



Problemanzeige der Sucht-Fachverbände:

Das System der Suchtrehabilitation gerät massiv unter Druck!

Zwei aktuelle Entwicklungen führen dazu, dass die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker seit einigen Monaten mit Problemen zu kämpfen hat, die die Versorgungsstrukturen und die Qualität der Behandlung erheblich gefährden: Zum einen sind die finanziellen Mittel der Deutschen Rentenversicherung für die Durchführung von Reha-Maßnahmen durch die stetig wachsende Zahl der Reha-Anträge erstmalig in der Geschichte der Bundesrepublik vollständig erschöpft. Zum anderen führt ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) dazu, dass das seit Jahren bewährte Prinzip ‚Therapie statt Strafe‘ für Drogenabhängige kaum noch Anwendung findet.

1 Knappe Finanzmittel für die medizinische Rehabilitation bei gleichzeitig erhöhtem Reha-Bedarf bedrohen die Qualität der Leistungen empfindlich

1.1 Der finanzielle Rahmen ist durch veraltete gesetzliche Vorgaben ‚gedeckt‘

Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation werden im Indikationsbereich Abhängigkeitskrankungen überwiegend durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) als Leistungsträger finanziert (ca. 85%). Bei den dafür zur Verfügung stehenden ‚Reha-Budgets‘ der einzelnen Träger der DRV handelt sich um den Teil des Haushaltes, der für Rehabilitation insgesamt (nicht nur medizinische Reha) ausgegeben werden darf. Seit der Umsetzung des „Gesetzes zur Umsetzung des Programms für mehr Wachstum und Beschäftigung“ (WFG) Mitte der 1990er Jahre sind diese Budgets ‚gedeckt‘, d. h. sie dürfen nur im Umfang der Grundlohnsummensteigerung (ein offiziell berechneter Durchschnittswert zur Lohnentwicklung) des jeweiligen Vorjahres erhöht werden (§ 220 SGB VI). Wichtig ist in diesem Zusammenhang außerdem, dass im Falle der Überschreitung des Budgets durch einen DRV-Träger ein bundesweiter Ausgleich durch andere DRV-Träger erfolgen kann, die ihr Budget nicht ausgeschöpft haben. Der Überschussbetrag muss aber durch den betreffenden DRV-Träger im übernächsten Jahr innerhalb des eigenen Budgets wieder eingespart werden. Die Einhaltung der Reha-Budgets wird von den zuständigen Kontrollbehörden (u.a. Bundesrechnungshof) überwacht. In den letzten Jahren wurden diese Budgets regelmäßig deutlich unterschritten, es gab also genügend Spielraum für Steigerungen bei der Vergütungssätze für die Reha-Einrichtungen (Anpassung an allgemeine Kostensteigerungen und erhöhte Qualitätsanforderungen) und die Bewilligung des wachsenden Antragsvolumens (steigender Reha-Bedarf wird von allen Experten auch für die folgenden Jahre prognostiziert).

1.2 Die Reha-Budgets bei der Deutschen Rentenversicherung sind 2010 erstmals komplett ausgeschöpft

Schon Ende 2009 deutete sich an, dass einige Regionalträger der DRV ihr Budget für Rehabilitation erstmalig vollständig ausschöpfen oder sogar überziehen werden. Diese Entwicklung hat ihre Ursachen auch in der Tatsache, dass sich die Zunahme der Anträge auf medizinische Rehabilitation seit der wirtschaftlichen Rezession 2008/2009 unerwartet dynamisch entwickelt hat. Es scheint so zu sein, dass in der Zeit schwächerer Auslastung der Betriebe

und Unternehmen Reha-Maßnahmen nach dem Prinzip ‚Fit für den Aufschwung‘ verstärkt nachgefragt wurden, was den bisherigen Erfahrungen mit Schwankungen der wirtschaftlichen Gesamtlage widerspricht. Die DRV Bund berichtet bspw. von dem größten Antragseingang ihrer Geschichte im März 2010. Dieser überdurchschnittlich hohe Reha-Bedarf bezieht sich aber weniger auf den Indikationsbereich Sucht, sondern vielmehr auf die Bereich Orthopädie oder Psychosomatik. Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass die Menge der bewilligten Reha-Maßnahmen durch die DRV nicht beliebig gesteuert werden kann, denn es existiert (unter bestimmten persönlichen und formalen Voraussetzungen) ein Leistungsanspruch der Versicherten, es kann also eigentlich keine ‚Reha nach Kassenlage‘ geben.

Die Verknappung der Finanzmittel stellt sich bei den 16 Trägern der Deutschen Rentenversicherung sehr unterschiedlich dar, was auf spezifische regionale und gewachsene konzeptionelle Strukturen zurückzuführen ist: Die Dichte der Reha-Kliniken ist in den Bundesländern unterschiedlich hoch, und einzelne Träger fördern Entwicklungen und Pilotprojekte in der medizinischen Reha mit besonderem Aufwand. Insgesamt war aber spätestens ab Mitte 2010 abzusehen, dass auch bei einem trägerübergreifenden Ausgleich die Reha-Budgets vollständig ausgeschöpft werden. Der damit hochgradig relevante Handlungsdruck für Sparmaßnahmen in der gesamten medizinischen Reha der Rentenversicherung kann auf unterschiedliche Weise umgesetzt werden:

1. Senkung der Bewilligungsquote für Reha-Maßnahmen

Diesem Vorgehen sind allerdings aufgrund der Leistungsansprüche der Versicherten und des möglichen Imageverlustes der DRV Grenzen gesetzt. Insbesondere vor dem Hintergrund des aktuell und prognostisch weiter steigenden Reha-Bedarfs können dadurch negative volkswirtschaftliche und gesellschaftliche Effekte entstehen.

2. Vermehrte Durchführung von ambulanten oder kombinierten Maßnahmen

Eine Möglichkeit, bei gleicher Zahl bewilligter Maßnahmen Geld zu sparen, ist die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich. In Frage kommt dabei die ambulante ebenso wie die ganztägig-ambulante Durchführung (auch tagesklinisch oder teilstationär genannt), denn bei beiden Maßnahmenformen sind die Kosten pro Behandlung aufgrund der geringeren Leistungsintensität (ambulant) bzw. der fehlenden Unterbringung und Vollverpflegung (ganztägig-ambulant) deutlich geringer als bei stationärer Behandlung. Mit fachlichen und ökonomischen Begründungen werden auch vermehrt Kombinationsbehandlungen (bspw. verkürzte stationäre Phase mit anschließender ambulanter Behandlung) konzipiert und durchgeführt.

3. Reduzierung der Standard-Behandlungsdauer

Mit dieser Maßnahme wird ein Qualitätsverlust bei der Teilhabeförderung riskiert, denn die bisher abgestimmten Behandlungsdauern in den Indikationsbereichen Somatik, Psychosomatik und Sucht wurden nicht beliebig festgesetzt, sondern basieren auf wissenschaftlich fundierten Therapiekonzepten. Außerdem wird so das Problem unmittelbar an die Reha-Einrichtungen weitergegeben, die mehr Rehabilitanden aufnehmen müssen, um eine wirtschaftliche Auslastung sicherstellen zu können. Mehr Aufnahmen und Entlassungen bedeuten aber auch einen überproportional erhöhten Aufwand und eine entsprechend stärkere Belastung des Personals.

4. Dialog zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern

Eine gemeinsame Analyse der Problemlage und der Handlungsoptionen wäre wünschenswert, um mittel- und langfristig die signifikante Verschlechterung der mühsam aufgebauten Versorgungsstrukturen (drohender Bettenabbau) und der hohen Versorgungsqualität (drohende Leistungs- und Verweildauerreduzierung) zu vermeiden oder zumindest zu begrenzen.

5. Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Selbst wenn die unter 1 bis 4 genannten Maßnahmen wirksam werden, kann es doch nur zu einer kurzfristigen Entlastung der knappen Reha-Budgets führen. Bei einer langfristi-

gen Betrachtung stellt sich die Frage, ob Deutschland es sich leisten will, das nachweislich erfolgreiche und wirksame Instrument der medizinische Rehabilitation (im Hinblick auf Erwerbsfähigkeit und Teilhabe) insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels (älter werdende Bevölkerung und längere Lebensarbeitszeit) und der zu erwartenden Verknappung von Arbeitskräften mit gedeckelten Reha-Budgets nur eingeschränkt zu nutzen. Eine denkbare Lösung wäre neben der Aufhebung der Deckelung der Reha-Budgets in diesem Zusammenhang auch, das Spektrum der Leistungen, die aus den Reha-Budgets bezahlt werden müssen, zu überprüfen.

1.3 Sparmaßnahmen in der Sucht-Reha gefährden die adäquate Versorgung der Rehabilitanden und die Qualität der Behandlung

Aktuell existieren für alle genannten Optionen konkrete Beispiele im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen:

Zu 1: Einzelne Regionalträger bewilligen kaum noch Reha-Maßnahmen für Haftentlassene (siehe Teil 2 der Problemanzeige) oder verschärfen willkürlich die Kriterien für die Erfolgsprognose einer Reha-Maßnahme, um diese dann ablehnen zu können.

Zu 2: Ungeachtet einer sorgfältigen fachlichen Indikationsstellung aufgrund der persönlichen Situation und der Teilhabebeeinträchtigung eines Rehabilitanden wurden bei einzelnen Regionalträgern erhöhte Mengenvorgaben für ambulante und ganztägig-ambulante Maßnahmen eingeführt. Zudem wird in Norddeutschland das Modell „Kombi-Nord“ inzwischen mit Nachdruck umgesetzt, ohne dass die Frage nach einer besseren Wirksamkeit oder Evidenz im Vergleich zur ‚Standard-Therapie‘ beantwortet ist.

Zu 3: Mehrere Regionalträger haben die Standard-Therapiedauern für Alkohol/Medikamente bzw. Drogen um bis zu 20% gekürzt, ohne sich die Mühe zu machen, die fachlichen und konzeptionellen Konsequenzen mit den Einrichtungen abzustimmen. Am 21. September 2010 fasste der Fachausschuss Rehabilitation der DRV, das maßgebliche Entscheidungsgremium für Fragen der Rehabilitation bei der Rentenversicherung, den Beschluss, aufgrund der sich abzeichnenden angespannten Haushaltslage eine Anpassung und „Harmonisierung“ der Richtwerte für die Verweildauern in allen Indikationen vorzunehmen.

Zu 4: Einige wenige Träger stimmen Sparmaßnahmen mit den Einrichtungen ab, für die sie zuständig sind („Federführungsprinzip“): In einem Fall wurde statt einer einseitigen Reduzierung der Therapiedauer die Rückgabe eines Teils des sog. ‚Verweildauer-Budgets‘ (eine Art Tagekonto für die Behandlungsdauer, mit dem die Einrichtung flexibel die individuelle Therapiezeit steuern kann) mit den Einrichtungen abgestimmt. In einem anderen Fall wurden die Einrichtungen aufgefordert, zunächst die möglichen konzeptionellen Auswirkungen einer Reduzierung der Therapiedauer zu prüfen.

Zu 5: Ein Regionalträger bemüht sich gemeinsam mit den Fachverbänden der Suchtkrankenhilfe um die Erstellung einer wissenschaftlichen Analyse zur Wirksamkeit und zum volkswirtschaftlichen Nutzen der Sucht-Reha (basierend auf der PROGNOSE-Studie von 2009, die für die medizinische Reha insgesamt ein Aufwand/Nutzen-Verhältnis von 1:5 berechnet). Die Vorbereitung dieses Projektes läuft gerade an. Ansonsten hört man derzeit von der DRV eher die Aussage, dass eine Diskussion um die Aufhebung der Deckelung der Reha-Budgets aufgrund der angespannten Situation der öffentlichen Haushalte aktuell nicht erfolversprechend wäre. Leider wird das Prinzip **‚nicht an der Reha sparen, sondern durch die Reha sparen‘** derzeit nicht wirklich ernst genommen.

Als Zwischenfazit zu dieser Entwicklung lässt sich festhalten, dass die Haushaltslage für die Rehabilitation weiterhin sehr angespannt bleibt und in den kommenden Jahren keine deutliche Entlastung zu erwarten ist, wenn sich die Rahmenbedingungen nicht grundlegend ändern. Die für 2011 erwartete positive Entwicklung der Wirtschaft und des Arbeitsmarktes wird auch erst verzögert und gefiltert (über die Grundlohnsummenentwicklung) in der medizini-

schen Rehabilitation ankommen. Derzeit werden von den Leistungsträgern und den Leistungserbringern die wenigen noch vorhandenen system-immanenten Optimierungspotentiale identifiziert und entsprechende Maßnahmen umgesetzt. Allerdings muss mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, dass:

- **bei Fortschreiten dieser Entwicklung das hohe Qualitätsniveau in der Suchttherapie nicht mehr gehalten werden kann**
- **und trotz steigenden Reha-Bedarfs demnächst die ersten Behandlungsplätze abgebaut werden, weil ein wirtschaftlicher Betrieb in vielen Einrichtungen nicht mehr möglich ist!**

2 Die für Integration und Teilhabe wichtige Schnittstelle zwischen Haft und Suchthilfe funktioniert nicht mehr

2.1 Das Dilemma ,krank und kriminell betrifft vor allem Drogenabhängige

Drogenabhängige befinden sich einem Dilemma: Sie sind häufig krank und kriminell. Daher müssen alle Hilfen für Abhängige von illegalen Substanzen Problemlagen berücksichtigen, die in der Regel durch folgende Merkmale gekennzeichnet sind:

- Die konsumierten Substanzen/Die Suchtmittel sind – eingebunden in internationale Verträge – in der Regel legal nicht erhältlich.
- Die Beschaffung der Substanzen/der Suchtmittel ist illegal, und die zur Beschaffung erforderlichen finanziellen Mittel können in der Regel nicht mehr legal aufgebracht werden.
- Der soziale Druck infolge der Illegalität des Stoffes ist erheblich.
- Durch lange Haftdauer, entsprechende Hafterfahrungen und Ausgrenzungen als Vorbestrafte werden bei den Betroffenen die Mitwirkungsbereitschaft bei der Aktivierung der Selbstheilungskräfte sowie die Akzeptanz der Eigenverantwortlichkeit blockiert.
- Die Betroffenen sind in der Regel erheblich jünger als Alkohol- bzw. Medikamentenabhängige.

Die notwendige fachliche und ethische Parteilichkeit der Suchthilfe für drogenabhängige Menschen berücksichtigt Grenzen, die durch Gesetze, Bedürfnisse der Bürger und gesellschaftliche Vereinbarungen geschaffen wurden. Eine sinnvolle Drogenhilfe entlastet die Gesellschaft von den unmittelbaren Folgen des Drogenkonsums im Sinne einer humanen, helfenden und pädagogisch verstandenen Ordnungspolitik. Dazu bedarf es einer sozialen, an den Hilfenotwendigkeiten der Abhängigen orientierten Drogenpolitik. Suchthilfe hat insofern bestehende gesetzliche Bestimmungen immer kritisch zu hinterfragen.

2.2 Die §§ 35-38 Betäubungsmittelgesetz: Falsch formuliert aber wirkungsvoll eingesetzt

Das 1981 verabschiedete Betäubungsmittelgesetz schuf die Möglichkeit, bei Verurteilungen wegen Betäubungsmittelkriminalität die Strafvollstreckung zurückzustellen, sie auszusetzen oder sogar von der Verfolgung abzusehen. Auch wenn es falsch war, in ein Gesetz über Substanzen (Betäubungsmittelgesetz!) einen Abschnitt über Menschen aufzunehmen, waren die Wirkungen dieses Abschnitts sieben „Betäubungsmittelabhängige Straftäter“ sofort sichtbar. Immer mehr Menschen konnten ihre Abhängigkeit behandeln lassen (nach dem Prinzip ‚Therapie statt Strafe‘), anstatt im Justizvollzug in der Regel weiter zu konsumieren und sich nicht nur weiter strafbar zu machen, sondern immer tiefer in substanzbezogene,

wirtschaftliche und persönliche Abhängigkeiten zu geraten. Als Behandlung gilt im Gesetzestext der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken. Wurden zunächst stationäre Therapieeinrichtungen anerkannt, so gilt dieses inzwischen auch für die ambulante Therapie und sogar die Substitution.

2.3 Die Sichtweise auf das sinnvolle Prinzip ‚Therapie statt Strafe‘ hat sich geändert

In den letzten fünf Jahren hat sich die Situation für betäubungsmittelabhängige Straftäter verändert. Zwar heißt es im Betäubungsmittelgesetz §35 (1): *„Ist jemand wegen einer Straftat zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt worden und ergibt sich aus den Urteilsgründen oder steht sonst fest, dass er die Tat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat, so kann die Vollstreckungsbehörde mit Zustimmung des Gerichts des ersten Rechtszuges die Vollstreckung der Strafe, eines Strafrestes oder der Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für längstens zwei Jahre zurückstellen, wenn der Verurteilte sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist.“*

Inzwischen wird aber immer häufiger in Abrede gestellt, dass eine entsprechende Tat *„auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen“* wurde. Zeichen dafür ist der Rückgang der Zurückstellungen, der nach 30 Jahren einen Wendepunkt in der Anwendung des § 35 BtMG darstellt. Heute werden Anträge gemäß § 35 BtMG mit der Begründung *„fehlender Kausalzusammenhang“* zwischen Tat und Betäubungsmittelabhängigkeit immer öfter abgelehnt. Das führt aktuell bereits zu einem teilweise massiven Rückgang der Aufnahmen in den Therapieeinrichtungen.

Was sind die Ursachen? Die Staatsanwaltschaften legen den ‚Kausalzusammenhang‘ in den Urteilen enger aus als bisher. Eine große Zahl von Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern müssen im Rahmen dieser engen Vorgaben die Anträge prüfen und haben oftmals nur wenig Erfahrung mit suchtspezifischen Besonderheiten der Fälle. Das BGH-Urteil vom 4. August 2010 - 5AR (VS)23/10 verschärft die Situation, weil zukünftig die vielfach übliche Praxis der Umstellung der Vollstreckungsreihenfolge mehrerer Strafen nicht mehr durchgeführt werden kann und dadurch viele Anträge auf Strafrückstellung ins Leere laufen.

Bisher bestand die Möglichkeit, dass bei Drogenabhängigen zunächst Strafen für Taten, die keine Kausalität zur Suchtmittelabhängigkeit aufweisen, als erste vollständig verbüßt werden konnten. Anschließend konnte der Antrag gestellt werden, die Strafvollstreckung für Taten, die aufgrund von Suchtmittelabhängigkeit begangen wurden, gemäß § 35 BtMG bei Antritt einer Suchtbehandlung zurückzustellen. Diese Umstellung ist jetzt nicht mehr möglich. Das BGH-Urteil regelt einheitlich, dass jede Strafe zwingend erst zum 2/3-Zeitpunkt unterbrochen werden kann. Sobald mehrere Strafen ausgesprochen wurden, müssen alle bis zum 2/3-Zeitpunkt verbüßt werden, und eine Entlassung ist frühestens zum ‚Gesamtzweidrittelstermin‘ möglich. Die Folge sind längere Aufenthalte im Justizvollzug.

Die §§ 57 StGB bzw. 88 JGG (Jugendgerichtsgesetz) regeln ergänzend die bedingte vorzeitige Entlassung aus Haft. Damit haben Drogenabhängige die Möglichkeit, aus der Haft in eine Reha-Einrichtung zu wechseln. Durch die Rechtspraxis beim § 57 StGB ist es in Verbindung mit dem § 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI nun zu weiteren Schwierigkeiten gekommen: In der Vergangenheit war es üblich, dass für die Anwendung des § 57 StGB der Strafvollstreckungsbehörde eine positive Prognose für den Inhaftierten vorliegen musste. Dies geschah durch eine Kostenzusage des Rentenversicherungsträgers. Dazu sind die Rentenversicherungsträger nicht mehr bereit. Der Antrag auf Kostenübernahme einer Rehabilitationsmaßnahme wird erst dann bearbeitet, wenn die RV-Träger von der Strafvollstreckungsbehörde die Mitteilung erhalten, dass der § 57 StGB Anwendung findet. Daraus entsteht ein Teufels-

kreis, der zu einer Verlängerung der Haftzeit führt. Diese Veränderungen in der Einstellung gegenüber drogenabhängigen Straftätern haben negative Auswirkungen auf die Situation in den Justizvollzugsanstalten und führen zu einer Zunahme von Einweisungen in den Maßregelvollzug nach § 64 StGB.

Die beschriebene Entwicklung konterkariert den gesellschaftlichen Auftrag, straffällig gewordenen suchtkranken Menschen eine Möglichkeit zur Rehabilitation und Resozialisierung zur Verfügung zu stellen. Schließlich stellen die Therapieregungen des BtMG eine gesellschaftspolitisch motivierte Zielsetzung dar, die unter der Prämisse ‚Therapie statt Strafe‘ lange Zeit Richtschnur politischen und juristischen Handelns war. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die erfolgreiche Wiedereingliederung des betroffenen Personenkreises erhebliche gesellschaftliche Folgekosten (durch Rückfälle und weitere Straftaten) vermeiden kann.

- **Es ist dringend erforderlich, im Zusammenhang mit der strafrechtlichen Prüfung stärker den inhaltlichen Kausalzusammenhang zu beachten.** So sind weder die schriftliche Zustimmung des Richters für die Anwendung des § 35 BtMG im Urteil noch die mündliche Befürwortung im Laufe der Verhandlung alleine ausreichend, um eine spätere Zustimmung der Anwendung des § 35 BtMG durch die Strafvollstreckungsbehörde zu bewirken. **Auf eine formal und inhaltlich richtige Darstellung des Kausalzusammenhangs muss daher von Seiten der Justizbehörden unbedingt hingewirkt werden.** Entsprechende Interventionen auf politischer Ebene in Bund und Ländern sind notwendig.
- **Jugendgerichtshilfe und Drogenhilfe müssen geeignete Verkehrsformen entwickeln,** wie die Teilhabemöglichkeiten straffällig gewordener drogenabhängiger Menschen erhalten werden können und ihr Zugang zum Hilfesystem verbessert werden kann.

Alle Verantwortlichen in der Politik, in den zuständigen Behörden und bei den Reha-Leistungsträgern werden dringend aufgefordert, dafür zu sorgen, dass:

1. Die Qualität der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker und die bedarfsgerechte Versorgung der betroffenen Menschen erhalten bleibt!

2. Drogenabhängige Straftäter weiterhin die Chance auf eine Therapie und auf Re-Integration in die Gesellschaft haben!

Ansprechpartner:

‚buss‘
Bundesverband
für stationäre
Suchtkrankenhilfe e.V.

Dr. Andreas Koch
Wilhelmshöher Allee 273
34131 Kassel
0561/779351
buss@suchthilfe.de
www.suchthilfe.de

CaSu
Caritas Suchthilfe e.V.

Stefan Bürkle
Karlstraße 40
79104 Freiburg
0761/200-303
casu@caritas.de
www.caritas-suchthilfe.de

fdr
Fachverband Drogen
und Rauschmittel e.V.

Jost Leune
Odeonstr. 14
30159 Hannover
0511/18333
mail@fdr-online.info
www.fdr-online.info

GVS
Gesamtverband für
Suchtkrankenhilfe im
Diakonischen Werk der
Evangelischen Kirche in
Deutschland e.V.

Dr. Theo Wessel
Altensteinstr. 51
14195 Berlin
030/843123 57
gvs@sucht.org
www.sucht.org