreuung angeboten, damit sie so schnell wie möglich wieder ihren Lebensunterhalt selbst bestreiten können. Die Eigenverantwortung der bedürftigen Menschen wird gestärkt und gleichzeitig wird dazu beigetragen, dass sie ihren Lebensunterhalt unabhängig von staatlicher Unterstützung aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten können. Erwerbsfähige Hilfebedürftige erhalten die notwendige Unterstützung bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit.

Für jeden Arbeitssuchenden gibt es künftig eine persönliche Ansprechpartnerin oder einen persönlichen Ansprechpartner die so genannte Fallmanagerin oder der Fallmanager. Diese oder dieser bespricht mit der oder dem Betroffenen die Möglichkeiten, die es für sie oder ihn auf eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt gibt. Ziel ist es, dass eine Fallmanagerin oder ein Fallmanager nur noch 75 junge Menschen unter 25 Jahren betreut bzw. 150 Menschen über 25 Jahren.

Durch die Zusammenlegung von Sozial- und Arbeitslosenhilfe erhalten nun alle Arbeitssuchenden die gleiche Chance. Denn auch die arbeitsfähigen Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger nehmen an der Arbeitsvermittlung teil. Sie können mit Qualifizierungs- und Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen gefördert werden und sind sozialversichert, d.h. für erwerbsfähige Bezieher von Arbeitslosengeld II werden Beiträge in die Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt. Dies ist für bisherige Sozialhilfeempfänger eine deutliche Verbesserung.

Besonders Familien mit Kindern wird es besser gehen, weil der Bedarf nun für jedes Kind gesondert berechnet wird. Das war bisher nicht so. Außerdem wird es einen Kinderzuschlag geben für Eltern, deren Arbeitseinkommen zwar für den eigenen Bedarf, nicht aber auch für den der Kinder reicht.

Wichtig ist auch, dass jede oder jeder Arbeitssuchende unter 25 sofort nach der Antragstellung auf Arbeitslosengeld II in Arbeit, Ausbildung oder eine Arbeitsgelegenheit vermittelt wird. Allerdings sind die Jugendlichen auch verpflichtet, alle zumutbaren Angebote anzunehmen.

Durch die Reform arbeiten Arbeitsverwaltung und Kommunen enger und besser als bisher zusammen. Die unsinnige Aufgabentrennung zwischen Arbeitsagenturen und Sozialämtern wird überwunden. Dank des unermüdlichen Einsatzes der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Arbeitsgemeinschaften konnte die neue Leistung trotz der Vielzahl von Problemen pünktlich ausbezahlt werden. Nachdem sie diese zentrale Aufgabe gut bewältigt haben, sind die Arbeitsgemeinschaften jetzt verstärkt dabei, ihre Integrationskonzepte zu entwerfen und zu realisieren.

Diese Integrationskonzepte bauen auf der Beratung der Fallmanager auf, die mit jedem einzelnen Hilfesuchenden eine Eingliederungsvereinbarung im Sinne von Fördern und Fordern abschließen. Dabei wird die zur beruflichen Eingliederung notwendige Unterstützung festgestellt und dem Hilfesuchenden angeboten. Dieser wiederum verpflichtet sich in der Eingliederungsvereinbarung diese Unterstützung zu nutzen.

Die Unterstützungsangebote reichen von beruflichen Qualifizierungs- und Weiterbildungsmaßnahmen bis hin zu Angeboten der Schuldner- oder Suchtberatung. Erstmals sind im SGB II die Schuldnerberatung, die psychosoziale Beratung und die Suchtberatung explizit aufgeführt. Der Gesetzgeber hat diese Hilfsangebote als so wichtig für die berufliche Eingliederung angesehen, dass er sie als Leistungen ins Gesetz aufgenommen hat. Eine Zusammenarbeit der Träger dieser Hilfen mit der Arbeitsgemeinschaft ist somit quasi gesetzlich schon vorgegeben. Wie genau diese Hilfen organisiert werden, wird auf die konkreten Bedarfe und die vorhandenen Angebote vor Ort ankommen. Dies wird von Ort zu Ort unterschiedlich sein. Die ARGEN werden mit den entsprechenden Trägern der Leistungen vor Ort konkrete Absprachen treffen. Das Ministerium wird die Zusammenarbeit mit den Trägern dieser Leistungen begleiten. Sollten Probleme auftreten, wird sich das Fachreferat einschalten um zu koordinieren. Täglich stellen sich neue Herausforderungen, die zu lösen sind. Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit hat den Reformprozess von Anfang an auf vielfältige Weise intensiv begleitet und vorgebracht. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit den ARGEN, den Kommunen, der Regionaldirektion Rheinland-Pfalz-Saarland sowie den Kommunalen Spitzenverbänden wichtig, um die Rahmenbedingungen für die Arbeitsgemeinschaften zu optimieren.

Der örtliche Sozialhilfeträger und das SGB II

Oswald Fechner, Sozialamt der Stadt Worms, Worms

Der örtliche Sozialhilfeträger und das SGB II – hier treffen sich Erwartungen und Verunsicherung. Einerseits hat die kommunale Gebietskörperschaft die Erwartung, finanzielle Entlastung zu erfahren. Gleichzeitig werden Unsicherheiten hervorgerufen, die sich einerseits auf der Seite der Kommune darin ausdrücken, dass die Diskussionen und vorläufigen Finanzierungsdarstellungen eher weniger an Entlastung widerspiegeln, als dies erwartet (und versprochen) wurde. Auf Seiten der Beschäftigten der Sozialhilfeträger sind Befürchtungen spürbar, die sich mit der künftigen Aufgabenstellung befassen und der persönlichen Einordnung im Prozess.

Ich habe mit dem Sozialhilfeträger Stadt Worms Erfahrungen im Rahmen des Modellprojektes „FAIR“ (Förderung der Arbeitsaufnahme integriert und regulär) sammeln können. Wir arbeiten in einer gemeinsamen Vermittlungsagentur mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesagentur zusammen und nutzen die Instrumente beider Sozialsysteme.

Wir haben Erfahrungen hinsichtlich der Kooperation zwischen der Kommune mit stark lokalem Bezug und der Bundesagentur mit lokalen und auch überregionalen Bezügen und einer deutlich spürbaren Ausrichtung zur Nürnberger Zentrale.

Ziele des SGB II

- **Schnelle und passgenaue Vermittlung in Arbeit**
- **Ausreichende materielle Sicherung der Arbeitslosen**
- **Effiziente und bürgerfreundliche Verwaltung**
- **Breite Zustimmungsfähigkeit**

Es ist sinnvoll, die Ziele des SGB II zu beleuchten, um die Veränderungen zu identifizieren, die uns künftig auch in der Suchtkrankenhilfe begegnen werden. Von besonderer Bedeutung ist dabei, die Zusammenführung zweier Systeme, die seither getrennt nebeneinander ihre Aufgaben erfüllt haben. Sicher verbindet sich mit dieser Entwicklung eine Reihe von Chancen, die Zielkonflikte durch unterschiedliche Akteure vermeiden. Allerdings sind auch Risiken damit verbunden, wenn man daran denkt, dass die gesamte Hilfe zur Arbeit als Integrationsinstrument im neuen SGB XII wegfällt. Wenn diese Instrumente durch das SGB II effektiver und effizienter werden, muss die Zusammenführung vorbehaltlos begrüßt werden. Allerdings muss man dann davon ausgehen, dass die Zielgruppen sich in dem neuen System nicht nur wieder finden, sondern auch ihren Stellenwert zumindest behalten. Diesen Aspekt dürfen wir unter dem Blickwinkel der Suchtkrankenhilfe nicht aus den Augen verlieren. Sozialpädagogische Unterstützung in einer schwierigen Lebenssituation ist eben etwas anderes als Arbeitsvermittlung.

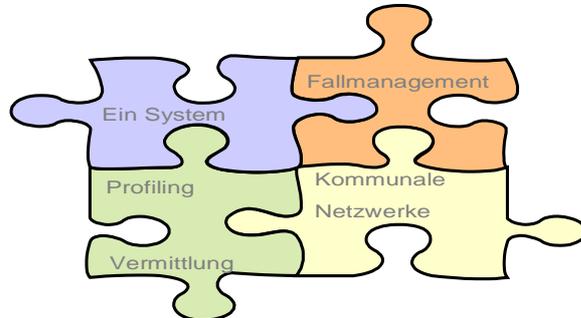
Schnelle und passgenaue Vermittlung orientiert sich am Potenzial des Arbeitslosen, das im Rahmen von Profiling festgestellt wird. Hier geht es darum, die berufliche Biografie zu beleuchten und an Erlerntem bzw. Praktiziertem anzuknüpfen. Vorhandenes Wissen zu aktualisieren und damit einem Arbeitslosen eine neue Ausgangsbasis zu verschaffen, ist als Ansatz richtig. Durch die intensive Zusammenarbeit mit dem Arbeitslosen, begleitet von Trainingsmaßnahmen werden Vermittlungshemmnisse offenkundig, die seither bei der herkömmlichen Arbeitsvermittlung in der Regel nicht festgestellt wurden. Wir haben im Modellprojekt FAIR festgestellt, dass unter den knapp 1.300 Arbeitslosen deutlich über 200 eine Schuldenproblematik mitschleppte, die eine Arbeitsaufnahme früher erschwerten oder innerhalb kürzester Zeit zum Verlust der Stelle führten. Gemeinsam mit der Arbeitsverwaltung haben wir als Kommune unsere Schuldnerberatung personell verstärkt. Über 100 der betreuten deutschen Arbeitslosen sind Analphabeten. Eine Zahl, die wir nicht erwartet hätten, obwohl wir über lange Zeit mit den Betroffenen bereits zusammen gearbeitet haben. Im Nachhinein wurde für uns erklärbar, weshalb viele unserer Briefe oder Bescheide bei den Betroffenen angeblich nicht angekommen sind, „weil der Briefkasten defekt war“ oder weshalb wir den Bescheid vorlesen sollten, „weil die Brille vergessen wurde“. Hier versuchen wir seit über 1 ½ Jahren einen Alphabetisierungskurs einzurichten, der an der Finanzierung bisher gescheitert ist. Durch einen vom Land finanzierten Sozialpädagogen, der sich im Rahmen der Trainingsmaßnahmen um die Betroffenen kümmert, haben wir bei ca. 80 Arbeitslosen mühelos feststellen können, dass Suchtprobleme bestehen. Es handelt sich um Menschen, die seit Jahren arbeitslos sind und regelmäßigen Kontakt zum Vermittler hatten. Hier konnten wir – wiederum mit kommunaler Kostenbeteiligung – eine personelle Verstärkung der Drogenberatung ermöglichen.

Intensivere Betreuung unter dem Gesichtspunkt der schnellen und passgenauen Vermittlung lässt Probleme deutlich werden, die vorher nicht erkannt wurden und differenziert die Problemlagen. Gescheiterte Arbeitsversuche lassen sich damit nicht mehr dem individuellen „Fehlverhalten“ der Betroffenen zuordnen, sondern werden erklärbar – verlangen jedoch auch spezielle Angebote. Die ausreichende und materielle Sicherung der Arbeitslosen ist noch mit einer Reihe von Unsicherheitsfaktoren verknüpft, wenn ich nur an die Höhe der Kosten der Unterkunft denke.

Die effiziente und bürgerfreundliche Verwaltung lässt sich erreichen, wenn wir es schaffen, die traditionell funktionalen und arbeitsteiligen Arbeitsabläufe in Prozesse umzuwandeln. Damit wird die „Hilfe aus einer Hand“ tatsächlich umsetzbar. Kommunal haben wir in der Sozialverwaltung seit Jahren „Fallmanagement“ praktiziert und es ganzheitlich verstanden. Die Ansätze des SGB II müssen in die gleiche Richtung gehen und tatsächlich existenzielle Absicherung und Eingliederung zusammenführen. Die breite Zustimmungsfähigkeit ergibt sich aus der Erfüllung der geschilderten Anforderungen.

Voraussetzungen

- Chancen der Zusammenlegung



Die Zusammenlegung beinhaltet Chancen, die sich in getrennten Systemen trotz Kooperation kaum erschließen. Ein gemeinsames System hat nicht nur für den Bürger Vorteile, sondern versetzt auch die Träger in die Lage, Reibungsverluste zu verringern. Mit Fallmanagement als Instrument zusammen ergibt sich die Leistung tatsächlich „aus einer Hand“. Berufliche Eingliederung wird in einem Prozess gesehen und zielgerichtet. Wir erwarten als örtliche Sozialhilfeträger, dass die lange währenden und oft komplizierten Abstimmungsprozesse der Vergangenheit angehören. Profiling und Potenzialansatz zeigen sich bereits heute in FAIR als Weg, der aus der Orientierungslosigkeit und damit verbunden, der Schaffung von Maßnahmekarrieren herausführt.

Die Aussage: „Jeder soll das tun, was er am besten beherrscht“ klingt zunächst schlüssig und bringt die Kommunalen Netzwerke in die berufliche Eingliederung ein. Allerdings darf man nicht verkennen, dass die Zielrichtung seither durchaus abweichend war. Während die Vermittlung in den Arbeitsmarkt möglichst direkte Wege – oder über berufliche Qualifizierungsmaßnahmen – gesucht hat, ist die Arbeit in den Netzwerken eher bestimmt gewesen, persönliche Problemlagen aufzuarbeiten und den Betroffenen zu stabilisieren. Oftmals war dies erst die Grundlage für eine erfolgreiche Vermittlung. Das Zusammenwirken der Netzwerke mit der Vermittlung wird uns einiges an Abstimmung abverlangen.

Risiken



- **Finanzielle Entlastungseffekte für Kommunen treten nicht ein**
- **Kommunale Beschäftigungsförderung wird durch SGB II nicht gesichert**
- **Definition „Erwerbsfähigkeit“**

Für den kommunalen Partner ergibt sich eine Reihe von Risiken durch die Zusammenlegung. Für die Kommunen sollte insgesamt eine finanzielle Entlastung von rd. 2,5 Mrd. € eintreten. Falls dieser Effekt nicht eintritt oder sogar noch zusätzliche Belastungen auf

die Kommunen zu kommen, die sich trotz der Prognoseunsicherheit derzeit errechnen, wird dies voraussichtlich auf die Handlungsspielräume Auswirkungen haben. Es stellt sich die Frage, ob die Netzwerke im seitherigen Umfang dann überhaupt aufrecht erhalten bleiben können. Zumindest ist ein weiterer Ausbau, der durch die gezielte Vermittlung notwendig wäre, in Frage gestellt.

Die kommunale Beschäftigungsförderung wurde seither über die Hilfe zur Arbeit nach dem BSHG getragen. Die Bandbreite lag zwischen „gemeinnütziger Arbeit gegen Mehraufwandsentschädigung“ über „Lohnkostenzuschüsse“ an Arbeitgeber bis zu eigenen Arbeitsverträgen. Begleitet waren diese Maßnahmen durch sozialpädagogische Hilfen und fachliche Anleitung. Zwar sollen die kommunalen Beschäftigungsgesellschaften in die Arbeitsgemeinschaften einbezogen werden, jedoch stellt sich die Frage nach der Zielrichtung. Wenn die Aufgabenstellung unverändert bleibt, wäre dies die beste Lösung. Falls jedoch die Beschäftigungsgesellschaften lediglich für Trainingsmaßnahmen (so genannte Verfügbarkeits-TM) genutzt werden, fallen Menschen durch das Netz, die den hohen Anforderungen des Arbeitsmarktes nicht direkt entsprechen. Die Definition der „Erwerbsfähigkeit“ beinhaltet ein weiteres Risiko, da hier ein „Verschiebebahnhof“ entstehen kann. Vorgesehen ist, die Definition am SGB VI auszurichten und alle 15 – 65-jährigen einzubeziehen, die nicht voll erwerbsgemindert sind. Das Problem tritt bei der Frage auf, wem die vorübergehend erwerbsgeminderten zugerechnet werden. Hierunter fallen auch Suchtkranke.

Zusammenfassung

- **Schnelle und passgenaue Vermittlung kann verbessert werden**
- **Ein gemeinsames System ist bürgerfreundlich und effizient**
- **Kommunale Beschäftigungsförderung erhält eine neue Chance**

Zusammenfassend werden die Erwartungen an eine schnelle und passgenaue Vermittlung positiv gesehen. Dies gilt zumindest für den größten Teil der Arbeitslosen. Suchtkranke und auch andere Personengruppen werden in das neue System mit der besonderen Problemstellung aufgenommen werden müssen, damit sie nicht zwischen Sozialhilfe und SGB II „verschoben“ werden.

Unter dem Gesichtspunkt der „Bürgerfreundlichkeit“ ist zu erwarten, dass eine Steigerung eintritt. Nicht nur parallel laufende Antragsverfahren, Wartezeiten usw. fallen weg, sondern die Hilfeleistung wird individuell auf den Arbeitslosen abgestellt.

Die kommunale Beschäftigungsförderung, die lokal begrenzt tätig wird, erhält eine neue Chance, da sie nicht dem Wettbewerb mit überregionalen Anbietern ausgesetzt ist. Lokale Bezüge bleiben erhalten.

Die berufliche Integration Suchtkranker

Eberhard Speidel, *Mit Jugend gegen Drogen e. V., Worms*

Zu Beginn meiner Ausführungen zur beruflichen Integration suchtkranker Menschen möchte ich einige statistische Daten zur sozialen Situation Suchtkranker, entnommen aus dem Jahrbuch Sucht, Neuland Verlag 2003, vorstellen:

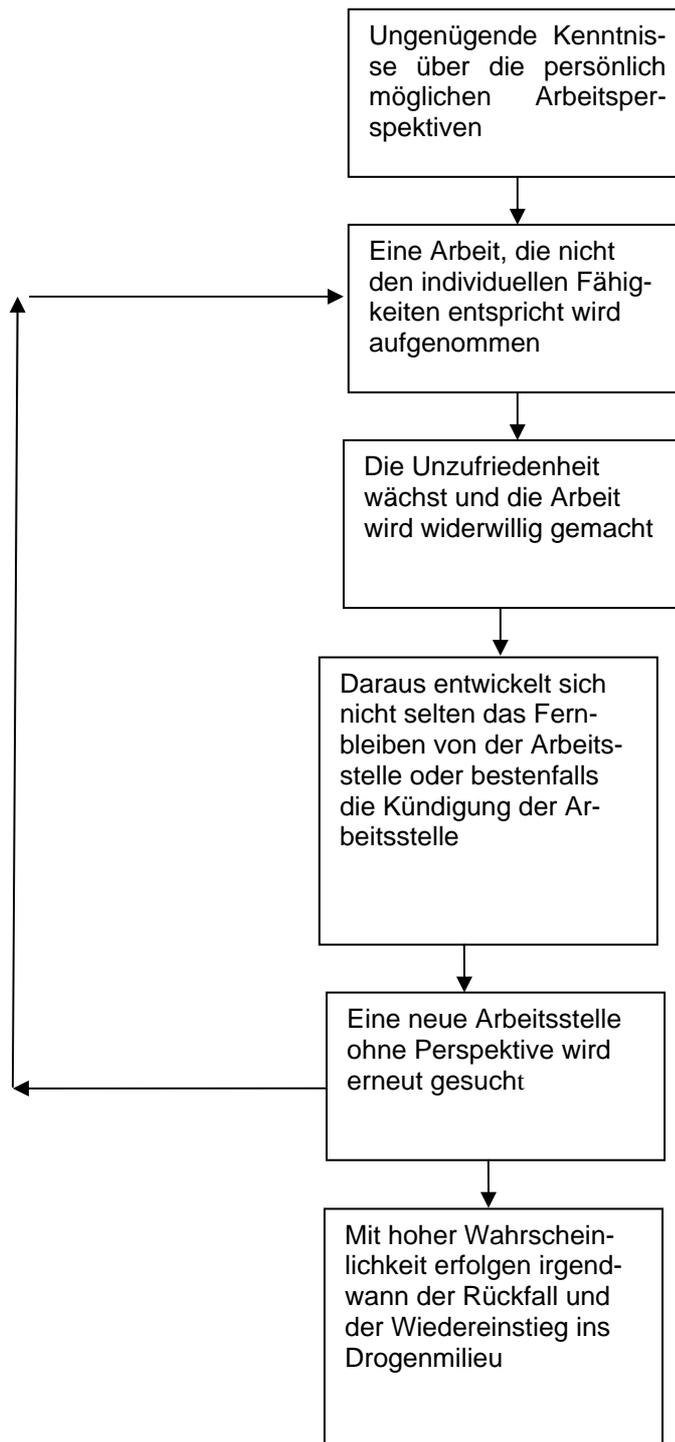
Quelle	Diagnose	arbeitslos/arbeits- suchend	ohne Ausbildung, abgebrochene Ausbildung	ohne Schul- abschluss
EBIS-A 2001	Alkohol Frauen	16,8 %		50,9 %
	Alkohol Männer	19,4 %		57,8 %
	Illegale Drogen Frauen	27,48 %		38,92 %
	Illegale Drogen Männer	33,88 %		23,6 %
EBIS-S 2000	Alkohol Frauen	27,48 %		38,92 %
	Alkohol Männer	43,1 %		32,3 %
	Opiate Frauen	69,9 %		65,5 %
	Opiate Männer	63,1 %		85,15 %
BADO Hamburg 2000	Alkohol Frauen	29,8 %	21,1 %	42,5 %
	Alkohol Männer	32,5 %	19,2 %	60,1 %
	Illegale Drogen Frauen	73,4 %	60,5 %	55,7 %
	Illegale Drogen Männer	70,7 %	50,3 %	68,4 %
Drobs Hannover 2000	Illegale Drogen		58,22 %	

Wie unschwer zu erkennen ist, ist die Arbeitslosigkeit bei Personen, die illegale Drogen konsumiert haben am höchsten.

Auf die allseits bekannte Problematik, die sicherlich diese Statistiken begünstigen, dass nämlich bei dem Nichtvorhandensein von Arbeitsplätzen keine Vermittlung möglich ist, möchte ich in diesem Vortrag nicht weiter eingehen.

Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit vielmehr darauf lenken, wie es uns gelingen könnte die Ressourcen von suchtmittelabhängigen Menschen so zu entwickeln dass sie in der Arbeitswelt produktiv tätig sind und wie der Arbeitsplatz auf Dauer, für den einzelnen erhalten werden kann.

Normaler Ablauf der Arbeitsplatzsuche ehemaliger suchtmittelabhängiger Menschen, insbesondere von ehemaligen Drogenabhängigen



Um den in dem Schaubild angedeutete Kreislauf von Arbeitsplatzsuche, Verlust des Arbeitsplatzes, erneuerte Arbeitsplatzsuche, verbunden mit der Gefahr der Rückfälligkeit, zu durchbrechen, ist es meiner Meinung nach ratsam zuerst einmal die vermittlungshemmenden Faktoren aber auch die vermittlungsfördernden Faktoren, die in der Person des suchtkranken Menschen und insbesondere des Drogenabhängigen liegen, näher zu betrachten.

Was sind also die möglichen in der jeweiligen Person liegende und mitwirkende Ursachen, die diese hohe Arbeitslosigkeit dieses Personenkreises im gesamten aber auch bezogen auf den einzelnen bezogen begünstigen. Und wie können insbesondere die vermittlungshemmenden Faktoren, die abhängig vom Grad der Suchtmittelabhängigkeit sind, angegangen werden.

Um die Vorgehensweise etwas zu differenzieren, unterscheide ich zwischen einem sekundärpräventiven und einen tertiärpräventiven Ansatz.

Der sekundärpräventive Ansatz

Der Konsum legaler und illegaler Suchtmittel ist in unserer Gesellschaft und damit im Leben vieler Jugendlicher eine Realität. Dabei reicht die Bandbreite des Konsums von einmaligem über gelegentlichen bis zum regelmäßigen Konsum, mit der Gefahr der Entwicklung einer Abhängigkeit.

Jugendliche im ungefähren Alter zwischen 17 – 21 Jahren sind sich ihrer Gefährdungssituation zumindest in den Fällen wo sie Hilfe bei uns suchen bewusst. Die traditionellen Angebote der Drogenhilfe sind für diese Fälle unzureichend, da sie in der Regel erst bei exzessivem Drogenmissbrauch greifen oder im primärpräventiven Bereich angesiedelt sind.

Oft befinden sich diese Jugendlichen noch in einer Schulausbildung oder absolvieren eine Lehre oder gehen einer regelmäßigen Arbeit nach. Sie haben oft noch einen intakten Freundeskreis und familiäre Bindungen. Sie sind sich im Klaren darüber, dass wenn keine Stabilisierung erfolgt das Abgleiten in die Drogenszene mit allen damit verbundenen Auswirkungen unvermeidlich ist.

Eine differenzierte und fokussierte Betrachtungsweise mit damit einhergehenden flankierenden Maßnahmen würde in vielen Fällen eine Stabilisierung der Persönlichkeit ermöglichen und ein Abgleiten in die Drogenszene verhindern. So brauchen in manchen Situationen die einen ein mehr an Risikobereitschaft, die anderen wiederum Hilfestellung durch Begrenzung. Konkrete Hilfestellungen, die über ein therapeutisches Gespräch in der Beratungsstelle hinausgehen, sind jedoch kaum zu verwirklichen. Dies wird nicht selten als Mangel, sowohl vom Beratenden als auch von dem Betroffenen her empfunden.

Der tertiärpräventive Ansatz

Der tertiärpräventive Ansatz kommt dann zum tragen, wenn ein massiver Drogenmissbrauch vorliegt und die ambulante therapeutische Möglichkeiten nicht mehr greifen. Das Persönlichkeitsbild dieser Menschen ist gekennzeichnet durch

vermittlungshemmende Faktoren, vor allem durch eine

- lange andauernde Drogensozialisation mit allen dazugehörigen Symptomatiken, wie
 - mangelnde Bindungsfähigkeit
 - geringe Frustrationstoleranz
 - geringes Durchhaltevermögen
 - unangemessene Verhaltensweisen (aggressiv, depressiv, unbeweglich)
 - mangelnde Fähigkeit der Bedürfnisaufschiebung
 - geringe Konfliktfähigkeit

sowie

- Brüche im Lebenslauf
- Wenig ausgebildete Sekundärtugenden
- Schuldenproblematik

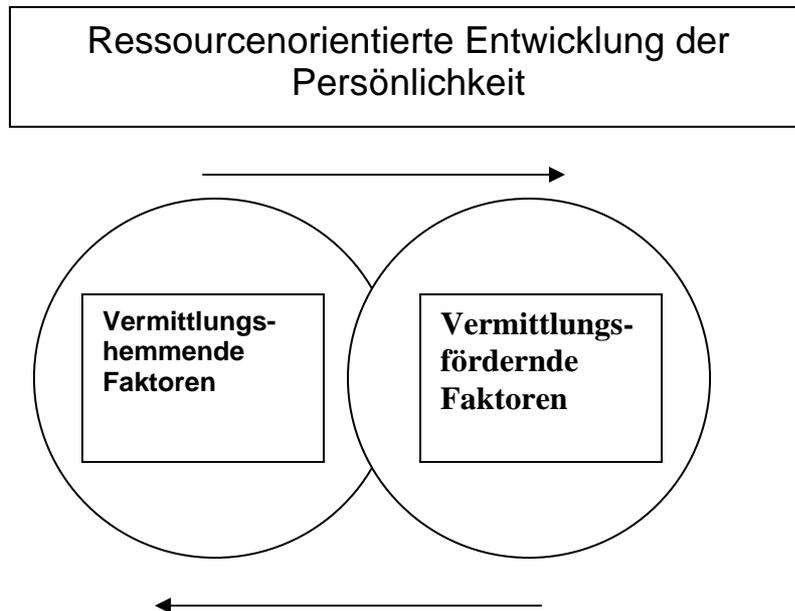
Neben den vermittlungshemmenden Faktoren haben aber gerade diese Konsumenten/-innen illegaler Drogen Ressourcen entwickelt, die es ihnen ermöglichen einen positiven Eindruck bei der Bewerbung um eine Arbeitsstelle zu hinterlassen.

Diese vermittlungsfördernden Faktoren sind:

- hohe Flexibilität
- schnelles Begreifen komplexer Vorgänge
- besitzen in der Regel eine hohe Intelligenz
- haben einen enormen Arbeitseinsatz bei entsprechender Motivation
- können verbal gut argumentieren

Ziel des Beratungsprozess ist es nun eine persönlichkeitsstrukturierende Verzahnung der vermittlungshemmenden mit den vermittlungsfördernden Faktoren hin zu einer ressourcenorientierten produktiven Persönlichkeit zu initiieren. Daraus kann sich eine Persönlichkeit entwickeln, die es dem Suchtmittelabhängigen oftmals ermöglicht eine exponierte Stellung auf der jeweils für ihn möglichen Hierarchieebene, auch in der jetzigen schlechten wirtschaftlichen Situation einzunehmen.

Hierzu ein kleines Schaubild, das diesen Prozess verdeutlicht:



Voraussetzung hierfür ist jedoch

- keine körperliche Beeinträchtigung durch Suchtmittelleinnahme
- eine optimale Förderung

Diese wird gewährleistet durch

1. Ausführliche Exploration der individuellen Fähigkeiten

- Biografie des Scheiterns auf dem Arbeitsmarkt erarbeiten und die möglichen Konsequenzen daraus ableiten
- anhand eines objektiven Test Aussagen über persönliche Neigungen und Eignungen gewinnen

2. Entwickeln eines individuellen Hilfeplans der zur Berufsergreifung dient

- Abgleichen des Hilfeplans mit den objektiven Möglichkeiten diesen auch umzusetzen. Z. Bsp.: Suche eines Praktikums oder eines Arbeitsplatzes Aufnahme einer Berufsausbildung, Nachholen eines Schulabschlusses Defizite in der Professionalität ausgleichen.

Daraus ist zu schließen, dass eine ungenügende berufliche Perspektivenentwicklung die Rückfallgefahr erheblich vergrößert.

3. Eine intensive Begleitung

- Die begleitende Betreuung ist absolut notwendig um die Umsetzung des erarbeiteten Hilfeplans zu gewährleisten und um in konfliktreichen Situationen stabilisierend einwirken zu können.

Im Einzelnen dient die psychosoziale Beileitung:

- Der Unterstützung bei der Umsetzung der Zielvorgaben des Hilfeplans
 - Der Eruiierung der notwendigen finanziellen Mittel und Erkundung der Förderwürdigkeit des angestrebten beruflichen Ziels.
 - Der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz bzw. Ausbildungsplatz
 - Der berufsbezogenen, beziehungsweise ausbildungsbezogenen Begleitung
- Die betriebliche Begleitung ist notwendig, damit bei Konflikten der Arbeitgeber wie auch der Arbeitnehmer einen Ansprechpartner haben, der bei der Lösung von Konfliktsituationen behilflich ist. Allerdings muss die Begleitung am Arbeitsplatz über das bislang geleistete hinausgehen. Denn die Arbeitsplatzsituation wird meist dann virulent, wenn das Hilfesystem nicht mehr greift. Zwar erhält man dann des öfteren die Nachricht, diese oder jene Person arbeitet nicht mehr, doch welche Problematik sich hinter dem beruflichen Abbruch verbirgt, erschließt sich meist in der ganzen Breite und Tiefe nicht oder die Anbindung an das Suchhilfesystem besteht nicht mehr. Zwar sind uns die Allgemeinplätze wie Autoritätskonflikt, geringe Frustrationstoleranz, Realitätsverlust, Einzelgänger usw. bekannt. Um diese institutionsfernen Abbrüche jedoch zu reduzieren fehlt uns bislang das Instrumentarium wie dem entgegenzuwirken ist. Diese Lücke gilt es zu schließen.

Alle Erfahrungen zeigen, dass zwar die Selbständigkeit und damit verbunden selbständiges Handeln oberstes Gebot der Prozessbegleitung sein sollten, dies jedoch nicht immer vorausgesetzt werden kann.

Um die Nachhaltigkeit der geglückten Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt zu gewährleisten bedarf es der Bearbeitung drei ineinander greifender Aspekte.

1. Auflösung der beschriebenen vermittlungshemmenden Faktoren mittels therapeutischer Prozesse und erarbeiten von tragfähigen und verbindlichen Verhaltensweisen.
2. Entwickeln und umsetzen von beruflichen Perspektiven, die sich am individuellen Schicksal des einzelnen orientieren.
3. Herstellen von einer inneren und äußeren Ganzheitlichkeit, das die Bereiche
 - Institutionen Beruf
 - Privatheit
 - und Sinnhaftigkeit

umfasst.

Denn nur die Entwicklung der inneren und äußeren Ganzheitlichkeit zu einem personalen Netzwerk erlaubt auch die berufliche Integration.

Für die Betroffenen bedeutet berufliche Integration;

- Entwicklung neuer Lebensperspektiven
- Schaffung einer individuellen Existenzgrundlage
- Erwerb notwendiger Kompetenzen und Schlüsselqualifikationen

Zum Schluss noch ein Wort zu den beruflichen Möglichkeiten

Ich denke, dass für suchtkranke Menschen neben dem ersten Arbeitsmarkt der Priorität hat, der zweite Arbeitsmarkt unerlässlich ist. Er gibt die Möglichkeit arbeitsplatzrelevante Fähigkeit sowie Professionalität unter realistischen Bedingungen einzuüben und zu vertiefen. Er ist Plattform zur Bewerbung auf den ersten Arbeitsmarkt mit entsprechenden Referenzen und er gibt die Möglichkeit bei Scheitern auf dem ersten Arbeitsmarkt weiterhin produktiv tätig zu sein und nach einer Phase der Reflexion und evtl. Veränderung sich erneut auf dem ersten Arbeitsmarkt zu bewerben.

Nicht vergessen werden sollten jedoch auch all diejenigen Personen, die aus den verschiedensten Gründen heraus objektiv nicht fähig sind sich auf dem ersten Arbeitsmarkt zu behaupten. Die aber im Rahmen des zweiten Arbeitsmarktes durchaus beachtliches zu leisten im Stande sind und sich dadurch ihre Selbstachtung, Eigenständigkeit und Würde bewahren können.

Neben dem Erhalt des zweiten Arbeitsmarkts sehe ich weitere berufliche Qualifizierungsmöglichkeiten in Nischenbereichen der Wirtschaft, wobei zum Aufspüren dieser Nischen auch Phantasie gefragt ist. Dabei geht es nicht nur um Arbeitsplätze im Niedriglohnbereich sondern durchaus auch um berufliche Qualifizierungsmöglichkeiten. Hierzu wäre es allerdings erforderlich, dass die bislang geübte einseitige Praxis der Förderung von Projekten die zur Vermittlung auf den ersten Arbeitsplatz dienen, durchlässiger wird. Sodass im Rahmen von „Fördern und Fordern“ auch Berufsfelder gerade für ehemalige suchtmittelabhängige Menschen eröffnet werden, die ihnen ohne eine entsprechende Förderung versperrt bleiben, obwohl, und das möchte ich betonen, sie den Anforderungen dieser Arbeitsfelder gerecht würden.

Mein beliebtes Beispiel dafür ist der Aufbau einer Kleinkunstbühne und deren Unterhalt. Dabei könnten eine Vielzahl von beruflichen Qualifikationen erworben werden, mit denen sich auf dem freien Arbeitsmarkt zu bewerben wäre oder aber im günstigsten Falle ein sich selbsttragendes Unternehmen entstehen könnte. Doch leider scheitert bislang ein solcher Ansatz an den verschiedensten Bedenken. Und das ist Schade für diejenigen die für sich eine berufliche und auch persönliche Perspektive entwickeln könnten und auch für die Gesellschaft, der ein Stück Kultur und auch der anschauliche Beweis, dass süchtiges Verhalten nicht zwangsläufig im Elend enden muss, vorenthalten wird.

Forum II: Die Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und die Organisationsreform der Rentenversicherung

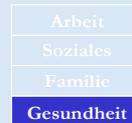
Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) – Neuregelungen

Dr. Albrecht Winkler, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Mainz

Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit

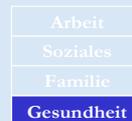
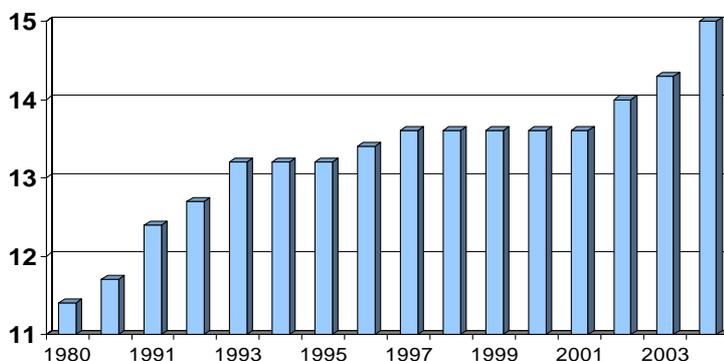
Warum brauchen wir die Gesundheitsreform?

- Erhalt des solidarischen Gesundheitswesens
- Einnahmen stagnieren - Ausgaben steigen
 - > GKV-Defizit (3 Milliarden € in 2002)
 - > Verschuldung der Krankenkassen
- Steigende Beitragssätze: negative Wirkungen auf Arbeitsmarkt
- Fehlende / falsche Anreize im System
- Qualitätsdefizite
- Mangelnde Patientenorientierung

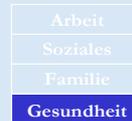
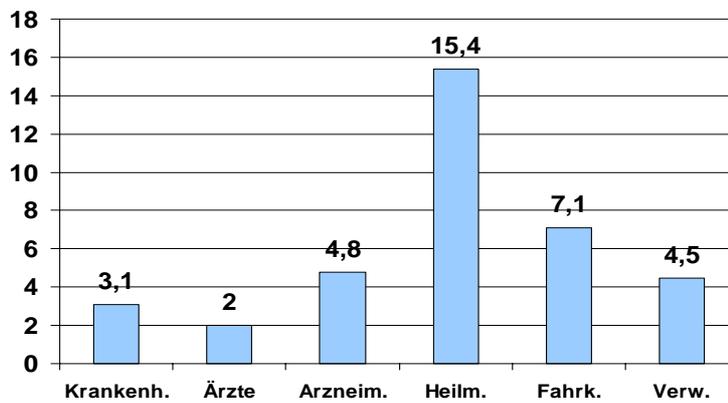


Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit

Beitragssatzentwicklung (ohne Reform)



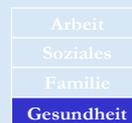
GKV-Ausgabenanstieg 2001/2002 in Prozent je Mitglied für ausgewählte Leistungsbereiche



(Fehl-)Interpretationen zum Reformkonsens

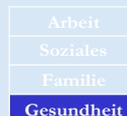
- Einseitige Belastung der Patienten
- Sozial unausgewogen
- Keine strukturellen Elemente
- Einnahmeproblematik ungelöst
- Jahrhundertreform ?

Erinnerung: Der „Berliner Konsens“ ist ein politischer Kompromiss !



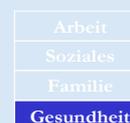
Ziele der Gesundheitsreform

- Strukturelle Verbesserungen im Gesundheitswesen:
 - Mehr Mitsprache / Patientenorientierung
 - Mehr Qualität
 - Mehr Effizienz
- Absenkung der Beitragssätze



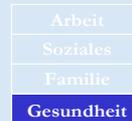
Mehr Mitsprache und Patientenorientierung

- > Die **Patientenbeauftragte**
- > Bessere **Interessenvertretung** durch qualifizierte Anhörungsrechte in vielen Gremien
- > Die elektronische **Gesundheitskarte**
- > Die **Patientenquittung**
- > Der **Versichertenbonus**
- > **Transparente Finanzen**



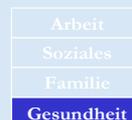
Mehr Qualität

- Weiterentwicklung der **integrierten Versorgung**
- **Hausarztsystem**
- **Ambulante Behandlung im Krankenhaus**
- **Medizinische Versorgungszentren**
- Verpflichtende **Fortbildung für Ärzte und Ärztinnen**
- **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen:**
 - Bewertung neuer Therapien
 - Leitlinienempfehlung
 - Nutzenbewertung von Arzneimitteln
 - Bereitstellen von Versicherteninformationen



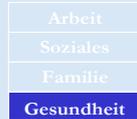
Mehr Effizienz

- Neue **Festbetragsregelungen bei Arzneimitteln**
- Neue **Honorare für Apotheken**
- **Freie Preise für rezeptfreie Arzneimittel**
- **Versandhandel** mit Arzneimitteln
- Weniger Missbrauch durch **Korruptionsbekämpfung**
- **Begrenzung der Verwaltungskosten** bei den Krankenkassen
- **Neues Vergütungssystem** im ambulanten Sektor ab 2007



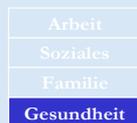
Neuordnung der Zuzahlungen

- ⇒ 10%, mindestens 5,-€ aber höchstens 10,-€
 - ⇒ 10,-€ pro Tag im Krankenhaus (max. 28 Tage)
 - ⇒ 10,-€ Praxisgebühr im Quartal
- aber**
- ⇒ **Belastungsobergrenze** 1% oder 2% vom Brutto
 - ⇒ **Freibeträge** für Kinder (je 3.648,-€) und mitversicherte Ehegatten (4.284,-€)
 - ⇒ **Kinder und Jugendliche sind befreit**
 - ⇒ **Überweisungen und Vorsorgeuntersuchungen** sind zuzahlungsfrei
 - ⇒ **Boni** bei Teilnahme an besonderen Programmen

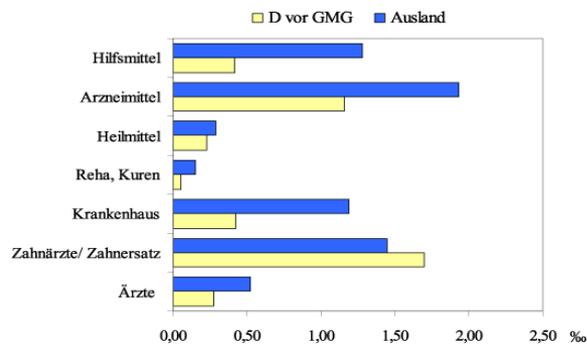


Besonderheiten bei den Zuzahlungsregelungen

- **Hilfsmittel:**
 - 10%, min. 5 €/max. 10 €
 - Ausnahme für Verbrauchshilfsmittel: 10% pro Packung, max. 10 € im Monat je Indikation
- **Heilmittel:**
 - 10% des Mittels + 10 € je Verordnung
- **Häusliche Krankenpflege:**
 - 10% + 10 € je Verordnung, max. 28 Tage
- **Soziotherapie/Haushaltshilfen:**
 - 10% (max. 10 €) bezogen auf Gesamtaufwand pro Tag



Zuzahlungsbelastung im Internationalen Vergleich vor GMG (Anteil BIP; Quelle: Basys 2004)



- Arbeit
- Soziales
- Familie
- Gesundheit**

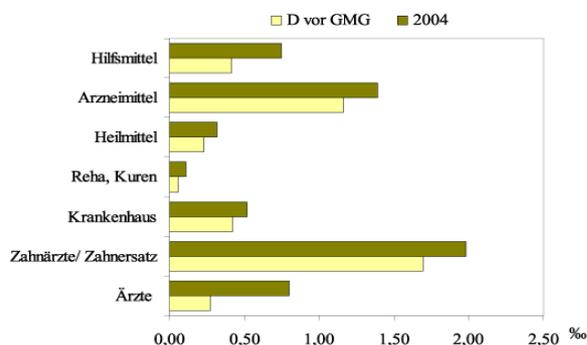
Zuzahlungsbelastung der Versicherten bezogen auf Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben (Basys 2004)

Schweiz	13,9%
Frankreich	9,0%
Dänemark	8,4%
Österreich	6,4%
Niederlande	4,1%
<i>Durchschnitt</i>	<i>8,1% (157 EUR)</i>
D: vor GMG	5,2% (106 EUR)
D: nach GMG	7,2% (145 EUR)



- Arbeit
- Soziales
- Familie
- Gesundheit**

Auswirkungen GMG auf Zuzahlungsbelastung (Anteil BIP; Quelle: Basys 2004)



- Arbeit
- Soziales
- Familie
- Gesundheit**

Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Erkrankungen

Dauerbehandlung > 1 Jahr: mind. 1 mal pro Quartal in ärztlicher Behandlung, zusätzlich:

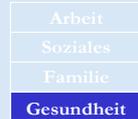
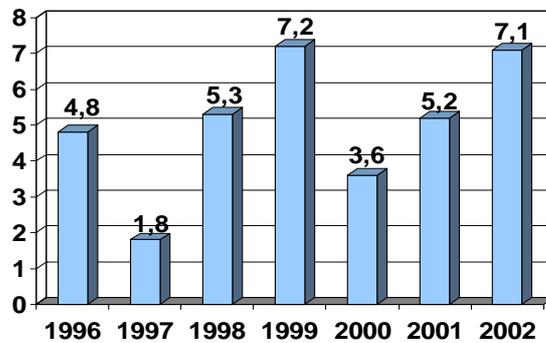
- **Pflegebedürftigkeit** Stufe 2 oder 3 oder
- **Grad der Behinderung** mind. 60 oder
- **kontinuierliche** medizinische **Versorgung** erforderlich, ohne die lebensbedrohliche Verschlimmerung, Verminderung der Lebenserwartung oder Beeinträchtigung der Lebensqualität droht

- ➔
- Formular bei Krankenkassen
 - Bescheinigung durch behandelnden Arzt
 - Antrag an Krankenkasse (mit „Quittungen“)



- Arbeit
- Soziales
- Familie
- Gesundheit**

Entwicklung der GKV-Ausgaben für Fahrkosten: Veränderung je Mitglied ggü. Vorjahr in %



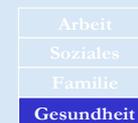
Fahrkosten

Gesetzliche Regelung: „Übernahme der Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen“ (Zuzahlungspflicht)

Umsetzung durch Bundesausschuss:

„Zwingende medizinische Notwendigkeit“

- Therapie mit hoher Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum und starke Beeinträchtigung des Patienten durch die Krankheit
 - Dialysebehandlung, Chemo-/Strahlentherapie
- **Schwerbehindert** (aG, BI, H)
- **Pflegestufe 2 oder 3**

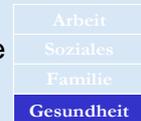


Rezeptfreie Arzneimittel

Gesetzliche Regelung: „Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung ausgeschlossen: **Ausnahmen**, wenn sie bei Behandlung **schwerwiegender Erkrankungen** zum **Therapiestandard** gehören (und bei Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen).

Umsetzung durch Bundesausschuss (1.4.04):

- **Schwerwiegend:** lebensbedrohlich oder nachhaltige Beeinträchtigung Lebensqualität
- **Therapiestandard:** therapeutischer Nutzen entspricht Stand der medizinischen Erkenntnisse
- Berücksichtigung **therapeutischer Vielfalt**



Auswirkungen des GMG in der Praxis der Suchtkrankenhilfe

... in einer stationären soziotherapeutischen Einrichtung der Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige

Imke Dreckmann, Therapiezentrum Bassenheim, Bassenheim

Die Gruppe chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger (CMA) unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht von Suchtkranken, die eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme oder ambulante Beratungs- und Therapieangebote wahrnehmen, wobei Übergänge im Krankheitsverlauf fließend sind..

Die chronisch mehrfach beeinträchtigten Suchtkranken sind infolge ihrer Abhängigkeitsentwicklung kränker, ärmer und sozial isolierter geworden. Von daher trifft die neue Gesetzgebung diese Menschen wesentlich existentieller und folgenreicher.

Im ersten Teil meines Beitrages werde ich einige auf die Bewohner des Therapiezentrums Bassenheim bezogene Daten, die im Hinblick auf das GMG relevant sind, darlegen. Diese betreffen zum einen

- die finanzielle Situation und zum anderen
- den gesundheitlichen Zustand unseres Klientels.

Betroffen von dem neuen Gesetz sind aber auch wir als Einrichtung. Von daher werde ich im zweiten Teil die Auswirkungen auf die Mitarbeiter in den verschiedenen Abteilungen und auf Organisationsabläufe im Therapiezentrum Bassenheim beschreiben.

Finanzielle Situation unserer Bewohner

Kurz zur Ausgangslage des GMG zum Ende des Jahres 2003:

Mit Rundschreiben vom 16.12.03 wurde uns vom Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung u. a. mitgeteilt, dass der Gesetzgeber "dem Sozialhilfeträger nach derzeitiger Rechtslage keine Möglichkeit belassen" hat, "den Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfängern – die leistungsrechtlich den übrigen Versicherten gleich gestellt sind – die Zuzahlungen aus Sozialhilfemitteln zu gewähren. Ebenso können wir Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind, nicht als Sozialhilfeleistungen bewilligen". "Die Zuzahlungen müssten daher in voller Höhe bzw. bis zu o. g. Zumutbarkeitsgrenze (2 % bzw. 1 %) von den Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern selbst getragen werden, d.h. sind aus dem Barbetrag zu finanzieren." (Rundschreiben 36/2003, Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung, Mainz).

Damit war klar:



Für Sozialhilfeempfänger

keine Ausnahmen

Finanzierung aus dem

Barbetrag

Drogenkonferenz 2004



Im Therapiezentrum Bassenheim erhalten alle Bewohner Eingliederungshilfe gemäß § 39 BSHG und müssen, falls sie über eigene Einkünfte aus Renten, Vermögen oder Arbeitseinkommen verfügen, dies an den Sozialhilfeträger abtreten.

Nach § 21 Abs. 3 BSHG umfasst die Hilfe zum Lebensunterhalt in einem Heim auch einen angemessenen Barbetrag zur persönlichen Verfügung (z. Zt. 89 €). Bewohnern mit eigenen Einkünften wie oben beschrieben, steht nach § 21 Abs. 3 Satz 4 BSHG ein zusätzlicher Barbetrag zu.

Vielleicht ist es hilfreich in einer Art gedanklichem Rollenwechsel, sich vorzustellen mit einem Betrag von 89 € pro Monat auszukommen.

59 % unserer Bewohner steht dieser Betrag monatlich zur Verfügung.

41 % haben monatlich zwischen 96.50 € und 133.50 € und nur

3 % erhalten den Höchstbetrag von 133.50 €.

Nach dem BSHG sind vom Barbetrag folgende Aufwendungen zu finanzieren (zit. nach Rundschreiben Nr. 08/2004, Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung (LSJV), Mainz vom 02.04.2004):

"2.2.1. persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens

(z.B. kulturelle Bedürfnisse, Teilnahme an Veranstaltungen, Benutzung von Nahverkehrsmitteln, Lese- und Schreibmaterial, Postgebühren, Geschenke, Genussmittel).

2.2.2. Körperpflege und Reinigung

(z.B. Haarpflege, Seife. Die Reinigung von Bekleidung und Schuhen, wenn sie nicht von der Einrichtung zur Verfügung gestellt werden oder diese im Vergütungssatz keine Finanzierung solcher Kosten erhält.)

2.2.3. Instandhaltung

der Schuhe, Kleidung und Wäsche in kleinerem Umfang sowie Beschaffung von Wäsche und Hausrat von geringem Anschaffungswert.

2.2.4. Anschaffungen von Gegenständen zum persönlichen Gebrauch.

2.2.5. Zuzahlungen nach dem SGB V sowie Finanzierung der nicht von einem Krankenversicherungsträger zu übernehmenden medizinischen Hilfen."

Für folgende Dinge gibt die Mehrzahl unserer Bewohner/-innen ihr monatliches Geld aus:

Rückzahlung von Schulden

17% zahlen zwischen 10 € und 30 € Schulden an verschiedene Gläubiger zurück.

Tabakwaren

Suchtmittelabhängige sind im Vergleich zur Normalbevölkerung überproportional häufig starke Raucher bzw. nikotinabhängig (ca. 72 % zu 30 %).

Im Therapiezentrum Bassenheim liegt der Anteil der Raucher sogar bei 93%.

Zum Vergleich: Anteil der Raucher an der Bevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren : 27,4 % (Quelle: Stat. Landesamt Rheinlandpfalz 01.06.04).

Unsere Bewohner rauchen im Schnitt zwischen 30 bis 40 Zigaretten pro Tag, das sind 1085 Zigaretten im Monat, die finanziert werden müssen.

Raucherentwöhnungsangebote scheitern meist an mangelnder Motivation und was sich gegenseitig bedingt, geringen Selbstkontrollfähigkeiten und damit einer geringen Selbstwirksamkeitsüberzeugung unseres Klientels.

Kaffee und Süßigkeiten

Zu erwähnen sei weiterhin der hohe Konsum von Kaffee bzw. koffeinhaltigen Getränken und ein übermäßiger Verzehr an Süßigkeiten.

Bei Abhängigen zieht sich ein süchtiges Verhalten durch viele Lebensbereiche und im Fall von Zigaretten und Kaffee sind dies Genuss-/Suchtmittel, die nicht gerade preiswert sind.



Warenkorb

89 €

Tabak

- 65 €

Kaffee

- 15 €

Toilettenartikel

- 7.50 €

Rest

+ 1.50 €



Der Beispielerrechnung im Warenkorb wurde bereits Tabak zum Selbstdrehen von durchschnittlich 35 Zigaretten pro Tag zugrunde gelegt, da die billigsten Fertigzigaretten in dieser Mengenordnung bereits mit 165 € pro Monat zu Buche schlagen würden. Nicht im Warenkorb enthalten sind Süßigkeiten.

Bereits bei dieser restriktiven Kalkulation deckt der verbleibende Betrag von 1.50 € nicht die 1%ige Zuzahlung von z. Zt. 35.52€, die bei einer Monatsumlage bereits bei ca. 3 € liegt.

Das heißt für unsere Bewohner, Einschränkungen hinzunehmen und neue Prioritätensetzungen vorzunehmen.

Da bei unseren Bewohnern aufgrund ihrer schweren Schädigungen in körperlicher, kognitiver, psychischer und sozialer Hinsicht die Fähigkeiten, sich Genuss und Freude zu verschaffen stark eingeschränkt sind, sind o. g. Suchtmittel oft das einzige, was ihnen an Alltagsfreuden bleibt, sodass ein Verzicht hier besonders schwer wiegt.

Gesundheitlicher Zustand unserer Bewohnerinnen und Bewohner

Die Bezeichnung CMA trifft auch in gesundheitlicher Hinsicht bereits eine Aussage über die Multimorbidität unseres Klientels. Folgende Krankheitskonstellationen treffen hier in der Regel zusammen:

Somatische und neurologisch-psychiatrische **Alkoholfolgeerkrankungen**.

Abhängigkeitsentwicklungen haben ihre Auslöser häufig in **psychischen Erkrankungen** und **Persönlichkeitsstörungen**, oder haben entsprechende Krankheitsbilder zur Folge.

Berücksichtigt man weiterhin das Alter unserer Bewohner/-innen, das im Schnitt bei 50 Jahren liegt, kommen noch die "normalen" **altersbedingten Verschleißerkrankungen**, die aufgrund der "Voralterung" bei Suchtkranken zudem früher eintreten, hinzu.

Diese Charakteristika spiegeln sich auch in den Daten aus unserer Basisdokumentation (BADO) 2002 wieder. Danach war

kein/-e Bewohner/- in ohne Zusatzdiagnose zur Abhängigkeitsdiagnose

61% hatten weitere medizinische Diagnosen

61% hatten weitere psychiatrische Diagnosen, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

In diesen Zahlen nicht enthalten sind die psychiatrisch-neurologischen Suchtfolgeerkrankungen im engeren Sinne wie Hirnorganisches Psychosyndrom, alkoholtoxische Wesensveränderungen, Delir und Krampfanfälle.

Zurzeit sind 13,6% unserer Bewohner/-innen ohne regelmäßige Medikation und nur 6% nahmen im I. Quartal 2004 weder ärztliche Versorgung noch Medikation in Anspruch.

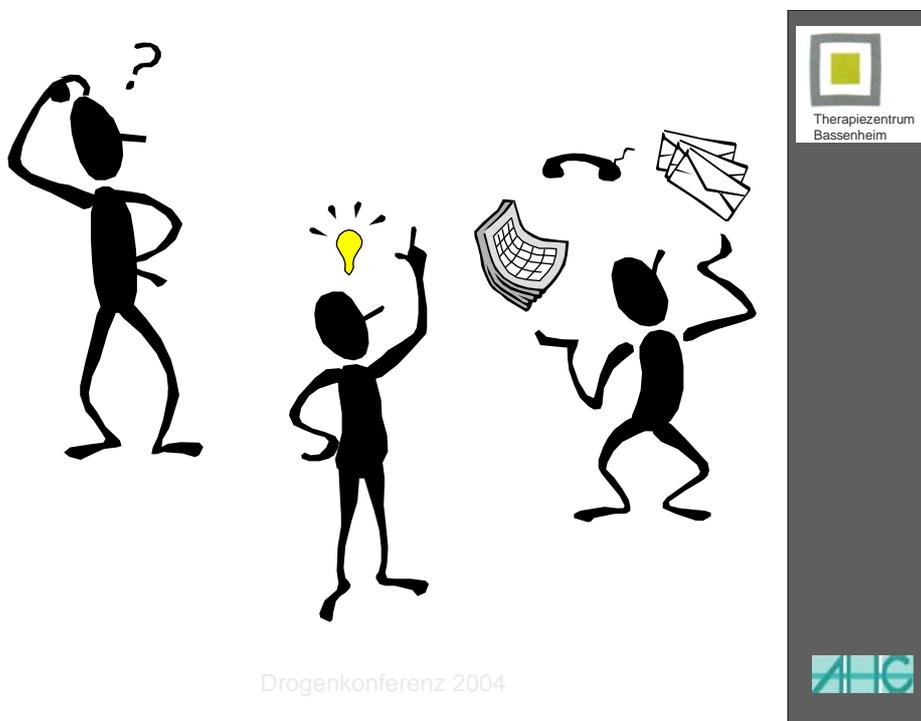
Eine weitere Besonderheit unserer Bewohner/-innen ist ein **geschwächtes Immunsystem**, d.h. sie erkranken häufiger an Erkältungs- und Bagatellerkrankungen. Medikamente gegen diese Erkrankungen sowie eine Reihe weiterer Medikamente sind nicht mehr rezeptpflichtig und müssen folglich selbst bezahlt werden. So wurden im I. Quartal 2004 18% unserer Bewohner/-innen Privatrezepte verordnet. Ein weiterer Leistungswegfall bezieht sich auf Sehhilfen, wovon 42% unseres Klientels als Brillenträger betroffen sein werden.

Auswirkungen des GMG auf Mitarbeiter und Organisation der Einrichtung

Wirft man noch einmal einen Blick zurück auf Ende 2003 / Anfang 2004 ergibt sich folgendes Bild:

Seit Januar 2004 ist das GMG rechtskräftig, für Sozialhilfeempfänger in Heimen gibt es, wie bereits erwähnt, keine Ausnahmen, viele Detailbestimmungen waren/sind dennoch nicht geklärt. Die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt prophezeite in einem Interview der "FRANKFURTER RUNDSCHAU" vom 08.01.04 zwar "das Fieber wird sinken", aber es dauert(e) an und fieberhaft wurde und wird versucht, die Umsetzung des Gesetzes zu managen.

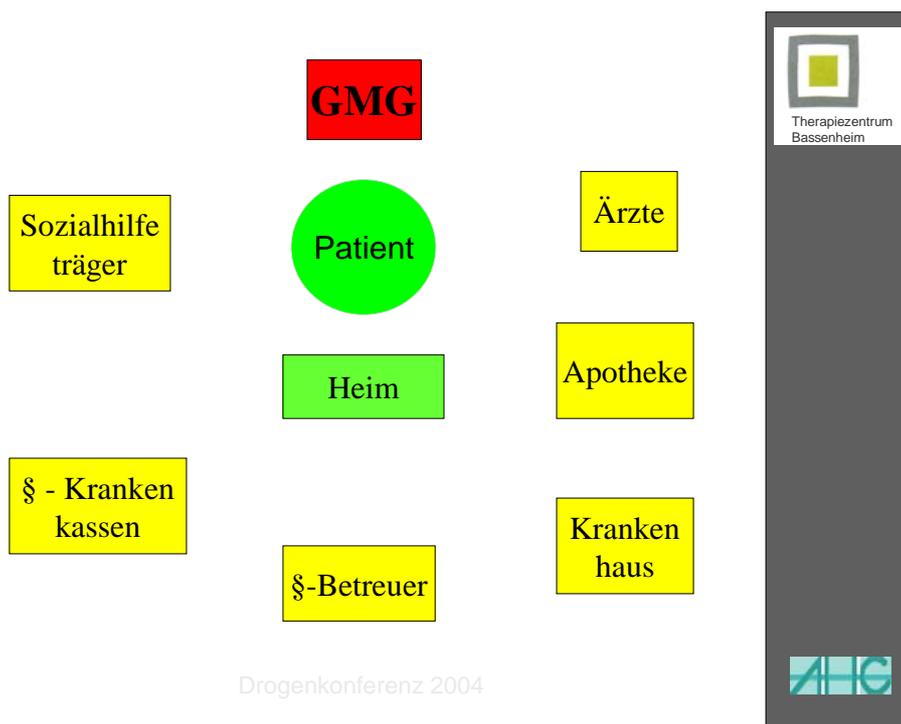
So war die erste Phase ab Januar 2004 für die Mitarbeiter weitgehend gekennzeichnet durch



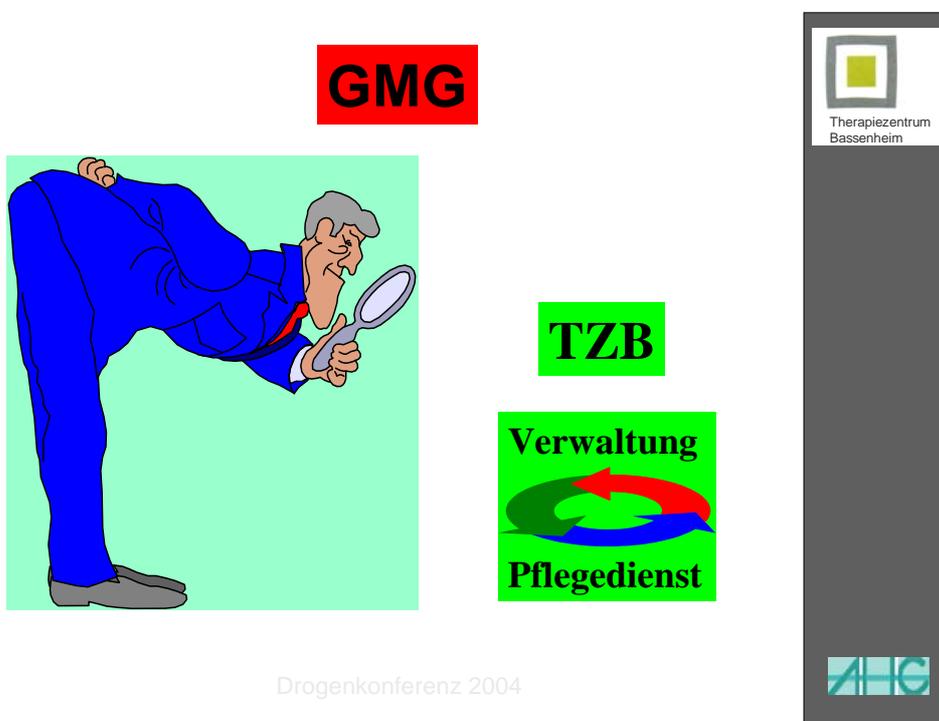
Drogenkonferenz 2004

Unsicherheit, Pragmatismus, Hoffen und Warten auf Nachbesserungen, tägliche Informationsrecherchen, Improvisation, Konflikte und Klärungsprozesse zwischen den von den Auswirkungen betroffenen Personen und Institutionen.

Mit allen am GMG Beteiligten (s. a. Abb. 4) mussten neue Verfahrensregelungen und Absprachen getroffen werden.



Als Einrichtung sind wir in alle Prozesse automatisch involviert, was einen erheblichen personellen und finanziellen Mehraufwand bedeutet. Richten wir wie in den Comics von "Asterix und Obelix", den Blick auf...



....eine kleine Einrichtung nahe Koblenz und insbesondere auf die Verwaltung und den Pflegedienst, denn der Großteil der neuen Aufgabenbereiche wird von der Verwaltung in enger Kooperation und Koordination mit dem Pflegedienst geleistet.

Im Folgenden werde ich die durch das GMG entstandenen zusätzlichen Tätigkeiten auflisten, um einen Eindruck über das Ausmaß der Auswirkungen zu vermitteln.

Anmeldung in einer gesetzlichen Krankenkasse

Da nach den neuen Richtlinien auch alle bisher über den Sozialhilfeträger Versicherten ab 01.01.04 in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen wurden, - im Therapiezentrum Bassenheim betraf das 14% der Bewohner/-innen - mussten diese in einer gesetzlichen Krankenkasse ihrer Wahl angemeldet werden. Dies musste in Absprache bzw. Kooperation mit dem Landesamt, dem Betroffenen gegebenenfalls dessen gesetzlichen Betreuer und der gewählten Krankenkasse erfolgen.

Bis zur Ausstellung der Krankenversichertenkarte durch die gewählte Krankenkasse musste jede einzelne medizinische Maßnahme beim Landesamt vorab beantragt werden, und die Durchführung konnte erst nach Vorlage der Bewilligung erfolgen. Positiv ist hier das unbürokratische Verhalten des LSJV zu nennen, das Bewilligungen auf telephonischem Wege erteilte. Die Richtlinie sieht weiterhin vor, dass bei Entlassung aus der Einrichtung die Versichertenkarte an den Sozialhilfeträger zurückzugeben ist, was zur Folge hat, dass die betroffenen Bewohner gesondert verwaltet werden müssen.

Praxisgebühr und Zuzahlungen

Praxisgebühr sowie Zuzahlungen müssen von jedem einzelnen Bewohner und von jeder einzelnen Bewohnerin erhoben werden. Ein Einbehalt der Kosten vom Barbetrag kann nur mit Zustimmung jedes/-r Bewohners/-in erfolgen. Alle Vorgänge müssen dokumentiert und EDV mäßig erfasst werden.

Sammlung von Belegen

Alle Belege/Quittungen müssen bewohnerspezifisch gesammelt, dokumentiert und erfasst werden.

Beantragung von Befreiungsausweisen

Hat ein/-e Bewohner/-in die Zuzahlungsgrenze erreicht, muss ein Befreiungsantrag bei der zuständigen Krankenkasse gestellt werden, wobei die Antragsformulare je nach Krankenkasse variieren.

Das Antragsverfahren gliedert sich in folgende Schritte:

Formular beantragen, "Chroniker"formular an Konsiliararzt, vom Konsiliararzt zurück an die Einrichtung, mit einem vom Therapiezentrum Bassenheim ausgefülltem Formular zusammen an die zuständige Krankenkasse senden incl. folgender Anlagen, die zusammengestellt und kopiert werden müssen: Gesammelte Quittungen, evtl. Schwerbehindertenausweis, Bescheide über Einkommen. Kontrolle, dass Befreiungsausweise zeitnah kommen, u. U. sind weitere telefonische Nachfragen erforderlich.

Die allein durch das Antragsverfahren verursachten Kosten wie Telefonate, Kopien, Porto, Fahrtkosten - eigentlich Kosten, die vom jeweiligen Bewohner getragen werden müssten, werden von der Einrichtung übernommen.

Vorschussleistungen

Befreiungsausweise werden erst mit exakter Erreichung der Zuzahlungsgrenze von den Krankenkassen ausgestellt.

Die Dauer zwischen Beantragung und Ausstellung der Befreiung beträgt je nach Krankenkasse zwischen einer Woche bis zu 8 Wochen, wobei der Durchschnittlich bei 3-4 Wochen liegt. In dieser "Vakanz"zeit fallen in der Regel weitere Zuzahlungen an, die

durch Vorschüsse der Verwaltung oder, wenn möglich, die Bewohner/-innen vorfinanziert und dann bei der Krankenkasse wieder zurückgefordert werden müssen. Des Weiteren muss kontrolliert werden, ob Überzahlungen durch die Krankenkasse zeitnah zurückerstattet werden. Diese müssen dann wieder an die Bewohner/-innen ausgezahlt oder der Einrichtung gutgeschrieben werden. Mit Stand 30.4.04 waren wir mit 633 € für die Bewohner/-innen in Vorlage getreten.

Noch eine Zahl, die für sich spricht:

Wir haben es zurzeit mit 7 verschiedenen Krankenkassen an 25 Standorten zu tun. Dies ist relevant unter dem Aspekt, dass "die Krankenkassen die Befugnis haben, in ihren Satzungen in gewissem Umfang vom gesetzlichen Leistungskatalog abzuweichen, und es sich von daher empfiehlt, mit der jeweiligen Krankenkasse den Umfang der Leistungspflicht im Einzelfall abzuklären", worauf im bereits erwähnten Rundschreiben vom LSJV explizit hingewiesen wird.

Absprachen und Vereinbarungen mit Apotheken

Dies betrifft z.B. die Vereinbarung über die Ausstellung von Monatsrechnungen an die jeweiligen Bewohner/-innen.

Des Weiteren müssen Verfahrensabsprachen getroffen werden über das Umgehen bei Abbrüchen, Zahlungsverweigerung etc. von Bewohnern/-innen, da Apotheken versuchen, die Einrichtung regresspflichtig zu machen, obwohl die Geschäftsbeziehung mit dem/der jeweiligen Bewohner/-in besteht.

Zusammenarbeit mit Ärzten

Bewohnerspezifische Prüfung, ob Medikationen umgestellt werden können, um diese den Bewohner/-innen weiterhin kostenneutral, d.h. ohne Zuzahlung zur Verfügung stellen zu können. Bei Medikamenten, die aus dem Leistungskatalog gestrichen wurden, muss geprüft werden, ob eine Indikation für eine Ausnahmeregelung nach den neuen Richtlinien (Beschluss des Bundesausschusses von Mitte März 04) vorliegt und dies muss bei der jeweiligen Krankenkasse dann eingefordert werden.

Bei interkurrenten Krankenhausaufnahmen ist zunächst eine Überweisung vom Konsiliararzt zum Facharzt und dann vom Facharzt zum Krankenhaus notwendig.

Erweiterung von Organisationsabläufen

Innerhalb der Einrichtung mussten neue Erfassungs- und Verwaltungsinstrumente und Kommunikationswege zwischen den verschiedenen Abteilungen entwickelt, aufgebaut und installiert werden.

An dieser Stelle erwies sich unser zertifiziertes Qualitätsmanagement System als hilfreich.

Zusätzlicher Hilfebedarf für Bewohnerinnen und Bewohnern

Auch in der Arbeit mit Bewohner/-innen entsteht Beraterischer und therapeutischer "zusätzlicher Hilfebedarf". Viele Bewohner/-innen verstehen die neuen Regelungen nicht, z.B. wenn Medikamente verordnet werden, diese aber trotzdem nicht von der Krankenkasse übernommen werden, bzw. vergessen sie sofort wieder, sodass eine kontinuierliche Informations- und Aufklärungsarbeit notwendig ist.

Es entstehen Ärger, Frustrationen, Ängste mit entsprechenden heftigen emotionalen Reaktionen, die von den Mitarbeiter/-innen aufgefangen und aufgearbeitet werden müssen. Bezogen auf konkrete medizinische Leistungen und Verordnungen entstehen Diskussionen über deren Notwendigkeit und mögliche Folgen bei Unterlassung.

Aufgrund ihrer Beeinträchtigungen können Bewohner/-innen die Folgen oft nicht realistisch abschätzen. Bewohner/-innen, die auf Psychopharmaka angewiesen sind und hierzu häufig per se eine ambivalente Einstellung haben, schieben die Kosten vor, um Medikamente abzusetzen, was langwierige Diskussionen und Überzeugungsarbeit auch von Seiten des neurologischen Konsiliararztes erfordert. Mitarbeiter/-innen müssen mit den Bewohner/-innen zusammen überlegen, wie sie andere Prioritätensetzungen vornehmen können, und wo bzw. wie sie Einsparungen erreichen.

Zusätzliche Kosten für den Einrichtungsträger

Wie bereits erwähnt, ist das GMG mit Mehrkosten verbunden. Sachkosten verursacht durch Telefon, Fax, Porto, Büromaterial steigen. Vorleistungen für Bewohner/innen sind erforderlich, verbunden immer auch mit dem Risiko des Verlustes sowie Kostenübernahmen durch die Einrichtung in Härtefällen.

Zeitlicher Mehraufwand

Rechnet man alle in Zusammenhang mit dem GMG verbundenen Tätigkeiten zusammen, ergibt sich in der Verwaltung ein wöchentlicher Mehraufwand von 4-5 Stunden, im Pflegedienst beläuft sich dieser auf 5-6-Stunden. Dieser personelle Mehraufwand kann nicht durch zusätzliche Personaleinstellungen abgefangen werden.

Schlussfolgerungen

Was bedeutet das GMG für die Einrichtung und die in ihr lebenden Bewohner?

Da fast alle Aufgabenbereiche kontinuierlich und wiederkehrend anfallen, und zudem nicht auf das laufende Kalenderjahr befristet sein werden, entstehen dem Träger auf Dauer sachkostenmäßige und personelle Mehrkosten, die bisher nicht durch den Pflegegesetz abgedeckt sind. Mitarbeiter/-innen leisten erheblichen Mehraufwand, sodass Aufgabenbereiche neu organisiert und gewichtet werden müssen. Da der Mehraufwand vor allem formale Tätigkeiten betrifft, geht dies auf Kosten der Betreuung von Bewohner/-innen.

Bemühungen die Selbständigkeit, Eigenverantwortung und Integration in die Gesellschaft von Behinderten zu fördern – Zielsetzungen wie "ambulant vor stationär", Hilfe nach Maß - werden durch das GMG erschwert. Bezogen auf unsere Klientel bedeuten die Anforderungen, Regelungen und Vorschriften, die die Neuregelung jedem einzelnen Versicherten abverlangt, eine völlige Überforderung, der sie alleine nicht gewachsen sind. Dies hat zur Folge, dass durch das Gesetz "zusätzlicher Hilfebedarf" geschaffen wird, was sowohl stationär als auch ambulant Folgekosten mit sich bringt. Für Bewohner, die planen auszuziehen, wird eine zusätzliche gesetzliche Betreuung mit Gesundheits- und Vermögenssorge notwendig. Suchtmittelabhängige, wie sie unser Klientel darstellt, werden, wenn sie außerhalb von Einrichtungen leben, keine medizinischen Maßnahmen mehr wahrnehmen, was eine Verschlechterung und Chronifizierung ihres gesundheitlichen Zustandes zur Folge haben wird. Ärztliche und medikamentöse Versorgung wird meist notfallmäßig mit entsprechenden langfristigen Folgekosten erfolgen.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass das GMG mittel- und langfristig weder zur Gesundung der Menschen noch zur Gesundung der sozialen Sicherungssysteme beitragen wird. Der Gesundheitsministerin ist von daher entgegnen zu halten: "Das Fieber wird steigen, anstatt zu sinken".

Die Organisationsreform der Rentenversicherung

Bernd Aichmann, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Mainz

1. Die Gesetzliche Rentenversicherung und Abhängigkeitserkrankungen
2. Grundzüge der Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung
3. Die Auswirkungen der Organisationsreform auf die Suchtkrankenhilfe
4. Zusammenfassung

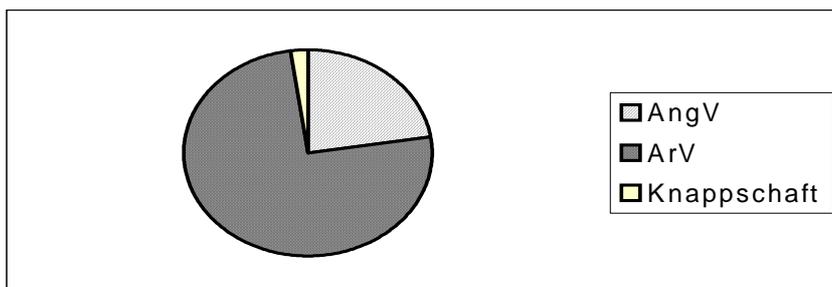
1. Die Gesetzliche Rentenversicherung und Abhängigkeitserkrankungen

Die gesetzliche Rentenversicherung ist der wichtigste Kostenträger für Leistungen zur Teilhabe. Im Jahr 2002 wandte sie hierfür gut 5 Milliarden Euro auf.¹² Ziel ist es, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder sie zu überwinden. Dadurch sollen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindert werden. Ist eine Erwerbstätigkeit wegen Krankheit oder Behinderung nicht möglich, sollen die Leistungen zur Teilhabe eine möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben bewirken.

Zielgruppe der Leistungen zur Teilhabe durch die gesetzliche Rentenversicherung sind somit grundsätzlich alle Versicherten im erwerbsfähigen Alter. Die Leistungen dienen dabei dem Schutz oder der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. In diesem Rahmen kann die Rentenversicherung neben den medizinischen Leistungen zur Rehabilitation auch Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben anbieten. Beide Leistungsformen können auch miteinander verbunden werden beziehungsweise sich gegenseitig ergänzen.

Die gesetzliche Rentenversicherung unterteilt sich derzeit noch in drei unterschiedliche Zweige, nämlich in die Rentenversicherung der Arbeiter, die von den Landesversicherungsanstalten durchgeführt wird, in die Rentenversicherung der Angestellten in der Verantwortung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte sowie in die Knappschaftliche Rentenversicherung.

Spezifiziert man nach den Zweigen der Rentenversicherung, ergibt sich, dass das Schwergewicht mit über 75 Prozent der Gesamtaufwendungen für medizinische Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen bei der Arbeiterrentenversicherung liegt, also bei den Landesversicherungsanstalten. Auf die Angestelltenversicherung entfällt ein Budgetanteil von knapp 23 Prozent, die Knappschaft verausgabt gut 2 Prozent. Deutlich wird dies anhand folgender Übersicht.



¹² VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2002, Einige zusammengefasste Ergebnisse aus Band 146.

In der Suchtkrankenhilfe sind also gerade die Landesversicherungsanstalten besonders wichtige Akteure. Aber auch umgekehrt lässt sich sagen, dass die Suchtkrankenhilfe für das Rehabilitationsgeschehen der Landesversicherungsanstalten in höherem Maße prägend ist als für die anderen Zweige der Rentenversicherung. Dies lässt sich zeigen, indem man den Anteil der Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen am jeweiligen Budget für medizinische Rehabilitation vergleicht:

Anteil der Aufwendungen für Abhängigkeitserkrankungen am eigenen Budget für medizinische Rehabilitation im Jahr 2002:

Gesetzliche Rentenversicherung	15,5 %
Angestelltenrentenversicherung	7,8 %
Arbeiterrentenversicherung	22,12 %
Knappschaft	17,42 %
Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz	18,32 %

Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Statistik Rehabilitation des Jahres 2002.

In der Arbeiterrentenversicherung fließen also bundesweit rund 22 Prozent des Budgets für medizinische Rehabilitation in Maßnahmen wegen Abhängigkeitserkrankungen, während dieser Anteil in der Angestelltenversicherung lediglich bei 7,8 Prozent liegt.

Auch bei der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz ist das Rehabilitationsgeschehen stärker durch Maßnahmen wegen Abhängigkeitserkrankungen geprägt als bei den anderen Rentenversicherungsträgern, die in Rheinland-Pfalz tätig sind. Allerdings liegt der entsprechende Anteil der LVA in Speyer am Budget für medizinische Rehabilitation mit gut 18 Prozent etwas niedriger als der Bundesdurchschnitt der Arbeiterrentenversicherung.

Ogleich die Knappschaft ebenfalls einen relativ hohen Anteil ihres eigenen Budgets für Maßnahmen im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen aufwendet, entfaltet sie in Rheinland-Pfalz nur eine untergeordnete Bedeutung für die Suchtkrankenhilfe. Der Anteil der Knappschaftsversicherten ist hier nämlich insgesamt nur sehr klein.

Zum 01. Januar 2005 wird die Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung in Kraft treten. Damit einher geht eine veränderte Zuordnung der Versicherten auf die einzelnen Rentenversicherungsträger. Damit wird sich zwar weniger das Gewicht der Rentenversicherung in der Suchtkrankenhilfe insgesamt verändern, wohl aber die Bedeutung der einzelnen Träger für diese spezielle Indikation. Deshalb werden zunächst die Grundzüge der Organisationsreform dargestellt, soweit sie für das hier behandelte Thema von Bedeutung sind.

2. Grundzüge der Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung

Die Organisationsreform beseitigt Unterschiede, die im Organisationsrecht der Rentenversicherung zwischen Angestellten und Arbeitern bestehen. Materiell haben beide Gruppen bereits seit 1992 identische Rechte und Pflichten. Mit der Novellierung des Organisationsrechts wird bei neuen Versicherten ab dem 01. Januar 2005 der Status als Angestellte oder Arbeiter für die gesetzliche Rentenversicherung erstmals vollstän-

dig ohne Bedeutung sein. Es gilt damit ein einheitlicher Versichertenbegriff. Als Konsequenz löst sich die bisherige Rollenverteilung zwischen den Landesversicherungsanstalten als Träger der Arbeiterrentenversicherung und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Schritt für Schritt auf.

Der soziale Wandel in der Gesellschaft und die Veränderungen in der Arbeitswelt haben zu einer Verschiebung der Aufgaben von der Arbeiterrentenversicherung in der Zuständigkeit der Landesversicherungsanstalten zur Bundesversicherungsanstalt für Angestellte geführt. Die Umsetzung des einheitlichen Versichertenbegriffs beendet diese Entwicklung. Ab dem 01. Januar 2005 sind die Regionalträger zu 55 Prozent, die Bundesträger zu 45 Prozent für die Versicherten zuständig. Die Versichertenbestände der einzelnen Rentenversicherungsträger werden damit allmählich immer homogener.

Alle Träger der Rentenversicherung finden künftig unter dem Dach der allgemeinen Rentenversicherung zusammen. Sie werden ab dem 01. Oktober 2005 einheitlich unter dem Namen „Deutsche Rentenversicherung“ auftreten. Die neue Rollenverteilung bringt es dabei mit sich, dass sich die Bezeichnungen ändern. Aus der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz z.B. wird die „Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz“.

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte vereinigen sich zum 01. Oktober 2005 zur „Deutschen Rentenversicherung Bund“. Dieser Bundesträger nimmt sowohl operative Aufgaben wahr als auch Grundsatz- und Querschnittsaufgaben für die gesamte Rentenversicherung. Dabei können auch Entscheidungen getroffen werden, die gegenüber den Regionalträgern verbindlich sind. An diesen Entscheidungen wirken die Regionalträger mit einem Stimmengewicht von 55 Prozent mit. Um verbindliche Beschlüsse fassen zu können, ist dabei eine Mehrheit von Zwei Dritteln notwendig.

Für alle Rentnerinnen und Rentner sowie für alle Versicherten, die am 01. Januar 2005 bereits 60 Jahre alt sind, bleibt die bisherige Zuständigkeit erhalten. Es ergibt sich keine Veränderung. Neu wird lediglich der Name sein, unter dem der bisherige Versicherungsträger ab dem 01. Oktober 2005 auftritt. Auch Versicherte, die bereits vor dem 01. Januar 2005 eine Versicherungsnummer erhalten haben, bleiben in den meisten Fällen bei ihrem bisherigen Versicherungsträger. Um jedoch die Quote von 55 % zu 45 % zwischen den Regional- und Bundesträgern in den nächsten 15 Jahren zu erreichen, ist ab 2005 ein Ausgleichsverfahren vorgesehen. Für etwa 5 % der Bestandsversicherten ändert sich im Laufe der kommenden 15 Jahre deshalb die Zuständigkeit.

Die Verantwortung für Auskunft und Beratung geht künftig auf die Regionalträger über. Die bislang noch jeweils eigenständig geführten Auskunfts- und Beratungsstellen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und der Landesversicherungsanstalten werden bei den Regionalträgern zusammengefasst und zu einem gemeinsamen Auskunfts- und Beratungsnetz umgebaut.

An der Definition des Budgets für Rehabilitationsleistungen, das der gesetzlichen Rentenversicherung zur Verfügung steht sowie an der Fortführung der Reha-Service-Stellen nach dem SGB IX ändert sich durch die Organisationsreform grundsätzlich nichts.

Ziel der Organisationsreform ist die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Effektivität in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie eine Modernisierung der Verwaltungs-

strukturen. Es wird verschiedentlich zu Fusionen kommen. Konkrete Pläne für Zusammenschlüsse, die die Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz betreffen, bestehen allerdings nicht.

Durch einen Wettbewerb der Rentenversicherungsträger um die beste Aufgabenerfüllung sollen Service, Qualität und Bürgernähe optimiert werden. Der Gesetzgeber verbindet damit die Erwartung, die ohnehin schon niedrigen Verwaltungs- und Verfahrenskosten der Rentenversicherungsträger weiter senken zu können.

3. Die Auswirkungen der Organisationsreform auf die Suchtkrankenhilfe

Für die Suchtkrankenhilfe können sich durch die Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung vor allen Dingen aus zwei Richtungen Veränderungen ergeben. Zum einen wird die Homogenisierung der Versichertenbestände dazu führen, dass das Übergewicht der heutigen Landesversicherungsanstalten für dieses Indikationsfeld innerhalb der Rentenversicherung allmählich abnimmt. Darüber hinaus wird die Straffung der Grundsatz- und Querschnittsfunktion bei der Deutschen Rentenversicherung Bund auch die Gesamtsteuerung der Rehabilitation innerhalb der Rentenversicherung berühren. Mit der näheren Ausführung dieses zweiten Aspektes möchte ich beginnen.

Zu den Grundsatz- und Querschnittsaufgaben gehört eine ganze Reihe von Aufgaben, beispielsweise die Vertretung der Rentenversicherung in ihrer Gesamtheit gegenüber der Politik, Statistik, Öffentlichkeitsarbeit, die Organisation eines Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs und andere Dinge mehr. Die Rehabilitation könnte besonders betroffen sein durch die Aufnahme folgender Punkte in den Katalog der Grundsatz- und Querschnittsaufgaben:

- Grundsätze für die Aufbau- und Ablauforganisation, das Personalwesen und Investitionen unter Wahrung der Selbständigkeit der Träger;
- Koordinierung der Planung von Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere der Bettenbedarfs- und Belegungsplanung;
- Forschung im Bereich der Rehabilitation.

Bereits heute, also vor Inkrafttreten der Organisationsreform, nimmt der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger eine Reihe von Grundsatz- und Querschnittsfunktionen für die gesamte Rentenversicherung wahr, beispielsweise auch bei der Entscheidung über die Errichtung von Rehabilitationseinrichtungen durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rentenversicherungsträger geben also insofern auch im gegenwärtigen System de facto einen Teil ihrer Selbstverwaltungskompetenz an ihre Spitzeninstitution ab.

Im Gegensatz zu den heutigen Entscheidungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger sind die zukünftigen Entscheidungen der Deutschen Rentenversicherung in Grundsatz- und Querschnittsaufgaben jedoch verbindlich. Insofern bekommen sie eine neue Qualität.

Auch Beschlüsse, die bislang im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger zu Grundsatz- und Querschnittsaufgaben gefasst worden sind, werden von den Rentenversicherungsträgern befolgt. Allerdings wird man erst noch sehen müssen, ob die zukünftig gefassten Beschlüsse gerade wegen ihrer Verbindlichkeit auch inhaltlich neu

akzentuiert werden. Beachtlich ist dabei, dass durch die Verschmelzung des Verbandes Deutscher Rentenversicherung mit der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte die Abhängigkeit der Spitzeninstitution vom großen Bundesträger zumindest in organisatorischer Hinsicht zunehmen wird.

Natürlich haben sowohl die Landesversicherungsanstalten wie auch die Länder in den Verhandlungen um die Organisationsreform die mögliche Brisanz erkannt. Um zu einem Interessensausgleich zu kommen, wurde deshalb vereinbart, dass verbindliche Beschlüsse nur mit einer Zwei-Drittel-Mehrheit zustande kommen können. Dabei erhalten die regionalen Träger insgesamt ein Stimmgewicht von 55 Prozent gegenüber 45 Prozent der Stimmen, die der Bundesebene zustehen. Die Bundesebene benötigt also fast die Hälfte der Stimmen der regionalen Ebene, um einen verbindlichen Beschluss durchsetzen zu können. Damit haben es die regionalen Träger selbst in der Hand, Diskussion und Inhalt der verbindlichen Beschlüsse entscheidend mitzuprägen. Eine genaue Prognose der Entwicklung ist nicht möglich. Jedenfalls stellt das Zwei-Drittel-Quorum eine wirksame institutionelle Vorkehrung dar, um die Interessen der regionalen Ebene einzubringen. Insofern ist es wahrscheinlich, dass die regionalen Träger auch zukünftig einen erheblichen Bereich für eigenverantwortliche Entscheidungen im Rehabilitationsgeschehen behalten werden.

Auch die bevorstehende Homogenisierung der Versichertenbestände ist einer eingehenden Untersuchung wert. Die Rentenversicherungsstatistik zeigt, dass innerhalb der Rentenversicherung die regionale Ebene, also die heutigen Landesversicherungsanstalten, gerade in der Suchtkrankenhilfe ein besonderes Gewicht einnehmen (vgl. hierzu Abschnitt 1. oben). Die einzige mögliche Erklärung liegt darin, dass das Suchtrisiko bei Arbeitern deutlich höher ist als bei Angestellten. Aus dieser Risikoverteilung folgt also die große Bedeutung der Landesversicherungsanstalten für die Suchtkrankenhilfe.

Die Einführung des einheitlichen Arbeitnehmerbegriffs wird jedoch dazu führen, dass die Unterscheidung zwischen Angestellten und Arbeitern für die Zuordnung von Neuversicherten zu einem bestimmten Rentenversicherungsträger zukünftig obsolet sein wird. Nach Abschluss der Übergangsphase werden die Versicherten bei allen Rentenversicherungsträgern im statistischen Mittel in etwa das gleiche Suchtrisiko aufweisen. Im Endzustand werden die regionalen Rentenversicherungsträger also in etwa für 55 Prozent aller suchtkranken Versicherten zuständig sein. Bis dahin ist es allerdings noch eine lange Zeit. Selbst in 15 Jahren, wenn die Zuständigkeitsquote von 55 zu 45 Prozent aller Versicherten zugunsten der regionalen Träger erreicht ist, werden die regionalen Träger immer noch deutlich mehr Arbeiter betreuen als die Rentenversicherungsträger des Bundes. Der neue Verteilungsschlüssel gilt nämlich in erster Linie nur für Versicherte, die in die gesetzliche Rentenversicherung eintreten. Für die meisten der heutigen Versicherten wird deshalb die bisherige Zuordnung maßgeblich bleiben. Es wird also nicht zu einer sprunghaften Gewichtsverlagerung zwischen einzelnen Rentenversicherungsträgern in der Suchtkrankenhilfe kommen, sondern zu einer allmählichen Akzentverschiebung, die Zeit für Anpassungen belässt.

Interessant ist es nun, der Frage nachzugehen, ob es langfristig beim Abbau des institutionellen Übergewichts der Landesversicherungsanstalten in der Suchtkrankenhilfe bleiben wird, oder ob mit der Tendenz zum Ausgleich der Fallzahlen zwischen den Rentenversicherungsträgern auch qualitative Veränderungen ausgelöst werden. Sichere Aussagen lassen sich hierzu nicht treffen. Die folgenden Ausführungen haben deshalb eher den Charakter von Hypothesen.

Tabelle: Organisationsreform und Abhängigkeitserkrankungen: heute

	Organisation	Struktur
LVA	Arbeiterrentenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> • höheres Suchtrisiko • höhere Belegungsmacht • Korrelation von Suchtkrankheit und Arbeitslosigkeit
	Regionaler Träger	<ul style="list-style-type: none"> • Experimentierfreudigkeit • Nähe zum Land
BfA	Angestelltenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> • geringere Belegungsmacht
	Zentraler Träger	<ul style="list-style-type: none"> • einheitliche Vorgehensweise

Hierzu werden für die regionale Ebene (LVA) wie für den maßgeblichen Träger der Bundesebene (BfA) den relevanten Organisationsmerkmalen die für die Suchtkrankenhilfe maßgeblichen Strukturelemente gegenüber gestellt.

Die regionale Ebene (LVA) ist heute Arbeiterrentenversicherung. Hieraus folgt ein relativ höheres Suchtrisiko der von ihr betreuten Versicherten. Die hohen Fallzahlen, die sich hieraus ergeben, bedeuten auch eine starke Stellung hinsichtlich der Auswahl der Einrichtungen, in denen die Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, also eine hohe Belegungsmacht. Von Belang ist schließlich, dass Suchtkrankheiten und Arbeitslosigkeit häufig zusammen auftreten. In der Rehabilitationspraxis hat sich gezeigt, dass hier eine Verknüpfung von medizinischer Rehabilitation mit Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben besonders erfolgreich, aber in Bezug auf die Durchführung auch besonders komplex ist. Es wäre nahe liegend, dass das gehäufte Auftreten von Suchtkrankheiten und Arbeitslosigkeit eine Durchführung von besonders komplexen und damit auch anspruchsvollen Rehabilitationsmaßnahmen erleichtert, weil die Strukturen beim durchführenden Träger dann besser auf Situation eingestellt werden können. Aus der regionalen Verortung eines Rehabilitationsträgers folgt schließlich seine besondere Nähe zum Land. Gerade im Rehabilitationsgeschehen ist dies von Vorteil, weil das Rehabilitationsgeschehen insgesamt stark von regionalen Strukturen geprägt ist. Regionale Träger sind außerdem um ein Vielfaches kleiner als die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, was ihnen eine höhere Flexibilität ermöglicht und damit eine größere Experimentierfreudigkeit erlaubt. Umgekehrt hat allerdings ein Träger von der Größe der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte aufgrund der hohen Anzahl von bearbeiteten Fällen – nicht in einer bestimmten Region, sondern bundesweit – die Möglichkeit, eine stärkere Standardisierung vorzunehmen und übergeordnete, zentrale Strukturen zum Einsatz zu bringen.

Tabelle: Organisationsreform und Abhängigkeitserkrankungen: zukünftig

	Organisation	Struktur
Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz	Regionaler Träger	<ul style="list-style-type: none"> • Experimentierfreudigkeit • Nähe zum Land
Deutsche Rentenversicherung Bund	Angestelltenversicherung Zentraler Träger	<ul style="list-style-type: none"> • einheitliche Vorgehensweise

Der einheitliche Versichertenbegriff wird zukünftig dafür sorgen, dass diejenigen besonderen Strukturmerkmale entfallen, die aus dem heutigen Charakter der Träger als

Arbeiter- beziehungsweise Angestelltenversicherung herrühren. Dagegen werden diejenigen Merkmale weiter Bestand haben, die sich aus der Zuordnung eines Trägers zur regionalen Ebene beziehungsweise zur Bundesebene ergeben.

Es lässt sich also ableiten, dass die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz in der Suchtkrankenhilfe auch weiterhin von der Nähe zur Region profitieren kann und experimentierfreudig agieren wird. Gleichzeitig wird die relativ hohe Belegungsmacht der heutigen Landesversicherungsanstalten etwas zurückgehen. Auch für die Verknüpfung von medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe könnte das abnehmende Gewicht der Landesversicherungsanstalten eine gewisse Rolle spielen. Angesichts der hohen Bedeutung, die Arbeitslosigkeit im Zusammenhang mit Suchtkrankheiten weiterhin einnimmt, sind bei solchen verbundenen Rehabilitationsmaßnahmen jedoch weitere Fortschritte zu erwarten. Die Deutsche Rentenversicherung Bund wird auch zukünftig ihre übergeordneten zentralen Strukturen zum Einsatz bringen können, die eine einheitlichere Vorgehensweise ermöglichen.

4. Zusammenfassung

Die Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung wird Auswirkungen auf die Suchtkrankenhilfe haben. Das relative Gewicht der regionalen Rentenversicherungsträger wird etwas zurückgehen. Diese Entwicklung wird sich allerdings über einen langen Zeitraum hinweg allmählich vollziehen. In der Folge werden die Versichertenbestände der Rentenversicherungsträger der regionalen Ebene und der Bundesebene homogener. Spezielle Bearbeitungsmuster in der Suchtkrankenhilfe der heutigen Arbeiterrentenversicherung, die aus einem höheren Suchtrisiko und einer mit Suchtkrankheit relativ häufig einhergehenden Arbeitslosigkeit herrühren, werden hierdurch relativiert. Die besonderen Merkmale, die sich aus der Größe der Rentenversicherungsträger und ihrem Bezug zu der regionalen Ebene ergeben, bleiben dagegen erhalten.

Die Überlegungen sollten dabei immer im Auge behalten, dass auch ohne eine Organisationsreform nicht Alles beim Alten bliebe. Vielmehr würde der organisatorische Status Quo langfristig dazu führen, dass die Landesversicherungsanstalten wegen des rückläufigen Anteils von Arbeitern an allen Versicherten schrumpfen würden. Gerade die Organisationsreform wird also dafür Sorge tragen, dass die regionalen Rentenversicherungsträger auch zukünftig wichtige Partner in der Suchtkrankenhilfe bleiben.

Forum III: Das Gesetz zur Einordnung der Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch (SGB XII)

Welche Änderungen bringt das SGB XII für die Hilfeempfänger und worauf muss sich die Suchtkrankenhilfe einstellen?

Burkhard Müller, geschäftsführender Direktor des Landkreistages Rheinland-Pfalz, Mainz

Ausgangslage

Mit dem SGB XII ist der Bund einer seit langer Zeit artikulierten Forderung nachgekommen, das Recht der Sozialhilfe zu reformieren. Das Bundessozialhilfegesetz ist seit seinem In-Kraft-Treten am 01.06.1962 durch fast 70 Gesetze, insbesondere als Folge der allgemeinen Rechtsentwicklung, als Antwort auf gestiegene Empfängerzahlen, erhöhte Ausgaben und wachsenden Problemdruck geändert worden. So hat sich z. B. die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt seit 1980 etwa verdreifacht. Bei der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen hat sich seit 1994 die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger jahresdurchschnittlich um 6,4 % erhöht. Trotz dieser zahlreichen Änderungsgesetze haben viele die Bezeichnung „Reform“ nicht verdient.

Mit dem Entschließungsantrag „Fördern und Fordern - Sozialhilfe modern gestalten!“ wurde die Strukturreform der Sozialhilfe bekräftigt; als Zielvorstellungen wurden insbesondere ein einfaches, transparentes und in sich konsistentes System der Gewährung der materiellen Hilfeleistungen formuliert. Zum ändern sollte es darum gehen, durch mehr individuelle Unterstützung Sozialhilfebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu überwinden. Als Eckpunkte wurden herausgestellt:

- Transparente und bedarfsgerechte Weiterentwicklung der finanziellen Leistungen, insbesondere durch Regelungen zur Bemessung und Fortschreibung der Regelsätze, die die gesetzliche Übergangsregelung ablösen.
- Stärkung der Selbstverantwortung der Hilfeempfänger und Vereinfachung der Verwaltungsvorgänge, insbesondere durch stärkere Pauschalierung bisheriger einmaliger Leistungen und möglicherweise durch Einbeziehung in den Regelsatz.
- Verbesserung der aktivierenden Instrumente und Leistungen der Sozialhilfe, insbesondere durch Entwicklung rechtlicher Rahmenbedingungen und durch stärkere Beteiligung der Leistungsberechtigten, vor allem bei personenbezogenen Dienstleistungen.
- Verbesserung der Integration in den Arbeitsmarkt.
- Wirksame Unterstützung der Länder und Kommunen bei der Verwaltungsmodernisierung, insbesondere durch Verbesserung der Datengrundlagen und der verfahrensrechtlichen Voraussetzungen.
- Einordnung des Bundessozialhilfegesetzes in das Sozialgesetzbuch und Regelung aktueller Einzelpunkte.

Die Länder haben durch Beschlüsse der Arbeits- und Sozialministerkonferenzen die Bundesregierung aufgefordert, eine Strukturreform zur Weiterentwicklung und Moderni-

sierung der Sozialhilfe auf den Weg zu bringen. Diese Strukturreform sollte aus Sicht der Länder u. a. beinhalten,

- die aktivierenden Hilfen gegenüber passiven Leistungen in den Vordergrund einer modernen Sozialpolitik zu stellen („Fördern“),
- abgestimmte Hilfen aus einer Hand für die vielfältigen prekären Lebenssituationen anzubieten bzw. zu organisieren,
- Hilfeberechtigte im Bereich der aktivierenden Hilfen als Kooperationspartner zu begreifen, die verbindlich und aktiv in den Hilfeprozess mit einzubeziehen sind und Verantwortung für den Erfolg der Hilfe übernehmen müssen („Fordern“) sowie
- die passiven Leistungen und damit die Verwaltung zu vereinfachen (z. B. durch Pauschalierung) sowie gleichzeitig die Selbstverantwortung der Hilfeberechtigten zu stärken.

I. Wesentliche Eckpunkte der Reform im Einzelnen

1. Die **Gliederung** des BSHG in Hilfe zum Lebensunterhalt und Hilfe in besonderen Lebenslagen ist aufgegeben worden.
2. Die Grundsicherungsleistungen nach dem **GSiG** sind in das SGB XII eingearbeitet worden.
3. Die Leistungen zur **Existenzsicherung** sind auf zwei Gesetze **aufgeteilt**: für Erwerbsfähige (und ihre Angehörigen) auf das SGB II, für nicht Erwerbsfähige auf das SGB XII.
4. Als Folge dieser Aufteilung entfallen die bisherige **Hilfe zur Arbeit** und die Hilfe zum Aufbau oder zur Sicherung der Lebensgrundlage.
5. Die Hilfe zum Lebensunterhalt wird weitgehend **pauschaliert**. Sie ist das Bezugssystem für die Unterhaltsleistungen nach dem SGB II.
6. Die **einmaligen Leistungen** werden dadurch möglicherweise weitgehend bedeutungslos.
7. Das trägerübergreifende **Persönliche Budget** wird eingeführt (für die Eingliederungshilfe und die Hilfe zur Pflege).
8. **Bestattungskosten** werden nicht mehr im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt, sondern als Hilfe in anderen Lebenslagen geregelt.
9. Es gilt nur noch eine **Einkommensgrenze**.
10. „**Marktsprache**“ ersetzt „Fürsorgesprache“: Aus dem „Hilfesuchenden“ wird die „nachfragende Person“, aus dem „Hilfeempfänger“ der „Leistungsberechtigte“.

II. Vergleich zum bestehenden Bundessozialhilfegesetz

1. Keine Änderungen erfahren die seitherigen Regelungen über

- den Bezug auf die Menschenwürde (§ 1),
- den institutionellen Nachrang (§ 5),
- das Individualitätsprinzip (§ 9 Abs. 1),
- das Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 Abs. 2 und 3),
- das Fachkräfteprinzip (§ 6).

2. Neuerungen

a) Aktivierung

Zur Erfüllung der Aufgaben nach dem SGB XII werden die Leistungsberechtigten beraten und - soweit erforderlich - unterstützt. Die Beratung betrifft die persönliche Situation, den Bedarf, die eigenen Kräfte und Mittel sowie die mögliche Stärkung der Selbsthilfe zur aktiven Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft und zur Überwindung der Notlage. Der Leistungsberechtigte muss dabei beraten und unterstützt werden, aktiv am Leben in der Gemeinschaft einschließlich des gesellschaftlichen Engagements teilzunehmen (§ 11 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 Satz 1). Hierauf besteht ein Rechtsanspruch.

b) Leistungsabsprache („case management“)

Vor oder spätestens bis zu vier Wochen nach Beginn fortlaufender Leistungen sollen in einer schriftlichen Leistungsabsprache die Situation der leistungsberechtigten Personen sowie ggf. Wege zur Überwindung der Notlage und zu gebotenen Möglichkeiten der aktiven Teilnahme in der Gemeinschaft gemeinsam festgelegt und die Leistungsabsprache unterzeichnet werden. Die Leistungsabsprache nach § 12 ist kein Vertrag und kann auch nicht durch Verwaltungsakt ersetzt werden (anders als die Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II).

c) Persönliches Budget

Die Einführung eines Persönlichen Budgets bei der Eingliederungshilfe (§ 57) und der Hilfe zur Pflege (§ 61 Abs. 2 Satz 3) soll den Leistungsberechtigten aktivieren, aber auch den Vorrang der Geldleistung vor der Sachleistung (§ 10 Abs. 3) betonen. Es besteht ein Anspruch auf Budgetberatung (§ 11 Abs. 2 Satz 4).

3. Sonstige Änderungen

a) Hervorhebung der Mitwirkungspflichten

In § 1 werden die Mitwirkungspflichten der Leistungsberechtigten (früher: „Empfänger der Hilfe“) hervorgehoben. Danach ist es Aufgabe der Sozialhilfe, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Leistung soll so weit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben; darauf haben auch die Leistungsberechtigten nach ihren Kräften hinzuarbeiten. Zur Erreichung dieser Ziele haben die Leistungsberechtigten und die Träger der Sozialhilfe im Rahmen ihrer Rechte und Pflichten zusammenzuwirken. In § 11 Abs. 3 Satz 4 wird der Leistungsberechtigte verpflichtet, eine zumutbare Tätigkeit aufzunehmen. Gleichzeitig besteht ein Anspruch auf das Angebot einer Tätigkeit (§ 11 Abs. 3 Satz 2). Bei Ablehnung einer Tätigkeit wird die HLU eingeschränkt (§ 39). Lehnen Leistungsberechtigte entgegen ihrer Verpflichtung die Aufnahme einer Tätigkeit oder die Teilnahme an einer erforderlichen Vorbereitung ab, vermindert sich der maßgebende Regelsatz in der ersten Stufe um bis zu 25 v. H., bei wiederholter Ablehnung in weiteren Stufen jeweils um bis zu 25 v. H..

b) Geldleistung vor Sachleistung

§ 10 Abs. 3 Satz 1 regelt den Vorrang der Geldleistung vor der Sachleistung, vorbehaltlich eines anderen Wunsches des Leistungsberechtigten.

- c) Vorrang von Prävention und Rehabilitation
§ 14 regelt den Vorrang von Leistungen für behinderte Menschen nach dem SGB IX vor Leistungen nach dem SGB XII.
- d) Vorrang ambulanter vor stationären Leistungen
§ 9 Abs. 2 Satz 2 und § 13 Abs. 1 Satz 3 stellen eine Rangfolge: ambulant - teilstationär - stationär auf. Wie bisher gilt der Vorrang der ambulanten Leistung aber dann nicht, wenn sie mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden und die stationäre Leistung zumutbar ist (§ 13 Abs. 1 Satz 4).

III. Hilfe zum Lebensunterhalt

1. Laufende Leistungen

a) Regelsätze

(1) Inhalt

Wie bisher auch umfassen die Regelsätze den gesamten laufenden Bedarf (§ 23 Abs. 1 Satz 1) mit Ausnahme von

- Unterkunft und Heizung (§ 29),
- Mehrbedarf (§ 30),
- Beiträgen für Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32)
- Beiträgen für die Vorsorge (§ 33).

Für diesen laufenden Sonderbedarf sind zusätzlich zum Regelsatz laufende Leistungen zu gewähren. Im Einzelfall ist der Regelsatz zu erhöhen (§ 29 Abs. 1 Satz 2), wenn der Bedarf erheblich über dem Durchschnitt liegt und unabweisbar ist (z. B. bei Kosten einer Umgangsregelung).

(2) Aufbau

Der Aufbau der Regelsätze wird durch Verordnung des Bundes (§ 40) geregelt.

(3) Höhe

Die Höhe des Regelsatzes wird von den Landesregierungen durch Rechtsverordnung jährlich zum 01.07. festgelegt (§ 28 Abs. 2 Satz 1). Vorgesehen ist ein Betrag von ca. 340 €.

b) Kosten der Unterkunft

(1) In der Regel werden Unterkunftskosten, die den angemessenen Umfang übersteigen, nur noch für längstens sechs Monate gezahlt (§ 29 Abs. 1 Satz 3).

(2) Umzugskosten sind im Regelsatz enthalten, während Wohnungsbeschaffungskosten und Kautionen bei vorheriger Zustimmung zusätzlich übernommen werden können. Zustimmungspflichtig ist der Träger, der den Umzug veranlasst hat. Die Zustimmung wird dem Träger nicht schwer fallen, da die bisherige Kostenerstattung bei Umzug (§ 107 BSHG) entfallen ist.

(3) Die Kosten der Unterkunft können pauschaliert werden, wenn der Wohnungsmarkt entspannt ist (§ 29 Abs. 2). Übersteigende Aufwendungen sind im Einzelfall - ohne die zeitliche Begrenzung nach § 29 Abs. 1 Satz 3 - anzuerkennen (§ 29 Abs. 2 Satz 3 in Verbindung mit Abs. 1 Satz 2).

(4) Die Übernahme von Mietschulden erfolgt wie bisher (§ 34).

2. Einmalige Leistungen

Die einmaligen Leistungen werden eingeschränkt, indem sie auf drei Bedarfslagen reduziert werden, nämlich

- Erstaussstattungen für die Wohnung,
- Erstaussstattungen für Bekleidung,
- mehrtägige Klassenfahrten.

Eine Pauschalierung für die Erstaussstattungen ist möglich (§ 31 Abs. 3).

3. Notwendiger Lebensunterhalt in Einrichtungen

- a) In Einrichtungen wird der notwendige Lebensunterhalt übernommen; in stationären Einrichtungen zusätzlich der weitere notwendige Lebensunterhalt (§ 35 Abs. 1), z. B. Kleidung.
- b) Der weitere notwendige Lebensunterhalt umfasst auch einen angemessenen Barbetrag („Taschengeld“). Der zusätzliche Barbetrag für Teilkosten-Selbstzahler, wie er in § 21 Abs. 3 Satz 4 BSHG geregelt ist, entfällt.

4. Vermutung der Bedarfsdeckung

a) Ausweitung der Vermutung

Während bislang § 16 BSHG die Vermutung der Bedarfsdeckung an eine Haushaltsgemeinschaft mit Verwandten oder Verschwägerten angeknüpft hat, erweitert nunmehr § 36 den Anknüpfungspunkt auf ein Zusammenleben mit jeder anderen Person. Lebt eine Person, die Sozialhilfe beansprucht (nachfragende Person) gemeinsam mit anderen Personen in einer Wohnung oder in einer entsprechenden anderen Unterkunft, so wird vermutet, dass sie gemeinsam wirtschaften und dass sie von ihnen Leistungen zum Lebensunterhalt erhält, soweit dies nach deren Einkommen und Vermögen erwartet werden kann.

b) Widerlegbarkeit der Vermutung

Die Vermutung kann gemäß § 36 Satz 2 widerlegt werden, wenn

- nicht gemeinsam gewirtschaftet wird (also keine Haushaltsgemeinschaft vorliegt) oder
- die nachfragende Person keine bedarfsdeckenden Leistungen von der mit ihr zusammenlebenden Person erhält.

c) Ausschluss der Vermutung

Die Vermutung nach § 36 Satz 1 ist gesetzlich (§ 36 Satz 3) ausgeschlossen bei

- Müttern, die „noch“ mit ihren Eltern zusammenleben,
- behinderten oder pflegebedürftigen Menschen, die von einer anderen Person in Haushaltsgemeinschaft betreut werden.

d) Auskunftspflicht

Soweit die Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft trotz Aufforderung die Vermutung nicht widerlegt haben, dass sie bedarfsdeckende Leistungen erbringen,

sind sie verpflichtet, über ihre Einkommensverhältnisse Auskunft zu geben (§ 117 Abs. 1 Satz 3). Die Anordnung der Auskunftspflicht geschieht durch Verwaltungsakt, der nach dem jeweiligen Vollstreckungsgesetz des Landes vollstreckt werden kann. Dagegen scheidet eine Ahndung als Ordnungswidrigkeit bei Nichterfüllung dieser Auskunftspflicht aus (§ 117 Abs. 6). Auch die Finanzbehörden sind verpflichtet, über die Einkommensverhältnisse der Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft Auskunft zu geben (§ 117 Abs. 1 Satz 4).

5. Bedarfsgemeinschaft

Aus § 19 Abs. 1 Satz 2 ergibt sich, dass Einkommen und Vermögen der Ehe- oder Lebenspartner zu summieren sind. Daher bilden sie nicht nur eine Einsatz-, sondern auch eine Bedarfsgemeinschaft, wenn einer der beiden Partner sich aus seinem Einkommen und Vermögen allein unterhalten könnte. Auch dann wird er zum Leistungsberechtigten.

IV. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 - 46)

1. Leistungsberechtigte

Zur Sicherung des Lebensunterhaltes im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung können Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die

- das 65. Lebensjahr vollendet haben oder
- das 18. Lebensjahr vollendet haben, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage voll erwerbsgemindert im Sinne des § 3 Abs. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch sind und bei denen unwahrscheinlich ist, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann,

auf Antrag die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach diesem Kapitel erhalten. Die Leistungen der HLU und der Grundsicherung sind in der Höhe identisch. Sie bestehen nebeneinander. Allerdings hat der Leistungsberechtigte kein Wahlrecht zwischen beiden, da § 19 Abs. 2 Satz 3 den Vorrang der Grundsicherung bestimmt. Besteht kein Anspruch auf Grundsicherung, weil die Bedürftigkeit schuldhaft herbeigeführt wurde (§ 41 Abs. 3), ist HLU zu leisten (mit der Möglichkeit des Kostenersatzes nach § 103).

2. Antragserfordernis

Während die Grundsicherung eines Antrages bedarf (§ 41 Abs. 1), ist die HLU antragsunabhängig (§ 18 Abs. 1).

3. Vermutung der Bedarfsdeckung

Die Vermutung nach § 36 gilt nur für die HLU, nicht für die Grundsicherung (§ 43 Abs. 1 Halbsatz 2).

4. Einsatzgemeinschaft

Im Unterschied zur HLU liegt nur eine Einsatz-, aber keine Bedarfsgemeinschaft vor, wenn einer der Partner den eigenen Lebensbedarf übersteigende Mittel zur Verfügung hat (§ 19 Abs. 2 Satz 2).

5. Leistungsabprache

Während für die HLU die Leistungsabprache verpflichtend ist (§ 12), steht sie für die Grundsicherung im Ermessen (§ 44 Abs. 2) des Leistungsträgers.

6. Aufenthalt

Während für die HLU der tatsächliche Aufenthalt genügt (§ 98 Abs. 1 Satz 1), ist für die Grundsicherung ein gewöhnlicher Aufenthalt erforderlich (§ 98 Abs. 1 Satz 2 und § 41 Abs. 1).

7. Kosten der Unterkunft

Während bei der HLU die Kosten grundsätzlich in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen zu übernehmen sind (§ 29 Abs. 1 Satz 1), werden bei der Grundsicherung nur die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen übernommen (§ 42 Satz 1 Nr. 2).

8. Dauer der Leistung

Während die HLU gleichsam von Tag zu Tag gewährt wird (§ 18 Abs. 1), ist die Grundsicherung als befristete Dauerleistung zu gewähren (§ 44 Abs. 1). Bei der HLU erfolgt eine taggenaue Berechnung der Hilfe, bei der Grundsicherung beginnt die Leistung mit dem Ersten des Antragsmonats (§ 44 Abs. 1).

9. Unterhaltsansprüche gegenüber Kindern und Eltern

Während bei der HLU Unterhaltsansprüche gegenüber Kindern und Eltern zu berücksichtigen sind (entweder als sog. bereite Mittel nach § 2 Abs. 1 oder durch gesetzlichen Anspruchsübergang gemäß § 94 Abs. 1), sind bei der Grundsicherung diese Unterhaltsansprüche nicht zu berücksichtigen (§ 43 Abs. 2 Satz 1 und § 94 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2), wenn Kinder oder Eltern nicht „reich“ (100.000-€-Grenze) sind.

10. Datenschutz

Ein automatisierter Datenabgleich ist in der Grundsicherung nicht möglich (§ 118 Abs. 1).

V. Verhältnis der Leistungen nach dem SGB XII zu den Leistungen nach dem SGB II

1. Leistungen für Erwerbsfähige

a) Vorrang des SGB II

Wer erwerbsfähig ist und die Anspruchsvoraussetzungen nach § 7 SGB II erfüllt (erwerbsfähige Hilfebedürftige), erhält keine Leistungen für den Lebensunterhalt (§ 21), also weder Hilfe zum Lebensunterhalt noch Grundsicherung (wobei sich die Voraussetzungen für die Grundsicherung nach SGB XII und die nach SGB II ohnehin ausschließen). Ausnahme: Mietschulden werden nach § 34 SGB XII übernommen, soweit sie nicht nach § 22 Abs. 5 SGB II zu übernehmen sind.

b) Begriff der Erwerbsfähigkeit

Ob Erwerbsfähigkeit vorliegt, ist nach § 8 SGB II zu bestimmen. Danach ist erwerbsfähig, wer täglich drei Stunden arbeiten kann. Kann er dies wegen Krank-

heit oder vorübergehender Behinderung nicht, ändert dies nichts an seiner Erwerbsfähigkeit. Zeitliche Beschränkungen, z. B. wegen Kindererziehung, lassen die Erwerbsfähigkeit unberührt, da auch in diesem Fall die Person dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht.

c) Begriff der Hilfebedürftigkeit

Die Hilfebedürftigkeit der erwerbsfähigen Person ist nach § 9 SGB II zu beurteilen. Danach ist darauf abzustellen, ob jemand seinen Lebensunterhalt nicht decken kann. Die Bestimmung des Lebensunterhalts ist nach den §§ 20 bis 22 SGB II vorzunehmen. Dabei liegt der Regelsatz (345 €) höher als der nach dem SGB XII. Bedürftigkeit liegt vor, wenn dieser Bedarf nicht durch eigene Mittel oder durch Hilfe Dritter gedeckt werden kann. Dazu gehört in erster Linie die Einsatzgemeinschaft (§ 9 SGB II: „Bedarfsgemeinschaft“), die mit der nach § 19 SGB XII identisch ist. Die vermutete Bedarfsdeckung in einer Haushaltsgemeinschaft ist dagegen in § 9 Abs. 5 SGB II enger gefasst als die nach § 36 SGB XII.

2. Angehörige

Auch nicht erwerbsfähige Angehörige, die mit dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in Bedarfsgemeinschaft leben, erhalten Leistungen nach dem SGB II, nämlich das Sozialgeld (§ 28 SGB II). Auch diese Angehörigen erhalten keine Leistungen für den Lebensunterhalt nach dem SGB XII (§ 21 SGB XII). Dies gilt aber nicht, wenn sie anspruchsberechtigt für Leistungen der Grundsicherung nach § 41 SGB XII sind. Dann sind diese Leistungen gegenüber dem Sozialgeld vorrangig (§ 28 Abs. 1 und § 5 Abs. 2 Satz 3 SGB II).

VI. Hilfe bei Krankheiten nach SGB XII und SGB V

Die Krankenbehandlung von Leistungsempfängern nach dem SGB XII, die nicht versichert sind, wird vor der Krankenkasse übernommen. (§ 264 SGB V). Die Leistungen nach § 246 SGB V haben Vorrang vor den Leistungen nach § 48 SGB XII.

VII. Einsatz des Einkommens

1. Begriff des Einkommens

Leistungen nach dem SGB XII sind einkommensabhängig.

a) Kindergeld

(1) § 82 Abs. 1 Satz 2 regelt nunmehr ausdrücklich, dass Kindergeld als Einkommen des minderjährigen Kindes gilt, soweit es für den Lebensunterhalt benötigt wird. Dies hat Auswirkungen für Eltern, die keine Leistungen nach dem SGB XII beziehen (z. B. allein erziehende Studentinnen).

(2) Der bisherige Absetzbetrag vom Kindergeld nach § 76 Abs. 2 Nr. 5 BSHG entfällt.

b) Arbeitsförderungsgeld

Das Arbeitsförderungsgeld nach § 43 SGB XII ist vom Einkommen abzusetzen.

- c) Absetzungsbetrag bei Einkommen aus einer Tätigkeit
Bei der HLU werden 30 % des Einkommens abgesetzt. Für Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen wird die Regelung aus § 85 Abs. 2 BSHG für alle Leistungsempfänger übernommen (1/8 des Eckregelsatzes + 25 % des übersteigenden Betrages).

2. Einkommensgrenzen

Nur für die Hilfen nach Kapitel 5 - 9 (Hilfen zur Gesundheit, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, Hilfe in anderen Lebenslagen) ist der Einkommenseinsatz durch Einkommensgrenzen beschränkt.

- a) Einkommensgrenze
Statt der bisherigen drei Einkommensgrenzen (§§ 79, 81 Abs. 1 und 2 BSHG) gibt es nur noch eine Einkommensgrenze (§ 85).
- b) Grundbetrag
Der Grundbetrag wird in Höhe des 2-fachen Eckregelsatzes festgelegt (§ 85 Abs. 1 Nr. 1), ist also höher als bisher. Die Länder können einen höheren Grundbetrag für einzelne Arten der Hilfe festlegen (§ 86).
- c) Familienzuschlag
Der Familienzuschlag wird aber auf 70 % des Eckregelsatzes abgesenkt (§ 85 Abs. 1 Nr. 3).
- d) Einsatz über der Einkommensgrenze
Unabhängig von der Art der Leistung wird bei schwerstpflegebedürftigen und blinden Menschen der Einsatz des Einkommens über der Einkommensgrenze beschränkt auf höchstens 40% des übersteigenden Betrages (§ 67 Abs. 1 Satz 3).

VIII. Einsatz des Vermögens

Leistungen nach dem SGB XII sind vermögensabhängig.

1. Schonvermögen

Das Schonvermögen ist in § 90 Abs. 2 wie bisher geregelt.

2. Kleinerer Barbetrag

Art. 15 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch erhöht den geschonten Barbetrag:

- auf 1.600 € bei HLU,
- auf 2.600 € bei Hilfen nach Kapitel 5 - 9.

3. Grundsicherungsberechtigte

Auch für die Grundsicherungsberechtigten (§ 41 Abs. 2) gilt der Einsatz des Vermögens nach § 90. Sie sind in der Barbetragverordnung aber (wohl versehentlich) nicht berücksichtigt. Dem Sinn des Gesetzes entsprechend gilt nach einer Ansicht in der Literatur für sie aber wohl der Betrag von 2.600 €.

IX. Übergang von Unterhaltsansprüchen

§ 94 enthält Änderungen gegenüber dem bisher geltenden § 91 BSHG.

1. Keine Vergleichsberechnung

Die Unterhaltspflicht wird nur noch nach dem BGB berechnet; die fiktive Vergleichsberechnung nach § 91 Abs. 2 Satz 1 BSHG unterbleibt. Der Übergang ist aber ausgeschlossen, soweit der Unterhaltspflichtige bei Erfüllung des Unterhaltsanspruchs HLU-bedürftig würde (§ 94 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1).

2. Begrenzter Übergang von Ansprüchen behinderter oder pflegebedürftiger Kinder

Der Unterhaltsanspruch eines volljährigen behinderten oder pflegebedürftigen Kindes gegen seine Eltern geht bei Leistungen nach dem Fünften und Sechsten Kapitel, höchstens bis 26 € mtl., bei Leistungen nach dem Dritten Kapitel höchstens bis 20 € mtl. über. Dies gilt - anders als bisher - nicht nur bei vollstationärer Unterbringung. Bei Hilfe nach dem Vierten Kapitel ist der Übergang ohnehin ausgeschlossen (§ 94 Abs.1 Satz 3 Halbsatz 2).

X. Neuer Rechtsweg

Mit Art. 38 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch wurde § 51 SGG geändert. Gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 6 a SGG ist nunmehr in Angelegenheiten der Sozialhilfe der Weg zum Sozialgericht eröffnet und damit der Weg zum Verwaltungsgericht ausgeschlossen. Für den Leistungsberechtigten hat dies folgende Vorteile:

- kürzere Verfahrensdauer,
- Berufungsmöglichkeit,
- kein Anwaltszwang vor dem Landessozialgericht,
- Einbeziehung aller weiteren Verwaltungsakte in das laufende Gerichtsverfahren,
- Anspruch auf medizinischen Gutachter eigener Wahl,
- Beteiligung ehrenamtlicher Richter aus dem Kreis der Versicherten.

Hilfeplanung und Hilfeplankonferenz – eine Chance für die regionale Suchtkrankenhilfe

Kerstin Steinfurth, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Mainz

Ursprung und Entwicklung einer modifizierten Hilfeplanung in Rheinland-Pfalz

Durch eine Änderung des Bundessozialhilfegesetzes in 1996 sind die Bundesländer verpflichtet, mit den Leistungsanbietern Rahmenverträge über die voll- und teilstationäre Eingliederungshilfe abzuschließen. Diese Rahmenverträge gestalten unter anderem drei Vereinbarungen, die auch gesetzlich vorgeschrieben sind:

- die Leistungsvereinbarung über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung
- die Vergütungsvereinbarung über Pauschalen und Beträge für einzelne Leistungsbereiche und
- die Prüfungsvereinbarung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung.

Weiterhin wurde 1996 gesetzlich festgelegt, dass sich die Vergütung der Leistung mindestens in drei Pauschalen aufteilt:

- die Grundpauschale für Unterkunft und Verpflegung
- die Maßnahmepauschale für Betreuungsleistungen und
- den Investitionsbetrag für betriebsnotwendige Anlagen einschließlich ihrer Ausstattung.

Rechtsgrundlage: §§ 93 ff. BSHG (§ 75 ff. SGB XII)

Rheinland-Pfalz hat diese bundesgesetzlichen Vorgaben genutzt, das bisherige Entscheidungsverfahren über eine Sozialhilfeleistung grundlegend zu ändern. Damit soll der Forderung nach Selbstbestimmung und Eigenverantwortung sowie der Stärkung nach ambulanter vor stationärer Hilfe Rechnung getragen werden.

Die Individuelle Hilfeplanung (IHP), wie Sie im letzten Jahr flächendeckend in Rheinland-Pfalz eingeführt wurde, gemeinsam mit der Beratung der Hilfen in den Hilfeplankonferenzen und dem Persönlichen Budget führten zu einer Veränderung der Angebotsstrukturen und einer qualitativen Verbesserung in der Erbringung personenbezogener Leistungen. Dabei wurde, abgesichert durch zwei vertragliche Vereinbarungen zwischen den Sozialhilfeträgern und den Anbietern, die Hilfeplanung sowie das Verfahren zur Umsetzung gemeinsam entwickelt und erprobt. Zukünftig sind für alle Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten eine Hilfeplanung und die Entscheidung über die Hilfe in einer Hilfeplankonferenz notwendig.

Der Individuelle Hilfeplan (IHP)

Der Individuelle Hilfeplan (IHP) ist ein Instrument, das zum Ziel hat, über die Festlegung der Lebensziele und die Beschreibung von Fähigkeiten und Defiziten, Maßnahmen festzulegen, die es dem behinderten Menschen oder dem Menschen in besonderen

sozialen Schwierigkeiten ermöglicht, soweit wie möglich selbstbestimmt und unabhängig von Hilfen zu leben. Die dazu vorhandenen Bögen dienen der Dokumentation des Hilfeplanprozesses und lassen eine Fortschreibung und Weiterentwicklung zu.

Ausgehend von den Lebenszielen, die eine Person hat, werden Zwischenschritte (Meilensteine) festgelegt. Durch die Erörterung der Fähigkeiten und Fertigkeiten, die eine Person hat, wird deutlich, in welchem Bereich ein Unterstützungsbedarf in Bezug auf die angestrebten Ziele besteht. Daraus können Maßnahmen, also konkrete Leistungen, definiert werden, welche dann Grundlage für die Entscheidung über die Hilfe sind.

Der IHP ist nicht als Fragebogen im Sinne eines Abfragens, sondern als Unterstützungsinstrument für einen Planungsprozess gedacht. Am Ende eines Prozessschrittes steht die Dokumentation, die dem Sozialhilfeträger als Entscheidungsgrundlage dient. Wichtig ist, dass erkennbar wird, welche Wünsche und Ziele die betroffene Person hat. Gleichzeitig bietet das Instrument Raum eine abweichende Meinung darzustellen. Durch die Unterschrift dokumentieren die betroffene Person und die professionelle Kraft die Erstellung des Hilfeplans und die Kenntnis des Inhalts. Diese Hilfeplanung kann folglich nicht von Dritten alleine erstellt werden, sondern erfordert die Beteiligung der betroffenen Person oder der gesetzlichen Vertretung sowie des Umfelds.

Das Hilfeplanverfahren

Die Federführung des Verfahrens zur Hilfeplanung liegt beim Sozialhilfeträger. Dieser gibt den Hilfeplan in Auftrag. Dabei kann die Hilfeplanung an Einrichtungen und Dienste vergeben werden, aber auch durch die Verwaltung selbst mit der betroffenen Person erfolgen. Zur Entscheidung treffen sich die an der Hilfeplanung Beteiligten und die Kostenträger sowie in Frage kommende Leistungserbringer in einer Hilfeplankonferenz, um über die Durchführung der notwendigen Maßnahmen zu beraten. Am Ende der jeweiligen Beratung steht die Entscheidung des Kostenträgers über die jeweilige Hilfe, die Höhe der Kosten und die Festlegung der Dauer der Maßnahme.

In Rheinland-Pfalz ist in allen Kommunen eine Hilfeplankonferenz installiert. Dabei wurde zugelassen, regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Die Konferenzen bewegen sich jedoch alle innerhalb des vereinbarten Verfahrens (Anlage). Für die stationären Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten wird derzeit erprobt, wie die Hilfeplankonferenzen sinnvoll durchgeführt werden können, da hier die Zuständigkeit beim überörtlichen Sozialhilfeträger liegt und damit keine Verpflichtung für die Kommunen zu regionalen Hilfeplankonferenzen besteht.

Chance für die Suchtkrankenhilfe

Der IHP und das Verfahren wurden bisher verbindlich für die Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten im voll- und teilstationären Bereich vereinbart. Einige Kommunen arbeiten mit dem IHP auch im ambulanten Bereich. Insbesondere bei der Prüfung, ob die Hilfe in Form eines persönlichen Budgets erbracht werden kann, ist ein IHP erforderlich. Daraus ergibt sich, dass die Suchtkrankenhilfe bereits im vollstationären Bereich verbindlich in das Verfahren eingebunden ist. Im ambulanten Bereich, insbesondere in der Suchtberatung, erfolgt

die Einbindung vereinzelt. Im Hinblick auf die Entwicklung multimorbider Krankheitsbilder, das Vorliegen von Mehrfachdiagnosen und dem Anspruch auf eine Ambulantisierung der Hilfen wird die Einbindung der ambulanten Suchtkrankenhilfe mit der Etablierung der Hilfeplankonferenzen vermehrt erfolgen. Getragen von dem Gedanken, dass der hilfebedürftige Mensch nicht dem Leistungsangebot folgen muss, sondern die Anbieter sich zu dem Menschen begeben sollen, wird zukünftig eine Verknüpfung der Angebote und Leistungen erforderlich sein, um eine personenzentrierte Hilfe zu erbringen. Bereits heute ist die Trennung der Hilfesysteme nicht mehr tragbar. Zum Teil liegen komplexe Hilfebedarfe vor, die ein fachübergreifendes Zusammenarbeiten der Professionen erfordert. Die Hilfeplankonferenz bietet die Möglichkeit, die Fachkenntnisse der jeweiligen Profession einzubringen und legt offen, welche Bedarfe zu decken sind. Sie gibt sowohl Kostenträgern als auch Leistungsanbietern die Möglichkeit, die Leistungen entsprechend den Bedarfen zu entwickeln und auszurichten und ist damit gleichzeitig ein Instrument der Qualitätssicherung und Sozialplanung.

Ausblick

Die gesetzlichen Regelungen zur Bildung von Gesamtleistungskomplexen und ressortübergreifenden persönlichen Budgets bedingen die Zusammenarbeit bisher kaum zu vereinbarenden Leistungssysteme. Um zu einer Leistung und Kostenübernahme zu gelangen, werden die individuelle Hilfeplanung und eine Hilfeplankonferenz, in der die Bedingungen zur Leistungserbringung festgelegt werden, unabdingbar sein. Es wird unsere Aufgabe sein, die Strukturen hierfür zu schaffen und das neu geschaffene Instrument entsprechend einzubinden.

Anhang: Verfahren zur Hilfeplanung

Stand: 17. Februar 2004 (Der aktuelle Stand ist im Internet unter www.masfg.rlp.de unter ‚Soziales‘ und dem Stichwort ‚Individuelle Hilfeplanung‘ zu erfahren.)

A) Verfahren im Einzelfall

1. Die Eingliederungshilfe suchende Person wendet sich entweder an einen Leistungserbringer, einen Leistungsträger oder einen sonstigen Dienst. Sofern nicht der Leistungsträger direkt angegangen wird, informieren der Leistungserbringer oder der sonstige Dienst unverzüglich den Leistungsträger.
2. Der Leistungsträger prüft die Voraussetzungen nach § 39 BSHG hinsichtlich
 - a) seiner Zuständigkeit
 - b) des Vorliegens des Personenkreises (medizinische Stellungnahme)
 - Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX oder drohende Behinderung (§ 39 Abs.2); wesentliche Einschränkung der Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben)
 - c) der wirtschaftlichen Bedürftigkeit.
3. Sofern die Voraussetzungen des § 39 BSHG erfüllt sind, beginnt der Leistungsträger mit der Gesamtplanung nach § 46 BSHG und gibt die Hilfeplanung als Teil der Gesamtplanung mittels Individuellem Hilfeplan (IHP) in Auftrag.

Für die Erstellung der Hilfeplanung kommen vorrangig die Leistungserbringer, der Allgemeine Sozialdienst oder die Sozialpsychiatrischen Dienste bei den Gesundheitsämtern in Betracht. Die datenschutzrelevanten Belange sind im Hilfeplanprozess mit der hilfesuchenden Person zu erörtern.

4. Mit der Beauftragung der Hilfeplanung erfolgt die Vormerkung für die Hilfeplankonferenz und gleichzeitig die Fristsetzung zur Vorlage der Hilfeplanung beim Leistungsträger (spätestens eine Woche vor der Hilfeplankonferenz).
5. Nach Vorlage der Hilfeplanung prüft der Leistungsträger die Entscheidungsreife durch insbesondere:
 - Prüfung des vorgetragenen Bedarfes und der vorgeschlagenen Leistungen
 - Prüfung möglicher vorrangiger Kostenträgerschaft der notwendigen Hilfen.
6. Der Leistungsträger bringt den Antrag in die Hilfeplankonferenz ein.
7. In der Hilfeplankonferenz erfolgt
 - die Abklärung der Leistungserbringung
 - die Festlegung der koordinierenden Bezugsperson
 - die Kostenentscheidung durch den Leistungsträger
 - die Festlegung der erneuten Vorstellung.

B) Verfahren zur Hilfeplankonferenz

Die Hilfeplankonferenz wird vom Leistungsträger oder einer von ihm beauftragten Person/Stelle (beispielsweise den kommunalen Koordinierungsstellen für Psychiatrie) geleitet. Die Termine der Hilfeplankonferenz werden unter den Beteiligten festgelegt. Die Einladung mit einem zeitlichen Überblick erfolgt durch die Sitzungsleitung an

- die zu beratenden Personen, denen es frei steht, eine Person ihres Vertrauens hinzu zu ziehen
- die gesetzlichen Vertretungen
- die Leistungserbringer für die Region (zukünftig nach Abschluss des Rahmenvertrages die Leistungserbringer, mit denen eine Leistungsvereinbarung nach § 93 Abs. 2 BSHG abgeschlossen ist)
- beratende Dienste
- die Leistungsträger.

Die Personen müssen grundsätzlich Entscheidungsbefugnis haben.

Grundsätzlich werden alle Anträge auf Eingliederungshilfe und alle Wiedervorstellungen in der Hilfeplankonferenz vorgestellt.

Einzelheiten des Verfahrens zur Erhöhung der Praktikabilität und der Effizienz der Hilfeplankonferenz sollen insbesondere zur Behandlung unstrittiger Fälle einvernehmlich von den Beteiligten unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten vereinbart werden.

Der für die Kosten zuständige Leistungsträger trägt die Verantwortung für die Gesamtplanung. Sofern die Hilfeerbringung außerhalb der an den Kosten beteiligten zuständigen Kommune erfolgt, hat der Kostenträger eine Klärung über die Durchführung der Hilfeplanung mit der Kommune, in der die Hilfeerbringung geplant ist, herbeizuführen.

C) Schnittstelle Werkstätten für behinderte Menschen

Wenn eine Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers absehbar ist, so informiert der Leistungserbringer (WfbM) den zuständigen Sozialhilfeträger unverzüglich. Dieser leitet dann die Maßnahmen wie unter Punkt A Verfahren im Einzelfall beschrieben ein. Die bisherige Hilfeplanung der WfbM wird Bestandteil der dann auszuführenden Hilfeplanung mit dem IHP. Bei dieser Hilfeplanung sind auch Alternativen zum Arbeitsbereich der WfbM zu prüfen.

Kommt der Fachausschuss nach § 2 Werkstättenverordnung (WVO) einvernehmlich in seiner Stellungnahme zu dem Ergebnis, dass diese notwendigen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Arbeitsbereich einer WfbM zu erledigen sind, so ist eine Beratung in der Hilfeplankonferenz nicht erforderlich. Dem Sozialhilfeträger steht es frei, bei einer nicht einvernehmlichen Stellungnahme des Fachausschusses, die Hilfeplanung in der Hilfeplankonferenz zu beraten. Wird durch die Hilfeplanung erkennbar, dass im Leistungskomplex Hilfe zur Arbeit, zur Ausbildung und zur Vermittlung nur eine Beschäftigung im Arbeitsbereich der WfbM in Frage kommt, erfolgt die Hilfeplanung mit dem WfbM-Modul, die dann Grundlage zur Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf und zur Kalkulation der Maßnahmepauschale für diesen Leistungskomplex sein wird.

D) Überregionale Einrichtungen

Das Verfahren im Einzelfall wie unter Punkt A) beschrieben gilt auch für überregionale Einrichtungen. Dies bedeutet im Einzelnen:

1. Wendet sich eine Person, die Eingliederungshilfe benötigt, an eine überregionale Einrichtung, so informiert diese den zuständigen Sozialhilfeträger (LSJV) unverzüglich.
2. Der überörtliche Träger der Sozialhilfe leitet den Antrag unverzüglich an den nach § 7 AGBSHG an den Aufwendungen des Landes beteiligten örtlichen Sozialhilfeträger weiter. In Fällen ohne Kostenbeteiligung leitet der überörtliche Träger der Sozialhilfe den Antrag an den für den tatsächlichen Aufenthaltsort zuständigen örtlichen Sozialhilfeträger weiter. Dieser nimmt die Aufgaben entsprechend § 1 der 4. Landesverordnung zum AGBSHG wahr. Der überörtliche Träger der Sozialhilfe trägt die Verantwortung für die Gesamtplanung und entscheidet über die Kosten. Sofern die Hilfeerbringung außerhalb des Gebietes des an den Kosten beteiligten örtlichen Trägers der Sozialhilfe erfolgt, hat der überörtliche Träger auch eine Klärung über die Durchführung der Hilfeplanung mit dem örtlichen Träger, in dessen Gebiet die Hilfeerbringung geplant ist, herbeizuführen.
3. Ist aufgrund der Hilfeplanung für den Sozialhilfeträger absehbar, dass Leistungen einer überregionalen Einrichtung erforderlich sind, so gelten die Regelungen nach B) letzter Absatz.

Was kann die Suchtkrankenhilfe dem Träger der Sozialhilfe bieten?

Anne Huwig-Groß, Psychosozialer Dienst des Caritasverbandes, Suchtberatung Saarlouis

Im Prozess des gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und sozialen Wandels, der sich auch in den neuen Sozialgesetzgebungen zeigt, in dem der neue Trend vom „Fördern zum Fordern“ geht, ist es bedeutsam, dass sich die Träger der sozialen Hilfssysteme, insbesondere auch die der Suchtkrankenhilfe auf eine wachsende Verschärfung von psycho-sozialer Not einstellen. Dies gilt auch für die wachsende Zahl von Suchtkranken. Die Schätzzahl der Abhängigen und Gefährdeten in der BRD liegt zurzeit etwa bei vier Millionen und es liegt im Bereich der Wahrscheinlichkeit, dass sich diese durch die verschärfte Not erhöhen wird.

Bereits im Jahr 2000 hat die Armutskonferenz des Deutschen Caritasverbandes zu dieser Situation Stellung genommen. Voraussesbar ist, dass immer mehr Menschen an die Armutsgrenze gelangen, da die finanziellen Existenzgrundlagen ständig knapper werden. Aufgrund der härter gewordenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ist es noch wichtiger geworden, den Personen effiziente Hilfestellungen anzubieten, die per se, damit sind Suchtkranke gemeint, schon immer eine Randgruppe bildeten. Menschen mit Suchterkrankungen befinden sich in einer komplexen Problemkonstellation, die eine existentielle Bedrohung darstellt. In der Regel liegen körperliche Erkrankungen, seelische Störungen, familiäre und wirtschaftliche Probleme vor.

Zwingenderweise ist der Lösungsprozess multidisziplinär angelegt. Die Suchtkrankenhilfe bietet von daher, in Form einer therapeutischen Kette, Hilfestellung von der Motivationsphase bis zur Nachsorge an. Die verschiedensten Einrichtungen und Dienste, beginnend mit der Aufnahme in Beratungsstellen, akuter medizinischer Versorgung, stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlung und anschließender Nachsorge in Adaptionen- und Nachsorgeeinrichtungen, betreutes Wohnen und andere, stellen umfassende Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten dar.

Die Arbeit im Netzwerk ist im gesamten System fest verankert. Gemeinsamer Arbeitsauftrag und Behandlungsziel aller Institutionen ist die Rehabilitation des Suchtkranken. Rehabilitation wird hier als gesamtheitlicher Prozess der Wiederherstellung der abstinenter und eigenständigen Lebensfähigkeit der betroffenen Personen verstanden. Rehabilitation umfasst die körperlich, seelische Veränderung im positiven Sinne und auch die Verbesserung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Therapeutische und sozialintegrative Strategien gehören zu der Therapieplanung. Da zur Stabilisierung auch die Existenzsicherung gehört, ist es wichtig, mit betroffenen Institutionen, wie Arbeitsamt, Jugendamt, Arbeitgebern u. a. zusammen zu arbeiten. Als langjährige Mitarbeiterin des psychosozialen Dienstes des Caritasverbandes Saarlouis gehört diese Tätigkeit zum täglichen Arbeitssetting.

Welche Möglichkeiten bieten sich nun im Zusammenspiel der vielfältigen Ursachen und Wirkfaktoren der Krankheit „Sucht“, in Kooperation mit den verschiedenen Trägern der Sozialhilfe, die auch die Aufgabe haben, Menschen in Notlagen Hilfestellungen anzubieten.

Wie bereits gesagt, umfasst das System der Hilfsmaßnahmen für Suchtkranke ein breites Spektrum von Angeboten.

Da meine Provenienz im Bereich der Beratungsstellenarbeit liegt, möchte ich im Folgenden Kriterien von Beratung aufzeigen, die im Verbundsystem von öffentlichen Trägern und freien Wohlfahrtsverbänden effektive Zusammenarbeit zum Wohl der Hilfesuchenden darstellen können.

Psychosoziale ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen (PSBB) spielen in der bundesdeutschen Versorgung von Personen mit substanzbezogenen Störungen sowie von Personen des sozialen Umfeldes (Partnerinnen, Kinder, Arbeitskolleginnen etc.) eine wichtige Rolle. Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) gibt es dafür 1.250 Einrichtungen, die unterschiedlich regional verteilt sind und sich in ihrer Angebotsstruktur erheblich unterscheiden. (Informationen zur Suchtkrankenhilfe der DHS 1/1999).

Suchtberatungsstellen haben eine mehr als 30jährige Tradition in der Beratung und Behandlung von Suchterkrankungen. Sie sind regional angelegt, d.h. wohnortorientiert und sozialraumorientiert in Gemeinden, Kommunen und Landkreisen angesiedelt, d.h. integrativer Bestandteil eines gut erreichbaren Hilfesystems vor Ort.

Suchtkrankenberatungsstellen verstehen sich als Dreh- und Angelpunkt in der Suchtkrankenhilfe. Beratung kann vor Ort vertraulich, anonym und freiwillig aufgesucht werden, denn viele Suchtkranke haben eine hohe Barriere der Schuld- und Schamgefühle, bis sie sich auf den Weg einer Behandlung begeben. Dies gilt auch für Familienmitglieder, die im Drehkreis der Sucht oftmals keinen Ausweg mehr wissen. Da bislang die Ratsuchenden aufgrund hoher Eigenbeteiligung der Träger kostenfrei die Beratung aufsuchen können, arbeiten Beratungsstellen nach einem kostengünstigen Behandlungsmodell im gesamten Gesundheitssystem. Eine frühzeitig einsetzende ambulante Beratung und Behandlung kann erhebliche Kosten einsparen.

Suchtberatungsstellen verfügen über qualifizierte Mitarbeiter (Sozialarbeiter, Arzt, Psychologen), die in einem multidisziplinären Team zusammenarbeiten.

Die Suchtberatungsstellen arbeiten nach erprobten Beratungs- und Behandlungskonzepten, die auf das komplexe Krankheitsbild spezialisiert sind. Suchtberatungsstellen haben Clearings und Begleitfunktionen. Aufgabe der Beratung und der Behandlung während des Hilfsprozesses ist, die gesamte Bandbreite der Problematik des Klienten auf gesundheitlicher, psychischer und sozialer Ebene zu sehen und entsprechende Interventionsstrategien zu entwickeln. Der Lösungsprozess erfolgt immer ausgehend von der individuellen Situation des Klienten und die für ihn wichtigen Veränderungsprozesse. Vorteilhaft ist hier, dass Beratung und Behandlung in ambulanter Form durchgeführt werden können, so dass der Klient in seiner Lebenswelt verbleibt und über lange Zeit bei der Entwicklung seines suchtfreien Lebens begleitet werden kann. Suchtberatungsstellen begleiten den Klienten von der Motivationsphase bis zur Nachsorge in einem ständigen Kontinuum.

Durch ihre Präsenz und Kenntnisse der gesellschaftlichen Struktur und Problemsituationen in ihren Einzugsgebieten haben Suchtberatungsstellen auch eine wichtige Funktion im Bereich der gesundheitlichen Vorbeugung, der Prävention. Hier gibt es in verschiedenster Form Arbeitsgemeinschaften, die aktiv für alle Altersgruppen und brisante Themenbereiche Präventionsveranstaltungen anbieten. Teilweise sind sie involviert in die betriebliche Suchtprävention und haben einen hohen Stellenwert im Bereich der

Selbsthilfe. Oftmals besteht in Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen ein System von Selbsthilfegruppen, die Klienten im Integrationsprozess ein Leben lang begleiten können.

Rehabilitation integriert in die Lebenswelt, d.h. der berufliche und soziale Kontext, haben eine hohe Bedeutung im Beratungs- und Behandlungsprozess zur Erlangung einer zufriedenen Abstinenz.

Die Zusammenarbeit mit Behörden und Ämtern, wie bereits erwähnt, gehören zu den Arbeitsmerkmalen von Suchtberatungsstellen.

Das sind einige Auszüge der gesamten Arbeitsweise von Beratungsstellen.

Diese Kriterien ermöglichen eine bürgernahe effiziente und kosten-günstige Behandlungsmöglichkeit im sozialen System. Zu dem haben sich die Mitarbeiter der Beratungsstellen in ihren Konzeptionen und Behandlungsformen ständig auf veränderte Bedingungen eingestellt. Bspw. gehören die Leistungsbeschreibung und die Erstellung von Qualitätsmanagement auch zu den Aufgaben der Beratungsstelle. Dies kann ich aufgrund meiner langjährigen Erfahrung bestätigen. In den letzten 25 Jahren wurden immer wieder neue Projekte und Arbeitsformen entwickelt, um auf die aktuellen Notlagen zeitgemäß reagieren zu können. Netzwerk und ressourcenorientierte Arbeitsformen gehören selbstverständlich dazu. Sozialarbeiterische und therapeutische Strategien ergänzen einander.

Hierzu lassen sich einige Beispiele aus meiner praktischen Arbeit darstellen:

Der Caritasverband Saarlouis führt seit dem Jahr 2000, in Zusammenarbeit mit dem Diözesanverband Trier, im Netzwerk mit dem psycho-sozialen Dienst, dem Migrationsdienst, der Gemeinwesenarbeiterin des Verbandes und der Pfarrei, ein Projekt zur Integration von Aussiedlern durch. Hier werden eigene Methoden zur Suchtberatung eines schwierigen Klientels erprobt.

Die psychosoziale Beratungsstelle in Saarlouis arbeitet in niedrigschwelliger Form zusammen mit der „Oase“, d.h. Obdachlosenunterkunft des Caritasverbandes.

Für den Bereich der Kinder- und Jugendarbeit besteht seit 1997 mit dem Kreisjugendamt eine Zusammenarbeit im präventiven Bereich. Aufgrund der finanziellen Förderung ist es möglich, für Kinder und Jugendliche von suchtkranken Eltern eine sozialtherapeutische Gruppe anzubieten.

Im Zuge der neuen „Hartz IV-Gesetzgebung“ und der Einrichtung von Job Centern, bei denen Sucht- und Schuldnerberatung als Beratungssegmente benannt sind, hat der Caritasverband Saarlouis im Netzwerk der eigenen Dienste ein Konzept für „Beratungsleistung“ in Kooperation mit dem Job Center in Saarlouis vorgelegt. Hier werden Beratungsmodulare und zielgruppenspezifisches Fallmanagement seitens des Caritasverbandes angeboten. Damit wurde aktuell auf die veränderte Situation der Sozialhilfeorganisation im Landkreis reagiert. Im Landkreis Saarlouis wurden 2003 alle örtlichen Sozialämter aufgelöst und ab Juli 2003 arbeiten Agentur für Arbeit und Mitarbeiter der Sozialämter in einem Probemodell des Job Centers. Diese veränderte Situation zeigte sich auch in unserer Beratungsarbeit. Der Sanktionsdruck für die Klienten wurde dadurch erheblich verstärkt.

Sicherlich wären in diesem Bereich noch eine Vielzahl von Beispielen zu nennen, z.B. bereitet sich die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Rheinland-Pfalz auf die Bildung von Arbeitsgemeinschaften vor, um auf diese veränderten Gegebenheiten reagieren zu können.

Beratungsstrategien und Beratungsziele befinden sich im ständigen Wandel. Sowohl niedrigschwellige, als auch therapeutische Ansätze bedürfen ständig der Überprüfung mit den aktuellen Problemsituationen. Es lässt sich konstatieren, dass die Arbeit der Beratungsstellen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe bürgernah, sozialraum- und lebens-orientierte Hilfestellungen anbieten, im Netzwerk vieler Institutionen eingebunden sind und innovativ auf Herausforderungen agieren und reagieren.

Im Subsidiaritätsprinzip wurden und werden Suchtberatungsstellen schon seit langen Zeiten von den Trägern der Sozialhilfe gefördert. Dies kann als positives Votum gesehen werden.

Aus meiner Sicht ist es auch für die Zukunft wichtig, Synergieeffekte zwischen freien Wohlfahrtsverbänden und anderen Trägern weiterhin zu nutzen, um das Hilfeangebot für suchtkranke Menschen weiter zu entwickeln und damit auch den Ausbau von Beratungsangeboten zu verstärken.

Das Rad braucht hier nicht neu erfunden werden, sondern sollte verstärkt und modernisiert werden.

Was kann die Suchtkrankenhilfe dem Träger der Sozialhilfe bieten?

Herbert Lenhart, V.I.V.A. e. V., Alzey

Wenn wir nach der Zuständigkeit der Sozialhilfeträger im Bereich der Suchtkrankenversorgung fragen, so lenkt sich der Blick zunächst auf die Zielgruppe der chronisch Suchtmittelabhängigen, deren Krankheitsverlauf bereits zu schweren Folge- und/oder Begleitstörungen auf sozialer, körperlicher und geistig/psychischer Ebene geführt hat. Das heißt auf den Punkt gebracht, wenn der Suchtkranke sich zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten außerhalb der klassischen Therapiekette (Beratungsstelle, stationäre Rehabilitation und Nachsorge) entschließt und den Sozialhilfeträger um Übernahme der Kosten bittet, dann geht es in der Regel darum ein Überleben in menschenwürdigen Umständen zu sichern.

Das Land Rheinland-Pfalz hat dafür in den letzten 15 Jahren ein breites Angebot soziotherapeutischer Wohnheime für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke flächendeckend geschaffen.

Die in diesen Einrichtungen gemachten „therapeutischen“ oder besser gesagt rehabilitativen Erfahrungen haben zu oft überraschenden und nachhaltigen Erfolgen bei den früher als „hoffnungslose Fälle“ apostrophierten CMA geführt.

War man vor 20 Jahren in Fachkreisen noch davon überzeugt, dass solche stationären Angebote schwierig umzusetzen und wenig Erfolg versprechend seien, so gibt es heute bereits erste erfolgreiche Projekte einer ambulanten Versorgung dieser Klientel. Es ist also auch bei der überwiegenden Mehrzahl der CMA der Grundsatz ambulant vor, aber auf jeden Fall nach stationär zu diskutieren und gegebenenfalls auch umzusetzen. Das noch neue Instrument der „Hilfeplankonferenz“ kann hierbei für alle Beteiligten von großem Nutzen sein.

Auf jeden Fall hat die Schließung der Versorgungslücke dazu beigetragen, die Gelder für die Versorgung der CMA kalkulierbar zu machen und unsinnige Wiederholungsbehandlungen in unterschiedlichen Akutkrankenhäusern deutlich zu reduzieren.

Wichtigster Aspekt der Soziotherapie als Teil der Suchtkrankenhilfe ist aber die Tatsache, dass damit gezeigt werden konnte, dass der Ausstieg aus der Sucht auch nach fortgeschrittenen Verläufen gelingen kann und die Betroffenen in Rheinland-Pfalz ein Hilfesystem vorfinden, welches ihnen neben der Sicherung des Überlebens auch die Chance bietet, ein dem persönlichen Hilfebedarf angemessenes Maß Selbstbestimmung zurück zu gewinnen.

Nachdem hier zunächst der Blick auf die Betroffenen gelenkt wurde, deren langjähriger Suchtmittelkonsum bereits zu schwerwiegenden körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschädigungen geführt hat, soll hier auch noch über eine weitere Gruppe suchtkrankender Menschen gesprochen werden.

Der immer frühere Einstieg Jugendlicher in den Konsum vor allem illegaler Suchtmittel führt bei vielen Betroffenen sehr rasch zum Versagen bei der Schul- und Berufsausbildung und zu sehr frühem straffälligem Verhalten. Daneben treten bei vielen Betroffenen tief greifende psychopathologische Veränderungen i. S. von akzentuierten Persönlichkeiten und Psychosen auf.

Die klassischen Angebote der stationären und ambulanten Drogenhilfe sind mit solchen Fällen sehr rasch überfordert und überhaupt existieren z.B. auch in unserem Bundesland kaum geeignete Zentren um Betroffene 12-17 Jährige adäquat zu versorgen. Davon abgesehen sind nach Auslaufen der Jugendhilfe sehr rasch die jeweiligen Träger der Sozialhilfe bei Kostenfragen als letzte Instanz zunehmend oft gefragt. Dies besonders dann, wenn Jugendarreststrafen zu verbüßen waren und in dieser Zeit der/die Betroffene volljährig wurde. Die neuen Fristenregelungen der Sozialversicherungen lassen immer mehr Betroffene sehr schnell zum Fall für die Sozialhilfe werden und diese Fälle werden weiter zunehmen.

Um dieser Entwicklung langfristig zu begegnen ist vor allem Präventionsarbeit mit Frühgefährdeten angezeigt und hier sollte kein Euro zu schade sein, der in sinnvolle und wirksame Modelle fließt. Zum anderen sollte die Schaffung therapeutischer Angebote bei Strafgefangenen Suchtmittelabhängigen auch schon während der Haftzeit angedacht werden, oder soll der Gedanke der Resozialisierung wirklich erst nach Verbüßung der Haftstrafe und auf Kosten der Sozialkassen angegangen werden?

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Aichmann, Bernd, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Bauhofstraße 9, 55116 Mainz, Email: Bernd.Aichmann@masfg.rlp.de

Augel, Roswitha, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Bauhofstraße 9, 55116 Mainz, Email: Roswitha.Augel@masfg.rlp.de

Burmester, Dr. Monika, Diakonisches Werk der EKD, Reichensteiner Weg 24, 14195 Berlin, Email: Burmester@diakonie.de

Dreckmann, Imke, Therapiezentrum Bassenheim, Hospitalstraße 16, 56220 Bassenheim, Email: idreckma@ahg.de

Fechner, Oswald, Sozialamt der Stadt Worms, Marktplatz 2, 67547 Worms
Email: Oswald.Fechner@worms.de

Huwig-Groß, Anne, Psychosozialer Dienst des Caritasverbandes, Suchtberatung, Lisdorfer Str. 13, 66740 Saarlouis, Email: A.Huwig-Gross@caritas-saarlouis.de

Lenhart, Herbert, V.I.V.A. e. V., Wormser Str. 42, 55232 Alzey
Email: h.lenhart@evh-pfalz.de

Müller, Burkhard, Geschäftsführender Direktor des Landkreistages, Deutschhausplatz 1, 55116 Mainz, Email: post@landkreistag.rlp.de

Speidel, Eberhard, Mit Jugend gegen Drogen e.V., Karmeliterstr. 2, 67547 Worms,
Email: drobs.worms@t-online.de

Steinfurth, Kerstin, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Bauhofstraße 9, 55116 Mainz, Email: Kerstin.Steinfurth@masfg.rlp.de

Weigel, Hans-Georg, Direktor des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS), Am Stockborn 5-7, 60439 Frankfurt, Email: hans-georg.weigel@iss-ffm.de

Winkler, Dr. Albrecht, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Bauhofstraße 9, 55116 Mainz, Email: Albrecht.Winkler@masfg.rlp.de

Tagungsprogramm der Drogenkonferenz 2004

- 09.30 Uhr** Eintreffen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer
- 10.00 Uhr** **Eröffnung**
Malu Dreyer Ministerin für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit
- 10.15 Uhr** **Reformen und sozialer Zusammenhalt**
Hans-Georg Weigel Direktor des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Frankfurt/Main
- 11.00 Uhr** Pause
- 11.15 Uhr** **Auswirkungen der Sozialreformen auf Arbeitsfelder der Suchtkrankenhilfe**
Dr. Monika Burmester Referentin der Abteilung Strategisches Management des Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche Deutschland, Stuttgart
- 12.00 Uhr** Mittagspause
- 13.15 Uhr** **Foren I bis III**
- Forum I: Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (SGB II) – eine Herausforderung für die Suchtkrankenhilfe**
Moderation: Uschi Hartmann-Graham
- Das SGB II und die Perspektiven einer verbesserten Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure**
Roswitha Augel Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Mainz
- Agentur für Arbeit und Suchtkrankenhilfe**
Horst Jubileum Agentur für Arbeit, Mainz
- Der örtliche Sozialhilfeträger und das SGB II**
Oswald Fechner Sozialamt der Stadt Worms, Worms
- Die berufliche Integration Suchtkranker**
Eberhard Speidel Mit Jugend gegen Drogen e. V. Worms

Forum II: Die Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und die Organisationsreform der Rentenversicherung

Moderation: Ingo Brennberger

Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) – Neuregelungen

Dr. Albrecht Winkler

Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Mainz

Auswirkungen des GMG in der Praxis der Suchtkrankenhilfe

Imke Dreckmann

Therapiezentrum Bassenheim, Bassenheim

Helmut Schwehm

Therapiezentrum Ludwigmühle gGmbH, Lustadt

Die Organisationsreform der Rentenversicherung

Bernd Aichmann

Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Mainz

Forum III: Das Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch (SGB XII)

Moderation: Regina Wicke

Welche Änderungen bringt das SGB XII für die Hilfeempfänger und worauf muss sich die Suchtkrankenhilfe einstellen?

Burkhard Müller

Geschäftsführender Direktor des Landeskreistages Rheinland-Pfalz, Mainz

Hilfeplanung und Hilfeplankonferenz – eine Chance für die regionale Suchtkrankenhilfe

Kerstin Steinfurth

Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Mainz

Was kann die Suchtkrankenhilfe dem Träger der Sozialhilfe bieten?

Anne Huwig-Groß

Psychosozialer Dienst des Caritasverbandes, Suchtberatung, Saarlouis

Herbert Lehnhart

V.I.V.A. e. V., Alzey

15.30 Uhr Aussprache

Schlusswort

Wolfgang Glöckner

Ministerialdirigent im Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Mainz

