

Einstieg in den Ausstieg - und dann: Integration oder Abstellgleis?

Die Auswirkungen von Hartz IV auf das Drogenhilfesystem

Dokumentation der gemeinsamen
Fachtagung des Fachverbandes
„Qualifizierte stationäre Akutbehandlung
Drogenabhängiger e.V.“
und der Koordinationsstelle Sucht des
Landschaftsverbandes Rheinland
am 25. Oktober 2006 in Köln

Impressum

Herausgeber: Landschaftsverband Rheinland, Kennedy-Ufer 2, 50679 Köln
Dezernat Gesundheit / Heilpädagogische Netzwerke
Amt für Planung und Förderung

Redaktion: Christoph Weingarz

Textgestaltung: Monika Grollius

Druck: Hausdruckerei
Landschaftsverband Rheinland

Bestellungen: www.lvr.de

Köln, im März 2007

1. Auflage: 1 - 1.000

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier aus 100 % Altpapier

Inhalt

- | | | |
|----|--|-----------|
| 1. | Begrüßung und Einführung
Michael van Brederode | 4 |
| 2. | Integration in Zeiten des Umbruchs
- Erfahrungen und Fragen aus der (klinischen) Praxis -
Dr. med. Thomas Kuhlmann | 6 |
| 3. | Zu den Anforderungen des 1. Arbeitsmarkts
- Das Kriterium der Erwerbsfähigkeit im SGB II und seine
Bedeutung für die Praxis -
Evelyn Koch-Sroka
Olaf Wagner | 12 |
| 4. | Chancen und Probleme bei der sozialen und beruflichen
Eingliederung unter den Bedingungen von Hartz IV
Sabine Klemm-Vetterlein | 17 |

Workshops

- | | |
|---|-----------|
| Workshop 1: Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung
Dr. med. Peter Summa-Lehmann
Harry Glaeske | 24 |
| Workshop 2: Niedrigschwellige Hilfen und Qualifizierte Akutbehandlung
Prof. Dr. med. Markus Banger
Dr. med. Marko Vogel | 26 |
| Workshop 3: Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und
Qualifizierte Akutbehandlung
Dr. med. Martin Reker
Silvia Wilske | 30 |
| Plenum - Diskussion der Ergebnisse aus den Workshops
Dr. med. Thomas Kuhlmann | 32 |
| Verzeichnis der Referentinnen und Referenten | 34 |

Anhang:

- | | |
|--|-----------|
| Kurzdarstellung des Fachverbandes „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung
Drogenabhängiger e.V.“ | 35 |
| Kurzdarstellung der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Rheinland | 36 |
| Materialien der Koordinationsstelle Sucht | 37 |

Michael van Brederode

Begrüßung und Einführung

Ich freue mich, Sie heute im Namen des Landschaftsverbandes Rheinland zu einer weiteren Fachtagung begrüßen zu können, die wir gemeinsam mit dem Fachverband „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.“ durchführen.

Die heutige Tagung ist unsere dritte gemeinsame Veranstaltung. Wir können hier insofern schon auf eine eingespielte gute Zusammenarbeit und Tradition blicken. Dafür danke ich insbesondere Herrn Dr. Kuhlmann, der uns immer wieder auch Anstöße für gemeinsame Aktivitäten gibt.

Die Rückwirkungen der so genannten Hartz-IV-Reformen auf die Drogenhilfe und natürlich auf die von Drogenabhängigkeit Betroffenen, bzw. Abhängigkeitsgefährdeten sind Thema unserer heutigen Veranstaltung.

Wir haben uns in diesem Jahr bereits einmal im Rahmen einer Fachtagung - und zwar im April - mit den Rückwirkungen der Hartz-IV-Gesetzgebung auf die Behandlung und Integration suchtkranker Menschen befasst. Ich freue mich, dass wir es noch geschafft haben, die Dokumentation dieser - wie ich finde - sehr spannenden und informationshaltigen Tagung bis zum heutigen Tag fertig zu stellen.

Dass wir den Themenkomplex Arbeit, Beschäftigung, Hartz IV heute ein zweites Mal aufgreifen, verweist auf seine besondere Relevanz für die Suchtkrankenhilfe.

Mit dem kurz Hartz IV genannten (und jetzt sage ich es mal richtig:) VIERTEN GESETZ FÜR MODERNE DIENSTLEISTUNGEN AM ARBEITSMARKT wurden die bisherigen Leistungen der Arbeitslosenhilfe und der Sozialhilfe für Erwerbstätige im Arbeitslosengeld II zusammenge-

führt. Weiterhin wurde die Zusammenarbeit der Agentur für Arbeit als Bundesbehörde mit den Kommunal- und Kreisverwaltungen verbindlich ausgestaltet. Erwartungsgemäß vollzog sich die Umsetzung dieses komplexen Vorhabens nicht reibungslos und viele Abstimmungs- und Organisationsprozesse sind bis heute noch nicht abgeschlossen. Mit zum Teil auch erheblichen Folgen für die Betroffenen.

Ich weiß nicht wie es Ihnen geht - aber „Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ - das hat für mich auch immer etwas von Pfeifen im Walde, angesichts eines Arbeitsmarktes, der uns nach wie vor fast täglich mit negativen Schlagzeilen versorgt. Das Zusammenbrechen ganzer Branchen (aktuelles Stichwort BenQ - Handy galten bis vor kurzem ja noch als Zukunftsmarkt) aber auch der Umstand, dass allein die ebenfalls fast tägliche Ankündigung von weiteren Maßnahmen zum massiven Arbeitsplatzbau zu erheblichen Steigerungen des an der Börse notierten Wertes der stolz verkündenden Unternehmen führt, sprechen da eine ganz andere Sprache. Der Arbeitsmarkt hat eine Dynamik erhalten, der mit modernen Dienstleistungen (wenn es sie denn gibt) allein möglicherweise gar nicht beizukommen ist.

Dennoch: Arbeit ist für fast alle Menschen eine zentrale Säule ihrer persönlichen gesellschaftlichen Integration, sie wird als struktur- und sinngebend erfahren und sie ist i. d. R. Voraussetzung für das Erreichen eines gewissen Lebensstandards. Arbeit ist für uns alle ein wichtiges Element unseres Lebens.

Auf der anderen Seite wird die Arbeitswelt aber - insbesondere in Zeiten eines stetig steigenden Leistungs- und Wettbewerbsdrucks - von vielen Menschen als zuneh-

mend belastend und auch krankmachend erlebt. Ähnliches gilt für das Nadelöhr, das sich für viele junge Menschen auftut, bevor sie überhaupt Teil des Arbeitsmarktes werden dürfen. Das gilt insbesondere dann, wenn sie ohnehin schlechtere Startbedingungen haben, sei es etwa, weil sie einen Migrationshintergrund haben oder ihre schulische Ausbildung nicht den Anforderungen entspricht.

Durch zahlreiche Studien ist belegt, dass Arbeitslosigkeit und berufliche Perspektivlosigkeit die Entstehung und den Verlauf von Suchterkrankungen negativ beeinflussen. Das heißt umgekehrt aber auch, dass Erwerbstätigkeit ein zentraler Faktor bei der Rückfallverhütung im Anschluss an Therapie und Behandlung darstellt.

Vor diesem Hintergrund befinden sich suchtgefährdete und suchtkranke Menschen angesichts der derzeitigen Arbeitsmarktsituation in einer Art Teufelskreis. Suchterkrankungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Arbeitsplatzverlustes erheblich und sie vermindern die Wiedereingliederungschancen. Gleichzeitig verstärkt Arbeitslosigkeit häufig die negative Dynamik einer Abhängigkeitserkrankung und die Rückfallrisiken.

So kommen Henkel et al (2003) in einer Zusammenfassung nationaler und internationaler Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass die Rückfallrate Arbeitsloser nach einer Entwöhnungsbehandlung ge-

genüber Erwerbstätigen um den Faktor 1,5 bis 2 erhöht ist.

Die Integration in Arbeit und Beschäftigung ist daher für eine langfristige Stabilisierung von suchtkranken Menschen außerordentlich bedeutsam.

Im Rahmen unserer April-Tagung sind hier von den eingeladenen Experten sehr differenzierte Bewertungen des Hartz-IV-Instrumentariums geleistet worden. Das Spektrum reichte von sehr pessimistischen Prognosen bis hin zu einem begrenzten Optimismus, wie er etwa durch den Leiter der ARGE Wuppertal - Thomas Lenz - damals hier vertreten wurde.

Inzwischen sind wir ein halbes Jahr weiter und vielleicht um die eine oder andere Erfahrung reicher.

Ich bin gespannt auf die Ergebnisse unserer heutigen Tagung und wünsche Ihnen allen einen anregenden Tag!

Kontakt:

Michael van Brederode
Landschaftsverband Rheinland
Dezernat Gesundheit, Heilpädagogische Netzwerke
Tel.: 0221/809-6640/-6642
Mail: Michael.vanBrederode@lvr.de

Dr. med. Thomas Kuhlmann

Integration in Zeiten des Umbruchs

- Erfahrungen und Fragen aus der (klinischen) Praxis -

Der Konsum psychoaktiver Substanzen hat vielfältige - ich könnte auch sagen: multidimensionale - Auswirkungen: Auf die seelische Verfassung, den körperlichen Zustand und die sozialen Beziehungen.

Wirkung der psychoaktiven Substanz auf

- Psychische Verfassung
- Körperliche Verfassung
- Sozialverhalten/Soziale Beziehungen

Die konkreten Auswirkungen hängen wiederum ab von der Situation des einzelnen Konsumenten, der konsumierten Substanz und dem gesellschaftlichen Umfeld. Diese Betrachtung ist Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells der WHO und unseres Gesundheitssystems.

D. h., wenn sich das Konsumverhalten ändert vom gelegentlichen über missbräuchlichen bis hin zum abhängigen Konsum, dann - gemeint sind die abhängig konsumierenden, also die Drogenabhängigen - sind stets alle Bereiche des bio-psycho-sozialen Modells von dieser Krankheit betroffen. Diese Erkenntnis ist ein entscheidender und unverzichtbarer Ansatzpunkt unseres Hilfesystems und damit auch des Behandlungskonzepts der qualifizierten stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger (1, 2). Bis Anfang der 90er Jahre galten Drogenabhängige als schwierige Untergruppe und erhielten keine besonderen Hilfsangebote, die ihre spezifischen Probleme berücksichtigten, sondern wurden mitbehandelt als Minderheit auf

- Stationen für Alkoholabhängige,
- Stationen der Allgemeinpsychiatrie,

- Stationen der somatischen Medizin ohne oder ohne ausreichende Berücksichtigung der besonderen Dimension dieser Erkrankung, abgesehen von einigen wenigen Modellprojekten.

Die sehr ermutigenden Ergebnisse der Modellprojekte gerade in NRW in den 80er/90er Jahren haben dazu geführt, dass inzwischen nahezu flächendeckend in NRW Behandlungsangebote zur qualifizierten stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger existieren und die Akzeptanz und Inanspruchnahme dieses Hilfsangebotes deutlich verbessert werden konnten: Bei den Betroffenen, also den Drogenabhängigen selbst, innerhalb des Hilfesystems, bei Kosten- und Leistungsträgern und der Gesundheitspolitik.

Die Eckpunkte und Voraussetzungen dieses Hilfeangebotes sind die Integration von entzugsunterstützender und motivationsfördernder Behandlung, die unmittelbare Berücksichtigung der psychischen, somatischen und sozialen Dimension der Drogenabhängigkeit in ihrer konkreten Ausprägung beim einzelnen Betroffenen und die intensive Kooperation an den Schnittstellen (mit vor- und weiterbehandelnden bzw. betreuenden Institutionen und auch dem sozialen Umfeld), so dass zumindest strukturell keine Gruppe Drogenabhängiger mehr ausgegrenzt ist.

Qualifizierte stationäre Akutbehandlung
Drogenabhängiger
Zielgruppen:

- „Einstieg in den Ausstieg“: Behandlungsbedürftige, aber (noch) nicht Ausstiegsorientierte
- Ambivalente Ausstiegsorientierte
- Stabil Ausstiegsorientierte
- Substituierte (Krisenintervention, u. U. Einstellung bzw. Ausschleichen)
- Psychiatrisch Comorbide

Ziel dieses Behandlungsansatzes ist es für jeden Betroffenen die Akutbehandlung als Chance zu nutzen, individuell erforderliche weiterführende und stabilisierende Anschlussmaßnahmen zeitnah bis nahtlos zu erarbeiten. Dieser hohe Anspruch kann nur gemeinsam umgesetzt werden: Von Patientinnen und Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stationen und dem gesamten Netzwerk jeweils vor Ort - immer mit der Perspektive die Patientinnen und Patienten zu aktiver und konstruktiver Mitgestaltung ihrer eigenen Zukunft zu motivieren, bis hin zur Wiederentdeckung der Neugier auf ein Leben auch ohne Drogenkonsum, soweit dies im konkreten Einzelfall möglich ist und stets mit, nicht aber ohne oder gegen die Betroffenen, ohne die dieses Ziel nicht erreichbar ist (3).

Die stationäre Behandlung ist stets Ausdruck einer Krise. Um diese Krise als Chance zu nutzen, muss die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter eine konkrete positive Perspektive für den Patienten sehen, um diesem zu helfen, seine Krise zu überwinden. Wenn das gelingt, dass die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter aufgrund seiner Berufserfahrung und Kenntnis des Hilfesystems Chancen erkennt, der Patientin/dem Patienten durch konkrete Maßnahmen zu helfen, seine gegenwärtig als ausweglos empfundene Situation schrittweise zu überwinden, dann kann dieser berechtigte vorsichtige Optimismus für den Patienten ein entscheidender Ansatzpunkt sein, sich - wenn auch zögernd - einzulassen trotz seiner subjektiven Perspektivlosigkeit auf die Erörterung einer konkreten Nutzung

der Hilfsangebote: Sei es die Vorstellung in einem Wohnheim, die Vorbereitung einer Langzeittherapie, eine Substitutionsmaßnahme, ein tagesstrukturierendes Angebot oder z. B. alltagsunterstützende Hilfe wie das Aufsuchende Betreute Wohnen.

Vorraussetzungen für die qualifizierte Akutbehandlung (QA):

- Verbindliche Regeln und Zuständigkeiten

(möglichst) an allen Schnittstellen:
GKV, RV, ARGE, DROBS,
LZT-Einrichtungen, Hausärzte ...

Anderenfalls wenn der Mitarbeiter nicht weiter weiß, sinken die Chancen für den Patienten gegen null, seine aktuelle Lebenssituation umfassend zu verbessern. Deshalb sind verlässliche Rahmenbedingungen unverzichtbar (4).

Die politisch durchgesetzten Veränderungen im Bereich des Gesundheitswesens und der Sozialpolitik sind enorm und betreffen auch alle Bereiche des Hilfesystems für drogenabhängige Menschen. Aufgrund der umfassenden gesetzlichen Veränderungen sind eine Vielzahl langjährig gültiger Erfahrungen nicht mehr uneingeschränkt nutzbar. Arbeitsbeziehungen haben sich strukturell tief greifend verändert - genannt sei an dieser Stelle nur die Zusammenlegung der Agenturen für Arbeit und der Sozialämter zu den in der Regel ARGE genannten Institutionen - mit für die einzelnen Drogenabhängigen und damit auch für die verschiedenen Bereiche des Hilfesystems höchst unterschiedlichen Folgen.

Vorraussetzungen für effektive Hilfe:

- Engagierte und informierte Mitarbeiter
- Hartz IV: Veränderung (fast) aller Arbeitsbereiche:
- verunsichert Mitarbeiter
 - verunsichert Patienten

Da die neuen gesetzlichen Vorgaben für viele dieser Regelungen nur Rahmenvor-

gaben enthalten, die jeweils kommunal auszugestalten sind, können in vielen Fällen Erfahrungen der einen Klinik bzw. Region nur bedingt von der anderen genutzt werden, da in den jeweiligen Regionen höchst unterschiedliche Vorgehensweisen und Strukturen entwickelt worden sind.

Nachfolgend sind einige, bei weitem nicht alle Fragen aus der konkreten Praxis aufgezählt, um zu verdeutlichen, warum sich diese Fragen direkt auf die qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger mit allen Schnittstellen auswirken, Patienten und Mitarbeiter betreffen und damit unmittelbar behandlungsrelevant sind.

- Patienten, die ohne festen Wohnsitz (o. f. W.) in einer Kommune leben:

Praxisbeispiel I: Patienten o. f. W.

- Kommune A: Hilfe gemäß SGB II
- Kommune B: Hilfe gemäß SGB XII

Missachtung des § 264 SGB V (GKV-Versicherungskarte statt Behandlungsschein)

Hier wird je nach Kommune höchst unterschiedlich verfahren. So leistet Kommune A Hilfen gemäß SGB II, Kommune B hingegen grundsätzlich Hilfen nach SGB XII. In letzterem Fall wird der § 264 SGB V häufig nicht angewendet, demzufolge diese Personen sich bei einer Krankenkasse anmelden und eine Krankenversicherungskarte erhalten können, eine gesetzliche Regelung, die einer Stigmatisierung der Sozialhilfeempfänger vorbeugen soll durch Gleichstellung dieser Personengruppe mit anderen Versicherten über die Krankenversicherungskarte statt eines Behandlungsscheins.

- Zuständigkeit der Kostenträger:

Praxisbeispiel II: Zuständiger Kostenträger:

- Beginn der Akutbehandlung: GKV bestätigt Versicherungsstatus des Patienten
- Ende der Akutbehandlung
→ Rechnungsstellung
- Wahlrechtserklärung nicht unterschrieben: GKV erklärt sich nicht zuständig
→ Rechnung nicht bezahlt

Bei stationärer Akutbehandlung wird in o. g. Fall seitens der Krankenkasse der Versicherungsstatus bestätigt und häufig erst nach Abschluss der Behandlung intern recherchiert, ob der jeweilige Patient nicht nur über das Sozialamt bei der Krankenkasse angemeldet worden ist, sondern darüber hinaus eine Wahlrechtserklärung unterschrieben, also schriftlich erklärt hat bei eben dieser Krankenkasse Mitglied werden zu wollen. Fehlt diese Unterstützung, erklärt sich die Kasse als nicht zuständig und die Behandlung wird nicht bezahlt - trotz ordnungsgemäßer Anmeldung des Patienten und Ausgabe einer Krankenversicherungskarte!

- Gültigkeit der Kostenübernahmeerklärung für die medizinische Rehabilitation:

Praxisbeispiel III: Kostenübernahme für med. Reha:

- RV nicht zuständig
- GKV als Leistungsträger
- Anmeldung bei GKV durch ARGE vergessen
→ GKV widerruft Kostenübernahme: Med. Reha faktisch beendet

In einer erheblichen Zahl von Fällen haben die Patienten nicht über einen ausreichend langen Zeitraum Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt, so dass die Krankenkasse als Leistungsträger für die Rehabilitationsmaßnahme zuständig ist.

Wenn, wie in einigen Fällen geschehen, seitens der ARGE vergessen worden ist, diesen Patienten bei der Krankenversicherung anzumelden, droht der Widerruf der Kostenübernahmeerklärung sowie die Nichterstattung möglicherweise anfallender Krankenhausbehandlungskosten, die medizinische Rehabilitation ist damit faktisch beendet.

Gleiches gilt, wenn die entsprechende Krankenkasse das mögliche Nicht-

ausfüllen einer Wahlrechtserklärung zum Anlass nimmt, sich für nicht zuständig zu erklären. Dieses Problem betrifft grundsätzlich auch die Akutbehandlung, setzt die Kliniken erheblich unter Druck und berücksichtigt die Lebensrealität der Drogenabhängigen in keiner Weise.

- Übergang vom SGB II zu SGB XII:

Praxisbeispiel IV: Übergang von SGB II zu SGB XII:

- Aufenthalt > sechs Monate: SGB XII (statt SGB II)
- JVA-Aufenthalt wird angerechnet
- Wechsel in SGB XII obligat
- Bezüge sinken
- Keine Auszahlung von Übergangsgeld!

Wenn die Klienten länger als sechs Monate nicht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, gilt statt des SGB II das SGB XII. Inzwischen werden auch JVA-Aufenthalte auf die sechs Monate angerechnet, so dass sich der Übergang vom SGB II zum SGB XII während der medizinischen Rehabilitation vollziehen kann mit der Konsequenz, dass sich die Bezüge des Patienten während der Behandlung drastisch verringern.

Mit dem Wechsel von SGB II zu SGB XII während der medizinischen Rehabilitation entfällt die Auszahlung des Übergangsgeldes, obwohl dies zuvor für die gesamte Zeit der medizinischen Rehabilitation genehmigt worden ist. Zur Erinnerung: Auszahlende Stelle für das Übergangsgeld ist die ARGE, welche den Betrag mit der zuständigen RV verrechnet. Mit dem Wechsel zu SGB XII wird die Auszahlung eingestellt.

- Übergang von der Jugendhilfe zum SGB II bei jüngeren (17/18 Jahre) Drogenabhängigen:

Praxisbeispiel V:

Übergang Jugendhilfe (17/18)/SGB II und SGB XII

- Beginn der med. Reha → SGB II (statt Jugendhilfe)
- Bezüge sinken → Motivation sinkt
- Wenn jünger als 25 Jahre, eigene Wohnung nur in Ausnahmen finanziert

Die finanziellen Zuwendungen und die Betreuungsintensität sind im Rahmen der Jugendhilfe für Jugendliche und junge Erwachsene wesentlich höher bzw. ausgeprägter als im SGB II. Bei einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation wird stets der Wechsel zum SGB II/SGB XII vollzogen.

- Dadurch erhalten die Patienten erheblich weniger Bezüge und fallen endgültig aus der Zuständigkeit ihrer bisherigen Betreuer. Diese Folgen wirken sich in hohem Maße negativ aus auf die Bereitschaft, eine Langzeittherapie anzutreten.

Darüber hinaus können Patienten unter 25 Jahren nur noch dann über SGB II Unterstützung zur Finanzierung einer eigenen Wohnung erhalten, wenn dies im Rahmen einer Ausbildungsmaßnahme erforderlich ist. Gerade bei Suchtkranken ist es häufig sinnvoll, Distanz zum Elternhaus zu ermöglichen - je nach konkreter Problemlage. Diese Möglichkeit existiert für viele jüngere Drogenabhängige faktisch nicht mehr.

- Fallmanagement bei Menschen mit dem Vermittlungshindernis Sucht:

Praxisbeispiel VI: Fallmanagement:

Bei Menschen mit Vermittlungshindernis Sucht regional sehr unterschiedlich

Überwiegend: Kein Fallmanagement vorhanden

Faktisch i. d. R. (noch) keine Kooperation zwischen ARGE und Drogenhilfe

Die Unterstützung für Drogenabhängige durch aktives Fallmanagement in Kooperation mit der Suchthilfe wird regional sehr unterschiedlich praktiziert.

Das bedeutet, dass viele Drogenabhängige, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht oder nur sehr eingeschränkt in der Lage sind, ihren aktiven Beitrag im Sinne des SGB II zu leisten, von weitgehenden Kürzungsmaßnahmen bedroht sind, ohne dass sie konkrete Unterstützung finden: Und das allein aufgrund der fehlenden Kooperation zwischen der jeweiligen ARGE und der Sucht- bzw. Drogenhilfe und vollständig fehlendem Fallmanagement.

- Kapazitäten des Hilfesystems:

Praxisbeispiel VII: Sparmaßnahmen und Kapazitäten im Hilfesystem

- Verlagerung der Landesmittel auf die Kommunen
- und
- Finanzmisere der Kommunen
 - Sorge wegen Umschichtung der Landesmittel
 - Stellenkürzung
 - Einstellung z. B. der Beratung in JVAs

Die Finanzmisere vieler Kommunen, der Rückzug des Landes aus vielen mischfinanzierten Stellen und Projekten und die Verlagerung der Mittelzuweisung vom Land hin zu den Kommunen führt dazu, dass die Mittel für die Drogenberatungsstellen gekürzt werden (um andere kommunale Finanzlöcher zu stopfen) mit der Folge von Stellenabbau. Das schwächt die jeweiligen Netzwerke der Drogenhilfe enorm.

Diese Kürzungen betreffen u. a. die externe Drogenberatung in den JVAs mit der Folge, dass die Inhaftierten noch länger warten müssen bis zur Beantragung und dem Erhalt einer möglichen Leistungszusage für eine Langzeittherapie. Die Möglichkeit, aus

der JVA entlassen zu werden zwecks Antritts einer konkreten Langzeittherapie, wird dadurch erschwert mit der Folge längerer Haftzeit. Sofern diese mit angerechnet wird und sechs Monate überschreitet, fällt der betreffende Patient direkt aus der Zuständigkeit des SGB II heraus.

- Gewöhnlicher Aufenthalt:
Dieser Aspekt betrifft vor allem die medizinische Rehabilitation. Ein Drogenabhängiger meldet sich ordnungsgemäß in der Gemeinde an, in der er die Langzeittherapie antritt. Damit erklärt sich die Herkunftsgemeinde für unzuständig, erbringt keine Leistungen mehr, so dass alles neu beantragt bzw. juristisch erstritten werden muss. Diese Hürde wirkt sich ebenfalls motivationsbeeinträchtigend aus.

Es ist Aufgabe der qualifizierten Akutbehandlung die Patienten umfassend zu informieren - auch über die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Behandlung und damit auch über SGB II und SGB XII.

Aufgabe der qualifizierten Entzugsbehandlung

- Entzugsbehandlung und
- Motivationsförderung und
- Information und Orientierung
 - Auch über die praktische Bedeutung von Hartz IV

Die o. g. Probleme, die sich auf verschiedene Bereiche des Hilfesystems auswirken, sind deshalb stets auch Thema während der Akutbehandlung und wirken sich in der jeweiligen Regionen unterschiedlich aus, in manchen sehr stark, in anderen hingegen kaum. Zu beachten sind sie aber stets.

Trotz der genannten Schwierigkeiten bin ich der Meinung, dass kein Anlass für Resignation besteht. Im Gegenteil: Eine solch umfassende Reformgesetzgebung, wie sie mit dem Begriff Hartz IV verbun-

den ist, kann nicht ohne Verbesserungsbedarf auf den Weg gebracht werden.

Hartz IV: Große Veränderung

- Einerseits Verunsicherung und Nachbesserungsbedarf
- Andererseits (neue) Chance und Herausforderung
 - Bedeutung der Kommunikation und Kooperation von ARGE und (Drogen-) Hilfesystem

Insofern ist es nachvollziehbar, dass sich viele Probleme erst bei der Umsetzung in der täglichen Praxis ergeben. Darüber müssen wir diskutieren.

Vor allem müssen wir uns darüber klar werden, wie wir den Drogenabhängigen konkret helfen können und müssen im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells, die eingetretenen Schäden in allen Bereichen zu reduzieren und die Ressourcen zu fördern mit dem Ziel, eine positive Lebensperspektive zu entwickeln, wenn möglich auch ohne Drogenkonsum und sozial voll integriert. Deshalb sehen wir die mit Hartz IV verbundenen Probleme nicht als Anlass zum Resignieren, sondern als Anlass zur Kommunikation, zur Aufklärung und Kooperation: Das allerdings geht nur miteinander.

In diesem Sinne bin ich gespannt auf die Beiträge meiner nachfolgenden Redner und hoffe, dass wir gemeinsam nach dieser Tagung besser in der Lage sind, den betroffenen Klienten und Patienten zu helfen, damit sie konkrete Hilfsangebote aktiv nutzen und die eigene Lebenssituation konkret und eigenverantwortlich so weit wie möglich mitgestalten können. Denn darum geht es: Um Hilfe zur Selbsthilfe.

Ziel jeglicher Hilfe:

Hilfe zur Selbsthilfe

Literatur:

1. Kuhlmann, Th., Hasse, H.E., Sawalies, D.: *Die qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW*; PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1, S. 13-18 (1994), Stuttgart-New York: Georg Thieme Verlag
2. Kuhlmann, Th.; Hasse, H.E.; Sawalies, D.: *Harm-Reduction und niederschwellige Drogenhilfe in NRW - über die Anforderung an eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger*; SUCHT 1 (1994), S. 50-56, Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH
3. Kuhlmann, Th.: *Harm reduction - zum Paradigmenwechsel in der Drogenarbeit*; PSYCHIATRISCHE PRAXIS Heft 4 (1996), S. 157-160, Stuttgart, New York: Thieme-Verlag
4. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen: *Landesprogramm gegen Sucht*, 1999

Kontakt:

Dr. med. Thomas Kuhlmann
Vorsitzender des Fachverbandes „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.“
Psychosomatische Klinik
Bergisch Gladbach
Tel.: 02202/206-173
Mail: thkuhlmann@psk-bg.de
www.drogenakut.de

**Evelyn Koch-Sroka
Olaf Wagner**

**Zu den Anforderungen des 1. Arbeitsmarkts
- Das Kriterium der Erwerbsfähigkeit im SGB II und
seine Bedeutung für die Praxis -**

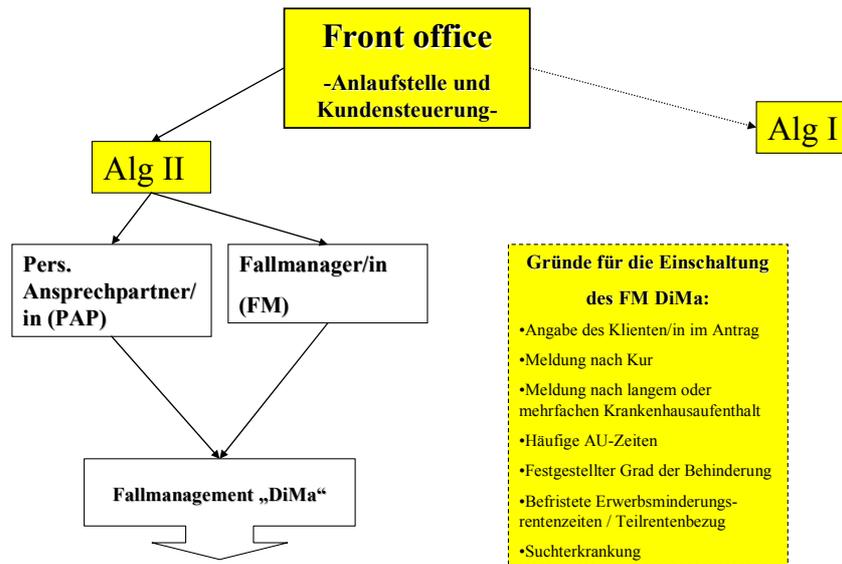
Das Kriterium der Erwerbsfähigkeit im SGB II und seine Bedeutung für die Praxis



25.10.2006

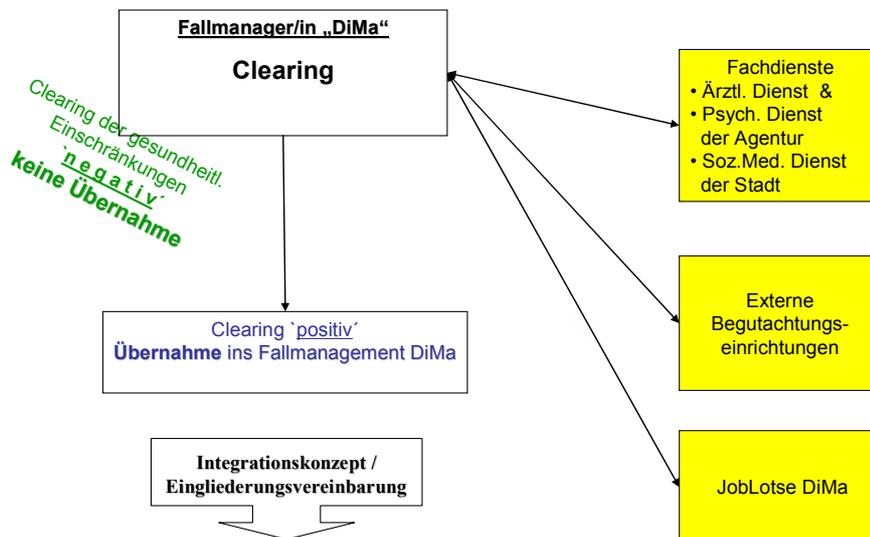
***Leitung des
DiMa-Teams
Köln***

ARGE Köln

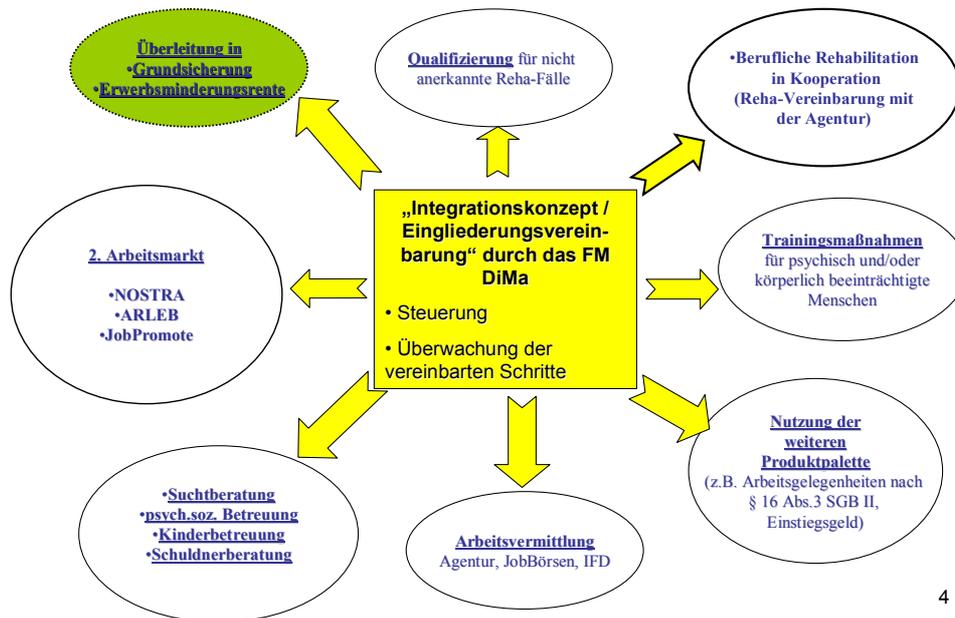


ARGE Köln

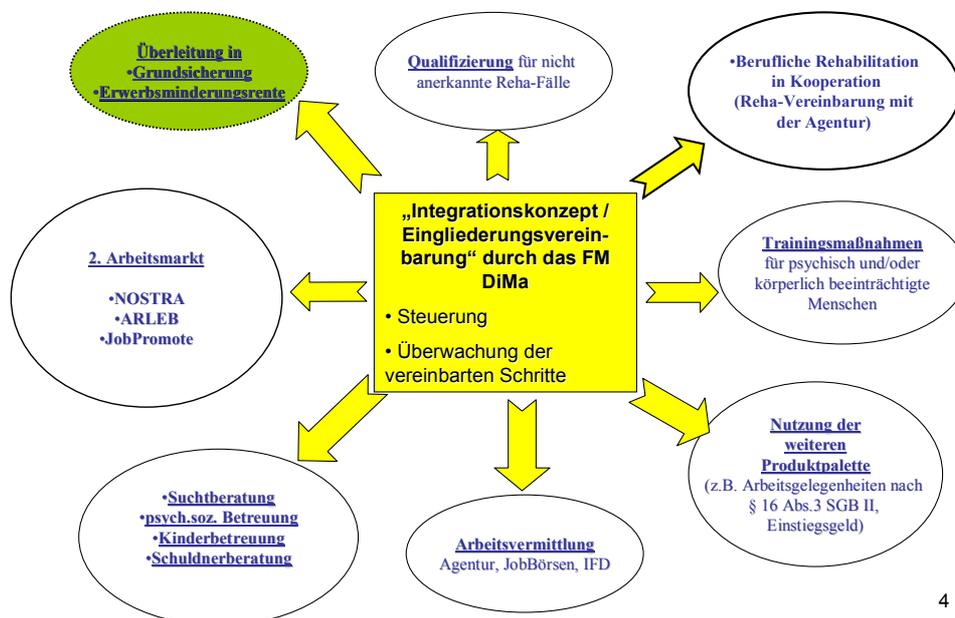
Ablaufschema



ARGE Köln
Ablaufschema Teil 2...



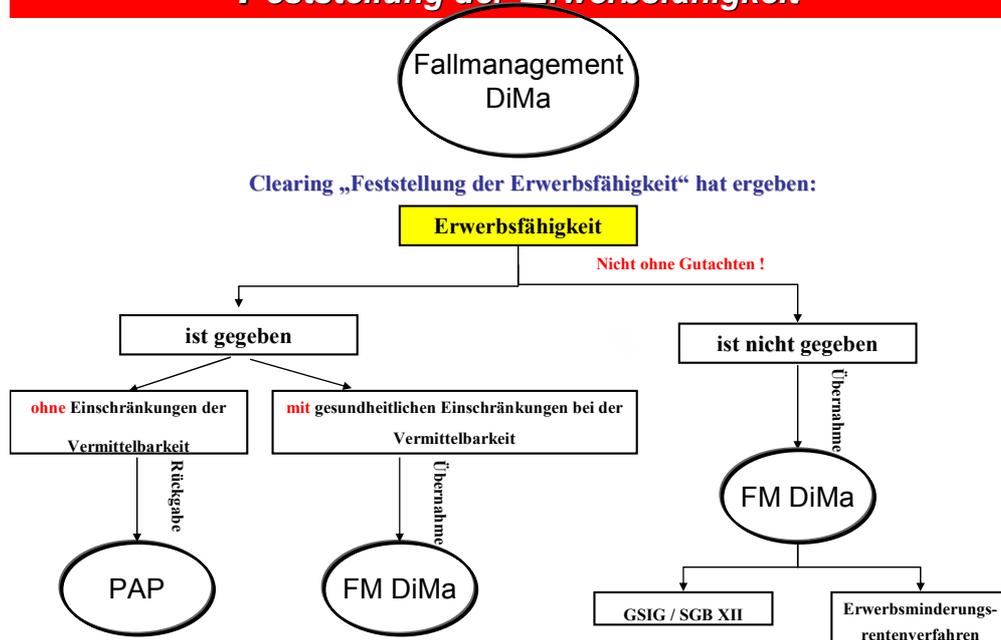
ARGE Köln
Ablaufschema Teil 2...



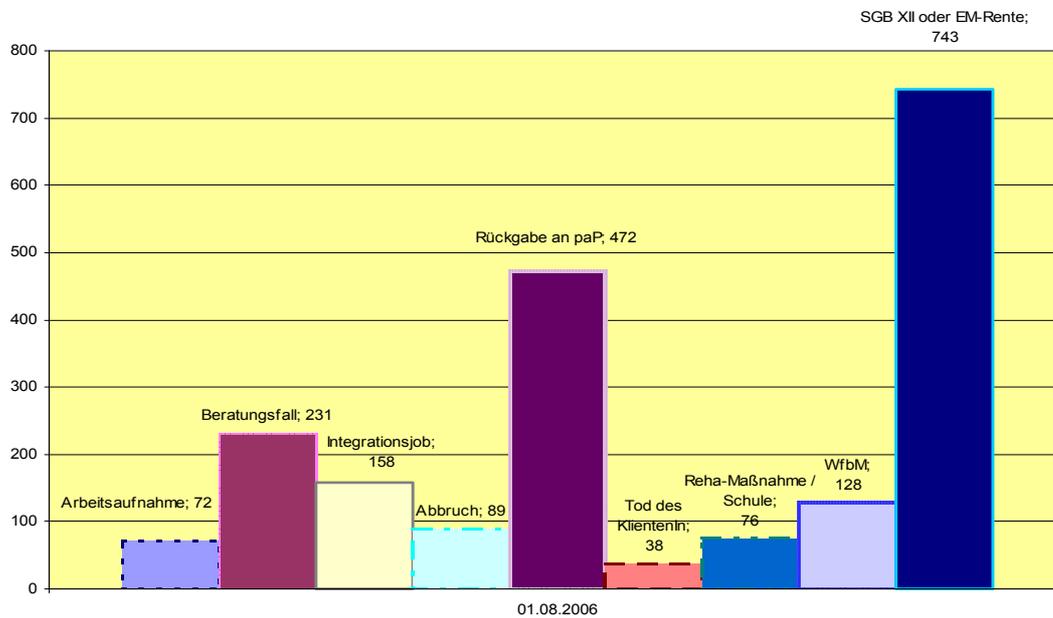
ARGE Köln
Begriff der **Erwerbsunfähigkeit** im SGB II



ARGE Köln
Feststellung der Erwerbsfähigkeit



ARGE Köln (DiMa) Arbeitsergebnisse seit August 2005 bis Ende Juli 2006



Kontakt:

Evelyn Koch-Sroka

Olaf Wagner

ARGE Köln

Tel.: 0221 / 9429-8231

Mail: evelyn.koch-sroka@arbeitsagentur.de

olaf.wagner@arbeitsagentur.de

Sabine Klemm-Vetterlein

Chancen und Probleme bei der sozialen und beruflichen Eingliederung unter den Bedingungen von Hartz IV

Debatten um Hartz IV

Zu Beginn stelle ich Ihnen einige Meinungen vor, die die Debatten um Hartz IV prägen:

Die öffentliche Debatte zu Hartz IV prägen Vorstellungen wie:

- Alle kommen in Arbeit, die arbeiten können.
- Der 1-Euro-Job ist das Ziel und steht für die Lösung aller Probleme der Integration in Arbeit.
- Alles ist zumutbar, wer nicht mitspielt (mitwirkt) wird sanktioniert.
- Soziale Hängematte ist nicht.
- Wer nicht arbeiten kann oder will, für den ist Ende.

In der öffentlichen Meinung dreht sich das Prinzip „Fördern und Fordern“ um in „Fordern ohne Förderung“.

Innerhalb der Suchthilfe eröffnete Hartz IV die Diskussion, ob sich der Suchthilfe hier Möglichkeiten eröffnen, von der Kommune nach § 16 SGB II, Abs. 2 zusätzliche Mittel für zusätzliches Klientel bzw. zusätzliche Arbeit zu erhalten. Gleichzeitig wird darauf verwiesen, die berufliche Eingliederung Suchtkranker sei immer schon Bestandteil der Arbeit der Suchtkrankenhilfe gewesen.

Dann gibt es innerhalb der Suchthilfe noch den trügerischen Glauben, dass jeder Suchtkranke unter das SGB IX fällt. Das ist jedoch nur dann der Fall, wenn eine Behinderung besteht oder droht. Das wird im Einzelfall geprüft. Das SGB IX ist nicht Förderinstrument für berufliche Eingliederung Suchtkranker per se.

In der Debatte um die Integration Suchtkranker ist auf der Erscheinungsebene das „Gute“ das SGB IX und das „Schlechte“ Hartz IV.

Zum Verhältnis Suchthilfe und Arbeitswelt

In den Jahren vor Hartz IV waren die hohe Arbeitslosigkeit oder die Anforderungen des Arbeitsmarktes die Begründung dafür, dass die Suchthilfe selbst ihrer Klientel wenig Chancen einräumte, Arbeit zu finden. Was aber war ihre Antwort - es gab Slogans wie „Tu was“ oder „Gründe schaffen für ein Leben ohne Drogen“. Hat die Suchthilfe das wirklich geschafft, als ihren Auftrag verstanden und angenommen?

Müssen wir nicht angesichts von immer weniger Arbeit, den hohen Anforderungen an Qualifikation, an extrafunktionale Fähigkeiten und Mobilität, an persönliche Flexibilität, an das „Lebenslange Lernen“ auch in der Suchthilfe mit den Betroffenen diese Diskussionen führen und ihnen Anregungen ganz anderer Art geben. Die sachliche Auseinandersetzung darüber ist ein wichtiger Punkt.

Diese Gesellschaft hat keinerlei positive Orientierung oder Leitbilder für Arbeitslose im erwerbsfähigen Alter ohne Kind, Partner oder kranke Angehörige, obwohl bekannt ist, dass Vollbeschäftigung nicht erreichbar ist. Bleibt die Frage wie kann man sich einbringen in die Gemeinschaft ohne Arbeit und Geld?

Interessanter Weise landet man bei dieser Fragestellung beim gleichen Punkt wie bei der Eingliederung in Arbeit: Ich muss wissen was ich kann, wo meine Fähigkeiten liegen, muss meine Fähigkeiten verbalisieren und möglichst vorweisen oder erpro-

ben können. Daraus kann sich ein sinnvoller Part für die Gemeinschaft ergeben oder auch ein individueller Lebenssinn. Gleichzeitig erhöhen sich die Chancen auf Arbeitsaufnahme, wenn diese Fragen beantwortet werden und die Auseinandersetzung darüber aktiv gestaltet und geführt wird.

Suchtkranke und Arbeit

Erwiesen ist, viele Drogenabhängige können arbeiten und das nicht erst nach abgeschlossener Behandlung. Substitution mit Methadon und das Modellprojekt zur Originalstoffvergabe haben zur Hinführung auf Arbeit, zur Arbeitsaufnahme oder Fortführung der Arbeit durch persönliche und gesundheitliche Stabilisierung geführt. Dies können wir in Nordrhein-Westfalen mit den Erfolgen zahlreicher Arbeitsprojekte belegen. Wir haben in diesen Projekten, die jetzt über SGB III, SGB II und SGB XII bzw. EU und Land gefördert werden, gute Erfahrungen mit der Kooperation zwischen Bildungsträgern und Suchthilfen gemacht. Vielleicht ermuntern diese Erfahrungen auch zur verstärkten Kooperation der Suchthilfe mit der ARGE/Optionskommune¹ und dem Sozialhilfeträger. Gestatten Sie mir hierzu einen Hinweis: Bei fast allen Arbeitsprojekten gab es Probleme mit der Nachfrage. Die vorhandenen Plätze konnten nicht oder nicht in ausreichendem Maße belegt werden. Die Teilnehmergewinnung gestaltete sich schwieriger als angenommen.

Bei unzureichender Auslastung der Plätze wird jede Maßnahme unwirtschaftlich und kann deshalb nicht gefördert werden. Hierbei handelt es sich aber nicht um die Ausgrenzung von Suchtkranken, sondern um das Wirtschaftlichkeitsgebot, das eingehalten werden muss.

Daraus folgt: Wer den Bedarf anmeldet, muss eine ausreichend hohe Nachfrage haben, auch weil die Maßnahme fortlaufend belegt werden muss.

¹ Aus Gründen der Vereinfachung ist im Vortrag beim Begriff „ARGE“ die „Optionskommune“ ebenfalls gemeint.

Ein weiteres Problem: Die Teilnehmer müssen nicht nur individuell die Förder Voraussetzungen erfüllen, sondern auch zuverlässig diese Maßnahme besuchen wollen. Hierzu ist eine gute Motivationsarbeit erforderlich.

Aus unserer Sicht zu fordern sind Maßnahmen, die einen leichteren Zugang zur Arbeitsaufnahme und Qualifikation für Suchtkranke ermöglichen. Da die Förderungen von Maßnahmen über das SGB III sehr zurückgefahren wurden, ist das nicht von heute auf morgen zu realisieren. Die Sozialhilfeträger und die ARGE'n werden sich dem aber nicht verschließen können, wenn sie ihre Eingliederungsbilanzen unter diesem Aspekt einmal auswerten würden. Die berufliche Eingliederung Suchtkranker rechnet sich durchaus.

Chancen und Befürchtungen

• Chancen

Wenn also viele Drogenabhängige besser arbeiten können als im Hilfesektor angenommen, wie können ihre Chancen noch verbessert werden? Zum einen durch bessere Kooperation der Suchthilfe mit den Leistungsträgern. Zum anderen durch effektivere Erprobung persönlicher Fähigkeiten und Vorbereitung durch das Suchthilfesystem. Hier kommt der Arbeitstherapie eine wichtige Brückenfunktion zu. Erreicht werden kann dies durch

- Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- den Einsatz verschiedener Methoden in Betreuung und Behandlung,
- durch die Erhebung einer ausführlichen Berufsanamnese als Grundlage für Hilfeplanung und Kooperation.

Die Landeskoordination Integration NRW stellt dazu Beratung, Materialien und Qualifizierungsangebote bereit.

Immer wieder hören wir Erfahrungen von Mitarbeitern der Suchthilfe wie, der Mitarbeiter der ARGE hört sich gar nicht erst an, was ich sage oder auch Fragen danach, wo die Kooperation verankert sei.

Zunächst ist im § 4 SGB XII die Zusammenarbeit der Träger der Sozialhilfe mit anderen Leistungsträgern geregelt, im § 18 SGB II die örtliche Zusammenarbeit mit den Akteuren des örtlichen Arbeitsmarktes, hier sind auch explizit die Träger der Freien Wohlfahrtspflege genannt, im SGB III ist die Zusammenarbeit in § 9 gefordert. Hier können sich die Suchthilfen einbringen als Träger, die im Auftrag der Städte und Gemeinden tätig sind.

Nach dem SGB II und SGB XII kann jemand durchaus parallel zur Betreuung auch durch Maßnahmen gefördert werden. Hier ist die Suchthilfe gut beraten, wenn sie aus dieser positiven Möglichkeit nicht in der Praxis wieder ein „Nacheinander“ macht. Hier bieten beide Gesetze wirklich Chancen. Suchthilfe hilft Personen, die Suchtprobleme haben, diese zu bewältigen. Sie hat im Sinne des SGB II dazu Stellung zu nehmen, ob ein „Vermittlungshemmnis“ vorliegt. Ist jemand in ambulanter Betreuung, so setzt er sich auseinander, dies muss nicht automatisch bedeuten, dass er nicht erwerbsfähig im Sinne des SGB II ist. Wenn jemand wegen einer Erkrankung in stationärer Behandlung im Krankenhaus ist, wird er danach wenn nötig ambulant weiterbehandelt, eventuell noch krankgeschrieben und geht dann wieder arbeiten.

Wieso wird eine stationäre Entgiftung bei Drogenabhängigen so wesentlich anders bewertet? Oder eine Entwöhnungsbehandlung anders als eine Kur nach einem Bandscheibenvorfall? Hier sollte die Suchthilfe mit zur Normalisierung beitragen und sich fachkompetent, auch fachärztlich einbringen bei nicht angemessener Interpretation einer Suchterkrankung bzw. der Betreuung und Behandlung von Suchtkranken.

- Befürchtungen

Wovor bestehen eigentlich Ängste?
Sind es mögliche Sanktionen, wenn der Klient versagt? Hier ist es wichtig Folgendes zu wissen:

Sanktionen erfolgen nicht automatisch, wenn eine Maßnahme abgebrochen wird

oder ein Arbeitsangebot nicht angenommen wird. Wenn ein wichtiger Grund vorliegt, muss das geprüft werden und gegebenenfalls Berücksichtigung finden bei der Eingliederungsplanung. Wichtig an dieser Stelle: Eine Begründung muss dem Leistungsträger vorliegen! Ein entsprechender Fragebogen wird ausgehändigt oder der Grund wird beim Beratungsgespräch erfragt.

Oder gibt es Unsicherheiten, ob die Erwerbsfähigkeit ausreicht?

Arbeitsmedizinische Kenntnisse sind heute unbedingt erforderlich. Hier sollten Kooperationen mit entsprechenden Diensten ausgebaut oder in die Suchthilfe integriert werden. Nützlich sind sie auf jeden Fall, um Klarheit darüber zu schaffen, ob eine Erwerbsfähigkeit von drei Stunden täglich vorliegt oder nicht. Im Zweifelsfall kann dann reagiert werden.

- Chancen

Jeder Schritt in Richtung Eingliederung kann ein Lernerfolg für den Arbeitslosen sein, seine Chancen erhöhen und zugleich den Betreuungs- und Behandlungserfolg der Suchterkrankung wesentlich unterstützen. Genau diese positive Wechselwirkung stabilisiert, das zeigen alle Arbeitsprojekte mit Suchtkranken, die die Erwerbsfähigkeit steigern sollen bzw. zur Arbeitsaufnahme oder Qualifizierung führen und die Erwerbsfähigkeit von täglich drei Stunden voraussetzen.

Lässt sich die Erwerbstätigkeit nicht bzw. nur langfristig noch steigern, so verbleiben Zuverdienstmöglichkeiten, Integrationsbetriebe, beschütztes Arbeiten und die Werkstätten für Behinderte, aber vor allem auch die individuellen Eingliederungshilfen nach SGB XII.

Nach dem Fortentwicklungsgesetz soll es zumindest für die, die vorher noch keine Leistungen nach SGB III oder II bezogen haben, ein Sofortangebot geben. Darauf muss die Suchthilfe die Klienten, auf die das zutrifft (kein ALG I und ALG II Bezug oder Anspruch), gut vorbereiten. Auch

hierin liegen Chancen für den Arbeitslosen, sich zu bewähren.

Integration wohin?

Meine Damen und Herren, Sie verstehen sicher, dass ich nicht im Detail auf jede Änderung eingehe, die mit Hartz IV verbunden ist. Der ganze Bereich der Minijobs kann auch ein Baustein sein auf dem Weg zur beruflichen Eingliederung Erwerbsloser. Fakt ist aber, dass Unqualifizierte in Minijobs in unqualifizierter Arbeit bleiben und Billiganbieter gerade auch im Bereich der Minijobs zur Verdrängung anderer Erwerbsloser beitragen. Die Diskussion um Mindestlöhne, um Zuverdienstgrenzen und um die Anreize zur Arbeitsaufnahme - all das meint auch Hartz IV.

Für den Herbst hat Arbeitsminister Muntefering angekündigt, seine Pläne zu Mindest- und Kombilöhnen und weitere Korrekturen an Hartz IV zu präsentieren. Ich zitiere: „Experten schätzen, dass in Deutschland etwa 400 000 Menschen auch bei guter Wirtschaftslage auf absehbare Zeit keine Chance auf eine Stelle haben. Nach Angaben des SPD-Arbeitsmarktexperten Klaus Brandner hat die Hälfte der Empfänger von Arbeitslosengeld II bereits seit drei Jahren keine reguläre Stelle mehr gehabt. Bei einem Drittel liege die letzte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mindestens sechs Jahre zurück. Hinter dem dritten Arbeitsmarkt steckt die Idee, besonders schwer vermittelbare Erwerbslose - dazu gehören zum Beispiel auch ehemalige Kriminelle oder Drogenabhängige - in staatlich bezahlte Stellen zu stecken. Die Betroffenen bekämen nicht mehr Hartz IV-Geld und sonstige staatliche Zuschüsse, sondern eine Art reguläres Gehalt...“ (Süddeutsche Zeitung, 11. Juli 2006, Seite 17. „Auch Union will Jobs für Chancenlose bezuschussen“ von Nina Bovensiepen).

Was meint 1. und 2. Arbeitsmarkt eigentlich wirklich? Ein Beispiel - die Minijobs. Hier wird es Wirtschaft und Privathaushalten ermöglicht, mit Pauschalbeiträgen zu Steuern und Versicherungen (neue) Arbeitsplätze zu schaffen. Für den Erwerbs-

tätigen bedeutet das bei mehreren Minijobs u. U. einen geringen, aber eigenen Rentenanspruch, bei zumeist geringen Einnahmen. Ist das subventionierte Arbeit oder nicht?

Haben wir nicht immer nur die gemeinnützige Arbeit vor Augen oder ähnliches, wenn wir den 2. Arbeitsmarkt meinen?

Der 1-Euro-Job! Den hatten wir doch schon.

Den 3. Arbeitsmarkt dann für...? Der 4. Arbeitsmarkt... für?

- Chancen

Das SGB II ist für Maßnahmen nach dem SGB III offen. Im Einzelfall kann z.B. eine Umschulung auch für einen ALG II Empfänger gefördert werden. Wir dürfen die Qualifizierung, die Förderung der beruflichen Weiterbildung (FbW) von Arbeitslosen nicht deshalb aus den Augen verlieren, weil zurzeit dort wenig Geld bereitgestellt wird. Noch immer erhöht eine gute Qualifikation die Chancen Arbeit zu bekommen. Darauf wies auch die Drogenbeauftragte des Bundes auf der Drogenkonferenz in Rheinland-Pfalz zum Thema „Mensch-Sucht-Arbeit“ im Juni 2006 hin. Suchtkranke müssen sich qualifizieren, damit sie bessere Chancen am Arbeitsmarkt haben. Das SGB II ermöglicht eine individuelle und passgenaue Förderung, die es vorher nicht gegeben hat. Es kann im Grundsatz alles gefördert werden, was der Vermittlung in Arbeit nützt und von der Agentur für Arbeit bzw. der ARGE anerkannt ist.

- Befürchtungen

Die Suchthilfe muss ihre Klientel darin unterstützen, jede Möglichkeit der Förderung zu erhalten, um sich damit Chancen für den Arbeitsmarkt zu eröffnen. Fatal wäre es, wenn ohne Erprobung von Möglichkeiten Chancenlosigkeit prognostiziert und der 2. oder 3. Arbeitsmarkt der einzige Weg bleibt.

Der Bewilligungszeitraum kann nach dem Gesetz zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitssuchende grundsätzlich auf bis zu 12 Monate verlängert wer-

den in Fällen, in denen keine Veränderung in den Verhältnissen erwartet wird (z.B. „58-Regelung“, Ältere in 1-Euro-Jobs, bei Pflege von Angehörigen, Alleinerziehende während des Bezuges von Erziehungsgeld). Hier bleibt zu hoffen, dass dies nicht in der Praxis so ausgelegt wird und dazu führt, dass alle „Chancenlosen“ hier landen.

Drogenabhängige dienen dieser Gesellschaft als Randgruppe, die stigmatisiert und kriminalisiert ist. Ein Randgruppensein auf dem Arbeitsmarkt wird über die so genannte Chancenlosigkeit angenommen. Es handelt sich hierbei nur um eine weitere Stigmatisierung, der entschieden entgegengetreten werden muss. Integrationsfirmen sind für wenige Schwerstabhängige eine Möglichkeit wie für andere Personengruppen, die ohne diese Arbeitsmöglichkeiten keinerlei Chancen hätten. Die Mehrheit der Drogenabhängigen und Suchtkranken aber braucht vielfältige Unterstützung und Förderung wie andere Arbeitslose auch.

Suchthilfe als Schnittstelle zur erfolgreichen beruflichen Eingliederung

Akutbehandlung ist immer eine Schnittstelle, die qualifizierte stationäre Entgiftung sicherlich in besonderem Maße: von hier geht es beispielsweise in Substitutionsbehandlung, in medizinische Rehabilitation, zurück zur hausärztlichen Weiterbehandlung, in die Betreuung der Suchthilfe oder in keine weiterführende suchtspezifische Hilfe.

Jemand wird nach erfolgreicher qualifizierter Entzugsbehandlung entlassen. Was kann passieren? Gibt es einen Arbeitgeber, nimmt der Patient nach der Akutbehandlung seine Arbeit in vollem Umfang wieder auf, wenn er arbeitsfähig entlassen wird?

Bezieht jemand Krankengeld, hat aber ansonsten ALG I-Anspruch, ist er nach Ende der Krankschreibung vermittelbar, kann eine Maßnahme beginnen oder eine Arbeit aufnehmen, bezieht weiterhin ALG I, wenn die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Entstehen Zweifel an der Vermittelbarkeit (z.B. bei häufigen Krankmeldungen, Verletzung der Mitwirkungspflichten etc.) werden die Leistungsvoraussetzungen geprüft, auch vom Medizinischen Dienst. Bekommt jemand ALG II - und ist nach der Entlassung nicht weiterhin krankgeschrieben, wird erst bei erneutem Antrag wieder geprüft, ob Erwerbsfähigkeit von 3 Stunden täglich und Hilfebedürftigkeit vorliegen.

- Chancen

Hier wäre eine wichtige Frage: Kann die Akutstation in diesen Fällen zur Klärung der Erwerbsfähigkeit, genauer gesagt zu ihrem Umfang, etwas aussagen? Wird im Anschluss substituiert, kommt die gleiche Frage auf den behandelnden Arzt zu.

Im Zweifel prüft der arbeitsmedizinische Dienst der ARGE, wo Ärzte arbeiten, die i. d. R. nicht in der Suchtbehandlung spezialisiert sind. Bei Bedarf prüft auch der psychologische Dienst. Auch der Medizinische Dienst der Krankenkasse kann sich einschalten. Der arbeitsmedizinische Dienst kann andere medizinische Gutachten hinzuziehen. Hier bietet sich ebenfalls eine gute Möglichkeit an, die Entlassungsberichte auch an den (weiter)behandelnden Arzt und nicht nur an den Kostenträger weiterzugeben.

Unter Hartz IV stehen Belastungserprobung und Arbeitstherapie in der qualifizierten Entgiftung und medizinischen Rehabilitation in ganz neuem Licht, weil hier erprobt wird, wie es mit der Leistungs- und Erwerbsfähigkeit eines Patienten steht. Also: Wir haben schon geeignete Methoden, wir müssen die Ergebnisse nur unter einem anderen Blickwinkel zusammenfügen. Und wir müssen intern eine bessere Balance finden im Verhältnis zur Psychotherapie und extern dafür sorgen, dass unsere Begutachtung geachtet und geschätzt wird. Bei der Rentenversicherung gibt es in diesem Kontext kaum Probleme, bei den Agenturen für Arbeit, den ARGE'n, den unteren Gesundheitsbehörden dagegen noch sehr viel Skepsis. Hier wäre es wichtig, dass Entlassungsberichte oder medizinische Gutachten von allen Kosten-

trägern und deren Medizinischen Diensten anerkannt werden. Warum soll ein Bericht nur von dem Kostenträger anerkannt werden, der die Maßnahme finanziert hat. Das macht wirklich keinerlei Sinn. Zudem würde damit unnötige Bürokratie abgebaut und Geld eingespart werden. So könnte in vielen Fällen der Gang zur Einigungsstelle entfallen.

Schlussfolgerungen:

Die Arbeit mit Arbeitslosen erfordert Sachkompetenz und die umfangreiche Information und Vorbereitung der Betroffenen. Es geht nicht nur um den Anspruch auf Leistungen, sondern auch um die Nutzung aller Instrumente der beruflichen und sozialen Eingliederung. Diese sind weit umfangreicher und differenzierter als sie in der öffentlichen Debatte dargestellt werden.

Vorrangig sind in der Beratung, Betreuung und Behandlung die gravierenden Einschnitte und Veränderungen für Arbeitslose in den Blick zu nehmen und eine Kundenorientierung aufzubauen, die sich durch verlässliche Sachinformation, Vor-

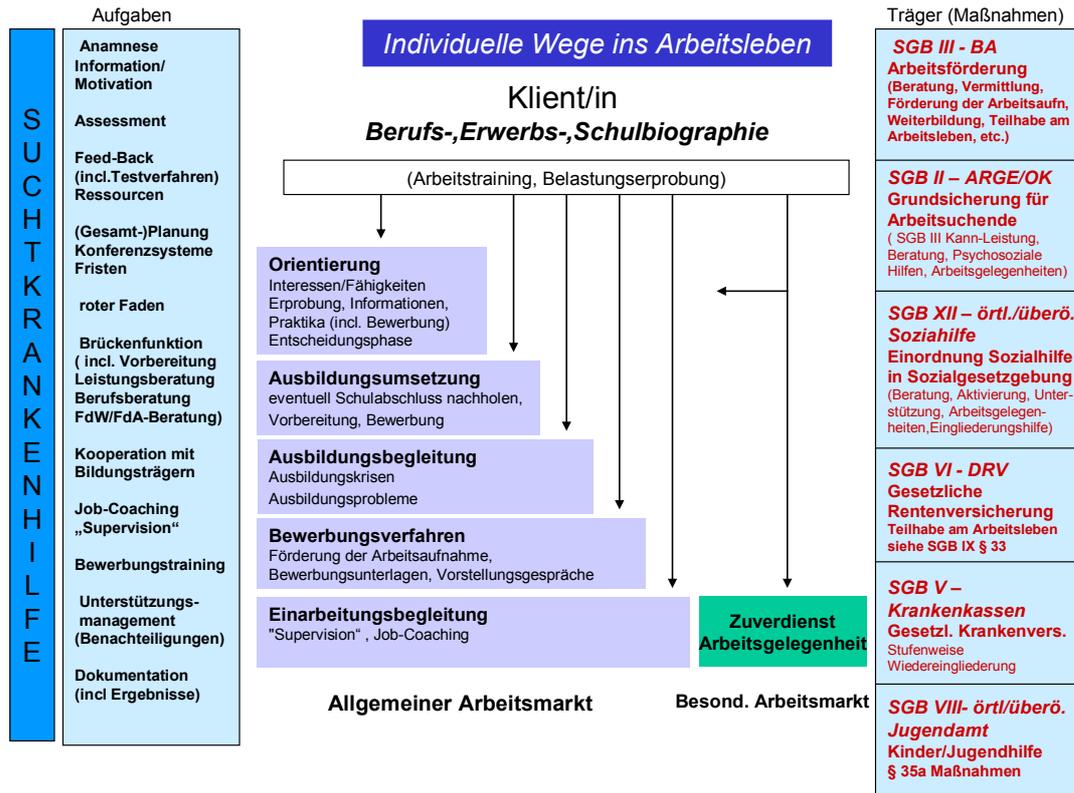
bereitung, Kooperation, aber auch Auseinandersetzung auszeichnet.

Es wird völlig verkannt, dass heute jeder, der seine Arbeit aus welchen Gründen auch immer verliert, sehr viel schneller unter das SGB II oder auch SGB XII geraten kann als allgemein bekannt ist. Die Verschärfung vieler Sozialgesetze wird mit der Debatte um Hartz IV verschleiert.

Zur Arbeit der Suchtkrankenhilfe gehört es, sich mit den Bestimmungen der einschlägigen Sozialgesetze so auseinander zu setzen, dass beide Seiten, die Klientel und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gut informiert und vorbereitet sind. Von wem jemand bei Arbeitslosigkeit seinen Lebensunterhalt und Förderung erhält, hängt immer von den individuellen Anspruchs- und Leistungsvoraussetzungen ab. Was Mitwirkung, Zumutbarkeit und Sanktionstatbestände bedeuten, sollte Bestandteil jeder Betreuung sein, genauso wie die Botschaft, dass es durchaus Förderinstrumente gibt, die es zu nutzen gilt. So können die Eingliederungschancen auch von Suchtkranken wesentlich verbessert werden.

Chancen und Probleme der sozialen und beruflichen Eingliederung Suchtkranker unter den Bedingungen von Hartz IV

- Debatten um Hartz IV
- Zum Verhältnis Suchthilfe und Arbeitswelt
- Suchtkranke und Arbeit
- Chancen und Befürchtungen
- Suchthilfe als Schnittstelle zur erfolgreichen beruflichen Eingliederung
- Integration wohin?



Kontakt:
 Sabine Klemm-Vetterlein
 Landeskoordination Integration NRW
 Tel.: 0221 - 739 33 78
 Mail: mail@lk-integration.de

Workshop 1: Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung

- Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem Workshop -

Dr. med. Peter Summa Lehmann Harry Glaeske

Im Anschluss an die Impulsreferate entstand in der Arbeitsgruppe eine lebhafte Diskussion.

In dieser Diskussion zeigte sich, dass die Reform Hartz IV durchaus positiv bewertet wird, da sie für alle Beteiligten neue Chancen und Möglichkeiten bietet.

Derzeit stellt diese Reform sowohl die betroffenen Suchtkranken als auch das Suchthilfesystem und deren Einrichtungen vor große Herausforderungen.

In vielen Beiträgen zeigte sich, dass sich die Kooperation zwischen den Arbeitsgemeinschaften (ARGE) und dem Suchthilfesystem immer noch als sehr schwierig erweist. Es scheint notwendig, durch den Abbau von Bürokratie, kürzere Bearbeitungszeiten und durch ein niedrigschwelligeres Antragsverfahren sowohl für die Betroffenen als auch für die Mitarbeiter des Suchthilfesystems die Kontaktaufnahme zur ARGE zu erleichtern.

Da es im SGB II keine Vorleistung analog der ehemaligen BSHG-Regelung mehr gibt, kommt es vielfach dazu, dass Leistungsempfänger durch lange Bearbeitungszeiten und den hochschwelligem Zugang zum Leistungssystem über Wochen und Monate ohne finanzielle Mittel und Krankenversicherungsschutz sind. Dies hat für viele Suchthilfeeinrichtungen zur Folge, dass Kosten für die medizinische Behandlung oder Rehabilitation nicht gewährt oder im Nachhinein storniert werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt, mit dem sich die Arbeitsgruppe beschäftigte, war der Gesetzestext selbst und dessen Umset-

zung in der Praxis in Bezug auf die Suchtkranken. Es scheinen einige Veränderungen speziell für die Gruppe der Suchtkranken notwendig, um das Ziel der Hartz IV Reform wirklich verfolgen zu können.

So ist es nicht einsehbar, weshalb ein Leistungsempfänger, der durch die Betreuung des Suchthilfesystems und der ARGE sich für eine Rehabilitation entscheidet, um im Anschluss dem Arbeitsmarkt wieder zur Verfügung zu stehen und die Möglichkeit eines so genannten 1€ Jobs nutzen zu können, durch die zeitliche Inanspruchnahme der Entwöhnungsbehandlung aus dem Leistungsbezug heraus fällt und Grundsicherung beantragen muss. Damit gehen ihm die Fördermöglichkeiten und der kontinuierliche Ansprechpartner der ARGE verloren. Wobei gerade Kontinuität und Konsequenz die entscheidenden Faktoren sind, welche für Suchtkranke als besonders wichtig in ihrem Genesungsprozess erlebt werden.

Abschließend wurden von der Arbeitsgruppe folgende Forderungen formuliert:

- Verbesserung der Kooperation zwischen ARGE und Suchthilfesystem;
- Erweiterung des Zeitraums für den Leistungsanspruch während eines stationären Aufenthaltes von sechs auf zwölf Monate;
- Der Wechsel zwischen SGB II und SGB XII darf nicht zur Leistungseinstellung führen, bzw. sollte keine Rolle spielen. Es sollte nicht dazu führen, dass sich beide Leistungsträger für unzuständig erklären und der Klient ohne Bezüge bleibt.

Es wäre wichtig über eine Leistungsgarantie analog des ehemaligen BSHG nachzudenken und vor allem ein Auffangnetz auch für die Suchthilfeinrichtungen zu schaffen bei stornierten Kostenzusagen.

Kontakt:

Dr. med. Peter Summa-Lehmann
Rheinische Kliniken Düren
Tel.: 02421 / 402672
Mail: peter.summa-lehmann@lvr.de

Harry Glaeske
Fachklinik Deerth
Tel.: 02331 / 9084-12
Mail: glaeske@deerth.de

Workshop 2:

Niedrschwellige Hilfen und Qualifizierte Akutbehandlung

- Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem Workshop -

Prof. Dr. med. Markus Banger
Dr. med. Marko Vogel

Einleitung

Das Gesundheitssystem der psychosozialen und medizinischen Versorgung von Suchtkranken ist in der Bundesrepublik, mit deutlichen regionalen Unterschieden, gut differenziert und ausgebaut. Die Behandlung von Suchtkranken stellt hohe Anforderungen an unser Sozial- und Gesundheitssystem. Diese Personengruppe neigt zu einer Kumulation von gesundheitlichen und sozialen Problemlagen, die sich einer klaren Aufteilung in medizinische, pflegerische, sozialarbeiterische oder psychologische Zuständigkeit oder Verantwortungsbereiche entzieht. Es gibt eine Reihe von Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen im ambulanten Sektor keinen ausreichenden Kontakt zu den Institutionen des Suchthilfesystems aufgebaut haben. Als eine Möglichkeit, ambulante wie auch stationäre Hilfen erreichbar zu machen, wird ein ärztlich geleitetes Case-Management angesehen. Für Patienten mit chronischer Suchterkrankung und erhöhter stationärer Aufnahmequote über die letzten zwei Jahre in einer psychiatrischen Klinik wird ein Modellprojekt der Suchtabteilung der Rheinischen Kliniken Bonn vorgestellt. Dieses Projekt ist zwischenzeitlich als Projekt zur integrierten Versorgung nach §§ 140 ff SGB V anerkannt. Eine Reihe von Krankenkassen haben sich ihm angeschlossen (AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, IKK Nordrhein, BKK Rheinland, BKK - RWE, BEK, TKK, DAK)

Die Methodik des Casemanagements in der Bonner Suchtkrankenbehandlung

Das Case-Management ist die Bündelung und die Koordinierung von Leistungsangeboten zur Versorgung und zur Nachsorge von Patienten mit einer schweren und chronifizierten Abhängigkeitserkrankung. Es ist ein geplanter und strukturierter Ansatz auf freiwilliger Basis. Die Case-Management-Mitarbeiter sind ein integraler Bestandteil der Institutsambulanz der Suchtabteilung. Wenn die Patienten die Aufnahmekriterien erfüllen und sich in das Projekt einschreiben, ist zunächst eine zweijährige Betreuung vorgesehen. Im Einzelfall ist die Betreuungszeit bei entsprechender Begründung auch verlängerbar. Die Anpassung der Hilfeplanung kontinuierlich an den vorhandenen Bedarf ist ein typisches Merkmal der Casemanagements. Dabei ist die Stärkung des individuellen Selbsthilfepotentials wichtig. Im Rahmen des Programms werden die Patienten kontinuierlich betreut, und zwar unabhängig davon, in welchem Betreuungskontext sie sich aktuell befinden. Da keine extramuralen Doppelversorgungsstrukturen aufgebaut werden sollen, wird gerade zu Beginn der Betreuung es notwendig sein, dass alle an der Versorgung Beteiligten sich absprechen. Hier ist es wichtig miteinander zielorientiert und ohne Konkurrenzgefühle und -ängste zu arbeiten. Das Case-Management soll dem Patienten ermöglichen, sich an die vorhandenen Hilfestrukturen anzuschließen. Es geht nicht darum, ihn aus seinem vorhandenen psychosozialen Betreuungsnetz zu lösen. Dennoch zeigt die bisherige Erfahrung, dass diese Form der Zusammenarbeit eines Psychiatrischen Krankenhauses

z.B. mit einer Suchtberatungsstelle sensibel vorzubereiten ist unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Behandlungs- und Betreuungskulturen. Die Aufgabe der Case-Manager ist es, über eine begrenzte Zeit, sehr nahe am Patienten zu sein, Notfallsituationen rechtzeitig zu erkennen, im Vorfeld schon ggf. Krankenhauseinweisungen zu veranlassen, ebenfalls aber auch helfen, unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Die Vorstellung der Krankenkassen, hierbei auch Kosten für den stationären Behandlungsbereich einzusparen, hat sich bisher bestätigt. Für den ambulanten Sektor steht die Analyse noch aus. Insbesondere in der Anfangszeit sollen die eingebrachten Hilfestellungen sehr konkret sein, so sollen z.B. auch Hausbesuche durchgeführt werden. Weiterhin sollen sie helfen, Kontakt zu halten zu Ämtern, etwaigen Betreuern und zu komplementären Einrichtungen. Die Versorgungsbeteiligten beim individuellen Patienten befinden sich somit in einem kontinuierlichen Abstimmungsprozess. Der Case-Manager ist ein Lotse durch die verschiedenen vorhandenen Hilfsangebote. Es können so durch die besonderen Kenntnisse über die real existierende Versorgungssituation scheinbar nicht vorhandene Versorgungslücken aufgedeckt werden. Diese können dann, bei kommunaler Bereitschaft, in die entsprechenden Gremien der Kommune eingebracht werden. Sofern, wie z.B. in der Bundesstadt Bonn, die Kommune selber intensiv an einer kontinuierlichen Verbesserung des Hilfesystems für Suchtkranke arbeitet, kann auf qualitativ hohem Niveau eine bedarfsgesteuerte Anpassung erfolgen. Die Zielperspektive für diese Patientengruppe ist es, die Zugangsschwelle zum Hilfesystem zu senken und die Erreichbarkeit von Hilfsangeboten zu verbessern. Dies beugt einer Verelendung von Suchtkranken und einer Proletarisierung vor, wird auf Dauer ökonomisch sein, da die gesellschaftliche Kohäsion gefördert wird.

Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung

Im Rahmen des vorgestellten Bonner Modellprojekts gab es bei der Einführung des Case-Managementansatzes eine Reihe

von anfänglichen Schwierigkeiten. Wichtig war, dass die Case-Manager selber zum Krankenhaus gehören und so das anfängliche Misstrauen der unterschiedlichsten Krankenhausmitarbeiter über die ersten Monate hinweg abgebaut werden konnte. Da die ersten Case-Manager ihre berufliche Sozialisation außerhalb des Psychiatrischen Krankenhauses erfahren hatten, war es für sie auch wichtig, in das Systemgefüge eines Psychiatrischen Krankenhauses eingeführt zu werden. Durch den regelmäßigen und intensivierten Gedankenaustausch mit den Krankenkassen hat sich auf beiden Seiten das Verständnis füreinander weiterentwickelt und das Bewusstsein einer gemeinsamen Verantwortung für die Entwicklung moderner bedarfsgerechter Behandlungsstrukturen ist entstanden. Die Vernetzung der unterschiedlichen extramuralen Leistungsanbieter wurde durch den niederschweligen Case-Managementansatz gefördert. Zwischenzeitlich wurde in Bonn ein „Runder Tisch zur aufsuchenden Arbeit“ gegründet, der den Vernetzungsansatz noch weiter fördert. Wichtig wird es für die Zukunft sein, sinnvolle Formen der Zusammenarbeit mit den lokalen ARGE'n aufzubauen. Auf der Ebene der Kostenträger ist diese Art von Vernetzung noch nicht üblich, findet kaum statt. Die Finanzierung gemeinsamer Leistungspakete unterschiedlicher Anbieter, durch Krankenkassen, örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger sind eine Rarität, sofern sie überhaupt stattfinden und sollten von fachlicher Seite aktiv eingefordert werden. Vielfach werden fehlende Zuständigkeit gemäß den gesetzlichen Bestimmungen als Gegenargument gebracht und auf die Überprüfung durch die Rechnungshöfe hingewiesen. In diesem Bereich wird noch gesetzgeberische Pionierarbeit zu leisten sein. Da insbesondere die Schnittstellenpflege bei der Behandlung von Suchtkranken von hoher Relevanz ist, sind aktuelle Entscheidungen des gemeinsamen Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen ausgesprochen problematisch. So wird die Psychotherapie gerade bei Suchtpatienten nicht finanziert. Weiterhin ist seit Anfang des Jahres 2006 die ambulante psychiatrische Pflege für Suchtpatienten aus dem Leistungskatalog herausgenommen worden. Diese Un-

gleichgewichtung der ambulanten Hilfestellungen zu Lasten der Suchtpatienten führt dazu, dass massive Schnittstellenprobleme gefördert werden und es letztendlich ein Programm darstellt zur Förderung unnötiger Krankenhausaufenthalte.

Besondere Problemlagen

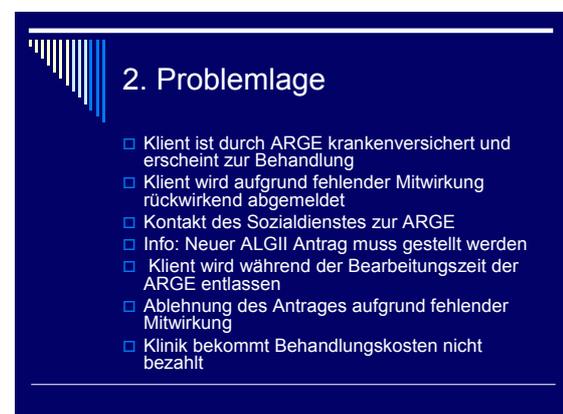
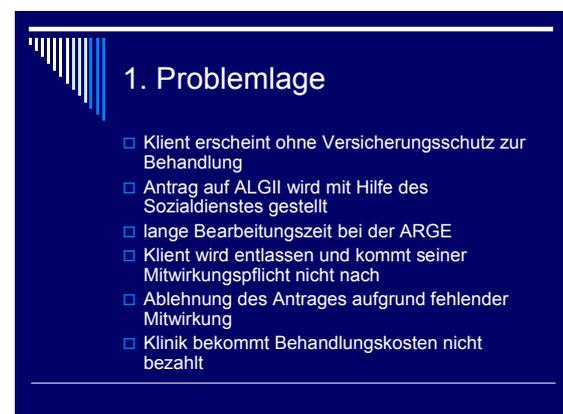
Für die besonders problembelasteten Gruppen wie Patienten mit Doppeldiagnosen, die chronisch Mehrfachbeeinträchtigten, die suchtkranken Migranten, suchtkranke Patienten mit Intelligenzminderung, suchtkranke Kinder und Jugendliche ist ein niederschwelliger patientenzentrierter Ansatz, der die Bedürfnisse des Individuums und nicht die einer Institution in den Vordergrund stellt, sinnvoll. Gerade bei der hier vorgestellten besonderen Problemkonstellation ist ein professionelles Kooperationsmanagement zwischen unterschiedlichen institutionellen Partnern notwendig und sollte in die entsprechenden Ausbildungskataloge aufgenommen werden. Das Psychiatrische Krankenhaus wird auch in der Zukunft benötigt, dennoch werden weitere Umbauprozesse stattfinden vom klassischen Psychiatrischen Krankenhaus zum Kompetenzzentrum Psychiatrie und Psychotherapie. Dabei werden die psychiatrischen Institutsambulanzen den Kristallisationskeim für diesen Prozess darstellen. Die zurzeit den Kliniken zur Verfügung stehende, seit Jahren nicht erhöhte Ambulanzpauschale stellt zumindest für die Patienten im Rheinland ein wesentliches Entwicklungshemmnis dar und wird eine weitergehende Modernisierung massiv erschweren.

Einführung des Case-Managementansatzes - Erste Probleme

1. Der Case-Manager wird von den Krankenhausmitarbeitern als Krankenhaus-Arbeitsplatzvernichter angesehen.
2. Der Case-Manager wünscht eine stationäre Aufnahme, es handelt sich aber um keinen medizinischen Notfall - die Aufnahme wird verweigert.
3. Patienten aus dem Programm werden stationär aufgenommen oder gegen

ärztlichen Rat entlassen und das Case-Management wird nicht von der Station informiert.

4. Patienten mit im Vordergrund stehender Persönlichkeitsstörung und Gewalttätigkeit passen nicht in das Programm
5. Hausbesuche werden von den Case-Managern alleine durchgeführt; gelegentlich kann es im häuslichen Milieu zu medizinischen Notfallsituationen kommen und der Notarzt muss alarmiert werden.



3. Problemlage

- Klient ist durch ARGE krankenversichert und erscheint zur Behandlung
- Klient schickt Krankmeldung an die ARGE
- Klient erfährt Kürzungen des Regelsatzes, je nach ARGE in unterschiedlicher Höhe
- verbindliche Auskunft des Sozialdienstes an Klient nicht mehr möglich
- aufgrund schlechter Erreichbarkeit der ARGE Mitarbeiter kann Klient sich nicht ausreichend erkundigen, welche Regelsatzkürzungen die ARGE vornehmen wird
- oft beendet Klient aufgrund dessen die Behandlung vorzeitig

Kontakt:

Prof. Dr. med. Markus Banger
Rheinische Kliniken Bonn
Tel.: 0228/551-2316
Mail: markus.banger@lvr.de

Dr. med. Mario Vogel
Kliniken der Stadt Köln GmbH
Tel.: 02203 / 101033
Mail: mariobird@gmx.de

Folgen:

- Klinik hat aufgrund einer Vielzahl ungedeckter Behandlungskosten Verfahrensanweisung erlassen, dass Klienten ohne Versicherungsschutz nicht mehr aufgenommen werden
- Bei unklarem Versicherungsschutz mögliche Perspektiven für Klienten eingeschränkt, keine Vermittlung in Entwöhnungsbehandlung oder Substitution möglich
- Klienten können aufgrund hoher Regelsatzkürzungen Schulden bzw. Ratenvereinbarungen nicht zahlen

Verbesserungsvorschläge:

- kürzere Bearbeitungszeiten
- leichtere Kontaktaufnahme
- einheitliche Auslegung der Gesetze
- bessere Ausbildung der ARGE Mitarbeiter
- Auffangbecken für die Patienten, die den Anforderungen nicht gewachsen sind

Unsere Meinung:

Erst dann kann aus dem

Abstellgleis

Integration

werden!

Workshop 3: Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Qualifizierte Akutbehandlung

- Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem Workshop -

Dr. med. Martin Reker
Silvia Wilske

Nach einer Einführung in die Arbeitsangebote in den Städten Bielefeld und Bochum durch Herrn Dr. Reker aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bielefeld-Bethel und Herrn Schmitz aus der Krisenhilfe Bochum e.V. drehte sich die Diskussion in dem Workshop 3 vornehmlich um die Frage, wie die Schnittstelle zwischen Entzugsstation und ambulanter Drogenhilfe besser genutzt werden könnte, um Klienten mit Drogenproblemen in Arbeitsverhältnisse zu vermitteln.

Ausgangspunkt der Diskussion waren Anregungen aus dem lerntheoretisch fundierten Konzept des „Community Reinforcement Approach“ aus den USA, wo sozial erstrebenswerte Ziele wie Partnerschaft, Wohnung oder Arbeit als Verstärker mit Suchtbehandlungen verknüpft werden. Insofern stellte sich die Frage, ob es für Deutschland ein Modell werden könnte, die Arbeit von Entzugsstationen, ambulanter Drogenhilfe und der ARGE enger miteinander zu verknüpfen, um erfolgreich durchlaufene Therapien letztlich durch zuvor in Aussicht gestellte Arbeitsmaßnahmen zu „belohnen“.

Herr Olaf Wagner (s. Beitrag S. 12 f) von der Arbeitsgemeinschaft Köln machte deutlich, dass eine solche Form von transparenter verbindlicher Zusammenarbeit zwischen Drogenhilfe, Drogenentzugsstation und ARGE strukturell möglich sei und zumindest von ihm selbst auch gewünscht sei. So könnten z.B. im Rahmen der Eingliederungsvereinbarung Absprachen zwischen Drogenhilfe, Entzugsstationen, Klient und ARGE getroffen werden, die einerseits dem Drogenklienten auf ihn zugeschnittene therapeutische

Auflagen machen, ggf. auch Suchtmittelkontrollen, ihm umgekehrt aber auch in Aussicht stellen, dass er bei erfolgreicher Absolvierung des Therapieprogramms, validiert durch ermutigende Abstinenzkontrollen, verbindlich auf eine auf ihn zugeschnittene Arbeitsmaßnahme, vermittelt durch die ARGE, rechnen kann.

Aus dem Teilnehmerkreis der Arbeitsgruppe wurde dieses Modell zunächst ambivalent diskutiert. Es wurde deutlich, dass das Verhältnis zwischen ARGE, den Beratungsstellen und den Entzugsstationen neu definiert werden müsste. Bisher bestehen verbindliche Kooperationen wie im oben geschilderten Modell nicht. Die Beiträge aus den Beratungsstellen verdeutlichen, dass die Solidarität und Loyalität aus der parteilichen Sozialarbeit in der Drogenhilfe ein hohes Gut ist, das durch ein solches Modell in Frage gestellt wurde. Von manchen Teilnehmern wurde sogar befürchtet, dass Drogenklienten Drogenberatungsstellen meiden könnten, wenn ihnen deutlich wird, dass es eine Zusammenarbeit mit der ARGE gibt, die im Einzelfall auch zu Nachteilen führen könnte. Wiederholt wurde aber auch formuliert, dass ein Imagewandel der Drogenhilfe von einer parteilichen Sozialarbeit hin zu einer stärker auf Vermittlung und Moderation ausgerichteten Drogenhilfe schon im Gange sei. Grundsätzlich erschien es nicht ausgeschlossen, dass Drogenhilfe sich auch aufteilen kann in eine niedrigschwellige vertrauliche Sozialarbeit einerseits und eine kontraktgestützte, nach außen Richtung ARGE transparente Klientenarbeit andererseits. Dafür wäre es aber offensichtlich erforderlich, gut vorbereitete Arbeitsaufträge zu formulieren, die

die Drogenhilfe von der ARGE erhalten müsse. Die Rückmeldungen, die die Drogenberatungsstellen an die ARGE geben würden, könnten dabei sehr unterschiedlich aussehen. Sie könnten sich z.B. auf rein formale Daten beschränken (Wahrnehmung von Terminen ja oder nein), sie könnten aber auch individuelle Einschätzungen formulieren, die von der ARGE für die weitere Planung übernommen werden können.

Einzelbeispiele verdeutlichten dabei auch, dass es gute Kooperationen bereits gibt (z.B. in Köln), gleichzeitig konnten aber auch Gegenbeispiele genannt werden, wo erfolgreiche Zusammenarbeit durch bestimmte Funktionsträger im System ausgehebelt und boykottiert wurde. So wurde fehlende Flexibilität von methadonsubstituierenden Ärzten im Umgang mit Klienten mit Arbeitsplatz und täglicher Methadonvergabe kritisiert.

Zusammenfassend konnte festgehalten werden, dass sich das System aus Drogenhilfe, Entzugsstationen und Arbeitsvermittlungsinstitutionen in einem hochdynamischen Prozess befindet. Offensichtlich gibt es auf allen Seiten eine Bereit-

schaft, Bestehendes in Frage zu stellen und sich weiter zu entwickeln. Von einer engeren Zusammenarbeit zwischen ARGE und Drogenhilfe könnten Klienten sicher profitieren. Mit den Klienten könnte sich dabei allerdings ein erhöhter Diskussionsbedarf inklusive umschriebenen Reibungsverlusten ergeben.

Es scheint nicht ausgeschlossen, dass Mitarbeiter der Arbeitsgemeinschaften ihren eigenen Arbeitsauftrag ähnlich klientenorientiert formulieren würden, wie viele Kollegen aus Drogenberatung und Entzugsstationen.

Kontakt:

Dr. med. Martin Reker
Psychiatrische Klinik Gilead IV,
Ev. Krankenhaus Bielefeld
Tel.: 0521 / 772-78651
Mail: martin.reker@evkb.de

Silvia Wilske
Krisenhilfe Bochum e. V.
Tel.: 0234 / 964780
Mail: info@krisenhilfe-bochum.de

Plenum - Diskussion der Ergebnisse aus den Workshops

- Zusammenfassung der Tagung -

Dr. med. Thomas Kuhlmann

Diese Tagung ist bereits die zweite in diesem Jahr, die der Landschaftsverband Rheinland in Kooperation mit anderen Partnern zum Thema Hartz IV veranstaltet: Im April waren weit über 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer hier, jetzt haben sich erneut über 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingefunden, obwohl nächste Woche zu einem ähnlichen Thema der Landschaftsverband Westfalen-Lippe eine Veranstaltung durchführt: Die Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor allem die gute und intensive Beteiligung während der gesamten Veranstaltung dokumentieren das große Interesse in allen Bereichen des Hilfesystems und auch die vielfältigen Probleme, die mit diesen Veränderungen verbunden sind. Anhand der Referate des Vormittags wurde deutlich, wie konkret diese Gesetzgebung zu nachhaltigen Veränderungen geführt hat, an welch vielen Stellen ganze Personengruppen - vor allem chronisch Suchtkranke - von Ausgrenzung bedroht sind, womöglich ohne dass die Gesetzgeber dieses Risiko überhaupt bedacht haben und in welch hohem Maße wir alle aufgefordert sind, auf die Missstände hinzuweisen und sie nicht zu akzeptieren.

Die Vertreter der ARGE haben beispielhaft gezeigt, welche Veränderungsprozesse von ihnen in kürzester Zeit und trotz sowohl fachlich als auch sozial kompetenter Haltung nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten und Störungen zu bewältigen sind. Sie haben deutlich gemacht, unter welchen Schwierigkeiten einerseits die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ARGE selbst stehen, was andererseits bei entsprechender Haltung und Kooperation auf beiden Seiten möglich ist.

In welcher Weise alle Institutionen des Hilfesystems zum Umdenken und zu stärker

lebenswelt-orientierter Unterstützung der Patienten und Klienten gefordert sind, wurde im dritten Vortrag deutlich. Einerseits fehlen vielerorts Integrationsprojekte, um Drogenabhängigen zu einer sinnvollen Arbeitsstruktur zu verhelfen, andererseits kommen etliche Projekte gar nicht in Gang, da sich zu wenig Teilnehmer melden. Diesen Spagat zu bewältigen ist auch Aufgabe des Hilfesystems.

In allen Arbeitsgruppen wurde intensiv diskutiert, gestritten, nach Lösungen gesucht und miteinander um konkrete Möglichkeiten der Verbesserung gerungen. Wir stehen jetzt gemeinsam vor der Aufgabe, einerseits die Klientinnen/Klienten und Patientinnen/Patienten dort abzuholen wo sie stehen, mit ihren Ängsten, Befürchtungen und Ressourcen, um sie zu unterstützen, so dass sie möglichst nicht dauerhaft auf dem Abstellgleis landen; andererseits müssen wir auch die anderen Kooperationspartner z. B. bei den ARGE dort abholen wo sie stehen, uns also auf deren Blickwinkel, Arbeitsverständnis und auch Suchtverständnis soweit einlassen, damit wir mit ihnen Kontakt entwickeln können, so dass sie uns als die entscheidenden Kooperationspartner anerkennen und akzeptieren und wir am Ende voneinander lernen können.

Die intensiven Diskussionen, die aktive Beteiligung von namhaften Vertretern aus allen Bereichen des Hilfesystems und der Kosten- und Leistungsträger sind ein eindrucksvolles Beispiel für die Diskussions- und Kooperationsbereitschaft und den Willen, die mit den anstehenden Veränderungen verbundenen Herausforderungen ernst zu nehmen, um weiterhin Drogenabhängige auf allen Ebenen ihrer Entwicklung zu erreichen, fachkompetent zur Überwindung ihrer vielfältigen Problemlagen

beizutragen und dabei das Ziel nie aus den Augen zu lassen, dass auch für diese Menschen eine positive Perspektive in unserer Gesellschaft möglich ist bis hin zur vollen Reintegration (auch) in den Arbeitsmarkt.

In diesem Sinne hoffe ich auf eine Fortsetzung der vielen Anregungen und Diskussionen jeweils vor Ort und freue mich auf die Fortsetzung unserer Fachtagungen gemeinsam mit dem LVR in zwei Jahren.

Verzeichnis der Referentinnen und Referenten:

Prof. Dr. med. Markus Banger

Rheinische Kliniken Bonn
Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn

Michael van Brederode

Landschaftsverband Rheinland
Dezernat Gesundheit, Heilpädagogische Netzwerke,
Amt für Planung und Förderung
Hermann-Pünder-Str. 1, 50679 Köln

Harry Glaeske

Fachklinik im Deerth
Im Deerth 6, 58135 Hagen

Sabine Klemm-Vetterlein

Landeskoordination Integration NRW
Christophstraße 31, 50670 Köln

Dr. med. Ulrich Kemper

Westfälische Klinik Gütersloh
Im Fuchtei 150, 33334 Gütersloh

Evelyn Koch-Sroka

ARbeitsGEmeinschaft Köln (ARGE)
Luxemburger Str. 121, 50939 Köln

Dr. med. Thomas Kuhlmann

Psychosomatische Klinik Bergisch-Gladbach
Schlodderdicher Weg 23 a, 51469 Bergisch-Gladbach

Dr. med. Martin Reker

Psychiatrische Klinik Gilead IV, Ev. Krankenhaus Bielefeld
Remterweg 69, 33617 Bielefeld

Dr. med. Peter Summa-Lehmann

Rheinische Kliniken Düren
Meckerstr. 15, 52353 Düren

Dr. med. Marko Vogel

Kliniken der Stadt Köln GmbH
Lungengasse 13-17, 51067 Köln

Olaf Wagner

ARbeitsGEmeinschaft Köln (ARGE)
Luxemburger Str. 121, 50939 Köln

Silvia Wilske

Krisenhilfe Bochum e. V.
Viktoriastrasse 67, 44787 Bochum

Kurzdarstellung des Fachverbandes „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.“

Wer wir sind:

Unser Fachverband repräsentiert den Zusammenschluss von Fachleuten aller Einrichtungen in NRW, die eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger durchführen. Wir verstehen uns als kompetenten Gesprächspartner auf fachlicher Ebene der Kosten- und Leistungsträger sowie des zuständigen Gesundheitsministerium NRW (MAGS, ehemals MFJFG).

Für die qualifizierte stationäre Akutbehandlung hat die damalige Arbeitsgemeinschaft am 10. Oktober 1991 in einem Expertenvotum Kriterien erarbeitet. Sie werden von allen beteiligten Einrichtungen des Fachverbandes als verbindlich anerkannt. Seit 1994 werden unsere modellhaften Rahmenkonzepte in Fachzeitschriften publiziert.

Unser Verband setzt sich folgende Ziele:

- Regelmäßiger fachlicher Austausch aller beteiligten Einrichtungen
- Fortentwicklung von Behandlungskonzepten
- Förderung und Weiterentwicklung einer flächendeckenden Versorgungsstruktur für Drogenabhängige in NRW
- Enge fachliche und personelle Kooperation mit den Einrichtungen zur Betreuung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen, also Abhängigen von legalen Drogen
- Durchsetzung der allgemeinen Anerkennung der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen als Krankheit
- Bereitstellung differenzierter Hilfsangebote statt Ausgrenzung der Drogenabhängigen (Krise als Chance)
- Durchsetzung des Rechtes der Betroffenen auf fachgerechte Behandlung und angemessene Hilfsangebote in allen Stadien der Abhängigkeit (Harm-Reduction-Prinzip)
- Überwindung struktureller, konzeptioneller und anderer Hürden in der Zusammenarbeit der regionalen und überregionalen Netzwerke des Hilffsystems, z. B. zwischen Angeboten für Abhängige von legalen und illegalen Drogen, Allgemeinpsychiatrie, Jugend-, Bewährungs- und Migrantenhilfe.

Weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite: www.drogenakut.de oder per Mail an: thkuhlmann@psk-bg.de

Kurzdarstellung der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Rheinland

Die Koordinationsstelle Sucht ist eine Fachstelle zur Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe im Rheinland.

Die Aufgaben der Koordinationsstelle Sucht sind:

- Sicherstellung einer Schnittstelle zwischen Landespolitik und Maßnahmeentwicklung in den Städten und Kreisen des Rheinlandes
- Unterstützung der Kreise und kreisfreien Städte bei der Wahrnehmung von Planungs- und Steuerungsfunktionen
- Beratung und Unterstützung der Wohlfahrtsverbände und anderer Hilfeträger bei der Entwicklung von Angeboten für Suchtkranke
- Koordination der verschiedenen Aufgaben des Landschaftsverbandes Rheinland in der Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention
- Planung und Weiterentwicklung der Behandlungsangebote für Suchtkranke in den Rheinischen Kliniken
- Entwicklung von neuen Konzepten, Ideen und Modellprojekten zur Weiterentwicklung der Hilfen für Suchtkranke
- Öffentlichkeits- und Informationsarbeit, Fachtagungen, Workshops
- Informationsdienste

Weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite www.sucht.lvr.de

Materialien der Koordinationsstelle Sucht:

Hilfen für Suchtkranke im Rheinland

Landschaftsverband Rheinland, Neuauflage, Dezember 2006

Verzeichnis der ambulanten und stationären Hilfen für Suchtkranke im Rheinland

Adressverzeichnis mit über 700 Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe im Rheinland, gegliedert nach Art der Einrichtungen und Zielgruppen.

Integration suchtkranker Menschen in Arbeit nach Hartz IV

Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege NRW und der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Rheinland am 4. April 2006 in Köln

Suchterkrankungen im Jugendalter

Die klinische Behandlung von suchtkranken Kindern und Jugendlichen in spezialisierten Angeboten

Dokumentation der Kooperationsveranstaltung am 9. März 2005 in den Rheinischen Kliniken Essen/Kliniken/Institut der Universität Duisburg - Essen

Man spricht deutsch!? Suchtkranke Migrantinnen und Migranten - eine Herausforderung für die Drogenhilfe

Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung am 01.12.2004 beim Landschaftsverband Rheinland in Köln

Wer mit Wem? Die Suchtkrankenhilfe auf dem Weg zur integrierten Versorgung

Dokumentation der Fachtagung am 28.04.2004 beim Landschaftsverband Rheinland in Köln

Die Bedeutung der Suchtforschung für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen

Dokumentation der Fachtagung am 02.07.2003 beim Landschaftsverband Rheinland in Köln

Suchtmittelabhängige Jugendliche und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dokumentation des Kolloquiums am 11.06.2003 in den Rheinischen Kliniken Viersen

Suchtfalle Familie?!

Forschung und Praxis zu Lebenswelten zwischen Kindheit und Erwachsenenalter

Dokumentation der Fachtagung am 20./21.02.2003 beim Landschaftsverband Rheinland in Köln

NetzwerkBezogenesQualitätsManagement - NBQM - Ein Modell zur Verbesserung der Kooperation und Vernetzung in der kommunalen Suchtkrankenhilfe

Landschaftsverband Rheinland, 2. Auflage, Köln 2003

Qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger zwischen Substitution und Abstinenz

Dokumentation der Fachtagung am 30.10.2002 beim Landschaftsverband Rheinland in Köln

Sucht im Jugendalter - Ein Thema Drei Hilfesysteme

Zur Zusammenarbeit von Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Dokumentation der Fachtagung am 30.04.2002 beim Landschaftsverband Rheinland in Köln

Suchtkrank und Wohnungslos

Suchtkrankenhilfe und Wohnungslosenhilfe im Dialog.

Dokumentation der Fachtagung am 29.11.2000 beim Landschaftsverband Rheinland in Köln

Die Broschüren sind kostenlos zu bestellen unter: www.lvr.de oder

Landschaftsverband Rheinland
- Öffentlichkeitsarbeit -
Kennedy-Ufer 2

50679 Köln

oder

Landschaftsverband Rheinland
Dezernat 8/84 - Frau Grollius
Hermann-Pünder-Str. 1
50679 Köln