



Walramstraße 3, 53175 Bonn

Tel.: 0228/261555, FAX: 0228/215885 u. 2420999

Online: <http://www.sucht.de>

E-Mail: sucht@sucht.de

Zur Umsetzung des SGB IX

I. Grundsätzliche Aspekte zum Stellenwert der medizinischen Rehabilitation

Die zentrale Herausforderung für die Rehabilitation besteht darin, wie bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Rehabilitationsleistungen angesichts der begrenzt bereitgestellten finanziellen Ressourcen gewährleistet werden können. Rehabilitation gehört neben der Prävention, Akutbehandlung und Pflege zu den zentralen Säulen unseres Gesundheitssystems.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt in seinem Gutachten „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“ fest, dass die Rehabilitation die Chance für chronisch kranke und behinderte Menschen auf eine umfassende, multidimensionale Versorgung eröffnet. Darüber hinaus weist er darauf hin, dass in diesem Bereich zum Teil eine erhebliche Unterversorgung vorliegt. Grundlegend ist nach Einschätzung des Fachverbandes Sucht, dass die für die Rehabilitation zur Verfügung stehenden Mittel eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten müssen. Eine bedarfsgerechte Versorgung beinhaltet, dass die Rehabilitationsbudgets so bemessen sind, dass auch zukünftig angesichts der wachsenden Bedeutung chronischer Erkrankungen die medizinisch notwendigen Rehabilitationsleistungen von den Leistungsträgern bewilligt werden können und eine Rationierung von Rehabilitationsleistungen und/oder ein Qualitätsverlust der medizinischen Rehabilitationsleistungen vermieden wird. Dies erfordert eine Anpassung und eine Neubewertung der politisch vorgegebenen finanziellen Rahmenbedingungen für die Rehabilitation.

Es ist ein zentrales Ziel der Politik, dass zukünftig Arbeitnehmer/innen länger am Erwerbsleben teilnehmen, Frühberentungen vermieden werden und Beiträge für die Sozialversicherungsträger geleistet werden. Somit ist mittel- bis langfristige mit einer steigenden Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen zu rechnen, dem kein im gleichen Umfang wachsendes Rehabilitationsbudget gegenübersteht.

Eine qualifizierte Rehabilitationsbehandlung ist auch unter ökonomischen Gesichtspunkten eine sinnvolle Investition, wie eine Vielzahl von Studien (z.B. Müller-Farnow, W. .et. al. 2002, Robert-Koch-Institut 2003, Hümmelink, Grünbeck 2002) für den Bereich der Suchtrehabilitation eindrucksvoll belegt.

Zentrale Aspekte hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung aus Sicht des Sachverständigenrates sind weiterhin:

- Angesichts eher pessimistischer Prognosen zur wirtschaftlichen Entwicklung in den kommenden Jahren befürchtet der Sachverständigenrat, dass erneut eine Kostendämpfungsdebatte die Fragen nach der Qualität der Versorgung in der Rehabilitation in den Hintergrund drängt. In diesem Zusammenhang fordert der FVS, ein „Preisdumping“ der verschiedenen Leistungsträger zu vermeiden und am „Federführungsprinzip“ (d. h. der Hauptbeleger einer Einrichtung verhandelt den Vergütungssatz für die Behandlung) festzuhalten.

Der Rat vermutet ferner, dass zukünftig als Folge der Einführung von Diagnosis Related Groups im Krankenhausbereich eine frühzeitige Verlegung von Patienten/innen aus dem Akutbereich erfolgen wird. Dadurch wird sich die durchschnittliche medizinische Fallschwere der Patienten/innen in Rehabilitationseinrichtungen erhöhen. Dies würde - unter Beibehaltung der bisherigen gesetzlichen Befristungsregelungen hinsichtlich der Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen - zu Lasten der originären rehabilitativen Versorgung der Patienten gehen. Zusätzlich würde eine höhere akutmedizinische Fachqualifizierung des pflegerischen und ärztlichen Personals in den Rehabilitationseinrichtungen, die Sicherung einer angemessenen Personal-Patienten-Relation und der medizintechnischen Ausstattung erforderlich.

- Hinsichtlich des Ausbaus der ambulanten Rehabilitationsform weist der Rat darauf hin, dass bei deren Zulassung die Qualität der angebotenen Leistung Berücksichtigung finden muss. Dem Patienten müssen somit alle notwendigen Leistungen zur Verfügung stehen, die Leistungen müssen interdisziplinär abgestimmt und qualitätsgesichert erbracht werden. Eine Verlagerung von stationären Leistungen in ambulante Rehabilitationsformen aus reinen Kostengründen, ohne die Indikationsstellung und Situation des Patienten zu berücksichtigen, ist abzulehnen. Zudem ist zu fordern, dass ambulante wie stationäre Leistungen in Qualitätssicherungssysteme eingebunden sind und ein internes Qualitätsmanagement, welches entsprechenden Standards entspricht, vorgehalten wird.

- Auch der Einführung von Komplexpauschalen erteilt der Rat eine Absage, da Krankenhäuser damit praktisch die „Definitionsmacht“ über den Beginn der Rehabilitation besitzen und daraus eine weitere finanzielle Stärkung der Akutversorgung und somit eine Schwächung der Stellung und Qualität der Rehabilitation resultieren würde.
- Darüber hinaus sind undifferenzierte, gesetzlich festgelegte Höchstdauern von Rehabilitationsleistungen aus Sicht des Rates ungeeignet. Als sinnvoller wird eine Flexibilisierung der individuellen Verweildauer eines Patienten innerhalb bestimmter Grenzen erachtet, die im Rahmen der Entwicklung fallgruppenspezifischer Therapiepläne oder Behandlungsleitlinien zu bestimmen sind.

Hinsichtlich der Umsetzung des SGB IX sieht der Sachverständigenrat die Notwendigkeit

- den Grundsätzen einer Teilhabe der Betroffenen,
 - einem verbesserten und individualisierten Zugang zu den Leistungen,
 - einer Abstimmung der Träger untereinander,
 - einer übergreifenden möglichst ergebnisgezogenen Qualitätssicherung, sowie
 - einer angemessenen vertraglichen Beziehung zu den Leistungserbringern
- tatsächlich Geltung zu verschaffen.

Er kritisiert, dass Disease-Management-Programme sich meist nur auf den Bereich der kurativen Versorgung beschränken. Damit wird die Segmentierung der Versorgung beibehalten und nicht - wie von Seiten der Politik häufig proklamiert - der Patient/die Patientin in den Mittelpunkt gestellt. Der Rat fordert deshalb für die zukünftige Weiterentwicklung der DMP'S unter Einbezug der Rehabilitation und rehabilitationsspezifischer Konzepte.

Diese Sicht teilt der FVS für den Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen. Denn hinsichtlich der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen für suchtkranke Menschen besteht die Notwendigkeit, Disease-Management-Programme zu entwickeln, welche die verschiedenen Handlungsfelder, d. h. Maßnahmen der Gesundheitsförderung/Prävention, Betreuungs- und Beratungsleistungen, Behandlung und Rehabilitation, Nachsorge und beruflichen (Wieder-) Eingliederung einbeziehen. Zielsetzung ist es, durch solche Programme die Versorgungsqualität für suchtkranke Menschen zu verbessern und Folgekosten durch die frühzeitige Einleitung entsprechend aufeinander abgestimmter Maßnahmen zu verringern.

Qualifizierte Information, Aufklärung, Beratung, das Aufzeigen von Behandlungsmöglichkeiten und motivationale Unterstützung der betroffenen Menschen sind auch eine notwendige Voraussetzung dafür, dass deren Selbstbestimmungsrechte gewahrt werden und deren Autonomie gefördert wird.

Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist die Umsetzung entsprechender Konzepte der Früherkennung und Motivationsförderung zur Inanspruchnahme erforderlicher suchtspezifischer Angebote in verschiedenen Handlungsfeldern notwendig. Derzeit vergehen im Durchschnitt ca. 12 Jahre, bevor ein Abhängigkeitskranker eine stationäre Rehabilitationsleistung in Anspruch nimmt.

Alkoholmissbraucher und alkoholabhängige Menschen beanspruchen in sehr hohem Ausmaß das akutmedizinische Versorgungssystem (niedergelassener Arzt, Krankenhäuser). Von daher sollten hier verstärkt Maßnahmen zur Frühintervention und Motivationssteigerung hinsichtlich der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen ansetzen. Dies schließt die adäquate Vergütung entsprechender Leistungen durch den niedergelassenen Arzt und das Krankenhaus (beziehungsweise entsprechender Liaison/-Konsiliardienste) ein.

Die verbindliche Finanzierung frühinterventiver Ansätze in der Arztpraxis und im Krankenhaus zur Förderung von Disease-Management Programmen ist somit eine wichtige Zukunftsaufgabe.

II. Empfehlungen des Fachverbandes Sucht hinsichtlich der frühzeitigen, nahtlosen und einheitlichen Erbringung von Leistungen zur Teilhabe (nach § 12 Abs. 1 i.V.m. § 13 Abs. 1 SGB IX)

Im Weiteren werden aktuelle Probleme und Herausforderungen zur Umsetzung des SGB IX für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen dargestellt.

1. Durchführung der Entzugsbehandlung (Entgiftung) in qualifizierten Rehabilitationseinrichtungen

Aus finanz- bzw. versicherungsrechtlichen Gründen besteht eine strikte Trennung von Entzugs- (Akutphase) und Entwöhnungsbehandlung (Rehaphase), aus der eine ausschließlich additive Folge der Behandlungsphasen (Entzug, Entwöhnung) in unterschiedlichen Behandlungseinrichtungen folgt.

Um die Nahtlosigkeit zwischen Entzug und Entwöhnungsbehandlung zu fördern sollten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden, damit in den Fällen, in denen der Leistungsträger bereits eine Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) bewilligt hat, auch die Akutbehandlung (Entzug/Entgiftung) in der Rehabilitationsklinik durchgeführt werden kann, wenn diese über die dazu notwendige medizinische Ausstattung verfügt.

Durch eine nahtlose Überleitung aus der Entzugs- in die Entwöhnungsbehandlung können beide Behandlungsphasen hinsichtlich ihrer Dauer flexibel den Bedürfnissen des Einzelfalles angepasst werden und es kommt zu einer Verkürzung der durchschnittlichen Gesamt-Behandlungszeit. Durch die Gewährung einer hohen Behandlungskontinuität werden Mehrfach-Entgiftungen, ohne sich anschließende Entwöhnungsbehandlung, vermieden und dadurch Kosten zu Lasten der Kranken- und Rentenversicherung reduziert. Auch würden unnötige Wartezeiten zwischen Entzug und Entwöhnungsbehandlung entfallen.

2. Frühzeitiger Einbezug der zuständigen Leistungsträger zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

Bereits während einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ist unter Einbezug der zuständigen Stellen und des Rehabilitanden zu prüfen, ob weiterführende Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

Übergänge zwischen den verschiedenen Leistungen (z. B. zwischen medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen, medizinischen Rehabilitationsleistungen und Qualifikations- bzw. Vermittlungsleistungen der Bundesanstalt für Arbeit) sollten frühzeitig und möglichst nahtlos gestaltet werden, um die beruflichen (Re-) Integrationschancen zu erhöhen.

Die Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben ist im Indikationsbereich Abhängigkeits-erkrankungen von zentraler Bedeutung, da ein hoher Anteil von Patienten/innen arbeitslos ist (Basisdokumentation des FVS: Bereich Stationäre Rehabilitation Alkohol-/Medikamentenabhängiger, Entlassjahrgang 2002 - Anteil der Arbeitslosen: 35,4 %, EBIS stationär, Suchthilfestatistik 2001 - Bereich Opiatbezogene Hauptdiagnose - Anteil bei Arbeitslosen 46,5 %).

Einrichtungen in den neuen Bundesländern mit einem noch größeren Anteil Erwerbsloser und besonders schwierigen strukturellen Rahmenbedingungen sind vor besondere Herausforderungen gestellt.

Arbeitsämter sehen sich derzeit in der Regel erst dann als zuständig an, wenn die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit gewährleistet ist und die Patienten dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Im Sinne der Nahtlosigkeit sowie der Effektivität und Effizienz der Suchtrehabilitation wäre es aber dringend erforderlich, bereits während der medizinischen Reha-Maßnahme Perspektiven für die Teilhabe am Erwerbsleben zu entwickeln. In diesem Sinne ist zu fordern, dass folgende Aspekte Berücksichtigung finden:

- regelmäßige Präsenz der Arbeitsvermittler und Reha-Berater der Leistungsträger in der stationären Rehabilitationseinrichtung (individuelles Case-Management)
- Mitbeurteilung der Reintegrationsmöglichkeiten in den Arbeitsmarkt sowie des Qualifizierungsbedarfs und der -möglichkeiten und der geeigneten Förderinstrumente durch die Arbeitsvermittler und Reha-Berater der Leistungsträger
- Entwicklung von Perspektiven, falls eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben hochgradig gefährdet bzw. nicht möglich erscheint,
- frühzeitige Bewilligung der Adaptionphase (Phase II der medizinischen Rehabilitation) bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen
- frühzeitige Zuleitung der entsprechenden Antragsunterlagen (mit Einverständnis des Versicherten) an die zuständigen Stellen des Arbeitsamtes bzw. der Rentenversicherungsträger bereits während der Rehabilitationsphase,
- Bewilligung von Qualifizierungsmaßnahmen bzw. von Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung bereits während der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnungsbehandlung Phase I).

3. Nahtlosigkeit berufsfördernder Leistungen im Anschluss an die Rehabilitationsphase

Im Bereich der Entwöhnungsbehandlung ist nach Auffassung des Ärztlichen Dienstes der Bundesanstalt für Arbeit (BA) die Direktinanspruchnahme einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme oder anderer Weiterbildungsmaßnahmen im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung nicht zu gewähren. Nach dessen Einschätzung liegt die Schulungs- und Abstinenzfähigkeit in der Mehrzahl der Fälle nach erfolgter rehabilitativer Behandlung noch nicht vor.

Diese wird in der Regel 6 - 12 Monate im Anschluss an die Rehabilitationsleistung überprüft, bevor entsprechende Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit (BA) bewilligt werden. Nach klinikübergreifenden Untersuchungen leben über 50 % der alkohol- und medikamentenabhängigen Rehabilitanden ein Jahr nach Klinikentlassung abstinent. Gerade die ersten drei bis sechs Monate nach erfolgter Entwöhnungsbehandlung stellen eine sensible Phase dar, in der berufliche Perspektiven erforderlich sind, um die Rückfallgefährdung zu reduzieren.

Von daher sollten bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen von der BA auch längerfristige Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung direkt im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung gewährt werden.

4. Einleitung von Adaptionenmaßnahmen (Bereich medizinische Rehabilitation)

Die Adaptionenphase bei Abhängigkeitserkrankungen (Phase II der medizinischen Rehabilitation) dient insbesondere dem Ziel, im Anschluss an die Entwöhnungsphase durch geeignete Maßnahmen einen besonderen Beitrag zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung der in dieser Hinsicht desintegrierten Patienten/innen zu leisten. Einer häufig durch Arbeits- und Wohnungslosigkeit bedingten erheblichen Rückfallgefährdung soll damit entgegengewirkt werden. Auf dem Weg von der Erwerbsfähigkeit zur Erwerbstätigkeit werden die Patienten durch internes Arbeitstraining und externe Arbeitserprobung sowie medizinische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Betreuung dahingehend unterstützt, einer unbefristeten Erwerbstätigkeit nachzugehen oder eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme anzutreten.

Von Seiten der Leistungsträger ist die frühzeitige Bewilligung der Adaptionenphase bei Abhängigkeitserkrankungen bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen zu gewährleisten.

Hierbei muss hinsichtlich der Indikationsstellung die Gesamtsituation des/der Patienten/in Berücksichtigung finden. Beispielsweise lehnen verschiedene Leistungsträger einen Antrag ab, wenn ein/e Patient/in noch eine Wohnung hat, auch wenn das soziale Umfeld des Betroffenen katastrophal ist. Darüber hinaus wird häufig eine Vermittlung in Adaptionseinrichtungen anderer Bundesländer mit wesentlich günstigeren Reintegrationschancen von einzelnen Leistungsträgern abgelehnt.

5. Qualifizierungsangebote für suchtkranke Menschen

Verschiedene Bildungsträger und Leistungserbringer haben sich in der Vergangenheit auf Trainings- und Umschulungsmaßnahmen zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung unter Berücksichtigung des Personenkreises ehemaliger Drogen-, Alkohol- und Medikamentenabhängiger spezialisiert.

Diese Maßnahmen sind auf die besonderen Problemlagen und Bedürfnisse der Teilnehmenden ausgerichtet. Ein Schwerpunkt liegt daher z. B. auf der intensiven sozialarbeiterischen Betreuung und Begleitung der Klientel mit besonderen psychosozialen Problemlagen, der Vermittlung praxisnaher Basisqualifikationen, der Förderung der Belastbarkeit in Verbindung mit entsprechenden Qualifizierungsanteilen. Im Zuge der Umsetzung des Hartz-Konzeptes entfallen vielfach zielgruppenspezifische Maßnahmen mit Beginn des Jahres 2003. Dies liegt u. a. daran, dass eine Integrationsquote von 70 % durch das Arbeitsamt gefordert wird. Wird diese nicht erreicht, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass Folgemaßnahmen nicht mehr finanziert werden. Von daher handelt es sich bei suchtkranken Menschen um eine unattraktive Zielgruppe für entsprechende Bildungsträger, da diese Erfolgsquote kaum zu erreichen ist. Darüber hinaus werden von den Arbeitsämtern Kontingente an Bildungsgutscheinen für entsprechende Qualifikationsmaßnahmen an ihr Klientel vergeben. Aus einer damit z. T. einhergehenden restriktiven Bewilligungspraxis folgt eine Verringerung der zur Verfügung stehenden Qualifizierungsangebote für suchtkranke Menschen. Auch ist davon auszugehen, dass eine Verschiebung der Fördermittel zu Gunsten von Vermittlungstätigkeiten zu Lasten von Angeboten zur Qualifizierung, Weiterbildung und Einarbeitung von Arbeitslosen, die nicht unmittelbar vermittelt werden können, geht.

Ferner entfallen Trainingsmaßnahmen für Langzeitarbeitslose zum Erkennen von Ressourcen, zur Aufarbeitung von Schwächen und zur Einschätzung realistischer Perspektiven in verschiedenen Arbeitsämtern weitgehend.

ABM-Stellen als Mittel zur Arbeitsgewöhnung und stufenweisen Anpassung an die Anforderungen des Arbeitsmarktes werden kaum noch geschaffen.

Es ist zu befürchten, dass eine Förderung von Nicht-Leistungsbeziehern und Sozialhilfeempfängern in Form von Qualifizierungsmaßnahmen oder Umschulungen zunehmend ausgeschlossen wird, wodurch insbesondere arbeitswillige Langzeitarbeitslose betroffen würden.

Damit erfährt die genannte Zielgruppe eine zusätzliche und erhebliche Benachteiligung und die Chancen auf eine berufliche Wiedereingliederung werden erheblich eingeschränkt.

Problematisch ist ferner, dass Bildungsträger oft sehr kurzfristig erfahren, ob eine Maßnahme stattfinden kann und dass die Dauer der Entscheidung über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oft zu lange dauert.

Wichtig wäre es, einen Ansprechpartner für Suchterkrankungen in den Arbeitsämtern zu etablieren, der Klienten/innen wie Einrichtung informiert, berät und behördenintern die besonderen Belange der Suchtkranken einbringt.

6. Zuständigkeit der Sozialhilfeträger

Die Sozialhilfeträger kommen bei entsprechenden persönlichen Voraussetzungen für die Therapienebenkosten (Taschengeld, Bekleidungsgeld), Krankenhilfe nach § 37 BSHG, die Starthilfe (1. Miete, Kautions-, Renovierung bei Bezug einer eigenen Wohnung) und betreutes Wohnen (im Anschluss an eine medizinische Rehabilitationsleistung) auf. Während früher der überörtliche Träger der Sozialhilfe zuständig war, ging die Verantwortung zunehmend auf die örtlichen Sozialämter über.

Aufgrund der finanziellen Engpässe der Städte und Kommunen sind Sozialämter immer häufiger nicht dazu bereit, entsprechende Kosten zu übernehmen, da sie sich für nicht zuständig erachten und ggf. an das Sozialamt verweisen, an dem der Rehabilitand vor Antritt der Therapie seinen Wohnsitz hatte (gem. § 97 BSHG). Dies ist aber nicht sinnvoll, da ggf. ein neuer Wohnsitz aufgrund der damit verbundenen besseren Reintegrationschancen erforderlich ist oder der Betroffene sozial „entwurzelt“ ist und sich nicht an seinem früheren Wohnort niederlassen will. Auch ist der Nachweis eines Wohnsitzes bei wohnsitzlosen und nichtangemeldeten Patienten/innen ohne Elternhaus/Familie kaum zu leisten. In diesen Fällen ist eine Zuständigkeitsregelung ausgesprochen schwierig.

Anträge dauern z. T. sehr lange und werden häufig abgelehnt und durch vielfache Rückfragen verzögert sich der Antragsverlauf erheblich. Nach einer Ablehnung muss Widerspruch eingelegt werden, es kann wochenlang dauern, bis wiederum darüber entschieden wird.

Verzögert sich die Klärung der Zuständigkeit um mehr als vier Wochen (Eilfall) muss zuständigkeitshalber gemäß § 97 BSHG (1) in Verbindung mit § 44 BSHG (vorläufige Hilfeleistung) das Sozialamt entscheiden, in dessen Zuständigkeitsbereich sich der Hilfesuchende zur Zeit der Antragsstellung (also beispielsweise während der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme) aufhält. Diesem entsteht ein enormer Arbeitsaufwand, obwohl es mit den Patienten/innen an sich nichts zu tun hat, außer dass diese sich vorübergehend dort in stationärer Therapie befinden.

Ferner gibt es auch Probleme dahingehend, dass z.B. in Hessen jedes örtliche Sozialamt über die Höhe der Bewilligung (z.B. des Kleidergeldes) entscheidet und somit unterschiedliche Beträge entstehen, was zu Unmut unter den Patienten/innen führt.

Von daher ist die Regelung, dass Sozialhilfeangelegenheiten an eine zentrale und spezialisierte Stelle (z.B. Landeswohlfahrtsverband) zu geben sind, wesentlich praktikabler und sinnvoller. Dies führt nicht zur Verlagerung von Zuständigkeiten - mit dem Ziel Kosten einzusparen - auf der örtlichen Ebene.

Darüber hinaus fällt das Betreute Wohnen in die Zuständigkeit der Träger der Sozialhilfe. Jedes Bundesland hat andere Vorschriften, von daher haben Patienten/innen, die aus einem anderen Bundesland kommen, keine bzw. nur geringe Chancen wieder beispielsweise einen Platz im Betreuten Wohnen zu erhalten, obwohl es aus Sicht der Patienten wie der Therapeuten oft sinnvoll ist, das alte Umfeld zu verlassen.

Beispiel: Kostenzusage für eine teilstationäre Rehabilitationsmaßnahme (Schulbesuch gekoppelt mit betreutem Wohnen) für junge Suchtkranke.

Herr X. hat sich entschlossen, nach der Therapie das Angebot zum Betreuten Wohnen in Frankfurt zu nutzen und die Hermann-Hesse-Schule zu besuchen, um einen Schulabschluss nachzuholen. Bei der Hermann-Hesse-Schule handelt es sich um ein bundesweit einzigartiges teilstationäres Rehabilitationsangebot für junge Menschen mit Suchtproblemen, die einen Schulabschluss nachholen wollen und müssen.

Nach einem Rundschreiben des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen muss der zuständige Landeswohlfahrtsverband (in diesem Falle der LWV Sachsen) die Kostenzusage erteilen. Ein Antrag wird gestellt. Nach mehreren Telefonaten und diversen Anforderungen wird der Antrag abgelehnt.

Um zu einer Kostenzusage für die Schule zu gelangen, hätte sich Herr X. in Frankfurt anmelden müssen, wozu er jedoch eine Wohnung benötigt hätte. Das betreute Wohnungsangebot hätte er nicht beziehen können, da ihm ebenfalls die Kostenzusage durch den LWV Sachsen fehlt. So musste Herr X. in sein altes soziales Umfeld zurück und die mit ihm erarbeiteten Perspektiven können vorerst nicht realisiert werden.

7. Krankenhilfe nach § 37 BSHG bei aus der Haft entlassenen Patienten/innen

Während der Haft werden die Inhaftierten bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse abgemeldet und sind somit häufig ohne Krankenversicherung, wenn sie in der Rehabilitationsklinik ankommen. Während der Haft wird die Krankenversicherung über den Bund gewährt, die ärztliche Behandlung erfolgt anstaltsintern.

Eine freiwillige Weiterversicherung ist bei der gesetzlichen Krankenversicherung fristgerecht nur innerhalb von drei Monaten nach Abmeldung/en der gesetzlichen Versicherungszeit möglich. Entsprechende Anträge sind von daher bereits während der Haftzeit zu stellen. Dies erfolgt häufig nicht aufgrund von Unkenntnis bzw. mangelnder Beratung und Unterstützung. Die Form der freiwilligen Weiterversicherung und Übernahme der entsprechenden Kassenbeiträge wäre für die Sozialämter kostengünstiger als die direkte Zahlung der Krankenhilfe. Die damit verbundenen Kosten führen wiederum zu Problemen der Zuständigkeit und zur Verzögerung dringend notwendiger Behandlungen bzw. dazu, dass ambulante Ärzte eine Behandlung ohne Klärung der Kostenübernahme ablehnen.

Von daher sollte die 3-Monatsfrist der Krankenversicherung erst nach der Haftzeit einsetzen, so dass die Weiterversicherung durch die gesetzliche Krankenkasse zunächst gewährleistet ist.

III. Schlussbemerkungen:

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass für abhängigkeitskranke Menschen eine Vielzahl differenzierter Beratungs- und Behandlungsangebote zur Verfügung stehen und die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsträger in der Regel relativ reibungslos funktioniert. Die dargestellten Probleme beziehen sich von daher auf einzelne Schnittstellenprobleme. Gemeinsames Ziel hinsichtlich der Umsetzung des SGB IX sollte es sein, dass mit der Umsetzung entsprechender Lösungsvorschläge eine frühzeitige, nahtlose und einheitliche Leistungserbringung weiter gefördert wird.