


Sucht im Alter – Sozial- und gesundheitspolitische Forderungen der Diakonie

**Diakonie für
Menschen mit
Abhängigkeits-
erkrankungen**



■ Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung der wichtigsten sozial- und gesundheitspolitischen Forderungen der Diakonie	3
Aktuelle Herausforderungen	4
Verbesserte Zugangsmöglichkeiten durch Gemeinwesenorientierung im Rahmen der Daseinsvorsorge.....	6
Information, Beratung und Begleitung im Hilfesystem durch Case Management	7
Systematisches Erschließen und Ausbau der Leistungen unterschiedlicher Leistungsträger	8
Leistungsträgerübergreifende Versorgungsangebote	11
Anhang	14
Impressum	15

Zusammenfassung der wichtigsten sozial- und gesundheitspolitischen Forderungen der Diakonie

Das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland setzt sich zusammen mit seinem Fach- und Landesverbänden nachdrücklich dafür ein, dass ältere Menschen mit Suchterkrankungen wohnortnah die Hilfen erhalten, die ihnen ein selbstbestimmtes Leben und eine gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen. Vor diesem Hintergrund fordert das Diakonische Werk der EKD die politischen Vertreterinnen und Vertreter auf, folgende Maßnahmen umzusetzen beziehungsweise deren Umsetzung zu unterstützen:

1. Ausbau der Daseinsvorsorge mit pauschal finanzierten beziehungsweise bezuschussten Diensten, die aufsuchende und langfristige Hilfen bereitstellen.
2. Aufbau von freigemeinnützigen Beratungsstrukturen, die anwaltschaftlich, unabhängig und umfassend über Rechtsansprüche informieren und einzelfallbezogen verschiedene (auch leistungsträgerübergreifende) Hilfen planen und koordinieren. Die Beratungsangebote müssen ihre Kooperation und Vernetzung mit den regionalen, sozialen Diensten der Region verbindlich regeln.
3. Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung sind die Richtlinien zur Durchführung von Soziotherapie unter anderem dahingehend zu ändern, dass die Indikation auch auf Abhängigkeitserkrankungen ausgeweitet wird.
4. Um den Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V gerade für ältere, suchtkranke Menschen mit chronifizierten komorbiden Krankheitsbildern zu gewährleisten, sind in die Leistungsbeschreibung alle Suchterkrankungen mitaufzunehmen.
5. Versicherte müssen unabhängig von ihrem Wohnort oder ihrem Lebensmittelpunkt einen

Anspruch auf häusliche Krankenpflege haben und diesen bei Vorliegen eines entsprechenden Bedarfs und einer Verordnung in Anspruch nehmen können.

6. Durchführung eines Modellprojektes, um die Möglichkeiten der mobilen Rehabilitation für die Gruppe der älteren Menschen mit Suchterkrankungen zu erschließen.
7. Integrierte Versorgungsmodelle nach den §§ 140a-d SGB V müssen neben medizinischen Leistungserbringern und Leistungserbringern nach dem SGB XI auch Träger von Einrichtungen nach dem SGB VI und dem SGB XII sowie kommunal finanzierte Beratungsstellen als direkte Vertragspartner zulassen können. Für Menschen mit langjährigen Suchterkrankungen ist eine Bündelung von medizinisch-therapeutischen, rehabilitativen und psychosozialen Leistungen fachlich geboten.
8. Aufstockung der in § 43a SGB XI genannten Beiträge in Höhe der ambulanten Pflegesachleistungen, um es älteren Menschen mit chronischen Suchterkrankungen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben oder von diesen ambulant betreut werden, zu ermöglichen, auch bei zunehmender Pflegebedürftigkeit ihren bisherigen Lebensmittelpunkt beizubehalten.

Darüber hinaus appelliert das Diakonische Werk der EKD an die Krankenkassen, medizinisch notwendige Leistungen nach dem SGB V für die Personengruppe der älteren Menschen mit Suchterkrankungen flächendeckend anzubieten und im medizinisch-therapeutisch indiziertem Umfang auch zu finanzieren. Dies betrifft Leistungen der Soziotherapie sowie der häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke und längerfristige Entwöhnungsbehandlungen von Älteren.

Aktuelle Herausforderungen

Das Thema „Sucht im Alter“ findet in der Öffentlichkeit und in der Fachwelt kaum Beachtung, obwohl bekannt ist, dass ältere Menschen hohe Raten von Konsum, Missbrauch und Abhängigkeiten bei den Substanzen Tabak, Alkohol und Benzodiazepinen aufweisen. In den folgenden Ausführungen geht es dabei nicht um den gelegentlichen Genuss beispielsweise von Alkohol oder den sachgerechten Umgang mit Medikamenten / Psychopharmaka, sondern um deren schädlichen und missbräuchlichen Konsum beziehungsweise um Abhängigkeitserkrankungen. So ist beispielsweise davon auszugehen, dass circa 27 Prozent der älteren Männer und acht Prozent der älteren Frauen einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, während zwei bis drei Prozent der Männer gegenüber einem Prozent der Frauen in dieser Altersgruppe ein schwerwiegendes Alkoholproblem haben. In Bezug auf die Medikamenteneinnahme lässt sich festhalten, dass ungefähr bei einer bis zwei Millionen Menschen, die älter als 60 Jahre sind, von einem problematischen Gebrauch sogenannter psychoaktiver Medikamente auszugehen ist.

Die hiermit einhergehenden Folgeerkrankungen betreffen demnach große Bevölkerungsgruppen und stellen ein ernstzunehmendes individuelles, aber auch vor allem ein gesellschaftliches und gesundheitspolitisches Problem dar. Durch den demografischen Wandel in unserer Gesellschaft und die damit einhergehende, wachsende Anzahl an älter werdenden Menschen ist weiterhin davon auszugehen, dass die gesundheitspolitische Bedeutung von Suchterkrankungen im Alter in den nächsten Jahren noch zunehmen wird¹.

¹ Über alle Altersgruppen verteilt sind die Diagnosen, die auf eine Abhängigkeitserkrankung zurückgehen, bei den Männern der häufigste Grund für einen Krankenhausaufenthalt (pro Jahr 223.000 Aufnahmen)

Gleichzeitig belasten Suchterkrankungen beziehungsweise riskanter Suchtmittelkonsum und deren Folgewirkungen die Lebensqualität älterer Menschen nachhaltig. Dennoch wird das Thema von der Gesellschaft nach wie vor ignoriert und tabuisiert. Einschränkungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit werden als typische Begleiterscheinungen oft dem Alter zugeschrieben, obwohl sie Folgewirkungen einer Suchtabhängigkeit sein können: Dies gilt für Symptome wie häufige Stürze, Fehlernährung, nachlassende körperliche Leistungsfähigkeit, Hirnleistungsstörungen, Antriebs- und Interesselosigkeit, Stimmungsschwankungen, sozialer Rückzug und nachlassende Körperhygiene bis hin zur Verwahrlosung. Zudem sind Symptome einer Suchterkrankung von denen einer Depression im Alter beziehungsweise einer beginnenden Demenz kaum zu unterscheiden. Dies erschwert eine genaue Differentialdiagnose und darauf abgestimmte Behandlungen.

Der im Alter ohnehin höhere Medikamentenkonsum, die körperliche Multimorbidität älterer Menschen, ein langsamerer Stoffwechsel und eine damit zusammenhängende, geänderte Pharmakodynamik führen zu altersspezifischen Folgen von Suchterkrankungen und erhöhen die Polytoxizität.

Suchterkrankungen älterer Menschen zeichnen sich vielfach durch Charakteristika aus, die dazu führen, dass das Problem entweder überhaupt nicht wahrgenommen wird oder dass die betroffenen Menschen massiv ausgegrenzt werden. Mit dem Ende der Erwerbstätigkeit wird der soziale Rückzug insbesondere von Menschen mit einer langjährigen Suchterkrankung noch verstärkt, und je älter und kränker diese Menschen werden, um so mehr sind sie an ihre Wohnung gebunden. Probleme wie ihre zunehmende Verwahrlosung, gravierende körperliche Einschränkungen, psychische Leiden und materielle Notlagen bleiben

■ Aktuelle Herausforderungen

aufgrund ihrer Immobilität für die Öffentlichkeit weitestgehend unsichtbar.

Die alternde Gesellschaft zu gestalten, verlangt gezielte regionale Planung und sozialanwaltschaftlich wirkende Strukturentwicklung, die Vernetzung bestehender Dienste und Hilfen sowie kontinuierliches Case Management. Ein besonderer Fokus bei einer auf das Alter hin ausgerichteten Strukturentwicklung soll auf diejenigen Personenkreisen liegen, die besonders vulnerabel sind. Zu diesem Personenkreis gehören insbesondere ältere Menschen mit einer Suchterkrankung, die so darin unterstützt werden, ein selbstbestimmtes, selbstständiges und würdevolles Leben in ihrem bisherigen Lebensumfeld zu führen. Ältere Menschen mit Suchterkrankungen und den damit vielfach verbundenen erheblichen Einschränkungen in der Alltagskompetenz würden von einem flächendeckenden Ausbau wohnort-

naher Angebote im Vorfeld von Pflegeleistungen enorm profitieren. Gedacht ist hierbei an niedrigschwellige, tagesstrukturierende Angebote, die auch Tagespflege sowie aufsuchende Hilfen integrieren. Neben der Gestaltung des Tages sind die Förderung der Eigenständigkeit sowie die Überwindung sozialer Isolation von besonderer Bedeutung. Gleichzeitig sollten diese Dienste und Einrichtungen professionelle, nebenamtliche und ehrenamtliche Hilfen miteinander verschränken und aufeinander abstimmen.

Aus Sicht des Diakonischen Werkes der EKD sind verschiedene Maßnahmen der Politik notwendig, um den vielfach marginalisierten und langzeiterkrankten Menschen, aber auch denjenigen, die erst im Alter eine Suchterkrankung entwickeln, ein selbstbestimmtes, weniger gesundheitsgefährdendes Leben zu ermöglichen.

Verbesserte Zugangsmöglichkeiten durch Gemeinwesenorientierung im Rahmen der Daseinsvorsorge

Damit ältere Menschen mit Suchterkrankungen die erforderlichen Leistungen in Anspruch nehmen können, muss die Daseinsvorsorge mit pauschal finanzierten beziehungsweise bezuschussten Diensten ausgebaut werden, die aufsuchend-nachgehende sowie langfristige Hilfen bereitstellen können. Personelle und finanzielle Ressourcen für fallunspezifische Hilfen müssen regelhaft zur Verfügung stehen. Die aufsuchenden Hilfen haben im Wesentlichen primär- und sekundärpräventiven Charakter, die jedoch nicht nur als Aufgabe des Gesundheitssystems zu verstehen sind, sondern auch Leistungen anderer Sozialleistungsträger umfassen.

Diese aufsuchenden oder aktiv-nachgehenden Dienste können, in Abhängigkeit von den jeweiligen kommunalen Strukturen, beispielsweise an den Sozialpsychiatrischen Dienst, das Gesund-

heitsamt oder an Beratungsstellen angebunden sein. Dabei sollen keine zusätzlichen Strukturen aufgebaut, sondern an die vorhandenen gemeinwesenorientierten Angebote angeschlossen werden. Die Hilfen werden als aufsuchende Arbeit gestaltet, die nachhaltig und konsequent auf die jeweiligen individuellen Bedürfnisse hin ausgerichtet und durchgeführt werden. Ebenso notwendig ist eine strukturelle Vernetzung mit anderen sozialen und Gesundheitsdiensten des Gemeinwesens.

Bei dem Aufbau und bei der Ausgestaltung einer vernetzten Struktur und der Koordination unterschiedlicher Hilfen kommt der Kommune beziehungsweise dem Wohnquartier als zentralem Lebensort älterer Menschen eine besondere Verantwortung und Bedeutung zu.

Information, Beratung und Begleitung im Hilfesystem durch Case Management

Um individuelle Rechte in Anspruch nehmen beziehungsweise durchsetzen zu können und um das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen zu stärken, ist eine umfassende und unabhängige Information und lebenslagenorientierte Beratung sowie eine einzelfallbezogene Planung und Koordination verschiedener Hilfen erforderlich. Gemeint sind hiermit anwaltschaftliche Bera-

tungsstrukturen im Sinne der Betroffenen, die auch aufsuchende Hilfen umfassen.

Für ein solches Case Management bieten sich vorrangig Träger an, die gemeinwesenorientierte Hilfen im Quartier leisten. Um die Vorrangigkeit nicht professioneller Hilfen zu gewährleisten, sollten die Träger zivilgesellschaftliches Engagement konzeptionell einbeziehen und unterstützen.

Systematisches Erschließen und Ausbau der Leistungen unterschiedlicher Leistungsträger

Für ältere Menschen mit Suchterkrankungen sind in den sozialen Sicherungssystemen verschiedene Hilfen vorgesehen, die gerade bei Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf oft gleichzeitig oder in Folge in Anspruch genommen werden. Um diese Hilfen personenzentriert erbringen zu können, ist eine Ausrichtung und Weiterentwicklung der Leistungssysteme am jeweiligen individuellen Bedarf erforderlich, wobei die Hilfen wohnortnah und lebensweltbezogen erbracht werden sollen. Auf einige Leistungen soll im Folgenden näher eingegangen werden:

Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V)

Im Kontrast zur gesundheitsökonomischen Relevanz von Abhängigkeitserkrankungen gibt es bis heute im Zuständigkeitsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kaum suchtspezifische Versorgungs- und Behandlungsangebote, die dem komplexen Charakter dieser Störungen Rechnung tragen. Leistungen nach dem SGB V werden eher als Ergänzungen der Suchtrehabilitation (SGB VI) gesehen und konzentrieren sich vor allem auf Screening-Verfahren bei der Frühintervention, auf Kurzinterventionen in der hausärztlichen Praxis und auf medikamentengestützte Behandlungsangebote. Der spezifische Interventions- und Behandlungsbedarf von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und insbesondere von älteren, chronisch suchtkranken Menschen mit Komorbidität wird so kaum angemessen berücksichtigt. Bestehende Versorgungslücken sind auch darauf zurückzuführen, dass im Bereich der Entwöhnung die Rentenversicherung zuständig ist und der Aspekt der Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit das Leitkriterium ist. Bei älteren Menschen jenseits der 65 Jahre entfällt dieses Kriterium und die ersatzweise zuständige Krankenversicherung sperrt sich bei Entwöhnungen im Alter häufig gegen längerfristige und

damit kostenintensivere Behandlungen. Dieses Problem wird auch in der aktuellen Gesundheitsberichterstattung des Bundes zum Thema Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen (vom Mai 2008) aufgegriffen, in der vor allem die defizitäre Versorgung älterer Menschen mit Suchterkrankungen kritisch erwähnt wird. Aber auch für „chronisch mehrfach beeinträchtigte“ Alkoholranke (CMA) fehlen wohnort- und gemeindenahe Therapieangebote.

Das Diakonische Werk der EKD fordert vor diesem Hintergrund die Krankenkassen auf, Entwöhnungsbehandlungen von älteren Menschen im medizinisch-therapeutisch indiziertem Umfang zu finanzieren. Dies bedeutet auch, dass der Abschluss einer Krankenhausbehandlung immer eine Einzelfallentscheidung ist, bei der die individuelle Situation des Patienten einschließlich seines sozialen Umfeldes berücksichtigt werden muss¹. Gerade bei älteren Menschen mit Suchterkrankungen und Komorbiditäten, die über wenig soziale Unterstützungsnetzwerke und Ressourcen verfügen, sind ein angemessener Abschluss und ein funktionierendes Versorgungsmanagement von besonderer Bedeutung.

Alle medizinisch notwendigen Leistungen des Gesundheitssystems und insbesondere der Rehabilitation müssen auch für suchtkranke ältere Menschen zugänglich gemacht beziehungsweise erschlossen und der Grundsatz Prävention und Rehabilitation vor und in der Pflege auch für diese Personengruppe konsequent umgesetzt werden.

Das Diakonische Werk der EKD wiederholt an dieser Stelle seine Forderung, die Richtlinien zur Durchführung von Soziotherapie unter anderem dahingehend zu ändern, dass die Indikation für

¹ s. Presseinformation des Diakonischen Werkes der EKD vom 10. 10. 2007: Diakonie fordert Klarheit über Kostenübernahme bei Weiterbehandlung im Krankenhaus.

Soziotherapie auch auf Abhängigkeitserkrankungen ausgeweitet wird². Soziotherapie, die psychisch schwer erkrankten Menschen, und hierzu sind Menschen mit einer langjährigen Abhängigkeitserkrankung zu zählen, das Leben zu Hause und die Teilnahme an medizinischen Behandlungen ermöglichen soll, hat eine Schlüsselstellung für eine angemessene ambulante medizinische Versorgung dieses Personenkreises.

Menschen mit Suchterkrankungen haben wie alle anderen Versicherten der Krankenversicherung einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Bestandteil der Krankenbehandlung ist auch die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V. Dieser Anspruch auf häusliche Krankenpflege wird jedoch Menschen mit Suchterkrankungen größtenteils verwehrt, da die Richtlinien für häusliche Krankenpflege nur unzureichend ausgestaltet sind und Ärztinnen und Ärzte keine Leistungen auslösen.

Das Diakonische Werk der EKD fordert aus diesem Grund, dass in die Leistungsbeschreibung zu Nr. 27a auch alle Suchterkrankungen (Diagnosegruppen F10 bis F19 in der ICD-10) aufzunehmen sind. Dadurch könnte insbesondere älteren, suchtkranken Menschen mit chronifizierten komorbiden Krankheitsbildern eine pflegerische Unterstützung gewährt werden.

Darüber hinaus setzt sich das Diakonische Werk der EKD auch an dieser Stelle erneut und nachdrücklich dafür ein, dass Versicherte unabhängig von ihrem Wohnort oder Lebensmittelpunkt einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V haben und diesen bei Vorliegen eines entsprechenden Bedarfs und einer ärztlichen Verordnung in Anspruch nehmen können.³ Das heißt, es kann auch die Wohnsituation beispielsweise in einer stationären Einrichtung der

Eingliederungshilfe als Häuslichkeit anerkannt werden.

Die Gesundheitsreform 2007 ordnet grundsätzlich die Finanzverantwortung für die Behandlungspflege in teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen der Pflegeversicherung zu. Diese nicht systemkonforme Regelung hält das Diakonische Werk der EKD insbesondere aus der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer dieser Einrichtungen für falsch⁴, da sie hierdurch gegenüber anderen Versicherten benachteiligt werden.

Das Diakonische Werk der EKD plädiert darüber hinaus dafür, dass die mit Inkrafttreten der letzten Gesundheitsreform (GKV-WSG) neu geschaffenen Möglichkeiten der mobilen Rehabilitation für die Gruppe der älteren Menschen mit Suchterkrankungen erschlossen werden. Die mobile Rehabilitation, die vor allem für unversorgte Gruppen und für Menschen konzipiert wurde, die von den bestehenden Rehabilitationsangeboten nicht ausreichend profitieren können beziehungsweise bisher nicht profitiert haben, könnte die Situation insbesondere langjährig suchtmittelkonsumierender, älterer Menschen verbessern. Durch die Ergänzung eines aufsuchenden, medizinischen Rehabilitationsangebotes, das sich vorrangig an multimorbide Patientinnen und Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf richtet, kann der Grundsatz des Vorranges der Rehabilitation vor und in der Pflege und die Zielsetzung „ambulant vor stationär“ auch für ältere Menschen mit chronischen Suchterkrankungen fachgerecht umgesetzt werden.

Das Diakonische Werk der EKD setzt sich vor diesem Hintergrund für ein vom Gesundheitsministerium in Auftrag zu gebendes Modellprojekt ein. Im Rahmen dieses Projektes soll geprüft werden, inwieweit die Rahmenempfehlungen zur mobilen Rehabilitation für die spezifische Zielgruppe überarbeitet werden müssen. Gleichzeitig soll die schrittweise Implementation eines entsprechenden Leistungsangebotes in das beste-

2 vgl. Positionen des Diakonischen Werkes der EKD zur Integrierten Versorgung psychisch kranker und suchtkrankter Menschen, Diakonie Texte 4.2006.

3 vgl. Diakonie Texte 01.2007 „Behandlungspflege in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe“.

4 vgl. Diakonische Positionen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Diakonie Texte 05.2007.

hende Versorgungssystem begleitet und ausgewertet werden.

Angesichts der hohen Anzahl von ärztlich verschriebenen Medikamenten – gerade auch bei älteren Menschen – ist an die Selbstverwaltung die kritische Frage zu stellen, wie eine bessere Qualitätssicherung für das ärztliche Verordnungsverhalten erreicht werden kann.

Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI)

Das Diakonische Werk der EKD setzt sich mit Nachdruck für die Aufstockung der in § 43a SGB XI genannten Beträge in Höhe der ambulanten Pflegesachleistung ein, um es älteren Menschen mit chronischen Suchterkrankungen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, insbesondere in sozialtherapeutischen Wohnheimen leben, zu ermöglichen, auch bei zunehmender Pflegebedürftigkeit ihren bisherigen Lebensmittelpunkt beizubehalten (sofern dies ihren Wünschen entspricht).

Das Diakonische Werk der EKD unterstützt darüber hinaus die aktuellen politischen Bestrebungen, den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu überprüfen und ganzheitlich zu fassen. Um älteren Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen bei Eintreten einer erheblichen Pflegebedürftigkeit weiterhin ein Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, ist eine Weiterentwicklung in Richtung einer teilhabeorientierten Pflege erforderlich. Ein so erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff umfasst auch Kommunikation, Beziehungsgestaltung, Alltagsgestaltung und -bewältigung sowie Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als leistungsauslösende Bedarfe.

Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII)

Für ältere Menschen mit Suchterkrankungen sind je nach individueller Situation und daraus resultierendem Unterstützungsbedarf folgende Paragraphen des SGB XII relevant:

§ 11 Beratung zur Erfüllung der Leistungsansprüche
§ 53 Bestimmungen zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen,

§§ 61 ff Hilfe zur Pflege

§§ 67 ff Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten

§ 71 Bestimmungen zur Altenhilfe und gegebenenfalls

§ 73 Hilfe in sonstigen Lebenslagen.

Wie schon weiter oben ausgeführt, ist eine umfassende Beratung und Information über die bestehenden Sozialansprüche und eine Begleitung bei deren Inanspruchnahme notwendig. Die Beratungsangebote zu Leistungen nach dem SGB XII und anderen Sozialgesetzbüchern müssen trägerunabhängig und flächendeckend vorgehalten und für Menschen barrierefrei zugänglich sein. Darüber hinaus ist eine verbindlich geregelte Kooperation und Vernetzung mit den regionalen, sozialen Diensten der Region unerlässlich.

Um keine Doppelstrukturen zu etablieren, ist zu prüfen, inwieweit die Servicestellen nach dem SGB IX mehr und effektiver als bisher diese Beratungsaufgaben übernehmen können.

Aus Sicht des Diakonischen Werkes der EKD kann dies dann gelingen, wenn klarer formuliert wird, wie die im § 22 SGB IX angeführte Beteiligung der Verbände von Menschen mit Behinderung, einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, bei der Beratung und Unterstützung sichergestellt werden kann. Denkbar ist die Einführung eines die Servicestellen begleitenden, partnerschaftlich besetzten Kuratoriums, in dem alle in einer Region beteiligten Partner im Sozialleistungsbereich, die Selbsthilfeverbände wie auch die Kommunen vertreten sind.

Angesichts aktueller Entwicklungen, den individualrechtlichen Anspruch auf Teilhabeleistungen insbesondere von älteren Menschen mit Behinderungen auszuhebeln, sieht das Diakonische Werk der EKD Politikerinnen und Politiker in einer besonderen Verantwortung. Der lebenslange Teilhabeanspruch von Menschen mit Behinderung, und hierzu zählen auch ältere, chronisch mehrfachbeeinträchtigte Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, muss gegen unterschiedliche Interessen umgesetzt werden.

Leistungsträgerübergreifende Versorgungsangebote

Wie weiter oben dargestellt, sind an der Versorgung insbesondere von älteren Menschen mit einer chronifizierten Abhängigkeitserkrankung mehrere soziale Sicherungssysteme, wie Kranken- und Pflegeversicherung sowie Sozialhilfe und Angebote kommunaler Daseinsvorsorge beteiligt. Die unterschiedlichen Leistungsträger beziehen sich bei der Planung, Steuerung und Koordinierung ihrer jeweiligen Angebote kaum aufeinander. Dies gilt sowohl für die Versorgungsstrukturen als auch für die Kooperation im Einzelfall, so dass ältere Menschen mit chronischen Suchterkrankungen, deren Unterstützungsbedarf vielfach eine „Schnittmenge“ komplexer Leistungsträger übergreifender Hilfen umfasst, zwischen die Hilfesysteme geraten.

Hier wird ein systematisches Defizit unserer versäulten, sozialen Sicherungssysteme deutlich. Dringend erforderlich ist eine am Leitbild des selbstständigen und selbstbestimmten älteren Menschen ausgerichtete und koordinierte Zusammenarbeit der Leistungsträger und Leistungserbringer im Gesundheits- und Sozialsystem.

Ein erster Schritt auf diesem Weg können integrierte Versorgungskonzepte nach den §§ 140a-d SGB V sein. Die integrierte Versorgung, die im medizinischen System sektoren- und interdisziplinär-fachübergreifende Versorgungsformen initiieren und implementieren sollte, und die seit dem Inkrafttreten der Gesundheitsreform im Jahr 2007 (GKV-WSG) auch auf Leistungen der Pflegeversicherung ausgedehnt wurde, muss dafür in Zukunft auch Leistungen nach dem SGB VI und dem SGB XII umfassen und entsprechende Leistungserbringer als Vertragspartner zulassen. Für Menschen mit langjährigen und schweren Suchterkrankungen ist eine Bündelung der medizinisch-therapeutischen, rehabilitativen und psychosozialen Leistungen fachlich und im Hinblick

auf Leistungseffizienz sinnvoll. Um die multidisziplinären Leistungen, die in der stationären Versorgung teilweise schon vernetzt angeboten werden, auch ambulant aus einer Hand anbieten zu können, ist es erforderlich, dass neben medizinischen und pflegerischen Leistungserbringern auch Träger von Einrichtungen nach dem SGB VI und dem SGB XII sowie kommunal finanzierte Beratungsstellen direkte Vertragspartner eines integrierten Versorgungsvertrages werden können¹.

Nach Ansicht des Diakonischen Werkes der EKD sollte geprüft werden, inwieweit über Modelle der integrierten Versorgung hinaus eine eigene Rechtsgrundlage für Komplexeleistungen im SGB IX – ähnlich dem § 30 SGB IX zur Früherkennung und Frühförderung – den sozialrechtlichen Rahmen für die ambulante Behandlung und Versorgung vorgeben sollte. Bisher werden komplexe Hilfeleistungen für ältere Menschen fast ausschließlich in Krankenhäusern oder stationären Einrichtungen erbracht.

Ein weiterer Schritt hin zu mehr Entscheidungs- und Wahloptionen von älteren Menschen mit Suchterkrankungen und zu einer flexibleren Gestaltung der erforderlichen Hilfen können aus Sicht des Diakonischen Werkes der EKD trägerübergreifende Budgets nach § 17 SGB IX sein.

Im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren und in der Gesellschaft wird immer auch nach den Gesetzesfolgen gefragt, die sich auf entstehende Kosten beziehen. Selbst unter dieser rein ökonomischen Perspektive sind die Ausgaben, die bei der Umsetzung der vorgeschlagenen sozial- und gesundheitspolitischen Maßnahmen entstehen,

¹ vgl. Positionen des Diakonischen Werkes der EKD zur Integrierten Versorgung psychisch kranker und suchtkrank Menschen, Diakonie Texte 04.2006.

■ Leistungsträgerübergreifende Versorgungsangebote

sinnvoll, wenn die gesundheitsökonomischen und volkswirtschaftlichen Folgekosten von Abhängigkeitserkrankungen im Alter berücksichtigt werden.

Bezieht man die gleichstellungspolitische Bedeutung dieser Gesetzesänderungen mit ein, wird deutlich, dass das Recht auf Gesundheit sowie das Recht von Menschen mit Behinderung auf Teilhabemöglichkeiten mitten in unserer Gesellschaft Menschenrechte sind, denen sich unsere Gesellschaft und der Staat verpflichtet sehen. So hat Deutschland das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung 2007 unterzeichnet. Die Glaubwürdigkeit dieses eindeutigen Bekenntnisses

zur Inklusion und Chancengerechtigkeit steht auf dem Spiel, wenn bei der Umsetzung dieser Grundsätze vor allem nach den Kosten für die Gesellschaft und für die sozialen Sicherungssysteme gefragt wird.

Aus Sicht der Diakonie müssen sich Sozial- und Gesundheitspolitik daran messen lassen, ob sie sich an der Menschenwürde – und damit an der gerechten Teilhabe aller an der Gesellschaft – orientieren und ihr entsprechen. Dabei ist der durch Solidarität geprägte Umgang einer Gesellschaft mit kranken Menschen sowie mit Menschen mit Behinderung oder in sozialen Schwierigkeiten Ausdruck der gelebten Mitmenschlichkeit in dieser Gesellschaft.



■ Anhang

Das Positionspapier wurde erarbeitet von den Mitgliedern der Projektgruppe
„Sucht im Alter – Herausforderungen und Lösungswege für diakonische Arbeitsfelder“:

Harry Decker, Diakonisches Werk Baden e. V.

Dagmar Jung, Diakonisches Werk in Hessen und Nassau e. V.

Dirk Kaliske, Diakonisches Werk in Kurhessen-Waldeck e. V.

Kai Kupka, Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg e. V.

Hans-Wilhelm Nielsen, Suchthilfezentrum Schleswig e. V.

Johannes Peter Petersen, Diakonisches Werk Schleswig-Holstein e. V.

Norbert Schmelter, Lebensnah gGmbH in Rendsburg

Beate Schröder, Diakonisches Werk der Ev. Kirche im Rheinland e. V.

Katharina Ratzke, Diakonisches Werk der EKD e. V.

Impressum

Diakonisches Werk der
Evangelischen Kirche
in Deutschland e. V.
Staffenbergstraße 76
70184 Stuttgart

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Postfach 10 11 42
70010 Stuttgart
Telefon: +49 711 21 59-454
Telefax: +49 711 21 59-566
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
Dr. Katharina Ratzke
Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie
und Suchthilfe
Zentrum Gesundheit,
Rehabilitation und Pflege
Telefon: +49 30 830 01-261
Telefax: +49 30 830 01-444
ratzke@diakonie.de

Layout:
H. M. Saecker, A. Stiefel

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des
Diakonischen Werkes
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-
Echterdingen
Telefon: +49 711 902 16-50
Telefax: +49 711 797 75 02
vertrieb@diakonie.de

Die Texte, die wir in der
Publikationsreihe Diakonie
Texte veröffentlichen, sind
im Internet frei zugänglich.
Sie können dort zu nicht-
kommerziellen Zwecken
heruntergeladen und ver-
vielfältigt werden.
Diakonie Texte finden Sie
unter www.diakonie.de/Texte.
Im Vorspann der jeweiligen
Ausgabe im Internet finden
Sie Informationen, zu
welchem Preis Diakonie
Texte gedruckt im Zentralen
Vertrieb bestellt werden
können.

© Juli 2008 · 1. Auflage
ISBN 978-3-937291-79-6

Druck:
Zentraler Vertrieb des
Diakonischen Werkes
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-
Echterdingen

www.diakonie.de

**Diakonisches Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e. V.**

Staffenbergstraße 76
70184 Stuttgart

Telefon: +49 711 21 59-0
Telefax: +49 711 21 59-288
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de