

Qualität in der medizinischen Rehabilitation: Grundsätze aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V. (Schwerpunkt: Abhängigkeitserkrankungen)

Die Qualität in der medizinischen Rehabilitation hat unterschiedliche Facetten und beinhaltet mehrere Teilqualitäten. Insgesamt gesehen erzeugt erst das ausgewogene Verhältnis von Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit, Humanität und Rechtskonformität die allgemeine Qualität der Rehabilitation. Was ausgewogen ist, kann kein einzelner „Player“ im System der medizinischen Rehabilitation festlegen, vielmehr ist hier das partnerschaftliche Zusammenwirken der Beteiligten gefragt.

Die Pluralität von Behandlungsangeboten und Angebotsstrukturen bildet in der Suchtkrankenversorgung 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 Behandlungsangebote. Es wäre niemandem damit gedient, wenn wir uns durch den Kostendruck oder Normierungsprozesse von unterschiedlichen Behandlungsansätzen in Richtung Einheitsangebot zurück entwickeln würden. Vielmehr brauchen wir praxiserprobte und -taugliche Qualitätsbewertungsinstrumente, die auf der einen Seite die Vielfalt der Konzepte und Einrichtungen angemessen berücksichtigen, auf der anderen aber auch angemessene und realisierbare Qualitätsstandards verbindlich festlegen.

1) Grundsatz 1:

Qualitätsstandards müssen angemessen und realisierbar sein und partnerschaftlich zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern festgelegt werden.

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 entsprechend dem rehabilitationswissenschaftlichen Kenntnisstand zwischen den Spitzenverbänden der Leistungsträger und der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Leistungserbringer partnerschaftlich geregelt werden. Spezifische, einrichtungsbezogene Qualitätsstandards haben sich daran zu orientieren und sind zwischen den zuständigen Leistungsträgern und den jeweiligen Einrichtungsträgern zu vereinbaren. Entsprechende Regelungen sollten im Rahmen des Abschlusses von Rahmen- und Einzelverträgen gemäß § 21 SGB IX getroffen werden.

2) Grundsatz 2:

Einheitliche Qualitätsgrundsätze und vergleichbare Anforderungen haben für die verschiedenen Rehabilitationsbereiche zu 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 Organisationsformen 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 im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen 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 gilt im Bereich der Rehabilitation Abhängigkeitskranker ohne Einschränkung.

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 einziger Spitzenverband der Krankenkassen bislang der Erhöhung nicht zugestimmt hat mit dem Hinweis der Zuständigkeit seiner Untergliederungen. Dadurch kommt es zu unterschiedlichen Handhabungen der Landes- bzw. regionalen AOKen.

6) Grundsatz 6:

Die Behandlungsdauer orientiert sich am Rehabilitationsbedarf der Patienten.

Untersuchungen belegen, dass der Behandlungserfolg in engem Zusammenhang mit der Behandlungszeit steht. Es sollte deshalb keine weitere Verkürzung der durchschnittlichen Behandlungsdauern 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 bzw. an ausreichenden Bewilligungszeiträumen 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 Leistungsträgern 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.

Ansprechpartner:

Dr. Volker Weissinger

Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht e.V.

Walramstraße 3

53175 Bonn

Tel.: 02 28 - 26 15 55

Fax: 0 228 - 21 58 85

v.weissinger@sucht.de

www.sucht.de