

11.17 Gemeinsame Aussagen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger zur Umsetzung der Spargesetze im Bereich der Rehabilitation Suchtkranker vom 5. 11. 1996

Die sogenannten Spargesetze 1996, das am 1. Januar 1997 in Kraft getretene Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) sowie das Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG), brachten für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen neben einer höheren Selbstbeteiligung der Versicherten zum Teil erhebliche Leistungseinschränkungen in der Kranken- und Rentenversicherung. Neben einer Verringerung der Entgeltersatzleistungen während der Rehabilitation wurde die Dauer von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen grundsätzlich auf drei Wochen begrenzt, soweit keine längere Rehabilitationsdauer notwendig ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen. Eine wiederholte Leistungsgewährung ist erst nach Ablauf von vier Jahren möglich, soweit sie nicht aus medizinischen Gründen dringend früher erforderlich ist.

Zur Umsetzung der Spargesetze 1996 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger am 5. 11. 1996 gemeinsame Aussagen getroffen, die für den Bereich der Rehabilitation von Suchtkranken folgenden Wortlaut haben:

1. Einsparvorgaben für die Träger der Krankenversicherung und der Rentenversicherung

Die Träger der Kranken- und Rentenversicherung sollen nach den gesetzlichen Vorgaben der Bundesregierung im Bereich der Rehabilitation jährlich Einsparungen von insgesamt 3,4 Milliarden DM erzielen. Dabei wird sich der Bereich der Rehabilitation Suchtkranker nicht ausnehmen lassen.

Einsparungen sollten dabei so realisiert werden, daß eine möglichst hohe Qualität der Maßnahmen gesichert bleibt und auch die Suchthilfestruktur nicht geschädigt wird. In diesem Zusammenhang sollte auch eine Fortentwicklung der Angebotsstrukturen angestrebt werden. Neben der qualitativ und quantitativ gut ausgebildeten stationären Rehabilitation sollten teilstationäre und ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten entweder durch die Kliniken oder durch deren Kooperation mit Institutionen der regionalen Suchtkrankenhilfe geschaffen werden. Die Konzepte der kooperierenden Partner müssen aufeinander abgestimmt werden. Es besteht nicht die Absicht, über diese Strukturveränderung zu einer ausschließlich regionalisierten Versorgung zu kommen. Vielmehr besteht Einigkeit darüber, daß sich die Frage, ob eine Rehabilitation im regionalen Verbund oder überregional (ggf. auch in Kooperation mit kommunalen Institutionen) durchgeführt werden soll, nach den Umständen des Einzelfalles richten muß. Erste Beispiele für die genannten Kooperationsformen existieren bereits. Anzumerken ist, daß Strukturveränderungen erst mittelfristig zu errei-

Abschnitt

11.17

Gemeinsame Aussagen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger zur Umsetzung der Spargesetze im Bereich der Rehabilitation von Suchtkranken

chen sind und deshalb zur Kostenbegrenzung in 1997 noch keine Wirkung entfalten können.

Unmittelbar wirken jedoch Veränderungen beim Zugang zu Rehabilitationsleistungen. Die Zugangskriterien zu Rehabilitationsmaßnahmen für Suchtkranke sollten deshalb überprüft werden. Hierzu wird ein abgestimmtes Vorgehen der Kranken- und Rentenversicherungsträger empfohlen.

Außerdem sollten die gemeinsamen Leitlinien der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Entscheidung zwischen ambulanten und stationären Maßnahmen überprüft und ggf. modifiziert werden.

Auf die Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte soll besonders hingewirkt werden. Die stationäre Phase sollte je nach individuellem Bedarf zeitlich flexibilisiert und möglichst kurz gehalten werden. Der Wechsel in teilstationäre und ambulante Phasen sollte rechtzeitig erfolgen. Die Vernetzung der einzelnen Maßnahmen ist dabei sicherzustellen.

Die flexible Handhabung des Einzelfalls und die bedarfsgerechte Steuerung durch die Kranken- und Rentenversicherungsträger bieten weitere Einsparpotentiale. Bei der Auswahl der Einrichtungen sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu berücksichtigen. Bei der Steuerung des Zugangs zu den Einrichtungen sollte auch das Preis-Leistungsverhältnis der Einrichtung berücksichtigt werden.

2. Dauer der Maßnahmen

Gemeinsames Ziel ist, zu einer Verkürzung der Dauer stationärer Entwöhnungen zu gelangen und Kurzzeittherapien stärker zu nutzen.

– Alkohol-/Medikamentenabhängige

Die Rentenversicherungsträger diskutieren, die Bewilligung von Rehabilitationsleistungen für Alkohol-/Medikamentenabhängige (Entwöhnungsbehandlungen) im Bewilligungsbescheid auf „bis zu 16 Wochen“ zu beschränken. Innerhalb dieser Grenze soll die einzelne Einrichtung die Möglichkeit haben, die Behandlungsdauer individuell zu bemessen. Der Patient soll entlassen werden, wenn er sein Therapieziel (ggf. auch das im Moment erreichbare Teilziel) erreicht hat. Bei dieser Vorgehensweise wird nicht jeder Patient 16 Wochen lang in der Rehabilitationseinrichtung verweilen. Die auf diese Weise „gewonnenen“ Rehabilitationstage können für eventuell notwendige Verlängerungen in Einzelfällen (über 16 Wochen hinaus) eingesetzt werden.

Bei den Rentenversicherungsträgern soll diese Möglichkeit der Verlängerung voraussichtlich durch eine zeitliche Budgetierung für die Kliniken beschränkt werden. Bei der Festsetzung des zeitlichen Budgets sollen ausschließlich ordnungsgemäß beendete Rehabilitationsleistungen berücksichtigt werden.

Die Möglichkeit von zeitlichen Budgets für die Kliniken bedarf im Bereich der Krankenversicherung noch näherer Prüfung. Die Budgets können ggf. vom federführenden Verhandlungsführer für alle Rehabilitationsträger, die die Klinik belegen, gemeinsam vereinbart werden. Für eine Übergangszeit bewilligen die Krankenkassen aufgrund individueller medizinischer Indikationsstellung Entwöhnungsbehandlungen „bis zu 16 Wochen“.

Die Rehabilitationsmaßnahmen sollten je nach individuellem Bedarf an jedem Wochentag angetreten und beendet werden können.

– Drogenabhängige

Die Bewilligung von Leistungen für Drogenabhängige sollte entsprechend mit der Maßgabe erfolgen, daß die Behandlungsdauer einschließlich der zur Therapie gehörenden Adaption von bis zu 10 Monaten nicht überschritten werden. Angestrebt werden sollte hierbei ein zeitliches Verhältnis von 6 zu 4 zwischen Behandlung und Adaption. Kurzzeit- und Kompakttherapien bleiben davon unberührt. Verlängerungen sollen nicht ausgesprochen werden; ggf. käme auch eine zeitliche Budgetierung in Betracht.

3. Erneute Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen

– Alkohol- und Medikamentenabhängige

Bei erneuten Rehabilitationsleistungen nach regulär abgeschlossener Rehabilitation soll eine deutlich kürzere Behandlungsdauer (von bis zu 8 Wochen) angestrebt werden.

– Drogenabhängige

Die Rehabilitation im Bereich von Drogenabhängigen unterscheidet sich so sehr von dem Bereich Alkohol- und Medikamentenabhängiger, daß vergleichbare Zeiträume für eine Wiederholungsheilbehandlung derzeit nicht festgelegt werden können. Diese Frage muß noch eingehender beraten werden.

4. Weitere Entwicklung

Die durch die hier beschriebene Umsetzung der Einsparvorgaben entstehenden Auswirkungen sollen von den Trägern der Kranken- und Rentenversicherung beobachtet und den Spitzenverbänden der Kranken- und Rentenversicherungsträger berichtet werden. Zu gegebener Zeit werden diese über eventuellen Änderungsbedarf zu den Verfahren beraten.