

**Gesundheitsreform 2011:
Eckpunkte für eine qualitativ hochwertige
medizinische Rehabilitation 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

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).

Vorwort

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 6.500 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-V). Auf spezifische Aspekte, welche substanzbezogene Störungen im engeren Sinne betreffen, wird abschließend eingegangen (Punkte VI-VII).

gez. Ralf Schneider
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 Arbeitnehmer¹ 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“. 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 1.227 Reha- und Vorsorgekliniken rund 118.000 Mitarbeiter beschäftigt. Die Rehabilitationseinrichtungen stellen damit einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor dar. In zahlreichen Regionen sind sie die größten Arbeitgeber und bieten qualifizierte Arbeits- und Ausbil-

dungsplätze, insbesondere im ärztlichen Dienst, im therapeutischen Bereich, in der Pflege und in medizinisch-technischen Fachberufen. Um ihrem umfangreichen Versorgungsauftrag mit qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen nachkommen zu können, benötigen die Rehabilitationseinrichtungen ein hohes Maß an Planbarkeit und Berechenbarkeit.

¹ Zur besseren Lesbarkeit des Papiers wird auf die weibliche Ausformulierung verzichtet.

II Zum Stellenwert der medizinischen Rehabilitation im Gesundheitssystem

- Die bereits im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes getroffenen Gesetzesänderungen, alle medizinischen Rehabilitationsleistungen zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu machen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Risikostrukturausgleich einzubeziehen, stellen richtige und wichtige Weichenstellungen dar.
- Den enormen volkswirtschaftlichen Nutzen der medizinischen Rehabilitation belegt nicht zuletzt eine aktuelle 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.
- Wesentliche Zukunftsaufgaben sehen wir darin, dass sich die politisch Verantwortlichen dafür einsetzen, qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitationsleistungen in Deutschland dauerhaft sicherzustellen, den niedrighschwelligen Zugang zu erforderlichen medizinischen Rehabilitationsleistungen zu erleichtern und den Stellenwert der medizinischen Rehabilitation im Gesundheitswesen zu stärken. In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass medizinische Rehabilitationsleistungen auch in den Standardtarifen der privaten Krankenversicherungen zu Pflichtleistungen werden sollten.

III Zur Finanzierung medizinischer Rehabilitationsleistungen

- 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. In den letzten Jahren ist bereits eine deutliche Zunahme der medizinischen Rehabilitationsleistungen zu verzeichnen. So haben von 1997 bis 2009 im Bereich der DRV die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen von 629.752 auf 978.335 Maßnahmen zugenommen (plus 55,4 %). Die Bruttoaufwendungen für medizinische und ergänzende Leistungen sind im Unterschied dazu im gleichen Zeitraum lediglich von 2.627,5 Mio. € auf 3.425,8 Mio. € (plus 30,4 %) gestiegen. Betrachtet man den Indikationsbereich der Entwöhnungsbehandlungen, so stieg die Anzahl der ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen im Bereich der Rentenversicherung von 1997 bis 2009 von 41.486 Leistungen auf 57.456 (plus 38,5 %). Die Bruttoausgaben stiegen hingegen lediglich von 424,4 Mio. € im Jahr 1997 auf 546,1 Mio. € (plus 28,7 %). Damit lag der Zuwachs des Leistungsvolumens deutlich über dem Anstieg der Kosten. Mittlerweile ist das Rehabilitationsbudget der Rentenversicherung im Jahr 2010 vollständig ausgeschöpft 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 beispielsweise Behandlungszeiten verkürzt werden, 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 am vorhandenen Bedarf ausrichten. Von daher sollte § 220 Abs. 1 SGB VI dahingehend geändert werden, dass die jährlichen Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe auf Basis des zu erwartenden steigenden Teilhabebedarfs und entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer festgelegt werden.

- Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung stellen sich die Finanzierungsprobleme der medizinischen Rehabilitationsleistungen zunehmend dramatisch dar. Allein in den letzten vier Jahren betragen die allgemeinen Kostensteigerungen ca. 13,1 % (3,3 % pro Jahr) (GEBERA-Gutachten 2010), die insbesondere auf steigende Personalkosten und allgemeine Preisentwicklungen zurückgehen. Aufgrund der Preisbindung von gesetzlichen Krankenkassen an die Grundlohnsumme lag die Vergütungssatzerhöhung im entsprechenden Zeitraum im Bereich der GKV bei Rehabilitationskliniken deutlich darunter. Ein Gutachten von GEBERA (2010) kommt 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. Somit beträgt die Unterdeckung allein in diesem 4-Jahres-Zeitraum gegenüber den allgemeinen Kostenentwicklungen 6,4 %. Deutlich höher ist diese noch im Bereich der AHB/AR-Verfahren und bei den Fallpauschalen. Auch im Bereich der Rentenversicherung ist eine deutliche Unterschreitung der allgemeinen Kostensteigerungen bei den entsprechenden Vergütungssatzentwicklungen zu verzeichnen. Inzwischen hat die Politik im Rahmen des Krankenhausfinanzierungs-Rahmengesetzes (KHRG) die Einführung eines Kostenorientierungswertes beschlossen. Dieser soll eine reale Entwicklung der Kosten beinhalten und damit einer drohenden Unterfinanzierung entgegenwirken. Die Umsetzung wurde im Krankenhausbereich allerdings im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes wieder zurückgestellt. Der Ansatz, einen entsprechenden „objektivierbaren“ Orientierungswert einzuführen, ist allerdings aus Sicht der Leistungserbringer vom Grundsatz her richtig und sollte auch auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation Anwendung finden. Denn auch die Rehabilitationskliniken unterliegen entsprechenden Kostenschüben, die durch Tarifverträge für Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten etc., Energie- und Sachkosten etc. bedingt sind.
- 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 sicherzustellen. Die Einrichtungen müssen auch Überschüsse erzielen können, die sie für die Weiterentwicklung ihrer medizinisch-therapeutischen Versorgungsangebote und erforderlichen Investitionen 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 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, zudem kann es dazu kommen, dass die Versicherten zukünftig im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bereits über erforderlich werdende Zusatzbeiträge höher belastet werden. Auf die bestehende Unterversorgung an Leistungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation 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 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 Unterversorgung noch verstärken. Darüber hinaus ist an einer einkommensgerechten Abfederung sozialer Härten bereits bei der bestehenden Zuzahlung auch weiter festzuhalten.
- Rehabilitationsleistungen sind hochkomplexe, personalintensive und auf den Patienten zugeschnittene individuelle medizinisch-therapeutische Dienstleistungen. Angesichts des Ärztemangels 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 (ganztäglich) 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. Auch war dieser Bereich vom Konjunkturpaket II ausgenommen. Der Investitionsstau sollte dringend, insbesondere auch bei den Vertragseinrichtungen der Leistungsträger, abgebaut werden.
- Sicherzustellen ist des weiteren eine Regelung, dass die Investitions- und Betriebskosten für stationäre und ambulante medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, welche durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte entstehen, durch einen entsprechenden Zuschlag (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 im Bereich der medizinischen Rehabilitation eingeführt werden. Sofern sich die Vertragspartner nicht auf eine Anpassung der Vergütungssätze oder Vertragsinhalte bzw. entsprechende Anforderungen einigen können, sollte ein Schiedsstellenverfahren verbindlich für alle Bereiche der Sozialversicherung eingeführt werden. Entsprechende Änderungen sind im Rahmen des § 21 SGB IX sowie im § 111 SGB V vorzunehmen.

IV 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. Von daher wäre niemandem damit gedient, wenn durch Kostendruck oder Normierungsprozesse qualitativ hochwertige Behandlungsansätze und -konzepte in Richtung Einheitsangebot 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 Zertifizierungspflicht, um zukünftig noch belegt zu werden. Zunehmend erstellen diese darüber hinaus umfassende 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. 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. Deshalb sollte der Zusatz im § 40 Abs. 2 Satz 2, dass der Versicherte die Mehrkosten zu tragen hat, wenn er eine andere zertifizierte Einrichtung auswählt, gestrichen werden.
- 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 ist die Wirksamkeit entsprechender Qualitätssicherungsprogramme in entsprechenden Abständen zu überprüfen. 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. Auch die stationäre Drogenrehabilitation erweist sich als wirksam, so beendeten laut der Basisdokumentation 2009 des FVS 54,4 % der Patienten die Behandlung planmäßig. Eine weitere Studie zeigt, dass von den erreichten Patienten mit planmäßiger Entlassung im Drogenbereich ca. die Hälfte nach einem Jahr noch abstinent war. Auch Untersuchungen der Deutschen Rentenversicherung belegen, dass sich die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker lohnt.

So sind zwei Jahre nach Ende der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen noch ca. 90 % 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 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.

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

V 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 den Bereich der chronischen Erkrankungen und damit die medizinische Rehabilitation betrifft, ist eine Erweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses um eine entsprechende Anzahl von Vertretern der Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation dringend erforderlich. Darüber hinaus sollten vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestehende strukturelle Schnittstellenprobleme der Versorgung (z.B. Förderung der Frühintervention substanzbezogener Störungen durch niedergelassene Ärzte und Vermittlung in fachspezifische Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Rehabilitationsleistungen durch ein vereinfachtes Verord-

nungsverfahren in der GKV, Förderung der nahtlosen Weiterbehandlung und der Telemedizin im Bereich der Nachsorge) einer patientengerechteren Lösung zugeführt werden.

- Darüber hinaus 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 Bundes-

ebene maßgeblichen Spitzenverbänden der Leistungserbringer zu vereinbaren hat und die Entwicklung von Instrumenten und Programmen der Quali-

tätssicherung in allen Leistungsbereichen gemeinsam von Leistungsträgern und Leistungserbringern erfolgt.

hier: Früherkennung und Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen

• **Epidemiologie**

In Deutschland rechnet man bei den 18-59jährigen mit ca. 3,2 Mio. suchtkranken Personen, davon sind

- ca. 1,3 Mio. alkoholabhängig,
- ca. 1,4 Mio. bis 1,9 Mio. medikamentenabhängig,
- ca. 175.000 drogenabhängig (ohne Cannabis) sowie
- ca. 600.000 weisen einen problematischen Cannabiskonsum auf.

Darüber hinaus sind ca. 3,8 Mio. Personen nikotinabhängig, ca. 100.000 – 400.000 Personen pathologische Glücksspieler. Es ist darüber hinaus von einer hohen Anzahl von Personen mit riskantem Konsum oder schädlichem Gebrauch auszugehen, allein bei Alkohol weisen 9,8 Mio. Menschen einen problematischen Konsum auf. Bezogen auf den Missbrauch und die Abhängigkeit von Alkohol rechnet man mit ca. 42.000 Todesfällen pro Jahr. 12,7 % aller Krankenhauspatienten sind alkoholabhängig, weitere 4,6 % missbrauchen Alkohol. 7,2 % der Patienten in der Allgemeinärztlichen Versorgung werden als alkoholabhängig, weitere 3,5 % als Alkohol missbrauchend eingeschätzt. Deutlich zugenommen hat zu-

dem in den letzten Jahren die Behandlung von Jugendlichen infolge einer Alkoholintoxikation im Krankenhaus (Jahr 2000: 9.500 Fälle, Jahr 2008: 25.700 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 Bundesgesundheits surveys 1998 werden im Durchschnitt nur 29 % aller im Lauf eines Lebens an Substanzstörungen Erkrankten überhaupt behandelt. Die Dauer der Abhängigkeit bis zur Inanspruchnahme einer stationären Entwöhnungsbehandlung beträgt nach Erhebungen des FVS über 14,3 Jahre (Basisdokumentation 2009). Die Früherkennung und Frühintervention sowie die 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 deshalb 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. 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 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 Akutkrankenhause 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.

- **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.

Insgesamt ist eine versorgungssektorenübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung zu fördern. Dies beinhaltet die Entwicklung eines wechselseitigen Schnittstellen- und Entlassmanagements zwischen den Versorgungsbereichen. Ein Disease-Management-Programm „Alkohol“ könnte hierzu beispielsweise ein wichtiger Beitrag sein.

VII 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. Derzeit 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 derzeit eine Rechtsunsicher-

heit hinsichtlich 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.