



**Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion -
Themen und Positionen des FVS**

I. Strukturanforderungen an Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation (Schwerpunkt: Abhängigkeitserkrankungen):

1) Grundsatz 1:

Die Forderung von Qualitätsstandards setzt voraus, dass diese angemessen und realisierbar sind und deren Finanzierung sichergestellt ist.

Eine qualitätsorientierte Rehabilitation erfordert entsprechende Qualitätsstandards. Die Leistungsträger müssen dafür Sorge tragen, dass diese Qualitätsstandards eingehalten werden und entsprechende Anforderungen über die Vergütungssätze finanziert werden können. Entsprechende grundsätzliche Qualitätsstandards sollten zwischen den Spitzenverbänden der Leistungsträger und der Leistungserbringer sowie spezifische, einrichtungsbezogene Qualitätsstandards zwischen den zuständigen Leistungsträgern und den jeweiligen Einrichtungsträgern partnerschaftlich geregelt werden (Rahmen- und Einzelverträge gemäß § 21 SGB IX).

2) Grundsatz 2:

Einheitliche Qualitätsgrundsätze und vergleichbare Anforderungen müssen für die verschiedenen Rehabilitationsbereiche gelten.

Der Gesetzgeber hat entsprechende Anforderungen zur Qualitätssicherung (QS)/zum Qualitätsmanagement (QM) an ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen im § 20 SGB IX geregelt. Während im stationären Rehabilitationsbereich bereits ein Qualitätssicherungsprogramm seit 1996 umgesetzt wird, ist dieses im Bereich der ambulanten Rehabilitation erst noch in der Entwicklung. Vom Grundsatz her müssen vergleichbare und leitliniengerechte Qualitätsanforderungen an die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der jeweiligen Indikationsbereiche gestellt werden. Dabei ist zu beachten, dass die entsprechenden Instrumente der Qualitätssicherung natürlich auch die vorhandenen Bedingungen und Ressourcen der unterschiedlichen Rahmenbedingungen (ambulant, ganztägig ambulant, stationär) berücksichtigen müssen.

3) Grundsatz 3:

Unterschiede der Behandlungsart sind bei den Strukturanforderungen (z.B. Personal) zu beachten.

Auch sind bei den strukturellen Anforderungen indikationsspezifische Unterschiede zu beachten. So unterscheidet sich beispielsweise die Klientel der drogenabhängigen Patienten von alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten hinsichtlich des Alters, der somatischen und/oder psychischen Komorbidität etc. Auch haben sich in der Vergangenheit im Bereich der Drogenabhängigkeit eher kleinere Einrichtungen mit einer entsprechenden personellen Ausstattung etabliert. Von daher orientieren sich beispielsweise die entsprechenden personellen

Anforderungen (z. B. Bereitschaftsdienst, ärztliche Präsenz etc.) am vorhandenen Rehabilitationsbedarf.

Auch sollten grundsätzlich überzogene strukturelle Anforderungen (z.B. Notrufanlage in jeder Nasszelle) als Regelfall vermieden werden.

Innerhalb der einzelnen Indikationsbereiche (z.B. Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit) sollte, soweit unterschiedliche Strukturanforderungen an die Einrichtungen (z.B. ärztlicher Bereitschaftsdienst) gestellt werden, auch eine spezifische Zuweisungspraxis resultieren.

Insgesamt sollte sich die Zuweisungssteuerung zunehmend an der ICF-Philosophie orientieren, damit z. B. entsprechende Komorbiditäten somatischer oder psychischer Art wie auch der spezifische Teilhabebedarf Berücksichtigung bei der Auswahl finden. Damit verbunden sind spezifische Anforderungen an das Leistungsspektrum und die Personalstruktur einer Einrichtung wie auch an die Diagnostik im Vorfeld der Behandlung.

4) Grundsatz 4:

Unterschiedliche Qualitätsanforderungen (z.B. Angebotsvielfalt, -breite) an Rehabilitationseinrichtungen implizieren, dass diese Unterschiede bei den Vergütungssätzen von Einrichtungen auch berücksichtigt werden.

Es kann nicht sein, dass qualitativ hochwertige Einrichtungen (z.B. mit ärztlichem Bereitschaftsdienst, vielfältigen therapeutischen Angeboten, entsprechend gestaltetem Ambiente) aufgrund höherer Kosten in geringerem Maße belegt werden als Einrichtungen mit einem vergleichsweise niedrigen Vergütungssatz, die entsprechende strukturelle und personelle Anforderungen nur in geringerem Maße erfüllen. Die Qualität muss bei der Auswahl der Behandlungseinrichtung im Vordergrund stehen.

5) Grundsatz 5:

Das Federführungsprinzip sollte im Bereich der Rehabilitation Abhängigkeitskranker grundsätzlich gelten.

Der Anteil der GKV-Patienten beträgt insgesamt in der stationären Suchtrehabilitation ca. 10 %. Es sollte vermieden werden, dass mit jeder einzelnen Krankenkasse gesondert verhandelt werden muss. Wie in der früheren Vergangenheit sollten sich die Krankenkassen dem Vergütungssatz anschließen, der von der Rehabilitationseinrichtung mit dem federführenden Leistungsträger verhandelt wurde.

Im Bereich der ambulanten Rehabilitation sollte die beschlossene Vergütungssatzerhöhung (Schreiben der DRV Bund vom 26.11.2007) von allen Leistungsträgern mitgetragen werden. Hintergrund dieser Forderung ist, dass der AOK-Bundesverband als Spitzenverband der Krankenkassen bislang der Erhöhung nicht zugestimmt hat.

6) Grundsatz 6:

Die Ergebnisqualität der Suchtbehandlung hängt eindeutig mit der Behandlungsdauer zusammen.

Es darf keine Verkürzung der durchschnittlichen Behandlungsdauer erfolgen. Letztlich muss die Behandlung von dem erforderlichen Behandlungsbedarf des Patienten und nicht von den Vorgaben des jeweiligen Sozialversicherungsträgers abhängen. Am bewährten Instrument der Zeitbudgetierung sollte festgehalten werden, denn nur so bleibt es möglich, dass individuelle Verweildauern realisiert werden können.

7) Grundsatz 7:

Qualitätsanforderungen an die Rehabilitationseinrichtungen in der Ausgestaltung von Qualitätssicherungsprogrammen der Leistungsträger und Anforderungen an interne Qualitätsmanagementsysteme/Zertifizierungsverfahren sollten partnerschaftlich zwischen Leistungsträger und den Spitzenverbänden der Leistungserbringer entwickelt werden.

Dies ist im Bereich der GKV durch den Gemeinsamen Ausschuss zur Umsetzung des § 137d SGB V gewährleistet, im Bereich der Deutschen Rentenversicherung (DRV) wie auch bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) beschränkt sich die Mitwirkungsmöglichkeit auf den Informationsaustausch und ein Anhörungsrecht der Spitzenverbände der Leistungserbringer.

Wir halten es grundsätzlich für notwendig, dass Qualitätsstandards/-anforderungen gemeinsam und partnerschaftlich zwischen den Spitzenorganisationen der Leistungsträger und der Leistungserbringer (gemäß § 21 SGB IX Abs. 1) festgelegt werden. Dies beinhaltet den Abschluss von entsprechenden Rahmenverträgen, auf deren Grundlage dann Einzelverträge zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und den zuständigen Leistungsträgern zu vereinbaren sind.

Insbesondere hinsichtlich der einseitigen Festlegung von Kriterien für das interne Qualitätsmanagement/Zertifizierungsverfahren durch die BAR bestehen erhebliche rechtliche Bedenken auf Seiten der Spitzenverbände der Leistungserbringer und der Einrichtungen (§ 20, Abs. 2a SGB IX). Denn das Vorhalten eines Qualitätsmanagements (incl. Zertifizierung) ist ureigenste Aufgabe der Rehabilitationseinrichtungen selbst. Wichtig ist aus Sicht der Leistungserbringer, dass die Zertifizierung einer Einrichtung durch externe anerkannte Zertifizierungsfirmen von Seiten der Leistungsträger auch entsprechend Berücksichtigung findet. Darüber hinaus ist zu fordern, dass bereits eingeführte und anerkannte Zertifizierungsverfahren nicht durch ein neues Zertifizierungsverfahren auf BAR-Ebene abgelöst werden dürfen. Vielmehr sollten vorhandene Zertifizierungs-/QM-Verfahren entsprechend einer vereinbarten Anforderungsliste, die auf BAR-Ebene entwickelt wird, gemeinsam von den Spitzenverbänden der Leistungsträger und -erbringer überprüft werden.

II. Schnittstellenprobleme GKV – DRV im Suchtbereich:

Frühintervention und Überleitung aus dem Akutbereich in die medizinische Rehabilitation

In Deutschland rechnet man mit

- 1,6 Mio. alkoholabhängigen Menschen,
- 2,7 Mio. Menschen, die Alkohol missbrauchen,
- 1,4-1,9 Mio. medikamentenabhängigen Menschen und
- ca. 120.000-150.000 Menschen, die opiatabhängig sind,
- weitere 240.000 sind von Cannabis abhängig.

Nur ein kleiner Teil dieser Menschen kommt in die medizinische Rehabilitation/Suchtbehandlung.

Im Jahr 2004 wurden 290.864 Krankenhausbehandlungen (Akutbereich) auf der Grundlage einer F-10 Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ dokumentiert; die weiteren Substanzen (F-11 - F-19) beliefen sich auf 83.008 Fälle.

In der medizinischen Rehabilitation wurde über die DRV (ca. 90 % der Reha-Fälle) nur ein Anteil davon behandelt:

Im Jahr 2004:	52.536 Suchtfälle, davon:
Alkoholabhängigkeit:	39.623 Patienten
Medikamentenabhängigkeit:	356 Patienten
Drogenabhängigkeit:	8.633 Patienten
Mehrfachabhängigkeit:	3.865 Patienten

Ferner ist belegt, dass auch bei den niedergelassenen Ärzten häufig suchtkranke Patienten wegen anderer Beschwerden erscheinen, die als Neben- oder Folgeerkrankungen der Sucht zu verstehen sind. Von daher sollte der Frühintervention im akutmedizinischen Sektor und der Überleitung in eine qualifizierte Entwöhnungsbehandlung deutlich mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Patienten werden häufig aufgrund ihrer somatischen Folgeerkrankungen im akutmedizinischen Bereich behandelt, aber die dahinter liegende Abhängigkeitserkrankung findet häufig keine Berücksichtigung. Von daher ist die Dunkelziffer der „Suchtfälle“ sicherlich noch deutlich höher als die dokumentierten F-10-Fälle.

Eine Studie des FVS, der AHG und der DAK, die sich ausschließlich auf F-10 Fälle im Krankenhaus bezieht, weist nachdrücklich auf die Notwendigkeit hin, die Frühintervention zu verbessern. Untersucht wurden hierbei alle DAK-Versicherten, die sich im Jahr 2002 einer Behandlung im Krankenhaus aufgrund einer F10-Diagnose unterzogen haben. Diese Patienten wurden über mehrere Folgejahre hinsichtlich der weiteren Inanspruchnahme von Behandlungen im Akutkrankenhaus wie auch der Einleitung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnungsbehandlung) beobachtet. Es zeigte sich, dass 7,4 % der Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 57,5 Jahren in den beiden Folgejahren nach einer Entzugsbehandlung im Jahr 2002 verstarben.

Lediglich 5,4 % der F-10 Stichprobe im Krankenhaus nahm im Folgejahr (2003) eine suchtspezifische Reha-Maßnahme in Anspruch, im zweiten Jahr nur noch 4,1 % (2004) und im dritten (2005) nur noch 0,71 %.

Ferner lässt sich auch feststellen, dass F-10 Patienten häufig wiederholt im Krankenhaus behandelt werden (Drehtüreffekt). Pro Person erfolgten 1,4 Behandlungen im Jahr der Erstaufnahme; im nächsten Jahr 0,4 und in den darauf folgenden beiden Jahren immer noch jeweils 0,3 Behandlungen pro Person. Mit dem wiederholten Entzug einher gehen erhebliche Kosten für die Krankenkassen

Folgende Verbesserungen werden vom FVS zur Frühintervention und nahtlosen Einleitung einer Entwöhnungsbehandlung vorgeschlagen (s. auch Anlage „Frühzeitig, effektiv und nahtlos - Fallmanagement bei Störungen durch Alkohol - Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V.“ - *Sucht aktuell 1/2006*, S. 32-35):

1) Frühintervention im Krankenhaus

Die Frühintervention im Krankenhaus sollte über Liaison-/Konsiliardienste verbessert werden. Hierzu gibt es verschiedene Modellprojekte, die zeigen, dass eine gezielte Ansprache der Patienten mit einer F-10 Diagnose, die vom Krankenhauspersonal als mit einer Abhängig-

keitserkrankung belastet eingestuft wurden, durch externe Fachkräfte eine hohe Vermittlungsrate in das Suchtkrankenhilfesystem erbringt. Die Sozialdienste der Krankenhäuser sind im „DRG-Zeitalter“ angesichts der kurzen Liegezeiten und der erheblichen Probleme der Patienten mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe häufig überfordert.

Im § 26 SGB IX ist im Abs. 3 Nr. 7 ferner explizit formuliert, dass die „Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation“ zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu zählen ist. Gerade die Situation im Krankenhaus bietet die Gewähr dafür, suchtkranke Patienten in dieser sensiblen Phase gezielt ansprechen zu können. Es bedarf hierbei einer Unterstützung der Krankenhäuser durch qualifizierte externe Stellen/Fachkräfte. Von daher ist eine verbindliche Finanzierung entsprechender Liaison-, Konsiliardienste erforderlich, um die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und dem Suchthilfe-/Behandlungssystem zu verbessern. Im übrigen entspricht diese Forderung lediglich der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ (inkl. „Erläuterungen“ dazu), die auf BAR-Ebene von den Leistungsträgern vereinbart wurde.

Anmerkung: Beispiel

Beispielsweise erbrachte die Evaluation des Projektes einer Fachklinik unseres Verbandes mit Krankenhäusern im Umfeld, dass über ein Konsiliardienstmodell von 210 Entgiftungspatienten ca. 110 einen nachfolgenden Termin in einer ambulanten Beratungsstelle in Anspruch genommen haben und davon ein erheblicher Teil auch in eine Entwöhnungsbehandlung vermittelt werden konnte.

2) Stationäre Motivationsbehandlung bzw. stationäre Reha-Abklärungsphase

Wichtig ist ferner, nach dem körperlichen Entzug eine zügige Verlegung in die Rehabilitationseinrichtung zu erreichen.

Hierzu kann auch die stationäre Reha-Abklärungsphase in einer Fachklinik dienen. Dadurch könnte auch die relativ hohe Nichtantrittsquote (welche im Alkoholbereich bei über 12 % liegt) gesenkt werden. Zielsetzung dieser ca. 2- bis 4-wöchigen Behandlungsphase wäre

- das schnelle Herauslösen aus dem schwierigen persönlichen Umfeld, welches mit einer deutlichen Rückfallgefahr verbunden ist,
- die Stabilisierung der psychosozial instabilen Gesamtsituation,
- die weitere Förderung der Behandlungsmotivation und
- die Abklärung der Rehabilitationsfähigkeit und des Rehabilitationsbedarfs durch eine entsprechende Diagnostik.

Während dieser Zeit kann auch ggf. der Antrag vom zuständigen Rentenversicherungsträger und ein Rehabilitationsplan entwickelt werden. Darüber hinaus kann die Entgiftungsphase entsprechend verkürzt werden.

Dieses Verfahren impliziert ein enges und nahtloses Zusammenwirken zwischen dem Krankenhaus/der Psychiatrie und der Rehabilitationseinrichtung.

Derzeit wird ein solch planvolles Vorgehen bereits von einigen Krankenkassen (insbesondere einige BKK'en, IKK'en) finanziert und erfolgreich umgesetzt.

3) Stationärer Entzug im Vorfeld einer Entwöhnungsbehandlung

Diejenigen Patienten, bei denen eine Entwöhnungsbehandlung bereits genehmigt ist, können in dafür eingerichteten Entwöhnungsbehandlungen auch den stationären Entzug durchführen. Vom Grundsatz her geht es hierbei nur um die Fälle, bei denen eine Entwöhnungsbehandlung vom Leistungsträger bewilligt worden ist und nicht um die Regelversorgung. Zielsetzung ist

es hierbei ebenfalls, die Abbruchquote zwischen diesen Behandlungssegmenten zu senken und die Nahtlosigkeit der Leistungen zu verbessern.

Dieses Verfahren, welches einen Abholdienst (Fahrer mit examinierter Pflegekraft) beinhaltet, wurde bereits modellhaft von der ehemaligen Bundesknappschaft in Zusammenarbeit mit einer Fachklinik erprobt und evaluiert. Für die genannte Zielgruppe war dieses Modell auch mit nicht unerheblichen Kosteneinsparungen verbunden.

Ergänzend hierzu möchten wir darauf hinweisen, dass im Rahmen der „normalen“ Regelversorgung bei F-10 Diagnosen mit einer Alkoholabhängigkeit im Akutbereich grundsätzlich ein qualifizierter Entzug durchgeführt werden sollte, der neben der körperlichen Entgiftung auch Beratung, Motivierung und Vermittlung in das Suchtkrankenhilfesystem als feste Bestandteile der Krankenhausbehandlung umfasst.