

Pressestatement

**zum 24. Heidelberger Kongress
„Was bleibt? Nachhaltigkeit in der Suchtbehandlung“
des Fachverbandes Sucht e.V.
6.-8. Juni 2011**

**„Nachhaltigkeit in der Suchtbehandlung –
Stellungnahme der Deutschen Rentenversicherung
Baden-Württemberg“**

Nachhaltigkeit ist heute in aller Munde. Man könnte auch sagen, es ist ein neues Modewort. Nachhaltigkeit will sagen, dass eine Leistung, eine Arbeit oder ein Ergebnis von Dauer bzw. möglichst auf Dauer angelegt ist. Dass sich die eingesetzten Mittel (Geld, Arbeitskraft, Zeit) gelohnt haben, betriebswirtschaftlich, gesamtwirtschaftlich, menschlich, persönlich. Ein bisschen klingt das wie gegenseitiges Schulterklopfen oder Selbstbeweihräucherung. Nur eine weitere verbale Seifenblase? Was man in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker unter Nachhaltigkeit verstehen kann, will ich am Beispiel der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg darstellen.

Zum Begriff Nachhaltigkeit

Suchtbehandlung ist Teilhabe, genauer gesagt eine medizinische Leistung zur Rehabilitation der Rentenversicherung nach dem 6. Sozialgesetzbuch (SGB VI). Das wesentliche Ziel der Rehabilitation beschreibt das Gesetz selbst: die möglichst dauerhafte (Wieder-) Eingliederung in das Erwerbsleben. Damit sind quasi per Gesetz alle Leistungen nach SGB VI auf Dauerhaftigkeit und Wirksamkeit angelegt. Erfolg als Ergebnis einer auf Nachhaltigkeit zielenden Strategie.

Die Besonderheit der Sucht

Sucht ist nicht gleich Sucht. Unterschiedliche Konstellationen und Verläufe der Suchterkrankung erfordern ein zielgruppenspezifisches Spektrum des Leistungsangebots. Es bestehen zum Teil erhebliche Ko-Morbiditäten, die im Rahmen der Behandlung angegangen werden müssen. Besondere kulturelle, soziale und finanzielle Lebensumstände des Einzelnen erfordern passgenaue und differenzierte Leistungsangebote, d. h. orientiert an den individuellen Ressourcen.

Im Ergebnis bedeutet das komplexe Reha-Strategien und individuelle Förderung / Behandlung. Entsprechende Anforderungen an Suchteinrichtungen und die Behandlungsdauer sind daraus abzuleiten.

Zum Reha-Bedarf, Budget und den Ergebnissen

Der Reha-Bedarf für alle Indikationen einschließlich der Suchtbehandlung wird sich künftig erhöhen. Die demografische Entwicklung und Verlängerung der Lebensarbeitszeit (Rente mit 67) führen voraussichtlich zur Zunahme chronischer Erkrankungen und damit einem steigenden Reha-Bedarf. Dieser zunehmende Bedarf wird nicht mehr allein aus den Mitteln eines gedeckelten Reha-Budgets zu bezahlen sein. Eine bedarfsbezogene und objektive Anpassung der Reha-Budgets an diese Entwicklung ist zu fordern. Gleichzeitig müssen bestehende Reha-Strukturen entsprechend angepasst, besser aufeinander abgestimmt und optimaler vernetzt werden. Das betrifft nicht nur die Suchtkrankenhilfe selbst sondern z. B. auch die Vernetzung mit der Arbeits- und Berufswelt mit dem Ziel einer gelingenden Integration. Seitherige Reha-Ergebnisse belegen seit langem, dass man gesamtgesellschaftlich betrachtet durch Reha spart und nicht an ihr sparen darf. Reha nach Kassenlage kann und darf nicht sein. Misslingende Reha wird zu einer Zunahme vorzeitiger Rentenleistungen führen. Von daher ist eine Gesamtbetrachtung von Reha- und Frühberentungskosten zwingend geboten, möglicherweise die Einführung eines entsprechenden Bonus- / Malussystems zu erproben.

Nachhaltigkeit ist das Ergebnis einer gelungenen Vernetzung . . .

Nachhaltigkeit fällt nicht vom Himmel. Nachhaltigkeit setzt ein Erkennen der gemeinsamen Ziele und die aktive Bereitschaft voraus, gemeinsam zu handeln und Verantwortung für das Gelingen zu übernehmen. Sich vernetzen heißt auch, zu teilen, Ziele des Anderen anzuerkennen und mit seinen eigenen Zielen in einen sinnvollen, integrierten Zusammenhang zu setzen. Das setzt eine gemeinsame Strategie voraus. Ein Miteinander auf Augenhöhe. Die Koordination der eingesetzten Ressourcen. Die Definition von Übergabe- und Behandlungsqualitäten. Eine faire Kostenverteilung und -tragung aller beteiligten Akteure. Das sind die Voraussetzungen für eine gelingende Vernetzung und für den Versuch, Nachhaltigkeit herzustellen.

. . . zwischen den Akteuren der Suchtkrankenhilfe, . . .

Das wesentliche Ziel der Sucht-Rehabilitation, die (Wieder-) Eingliederung in das Erwerbsleben, erfordert nicht nur die inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtung auf die Erfordernisse des Arbeitsmarktes (Erfordernisse an arbeitsbezogene Maßnahmen in der Suchttherapie) und die Umsetzung vor allem im stationären Rahmen. Bei begrenzten (finanziellen) Ressourcen und gedeckelten Budgets (bei steigender Nachfrage) ist es geboten, Reha-Leistungen auch kombiniert (z.B. stationär – ambulant) oder ganz im nicht-stationären Setting anzubieten bzw. weiterzuentwickeln. Dazu ist erforderlich, dass sich die nicht-stationären Anbieter qualifizieren und ihre Vorteile im wohnort- und versichertennahen Umfeld nutzen (z. B. arbeitsbezogene Leistungen / Medizinische – Berufliche – Orientierung / Nutzung der Nähe zu Betrieben bzw. Sozialdiensten i. S. d. Betrieblichen Eingliederungsmanagements – BEM – nach SGB IX). Gemeinschaftlich entwickelte Therapiekonzeptionen der stationären und ambulanten Anbieter sind dabei, auf den Weg gebracht zu werden. Die auf Bundesebene erarbeiteten Rahmenkonzeptionen der Reha-Träger zielen ebenfalls auf diese Notwendigkeiten ab und bieten definierte Schnittstellen für den sinnvollen Wechsel der Behandlungsform. Der Einbezug der Sucht-Selbsthilfe von Anfang an (schon bei der Therapievorbereitung sowie als Begleitung während der Nachsorge) schafft fließende Übergänge in die „nach-professionelle“ Phase und unterstützt damit nachhaltig erzielte Reha-Ergebnisse.

. . . der Suchtkrankenhilfe und der Arbeitswelt . . .

Mit der inhaltlichen Ausgestaltung der arbeitsbezogenen Reha-Leistungen erfolgt ein wichtiger Schritt in Richtung Alltagsrealität und Arbeitsplatzbezug. Als fester Bestandteil einer Reha-Leistung sind sie vergütungsrelevant, d. h. der Reha-Leistung steht eine echte, zusätzliche Finanzierung gegenüber. Die konkrete Zusammenarbeit mit Betrieben in der Region und Wohnortnähe des Versicherten dokumentiert, dass Reha-Leistungen nicht als Selbstzweck fungieren sondern als Methode begriffen werden, die realen Anforderungen der Arbeitswelt zu trainieren. So verstanden, könnten künftig über die Schiene des Betrieblichen Eingliederungsmanagements direkt Impulse in eine konzeptionelle Weiterentwicklung der Rehabilitation erfolgen und andererseits die gelungene betriebliche Integration als Gradmesser einer erfolgreichen Rehabilitation herangezogen werden (z. B. Projekt „Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung“ - BISS -).

... und anderer Akteure ...

Die Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren auf regionaler Ebene kann insgesamt zu einem besseren Verständnis führen, was Sucht-Reha leistet und wo Sucht-Reha optimiert werden kann / muss. So sind für einen besseren Zugang zum Suchtkrankenhilfesystem – wir erreichen nach wie vor weniger als 10 % aller Suchtabhängigen durch die Rehabilitation – niedrigschwellige Übergänge von Hausärzten und Krankenhäusern zu gestalten (Projekt „Integrative Ambulante Kompakttherapie“ – IAK -), Wege aus der (Dauer-) Substitution in Rehabilitation zu finden (Projekt „Substitutionsgestützte Rehabilitation“) sowie mit der Arbeitsverwaltung arbeitslose Suchtabhängige durch geeignete Rehabilitationsprogramme wieder in entsprechende, sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse zu bringen. In Baden-Württemberg bestehen dafür seit Installierung der sog. „Regionalen Suchthilfeverbände“ im Jahr 2005, in die die Deutsche Rentenversicherung eingebunden ist, sehr gute Bedingungen, mit den regionalen Ansprechpartnern akzeptierte Lösungen vor Ort zu finden.

... sowie zwischen Politik und den Rehabilitationsträgern

Für den Weg, die unbestreitbaren Erfolge der Rehabilitation zu sichern und weiter auszubauen, neue Zugangs- und Finanzierungswege in die Rehabilitation zu erproben, die z. T. über die Zuständigkeiten eines einzelnen Reha-Leistungsträgers hinausgehen und deshalb einer Begriffsdefinition über das SGB IX bedürfen (z. B. Projekt „Jugend und Sucht-Therapie - JUST -), gedeckelte Budgets bedarfsbezogen anzupassen bzw. einen adäquaten Ausgleich für trägerunspezifische Reha-Leistungen (z. B. Leistungen in „Werkstätten für behinderte Menschen“ zulasten der DRV) zu schaffen, braucht es den übergreifenden Konsens zwischen Politik und den Reha-Trägern. Gelingende Integration senkt mittelfristig Gesundheitskosten und trägt zur Stabilität, sozialem Frieden und Zukunftschancen bei.

Ansprechpartner:

Hubert Seiter

Vorsitzender der Geschäftsführung

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Telefon: 0721 825-10200 (Büro Karlsruhe) / 0711 848-10230 (Büro Stuttgart)

Telefax: 0711 848-10235

hubert.seiter@drv-bw.de