



Walramstraße 3, 53175 Bonn

Tel.: 0228/261555, FAX: 0228/215885 u. 2420999

Online: <http://www.sucht.de>

E-Mail: sucht@sucht.de

Kommentar zur Stellungnahme „Zum aktuellen Stand und zur Weiterentwicklungsmöglichkeit in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ der Projektgruppe Suchtbehandlung (Deutsche Rentenversicherung 10-11/2005, 577-598)

Die Projektgruppe „Suchtbehandlung“ beim früheren VDR hat eine Stellungnahme zum aktuellen Stand und zur Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Rehabilitation Abhängigkeitskranker erarbeitet. Ziel der Arbeit war es, eine Beschreibung des Ist-Zustandes vorzunehmen und Weiterentwicklungspotentiale für den Bereich der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vor dem Hintergrund aktueller gesundheitspolitischer Aspekte aufzuzeigen.

Der Fachverband Sucht e. V. stimmt mit verschiedenen grundsätzlichen Positionen des Papiere der Projektgruppe Suchtbehandlung überein, hierzu gehören z. B.:

- Verbesserung der Zugangswege und der Vorbereitung der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker
- Verzahnung der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Weitere Flexibilisierung und Individualisierung der Rehabilitation Abhängigkeitskranker
- Bedeutung der Nachsorge
- Stärkung der Qualitätssicherung und Verbesserung der Dokumentation.

Im Weiteren wird auf einzelne Aspekte des Papiere eingegangen, die allerdings teilweise auch kritisch zu sehen sind und einer weiteren Diskussion bedürfen.

1. Verbesserung der Zugangswege und der Vorbereitung der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Kapitel 2 der Stellungnahme, S. 578 ff.)

Der FVS teilt die Einschätzung, dass die Frühintervention und Motivierung zur frühzeitigen Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung - insbesondere im akutmedizinischen Bereich - eine wichtige Zukunftsaufgabe darstellt. Für problematisch halten wir allerdings die Aussage, dass aufgrund des Chronifizierungsprozesses „leider noch zu häufig die Folgen der Erkrankung, jedenfalls im Sinne der Rentenversicherungsziele, nicht mehr behebbar sind.“ (S. 578) In diesem Zusammenhang verweisen wir darauf, dass beispielsweise die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit als Rehabilitationsziel bei der überwiegenden Zahl der Patienten/Patientinnen am Ende der Entwöhnungsbehandlung erreicht wird.

Übereinstimmung besteht darin, dass eine frühe Intervention erstrebenswert ist. Aus der klinikübergreifenden Basisdokumentation des Fachverbands Sucht e. V. geht hervor, dass über 12 Jahre vergehen, bevor erstbehandelte Patienten/innen eine Fachklinik für die Behandlung von Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit aufsuchen.

Wir begrüßen ferner, dass die Rentenversicherungsträger die Frage aufwerfen, wie Rehabilitation bereits bei schwerem Missbrauch (bei erkennbarer erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit) einsetzen kann. Hier bedarf es der Entwicklung von abgestimmten Strategien in Form von Präventions- und Behandlungsangeboten zwischen Krankenversicherung, Rentenversicherung und den Leistungserbringern. Als zentrales Problem sehen wir hier die Klärung der Zuständigkeits- und Kostenfrage und nicht fachlich-wissenschaftliche Aspekte.

Wir begrüßen die Ausführungen zur Einbindung der niedergelassenen Ärzte und der Ärzte in den Krankenhäusern sowie die Forderung nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung. In diesem Zusammenhang wird von der Projektgruppe Suchtbehandlung auf die Variante verwiesen, dass nach erfolgter Entgiftung eine stationäre Motivierung zur Rehabilitation bereits in der Rehabilitationseinrichtung stattfinden kann. Dieses Modell halten wir für ausbaufähig. Darüber hinaus verweisen wir darauf, dass die Möglichkeit ausgebaut werden sollte, im Vorfeld einer bewilligten Rehabilitationsleistung die Entgiftung in einer entsprechend ausgestatteten Rehabilitationsklinik durchzuführen.

Des Weiteren teilen wir die Einschätzung, dass eine individuelle, patientenorientierte Zuweisung und damit der Zugang zur Rehabilitation mittels geeigneter Instrumente erfolgen sollte, was eine differenzierte qualifizierte Diagnostik und Indikationsstellung voraussetzt. Hierbei sollte man sich neben der ICD-10 auch an der ICF-Philosophie orientieren. Aus den Antragsunterlagen sollte der Schweregrad der Erkrankung und die zugrunde liegenden Teilhabestörungen ersichtlich werden, denn diese bilden die Grundlage für die Auswahl des Behandlungssettings und der erforderlichen Behandlungsangebote einer Einrichtung (z. B. ärztliche Behandlung, Sport- und Bewegungstherapie, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie und arbeitsbezogene Angebote).

2. Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation, Adaption und Verzahnung mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Kapitel 3 der Stellungnahme, S. 580 ff.)

Zentrale Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Darüber hinaus ist auch die Re-Integration in das Arbeitsleben bei arbeitslosen Rehabilitanden anzustreben. In diesem Zusammenhang verweisen wir darauf, dass das Arbeitsmarktrisiko allerdings nicht den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen „aufgebürdet“ werden kann. Der FVS hat sich bereits in der Vergangenheit dafür eingesetzt, dass die Erforderlichkeit weitergehender Maßnahmen zur beruflichen Reintegration bzw. der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben frühzeitig erkannt werden sollte und sich die jeweiligen Leistungen möglichst unmittelbar an den Aufenthalt in der medizinischen Rehabilitationseinrichtung anschließen müssen. Hierbei sollte allerdings auch berücksichtigt werden, bei welchen Patienten/Patientinnen, die über keinen Arbeitsplatz mehr verfügen, die berufliche Re-Integration eine realistische Perspektive darstellt bzw. welche weiteren Formen der Teilhabe einen stabilisierenden und positiven Faktor für die zukünftige Abstinenz und Lebensqualität darstellen. Des Weiteren besteht eine wichtige Aufgabe darin, einen vorhandenen Arbeitsplatz möglichst zu erhalten und berufliche Probleme im Rahmen der medizinischen Rehabilitation aufzugreifen.

Die Herstellung eines Indikationsbezuges bei den entsprechenden arbeitsbezogenen Leistungen, die Integration der Erkenntnisse der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation in das Gesamtteam einer Einrichtung und die Darstellung der Angebote für unterschiedliche Patientengruppen in den Konzepten halten wir ebenfalls für wichtige Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtungen. (S. 582)

Gerne ist der Fachverband Sucht e. V. darüber hinaus dazu bereit, eine zielorientierte Diskussion über die arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation zu führen, wie sie von der Projektgruppe Suchtbehandlung gefordert wird. Der FVS hat bereits ein Konzept „Arbeitsbezogene Leistungen in der Suchtrehabilitation“ (Stand 10.05.2004, s. www.sucht.de) vorgelegt. Im Unterschied zur Forderung, dass die Teilnahme an arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitationsleistungen verbindlichen Charakter haben muss, halten wir den Indikationsbezug für den entscheidenden Faktor hinsichtlich der Therapieplanung und -steuerung. Wir halten es allerdings auch für geboten, dass die Therapieziele im Bereich „Arbeit und Beruf“ aktiv von den Behandlern angesprochen werden und zwar nicht erst zum Ende der Maßnahme. Gefordert ist hier beispielsweise eine allgemeine Berufsanamnese. Es sollte allerdings der Einrichtung überlassen bleiben, wie sie die Verantwortung für die einzelnen Behandlungsmodule verteilt. Denn ein wesentliches Merkmal der medizinischen Rehabilitation ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen. Der Erfolg der Rehabilitationsleistung ist maßgeblich davon abhängig, inwieweit die Teilziele sowie die angewandten Maßnahmen und Methoden im Hinblick auf die mit dem Patienten vereinbarten Rehabilitationsziele zusammenpassen. Bezogen auf die Zielsetzung „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“ sind sowohl spezifische arbeitsbezogene Leistungen wie auch unspezifische Maßnahmen (z. B. zur Förderung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Erfolgszuversicht, zur Rollenidentifikation mit der beruflichen Aufgabe, zur Kooperationsbereitschaft im Arbeitsleben, zur Übernahme von Verantwortung, zum Aufbau von Bewältigungsstrategien hinsichtlich Arbeit und Beruf) erforderlich.

Eine Zusammenarbeit mit externen Stellen und die Vorbereitung weiterführender Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben ist aus fachlicher Sicht zu unterstützen. Die Forderung nach runden Tischen mit externen Kommunikationspartnern, etwa Arbeitsverwaltung, Reha-Fachberatung, Mitarbeiter der Berufsförderungswerke ist grundsätzlich sicherlich richtig, in der Realität allerdings kaum umzusetzen. Die aktuellen Zuständigkeits- und Ressourcenprobleme bei Jobcentern, den ARGEN und Agenturen für Arbeit sind hinlänglich bekannt. Wichtig ist es allerdings, dass dort Ansprechpartner existieren, mit denen bereits während der medizinischen Rehabilitation Kontakt aufgenommen werden kann. Dies kann beispielsweise auch im Rahmen von Heimfahrten und entsprechend vorbereiteten Gesprächen mit dem zuständigen Mitarbeiter einer ARGE/Agentur für Arbeit erfolgen.

Auch mit den Ansprechpartnern in den Betrieben oder Betriebsärzten kann während der medizinischen Rehabilitationsleistung Kontakt aufgenommen werden. Entsprechende Vernetzungs- und Koordinationsleistungen können übrigens auch von überregional belegten Fachkliniken - angesichts moderner Kommunikationsmittel - geleistet werden.

3. Weitere Flexibilisierung und Individualisierung der Rehabilitation Abhängigkeitskrankern (Stellungnahme Kapitel 4, S. 584 ff.)

3.1 Leistungsinhalte (Stellungnahme Kapitel 4.1, S. 584 ff.)

Wir teilen die Auffassung, dass herausragende Bedeutung bei der Bestimmung des individuell geeigneten Reha-Angebotes der Indikationsstellung zukommt. (s. o.) Auf die entsprechenden Erfordernisse hinsichtlich der Diagnostik wurde bereits verwiesen.

Wir halten allerdings die Aussage, dass sich in den letzten Jahren insgesamt immer stärker eine Tendenz zur wohnortnahen Rehabilitation durchsetzt für problematisch. Diese Sichtweise wird in der vorliegenden Stellungnahme der Projektgruppe Sucht noch weiter ausgeführt. So heißt es: „Dies erfordert grundsätzlich eine wohnortnahe bzw. wohnregionbezogene Lage der Einrichtung. Besondere Kriterien haben dort zu gelten, wo die Erkrankung in Verbindung mit spezifischen Gegebenheiten die Belegung einer Spezialeinrichtung erforderlich macht, z. B. bei Leistungen für hörgeschädigte oder gehörlose Abhängigkeitskranke, Migranten und Frauen oder Männer mit dem Bedarf eines geschlechtssensiblen Reha-Angebots, wenn die vergleichsweise geringen Fallzahlen die Schaffung eines breitgefächerten Angebots in Wohnortnähe ausschließen.“ (S. 593) Mit dieser Aussage wird ein Grundsatz formuliert, für den keine spezifische, empirisch belegte Begründung vorliegt. Die möglichen Indikationskriterien für die Auswahl eines Behandlungssettings und einer -einrichtung sind vielfältiger und können nicht auf ein Kriterium mit begrenzter Aussagekraft reduziert werden.

Eine differenziertere Sichtweise wird beispielsweise im Abschlussbericht der Reha-Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation des VDR (Abschlussberichte Band III, Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“, Teilband III, Darmstadt 1991, S. 648 f.) hinsichtlich der Größe und der damit verbundenen Wohnortnähe-/ferne dargelegt. „Die Bettenzahl der Fachkliniken für Abhängige differiert stark. Kleinere Einrichtungen von 30-60 Betten sind vor allem in der Therapie jüngerer Abhängiger üblich. Sie bieten einen überschaubaren - quasi familiären - Rahmen und erleichtern dadurch die Entwicklung einer therapieförderlichen Atmosphäre. Zusätzlich ermöglicht dieser Rahmen eine bessere Kontrolle, was vor allem in der Drogentherapie wichtig ist.

Für die Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger gibt es Kliniken mit 50-100 Betten. Es haben sich jedoch auch größere Kliniken mit 100-200 Therapieplätzen bewährt. Sie können ökonomischer arbeiten, Spezialisierungen und Differenzierungen innerhalb der Klinik sind möglich, entweder durch die Einrichtung von Abteilungen für Abhängige mit speziellen Problembereichen oder durch problemzentrierte psychotherapeutische Gruppenangebote, die in der Therapiekonzeption vorgesehen sind.“ Größere Behandlungseinrichtungen können beispielsweise auf der Grundlage einer breiten personellen und technischen Ausstattung differenzierte Therapieangebote - entsprechend dem jeweiligen Schweregrad der verschiedenen Teilhabestörungen - anbieten. So sind die Konzepte größerer Behandlungseinrichtungen beispielsweise auch auf die Behandlung von Patienten mit psychischer oder psychiatrischer Co- bzw. Multimorbidität ausgerichtet. Darüber hinaus sollte bei einer indikationsbezogenen Entscheidung auch berücksichtigt werden, ob beispielsweise die (vorübergehende) Herausnahme aus einem pathogenen Milieu erforderlich ist. Auf der anderen Seite können auch Indikationskriterien im Einzelfall für eine regionale Behandlungseinrichtung sprechen (z. B. Behandlungskontinuität, Überschaubarkeit der Einrichtung).

Eine grundsätzliche Priorisierung des Kriteriums „Wohnortnähe“ hinsichtlich der Auswahl einer Fachklinik, ohne Berücksichtigung weiterer Faktoren, halten wir für unangemessen. Für entscheidend halten wir aus fachlicher Sicht auch, dass die Effektivität der Behandlungsangebote überprüft wird.

Entsprechende Bewertungen zur wohnortfernen oder wohnortnahen Behandlung sollten durch entsprechende katamnestische Untersuchungen empirisch überprüft werden. Darüber hinaus sollten auch die Befragungen zur Patientenzufriedenheit, die im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der RV-Träger erhoben werden, Berücksichtigung finden. Denn dort wird z.B. explizit danach gefragt, ob die Qualität und Auswahl der Einrichtung den Vorstellungen und Wünschen der Patienten entsprach.

Die Forderung der Projektgruppe Suchtbehandlung, die Verpflichtung zur Teilnahme an Effektivitätskontrollen zum Standard zu erheben (S. 585) unterstützt der Fachverband Sucht e. V. nachdrücklich. Ausgenommen werden sollten hier lediglich Fachkliniken für Drogenabhängige aufgrund der vorhandenen Besonderheiten (z. B. geringer Grad an Erreichbarkeit des Klientels, geringe Rücklaufquote von Fragebögen).

3.2 Leistungsformen (Stellungnahme Kapitel 4.2, S. 586 ff.)

Die Projektgruppe Suchtbehandlung behauptet, die stationäre Rehabilitation habe sich durch die Einführung der ambulanten Rehabilitation in der Form nicht geändert und es sei in den stationären Einrichtungen nicht zu einer Konzentration von Abhängigkeitskranken mit hohem rehabilitativen Bedarf gekommen. Der Fachverband Sucht e. V. teilt diese Auffassung nicht.

Vielmehr ist Folge der Einführung der ambulanten Rehabilitation im Jahre 1991, dass eine indikative Entscheidung getroffen wird, welches Behandlungssetting für den jeweiligen Patienten geeignet ist. Dies bedeutet, dass eine indikative Zuweisung entsprechend dem unterschiedlichen Schweregrad - orientiert an einem bio-psycho-sozialen Behandlungsmodell - erfolgt. Seit 1991 erleben wir eine deutliche Zunahme der ambulanten Rehabilitationsleistungen (2004: 12.308 ambulante Leistungen). Damit ist es zu einer Konzentration von Abhängigkeitskranken mit hohem rehabilitativen Bedarf im stationären Bereich gekommen. Dies wird durch Einschätzungen der Experten und Behandler bestätigt. Auch halten wir die pauschale Einschätzung, dass die gestiegenen Anforderungen durch gezieltere Nutzung vorhandener personeller Ressourcen und damit auch von Wirtschaftlichkeitsreserven der Einrichtung gewährleistet werden konnte, für problematisch. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die erheblich gestiegenen Anforderungen, die mit deutlichen Mehrleistungen der Mitarbeiter einhergehen (z. B. kürzere Behandlungszeiten und damit verbunden eine deutlich erhöhte Patientenzahl, eine Zunahme an Qualitätssicherungsaktivitäten und Dokumentationsleistungen sowie Veränderungen des Klientels). Verkürzte Darstellungen und Beurteilungen halten wir - unter Hinweis auf Belastungsgrenzen - an dieser Stelle nicht für hilfreich.

Im weiteren werden von der Projektgruppe Suchtbehandlung Vorteile einer kombinierten Behandlungsform (die angenommene therapeutische Beziehungskonstanz, Verkürzung kostenintensiver stationärer Rehabilitationsphasen, Erprobung stationär erworbener Bewältigungsmöglichkeiten im Arbeits- und Lebensalltag) hervorgehoben und postuliert, dass die „Kombi-Modelle“ sich bewährt hätten und bei den betroffenen Rehabilitanden eine hohe Akzeptanz erführen. (S. 587) Hierzu möchten wir aus fachlicher Sicht äußern, dass Kombinationsmodelle eine dritte Komponente der Rehabilitation Abhängigkeitskranker neben einer vorrangig ambulant bzw. stationär durchgeführten Rehabilitation darstellen, diese bewährten Behandlungsformen allerdings nicht ersetzen können. Entsprechende Indikationskriterien für Kombinationsbehandlung sind fachlich zu formulieren und empirisch zu überprüfen. Diese differentielle Indikationsstellung ist bereits jetzt für die teilstationäre Behandlung klärungsbedürftig. Der Effektivitäts- und Effizienznachweis von Kombinationsmodellen ist erst durch katamnestische Untersuchungen zu belegen, bevor von bewährten Behandlungsformen gesprochen und diese in die Regelversorgung aufgenommen werden können.

Von zentraler Bedeutung ist ferner, dass entsprechende Kombinationsmodelle klar strukturiert und überschaubar sein müssen. Nicht nur der Patient, sondern auch sein Arbeitgeber, seine Familien und Partner benötigen eine Transparenz des Vorgehens, dies schließt ein, den Aufenthaltsort zu einem gegebenen Zeitpunkt zu kennen. Auch verweisen wir darauf, dass die Abstimmungsprozesse im Rahmen der Kombinationsbehandlung mit einem erheblichen personellen Aufwand verbunden sind und im Rahmen von Kombinationsmodellen klar zu regeln ist, bei wem die jeweilige Fallsteuerung liegt.

Ambulante Einrichtungen, die sich an Kombinationsbehandlungsmodellen (medizinische Rehabilitation) beteiligen, müssen über eine entsprechende Anerkennung als ambulante Rehabilitationseinrichtung gemäß der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen verfügen.

3.3 Leistungsdauer (Stellungnahme 4.3, S. 588)

Vor dem Hintergrund der obigen Aussagen (s. 3.2) beurteilen wir es als problematisch, wenn im weiteren von der Projektgruppe Suchtbehandlung postuliert wird, dass sich „aus Sicht der Rentenversicherung insbesondere in dem Bereich der Flexibilisierung der stationären Behandlungsdauer und Ersetzung durch ambulante Rehabilitation noch Effizienzreserven zeigen.“ Statt von Effizienzreserven zu sprechen, geht es wohl eher um Einsparmöglichkeiten. Denn die Kenntnis von Effizienzreserven setzt voraus, dass die Kosten und Effektivität der verschiedenen Behandlungsformen vor dem Hintergrund einer Risikoadjustierung bekannt sind. Dies ist wie oben dargestellt nicht gegeben.

Aus Sicht des Fachverbandes Sucht sollte an der indikativen Zuweisung zu einem spezifischen Behandlungssetting festgehalten werden und diese Kriterien vor dem Hintergrund des jeweiligen Behandlungserfolges empirisch überprüft werden. Von daher kann nicht eine Behandlungsform - vor dem Hintergrund bestehenden Kostendrucks - durch eine andere ersetzt werden, da sich dies langfristig sicherlich auch nicht auszahlen würde, sich die Krankheitsverläufe verlängern würden und bestehende Qualitätsstandards aufgegeben würden. Auch bestehen bereits heute in den stationären Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke indikative Angebote (Kurzzeit-, mittelfristige, Langzeitbehandlung), welche ergänzt werden durch ambulante Nachsorge, Adaption, die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen.

Wir teilen die grundsätzliche Auffassung der Projektgruppe Sucht, dass jeder erkrankte Versicherte eine zu seinem definierten Störungsbild und zu seiner individuellen Situation passende optimale Rehabilitation erhalten solle. (S. 585) Modelle der Zeitbudgetierung haben sich auch aus Sicht der Behandler bewährt, denn diese eröffnen den Einrichtungen Möglichkeiten, die Reha-Leistung individuell und ohne großen Verwaltungsaufwand zu gestalten.

4. Schnittstellenproblematik (Stellungnahme Kapitel 7, S. 590 ff.)

In diesem Kapitel wird von der Projektgruppe Suchtbehandlung darauf hingewiesen, dass bestehende Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungsträgern und deren Institutionen durch Vereinbarungen und gemeinsam erarbeitete Verfahrensempfehlungen verringert werden können. Auch aus Sicht der Behandler ist hervorzuheben, dass die Übergänge zwischen den verschiedenen Schnittstellen der Behandlung und Behandlungsformen möglichst nahtlos erfolgen sollten. Dies erfordert beispielsweise die frühzeitige Bewilligung einer Adaptionsleistung oder von entsprechenden Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben inklusive entsprechender Regelungen hinsichtlich der Zuständigkeit der jeweiligen Leistungsträger.

5. Stärkung der Qualitätssicherung (Stellungnahme Kapitel 8, S. 591 ff.)

Der Fachverband Sucht e. V. verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm der RV-Träger bzw. der GKV Voraussetzung für die Belegung einer stationären Entwöhnungsbehandlung darstellt. Für den ambulanten Bereich ist ein entsprechendes Qualitätssicherungsprogramm in der Entwicklung. Darüber hinaus enthält die Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (bzw. deren Anlagen) entsprechende Vorgaben hinsichtlich der Anforderungen an die Strukturqualität von ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen. Auch sind Rehabilitationseinrichtungen dazu verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagementsystem vorzuhalten. Hierbei ist darauf zu achten, dass die eingesetzten Qualitätsmanagement-Verfahren entsprechende Anforderungskriterien erfüllen. Die Verbände der Leistungserbringer und der Leistungsträger sollten sich hinsichtlich der zugrunde zu legenden Kriterien, die Voraussetzung für die Anerkennung eines internen QM-Verfahrens bilden, miteinander abstimmen. Auf weitere Aspekte, die in diesem Kapitel benannt werden, wurde bereits eingegangen.

6. Evaluation und Forschung (Stellungnahme Kapitel 9, S. 594 ff.)

In diesem Zusammenhang verweisen wir darauf, dass der Fachverband Sucht e. V. klinikübergreifende Katamnesen von Fachkliniken für Alkohol/Medikamente seit dem Entlassjahrgang 1996 im jährlichen Turnus vorlegt. Entsprechende umfassende und flächendeckende Effektivitätsnachweise sollten auch für ambulante Rehabilitation sowie weitere Behandlungsformen vorgelegt werden. In diesen Katamnesen wird nicht nur die Abstinenz erhoben, sondern auch die Zufriedenheit mit relevanten Lebensbereichen zum Katamnesezeitpunkt, die Erwerbstätigkeit bzw. Erwerbslosigkeit zum Katamnesezeitpunkt oder Gründe für einen erneuten Suchtmittelkonsum. Wir stimmen mit der Projektgruppe Suchtbehandlung darin überein, dass es für die Weiterentwicklung der Rehabilitation Abhängigkeitskranker von Bedeutung ist, dass eine einheitliche Dokumentation und Evaluation in möglichst allen Behandlungseinrichtungen angewandt und zur Routine werden soll. Untersuchungen zur Wirksamkeit der einzelnen Behandlungsformen sollten Grundlage für die weitere Entwicklung des Behandlungssystems seiner ambulanten, teilstationären, stationären und kombinierten Bausteine sein.

Hinsichtlich des genannten Forschungsbedarfs ist der Fachverband Sucht e. V. gerne dazu bereit in Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung entsprechende Forschungsvorhaben zu entwickeln und zu diskutieren. Der FVS verweist auch darauf, dass verschiedene Forschungsvorhaben innerhalb seiner Mitgliedseinrichtungen durchgeführt werden, wie z. B.

- ARA-Projekt: Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (Henkel, Zemlin, Dornbusch, Sucht aktuell 2/2003, 1/2004, 1/2005)
- RMK-Projekt (in Zusammenarbeit mit der Abteilung Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung der Rehabilitation, Charité Berlin, Lehrstuhl Prof. Dr. Müller-Fahrnow)
- Evaluationsprojekt zur stationären Therapie für Drogenabhängige (in Zusammenarbeit mit und gefördert durch die der DRV Rheinland-Pfalz)

7. Schlusswort: Aufwendungen/Finanzierung (Stellungnahme Kapitel 11, S. 597 ff.)

Der Fachverband Sucht e. V. weist darauf hin, dass eine qualifizierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker eine adäquate Vergütung der Leistungen erfordert. Unabhängig davon, welche Art der Vergütung (tagessatzorientierte Finanzierung, Fallpauschalen, ergebnisorientierte Vergütung) Anwendung findet, ist eine adäquate Vergütung der Leistungen Voraussetzung dafür, dass Planungssicherheit besteht, Innovationsfähigkeit der Einrichtungen erhalten bleibt und eine angemessene Bezahlung der Mitarbeiter sichergestellt ist.

Klinikübergreifende Berechnungen der Vergütungssätze des FVS der Jahre 1996 -2005 zeigen eindeutig, dass die Entwicklung der Vergütungssätze deutlich unter den Steigerungen des Preisindex und den Gehaltsentwicklungen im öffentlichen Dienst in diesem Zeitraum liegt. Will man zukünftig die Qualität der Behandlung erhalten, so ist eine deutliche Abkehr von der Preispolitik der letzten Jahre durch die Rehabilitationsträger erforderlich. Auch für ambulante Rehabilitationsleistungen ist eine Anhebung der Vergütungssätze - wie sie bereits in den vergangenen Jahren von den Suchtverbänden gefordert wurde - notwendig.

Adresse:

Fachverband Sucht e. V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Tel.: 0228-261555
Fax: 0228-215885
Email: sucht@sucht.de
Internet: www.sucht.de