

Georg Wiegand
Fachreferat medizinische Rehabilitation
Abhängigkeitserkrankungen, LVA Hannover

25. Bundesdrogenkongress 2002, Workshop 11: „Wie intelligent ist unsere Suchthilfefinanzierung?“ Antwort aus Sicht der Rentenversicherung

Die Intelligenz der Finanzierung eines Subsystems der Gesellschaft, nämlich des Suchthilfesystems, lässt sich mindestens in der Hinsicht untersuchen, ob es unter den gegebenen Bedingungen seine systemimmanenten Ziele erreicht.

Aus Sicht der Rentenversicherung kann ich mich nur zur Finanzierung der medizinischen Rehabilitation äußern, für die wir Leistungsträger sind. Der Frage, wie die Leistungen zur Teilhabe, wie es nach dem SGB IX heißt, finanziert werden, wie sich die Budgets zusammensetzen werden wir nachgehen, des weiteren ob die systemimmanenten Ziele erreicht werden und wie, trotz begrenzter Mittel (vor allem seit dem WFG von 1996), weiterhin intelligent mit den Systemmöglichkeiten umgegangen werden kann.

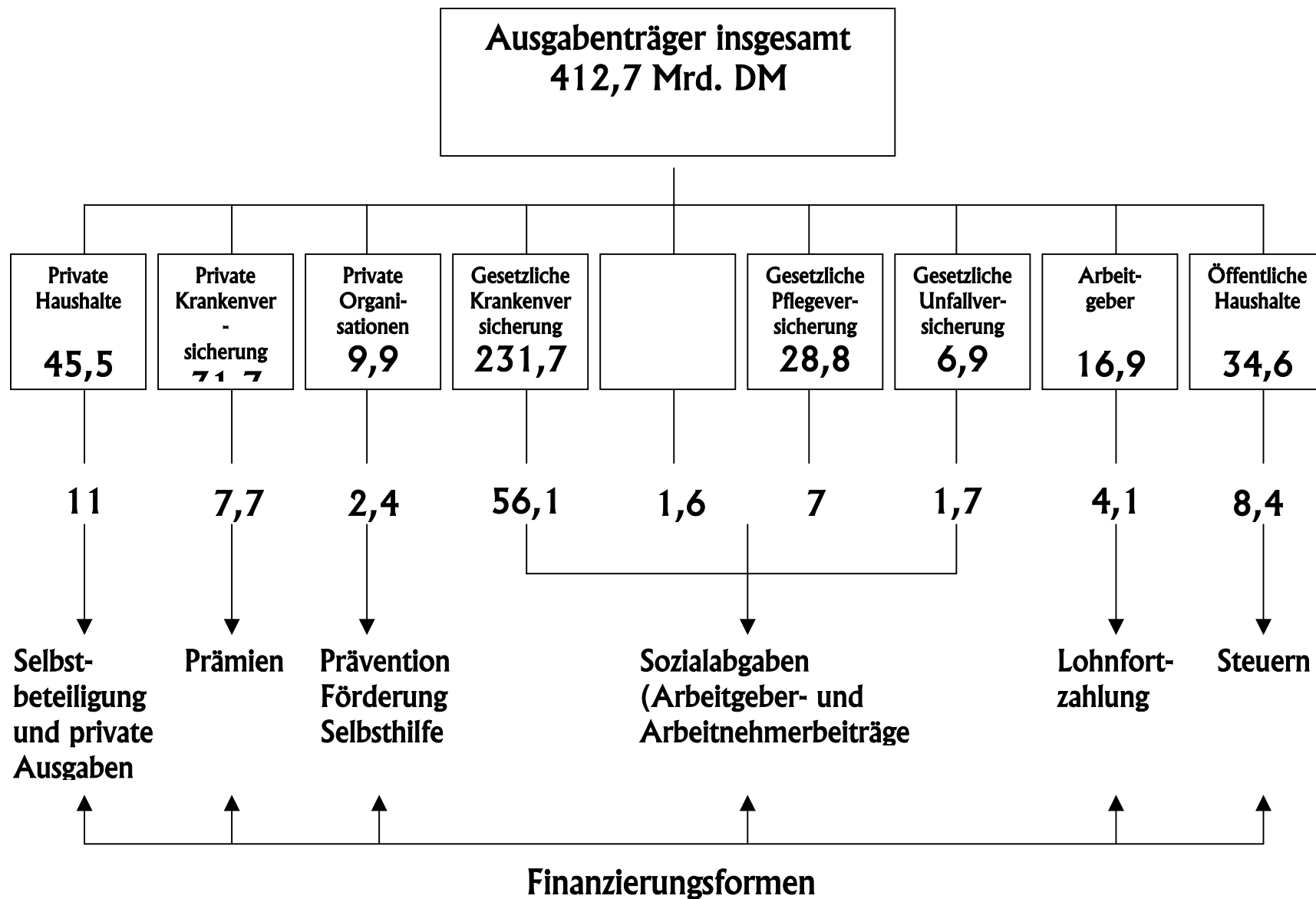
Parallel zur Entwicklung der medizinischen Rehabilitation mit ihren Leistungsangeboten zur Entwöhnungsbehandlung hat sich in Deutschland ein äußerst heterogenes Suchthilfesystem entwickelt, das zu den komplexesten Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen gehört. Einrichtungen zur Prävention, Beratung, Therapie und Rehabilitation für Menschen mit problematischem Konsum psychoaktiver Substanzen mit Suchtpotential werden vorgehalten und es gliedert sich auf in äußerst unterschiedliche und vielfältige Funktionseinheiten von niedrigschwelligen Überlebenshilfen, Beratungs-, Substitutions- und Entgiftungseinrichtungen, Entwöhnungskliniken, Wiedereingliederungs- und Adaptionseinrichtungen, komplementären Hilfen, temporäre Projekte, Modelle etc., die allesamt inhaltlich oft kaum Bezug auf einander nehmen, geschweige denn ihre Zielperspektiven auf einander abgestimmt haben und zudem höchst unterschiedlich finanziert werden. Besonders komplex ist diese Sachlage in der Drogenhilfe. Ein Problem für deren Gestaltung und d.h. auch für der Finanzierung dieses Systems, ist die rasche Fortentwicklung der sozialen Realität in diesem Bereich, die Entwicklung von immer neuen Konsumentengruppen und Konsummustern sowie die öffentliche Wahrnehmung und Bewertung dieses Komplexes.

Zur Finanzierung dieses äußerst heterogenen Suchthilfesystems wurden schon verschiedentlich Vorschläge unterbreitet. Am interessantesten scheint mir der des Alkoholcents zu sei, d.h.. einer Umwandlung von Teilen der Alkoholsteuer in eine Sonderabgabe zur Finanzierung der Suchtprävention, -hilfe und -therapie durch die Konsumenten. Immerhin kämen nach Berechnungen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe pro Jahr ca. 4300 Mio. Euro zusammen wenn pro konsumierten ml. Alkohol ½ Cent für diese Zwecke abgezogen würde.. Wirklich interessant wäre dieser Gedanke jedoch nur wenn es gelänge, diese Beträge wirklich direkt der Suchtkrankenhilfe zukommen lassen zu können. Hier muss man jedoch in Deutschland eher pessimistisch bleiben.

Zurück zur Ausgangslage. Die Finanzierung des Suchthilfesystems ist in Deutschland ein Teilaspekt der Finanzierung des sozialen Netzes, das mit der Deutschland AG (Vernetzung der großen Industriebetriebe, Banken und Versicherungen) in direkter Konkurrenz steht, weil ersteres die Entwicklung attraktiver Netto-Renditen zu beschränken scheint. Wenn wir über geringere Mittelausstattung für das Suchthilfesystem klagen, ist dies immer mit zu bedenken.

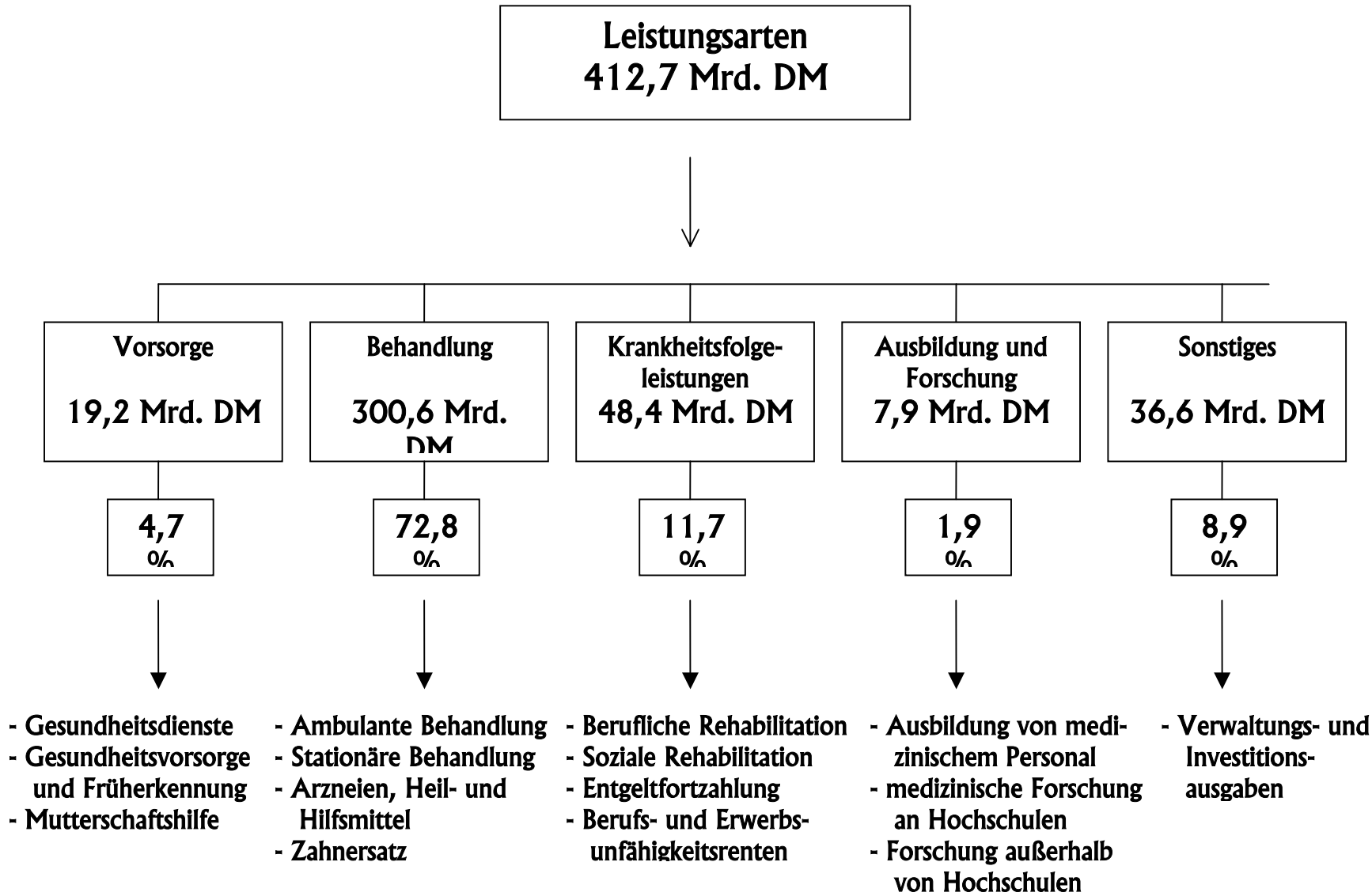
Die Rentenversicherung, d.h. ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation machen nur einen kleinen Teil der Kosten des sozialen Netzes aus (s. Graphiken).

Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern und Finanzierungsformen, alte und neue Bundesländer,



* Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von: Statistisches Bundesamt, Hrsg., Statistisches Jahrbuch 2001, S 460.

Aufgaben des Gesundheitswesens und seine Finanzierung nach Leistungsarten, alte und neue Bundesländer, 1998*



*Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von: Statistisches Bundesamt, Hrsg., Statistisches Jahrbuch 2001, S.

Auf den Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen bezogen wurden im Jahr 2001 Bundesweit ca. 40.000 Leistungen zur Teilhabe durchgeführt und hierfür ungefähr 460 Mio. EURO ausgegeben. Die verschiedenen Leistungs-Formen, also stationär, ambulant und teilstationär werden unterschiedlich vergütet. Für die stationären Formen wird ein Tagespflegesatz gezahlt der sich, grob gesehen, aus sämtlichen in einer Einrichtung pro Jahr entstehenden Sach- und Personalkosten, dividiert durch die Anzahl der Pflage tage (bei angenommener 95 %-iger Auslastung) ergibt. Für die ambulanten Formen werden pro Einzel- oder Gruppenleistung pro Kopf und Leistung bundesweit pauschal 46 EURO vergütet. In die Kosten zur medizinischen Rehabilitation fließen Übergangsgelder und Reisekosten mit ein. Bei der LVA Hannover betragen die Kosten für eine stationäre Leistung im Indikationsbereich Alkoholabhängigkeit durchschnittlich 11.000,- EURO und für eine stationäre Leistung aus dem Bereich der Abhängigkeit von illegalen Substanzen ca. 15.000,- EURO. Für eine originäre ambulante Leistung werden durchschnittlich ca. 1400,-EuroEURO vergütet.

Schaut man sich im Bereich der Sozialleistungsträger, die für die Finanzierung der Behandlung chronischer Erkrankungen verantwortlich sind um, kann durchaus von einer Intelligenz der Finanzierung seines Reha- Systems gesprochen werden. Wie schon oben gesagt, kann hinsichtlich der Zieldefinition unter Berücksichtigung der eingesetzten Mittel im Bereich der Entwöhnungsbehandlung von einem erfolgreich intelligenten System gesprochen werden. Für die Sozialleistungsträger gilt, dass sie abhängig von ihren Hauptaufgaben (bei uns also die Auszahlung von Renten) jeweils die Nachteile des Scheiterns der von ihnen gewährten Leistung zu tragen haben. Das heißt Versicherten, die z.B. nach einer Entwöhnungsbehandlung nicht in der Lage sind, über eine sozialversicherungsrechtliche Erwerbstätigkeit Beiträge in die Rentenkasse einzuzahlen, unter bestimmten Voraussetzungen eine Rente zu Lasten der Versichertengemeinschaft erhalten. Drogenabhängige sind durchschnittlich um die 30 Jahre alt. Es müsste also u.U. zum Teil mehr als eine Generation lang Rente gezahlt werden, ohne dass dieser Versichertenkreis hier selbst viel geleistet hätte. Entwöhnungsbehandlungen haben also das Ziel, dies zu verhindern. Der Gesetzgeber hat im Sozialgesetzbuch VI mit den §§ 9-13 klar festgelegt, dass das Ziel einer Entwöhnungsbehandlung und sämtlicher Rehamaßnahmen anderer Indikationsbereiche die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben oder die Verbesserung der Erwerbsfähigkeiten sind. Das hat immerhin der Souverän so gewollt und das kann im Prinzip für systematisch plausibel und intelligent gehalten werden, weil es – wie schon gesagt – seine Ziele durchaus erreicht. Nach der Reha-Verlaufsstatistik des VDR sind ca. 55 % derjenigen, die eine Maßnahme regulär abgeschlossen haben, wieder Einzahler von Sozialbeiträgen. Für diesen Personenkreis konnten Rentenzahlungen vermieden werden. Darauf kommt es nach dem Gesetz an! Nur dafür kann es vom Rentenversicherer Mittel geben.

Diesen vom Gesetzgeber klar definierten Zielen steht oft ein unreflektierter, häufig auch naiver Utilitarismus der therapeutischen Teams entgegen, die schlicht erwarten, dass therapeutisch gute Arbeit gut vergütet wird und die außerhalb der psychotherapeutischen Arbeit liegende Themen („Kostenträgerkram“) als eher lästige Zumutungen erleben. Diese Haltungen sind für intelligente Lösungen kontraproduktiv.

Berechnung der Etats beim Leistungsträger

Die Ausgaben für die Rehabilitationen berechnen sich nach den Bestimmungen des § 220 SGB VI. Sie werden entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolohn- und Gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer festgesetzt. Dieser Betrag wird für ein Kalenderjahr berechnet. Überschreiten die Ausgaben am Ende eines Kalenderjahres diesen Betrag, wird der sich für den jeweilige Bereich für das zweite Kalenderjahr nach dem Jahr der Überschreitung der oben genannten Ausgaben ergebende Betrag entsprechend abgezogen!

Mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) von September 1996 wurden die Mittel, die für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgewendet werden, erheblich reduziert (§287 B SGB VI). Die Ausgaben für die Rehabilitation für das Jahr 1997 waren auf die Höhe der zuvor um 600 Mio. DM verminderten Ausgaben des Jahres 1993 zu begrenzen. Hierdurch trat eine Minderung von ca. 30 % der zur Verfügung stehenden Budgets ein. Als erste kurzfristig zu realisierende Reaktion wurden die Therapiezeiten linear gekürzt. Dies war zugegebener Weise keine sehr phantasievolle Lösung. Die Antragszahlen steigen jedoch unabhängig davon, ob der Etat gedeckelt ist und es gilt trotz gedeckeltem Etat indikationsangemessene Leistungen anbieten zu können.

Umbau des Systems medizinischer Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Neue Konzepte

Um unter diesen Bedingungen die gleiche Qualität der Zielerreichung realisieren zu können, wurde von den zuständigen Fachstellen der LVA-Hannover seitdem versucht, den Bereich der medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker intelligent umzubauen. Als erstes haben wir die Möglichkeiten zur ambulanten Rehabilitation nehmen zu können, flächendeckend ausgebaut. Das Flächenland Niedersachsen verfügt über ca. 120 Suchtberatungsstellen, von denen mittlerweile ca. 50 anerkannt sind, ambulante medizinische Rehabilitationen durchzuführen. Die stationären Einrichtungen werden sich im Hinblick auf diese Gegebenheiten neu zu positionieren haben, z.B. mit Hilfe regionaler auch trägerübergreifender Kooperationen und auf der Grundlage neuer Konzepte bei denen die stationären Einrichtungen nach wie vor eine wichtige, aber nicht mehr die Hauptrolle spielen werden.

Als zweites haben wir versucht, mit Hilfe neuer Konzepte sowohl den Bedürfnissen der Versicherten als auch der neuen Haushaltslage gerecht zu werden. Wir, d.h. Frau Habekost und ich, verfassten, implementierten und evaluieren neue Konzepte, u.a. EMS: Entwöhnungsbehandlung im Modulsystem. Angeregt durch neuere wissenschaftliche Literatur wurden regionale Kooperationsverbünde gebildet, die stationäre Kurzzeittherapien mit dazwischen gelegten ambulanten Leistungen kombinieren. Ein Modul besteht aus einer zeitlich und inhaltlich definierten stationären Leistung und einem sich daran anschließenden länger andauernden ambulanten Therapieanteil, auf den erneut ein stationärer Intervall kombiniert mit einem ambulanten Intervall folgt usw.. Auf diese Weise können längerdauernde kohärente Prozessverläufe gesteuert werden, ohne dass hohe Kosten für eine stationäre Langzeitbehandlung entstehen. EMS läuft seit einer Weile im Alkoholbereich und ist dort äußerst erfolgreich. Es war zunächst für besondere Indikationsbereiche vorgesehen, also etwa für besonders narzisstische Patienten oder auch für solche, die aus den sozialstrukturellen Bedingungen ihres Lebens heraus nicht in der Lage sind, langfristige stationäre Therapien in Anspruch zu nehmen. Mittlerweile hat sich jedoch

herausgestellt, dass viele Patienten auch langfristige stationäre Therapien einfach nicht mehr akzeptieren. Auch denen kann mit Hilfe von EMS geholfen werden. Wir werden im nächsten Jahr auch mehrere Modellversuche mit EMS im Drogenbereich starten.

Ein weiteres Konzept, das wir zum intelligenten Umgang im Hinblick auf die Finanzierung halten, ist STOF: StabilisierungsOrientierte Festigungsbehandlung. Aus Kosten- und anderen Gründen haben uns die Therapiewiederholer schon seit Jahren Sorgen bereitet. Oft wurde von den Beratungsstellen für Rückfällige unkritisch erneut stationäre Regelbehandlungen vorgeschlagen. Unserer Erfahrung nach kommt es nach einer Abstinenzphase vor einem massiven Rückfallgeschehen zu einer Kumulation von als nicht bewältigbar erlebten Lebensereignissen, die schließlich zum alten Lösungsmittel führen. Wir bieten für Versicherte, die auf beliebige Weise abstinent geworden sind, daher an, sich der zwanzigtägigen stationär durchgeführten STOF-Behandlung zu stellen, wenn sie merken, dass sie mit den Umständen ihres abstinenten Lebens Schwierigkeiten haben und befürchten, dass diese zu einem Rückfall führen. Mit Hilfe von STOF können diese Lebensumstände so aufgearbeitet werden, dass die Kompetenzen und Ressourcen zu deren Bewältigung gestärkt werden können, ohne dass primär ausschließlich von einem Suchtgeschehen die Rede sein muss. Hauptgegenstand der Arbeit in der STOF sind gewisse Schwierigkeiten im Bereich des abstinenten Lebens und deren Bewältigungsmöglichkeiten. Auch diese Maßnahme wird evaluiert. Sie ist, zumindest was den Bereich der betroffenen Männer angeht, höchst erfolgreich und läuft gut. Wir meinen, dass wir mit Hilfe dieser 3-wöchigen Maßnahme die durchschnittlich 2.000 EURO kostet, langdauernde stationäre Wiederholungsmaßnahmen einsparen können.

In diesem Bereich gibt es noch eine ganze Reihe weiterer Ideen und wir glauben, dass die Intelligenz der Suchtkrankenhilfe und deren Möglichkeiten listige Lösungen trotz begrenzter Mittel zu finden noch lange nicht ausgeschöpft ist.

Georg Wiegand