

Ambulante Suchtkrankenhilfe:

Wer trägt die Kosten?

Auf einer Fachkonferenz in Augsburg beschäftigte sich die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) mit dem Thema „Rechtsfragen in der Suchtkrankenhilfe“. Ein Hauptthema dabei: die Kostenträgerzuständigkeit für die ambulante Behandlung von Suchtkranken. Neben den Rentenversicherungsträgern, Krankenkassen, den örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern kam hier auch der Staat selbst deutlicher als früher ins Spiel, weil die von ihm bisher zur Eindämmung der Drogenkriminalität erlassenen Gesetze inzwischen ihre Ungeeignetheit „bewiesen“ haben. Das kam jedenfalls deutlich heraus, als einerseits die Leistungsträger ihre Standpunkte vorstellten und andererseits Beratungsstellen, Einrichtungen und Selbsthilfegruppen ihre Detailerfahrungen schilderten.

Gleichzeitig wurde von beiden Seiten nach praktikablen Möglichkeiten gesucht, wie der eindeutig auf die Auswahl effizienter Behandlungsmöglichkeiten lautende Auftrag des Gesetzgebers durch bessere Berücksichtigung der optimal geeigneten Behandlungseinrichtung bei den Leistungsträgern führen könnte.

Dabei kam man fast übereinstimmend zu der Überlegung, daß sich diesbezüglich noch unterschiedliche Meinungen bei Kostenträgern und Institutionen der Suchtkrankenhilfe eigentlich vor dem Hintergrund der allen Beteiligten geläufigen Verflechtung von Vertrauensbasis und Effizienz-Erzielbarkeit doch noch auf einen gemeinsamen Nenner bringen ließen, sofern die Leistungsträger davon abgehen würden, die Therapiemethoden und Personal-konzepte bestimmen zu wollen, mit denen eine Einrichtung eine erfolgreiche Therapie erbringen soll.

Auf die besondere Zustimmung der Tagungsteilnehmer stieß Bernhard Menzemer, Geschäftsführer der Jugendberatung und Jugendhilfe e. V. Frankfurt und Mitglied des

DHS-Vorstands, mit seinem Hinweis, daß die ambulante Therapie von dazu geeigneten Einrichtungen nur dann optimal zu bringen sei, wenn alle zuständigen Leistungs- und Kostenträger dies durch Pauschalzahlungen ermöglichen würden; denn es wäre eine Illusion, dafür das schon bei den Renten- und Krankenversicherungsträgern überlegte Abrechnungsverfahren nach geleisteten Beratungsstunden etc. pro Einzelfall für akzeptabel halten zu wollen. Das würde nicht nur noch mehr Verwaltungsaufwand verlangen, sondern auch zur Preisgabe des Klientennamens bei der Abrechnung zwingen. Dadurch würden gerade diejenigen Suchtkranken von einer so gestalteten ambulanten Therapie ferngehalten, die diese vermutlich besonders dringend benötigen.

Trend zum Einheitskonzept bei den Leistungsträgern?

Menzemer kritisierte auch die von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern betriebene Praxis – der sich inzwischen ebenfalls einige überörtliche Sozialhilfeträger angeschlossen haben –, die Frage einer Finanzierung von Therapieeinrichtungen immer mehr mit Auflagen und Einreden in die Konzeptgestaltung der Einrichtung zu koppeln, so daß nicht mehr die vom Gesetzgeber gewünschte Möglichkeit zur Effizienzerzielung Priorität habe, sondern die von den Leistungsträgern erwarteten Anpassungen an das ihnen vorschwebende Idealkonzept. Diese Entwicklung müsse als Trend zum Einheitskonzept interpretiert werden.

Schließlich kam Menzemer bei Zusammenfassung der Meinungen vieler Praktiker zu der Feststellung, daß die Leistungsträger durch die von ihnen vor allem in der stationären Behandlung betriebene Reglementierung und Zementierung

schon ein „Heer von Abhängigkeitskranken“ geschaffen haben. Er wies besonders darauf hin, daß gerade im Gesundheitswesen die ambulante Behandlung allgemein vor der stationären rangiere.

In der Suchtkrankenbehandlung sei man jedoch in den letzten zwanzig Jahren genau umgekehrt verfahren und habe dabei sogar über den Suchtkranken „einfach verfügt“, weil das eben die bequemste Methode zu seiner Unterbringung bedeutete.

Aus der Sicht der Krankenkassen betonte Ernst Picard, Stellvertretender Geschäftsführer des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, den Grundsatz des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Versorgung auch bei der Suchtbehandlung.

Günter Tiedt, Leitender Verwaltungsdirektor des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, stellte die Finanzierungsfrage der ambulanten Behandlung in Zusammenhang mit der Frage einer Leistungsabgrenzung im „gegliederten System der Rehabilitation“.

Dabei wurde unübersehbar deutlich, daß der Begriff einer Abgrenzung gleichzusetzen war mit einer Begrenzung nach Leistungsabschnitten. Das Plenum faßte das als eine Einschränkung der Leistungsbereitschaft der Rentenversicherungsträger auf, und man gewann ganz allgemein den Eindruck, daß die Gewährung von Beihilfen für die ambulante Suchtkrankentherapie sowohl an enge Zeiträume wie andere Auflagen geknüpft sein würde, wodurch bei den meisten Zuhörern die Vision eines durch Zeitdruck und Auflagen für jeden möglichen Therapieerfolg „zu eng geschnürten Korsetts“ entstand.

Als Tiedt dann sogar davon sprach, daß man gewissermaßen eine für alle „Vertragspartner“ aus Sicht der Rentenversicherungsträger gut geeignete „Empfehlungsvereinbarung ambulante Suchtbehandlung“ unterschriftsreif in der Schublade habe und damit schon Anfang 1987 eine ambulante Therapie nach diesen Grundlagen von den Rentenversicherungsträgern „gefördert“ werden könne, machte sich sogar

Ihr Urteil ist erneut gefragt!

In den kommenden Wochen befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED, in der die überregionalen und die regionalen medizinischen Zeitschriften zusammengeschlossen sind, erneut die Ärzte zu ihrem Leseverhalten.

Falls Sie zu den repräsentativ ausgewählten Ärzten gehören, die vom Untersuchungsinstitut IVE um ein Interview gebeten werden, bitten wir Sie herzlich um Ihre bereitwillige Mitwirkung.

Verlag, Redaktion und Herausgeber des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTS sind sehr daran interessiert zu erfahren, wie Sie unser Informationsangebot einschätzen und nutzen. Zur weiteren Verbesserung unserer Zeitschrift sind wir auf Ihr Urteil darüber angewiesen, wie unsere Arbeit bei Ihnen „ankommt“. Sie werden den Nutzen daraus ziehen!

Vielen Dank
für Ihre Mitarbeit.

Ihr
Deutscher Ärzte-Verlag

Widerspruch im Plenum bemerkbar – und es wurde später von den Institutionen der Suchtkrankenhilfe dazu geäußert, daß man „diese plötzliche Eile so nicht mitmachen“ könnte.

Schließlich lobte Tiedt vor dem Hintergrund der von ihm genannten „Suchtvereinbarung vom 20. 11. 78“ (auch bekannt als „Empfehlungsvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenversicherung und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger über die Zusammenarbeit bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker“) die damit erzielte problemlos-gute Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen für Suchtkranke. Tiedt vertrat dabei die Meinung, daß die Beratungsstellen in 98 von 100 Fällen ihre Klienten tatsächlich in der von ihnen vorgeschlagenen Einrichtung zur Entwöhnungsbehandlung unterbringen könnten.

Mehr Vertrauen . . .

Den Insidern unter den Zuhörern im Plenum kam dabei jedoch auch gleich die Erinnerung an freundliche Ermahnungen von Seiten der Renten- und Krankenversicherer, daß „man doch bitte in den Vorschlägen für klientengeeignete Behandlungseinrichtungen nur die nennen möge, welche von den Leistungsträgern nach ihren Richtlinien schon ausgewählt worden seien“. Wenn also manche Beratungsstelle im Laufe der Zeit immer wieder erlebt hat, daß diese „ausgewählten“ Einrichtungen durchaus *nicht* für jeden Klienten geeignet sind, aber die für individuell komplizierte Suchtkranke *tatsächlich geeignete* Therapiestätte vom zuständigen Leistungsträger *nicht akzeptiert* wird, dürfte klar sein, von welcher Qualitätsart die von den Leistungsträgern als gut bezeichnete Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen tatsächlich ist; denn vermutlich wird ein erheblicher Anteil von Frustration bei den Mitarbeitern der Beratungsstellen nicht durch „uneinsichtige Klienten“, sondern durch die von den Leistungsträgern verlangte Unterwerfung verursacht, mit der sie tatsächlich erreichen, daß keine ande-

ren als die von ihnen vorgeschriebenen Einrichtungen in den Vorschlägen für Entwöhnungsbehandlungen genannt werden. Demnach kann die Art und Weise, in der die meisten Leistungsträger mit ihrer „speziellen“ „Suchtvereinbarung vom 20. 11. 78“ quasi als Rechtfertigungsinstrument für eine einseitige Auslegung gesetzlicher Bestimmungen umgehen, kaum geeignet sein, dem Aufbau von mehr Vertrauen zwischen allen auf Zusammenarbeit in der Sache angewiesenen Stellen zu dienen, denn Vertrauen läßt sich ebenso wenig herbei-manipulieren wie Behandlungserfolg.

Ogleich seit Jahren zunehmend mehr gleichermaßen in der Sache engagierte und für pragmatische Lösungen aufgeschlossene Männer und Frauen bei allen mit der Suchtproblematik befaßten Stellen leitende Funktionen übernommen haben, hat sich die Lage der Betroffenen selbst jedoch noch immer nicht so grundlegend gebessert, wie es der Gesetzgeber gern sehen würde. Allerdings zeigt ihre verbissene Anstrengung zur Auflösung der noch immer bei zu vielen untergeordneten Stellen anzutreffenden „versteinerteren Moral“ langsam bescheidene Ergebnisse, die sich als kleiner Hoffnungsschimmer interpretieren lassen.

Wie ungenügend das „fortschrittliche Denken“ bei den Leistungsträgern in der Praxis jedoch noch immer ist, zeigte sich in der abschließenden Pressekonferenz mit der Feststellung von Bernhard Schmidtbreich, Referat Gefährdeten- und Suchtkrankenhilfe beim Caritasverband Freiburg, darin, „daß ein Widerspruch gegen Entscheidungen der Leistungsträger (noch immer) sinnlos ist“, . . . weil die anschließend zur Durchsetzung eines Anspruchs nötigen Klageverfahren deshalb keine Lösung bedeuten, da bis zum entscheidenden Termin vor einem Sozialgericht bis zu fünf Jahren Wartezeit in Kauf zu nehmen sind.

Anschrift für die Verfasser:

Rudolf A. Zierholz
Postfach 65 01 25
5000 Köln 60