Fachverband Sucht e.V.

Walramstraße 3 - 53175 Bonn
Tel.: 0228/261555 - Fax: 0228/215885
sucht@sucht.de - www.sucht.de

GCAA GERMAN COUNCIL ON ALCOHOL AND ADDICTION

Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Alterssicherung

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) nimmt hiermit insbesondere zu den Ausführungen im Referentenentwurf zur Berücksichtigung einer Demografiekomponente bei der Begrenzung der Rehabilitationsausgaben (§ 287 b SGB VI) Stellung. Auf weitere Aspekte, welche bei der Bemessung des Rehabilitationsbudgets von Bedeutung sind, wird darüber hinaus verwiesen.

Grundsätzliche Aspekte

Grundsätzlich begrüßt der FVS, dass – im Unterschied zum bisherigen Referentenentwurf zum Lebensleistungsanerkennungsgesetz – im vorliegenden Referentenentwurf nun eine Demografiekomponente bei der Begrenzung der Rehabilitationsausgaben bereits im Jahr 2013 eingeführt werden soll. Denn insbesondere in den nächsten Jahren ist mit einer deutlichen Steigerung des Rehabilitationsbedarfs zu rechnen. Der FVS weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass diese Entwicklung mit verschiedenen Ursachen zusammenhängt. Hierzu gehören:

- der demografische Wandel unserer Bevölkerung und die damit verbundenen Zunahme chronischer Erkrankungen
- der wachsende Fachkräftemangel aufgrund der demographischen Entwicklung
- die Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre
- die Zunahme psychischer Erkrankungen (mit entsprechend längeren Behandlungsdauern)
- die steigende Akzeptanz der Rehabilitation bei Arbeitgebern, Beschäftigten und niedergelassenen Ärzte sowie
- einer verbesserten Frühintervention.

Von daher sind neben den demografischen Aspekten auch weitere Faktoren zu berücksichtigen, um eine bedarfgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung mit Rehabilitationsleistungen zukünftig sicherzustellen.

Berücksichtigung einer Demografiekomponente bei der Begrenzung der Rehabilitationsausgaben (§ 287 b SGB VI)

Die Zahl der Bewilligungen für medizinische und berufliche Leistungen der Rehabilitation der Rentenversicherung hatte bereits in den Jahren 2005 – 2011 um 24 % zugenommen. Die Anträge auf medizinische Rehabilitationsleistungen stiegen in den letzten 5 Jahren um durchschnittlich 4,5 % jährlich. Allein im Januar bis Februar 2012 ist ein weiterer Zuwachs um weitere 5 % zu verzeichnen gewesen. Von daher ist es dringend erforderlich, dass die Berücksichtigung der demografischen Entwicklung ab dem Jahr 2013 wirksam wird. Die Deutsche Rentenversicherung kam hinsichtlich der demografiebedingten Fortschreibung des Reha-Budgets - im Unterschied zum vorliegenden Referentenentwurf – zu folgender Berechnung.

Erforderliche Anhebung des Rehabilitationsbudgets in den Jahren 2013-2020:

2013	103 Mio €
2014	187 Mio €
2015	241 Mio €
2016	280 Mio €
2017	302 Mio €
2018	299 Mio €
2019	281 Mio €
2020	255 Mio €

Grundlage dieser Berechnung ist die im Rentenmodell verwendete und im Rahmen des Rentendialogs mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales abgestimmte Bevölkerungsvorausberechnung. Für die Fortschreibung des Reha-Budgets wird ab 2013 die Veränderung der Bevölkerung in den Altersgruppen zwischen dem Alter 45 und der jeweils geltenden Regelaltersgrenze zugrunde gelegt. Unverständlich ist in diesem Zusammenhang aus Sicht des FVS, dass die Erhöhung der Ausgaben für die Leistungen zur Teilhabe im Jahr 2013 nur um die Hälfte des Betrages erfolgen soll, der sich aus der Berücksichtigung des Faktors für dieses Jahr ergibt (s. S. 21 des Entwurfs).

Erhalt der Qualität der Rehabilitationsleistungen in der Zukunft

Über die demografiebedingten Aspekte hinaus weisen wir aber auch darauf hin, dass Rehabilitationsleistungen hochkomplexe und personalintensive Leistungen sind. Die Politik hat auch dafür Sorge zu tragen, dass eine ausreichende Refinanzierung von steigenden Personal- und Sachkosten durch die Leistungsträger sichergestellt werden kann. Diese Mittel benötigen die Einrichtungen dringend für die Weiterentwicklung der medizinisch-therapeutischen Versorgungsangebote, die dafür notwendige Personalentwicklung und die erforderlichen Investitionen. Im „Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation“ (2010), erstellt durch GEBERA, Düsseldorf, (s. www.agmedreha.de) wurde bereits festgestellt, dass die tatsächlichen gesamten Kostensteigerungen in Deutschland in den Jahren 2006 bis 2010 13,1 % betrugen, die Vergütungssätze in der medizinischen Rehabilitation stiegen in diesem Zeitraum allerdings insgesamt lediglich um 10,0 % bei den allgemeinen Heilverfahren im Bereich der Rentenversicherung. Die Steigerungen im Bereich der GKV lagen noch darunter.

Die Schere zwischen den realen Kostenentwicklungen und den Vergütungssatzerhöhungen geht vor dem Hintergrund des gedeckelten Budgets bis heute weiter auseinander. Die aktuellen Gehaltssteigerungen im öffentlichen Dienst sind mit den Vergütungssatzerhöhungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation für Vertragskliniken im Bereich der Renten- und Krankenversicherung nicht realisierbar. Insofern besteht die deutliche Gefahr, dass hier die Beschäftigten von der wirtschaftlichen Entwicklung zunehmend abgekoppelt werden.

Angesichts des Ärztemangels und zunehmender Personalengpässe im gesamten medizinisch-therapeutischen Bereich ist es dringend notwendig, dass – auch im Vergleich zu anderen Sektoren des Gesundheitswesens – in der medizinischen Rehabilitation attraktive Arbeitsplätze vorgehalten werden. Dies beinhaltet, dass auch eine angemessene Honorierung der Mitarbeiter in den Rehabilitationseinrichtungen erfolgt. Von daher sollte § 220 Abs. 1 SGB VI dahingehend geändert werden, dass die jährlichen Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe nicht nur auf Basis des zu erwartenden steigenden Teilhabebedarfs, sondern auch entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer sowie der allgemeinen Kostenentwicklungen festgelegt werden. Im Rahmen des Krankenhausfinanzierungs-Rahmengesetzes (KHRG) ist deshalb die Einführung eines Kostenorientierungswertes von der Politik beschlossen worden. Dieser soll eine reale Entwicklung der Kosten beinhalten und damit einer drohenden Unterfinanzierung im Krankenhausbereich entgegenwirken. Der Ansatz, zusätzlich zum Demografiefaktor einen entsprechenden „objektivierbaren“ Orientierungswert einzuführen, sollte auch auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation Anwendung finden. Denn auch die Rehabilitationskliniken unterliegen entsprechenden Kostenschüben, die durch Tarifverträge für Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten etc., Energie- und Sachkosten etc. bedingt sind.

FACHVERBAND SUCHT e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Tel.: 02 28/26 15 55
Fax: 02 28/21 58 85
Email: sucht@sucht.de
Internet: http://www.sucht.de