



## Fachtagung 20 Jahre Betreuungsangebote für CMA in Sachsen

**Referat:**  
**Versorgungsstrukturen für CMA aus Sicht des  
KSV Sachsen: Versorgungsrealität und  
Entwicklungsperspektiven**

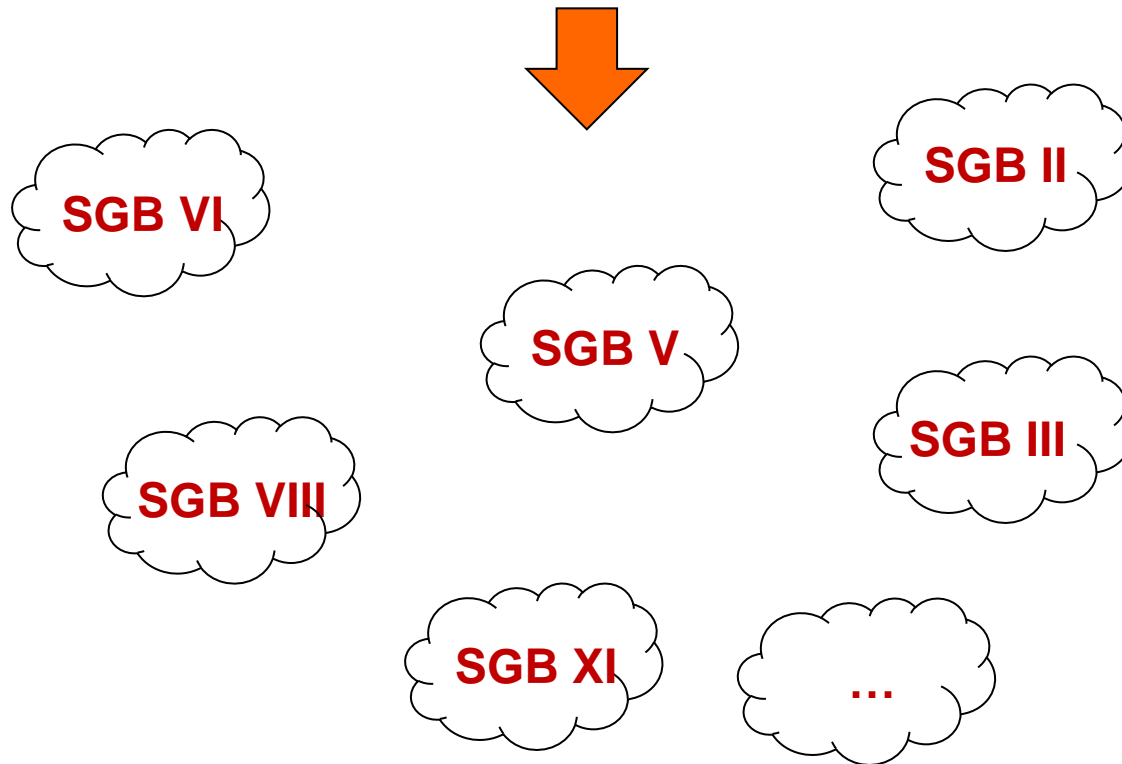
**23. April 2013**

**Dresden, Deutsches Hygienemuseum**

1. CMA und Sozialhilfe
2. Versorgungsstrukturen
3. Bilanz: Wo stehen wir?
4. Wo wollen wir hin?
5. Wen beteiligen wir?
6. Wer finanziert?
7. Fragen/ Diskussion

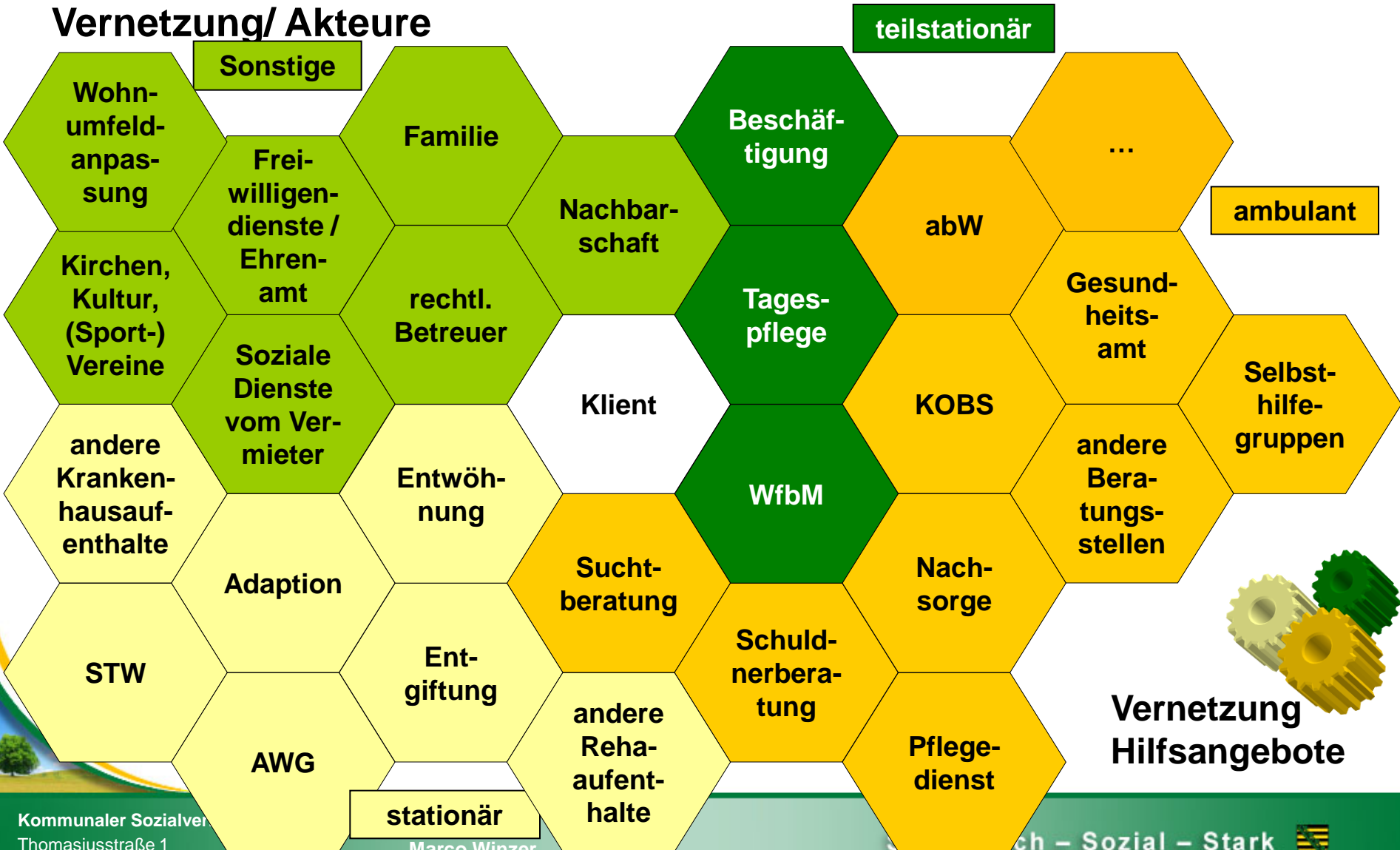
## § 2 SGB XII

Sozialhilfe erhält nicht, wer ... sich selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von **Trägern anderer Sozialleistungen**, erhält.

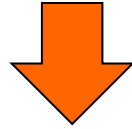


# 1. CMA und Sozialhilfe

## Vernetzung/ Akteure



**unterschiedliche Gesetze – unterschiedliche Zuständigkeiten**

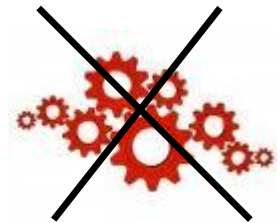


## **Nachteile:**

- Bewusstsein „nur“ für seine eigene Zuständigkeit
- „Aus den Augen - aus dem Sinn?“ → über den Tellerrand hinaus schauen
- eingeschränkte Steuerungsmöglichkeiten
- hoher Abstimmungsbedarf der unterschiedlichen Akteure
- keiner will für den anderen Verantwortung übernehmen

## **Bleibt damit**

- der Klient
- der Patient
- der Rehabilitand
- der Pflegebedürftige
- der junge Volljährige **auf der Strecke?**



## 2. Versorgungsstrukturen

### a) bestätigte Plätze SGB XII

**STW** **387**  
davon gU **44**

**AWG** **131**

**abW** **357**

↑  
**FLEXIBILITÄT**  
↓

### Belegung

**ausgelastet**

ausgelastet

**höhere Auslastung,  
auch andere Träger**

### b) bestätigte Plätze SGB XI

**ca. 120 → viel zu wenig!**

### c) bestätigte Plätze SGB VIII

**...? → zu wenig?**

### d) weitere (Entgiftung, Entwöhnung, ...)

### Schwerpunkt SGB XII – ergänzende Informationen

- STW (EZ und DZ) i. d. R. mit Landesmitteln gefördert
- erste größere Instandhaltungsarbeiten (Investitionen!) zeichnen sich ab
- überregionale Einzugsgebiete
- inhaltliche Schwerpunktsetzung Alkohol
- permanente konzeptionelle Anpassung → Doppeldiagnosen, differenzierte Hilfebedarfe
- aber: noch nicht bei allen Trägern/ Anbietern gleichermaßen ausgeprägt
- AWG und abW i. d. R. in angemieteten Räumlichkeiten
- aktuell kein Ausbau an STW-Plätzen
- dafür: AWG- und abW-Ausbau entsprechend des Bedarfes
- Flexibilität zwischen den Angeboten STW-AWG-abW ist gegeben
- **25%** der versorgten Klienten ist **älter als 60 Jahre**

## 3. Bilanz: Wo stehen wir?

### Fakt ist, dass...

- die Sozialhilfeträger
  - das letzte Glied in der Zuständigkeitskette sind (Erinnerung: § 2 SGB XI)
  - und ein Stück weit davon abhängig sind, ob vorrangig verpflichtete Sozialleistungsträger ihrem gesetzlichen Auftrag in ausreichendem Maße nachkommen
- das Abstinenzverhalten der Klienten unterschiedlich ist
- befristete Feststellungen von Erwerbsminderung zunehmen
- flächendeckende + wirksame Zusammenarbeit aller Akteure z. T. noch Vision ist
- Versorgungsstrukturen im „Schubkasten-Prinzip“ und entsprechendes Denken von Akteuren zu präsent sind (Erinnerung: Dr. Härtel: Krankheitseinsicht der Verantwortlichen)
- **aber auch**: viele Engagierte, die sich dem Thema annehmen, konzeptionell weiterdenken, sich vernetzen und „Baustellen“ ansprechen





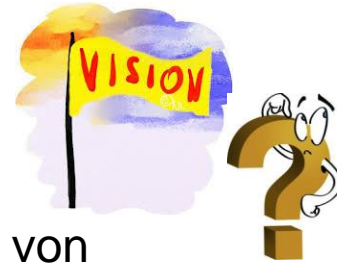
## 3. Bilanz: Wo stehen wir?

### Fakt ist auch, dass...

- es immer mehr CMA mit sehr differenzierten „Begleit-Themen“ und daraus resultierenden Bedarfen gibt
- zunehmend der Umgang mit Folgen von Drogenkonsum bei v. a. jüngeren Klienten ein echtes Problem darstellt
- Leistungsanbieter bestimmte Klienten ablehnen, die
  - auf den 1. Blick nicht ins Schema passen,
  - auf den 2. Blick aufgrund der komplexen/ multiplen Bedarfslagen eine echte Herausforderung für die Einrichtung darstellen (Personal, andere Bewohner)
- dies kein ausschließliches Problem der Leistungsanbieter nach SGB XII ist
- es mehrdimensionalen Handlungsbedarf gibt

## 4. Wo wollen wir hin?

- Ausschöpfung aller vorhandenen Angebote/ Hilfen, damit aus einem Menschen mit Suchtverhalten nicht zwangsläufig ein CMA wird
- Ausbau Vernetzung aller beteiligten (potentiellen) Akteure
- raus aus dem „Schubkasten-Denken“!
- mehr Effektivität in der Hilfe am Menschen z. B. durch Koppelung von Leistungsarten (medizinische + berufliche + soziale Rehabilitation) bei einem Anbieter oder entsprechende Kooperationen (win-win-Situationen)
- loslassen, wenn es nicht anders geht...
- überregionale Spezialisierung von Angeboten auf Klienten mit sehr komplexen/ multiplen Bedarfslagen
- Öffnung bestehender Angebote, die sich sonst auf andere Personenkreise spezialisieren (z. B.: SGB XI pflegefachliche Schwerpunktsetzung CMA mit Pflegebedarf → Umzüge dürfen kein Tabu sein!)
- noch mehr Flexibilität bei den Übergängen
- „System“ bleibt für die Gesellschaft (Steuer- und Beitragszahler) bezahlbar





### wir brauchen jetzt:

- engagierte Akteure aus unterschiedlichen Bereichen,
- die ihr gemeinsames Know How zusammenführen und
- (positive) Praxisbeispiele zu den anstehenden „Problemen“ aufzeigen



### zur **gemeinsamen Diskussion und Umsetzung**

- neuer konzeptioneller Schwerpunkte in den bestehenden Angeboten (inkl. entsprechender räumlich-sächlicher, personeller und finanzieller Ausstattung),
- diese müssen mit Blick auf die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen gut und regional an der richtigen Stelle platziert werden und
- regelmäßig auf ihre Praxistauglichkeit hin überprüft werden (Nachsteuerung?)

### Was meinen wir damit?



- Leistungsanbieter prüfen angesichts der gegenwärtigen Situation ihre bisherigen „Ausschlusstatbestände“ zur Aufnahme von Klienten  
(Anlass hierzu kann z. B. die vermehrte Anfrage von Klienten sein, die bisher nicht aufgenommen wurden oder ein Hinweis des Leistungsträgers)
- stellen anschließend Überlegungen an, ob und wie sie sich einer veränderten Zielgruppe stellen könnten – u. a.:
  - Definition Zielgruppe
  - Entwurf Leistungsangebot
  - erste Überlegungen zu ggf. erforderlichen Investitionsmaßnahmen (Umfang, Möglichkeiten der Finanzierung und Refinanzierung)
- und kommen dazu mit dem Leistungsträger ins Gespräch
- es gibt dabei keine Denkverbote
- Chancen und Risiken inklusive Prüfung vorrangiger Leistungsverpflichteter werden gemeinsam erörtert

## 4. Wo wollen wir hin?

**Das geht auch über die Grenzen des SGB XII hinaus! – z. B.:**

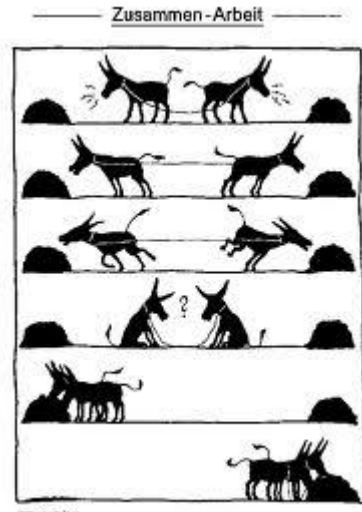
- Spezialisierungen der Jugendhilfe (SGB VIII)
- Spezialisierungen von Pflegeeinrichtungen (SGB XI)

➤ gemeint sind:

**entweder** entsprechende Kooperationen

**oder** Leistungsanbieter SGB XII ist gleichzeitig  
auch Anbieter nach anderen SGB

➔ Bündeln von vorhandenem Know-How und Prioritätensetzung



unterschiedliche Leistungsanbieter

unterschiedliche Leistungsträger

Betroffene

Wohnraumanbieter

Öffentlichkeit

(Spitzen)Verbände der Wohlfahrtspflege

(Spitzen)Verbände der Leistungsträger

Freistaat Sachsen



## 6. Wer finanziert?

Frage 1: **was** ist zu finanzieren?



Frage 2: **wer** finanziert



**Beispiel 1: zusätzliche Investition**



(Umbau/ Anbau, Erhöhung  
Sicherheitsstandard)

Herstellung

einmaliger Sofortbetrag

Refinanzierung

laufende Kosten über Tagessatz/ Vergütung

Hinweis: alle Fördermittel wirken sich entsprechend mindernd auf die Refinanzierung aus

## 6. Wer finanziert?

Frage 1: was ist zu finanzieren?



Frage 2: wer finanziert



**Beispiel 2: veränderte Zielgruppe**  
(hier: ohne Erfordernis baulicher  
Veränderungen)



Herstellung

entfällt (auch für etwaige  
Fördermittelgeber)

Refinanzierung

laufende Kosten über Tagessatz/ Vergütung

Hinweis: wirkt sich ausschließlich auf die Refinanzierung aus



**„Wer morgen neue Erfolge haben will,  
darf nicht mehr so handeln wie  
gestern!“**

(Antony Fedrigotti)



Kontakt:

Marco Winzer  
FDL Sozialplanung/ Sozialpädagogischer Dienst

Tel.: 0341.1266208

E-Mail: [marco.winzer@ksv-sachsen.de](mailto:marco.winzer@ksv-sachsen.de)

[www.ksv-sachsen.de](http://www.ksv-sachsen.de)