

Planung und Steuerung der medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Versorgungssystemforschung

Werner Müller-Fahrnow, Karla Spyra, Thomas Hansmeier

1. Zum Stand der Struktur-Diskussion in der Suchtkrankenhilfe

Die Begriffe Planung und Steuerung nehmen in der gegenwärtigen Diskussion über Entwicklungsperspektiven der Suchtkrankenhilfe einen zentralen Platz ein⁽¹⁾. Fast scheint es, als hätte man mit ihnen die „Zauberformel“ zur Lösung aller Probleme in der Diskussion um die knapper werdenden Ressourcen des Sozialstaates entdeckt⁽²⁾. Die Begriffe „an sich“ beschreiben jedoch zunächst Funktionen, deren Sinn oder Unsinn sich häufig erst aus der konkreten inhaltlichen Zuschreibung ergibt. Extreme Beispiele einer „fehlgeleiteten“ Planung und Steuerung finden sich so beispielsweise in der Ausgrenzung und Etikettierung von Suchtkranken als Asoziale in der ehemaligen DDR, aber auch schon früher in den Gesetzen zur sozialhygienischen „Säuberung“ während des Dritten Reiches. Eine zentrale Frage ist auch die Konkretisierung des Organisationskonzepts. Jüngstes historisches Beispiel für eine extreme Entwicklung ist hier die Verabsolutierung des Planungsgedankens in Form der sozialistischen Planwirtschaft. Planung und Steuerung sind also keine Werte an sich. Sollen sie nicht zum „technokratischen Selbstzweck“⁽²⁾ verkommen, ist eine Präzisierung in verschiedenen Dimensionen notwendig. Sie beginnt mit einem Konsens über die angestrebten Ziele und erwünschten Werte. Zur Erfüllung der inhaltlichen Vorstellungen sind funktionale Abgrenzungen u.a. dazu zu treffen, wer plant/steuert was mit welchen Instrumentarien und damit welcher „Organisationsphilosophie“? Damit eröffnet sich ein weites Feld, welches auch die gegenwärtige Diskussion im Bereich der Suchtkrankenhilfe bestimmt. Themen sind dabei vor allem die rechtlichen und institutionellen Ausgestaltungen von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Die Zieldiskussion verkürzt sich auf die Forderung nach Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung, wobei in diesem Bereich ein erheblicher Forschungsbedarf gesehen, jedoch im einzelnen nicht weiter thematisiert wird.

Zur strukturellen Neuorganisation der institutionellen Zuständigkeiten wurde kürzlich von der DHS (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren) der Entwurf für ein *Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe* vorgelegt. Es enthält im wesentlichen 2 Reformvorschläge mit dem Ziel einer stärkeren Regionalisierung von Planung und Steuerung: Künftig soll von den Bundesländern als übergeordnete Planungsregionen ausgegangen werden, die sich ihrerseits nochmals in

kleinere kommunale „Versorgungsregionen“ untergliedern sollen. Als zentrale Instanzen sind „Arbeitsgemeinschaften unter Federführung der Sozialminister der Länder“ [(3) S. 13] vorgesehen. Zur Regelung der finanziellen Verantwortlichkeit wird mit Bezug auf ein Urteil des BSG (Bundessozialgerichtshof) von 1978 eine einheitliche Leistungsträgerschaft in der Suchtkrankenhilfe gefordert. Zumindest soll eine Leistungsvereinbarung getroffen werden, die „beinhaltet, dass derjenige Leistungsträger, bei dem der Abhängigkeitskranke zuerst Hilfen beantragt..., die notwendigen Massnahmen durchführt und als Vorleistung finanziert.“ [(3,) S. 11]

Einen zweiten zentralen Diskussionspunkt bilden z.Zt. – nicht nur in der Suchtkrankenhilfe – die jüngsten gesetzgeberischen Eingriffe in die Rehabilitation, hier in Form des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG). Zu den Auswirkungen dieser Eingriffe auf die Versorgungsqualität in der Suchtkrankenhilfe wurden erste Studien vorgelegt. Auf einige versorgungsepidemiologische Implikationen wird in dem folgenden Beitrag eingegangen. Vor dem Hintergrund der aktuell in der Suchtkrankenhilfe geführten Weiterentwicklungsdiskussion zu Struktur- und Forschungsdefiziten werden in dem Beitrag einige grundlegende Probleme der Planung und Steuerung in der medizinischen Rehabilitation aufgegriffen. Das besondere Interesse gilt dabei versorgungsepidemiologischen Erkenntnissen. Die Ausführungen verstehen sich primär als methodischer Beitrag zur Organisations- und Qualitätsentwicklung in der medizinischen Rehabilitation im allgemeinen und in der Suchtkrankenhilfe im besonderen. Die Übertragung von versorgungsepidemiologischen Erkenntnissen aus anderen Versorgungsbereichen der medizinischen Rehabilitation auf die Sucht stellt dabei einen weiteren Entwicklungsschritt dar, der zusätzlicher Forschung bedarf, die an dieser Stelle bisher nicht geleistet werden konnte.

2. Versorgungssystemforschung – wesentliche Voraussetzung für die Planung und Steuerung

Eine wesentliche Voraussetzung für eine wirksame Gestaltung von Planung und Steuerung ist die empirisch begründete Versorgungssystemanalyse. In Frage kommen hier sowohl makro- wie auch mikroanalytische Untersuchungsansätze. Während auf der Makro-Ebene die Leistungen des gesamten Systems, hier der Suchtkrankenhilfe, wie sie im Zusammenspiel aller Institutionen erbracht werden, thematisiert werden, gilt der mikroanalytische Ansatz vorrangig der Aufklärung von Zusammenhängen, die auf der Ebene individueller Verhaltensaspekte wirksam werden. Forschungsbedarf ist für beide Dimensionen – und hier nicht nur im Bereich der Sucht-Rehabilitation, sondern darüber hinaus indikationsübergreifend in der gesamten Rehabilitation – zu konstatieren. So wurden bereits von der Enquete-Kommission wesentliche Forschungsdefizite in der Rehabilitation beklagt

[(5),S. 38]. Auch in dem DHS-Konzept heißt es: „In Deutschland ist nach wie vor von einem Forschungsrückstand ... auszugehen ... Von besonderer Relevanz ... sind unter anderem die ... Bedarfsermittlung ... sowie die Behandlungsforschung. Insbesondere die Evaluationsforschung als Erfolgsbewertung einzelner Interventions- und Hilfeformen könnte dazu beitragen, ... einen bedarfsgerechten Ressourceneinsatz zu fördern.“ [(3), S. 10]

Mit diesen Einschätzungen fällt das beklagte Forschungsdefizit letztlich auf die eigene Arbeit von Expertenkommissionen, wie der Enquete-Kommission oder der DHS zurück: Denn wenngleich deren theoriegeleiteten und auf Expertenwissen gegründeten Überlegungen und Ergebnisse einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklungsdiskussion im medizinischen Reha-System bzw. der Suchtkrankenhilfe geleistet haben, ermangelt es ihnen dennoch an einer eingehenden empirischen und epidemiologischen Fundierung wie auch einer wissenschaftlichen Überprüfung ihrer Annahmen. Angesichts der gravierenden Strukturkritik an dem System der Rehabilitation, dem erheblichen Leistungsvolumen der Rehabilitation und nicht zuletzt den enormen finanziellen Aufwendungen nimmt es wunder, dass bisher vergleichsweise geringe Bemühungen unternommen wurden, das rehabilitative Versorgungssystem wissenschaftlich zu fundieren. Zu dieser Bewertung gelangte in einer kritischen Bestandsaufnahme zur Situation der Rehabilitationswissenschaften in der Bundesrepublik Deutschland auch eine Gruppe von Rehabilitationswissenschaftlern im April 1993⁽⁴⁾. Ein positiver Forschungsbedarf findet sich insbesondere „...dort, wo Entscheidungen mit großer Tragweite getroffen werden müssen, ohne dass derzeit eine ausreichende Wissensbasis zur Absicherung dieser Entscheidungen verfügbar ist“⁽⁴⁾. Eine Bestätigung, gleichzeitig aber auch ein erstes Signal zur Überwindung des in der Expertise festgestellten Forschungsdefizits findet sich in der Einrichtung des Förderschwerpunktes „Rehabilitation“⁽¹⁵⁾, sowie in der Ankündigung zu einem weiteren Förderschwerpunkt „Sucht“ aus der 2. Hälfte des Jahres 1999.

Im Hinblick auf die Reha-Systemkritik im allgemeinen und die Strukturkritik in der Suchtkrankenhilfe im besonderen wird ein vordringlicher Forschungsbedarf gesehen in bezug auf die Stufung und Schnittstellen der Rehabilitation, Bedarfsentwicklung und Versorgungsmodelle, Zugang zu Rehabilitationsleistungen sowie der Reha-Bedürftigkeit in der Bevölkerung. Erste versorgungsepidemiologische Antworten auf diese Fragen konnten gerade in letzter Zeit in einigen Untersuchungen vorgelegt werden; an weiteren wird im Rahmen verschiedener Projekte (u.a. im Förderschwerpunkt „Rehabilitation“) gearbeitet. Die gewonnenen Erkenntnisse beziehen sich besonders auf die vorrangig strukturbezogenen Probleme, die in einem makroanalytischen Ansatz untersucht werden können. Darauf soll zunächst im folgenden eingegangen werden.

3. Makroanalytische Fakten zur Versorgungsorganisation und -qualität der Sucht-Rehabilitation

3.1. Versorgungsepidemiologische Ergebnisse zur Regionalisierung

Aus makroanalytischer Sicht wird untersucht, welche empirischen Erkenntnisse zur Versorgungssituation in der Sucht-Rehabilitation vorliegen und welche Entwicklungsaufgaben sich daraus ableiten lassen. Dabei wird auch auf Ansätze zurückgegriffen, die sich auf die medizinische Rehabilitation insgesamt beziehen, jedoch aus methodischer Sicht von Erkenntnisinteresse für den Suchtbereich sind. Der makroanalytische Denkansatz liegt letztlich auch den bereits genannten Reformvorschlägen der DHS für die Suchtkrankenhilfe zugrunde. In der Argumentation zugunsten einer verbesserten Planung und Steuerung geht die DHS wesentlich von der Feststellung aus, dass es in der Suchtkrankenhilfe sowohl in der Planung wie auch in der Steuerung der Angebote eine zu grosse Vielfalt der Zuständigkeits- und Verantwortungsregelungen gäbe. Zur Begründung wird auf eine Einschätzung der Expertenkommission des Modellprogramms der Bundesregierung zur Umsetzung der Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete verwiesen, nach der „nach wie vor... strukturelle Defizite des Versorgungssystems für Abhängigkeitskranke“ [(3), S. 12] bestehen. Diese strukturellen Defizite seien u.a. durch die Vielfalt der Kosten- und Leistungs- sowie der Einrichtungs- und Maßnahmeträger bedingt.

Die Problematik, die sich mit der Zielstellung des DHS-Papiers im Hinblick auf eine Partikularisierung des Versorgungssystems Suchtkrankenhilfe verbindet, wird besonders deutlich, wenn man berücksichtigt, dass sich die von der DHS aufgegriffenen Probleme in ähnlicher Weise für das Gesamtsystem der Rehabilitation stellen. So ist die rehabilitative Praxis insgesamt zunehmend durch Prozesse der Differenzierung und Spezialisierung mit der Folge einer strukturellen Diversifikation gekennzeichnet. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach der Funktionalität des Rehabilitationssystems auch in anderen Bereichen. Grundlegende Analysen zu Defiziten im System der Rehabilitation sind bereits 1990 von der Enquete-Kommission zur „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ sowie vom Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vorgelegt worden. Im Ergebnis der Bestandsaufnahme zu den „Allgemeinen Defiziten“ heißt es im Bericht der Enquete-Kommission abschließend:

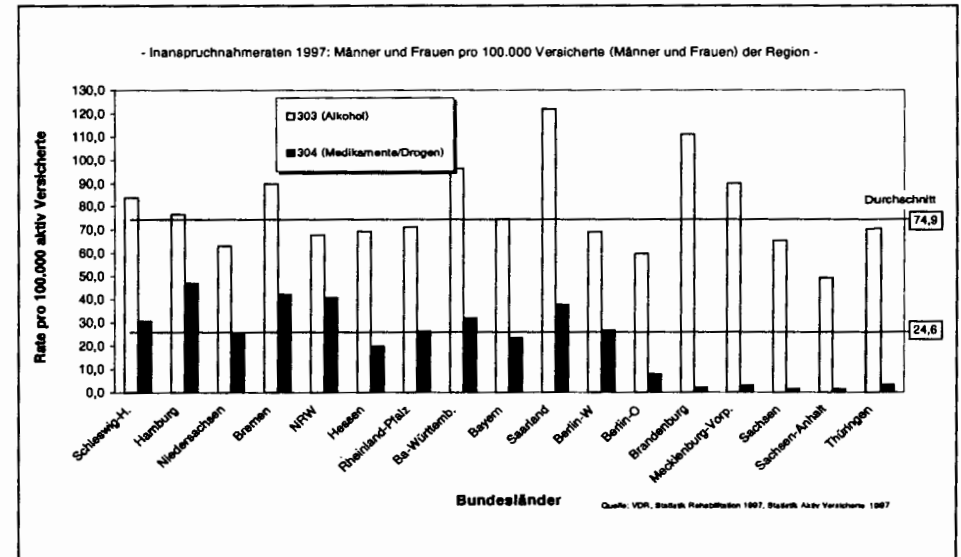
„Faßt man die Kritik am derzeitigen Zustand der Rehabilitation zusammen, dann läuft sie auf eine zu starke Zentralisierung und Institutionalisierung der Rehabilitation in überörtlichen Einrichtungen ... hinaus.“ [(5), S. 42] Weiter wird auf Wissenschafts- und Forschungsdefizite der Rehabilitation hingewiesen. [(5), S. 38ff.] „Insgesamt wird ein Auseinanderfallen von Konzeption bzw. Theorie der Rehabilitation und deren praktischer Umsetzung konstatiert. Während die Theorie sich durch

eine ganzheitliche Betrachtungsweise auszeichnet, folgt die Praxis zerstückelten Zuständigkeiten...“ [(5), S. 42]

Diese Kritik entspricht dem Ergebnis der DHS zur „Bestandsaufnahme“ in der Suchtkrankenhilfe. Es wird deutlich, dass die generelle Kritik am derzeitigen Reha-System wesentlich zwei Ebenen berührt, die in weitergehenden empirischen Analysen unterschieden werden müssen: Zum einen geht es um die – in ihren Rahmenbedingungen sozialrechtlich begründeten – institutionellen und strukturellen Faktoren und zum anderen um die Inhalte und Praxisfelder des Rehabilitationssystems. Zwischen diesen beiden Ebenen werden Interdependenzen angenommen. Aus Sicht der Versorgungssystemforschung sollten strukturelle Regulationen aus den vorgefundenen empirischen Sachverhalten zur konkreten Versorgungssituation und einer theoretisch begründeten Modellierung der Versorgungsorganisation abgeleitet werden. Das setzt eine Analyse der entsprechenden Fakten voraus.

Aus makroanalytischer Perspektive läßt sich zunächst eine starke regionale Differenzierung der nachgefragten Entwöhnungsbehandlungen konstatieren. (Abb.1) Gerade bei sehr niedrigen regionalen Inanspruchnahmeraten, wie sie sich zur Zeit empirisch nachweisen lassen, erscheint es schwierig, bei einer Regionalisierung der Planung und Steuerung nach dem Konzept der DHS die auch von dieser konstatierte Versorgungsqualität, die auch „im internationalen Vergleich als hochentwickelt angesehen werden kann“ [(3), S. 12], aufrecht zu erhalten. Die Spezifizierung der Angebote zur Suchtkrankenhilfe – bis hin zur Forderung nach Indivi-

Abb. 1: Regionale Verteilung (Wohnort) der RV-Rehabilitanden mit den Erstdiagnosen 303 und 304



dualisierung – ist ein wesentliches Grundprinzip in diesem Bereich. Die Forderung, „Planung muß sich von den vorhandenen Einrichtungen lösen“ [(1), S. 193], erscheint vor diesem Hintergrund problematisch.

Die vom Fachverband Sucht unlängst veröffentlichten „Grundprinzipien und Leitlinien zur Prävention und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen“ (7) eröffnen einen anderen methodischen Zugang zur Weiterentwicklung in der Suchtkrankenhilfe. Hier werden aus inhaltlich-methodischer Sicht Grundprinzipien definiert, die als Handlungsorientierung in diesem Bereich dienen können. Institutionelle und organisatorische Konsequenzen sind hier inhaltlichen Bestrebungen nachgeordnet. An dieser Stelle interessiert in Auseinandersetzung mit den institutionellen Reformvorschlägen der DHS die versorgungsorganisatorische Würdigung des etablierten Systems der Suchtkrankenhilfe. So heißt es mit Bezug auf die Angebotsvielfalt in diesem Bereich [(7), S. 5]: „Standardbehandlungspläne werden zunehmend durch variable Gesamtrehabilitationspläne bzw. individualisierte Rehabilitationspläne abgelöst. Darüber hinaus werden differenzierte und spezialisierte Angebote für Subgruppen mit speziellen Problemstellungen in Einrichtungen vorgehalten. Beispiele hierfür sind differenzierte Rehabilitationsprofile für Patienten/innen mit Komorbidität, stark chronifizierte Patienten, Medikamentenabhängige, körperlich geschädigte Abhängigkeitskranke, Frauen oder bestimmte Altersgruppen (z. B. Jugendliche, Senioren). Für verschiedene indikative Bedingungen wurden darüber hinaus differentielle Reha-Konzepte für die Behandlung entwickelt ... Sie verkörpern unter Berücksichtigung von Ergebnisparametern eine erfolgreiche und flexible Ausgestaltung der allgemeinen Behandlungsgrundsätze von biopsychosozialer Ganzheitlichkeit, Interdisziplinärität, Stärkung der Selbstheilungskräfte u. a.“ Andererseits wird konstatiert: „Forderungen nach einer möglichst gemeindenahen stationären Behandlung können nicht durch empirische Studien gestützt werden. Im Unterschied dazu ist die Effektivität der bestehenden stationären Angebote in Fachkliniken mit übergreifendem Einzugsgebiet durch zahlreiche Evaluationsstudien nachgewiesen.“ [(8), S. 35]. Grundlage für eine fachlich orientierte Indikationsentscheidung hinsichtlich der Auswahl einer Einrichtung sollte nach diesen Vorstellungen die Behandlungsqualität sein. Konzeptionelle Kontinuität über die verschiedenen Beratungs- und Behandlungsangebote hinweg soll Doppelbetreuung oder Verluste minimieren. Auch in diesem Bereich wird in den Empfehlungsvereinbarungen der Leistungsträger im Suchtbereich (ambulante Sucht und Entgiftung bzw. Entwöhnung) eine geeignete Organisationsgrundlage gesehen [(7), S. 10].

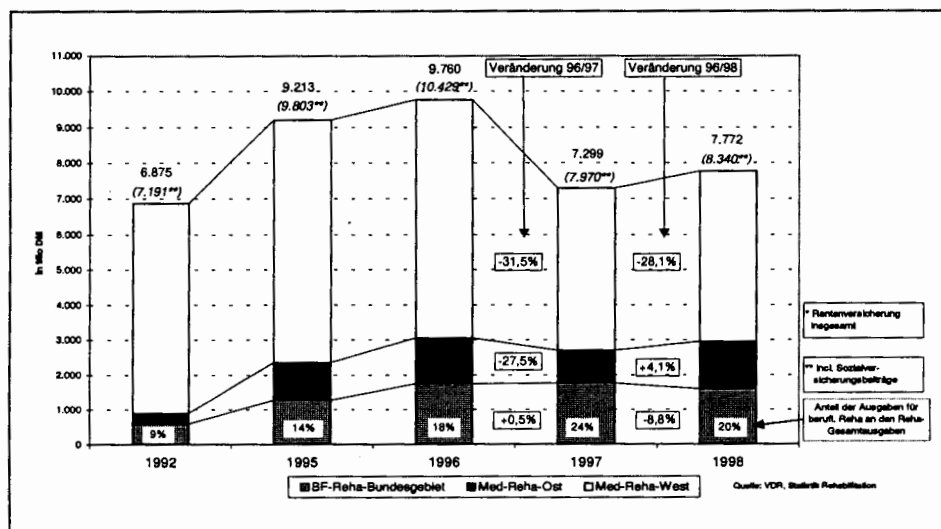
Es bleibt also festzustellen: Aus makroanalytischer Perspektive gibt es keine empirischen Belege dafür, dass eine regionale Organisation der Planung und Steuerung die Versorgungsqualität verbessern könnte. Es gibt jedoch empirische Hinweise für eine Gefährdung von Teilen der bisherigen Versorgungsqualität – wenn die gemeindenahere Versorgung zum ausschließlichen Organisationsprinzip werden würde. Weiterhin gibt es empirische Hinweise dafür, dass das Konzept der gemeindenahen Versorgung bereits heute durchaus Realität ist. Dies zeigt sich u.a. an der progressiven Entwicklung der ambulanten Rehabilitation.

3.2 Auswirkungen des WFG auf die Leistungs- und Kostenentwicklung in der medizinischen Rehabilitation und in der Sucht-Rehabilitation

Ebenfalls aus makroanalytischer Sicht soll im folgenden noch auf einen weiteren Diskussionspunkt zu einer möglichen Organisationsreform in der Suchtkrankenhilfe eingegangen werden. Es geht um die Frage, ob es im wirtschaftlichen und rechtlichen Bereich Entwicklungen gegeben hat, für die sich empirische Hinweise finden lassen, die als eine Gefährdung der weiteren bedarfsadäquaten Funktion der bestehenden Strukturen gedeutet werden können. Mit Bezug auf zentrale Punkte, wie sie z. Z. in der Rentenversicherung diskutiert werden, sei dabei auf aktuelle Veröffentlichungen verwiesen⁽⁹⁾. Es geht hier u.a. um folgende Fragen: Umstellung der Finanzierung im Suchtbereich auf einheitliche Klinikbudgets; Überarbeitung der Empfehlungsvereinbarungen Sucht durch Aufnahme teilstationärer Angebote, Präzisierung interdisziplinärer Aufgabenstellungen, Klärung der Kostenübernahme bei Entgiftung und Entwöhnung, Berücksichtigung nichtstoffgebundener Süchte und Substitutionsbehandlungen; Auswirkungen des Psychotherapeutengesetzes und des „Gesetzes zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte“ (ab 01.01.1999 in Kraft); Reformen des Rehabilitationsrechts bzgl. Zuzahlungen, Regelverweildauer und Wiederholungsintervallregelungen sowie zur Lockerung des Rehabilitationsbudgets für einzelne Leistungsarten und nicht zuletzt Kodifizierung des Rehabilitationsrechts in einem neunten Buch des Sozialgesetzbuches.

Die genannten Punkte befinden sich teilweise noch in der Diskussion, so dass die Ableitung entsprechender Schlussfolgerungen für eine mögliche Organisationsreform verfrüht wäre. Gleichzeitig gilt hier – wie auch mit Bezug auf bereits stattgehabte Veränderungen –, dass der versorgungsanalytische Nachweis von institutionell verursachten Defiziten entsprechende Veränderungen begründen sollte. Hier liegen jedoch z. Z. keine Erkenntnisse vor. Etwas anders stellt sich die Frage nach den Auswirkungen des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) auf die Rehabilitation im allgemeinen und die Sucht-Rehabilitation im besonderen. Hier haben Budgetkürzungen und gesetzliche Struktureingriffe stattgefunden, zu deren Auswirkungen auch erste versorgungsanalytische Ergebnisse – hier wiederum auf der Makroebene – vorliegen. Sie sollen im folgenden kurz dargestellt werden. Zunächst zu versorgungsepidemiologischen Erkenntnissen aus der Rehabilitation insgesamt. Der methodische Ansatz wird später – soweit entsprechende empirische Daten verfügbar sind – auf die Sucht-Rehabilitation übertragen.

Abb. 2: Entwicklung der Reha-Ausgaben der Rentenversicherung (RV*) vor und nach dem WFG



Mit dem WFG, das 1996 verabschiedet wurde und ab 1997 in Kraft trat, wurden die Ausgaben der Rentenversicherung im Bereich der Rehabilitation auf das Niveau von 1993 eingefroren. Das bedeutete – gemessen an dem bereits 1995 erreichten Niveau – erhebliche Leistungseinschränkungen, die sich besonders auf die medizinische Rehabilitation in den alten Bundesländern erstrecken sollten, wohingegen die gesamte Rehabilitation in den neuen Bundesländern und die berufliche Rehabilitation von den Einsparungen nach dem Willen des Gesetzgebers ausgeschlossen werden sollten. Im Ergebnis wurden bereits 1996 – nach Verabschiedung des Gesetzes – verstärkt jedoch im Jahre 1997, erhebliche Antragsrückgänge in der medizinischen Rehabilitation beobachtet. Im Jahre 1998 kam es zwar zu einem leichten Wiederanstieg, jedoch nicht auf das Niveau von 1995. Empirisch läßt sich diese Entwicklung unter Heranziehung der Ausgabenentwicklung im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) für die einzelnen Bereiche vor bzw. nach dem WFG reproduzieren (Abb. 2). Diese Globalzahlen lassen Versorgungsdefizite vermuten, so dass die Untersuchung der Auswirkungen des WFG auf die Versorgungsqualität eine besonders wichtige Aufgabe für die Rehabilitationswissenschaften in der Zukunft darstellt.

Auf der Makro-Ebene sind aus dem einfachen Zeitreihenvergleich lediglich Hypothesen zu unerwünschten Selektionseffekten als Folge des WFG ableitbar – etwa in Richtung auf das Ausbleiben von Antragstellungen bei sozial Schwa-

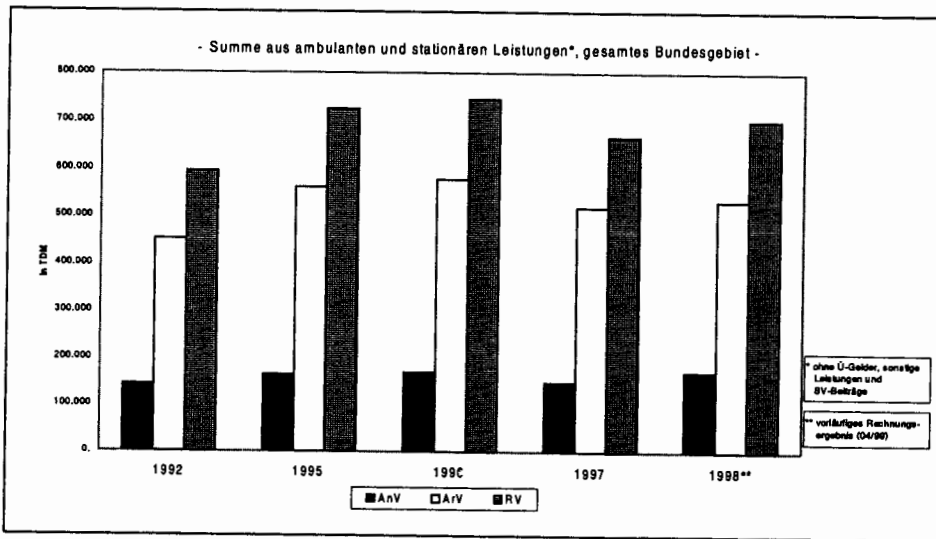
chen, d. h. in der Regel nicht so mobilen, aber gesundheitlich stark beeinträchtigten Versicherten. Unter dem Aspekt einer Bewertung möglicher Einbußen an Versorgungsqualität stellen sich weitere Fragen, u.a.: Können bewährte Qualitätsstandards der Rehabilitation – wie die biopsychosoziale Ausrichtung der gesamten Behandlung – unter den veränderten Eingangsbedingungen aufrechterhalten werden? Zur Klärung dieser Fragen sind weiterführende reha-wissenschaftliche Untersuchungen notwendig, die sich insbesondere auf die Reha-Bedürftigkeit bzw. den -Bedarf richten müssen. Auf diese Fragen wird später noch näher eingegangen.

Wie stellt sich die Situation nun im Suchtbereich dar? Welche Auswirkungen hatte das WFG auf die Leistungsentwicklung in diesem Bereich?

Zunächst soll – ähnlich wie für die medizinische Rehabilitation insgesamt – auf der makroanalytischen Ebene untersucht werden, wie sich die Einsparzwänge auf die – an den Ausgaben gemessene – Entwicklung der Entwöhnungsbehandlungen Abhängigkeitskranker ausgewirkt haben. Die Analyse zeigt, dass es im Suchtbereich im Jahre 1996 zu einem weiteren – allerdings schwach ausgeprägten – Anstieg der Ausgaben gekommen ist, wobei diese Bilanz die Summe aus ambulanten und stationären Leistungen der Rentenversicherung (RV) im gesamten Bundesgebiet umschließt und insbesondere durch entsprechende Zuwächse in der Arbeiterrentenversicherung (ArV) geprägt wurde (Abb. 3). Obwohl es im Jahre 1997 dann zu einem Rückgang der Ausgaben kam, fiel dieser wesentlich geringer aus als im Bereich der medizinischen Rehabilitation insgesamt. Auch im Suchtbereich kam es im Jahre 1998 zu einem Wiederanstieg der Ausgaben, womit dann fast das Niveau des Jahres 1995 erreicht wurde. Gemessen am Jahr 1992 fand sich sogar ein Zuwachs von knapp 20 Prozent.

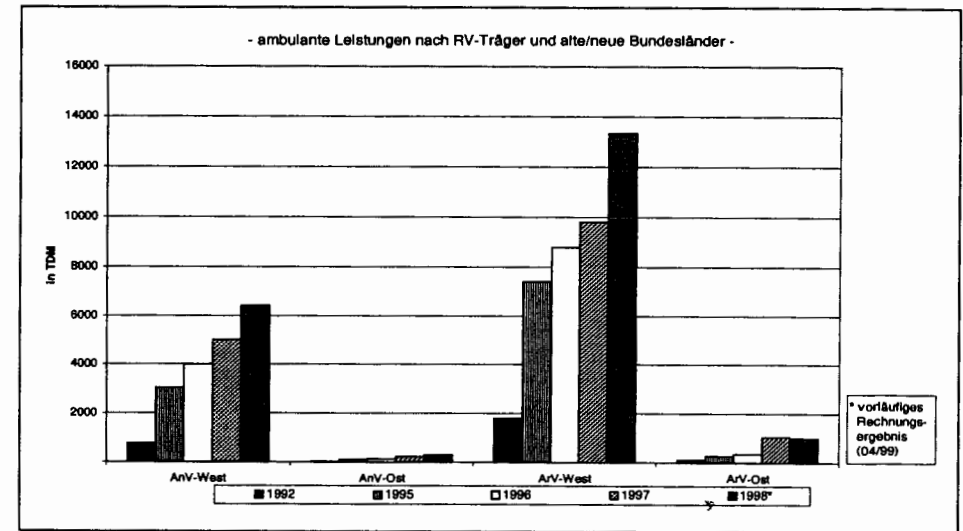
Die Analyse der Ausgabenentwicklung der Rentenversicherung für Abhängigkeitskrankungen zeigt also, dass dieser Bereich in finanzieller Hinsicht auf der Makroebene von den globalen Auswirkungen des WFG kaum betroffen war. Die Ausgabenstatistik der GRV erlaubt noch eine weitere Vertiefung der Analyse: Betroffen von den leichten Rückgängen in der Reha-Ausgabenentwicklung im Jahre 1997 waren zum einen nur die im stationären Sektor erbrachten Leistungen (Abb. 4), wohingegen es bei den ambulanten Massnahmen (Abb. 5) sogar (über den gesamten Beobachtungszeitraum von 1992 bis 1998) zu einem ausgeprägten Anstieg kam. Auch bei den stationären Leistungen waren nicht alle Regionen gleichermaßen von dem 1997 beobachteten Rückgang betroffen – in den neuen Bundesländern kam es auch hier (über den gesamten Beobachtungszeitraum) zu einem weiteren Zuwachs (Abb. 4).

Abb. 3: Entwicklung der Reha-Ausgaben der Rentenversicherung für Abhängigkeitserkrankungen



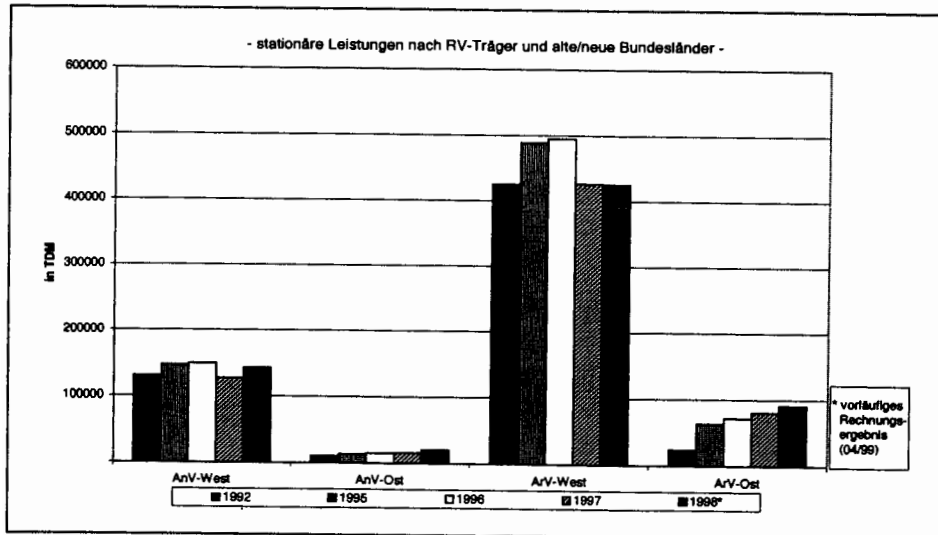
Quelle: VDR, Statistik Rehabilitation

Abb. 5: Entwicklung der Reha-Ausgaben der Rentenversicherung für Abhängigkeitserkrankungen



Quelle: VDR, Statistik Rehabilitation

Abb. 4: Entwicklung der Reha-Ausgaben der Rentenversicherung für Abhängigkeitserkrankungen



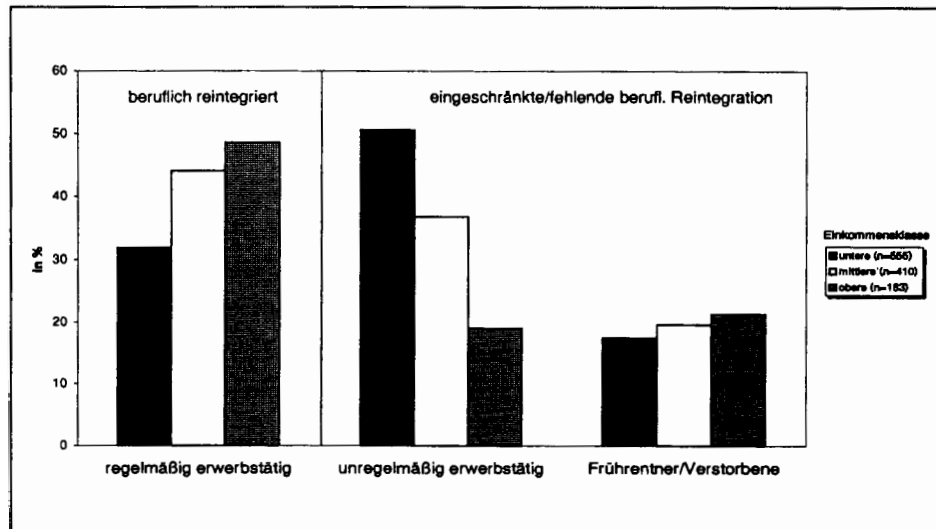
Quelle: VDR, Statistik Rehabilitation

3.3 Determinanten der Ergebnisqualität auf der Makroebene

Die genannten Ergebnisse, welche auf der makroanalytischen Ebene für das gesamte Bundesgebiet und die gesamte Rentenversicherung in einem einfachen Zeitreihenmodell reproduziert werden konnten, lassen also für den Suchtbereich eine deutlich andere Dynamik der Ausgabenentwicklung erkennen als bei den übrigen medizinischen Rehabilitationsmassnahmen. Hieraus lassen sich keine Hinweise auf eine substantielle Leistungsreduktion in der Suchtrehabilitation ableiten. Die vorgestellten Analyseergebnisse lassen allerdings noch keinen Rückschluss auf die Qualität der erbrachten Leistungen zu. Im Suchtbereich wurden hier wiederholt Befürchtungen über mögliche Qualitätseinbußen geäußert, die sich aus folgenden – finanziell nicht ohne weiteres messbaren – Veränderungen im Zuge des WFG ergeben könnten: Veränderung der Zugangskriterien, u. a. durch restriktivere Bedingungen für Wiederholer; Übergang zur verstärkten Durchführung ambulanter anstelle von stationären Massnahmen und stärkere Nutzung von Kurzzeittherapien. Aus den genannten Veränderungen werden negative Effekte auf den Behandlungserfolg erwartet.

An dieser Stelle verdient eine gerade vorgelegte Studie besondere Anerkennung⁽¹⁰⁾. Grundlegende Fragestellungen zur Versorgungsqualität werden hier empirisch untersucht. Angesichts der Fülle möglicher Effekte des WFG auf die Versorgungsqualität der Rehabilitation (s.o.) war die Studie explizit darauf ausgerichtet, „von den zahlreichen möglichen Auswirkungen der Spargesetze auf die Rehabilitation Suchtkranker ... auf mögliche Selektionseffekte und besonders auf die Verkürzung der stationären Verweildauer“ [(10), S. 30] abzuheben. Insgesamt kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass sich die durch das WFG induzierte Therapiezeitverkürzung negativ auf den Behandlungserfolg auswirkt. Der Studie gebührt das besondere Verdienst, der Diskussion zur Versorgungsqualität einen empirischen Zugang eröffnet zu haben, wie auch wesentliche Impulse für die konzeptionelle und methodische Diskussion eröffnet zu haben. Gleichzeitig wirft sie jedoch Fragen im Hinblick auf die Übertragbarkeit der für eine einzelne Einrichtung gewonnenen Ergebnisse auf das gesamte Feld der Planung und Steuerung auf. Ebenso ergeben sich interessante methodische Fragen im Hinblick auf: 1) über die Behandlungsdauer hinausgehende Kriterien der Prozeßqualität, 2) die Reproduzierbarkeit der Eingangsbedingungen bspw. in multizentrischen Studien und 3) „konkurrierende“ Bedingungsgrößen für das verwendete outcome-Kriterium der Abstinenz. Vor diesem Hintergrund werden im folgenden einige weiterführende Überlegungen mit Bezug auf bereits vorliegende empirische Untersuchungsergebnisse bzw. methodische Ansätze diskutiert.

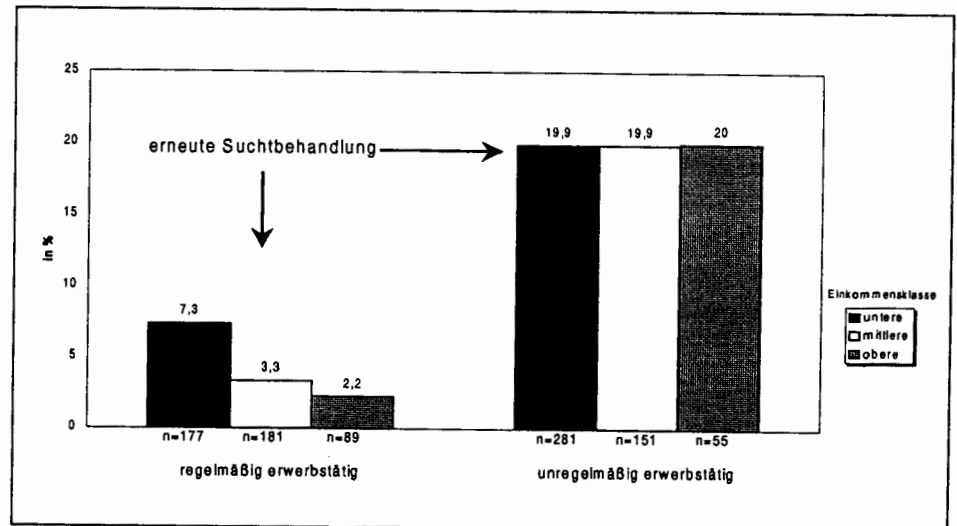
Abb. 6: Soziale Ungleichheit und berufliche Reintegration bei Alkoholkranken innerhalb von 5 Jahren nach der Rehabilitation 1986-1988



Quelle: 20%-Stichprobe der RRV-Datei (BfA) 1986-1993

Die Wirksamkeit der Behandlung wird in der Studie wesentlich auf Basis des Abstinenzkriteriums sowie der Patientenangabe zur „Zufriedenheit mit Lebensbereichen“ gemessen. Abstinenz und Lebenszufriedenheit sind jedoch nicht unabhängig von den sozialen und beruflichen Umfeldbedingungen. So ist bspw. in einer früheren empirischen Untersuchung^(6,11) an einer repräsentativen Stichprobe für die Angestellten der Bundesrepublik Deutschland nachgewiesen worden, dass sich sowohl (lange) Arbeitslosigkeit wie auch ein lückenhafter Erwerbsverlauf – als Indikator für eine instabile berufliche Situation – negativ auf den Rehabilitationserfolg, gemessen an der geglückten beruflichen Reintegration, auswirken. Auch neuere Ergebnisse aus dem Bereich der Angestelltenversicherung bestätigen, dass der Rehabilitationserfolg nicht von den sozialen Umfeldbedingungen – hier gemessen an der Sozialschichtzugehörigkeit (Abb. 6) sowie der regelmäßigen Erwerbstätigkeit (Abb. 7) – zu trennen ist, wobei als Erfolgskriterium die berufliche Integration bzw. die erneut notwendig werdende Entwöhnungsbehandlung herangezogen wurden. Der empirisch nachgewiesene Einfluß des sozialen Umfeldes auf den Erfolg der Rehabilitation sollte insbesondere dann methodisch berücksichtigt werden, wenn – wie in der o.g. Studie – Bewertungen im Zeitvergleich vorgenommen werden, für die von gravierenden Veränderungen ausgegangen werden kann. So hat sich die soziale Gesamtsituation in Ost- bzw. Westdeutschland für die gewählten Vergleichszeiträume von 1989-1996 einerseits bzw. von 1997 andererseits erheblich verändert. Man denke hier nur an die deutsch-deutsche Vereinigung mit ihren tiefgreifenden Auswirkungen auf die gesellschaftlichen Werte und Strukturen im allgemeinen und auf den Arbeitsmarkt im besonderen.

Abb. 7: Soziale Ungleichheit und Rückfallgefährdung bei Alkoholkranken innerhalb von 5 Jahren nach der Rehabilitation 1986-1988



Quelle: 20%-Stichprobe der RRV-Datei (BfA) 1986-1993

Die Studie ist als interessanter Ausgangspunkt für weitere versorgungsepidemiologische Analysen anzusehen. Die Notwendigkeit einer Weiterführung wird von den Autoren ausdrücklich mit dem Satz betont: „erst die Untersuchung weiterer diagnostischer, motivationaler und zusätzlicher klinischer Daten (erlaubt) eine Aussage über das Gewicht erwarteter Unterschiede für die Behandlung bzw. die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen.“ [(10), S. 30] Insbesondere bedarf es weiterer theoretischer und empirischer Untersuchungen zur Reha-Bedürftigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Einheit von Indikation, Behandlung und Ergebnis. Erste methodische Grundlagen wurden dazu im Rahmen eines Forschungsprojektes zu Rehabilitanden – Management – Kategorien entwickelt – darauf wird später (Kap. 5) noch eingegangen.

4. Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsbedarf zur Rehabilitationsnachfrage und -bedürftigkeit

4.1 Der Bedarf als zentrale Kategorie für die Planung und Steuerung der Suchtrehabilitation

Eine grundlegende Forderung an Konzepte zur Weiterentwicklung (1; 5) ist die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung. Eine „bedarfsgerechte Versorgung aller Suchtkranken, die sich an ihren Bedürfnissen orientiert [(1), S. 192], soll sowohl Ausgangspunkt für die Planung und Steuerung der Angebote, wie auch qualitativer Grundstandard und damit zentrale Größe der Qualitätssicherung [(1), S. 203] auf allen Ebenen sein. Dabei wird konstatiert, dass es hier noch einen erheblichen (rehabilitationwissenschaftlichen) Forschungsbedarf gibt: „Da man nicht davon ausgehen kann, daß die Menschen, für die Hilfen bereitgestellt werden müssen, gezählt worden sind, sind Meßzahlen, Anhaltzahlen erforderlich.“ [(1), S. 196]

Die Probleme bei der Abschätzung des Bedarfs sind im Suchtbereich seit langem bekannt. Sie beginnen bereits auf der Ebene einer Definition der Suchterkrankung, zu der die DHS pointierend feststellt: „Die Versuche, die Phänomenologie von Sucht bzw. Abhängigkeit wissenschaftlich auf den Begriff zu bringen, sind bisher allenfalls als Stückwerk zu bezeichnen.“⁽¹²⁾ Die Probleme der qualitativen Bestimmung von Sucht und Abhängigkeit erschweren folgerichtig zusätzlich die quantitative Abschätzung des Bedarfs an Versorgungsleistungen und -qualitäten. Im folgenden soll gezeigt werden, welche Annahmen der Bedarfsplanung bisher zugrundegelegt wurden und wie die entsprechenden Versorgungsleistungen sich entwickelt haben. Das grundlegende Problem einer noch ausstehenden reha-wissenschaftlich fundierten Präzisierung dieser makroanalytischen Ansätze zur Bestimmung und Planung des Bedarfs an rehabilitativen Leistungen im allgemeinen und an Entwöhnungsbehandlungen im besonderen bleibt dabei zunächst offen – ist jedoch auch durch eine Strukturreform im Sinne der DHS nicht lösbar. Hier bedarf es neuer Forschungsansätze, auf die im weiteren ebenfalls kurz eingegangen werden soll.

4.2 Makroanalytischer Ansatz zur Bedarfsplanung und -steuerung in der Suchtrehabilitation – eine kritische Würdigung

Zentraler Ausgangspunkt für die Steuerung der Angebote zur Suchtrehabilitation in Deutschland waren in der Vergangenheit die nachgefragten Leistungen vor dem Hintergrund von Schätzungen zur Prävalenz – hier in der Differenzierung nach den zugrundeliegenden „Substanzen“: Alkohol, Medikamente, „harte“ Drogen und neuerdings auch sog. nicht-stoffgebundene Süchte wie Spielsucht und Eßstörungen. Von der GRV wurden dazu bundesweit entsprechende Reha-Angebote geplant und vorgehalten. Entsprechend dem gesetzlich geregelten Aufgabenverständnis der Rehabilitation, wonach diese weder primäre noch akutstationäre, sondern vielmehr sekundär- bzw. tertiärpräventive Ziele verfolgt, wurde dabei auf Antragstellungen zur Entwöhnungsbehandlung zurückgegriffen. Bei diesem Ansatz wurde von einer Zeitreihenanalyse des in der Vergangenheit beobachteten Antragsgeschehens ausgegangen und dieses entsprechend fortgeschrieben. Dabei wurden auch solche globalen Bedingungsfaktoren wie demographische Prozesse, gesetzliche Veränderungen – einschließlich deutsch-deutsche Vereinigung – und Trends zur „Epidemiologie von Abhängigkeit“, wie sie bspw. im „Jahrbuch Sucht“ laufend aktualisiert werden, berücksichtigt. Dieser Ansatz abstrahiert von den inneren Entstehungsmechanismen, die zur Herausbildung von Abhängigkeit und einer entsprechenden Rehabilitationsbedürftigkeit auf der individuellen Ebene führen. Er beschränkt sich auf die Makroanalyse der Reha-System-Leistungen, als zu planendes und zu steuerndes Versorgungsangebot für nachgefragte Leistungen. Dieser spezielle analytische Zugang rechtfertigt sich aus der ebenfalls speziellen Sicht der Versorgungssystemplanung/-steuerung, bei der vordergründig Informationen darüber benötigt werden, welche Leistungen das Reha-System auf der Basis seiner institutionellen Ausgestaltungsformen – bis hin zur einzelnen Versorgungseinrichtung – anbieten sollte, um seinem gesellschaftlichen Auftrag – der beruflichen und sozialen (Re-) Integration von Behinderten, hier von Abhängigkeitskranken – gerecht zu werden.

Das Modell greift strenggenommen nur unter der Prämisse, dass die gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen sich ein bestimmter Reha-Bedarf herausgebildet und zu einer spezifischen Leistungsnachfrage geführt hat, unverändert bleiben. Die Grenzen des Untersuchungsansatzes beschreiben dabei gleichzeitig die wesentlichen Dimensionen seiner analytischen und interpretativen Erweiterung: Nur in der strengsten Form wird zunächst von allen Bestimmungsfaktoren des Reha-Bedarfs abstrahiert bzw. auf wenige epidemiologisch gut abgesicherte Faktoren – wie beispielsweise demographische Einflüsse – zurückgegriffen. In der Erweiterung des Modellansatzes können dann weitere ausgewählte Bedingungsgrößen einbezogen werden, die auf der Makroebene die Leistungsnachfrage in der Rehabilitation beeinflussen. Dieses Vorgehen ist insofern auch statistisch sinnvoll, als einfache Modelle, die auf wenige gesicherte Zusammenhänge zu relevanten Bestimmungs-

faktoren für den nachfragewirksamen Reha-Bedarf zurückgehen, angesichts der heute hypostasierten, jedoch im einzelnen unzureichend aufgeklärten Komplexität des Reha-Bedarfs multivariaten statistischen Modellen vorzuziehen sind. Hier verdient das biometrische Monitum Beachtung, das vor der „Überfrachtung“ solcher Modelle warnt und deren statistische Interpretierbarkeit in Frage stellt (Wegscheider 1999).

Ein demographisch erweitertes Zeitreihenmodell wurde bspw. der Reha-Bedarfsplanung in den neuen Bundesländern im Bereich der GRV – und hier auch im Suchtbereich – anlässlich der deutsch-deutschen Vereinigung zugrunde gelegt⁽¹³⁾. Das Modell beinhaltet eine Abschätzung der im Osten zu erwartenden Versichertenentwicklung sowie der Inanspruchnahmen auf der Basis einer Fortschreibung der in der Vergangenheit im Westen beobachteten mittleren Reha-Raten (Massnahmen je 100.000 Versicherte gleichen Alters und Geschlechts) – in der Unterscheidung nach den typischen Leistungsarten, speziell in der Sucht-Rehabilitation nach Alkohol-, Medikamenten-, Drogen- und Mehrfachabhängigkeit. Die Planung der Angebote auf der Basis dieses Modellansatzes entsprach der tatsächlich in der Folgezeit eingetretenen Nachfrage nach Entwöhnungsbehandlungen in den neuen Bundesländern.

Der Modellansatz wurde dann in einer Prognose, die 1997 anlässlich der Verabschiedung des WFG erstellt wurde, weitergeführt. Hier wurde erneut in einem demographisch erweiterten Zeitreihenmodell untersucht, welche Leistungsnachfrage in der medizinischen Rehabilitation bis zum Jahre 2040 zu erwarten wäre und in welchem Umfang diese Versorgungsleistungen im Rahmen des gesetzlich limitierten Budgets noch zu erbringen sein würden⁽¹⁴⁾. Für die Abschätzung der zu erwartenden Rehabilitationsinanspruchnahme wurden die mit der Basis 1995/96 berechneten Rehabilitationsraten (differenziert nach Maßnahme-Arten – wie Allgemeines Heilverfahren, Anschlußheilbehandlung, *Entwöhnungsbehandlung*, Krebsmaßnahme – und Region) auf die geschätzte Versichertenentwicklung hochgerechnet. Abschließend erfolgte eine Schätzung der zu erwartenden Ausgabenentwicklung. Die Prognose ergab, daß der geschätzte Finanzbedarf für Rehabilitationsleistungen über die gesamte Zeitspanne von 1998 bis 2040 erheblich über dem gesetzlich gedeckelten Budget liegen würde. Das Schätzmodell liess erwarten, dass es hierdurch zu vergleichbaren Leistungskürzungen in den genannten Maßnahmentypen – also auch in der Suchtrehabilitation – kommen würde.

Über den unmittelbaren prognostischen Wert hinaus, zeigte das Modell jedoch auch – und zwar in einem retrospektiven Ansatz – dass eine weiterführende Aufklärung von Bestimmungsfaktoren des Reha-Bedarfs notwendig ist. So kam es im Gegensatz zu dem prognostizierten und demographisch begründeten Nachfrage – und damit Ausgabenanstieg bereits unmittelbar nach Ankündigung bzw. Verabschiedung des WFG, d. h. in den Jahren 1997/98, zu dem bereits oben beschriebenen deutlichen Rückgang der beanspruchten Reha-Leistungen. Diese Veränderungen betrafen – abweichend von den o.g. Modellmaßnahmen – jedoch nicht in gleicher Weise die Entwöhnungsbehandlungen wie die „übrige“ medizinische Rehabilitation. Mit Bezug auf diesen Bereich ergibt sich also ein weiterreichender Unter-

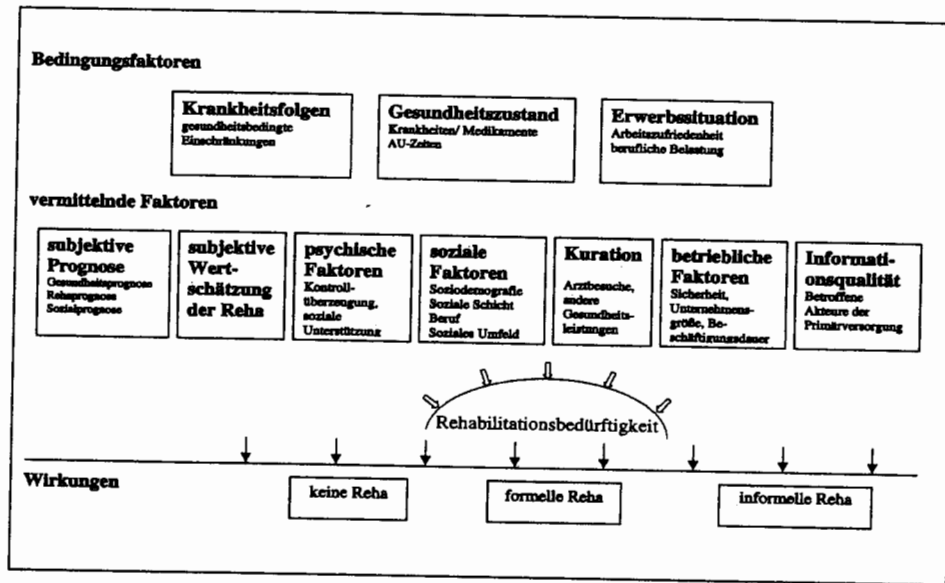
suchungsbedarf, der sich eher auf qualitative Veränderungen in der Nachfrage als auf globale Leistungsabschätzungen beziehen sollte. Ansatzpunkte für entsprechende Modellerweiterungen ergeben sich durch Einbeziehung mikroanalytischer Fragestellungen.

4.3 Rahmenkonzept zur Bestimmung der Reha-Bedürftigkeit als mehrdimensionale, qualitative Variable

Wenn als zentrale Zielkategorie der Rehabilitation im allgemeinen und der Sucht-Rehabilitation im besonderen die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung genannt wird, so stellt sich rehabilitationswissenschaftlich die Frage nach Begriff und Inhalt der Rehabilitationsbedürftigkeit und ihrer empirischen Reproduzierbarkeit. Sind die Makro-Modelle geeignet, einen versorgungsanalytischen Beitrag zur Planung und Steuerung des Reha-Systems zu leisten, verlangt die Aufklärung der Bestimmungsfaktoren von Reha-Bedürftigkeit, als der letztlich bestimmenden Komponente für weiterführende Ansätze des Qualitätsmanagements, ein grundsätzlich anderes methodisches Herangehen. So müssen Fragen der Begrifflichkeit, der inhaltlichen Bestimmung und der Messbarkeit geklärt werden. Weder theoretische Modelle noch Operationalisierungs- oder Messbarkeitskriterien sind bisher in ausreichender Form entwickelt, um auch eine empirische Bestimmung des Rehabilitationsbedarfs zu begründen.

Vor diesem Hintergrund werden zur Zeit an der Humboldt-Universität zu Berlin Forschungsprojekte⁽¹⁵⁾ zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation durchgeführt. Geplant ist eine Befragung von Versicherten der GRV, die u.a. zur Erforschung der Determinanten und (Nachfrage-)Wirkungen der Reha-Bedürftigkeit beitragen soll. Nicht zuletzt für den Bereich der Entwöhnungsbehandlungen werden aus der Untersuchung neue Ergebnisse zur Angebots- und Leistungsplanung bis hin zu deren qualitativer Ausgestaltung erwartet. In der ersten Projektphase wurden bestehende Ansätze zur empirischen Bestimmung von Reha-Bedürftigkeit analysiert. Im Ergebnis entstand ein Rahmenkonzept für einen mehrdimensionalen Analyseansatz, in dem Reha-Bedürftigkeit als mehrdimensionale, qualitative Variable bestimmt wird, die nicht direkt beobachtet oder gemessen werden kann⁽¹⁶⁾. Die darauf basierende empirische Untersuchung beschränkt die Beschreibung von Rehabilitationsbedürftigkeit auf die Gewinnung verschiedener Ausprägungsmuster von Determinanten (beschrieben durch ein Bündel von Bedingungsfaktoren und vermittelnden Faktoren), die in unterschiedlichen Wirkungen resultieren (Abb. 8). Unter dem qualitativen Aspekt bedeuten verschiedene Ausprägungsmuster dann nicht ein Mehr oder Weniger an Rehabilitationsbedürftigkeit auf einem Kontinuum von Messwerten, sondern andere qualitative Ausgestaltungen, die in unterschiedlichen Wirkungen sichtbar werden.

Abb. 8: Determinanten der Rehabilitationsbedürftigkeit und ihre „Wirkungen“: Ein Rahmenkonzept für einen mehrdimensionalen Untersuchungsansatz



5. Behandlungsstandards als rehabilitationswissenschaftliches Problem

Wenn man davon ausgeht, dass die Bestimmung des Reha-Bedarfs nicht nur die Planung und Steuerung der Angebote als „Strukturkomponente“ betrifft, sondern in einem erweiterten Verständnis auch deren qualitative Ausgestaltung über alle Ebenen hinweg, d. h. letztlich auch die Behandlungsdurchführung und Ergebnisevaluation bestimmt, ist mit den o. g. Überlegungen bereits ein zentraler reha-wissenschaftlicher Forschungsbereich beschrieben. Weitere Ansätze gelten der weiteren qualitativen Ausdifferenzierung von Bestimmungsmerkmalen und Handlungskategorien in der Rehabilitation. Durch die Konzeption von Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) soll ein neuer Zugang für die Qualitätsentwicklung dadurch eröffnet werden, dass neben differenzierten indikativen Aspekten auch Behandlungs- und Ergebnisqualitäten berücksichtigt werden⁽¹⁷⁾. Dazu wurden in einem ersten Schritt am Beispiel der Kardiologie für typische indikative Gruppen entsprechende Behandlungsprofile empirisch untersucht⁽¹⁸⁾. Sie bilden als Ist-Standards den gegenwärtigen, empirisch ermittelbaren Zustand samt seiner Variations-

breite ab und stellen damit den „impliziten Behandlungsstandard“ dar. Eine Weiterentwicklung zu Soll-Standards im Sinne von Richtlinien oder guidelines muß auch eine Ergebnisbewertung umfassen. Wesentlicher Bestandteil der Soll-Definition der Behandlungsqualität ist ein begleitender konsensueller Prozeß in der Experten-

ebene. Die genannten Ansätze können aus methodischer Sicht auch für die Qualitätsentwicklung im Suchtbereich Bedeutung gewinnen. Der Qualitätsgedanke geht hier über die Dimension der Strukturqualität wesentlich hinaus, die von der DHS als „die zentrale Neuerung der Diskussion um Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Bereich der Suchtkrankenhilfe“⁽¹²⁾ bezeichnet wurde. Qualität wird als Einheit von Indikation, Behandlung und Ergebnis begriffen, nicht zuletzt um zu wirksamen Orientierungen für die Planung und Steuerung auf allen Ebenen zu gelangen. In diesem Sinne können versorgungsepidemiologische Erkenntnisse eine wirksame Verbesserung der Planung und Steuerung – nicht zuletzt in der Suchtkrankenhilfe – reha-wissenschaftlich begründen.

Literatur

- (1) Hüllinghorst R.: Planung und Steuerung in der Suchtkrankenhilfe, in: Jahrbuch Sucht '99, Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht 1998, S. 191-203
- (2) Schönherr U.: Planung und Steuerung in der Suchtkrankenhilfe – Gesellschaftspolitische Aspekte –, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Suchtkrankenhilfe in Deutschland, Freiburg im Breisgau: Lambertus 1997, S. 270-284
- (3) Hüllinghorst R.: Das Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe, Referat anlässlich der Fachkonferenz SUCHT '99 in Weimar, 08.11.1999, unveröffentlichtes Manuskript
- (4) Koch U, Gerdes N, Jäckel W, Müller-Farnow W, Raspe H.-H., Schian H.M., Schliehe F, Wallesch C.W.: Verbundforschung Rehabilitationswissenschaften, Vorschlag zu einer Förderinitiative, 1993 (unveröff. Manuskript)
- (5) Deutscher Bundestag (Hrsg.): Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, Bonn, Bundestagsdrucksache 11/6380, 1990
- (6) Spyra K.: Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch die stationäre Entwöhnungsbehandlung, in: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), Sucht aktuell, 3. Jhg., Heft 4/96, S. 16-21
- (7) Grundprinzipien und Leitlinien zur Prävention und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, Fachverband Sucht e. V., in: Sucht aktuell, 6. Jhg. Nr. 2, Sept. 1999, S. 4-8
- (8) Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e. V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, Band 5
- (9) Wimmer D.: (Weiter-)Entwicklungen in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus Sicht der BfA, in: Sucht aktuell, 6. Jhg. Nr. 2, Sept. 1999, S. 9-15
- (10) Zemlin U, Herder F, Dornbusch P.: Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? – Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung, in: Sucht aktuell, 6. Jhg. Nr. 2, Sept. 1999, S. 16-32
- (11) Spyra K., Müller-Farnow W.: Qualitätssicherung und Marktoptimierung: Empirische Ergebnisse zur outcome-Messung in der Suchtrehabilitation, in: Das „Beste“ für den Suchtkranken: Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien, Fachverband Sucht e. V., Geesthacht: Neuland 1997, S. 56-83
- (12) DHS-Info 1999 zum „Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe“
- (13) Müller-Farnow W., Spyra K.: Prognose des aktuellen und mittelfristigen Reha-Bettenbedarfs in den neuen Bundesländern. Die Angestelltenversicherung 1991, 38. Jhg., S. 399-415

- (14) Spyra K., Müller-Fahrnow W., Hansmeier T., Klosterhuis H.: Abschätzung der langfristigen Bedarfs- und Ausgabenentwicklung für die Rehabilitationsleistungen der BfA unter Berücksichtigung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG), Z. Gerontol Geriat 1997, 30 Jhg., S. 443-449
- (15) DLR-Projektträger des BMBF, Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbände, aktualisierte und überarbeitete Auflage 11/98
- (16) Hansmeier T., Vogt K., Spyra K., Müller-Fahrnow W.: Zum Begriff und zur Meßbarkeit der Rehabilitationsbedürftigkeit – Ein Rahmenkonzept für einen mehrdimensionalen Untersuchungsansatz – in: DRV-Schriften, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt am Main, Supplementband, im Druck
- (17) Spyra K., Müller-Fahrnow W.: Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) – ein neuer Ansatz zur Fallgruppenbildung in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation 1998, 37. Jhg., S. 41-50
- (18) Müller-Fahrnow W., Spyra K., Hansmeier T., Nowossadeck E., Held K., Karoff M., Huß C.: Rehabilitation im Wandel – Neue versorgungsorganisatorische Forschungsansätze in der kardiologischen Rehabilitation, im Druck

**Indikationsstellung und Therapieplanung bei
Suchterkrankungen / Fachverband Sucht e.V. - Geesthacht :**

Neuland, 2000

(Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; 23)

ISBN 3-87581-201-8