

Zentrale Aspekte für die Gesundheitsreform 2006 aus Sicht des Fachverbandes Sucht e. V.

Volker Weissinger

Präambel

Der Fachverband Sucht e. V. (FVS) begrüßt ausdrücklich die Aussagen im Koalitionsvertrag der CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005:

„Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen notwendig. Leistungen müssen darauf ausgerichtet sein, Behinderungen, chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Der medizinischen Rehabilitation kommt hier eine besondere Bedeutung zu.“

Die demografischen Veränderungen erfordern eine deutliche Stärkung der Grundsätze „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“, damit die Selbständigkeit und Teilhabe der Menschen am Arbeitsleben und in der Gesellschaft gestärkt werden. Nur die medizinische Rehabilitation kann diesen Zielsetzungen gerecht werden. Im übrigen ist der ökonomische Nutzen medizinischer Rehabilitationsleistungen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen für die Krankenkassen und Rentenversicherung belegt.

Suchterkrankungen und übermäßiger Substanzkonsum stellen ein epidemiologisches, sozial- und gesundheitspolitisches Problem ersten Ranges dar. In Deutschland rechnet man in der Altersgruppe der 18- bis 69-jährigen Erwachsenen mit

- 10,4 Mio. mit überhöhtem Alkoholkonsum (Männer > 30 G., Frauen > 20 G. Alkohol pro Tag)
- 1,7 Mio. Menschen, die alkoholabhängig sind, und weiteren 1,7 Mio. die Alkoholmissbraucher sind,
- 1,9 Mio. Medikamentenabhängigen
- 175.000 Menschen mit Drogenabhängigkeit (ohne Cannabis) weitere 240.000 Personen mit einer Abhängigkeit von Cannabis
- 4,3 Mio. mit Tabakabhängigkeit

Auf jeden Alkohol- und Medikamentenabhängigen kommen mindestens 3 – 4 Angehörige, die psychisch, sozial, finanziell und oft auch physisch in Mitleidenschaft gezogen werden. Insgesamt, so schätzt eine Studie des Robert-Koch-Instituts betragen die Kosten durch alkoholbezogene Morbidität und Mortalität in Deutschland über 20 Milliarden Euro pro Jahr. Wir verzeichnen ca. 42.000 alkoholbedingte Todesfälle pro Jahr, hunderttausende von Krankenhausaufenthalten, erhebliche Fehlzeiten in Betrieben und Verwaltungen und ca. 5.000 Frühberentungen aufgrund von Alkoholproblemen.

Wir benötigen, um die Prävalenz schädlichen Konsums und die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen zu senken, aufeinander abgestimmte und miteinander verzahnte Strategien und Angebote, die von der Primärprävention und Gesundheitsförderung über Interventionen bei schädlichem Konsum bis hin zu spezifischen Hilfen für abhängigkeitskranke Menschen und chronisch mehrfach beeinträchtigt Suchtkranken reichen.

Im weiteren werden zentrale Aspekte und entsprechende Forderungen für die Gesundheitsreform 2006 dargelegt.

1. Medizinische Rehabilitationsleistungen müssen auch zukünftig über die sozialen Sicherungssysteme solidarisch finanziert werden

Die medizinische Rehabilitation ist neben der Prävention, Akutversorgung und Pflege eine zentrale Säule des Gesundheitssystems in Deutschland. Die solidarische Finanzierung medizinischer Rehabilitationsleistungen durch Krankenkassen und Rentenversicherungsträger zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung ist auch zukünftig zu gewährleisten. Nachdrücklich setzt sich der Fachverband Sucht e. V. dafür ein, dass die medizinische Rehabilitation eine Aufgabe der Rentenversicherung bleibt. Die Strukturverantwortung der Rentenversicherung für medizinische Rehabilitationsleistungen ergibt sich aus dem Grundsatz „Reha vor Rente“ und den damit verbundenen Zielsetzungen und dem ökonomischen Nutzen für die Rentenversicherung. Auch für die Krankenkassen ist die medizinische Rehabilitation von erheblicher Bedeutung, da einer Chronifizierung von Krankheiten entgegengewirkt wird und Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems (niedergelassene Ärzte, Krankenhausaufenthalte) reduziert werden. Entsprechende ökonomische Effekte sind im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen eindeutig belegt.

- Die medizinische Rehabilitation muss auch zukünftig zum Pflichtkatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören, ferner muss sie auch Aufgabe der Rentenversicherung bleiben.
- Der Fachverband Sucht e. V. tritt dafür ein, dass der Grundsatz „Reha vor Pflege“ gestärkt wird und die rehabilitativen Möglichkeiten einer drohenden Pflegebedürftigkeit entgegen zu wirken, genutzt werden. Anreize für die Krankenkassen, Leistungen auf die Pflegeversicherung zu verlagern, sollten abgebaut werden.

2. Die Begrenzung der Ausgaben der Krankenkassen für die stationäre Rehabilitation sollte entfallen

Ebenso wie die Prävention gehört nach Ansicht des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen die Rehabilitation zu den großen Unterversorgungsbereichen. Gerade die moderne Rehabilitation eröffnet, wie kaum ein anderer Behandlungsansatz, die Chance für eine umfassende und multidimensionale Versorgung kranker Menschen. Die zentrale Herausforderung für die Rehabilitation besteht darin, wie bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Rehabilitationsleistungen angesichts der begrenzt bereitgestellten finanziellen Ressourcen auch zukünftig gewährleistet werden können und eine fachgerechte Behandlung sichergestellt werden kann. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung wird die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation zunehmen, damit Arbeitnehmer/-innen länger am Arbeitsleben teilnehmen, Frühberentungen möglichst vermieden werden und Beiträge für die Sozialversicherungsträger geleistet werden.

- Die jährliche Begrenzung der Ausgaben der Krankenkassen für stationäre Rehabilitationsleistungen sollte entfallen. Von daher sollte der § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB V gestrichen werden, da dadurch Ausgabensteigerungen auf die Obergrenze der Veränderungsrate beschränkt werden. Es ist kontraproduktiv durch die vorgenommene Budgetierung, das gesetzlich gewollte und gesundheitsökonomisch sinnvolle Potential der Rehabilitation einzuschränken.

3. Ferner ist die Einbeziehung aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Risikostrukturausgleich zu fordern

Bislang werden ausschließlich Leistungen der stationären Anschlussrehabilitation (AR/AHB), berücksichtigt.

- Von daher wird vorgeschlagen, den § 266 Abs. 4 Satz 2 SGB V wie folgt zu ändern: „Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 40) sowie Ausgaben, die aufgrund der Entwicklung“

4. Medizinische Rehabilitationsleistungen sollten auch Pflichtleistungen im Standardtarif der privaten Krankenversicherung werden

Derzeit werden von verschiedenen privaten Krankenkassen notwendige Leistun-

gen zur medizinischen Rehabilitation nicht im Leistungskatalog berücksichtigt.

- Von daher ist der § 178b Abs. 1 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) wie folgt zu ändern: „Bei der Krankheitskostenversicherung haftet der Versicherer im vereinbarten Umfang für die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, für notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlichLeistungen zur medizinischen Rehabilitation werden unter Beachtung des SGB IX erbracht“

5. Die Früherkennung und Frühintervention bei schädlichem Konsum und Abhängigkeitserkrankungen ist zu stärken

Die Früherkennung und Frühintervention bei Menschen mit schädlichem Konsum und Abhängigkeitserkrankungen ist im akutmedizinischen Bereich auszubauen. Die frühzeitige Vermittlung von behandlungsbedürftigen Menschen in fachgerechte suchtspezifische Einrichtungen ist zu fördern.

In diesem Zusammenhang ist zu fordern:

- Leistungen der Früherkennung und -intervention des niedergelassenen Arztes sowie von Konsiliar- und Liaisondiensten in Krankenhäusern sollten verpflichtend von den Krankenkassen entsprechend vergütet werden.

6. Der Zugang zur medizinischen Rehabilitationsleistungen ist zu fördern

Aufwendige Prüfverfahren sollten reduziert werden. Die Einleitung rehabilitativer Leistungen sollte erweitert werden.

- Verfahren der Direkteinweisung aus dem Entzug in die Entwöhnungsbehandlung sollten verstärkt etabliert werden.
- Die Einleitung rehabilitativer Leistungen sollte nicht an starre Vorgaben (z. B. vorausgehende Motivierungsphase von mindestens 4 Wochen mit regelmäßigem Kontakt) gebunden sein. Hier sind flexible, auf den Einzelfall bezogene Vorgehensweisen erforderlich.

7. Eine Erweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses um Vertreter der medizinischen Rehabilitation ist notwendig

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss werden Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten beschlossen. Dabei ist auf den besonderen Erfordernissen der Versorgung Behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen.

- Aufgrund seines umfassenden Auftrages ist eine Erweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 um zwei Vertreter der Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen

Rehabilitation zu fordern, damit auch dieser Bereich auch angemessen vertreten werden kann.

Schlusswort

Die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker lohnt sich auch aus ökonomischen Gründen. Die Effektivität der Behandlung ist belegt, über 50% der in einer Fachklinik behandelten alkoholabhängigen Patienten/innen sind nach einem Jahr abstinent. Kosteneinsparungen für unsere Gesellschaft entstehen durch die Vermeidung von Frühverrentungen und entsprechende Beitragszahlungen für die Rentenversicherung, die Reduktion von Kosten im akutmedizinischen Bereich für die Krankenkassen und den Rückgang von Arbeitsunfähigkeit und Krankheitskosten für die Arbeitgeber. Diese Einsparungen übersteigen die Kosten der Behandlung bei weitem.

Ansprechpartner:

Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer
Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Tel.: 0228 - 261 555
Fax: 0228 - 215 885
Email: sucht@sucht.de
Internet: www.sucht.de

Änderungsbedarf aus Sicht der Verbände der Suchtkrankenhilfe zum Gesetz zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitsuchende, hier:

Änderung des Zweiten Sozialgesetzbuches § 7 Abs. 4

Die Verbände der Suchtkrankenhilfe weisen gemeinsam nachdrücklich darauf hin, dass Personen, die sich in einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme für abhängigkeitskranke Menschen befinden, von der 6-Monats-Regelung nach § 7 Abs. 4 SGB II auszunehmen sind. Nach derzeitiger Gesetzlage erhält Leistungen nach SGB II nicht, wer in einer stationären Einrichtung untergebracht ist. Ausgenommen ist, wer voraussichtlich für weniger als 6 Monate in einem Krankenhaus untergebracht ist, dabei ist der Aufenthalt in einer Einrichtung zum Vollzug richterlich angeordneter Freiheitsentziehung stationären Einrichtungen gleichgestellt, und ferner sind (laut Begründung zum Gesetz) Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Krankenhäusern gleichgestellt.

Zu beachten ist ferner, dass Aufenthalte – laut Gesetzesbegründung – in verschiedenen Einrichtungen, z. B. in einem Krankenhaus mit nachfolgender Rehabilitation in einer Entwöhnungseinrichtung, zusammenzuzählen sind. Diese gesetzliche Regelung ist dringend zu ändern, da aus ihr erhebliche Nachteile für davon betroffene Menschen in entsprechenden Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation resultieren.

Begründung

Abhängigkeitskranke Menschen in der medizinischen Rehabilitation

Eine zentrale Zielsetzung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation Abhän-

gigkeitskranker besteht gerade in der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben. Die Entwöhnungsbehandlung umfasst bei Drogenabhängigen regelhaft 6 Monate Entwöhnungs- und 4 Monate Adaptionsbehandlung und überschreitet damit die 6 Monatsgrenze. Die Überschreitung kann auch bei Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit erfolgen – falls eine anschließende Adaption als zweite Phase der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist. Die gesundheitliche Stabilisierung sowie berufliche und soziale Integration stellen maßgebliche Zielsetzungen der Adaptionsphase dar. Das SGB IX fordert im Sinne der Nahtlosigkeit und Einheitlichkeit bereits zu Beginn der Rehabilitation einen umfassenden Teilhabeplan unter Einbin-