



Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. zu den Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006

Der Fachverband Sucht e.V. teilt die in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2006 dargelegte Einschätzung, dass angesichts großer Herausforderungen, insbesondere des demographischen Wandels und der damit verbundenen Zunahme chronischer Erkrankungen sowie des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts das Gesundheitswesen ständig weiter entwickelt werden muss. Die demographischen Veränderungen erfordern eine deutliche Stärkung der Prävention wie auch der Grundsätze „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“. Vor diesem Hintergrund wird im weiteren auf einzelne „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“ eingegangen und auf entsprechende Klarstellungen bzw. den entsprechenden Änderungsbedarf hingewiesen.

1. Umwandlung aller Rehabilitationsleistungen in Pflichtleistungen

In den Eckpunkten wird festgelegt, dass der Anspruch auf ambulante und stationäre Rehabilitation für den Bereich der Geriatrie und für Mutter-Vater-Kind-Kuren von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung umgewandelt werden soll.

Wir halten diesen Schritt für richtig, allerdings muss dieser für den gesamten Bereich der medizinischen Rehabilitationsleistungen umgesetzt werden. Gerade die moderne Rehabilitation eröffnet, wie kaum ein anderer Behandlungsansatz, die Chance für eine umfassende multidimensionale Behandlung chronisch kranker Menschen. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung wird gerade die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation noch deutlich zunehmen, damit Arbeitnehmer/innen länger am Arbeitsleben teilnehmen können, Frühberentungen und Pflegebedürftigkeit vermieden werden und Beiträge für die Sozialversicherungsträger geleistet werden. Würden im Rahmen der zukünftigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen über einen Gesundheitsfonds entsprechende Mittel nicht zur Verfügung gestellt werden, ist damit zu rechnen, dass sich die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen festgestellte Unterversorgung im Bereich der Rehabilitation noch deutlich verschärfen wird. Dies kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein und würde langfristig zu erheblichen Mehrkosten im Gesundheitswesen führen. Medizinische Rehabilitationsleistungen sollten darüber hinaus auch Pflichtleistungen im Standardtarif der privaten Krankenversicherung werden.

2. Einbeziehung aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Risikostrukturausgleich

Bislang werden ausschließlich Leistungen der stationären Anschlussrehabilitation (AR/AHB) berücksichtigt. Eine Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs muss allerdings alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation als Pflichtleistungen einbeziehen, da ansonsten erhebliche Fehlsteuerungen drohen. Die gesetzlichen Krankenkassen könnten ansonsten zur Sicherung ihrer Wettbewerbsfähigkeit gezwungen sein, notwendige Leistungen zur Rehabilitation nicht zu erbringen. Dies würde auch der gesundheitspolitischen Zielsetzung, die frühzeitige und nahtlose Einleitung von Rehabilitationsleistungen zu stärken, entgegenwirken.

3. Erweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss werden Richtlinien über die Gewährung für die neue, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten beschlossen. Dabei ist auch den besonderen Erfordernissen der Versorgung Behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen. Aufgrund seines umfassenden Auftrages, der auch den Bereich der Rehabilitation umfasst, ist eine Erweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses um zwei Vertreter der Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation dringend erforderlich.

Darüber hinaus verweisen wir darauf, dass die medizinische Rehabilitation betreffende grundsätzliche Regelungen im Rahmen des SGB IX zwischen den Rehabilitationsträgern und den Spitzenverbänden der Rehabilitationseinrichtungen zu treffen sind.

4. Einbezug der Rentenversicherung in die integrierte Versorgung

Die Rentenversicherung als wichtiger Träger medizinischer Rehabilitationsleistungen ist neben der Pflegeversicherung bei Modellen der integrierten Versorgung einzubeziehen. Dies würde den Stellenwert der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der integrierten Versorgung sowie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Einrichtungen der Akutversorgung, der medizinischen Rehabilitation und von Pflegeeinrichtungen fördern.

5. Förderung der Qualität der Versorgung

Über den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung hinaus müssen auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation die Instrumente zur Qualitätssicherung effektiv genutzt und Aufwendungen entsprechend vergütet werden. Die Kosten für die externe Qualitätssicherung sollten deshalb von den Krankenkassen getragen werden. Darüber hinaus stimmen wir dem Vorhaben zu, dass die Qualität der stationären Rehabilitation für alle Vertragseinrichtungen garantiert werden soll und dazu Rehabilitationseinrichtungen regelmäßig unabhängig zu zertifizieren sind. Für die Zertifizierung sollten Qualitätsstandards von der GKV, der GRV und den Spitzenverbänden der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation gemeinsam festgelegt werden. Während die externe Qualitätssicherung als Aufgabe der Leistungsträger zu sehen ist, gehört es zur Aufgabe der Leistungserbringer, ein den Anforderungen entsprechendes internes Qualitätsmanagementsystem vorzuhalten.

6. Berücksichtigung des Rehabilitationsbedarfs bei Früherkennungsuntersuchungen

Im Rahmen der medizinischen Früherkennung sollte gerade bei der Gruppe der 45- bis 55-jährigen auch ein möglicher Rehabilitationsbedarf abgeklärt werden, um einer weiteren Chronifizierung von Erkrankungen entgegenzuwirken.

Ansprechpartner für Rückfragen:

*Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer
Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Tel.: (02 28)26 15 55
Fax: (02 28)21 58 85
E-Mail: v.weissinger@sucht.de*