

Stellungnahme des Fachverband Suchte e.V. (FVS) zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) – (Bearbeitungsstand 09.08.2016)

I. Grundsätzliche Aspekte

Der FVS unterstützt die zentralen Anliegen des Gesetzesentwurfs

- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer möglichst lang im Erwerbsleben zu halten, die Übergänge in den Ruhestand flexibel, selbstbestimmt und gemäß den individuellen Lebensentwürfen zu gestalten
- die Gesundheit und damit Erwebsfähigkeit der Versicherten und ihrer Kinder durch verbesserte Leistungen der Prävention, Rehabilitation und Nachsorge zu stärken.

Es ist von daher grundsätzlich zu begrüßen, dass Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) als Pflichtleistungen ausgestaltet werden sollen und auf Antrag an die Versicherten zu erbringen sind, bei denen die persönlichen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen. In diesem Zusammenhang halten wir es auch für sinnvoll dass die Leistungen zur Prävention, Nachsorge und Kinderehabilitation aus den in § 31 SGB VI geregelten „Sonstigen Leistungen“ herausgelöst werden, damit auch die Begrenzung der Ausgaben der Rentenversicherung für diese Leistungen entfallen. Entsprechende Mehrbedarfe, welche z.B. durch neue und zusätzliche Präventionsangebote im Bereich der Rentenversicherung entstehen, müssen entsprechend finanziert werden und dürfen nicht zu Lasten bestehender Leistungen zur Teilhabe gehen.

Die Träger der RV haben somit auch präventiv medizinische Leistungen zu erbringen, wenn Versicherte erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, welche die ausgeübte Beschäftigung gefährden, die aber noch keinen Krankheitswert haben. Erste gesundheitliche Beeinträchtigungen können sich beispielsweise bereits in Form erster beginnender Funktionsstörung von Bewegungsorganen, psychischen Beeinträchtigungen oder auch einem schädlichen Konsum von Suchtmitteln zeigen.

Darüber hinaus sollten zukünftig aber präventive Ansätze im Bereich der Rentenversicherung auch im Rahmen eines Gesamtrehaplans eine besondere Berücksichtigung finden. So wäre es beispielsweise im Suchtbereich ein wichtiger Beitrag zur Rückfallprävention, wenn im Sinne einer langfristig angelegten Gesamtbehandlungsplanung innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren nach einer durchgeführten Entwöhnungsbehandlung eine Präventionsleistung im Sinne einer Bilanzierungs- und Festigungsbehandlung als fester Bestandteil verankert wäre. Diese Präventionsleistung sollte sich am individuellen Bedarf ausrichten und im Rahmen einer Gesamtbedarfsfeststellung unter Einbezug der Versicherten frühzeitig geplant werden. Dieser Ansatz sollte in der zu entwickelnden Richtlinie zu den Leistungen zur Prävention entsprechende Berücksichtigung finden.

Aus Sicht des FVS sind vom Grundsatz her integrierte und vernetzte Präventionsansätze erforderlich, welche frühzeitig einsetzen, langfristig angelegt sind, Lebensweltbezug sowie Geschlechts- und Zielgruppenspezifität aufweisen.

Von zentraler Bedeutung ist hierbei als Handlungsfeld die Arbeitswelt bzw. der betriebliche Bereich. Zu unterscheiden sind grundsätzlich drei Ebenen integrierter Präventionsstrategien, welche eng mit den weiteren Angeboten der Rehabilitation und Nachsorge verknüpft sein müssen:

- Universelle Prävention welche sich mit entsprechenden Botschaften und Interventionen an die Normalbevölkerung bzw. alle Mitarbeiter/innen im betrieblichen Bereich wendet,
- selektive Prävention, welche sich auf Zielgruppen oder Individuen konzentriert, deren unmittelbares oder späteres Risiko für bestimmte Erkrankungen erhöht ist,
- indizierte Prävention welche sich an Menschen bzw. Arbeitnehmer/innen mit hohem Risiko und minimalen bzw. ersten Kennzeichen oder Symptomen (ohne Diagnose) richtet.

Beispielsweise wenden sich universelle Ansätze als Aufklärung/Information oder Trainingsprogramme an alle Arbeitnehmer/innen, die selektive Prävention an Arbeitnehmer/innen mit erhöhtem Risiko z.B. für einen erhöhten Alkohol- bzw. Suchtmittelkonsum (z.B. durch hohe Stressanfälligkeit) und die indizierte Prävention an Arbeitnehmer/innen mit bereits vorhandenem riskanten, schädlichen oder bereits eingetretenem abhängigen Konsum von Suchtmitteln. Eine enge Verzahnung entsprechender allgemeiner Angebote und zielgruppenspezifischer Interventionen, welche inhaltlich aufeinander bezogen und miteinander abgestimmt sind, sollte auch im Rahmen arbeitsweltbezogenen (Sucht-) Präventionsstrategien gewährleistet werden. Von daher ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Angeboten der Krankenversicherung, Rentenversicherung und der Unfallversicherung notwendig. Die Zuständigkeit der Rentenversicherung würde dabei insbesondere Angebote der selektiven und indizierten Prävention beinhalten. Im Bereich der Suchtprävention wären dies insbesondere Menschen mit einem riskanten, schädlichen und bereits eingetretenen abhängigen Suchtmittelkonsum bzw. einer zunehmenden Gefährdung durch Glücksspiel bzw. übermäßigen PC-/Internetgebrauch. Von daher sollten Leistungen zur Behandlung des schädlichen Konsums von Suchtmitteln bzw. eines schädlichen Gebrauchs von Glücksspielen sowie von PC-/Internet in die zu entwickelnde Richtlinie zu den Leistungen der Prävention aufgenommen werden.

Im Sinne einer integrierten Präventionsstrategie ist es erforderlich, den jeweiligen Interventionsbedarf frühzeitig zu identifizieren und die Betroffenen dann gezielt anzusprechen. Hinsichtlich einer frühzeitigen Bedarfsfeststellung sollten deshalb z.B. bei berufsbezogenen Gesundheitsuntersuchungen entsprechende Screeningverfahren eingesetzt werden, die auch beinhalten, einen riskanten und schädlichen oder abhängigen Konsum von Suchtmitteln zu ermitteln. Darüber hinaus sollte der Firmenservice der Rentenversicherung so ausgebaut werden, dass er in der Lage ist, verstärkt auch mittlere und kleinere Betriebe in Fragen der Prävention, Rehabilitation und Nachsorge anzusprechen und zu beraten sowie bei der Vermittlung in spezifische Präventions-, Beratungs- und Rehabilitationsangebote Unterstützung zu leisten.

Für dringend erforderlich halten wir grundsätzlich - vor dem Hintergrund des bestehenden Rehabudgets – dass zukünftig keine budgetbedingten Einschränkungen hinsichtlich des Zugangs zu Rehabilitationsleistungen bestehen und sich die Ausgaben der GRV allein am Be-

darf orientieren. Von daher begrüßen wir die Ausführungen in der Begründung zum Gesetzesentwurf, dass Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung als Pflichtleistung auch dann zu erbringen sind, wenn der nach § 220 Abs. 1 in Verbindung mit § 287 b Abs. 3 jährlich festgesetzte Betrag der Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe überschritten werden sollte, da durch die Begrenzung der Ausgaben gesetzliche Ansprüche der Versicherten nicht eingeschränkt werden. Für notwendig halten wir in diesen Zusammenhang allerdings auch eine Streichung des § 220 (1) SGB VI Satz 2.

Darüber hinaus halten wir die Beteiligung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände, der Selbsthilfegruppen/Patientenvertreter an der Entwicklung gemeinsamer Richtlinien der Träger der Rentenversicherung zu Leistungen der Prävention sowie zur Kinderrehabilitation für notwendig. Bezogen auf den Bereich der Kinderrehabilitation, möchten wir auf einen Sonderfall im Suchtbereich verweisen. Rehabilitanden/innen welche sich einer Entwöhnungsbehandlung unterziehen, haben im Bedarfsfall die Möglichkeit ihr Kind in die Rehabilitationseinrichtung mitzunehmen. In diesem Falle werden die Kinder bei Zuständigkeit der Rentenversicherung als sog. „Begleitkinder“ in der Rehabilitationseinrichtung betreut. Häufig zeigt sich, dass bei den sog. „Begleitkindern“ aber auch eine intensivpädagogische Betreuung bzw. therapeutische Behandlung – welche somit über eine Betreuung hinausgeht – erforderlich ist. Auch vor dem Hintergrund, dass Kinder von suchtkranken Menschen eine höhere Gefährdung hinsichtlich einer späteren Suchterkrankung aufweisen, bietet gerade die Phase der Entwöhnungsbehandlung die Möglichkeit, frühzeitig zu intervenieren und im Sinne der Prävention gegenzusteuern. Von daher wäre es wichtig, im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung flexibel auf die jeweiligen Bedarfe der Kinder der in Rehabilitation befindlichen suchtkranken Eltern reagieren zu können. Dies erfordert, dass die entsprechenden personellen und strukturellen Voraussetzungen in der Rehabilitationseinrichtung bereit gestellt werden können und diese auch entsprechend finanziert werden. Der für die Behandlung des jeweiligen Elternteils zuständige Leistungsträger sollte in diesem Fall grundsätzlich in Vorleistung treten und sich ggf. mit der Jugendhilfe hinsichtlich entsprechender Erstattungsansprüche in Verbindung setzen.

Zudem halten wir es für erforderlich, auch entsprechende Richtlinien für die medizinische Rehabilitation Erwachsener unter entsprechender Beteiligung zu entwickeln, um auch für diesen Bereich eine einheitliche Rechtsanwendung und Zugangs-/Bewilligungspraxis sicherzustellen. Gesetzlichen Änderungsbedarf sehen wir beispielsweise hinsichtlich der Regelungen in § 12 Abs.2 SGB VI hinsichtlich des festgelegten Abstands von 4 Jahren für die Bewilligung einer weiteren Rehabilitationsleistung. Entscheidend für die Bewilligung sollte der bestehende Rehabilitationsbedarf des Versicherten sein.

II. Spezifische Änderungsvorschläge:

§ 12 Abs. 2 Ausschluss von Leistungen

Ersatzlos streichen

§ 14 Abs. 2 Leistungen zur Prävention

Zusatz am Ende:

„An der Entwicklung der Richtlinie werden die Verbände von Menschen mit Behinderungen einschließlich der Verbände der Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgebenden Spitzenverbände beteiligt.“

Hinweis:

In die bis zum 1.7.2017 zu entwickelnden Richtlinie sollten auch präventive Leistungen zur Rückfallprävention im Sinne einer langfristig angelegten Gesamtbehandlungsplanung integriert werden.

§ 15 Abs. (5) Leistungen zur Kinderrehabilitation

Zusatz am Ende:

„An der Entwicklung der Richtlinie werden die Verbände von Menschen mit Behinderungen einschließlich der Verbände der Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgebenden Spitzenverbände beteiligt.“

Hinweise:

Hinsichtlich der bis zum 1.7.2017 zu entwickelnden Richtlinie für Leistungen zur Kinderrehabilitation sollten die besonderen Belange von Kindern suchtkranker Rehabilitanden in der Entwöhnungsbehandlung Berücksichtigung finden.

Die verbindliche Verankerung zusätzlicher Richtlinien für die medizinische Rehabilitation Erwachsener sollte in den Gesetzesentwurf aufgenommen werden.

§ 220 Abs. (1)

Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe, Verwaltung und Verfahren

„Die jährlichen Ausgaben im Bereich der allgemeinen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe werden entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und –gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Abs. 2 Satz 1) festgesetzt. ~~Überschreiten die Ausgaben am Ende eines Kalenderjahres den für dieses Kalenderjahr jeweils bestimmten Betrag, wird der sich für den jeweiligen Bereich für das zweite Kalenderjahr nach dem Jahr der Überschreitung der Ausgaben nach Satz 1 ergebende Betrag entsprechend vermindern.~~ Die Ausgaben für die Erstattung von Beiträgen nach § 179 Abs. 1 Satz 2, die auf Grund einer Leistung nach § 16 im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen erbracht werden, gelten nicht als Ausgaben im Sinne des Satzes 2.“

FACHVERBAND SUCHT e.V.

Walramstraße 3

53175 Bonn

Tel.: 02 28/26 15 55

Fax: 02 28/21 58 85

sucht@sucht.de

www.sucht.de