

**18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags:  
Eckpunkte für eine qualitativ hochwertige  
medizinische Rehabilitation und eine  
sektorenübergreifende Vernetzung in Deutschland**

---

## **Impressum**

Herausgeber

Fachverband Sucht e.V.

GCAA - German Council on Alcohol and Addiction

Anschrift

Walramstraße 3

53175 Bonn

Telefon

0228 / 26 15 55

Fax

0228 / 21 58 85

Email

sucht@sucht.de

Internet

[www.sucht.de](http://www.sucht.de)

## Die Rehabilitationseinrichtungen benötigen

- eine zukunftssichere Finanzierung, welche den steigenden Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen berücksichtigt
- eine qualitätsorientierte Leistungsvergütung, welche die steigende Morbidität der Patienten einbezieht
- mehr Investitionsmittel, um bestehende Engpässe zu beseitigen
- eine Schiedsstellenregelung, welche sich auf alle Vertragspartner bezieht
- bessere Rahmenbedingungen für attraktive Arbeitsplätze, um z. B. dem zunehmenden Ärzte- und Therapeutenmangel zu begegnen
- den Erhalt der Vielfalt passgenauer Behandlungsangebote und die Vermeidung einer „Einheitsbehandlung“
- die Beseitigung von Hürden, welche den Zugang zur medizinischen Rehabilitation erschweren
- die Verbesserung des Schnittstellenmanagements mit anderen Sektoren des Gesundheitswesens
- einen Wettbewerbsrahmen, der Qualität honoriert und Dumpingpreisen begegnet
- Qualitätssicherungsmaßnahmen, die angemessen sind und dem Patienten dienen
- weniger Bürokratie und mehr Zeit für Patienten
- eine partnerschaftliche Beteiligung der Spitzenverbände der Leistungserbringer bei Fragen der Qualitätssicherung (§ 20 SGB IX) sowie bei der Entwicklung einheitlicher Grundsätze für Leistungsverträge (§ 21 SGB IX).

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) ist ein bundesweit tätiger Spitzenverband der medizinischen Rehabilitation, in dem Einrichtungen zusammengeschlossen sind, die sich der Behandlung, Versorgung und Beratung von abhängigkeitskranken Menschen widmen. Er wurde 1976 gegründet und vertritt heute ca. 95 Mitgliedseinrichtungen mit über 6.800 stationären und vielen (ganztägig) ambulanten Behandlungsplätzen.

Der Fachverband Sucht e.V. stellt in seinen gesundheitspolitischen Positionen indikationsübergreifende Themen in den Mittelpunkt, welche den gesamten Bereich der medizinischen Rehabilitation betreffen (Punkte I-IV). Auf spezifische Aspekte, welche substanzbezogene Störungen im engeren Sinne betreffen, wird abschließend eingegangen (Punkte V-VI).

gez. Dr. Hubert C. Buschmann  
Vorstandsvorsitzender  
Fachverband Sucht e.V.

gez. Dr. Volker Weissinger  
Geschäftsführer  
Fachverband Sucht e.V.

- Die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation wird angesichts der großen Herausforderungen, welche mit dem demografischen Wandel unserer Bevölkerung und der damit verbundenen Zunahme chronischer Erkrankungen verbunden sind, zukünftig noch deutlich wachsen. Die Rehabilitation leistet einen wichtigen Beitrag dazu, dass Arbeitnehmer<sup>1</sup> länger am Arbeitsleben teilnehmen können, Frühberentungen und Pflegebedürftigkeit vermieden werden und Beiträge für die Sozialversicherungsträger geleistet werden. Die Veränderungen unserer Gesellschaft erfordern nicht nur eine deutliche Stärkung der Prävention, sondern auch der Grundsätze „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“. Besonderes Augenmerk sollte hierbei angesichts wandelnder Herausforderungen in unserer Gesellschaft auf psychische Erkrankungen gelegt werden. Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS, Robert Koch-Institut) ergab, dass 27,7 % der 18-79jährigen im letzten Jahr eine psychische Störung aufwiesen, Angststörungen lagen mit 15,3 % an erster Stelle, gefolgt von unipolaren Depressionen (7,7 %) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7 %). Bei der Frühberentung stellen psychische Störungen (inkl. Sucht) mit 41 % mittlerweile die häufigste Berentungsdiagnose dar, gefolgt von orthopädischen Erkrankungen (14 %) und neurologischen Krankheiten sowie Neubildungen (jeweils 11 %).

Festzuhalten bleibt, dass gerade die moderne Rehabilitation, wie kaum ein anderer Behandlungsansatz, die Chance für eine umfassende und multidimensionale Behandlung chronisch kranker Menschen eröffnet.

- Insgesamt werden in Deutschland in 1.212 Reha- und Vorsorgeeinrichtungen rund 119.000 Mitarbeiter beschäftigt (RWI, Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011). Die Rehabilitationseinrichtungen stellen damit einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor dar. In zahlreichen Regionen sind sie die größten Ar-

beitgeber und bieten qualifizierte Arbeits- und Ausbildungsplätze, insbesondere im ärztlichen Dienst, im therapeutischen Bereich, in der Pflege und in medizinisch-technischen Fachberufen. Um ihrem umfangreichen Versorgungsauftrag mit hochwertigen Gesundheitsleistungen nachkommen zu können, benötigen die Rehabilitationseinrichtungen auch zukünftig fachkompetentes Personal, Spielräume für Innovationen und eine solide Finanzierungsbasis.

- Den enormen volkswirtschaftlichen Nutzen der medizinischen Rehabilitation belegt nicht zuletzt die Prognos-Studie „Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum“, wonach die Gesellschaft für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro fünf Euro gewinnt. Dies geht insbesondere auf die gewonnenen Berufstätigkeitsjahre, geleistete Beitragszahlungen und reduzierte Arbeitsunfähigkeitstage zurück. Schon durch das Hinausschieben des Bezugs der Erwerbsminderungsrente (EM) um vier Monate amortisieren sich die Kosten für eine medizinische Rehabilitationsleistung (Deutsche Rentenversicherung, Reha-Bericht 2013). Festzustellen ist, dass insgesamt 49 % der Versicherten vor dem EM-Rentenzugang (2010) keine medizinische Rehabilitationsleistung in Anspruch genommen hatten. Insgesamt stehen im Jahr 2012 die Aufwendungen für medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen (Anteil an den Aufwendungen der Rentenversicherung: 2,2 %) im Verhältnis zu denjenigen für EM-Rente (Anteil an den Aufwendungen der Rentenversicherung: 6 %) in einem Verhältnis von 1:2,7 (Deutsche Rentenversicherung, Reha-Bericht 2013). Bezogen auf alle psychische Erkrankungen (inkl. Sucht) hatten 53 % der Frauen und nur 43 % der Männer im Vorfeld einer EM-Berentung eine entsprechende medizinische Rehabilitationsleistung angetreten, speziell bei Abhängigkeitserkrankungen sind die Anteile noch geringer und liegen für Männer bei nur 37 % und für Frauen bei 45 %.

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit des Papiers wird auf die weibliche Ausformulierung verzichtet.

- Wesentliche Zukunftsaufgaben sehen wir darin, dass sich die politisch Verantwortlichen dafür einsetzen, qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitationsleistungen in Deutschland dauerhaft sicherzustellen, den frühzeitigen und nahtlosen Zugang zu erforderlichen medizinischen Rehabilitationsleistungen zu fördern, das Reha-Budget dem steigenden Bedarf anzupassen und den Stellenwert der

medizinischen Rehabilitation im Gesundheitswesen zu stärken. In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass medizinische Rehabilitationsleistungen (inkl. Entwöhnungsbehandlung) auch in den Standardtarifen der privaten Krankenversicherungen zu Pflichtleistungen werden sollten.

- Unabhängig von der jeweiligen Leistungsträgerschaft für medizinische Rehabilitationsleistungen ist deren bedarfsgerechte Finanzierung sicherzustellen. Bei einer nicht ausreichenden Finanzierung des Gesamtbereichs drohen eine offene Rationierung medizinischer Rehabilitationsleistungen und/oder eine deutliche Absenkung von deren Qualität.
- Im Bereich der Rentenversicherung ist angesichts der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen zunehmenden Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen eine Aufhebung der mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz von 1996 eingeführten Ausgabenbegrenzung („Deckelung der Ausgaben“) vorzunehmen. Bereits in den letzten Jahren ist eine deutliche Zunahme der medizinischen Rehabilitationsleistungen zu verzeichnen. So haben von 1997 bis 2012 im Bereich der DRV die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen von 629.752 auf 1.004.617 Maßnahmen zugenommen (plus 59,5 %). Betrachtet man den Indikationsbereich der Entwöhnungsbehandlungen, so stieg die Anzahl der ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen im Bereich der Rentenversicherung von 1997 bis 2012 von 41.486 Leistungen auf 54.142 (plus 30,5 %). Insbesondere in den nächsten Jahren ist mit einer deutlichen Steigerung des Rehabilitationsbedarfs zu rechnen. Dies hat unterschiedliche Gründe, hierzu gehören:
  - der demografische Wandel unserer Bevölkerung und die damit verbundene Zunahme chronischer Erkrankungen,
  - der wachsende Fachkräftemangel aufgrund der demografischen 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 Ärzten sowie
  - eine verbesserte Frühintervention.

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

Das Reha-Budget der Rentenversicherung ist im Jahr 2012 bereits um 13 Mio. € überschritten worden, und mit einem weiteren Anstieg der Anträge ist zukünftig zu rechnen. Aus Sicht der Patienten und der Behandler stellt es keine „Lösung“ dar, wenn aufgrund von Finanzierungsproblemen beispielsweise Behandlungszeiten verkürzt werden müssten, um einerseits eine Rationierung der Leistungen zu verhindern und andererseits das gedeckelte Budget einzuhalten. Vielmehr muss die Politik dafür Sorge tragen, dass eine qualitativ hochwertige Behandlung jedem Versicherten mit entsprechendem Rehabilitationsbedarf offensteht und sich die Budgets flexibel am vorhandenen Bedarf ausrichten.

- Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung stellen sich die Finanzierungsprobleme der medizinischen Rehabilitationsleistungen zunehmend dramatisch dar. Allein in den letzten 7 Jahren (2007 – 2013) betragen die allgemeinen Kostensteigerungen ca. 20,0 % (2,86 % pro Jahr) (*aktiva*-Gutachten 2013), die insbesondere auf steigende Personalkosten und allgemeine Preisentwicklungen zurückgehen. Da sich im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen vorrangig an der Entwicklung der Grundlohnsumme orientiert wird, lag die Vergütungssatzerhöhung im entsprechenden Zeitraum im Bereich der GKV bei 9,15 % (1,3 % pro Jahr). Bereits ein Gutachten von GEBERA (2010) kam zum Ergebnis, dass die kumulative Steigerung der Vergütungssätze von 2007 bis 2010 in der medizinischen Rehabilitation bei den allgemeinen Heilverfahren im Bereich der GKV lediglich 6,4 % betrug, d.h. 1,6 % pro Jahr. Die Unterdeckung betrug allein in diesem 4-Jahres-Zeitraum gegenüber den allgemeinen Kostenentwicklungen 6,4 %. Deutlich höher war diese noch im Bereich der AHB/AR-Verfahren und bei den Fallpauschalen.

- Auch im Bereich der Rentenversicherung ist bei einer langfristigen Betrachtung eine deutliche Unterschreitung der allgemeinen Kostensteigerungen bei den entsprechenden Vergütungssatzentwicklungen zu verzeichnen. Ein *aktiva*-Gutachten belegt am Beispiel von drei Indikationsbereichen (Orthopädie, Kardiologie, Psychosomatik) der medizinischen Rehabilitation auf Basis der bestehenden Strukturanforderungen im Bereich der Rentenversicherung eine deutliche Unterfinanzierung der medizinischen Rehabilitationsleistungen (*aktiva* 2012).
- Medizinische Rehabilitationseinrichtungen dürfen durch die Deckelung der Ausgaben oder eine Unterfinanzierung der erforderlichen Leistungen nicht in eine existentielle Unsicherheit und drohende Insolvenz getrieben werden. In jedem Fall ist eine ausreichende Refinanzierung von steigenden Personal- und Sachkosten sowie erforderlichen Investitionen sicherzustellen. Die Einrichtungen müssen auch Überschüsse erzielen können, die sie für die Weiterentwicklung ihrer medizinisch-therapeutischen Versorgungsangebote und strukturelle Veränderungen dringend benötigen.
- Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen sollte am Federführungsprinzip bei den Vergütungssatzverhandlungen ohne Einschränkung festgehalten werden, zumal der Anteil von GKV-Patienten insgesamt in der stationären Suchtrehabilitation lediglich ca. 10 % beträgt und über 80 % der Leistungen in den Bereich der Rentenversicherung fallen.
- Von einer Erhöhung der Zuzahlung der Versicherten sollte – auch wenn sich Finanzmittel verknappen sollten - zukünftig Abstand genommen werden, damit negative Effekte hinsichtlich der Inanspruchnahme erforderlicher Leistungen vermieden werden. Bereits heute ist von einer Unterversorgung hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen auszugehen. Auf die bestehende Unterversorgung hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits wiederholt hingewiesen (z. B. Gutachten 2000/1, 2005). So werden nach seiner Auffassung beispielsweise die rehabilitativen Möglichkeiten der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, bislang noch unzureichend genutzt. In diesem Zusammenhang ist auch ein Finanzausgleich zwischen Kranken- und Pflegeversicherung erforderlich, der den Krankenkassen finanzielle Anreize für eine vermeidbare Pflegebedürftigkeit bietet und dadurch den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ stärkt. Eine Erhöhung der Zuzahlung hätte genau eine gegenteilige Wirkung und würde die bestehende Unterversorgung noch verstärken. Darüber hinaus ist an einer einkommensgerechten Abfederung sozialer Härten bei der bereits bestehenden Zuzahlung auch weiter festzuhalten.
- Rehabilitationsleistungen sind hochkomplexe, personalintensive und auf den Patienten zugeschnittene individuelle medizinisch-therapeutische Dienstleistungen. Angesichts des Ärzte- und Therapeutenmangels und zu erwartender deutlich 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 können. Dies beinhaltet auch eine angemessene Honorierung der Mitarbeiter in den Rehabilitationseinrichtungen.
- Auch eine steigende Fallschwere muss bei der Ausstattung, Personalbemessung und Vergütung der medizinischen Rehabilitationsleistungen berücksichtigt werden. Völlig inakzeptabel wäre es, wenn den Rehabilitationskliniken - beispielsweise durch eine frühzeitige Verlegung von Patienten aus dem Krankenhaus oder auch durch eine mit dem Ausbau (ganztätig) ambulanter Angebote verbundene zunehmende Komorbidität und Fallschwere von Patienten im stationären Bereich – zunehmend das Morbiditätsrisiko auferlegt würde.
- Die monistische Finanzierung im Bereich der medizinischen Rehabilitation bedeutet, dass die Investitionskostenanteile den tatsächlichen Investitionsbedarf abdecken müssen, damit eine auskömmliche Investitionsfinanzierung gewährleistet ist. Aufgrund der Vergütungssatzentwicklungen der letzten Jahre ist von einem enormen Investitionsstau im Bereich der medizinischen Rehabilitation auszugehen.

Dieser Investitionsstau sollte dringend abgebaut werden und hierbei einrichtungsbezogene Entwicklungspläne zwischen Leistungsträger und Rehabilitationseinrichtung vereinbart werden.

- Sicherzustellen ist des weiteren eine Regelung, dass zusätzliche Investitions- und Betriebskosten für stationäre und ambulante medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, welche z.B. durch die Einführung innovativer Technik (elektronische Gesundheitskarte) entstehen, durch einen entsprechenden Zuschlag (z.B. „Telematikzuschlag“) finanziert werden. Das Nähere zur Erhöhung ist zwischen den Leistungsträgern und den Spitzenorganisationen der Leistungserbringerverbände in der medizinischen Rehabilitation zu regeln.
- Grundsätzlich sollte ein Schiedsstellenverfahren für alle Leistungsbereiche der medizinischen Rehabilitation eingeführt und im SGB IX entsprechend verankert werden. Sofern sich die Vertragspartner nicht auf eine Anpassung der Vergütungssätze oder Vertragsinhalte bzw. entsprechende Anforderungen einigen können, sollte die Möglichkeit zur Anrufung einer Schiedsstelle für alle Bereiche der Sozialversicherung bestehen.

### III Zur Qualität in der medizinischen Rehabilitation: Grundsätze aus Sicht des FVS

- Die Pluralität von Behandlungsangeboten und Angebotsstrukturen bildet die Grundlage dafür, dass eine Individualisierung und Flexibilisierung der Behandlung und das im SGB IX verankerte Wunsch- und Wahlrecht überhaupt erst realisiert werden kann. Von daher benötigen wir auch zukünftig differenzierte und passgenaue Behandlungsangebote in der medizinischen Rehabilitation. Der Zugang zu den passgenauen Leistungen der medizinischen Rehabilitationsleistungen sollte bedarfsgerechter umgestaltet werden. Dies bedeutet zum einen, dass Versicherte bei einem ärztlich festgestellten Rehabilitationsbedarf medizinische Rehabilitationsleistungen erhalten, unabhängig davon, ob alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung bereits erbracht wurden. Entsprechend ist der § 40 Abs. 1 SGB V zu ändern. Des Weiteren sollte sich die Auswahl des Behandlungssettings (ambulante, stationäre, mobile Rehabilitation) am vorhandenen Rehabilitationsbedarf ausrichten. Ein genereller Vorrang einer bestimmten Leistungsform (s. § 40 Abs. 1, 2 SGB V) sollte von daher zukünftig entfallen. Alle Leistungsformen müssen zudem auch weiterhin eine hohe Qualität aufweisen. Entsprechende grundsätzliche Qualitätsanforderungen der Leistungsträger müssen zudem verbindlicher und zu erfüllender Standard für alle Rehabilitationseinrichtungen sein, die von diesen belegt werden. Darüber hinausgehend bestehen aber auch konzeptionelle und qualitative Unterschiede zwischen Rehabilitationseinrichtungen, da Angebote sich am jeweiligen Bedarf der zu behandelnden Klientel ausrichten und sich beispielsweise die Schwere der Erkrankung, die Komorbidität und Teilhabeprobleme der Patienten deutlich unterscheiden können. Von daher wäre niemandem damit gedient, wenn durch Kostendruck oder Normierungsprozesse qualitativ hochwertige Behandlungsansätze und -konzepte in Richtung eines Einheitsangebotes zurückentwickelt würden.
- Der FVS begrüßt den Einsatz praxiserprobter und -tauglicher Qualitätsbewertungsinstrumente, die auf der einen Seite die Unterschiedlichkeit der Konzepte und Einrichtungen berücksichtigen, auf der anderen Seite aber auch angemessene und realisierbare Qualitätsstandards verbindlich festlegen. In keinem anderen Leistungsbereich gibt es so umfassende Aktivitäten zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement wie im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation. Diese beinhalten nicht nur die Teilnahme an den jeweiligen umfangreichen externen Qualitätssicherungsprogrammen der Leistungsträger, sondern auch den Einsatz von höchst anspruchsvollen internen Qualitätsmanagement-/Zertifizierungsverfahren. Letztere müssen die Vorgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gemäß der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX erfüllen. Für stationäre Rehabilitationseinrichtungen besteht zudem eine gesetzlich verankerte Zertifizierungspflicht, um belegt zu werden. Zunehmend erstellen diese darüber hinaus Qualitätsberichte und schaffen damit Transparenz über ihre Qualität und Leistungen gegenüber Patienten und Zuweisern.
- Eine qualitätsorientierte Rehabilitation erfordert Qualitätsstandards, welche dem rehabilitationswissenschaftlichen Kenntnisstand und vorhandenen Expertenleitlinien von Fachgesellschaften entsprechen. Verfahrenswege zur Festlegung von Qualitätsstandards und -anforderungen sollten gemeinsam und partnerschaftlich zwischen den Spitzenorganisationen der Leistungsträger und der Leistungserbringer (z. B. im Rahmen der Entwicklung von Rahmenverträgen gemäß § 21 Abs. oder § 20 SGB IX) vertraglich festgelegt werden. Es reicht deshalb nicht aus, den auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden der stationären Leistungserbringer sowie den Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege u. a. lediglich eine Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Vielmehr ist eine partnerschaftliche Zusammenarbeit „auf gleicher Augenhöhe“ von Leistungsträgern und Leistungserbringern unter Einbeziehung der Betroffenenverbände im Bereich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements unerlässlich.

### III Zur Qualität in der medizinischen Rehabilitation: Grundsätze aus Sicht des FVS

Diese partnerschaftliche Zusammenarbeit ist im Bereich der Qualitätssicherung bislang lediglich für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vom Gesetzgeber vorgeschrieben (s. § 137 d SGB V).

- Vom Grundsatz her müssen des Weiteren vergleichbare und leitliniengerechte Qualitätsanforderungen auch an ambulante und ganztägig ambulante Rehabilitationsleistungen gestellt werden. Dabei ist zu beachten, dass die entsprechenden Instrumente der Qualitätssicherung natürlich auch die vorhandenen Bedingungen und Ressourcen der unterschiedlichen Angebote berücksichtigen müssen. Auch sind bei den strukturellen Anforderungen an entsprechende Einrichtungen indikationsspezifische Unterschiede zu beachten.
- Unterschiedliche Qualitätsniveaus (z. B. hinsichtlich der Angebotsvielfalt, -breite) und zielgruppenorientierte Konzepte von Rehabilitationseinrichtungen implizieren, dass entsprechende Unterschiede auch bei den Vergütungssätzen Berücksichtigung finden. Es kann nicht sein, dass qualitativ hochwertige Einrichtungen (z. B. mit entsprechender ärztlicher Ausstattung, vielfältigen therapeutischen Angeboten, Berücksichtigung komorbider Erkrankungen) aufgrund höherer Kosten in geringerem Maße belegt werden als Einrichtungen mit einem vergleichsweise niedrigem Vergütungssatz, welche entsprechende strukturelle und personelle Anforderungen in vergleichsweise geringerem Maße erfüllen. Die erforderliche Qualität muss vor dem Hintergrund des Behandlungsbedarfs deshalb bei der Auswahl der Behandlungseinrichtung und der Belegungssteuerung im Vordergrund stehen.
- Ein Preiswettbewerb (z. B. mit erzwungenen Rabatten), den beispielsweise Krankenkassen aufgrund ihrer Marktmacht durchsetzen könnten, fördert ebenso wenig die Qualität der Leistungen wie es Ausschreibungsverfahren tun würden. Grundsätzlich ist einer Tendenz zu Dumpingpreisen eindeutig von allen Beteiligten zu begegnen. Von daher sollte auch die Wahlmöglichkeit der Versicherten weiter gestärkt werden und die im § 40 Abs. 2 SGB V bestehende Ausnahmemöglichkeit für pflegende Angehörige hinsichtlich der Mehrkostenregelung bei Wahl einer anderen zertifizierten Rehabilitationseinrichtung zum allgemeinen Standard für alle Versicherten erhoben wird.
- Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind mit einem hohen Dokumentationsaufwand und hohen Personalkosten verbunden. Jede neue Maßnahme sollte von daher auch vor dem Hintergrund der Vermeidung eines zusätzlichen Aufwands überprüft werden, um die tägliche Arbeitszeit für Dokumentationstätigkeiten möglichst zu beschränken. Darüber hinaus sollte auch die Wirksamkeit entsprechender Qualitätssicherungsprogramme in entsprechenden Abständen überprüft werden. Ferner ist die Refinanzierung der mit Qualitätssicherungsmaßnahmen verbundenen Kosten sicherzustellen.
- Ein wesentlicher Faktor, der mit der Qualität der Rehabilitationsleistungen in engem Zusammenhang steht, ist die Behandlungsdauer. Die Behandlungsdauer muss sich am erforderlichen Behandlungsbedarf des Patienten orientieren und darf nicht von den ökonomischen Vorgaben des jeweiligen Sozialversicherungsträgers abhängen. Gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen wie auch der Psychosomatik ist der enge Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und der Behandlungsdauer durch viele Untersuchungen belegt.
- Die Effektivität der medizinischen Rehabilitation ist gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen durch vielfältige Untersuchungen zur Wirksamkeit nachgewiesen. So führt der FVS bereits seit dem Jahr 1996 einrichtungsübergreifende Studien zur Wirksamkeit der stationären Suchtrehabilitation durch. Diese belegen, dass im Bereich Alkohol- / Medikamentenabhängigkeit über 50 % der Patienten ein Jahr nach der Behandlung abstinent leben. bezogen auf die Antworter mit planmäßiger Beendigung sind es sogar ca. 75 %. Auch die stationäre Drogenrehabilitation erweist sich als wirksam, so beendeten laut der Basisdokumentation 2012 des FVS 61,3 % der Patienten die Behandlung planmäßig. Eine weitere Studie zeigt, dass von den erreichten Patienten mit planmäßiger Entlassung im Drogenbereich über 70 % nach einem Jahr abstinent waren.

### III Zur Qualität in der medizinischen Rehabilitation: Grundsätze aus Sicht des FVS

Da der Anteil der Nichtantworter in diesem Bereich vergleichsweise hoch ist, sollten entsprechende Forschungsmittel zur Unterstützung dieser Patientengruppe zur Verfügung gestellt werden. Generell zeigt sich in der Suchtrehabilitation, dass die Lebenszufriedenheit der abstinent lebenden Personen deutlich über derjenigen der Rückfälligen liegt.

Auch Untersuchungen der Deutschen Rentenversicherung belegen, dass sich die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker lohnt. So sind zwei Jahre nach Ende der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen noch 89 % der Rehabilitanden im Erwerbsleben verblieben, von diesen weisen 59 % eine lückenlose Beitragszahlung auf.

- Im Einzelfall ist – unter Berücksichtigung der Wünsche des Patienten – zu entscheiden, welches Behandlungssetting dem spezifischen Behandlungsbedarf am besten entspricht. So bestehen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen Indikationskriterien, welche z.B. eher für eine ambulante oder eine stationäre Behandlung sprechen.

Auch bei der Auswahl einer wohnortnahen oder –fernen stationären Behandlung sollten die Besonderheiten und Behandlungsbedarfe des Einzelfalls, wie auch die Qualität der Behandlung (z.B. Ausstattung, therapeutische Angebote, Qualifikation der

Mitarbeiter) eine zentrale Rolle spielen. So kann es gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen durchaus im Interesse des Patienten und seiner Gesundheit sein, sich für eine Zeit aus seinem sozialen Umfeld weiter zu entfernen. Eine Überlegenheit der wohnortnahen oder –fernen Behandlung ist hinsichtlich der Wirksamkeit empirisch bis heute nicht belegt. Selbstverständlich sollte eine gute Vernetzung der verschiedenen Behandlungsangebote und -sektoren gesucht werden. Im Zeitalter der elektronischen Medien bieten sich – über persönliche Kontakte hinaus – hierfür vielfältige Möglichkeiten, welche im Vorfeld der Behandlung wie im Bereich der Nachsorge/Weiterbehandlung eingesetzt werden können.

- Für notwendig wird grundsätzlich erachtet, dass die anwendungsorientierte Rehabilitationsforschung in einer engen Zusammenarbeit von Forschern mit Rehabilitationseinrichtungen unter Einbezug der betroffenen Menschen ausgebaut wird (z.B. Nichtantworterstudie, Untersuchung langfristiger Verläufe, Versorgungsforschung). Auch mit Blick auf die europäischen und internationalen Entwicklungen ist es notwendig, die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in Deutschland durch wissenschaftliche Untersuchungen zu unterstützen.

## IV Zur Stärkung der medizinischen Rehabilitation im gesundheitspolitischen Raum

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt er Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Aufgrund seines umfassenden Auftrags - der auch die Bereiche Prävention, Behandlung chronischer Erkrankungen und die medizinische Rehabilitation und damit auch die Behandlungen von Abhängigkeitserkrankungen - betrifft, ist eine Erweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses um eine entsprechende Anzahl von Vertretern der Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation dringend erforderlich.

Es ist zu begrüßen, dass der GBA an der übergeordneten Zielsetzung der völligen Abstinenz bei Alkoholabhängigkeit festhält und die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln zur Verringerung des Alkoholkonsums nur übergangsweise für einen begrenzten Zeitraum (z.B. zur Überbrückung der Zeit bis zum Antritt einer Entwöhnungsbehandlung) zulässt. Gleichwohl wird an diesem Beispiel deutlich, wie weitreichend die Entscheidungen des GBA auch für die Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung sind.

Von daher sollten vom Gemeinsamen Bundesausschuss auch bestehende strukturelle Schnittstellenprobleme der Versorgung (z.B. Förderung der Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen durch niedergelassene Ärzte/Krankenhäuser und Vermittlung in fachspezifische Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Rehabilitationsleistungen durch ein vereinfachtes Verordnungsverfahren in der GKV,

Förderung eines sektorenübergreifenden Fallmanagements der nahtlosen Weiterbehandlung und der Telemedizin im Bereich der Nachsorge) unter Einbezug der Suchtverbände einer patientengerechteren Lösung zugeführt werden.

- Ferner sei darauf verwiesen, dass die medizinische Rehabilitation betreffende grundsätzliche Regelungen im Rahmen des SGB IX zwischen den Rehabilitationsträgern und den Spitzenverbänden der Rehabilitationseinrichtungen zu treffen sind. Der Grundsatz der Partnerschaftlichkeit zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern sollte im SGB IX deutlich gestärkt werden. So sollte der § 21 SGB IX dahingehend geändert werden, dass Rahmenverträge und deren Inhalte grundsätzlich von den Rehabilitationsträgern und den Spitzenverbänden der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation bzw. den entsprechenden Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringerverbände zu vereinbaren sind. Gemäß dem Grundsatz der Partnerschaftlichkeit sollte auch der § 20 Abs. 3 SGB IX zur Qualitätssicherung dahingehend geändert werden, dass die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation entsprechende Empfehlungen mit den Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege etc. und den auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden der Leistungserbringer zu vereinbaren hat und die Entwicklung von Instrumenten und Programmen der Qualitätssicherung in allen Leistungsbereichen gemeinsam von Leistungsträgern und Leistungserbringern erfolgt.

Zudem sollte die Bindungswirkung des SGB IX und damit auch die auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation verabschiedeten Gemeinsamen Empfehlungen (z.B. zur Erkennung und Festlegung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe) vom Gesetzgeber deutlich gestärkt und deren Umsetzung auch überprüft werden.

### **hier: Früherkennung und Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen**

- **Epidemiologie**

In Deutschland rechnet man nach dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2012 bei den 18-64jährigen mit

- ca. 1,77 Mio. Alkoholabhängigen und 1,61 Mio., die Alkohol missbrauchen,
- ca. 2,31 Mio. Medikamentenabhängigen und 4,6 Mio., die Medikamente missbrauchen,
- ca. 319.000 Drogenabhängigen und 283.000, die illegale Drogen missbrauchen.

Darüber hinaus sind ca. 5,58 Mio. Personen nikotinabhängig, ca. 100.000 – 290.000 Personen pathologische Glücksspieler, und 560.000 Personen weisen einen pathologischen PC-/Internet-Gebrauch auf. Es ist darüber hinaus von einer hohen Anzahl von Personen mit riskantem Konsum auszugehen, allein bei Alkohol weist jeder siebte Erwachsene einen Konsum oberhalb der empfohlenen Tageshöchstmenge auf. Bezogen auf den Missbrauch und die Abhängigkeit von Alkohol rechnet man mit ca. 42.000 Todesfällen pro Jahr. Studienergebnisse ergaben, dass 12,7 % aller Krankenhauspatienten alkoholabhängig sind, weitere 4,6 % missbrauchen Alkohol. 7,2 % der Patienten in der Allgemeinärztlichen Versorgung wurden als alkoholabhängig, weitere 3,5 % als Alkohol missbrauchend eingeschätzt. Deutlich zugenommen hat zudem in den letzten Jahren die Behandlung von Jugendlichen infolge einer Alkoholin- toxikation im Krankenhaus (Jahr 2000: 9.500 Fälle, Jahr 2012: 26.673 Fälle).

Wir verfügen in Deutschland zwar über ein differenziertes Suchthilfe- und -behandlungssystem, jedoch zeigen die Epidemiologie der Suchterkrankungen und die Statistiken zur Behandlung starke Missverhältnisse zwischen der Verbreitung von Abhängigkeitserkrankungen und der Inanspruchnahme einer suchtspezifischen Behandlung. Folgt man den Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012, so haben zwischen 10,8 % und 22,5 % aller abhängigen Alko-

holkonsumenten hausärztliche Hilfe, Psychotherapie, ambulante Suchtberatung, stationäre Entgiftung oder eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in Anspruch genommen. Die Dauer der Abhängigkeit bis zur Inanspruchnahme einer stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit beträgt nach Erhebungen des FVS ca. 14,7 Jahre (Basisdokumentation 2012). Die Früherkennung und Frühintervention sowie Vermittlung in eine weiterführende Behandlung bzw. Nachsorge mit der Zielsetzung, den Behandlungserfolg - über 50 % der alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten sind ein Jahr nach stationärer Behandlung abstinent - zu festigen, ist bei Abhängigkeitserkrankungen von besonderer Wichtigkeit. Die frühzeitige Einleitung einer fachgerechten Beratung und Behandlung suchtbelasteter bzw. -abhängiger Patienten erfordert flächendeckende Maßnahmen im Bereich der niedergelassenen Ärzte, im Krankenhaussektor sowie durch niedergelassene Psychotherapeuten – aber auch von Betrieben, Jobcentern und Agenturen für Arbeit. Die Finanzierung sowohl der zusätzlichen Leistungen (Diagnose-, Gesprächs- und Vermittlungsleistungen, spezifische Fort- und Weiterbildungen) des niedergelassenen Arztes als auch der angemessenen Ausstattung der Sozialen Dienste in Krankenhäusern bzw. der Einsatz von Liaison-/Konsiliardiensten müssen verbindlich geregelt werden. Verbesserungsbedarf zeigt sich im akutmedizinischen Bereich an folgenden Stellen:

- **Förderung der Kompetenz und Qualifikation niedergelassener Ärzte**

Um Patienten mit Alkoholproblemen frühzeitig diagnostizieren und behandeln zu können, müssen niedergelassene Ärzte dabei unterstützt werden, mittels geeigneter diagnostischer Instrumente und Screening-Verfahren risikoarmen von riskantem Konsum, schädlichem Gebrauch oder Abhängigkeit zu erkennen und voneinander abzugrenzen.

Daneben muss die Beratungs- und Vermittlungskompetenz gefördert sowie die Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe gestärkt werden. Aufgrund der weiten Verbreitung von substanzbezogenen Störungen sollte die Fortbildungspflicht der Hausärzte neben psychosomatischer Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeiner Schmerztherapie, Geriatrie auch den Bereich der suchtmmedizinischen Grundversorgung umfassen. Darin sollten Themen wie Diagnostik, Frühintervention, Motivationsförderung, Vermittlung in suchtspezifische Beratungs- und Behandlungseinrichtungen sowie Nachsorge nach einer Entwöhnungsbehandlung behandelt werden. Im Rahmen eines Schnelleinweisungsverfahrens sollten Hausärzte zudem eine medizinische Rehabilitationsleistung bei vorliegender Abhängigkeitserkrankung einleiten können.

- **Kooperationsmodelle mit Akutkrankenhäusern**

Im Rahmen der stationären Versorgung im Akutkrankenhaus werden bei einer Vielzahl abhängigkeitskranker Menschen lediglich die somatischen Folge- oder Co-Erkrankungen behandelt, ohne dass die Suchterkrankung selbst erkannt oder behandelt wird. Darüber hinaus erfolgt selbst bei diagnostizierten F10-Diagnosen im Krankenhaus nur in Ausnahmefällen die Einleitung einer speziellen Rehabilitationsleistung für Abhängigkeitserkrankungen. Hier kann durch den Einsatz qualifizierten Personals im Rahmen der Sozialen Dienste der Krankenhäuser oder durch externe Konsiliardienste die (Früh-)Erkennung und Inanspruchnahme einer suchtspezifischen Behandlung deutlich verbessert werden. Wesentliche Aufgabe ist es, insbesondere die Motivation zur Verhaltensänderung und zur Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Hilfen durch den Patienten zu fördern. Daneben wird die Sensibilität für Suchtgefährdete und -kranke in den Krankenhäusern erhöht und die Entwicklung von Kooperationsroutinen zwischen den beteiligten Einrichtungen gefördert. Der externe Konsiliardienst könnte abhängig von den örtlichen Gegebenheiten bei (ganztägig) ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, im Krankenhaus, einer Fachklinik für

Abhängigkeitserkrankungen oder an einer Institutsambulanz angesiedelt sein. Speziell bei der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ist darauf zu achten, dass im Rahmen der Entzugsbehandlung eine qualifizierte Vorbereitung sowie Motivations- und Vermittlungsarbeit zur Einleitung einer Entwöhnungsbehandlung gewährleistet ist. Die Auswirkungen der Einführung des PEPP auf das Versorgungs- und Behandlungssystem sollten durch eine entsprechende Begleitforschung untersucht werden.

- **Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten**

Darüber hinaus halten es die Bundespsychotherapeutenkammer, der FVS und die Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie für geboten, dass der § 73 Abs. 2 SGB V dahingehend geändert wird, dass niedergelassene Psychotherapeuten entsprechende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Bereich Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik verordnen können.

- **Einführung eines sektorenübergreifenden Fallmanagements**

Insgesamt ist eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung der unterschiedlichen Angebote im Vorfeld und im Nachgang zu einer Entwöhnungsbehandlung durch die Einführung eines einrichtungsübergreifenden Fallmanagements zu fördern. Zielsetzungen sind daher, den frühzeitigen Zugang zur Behandlung zu verbessern, die Antrittsquote der Entwöhnungsbehandlung zu erhöhen sowie über die nahtlose Kooperation mit nachbehandelnden bzw. betreuenden Stellen (z.B. ambulante Suchtberatung, Jobcentern/Agenturen für Arbeit, Psychotherapeuten, Selbsthilfegruppen) zur Stabilisierung der Patienten beizutragen und deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben zu fördern.

- **Stärkung der Prävention**

Der FVS unterstützt das politische Vorhaben, ein Präventionsgesetz zu verabschieden, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt. Wir weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt und das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure (Kommunen, Länder, Bund, Leistungsträger, Unternehmen/Betriebe, Leistungserbringer) erfordert.

Suchtprävention ist integraler Bestandteil einer psychosozial ausgerichteten Gesundheitsförderung und kann auch nicht losgelöst von gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen betrachtet werden. Zentraler Bestandteil ist neben der Reduktion von Risikofaktoren insbesondere die Förderung von Kompetenzen zur Bewältigung allgemeiner Lebensprobleme und im Umgang mit Suchtmitteln im Rahmen von Life-Skills-Programmen. Personalkommunikative Maßnahmen müssen von massenmedialen Kampagnen wie auch von strukturellen Ansätzen (z.B. zur Preisgestaltung für alkoholische Getränke, gezielte Werbeverbote etc.) im Sinne eines policy mix begleitet werden.

Erfolgreiche psychosozial orientierte Präventionsstrategien unterstützen den Aufbau von Resilienz sowie sozialer und persönlicher Ressourcen, setzen frühzeitig ein, fördern Kinder und Jugendliche langfristig und systematisch. Dabei werden alterstypi-

sche und genderbezogene Entwicklungsaufgaben sowie kritische Phasen berücksichtigt. Besonderes Augenmerk sollte auch auf Kinder von suchtkranken Eltern gelegt werden. Suchtprävention ist aber nicht auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen beschränkt.

Von daher sollten alters- und genderspezifische Präventionsprogramme zur Ansprache von Konsumenten legaler Suchtmittel (z.B. Alkohol, Medikamentenkonsum) und illegaler Suchtmittel (z.B. Ecstasy, Crystal, Cannabis) ausgebaut werden. Zudem sollten auch Personen mit stoffungebundenen Suchtformen bzw. mit pathologischen Gebrauchsmustern (z.B. pathologischer PC-/Internetgebrauch) gezielt angesprochen werden.

Inhaltlich und organisatorisch eng verknüpft mit der Primär- bzw. universellen Prävention sind weiterführende bzw. spezifische Angebote der Sekundärprävention. Im Sinne der Sekundärprävention muss auch die Frühintervention deutlich verstärkt werden, um einem schädlichen Konsum von Suchtmitteln und der Entwicklung einer Abhängigkeit sowie deren Chronifizierung entgegenzuwirken. Bei entsprechendem Bedarf ist die frühzeitige Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen bzw. einer Behandlung zu fördern. In diesem Zusammenhang sollten auch Suchterkrankungen von Kindern und Jugendlichen in den Indikationskatalog für Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung aufgenommen werden.

## **VI Zur leistungsrechtlichen Zuständigkeit der Krankenkassen für die Adaptionphase bei Abhängigkeitserkrankungen**

Die Adaptionphase ist fester Bestandteil des Gesamttherapiekonzeptes bei Abhängigkeitserkrankungen, welche die stationäre Entwöhnungsbehandlung (Phase I) und die Adaptionphase (Phase II) umfasst.

Die Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger haben in einer gemeinsamen Verfahrensabsprache zur Adaptionphase bei Abhängigkeitserkrankungen vom 08.03.1994 die Voraussetzungen und Inhalte sowie die Leistungszuständigkeiten im einzelnen geregelt. Demnach kann sich an die Entwöhnungsbehandlung die Adaptionphase anschließen, wenn es erforderlich ist, dass der Patient weiter stabilisiert werden muss, um im gewissen Umfang sein Leben selbständig zu gestalten bzw. einzuteilen und seine Teilhabe zu fördern. Mittlerweile wird die Frage der Zuständigkeit für die Adaptionphase insbesondere vom AOK-Bundesverband und seinen Landesverbänden - im Gegensatz zu anderen Krankenkassen - vor dem Hintergrund eines Einzelfallurteils des Bundessozialgerichts abgelehnt. Damit besteht eine Rechtsunsicherheit hin-

sichtlich des Anspruchs von Versicherten innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen über deren leistungsrechtliche Zuständigkeit. Der FVS geht weiterhin von einer generellen Zuständigkeit der Krankenkassen aus, zumal die Adaptionphase als Teilgebiet der medizinischen Rehabilitation eine Komplexleistung darstellt, welche die im § 26 Abs. 3 SGB IX genannten Leistungen wie „Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz“, „Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten“, „Umgang mit Krisensituationen“, „Training lebenspraktischer Fähigkeiten“ umfasst. Diese sind von besonderer Bedeutung, um einem Rückfall vorzubeugen und damit die chronische Krankheit abzuwenden und deren Verschlimmerung zu verhüten. Der umfassende Behandlungsauftrag wird durch ein interdisziplinär besetztes Behandlungsteam realisiert. Von daher sollte von allen Leistungsträgern an der Verfahrensabsprache von 1994 festgehalten werden. Die Politik ist gefordert, eine Klärung der Zuständigkeiten im Interesse der Patienten zu unterstützen.