

Suchtbehandlung passgenau! – Anforderungen und Entwicklungspotenziale aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund

Vortrag 22. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht am 17.06.2009

Uwe Egner, Karla Spyra, Nadine Vorsatz

1 Einleitung

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat im Jahr 2008 im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen für ihre Versicherten mehr als 22.000 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht. Die Abhängigkeitserkrankungen stehen damit nach den orthopädischen Erkrankungen, der Psychosomatik und der Onkologie an vierter Stelle des Rehabilitationsgeschehens. Der Hauptanteil entfiel dabei mit rd. 13.600 Leistungen auf die Indikation Alkoholabhängigkeit, gefolgt von rd. 5.700 Leistungen zur ambulanten Rehabilitationsnachsorge bei Abhängigkeitskranken. Die Inanspruchnahme von Suchtrehabilitationen liegt bei Männern bei 18,6 je 10.000 Versicherte, bei Frauen bei 10,2. Rd. 40% der Leistungen wurden im Jahr 2008 ambulant bzw. ganztägig ambulant erbracht (siehe Abb.1). Seit Jahren steigt der Anteil ambulanter bzw. ganztägig ambulanter Leistungen kontinuierlich an. Insgesamt investierte die Deutsche Rentenversicherung Bund im Jahr 2008 über 140 Mio. Euro für Rehabilitationsleistungen in diesem Indikationsbereich. Eine Prognose bis zum Jahr 2011 geht von einem Anstieg der Rehabilitationsleistungen für Abhängigkeitserkrankungen im ambulanten um ca. 7% und im stationären Bereich um rd. 6% aus.

Die Weiterentwicklung der Rehabilitation Abhängigkeitskranker muss daher sowohl für die Forschung als auch für die Praxis von besonderem Interesse sein. Wichtige Handlungsfelder liegen nicht nur im Bereich der frühzeitigen Einleitung von Rehabilitationsleistungen sondern auch in der Flexibilisierung und Individualisierung der Leistungen und der Entwicklung passgenauer Rehabilitationskonzepte. Im Folgenden werden Anforderungen an die Suchtrehabilitation unter dem Aspekt passgenauer Rehabilitation dargestellt und Entwicklungspotenziale aufgezeigt.

2 Zugang zur Suchtrehabilitation

Der erste entscheidende Baustein im Rehabilitationsprozess für eine passgenaue Rehabilitation ist der Rehabilitationszugang. Bei Abhängigkeitserkrankungen gibt es verschiedene Anlaufstellen beim Zugang zur medizinischen Rehabilitation. Die Suchtberatungsstellen spielen hierbei die größte Rolle. Sie klären neben der Motivation auch die persönlichen sowie erwerbsbezogenen Zielvorstellungen des Einzelnen und erstellen einen aussagekräftigen und fachgerechten Sozialbericht, der es dem sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund ermöglicht

den Rehabilitationsbedarf differenziert festzustellen und ggf. eine geeignete Einrichtung für den Rehabilitanden auszuwählen. Neben den Suchtberatungsstellen kann der Zugang zur Rehabilitation auch durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser erfolgen.

3 Leistungsformen und -angebote

3.1 Umfang und Dauer der Suchtrehabilitation

Die spezifischen Rehabilitationsbedarfe des einzelnen Rehabilitanden erfordern medizinisch-therapeutische Konzepte, die moderne Behandlungsstandards mit einem hinreichenden Maß an Individualisierung verbinden und dem Ziel der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung – der Eingliederung in das Erwerbsleben – Rechnung tragen. Die strikte Ausrichtung auf dieses Ziel muss sich im Rehabilitationsprozess niederschlagen und die Inhalte entsprechender Konzepte der Einrichtungen sowie Dauer und Verlauf der Leistung bestimmen.

Die medizinische Rehabilitation bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit kann je nach Bedarf stationär, teilstationär oder ambulant durchgeführt werden. Auch die Dauer kann variieren. Während stationär oder teilstationär erbrachte Leistungen für eine Dauer von acht, zwölf oder 16 Wochen bewilligt werden, kann die Bewilligungsdauer für eine ambulante Rehabilitation für Alkohol- und Medikamentenabhängige zwischen sechs und 18 Monaten betragen, bei Bedarf gefolgt von einer Adaptionsphase von bis zu zwölf Wochen. Darüber hinaus kann die Leistung durch die Rehabilitationseinrichtung individuell verkürzt oder verlängert werden. Die Behandlungsdauer bei der Rehabilitation Alkoholabhängiger kann sich damit individuell und flexibel in Abhängigkeit der Bedarfe des Rehabilitanden und den zu ihrer Deckung vereinbarten Behandlungszielen bestimmen. Den Einrichtungen steht dazu ein festgelegtes Verweildauerbudget pro Jahr zur Verfügung, das je nach Therapieform (Standard, Kurzzeit, Adaption) durchschnittlich im Be-

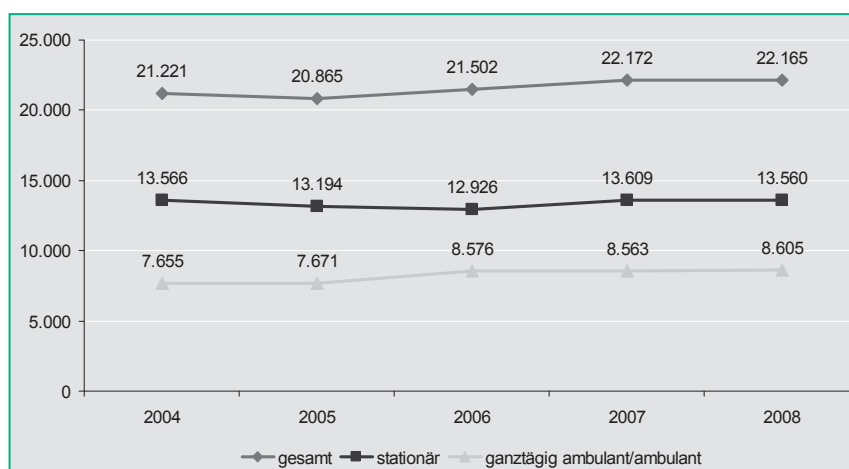


Abb. 1: Entwicklung der bewilligten Rehabilitationsleistungen bei Abhängigkeitserkrankungen nach Leistungsformen

reich von acht bis 16 Wochen liegen kann. Die bisherige Erfahrung für das Jahr 2008 zeigt, dass die für die Standardtherapie festgelegten Richtwerte von den Einrichtungen zu fast 100% eingehalten werden, während die Ergebnisse bei den anderen Therapieformen noch keine vollständige Einhaltung der Richtwerte zeigen.

Für die Rehabilitation bei Drogenabhängigkeit ergeben sich ebenfalls Variationsmöglichkeiten, sowohl bei der Dauer als auch bei der Form der Leistung. Je nach Leistungsform ist ein Behandlungsdauerkorridor im Rahmen von 12 Wochen bis 18 Monaten möglich (siehe Abb.2).

te“ erwartet, dass die Rehabilitation von Abhängigkeitskranken darauf abzielt, die Erwerbsfähigkeit des Rehabilitanden zu erhalten bzw. wiederherzustellen und eine Reintegration ins Erwerbsleben zu ermöglichen. Integration ins Erwerbsleben bedeutet gleichzeitig ein niedrigeres Rückfallrisiko. Einer Senkung des Rückfallrisikos dienen auch die weiteren Aufgaben der Rehabilitation, einen Bewusstseinswandel einzuleiten und Lebensstiländerungen des Rehabilitanden zu fördern, um die Nachhaltigkeit der Rehabilitationsleistung sicherzustellen. Das Ziel der beruflichen Wiedereingliederung erfordert, dass neben medizinischer Diagnostik und Therapie, Kranken-

wird nach einer erfolgreichen stationären Behandlung auf Empfehlung des Arztes der Einrichtung durchgeführt und umfasst 20 und ggf. zusätzlich 20 weitere Einzel- und/oder Gruppengespräche. Nachsorge können für die Deutsche Rentenversicherung Bund nur Einrichtungen aus der Liste der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. anbieten, um die Qualität der durchgeführten Nachsorge sicherzustellen.

Neben der Nachsorge stellt die Selbsthilfe einen weiteren wichtigen Baustein für die nachhaltige Begleitung Abhängigkeitskranker zur Aufrechterhaltung des Rehabilitationserfolgs dar. Über Selbsthilfegruppen erhält der Rehabilitand die Möglichkeit, sich mit Gleichgesinnten auszutauschen, gemeinsam Probleme zu bewältigen und einer möglichen gesellschaftlichen Isolation entgegenzuwirken. Selbsthilfeorganisationen bieten als Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen zu überregionalen Verbänden nicht nur Mitgliedern, sondern auch Angehörigen fachliche Beratungen, Seminare und Fortbildungen an.

Die Selbsthilfe leistet als vierte Säule im Gesundheitswesen einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung krankheitsbedingter Probleme. Die Deutsche Rentenversicherung Bund förderte im Jahr 2008 die Suchtselbsthilfe mit rd. 2,2 Mio. Euro.

Medizinische Rehabilitation	Leistungsform	Bewilligungsdauer
Alkohol und Medikamente	Stationär	8 / 12 / 16 Wochen
	Teilstationär	8 / 12 / 16 Wochen
	Ambulant	6–18 Monate
	Adaption	Bis zu 12 Wochen
Drogenabhängigkeit	Stationär	13–26 Wochen
	Teilstationär	12–16 Wochen
	Ambulant	6–18 Monate
	Adaption	12–16 Wochen
Alkohol	Therapieform	Verweildauerbudgets
	Standardtherapie	12–16 Wochen
	Kurzzeittherapie	8 Wochen
	Adaption	Zusätzlich 11–12 Wochen

Abb. 2: Bewilligungsdauer bei unterschiedlichen Leistungs- und Therapieformen

3.2 Kombinationsbehandlung

Kombinationsmodelle erlauben es heute über die Variation der Dauer und Leistungsform hinaus, die Rehabilitation Abhängigkeitskranker noch stärker zu flexibilisieren. Die Deutsche Rentenversicherung Bund bietet ein bundesweites Modell an, das eine stationäre Phase von 8 Wochen bei Alkoholerkrankungen und 13 Wochen bei Drogenabhängigkeit mit einer ambulanten Phase zur anschließenden wohnortnahen Versorgung von bis zu 6 Monaten kombiniert. Die stationäre Phase ist in das Verweildauerbudget der Einrichtungen integriert und kann damit individualisiert und auf den Bedarf des einzelnen Rehabilitanden orientiert angeboten werden. Ziele dieses Modells sind es, eine noch stärkere Vernetzung der einzelnen Phasen zu erreichen und die in der stationären Phase erzielten Rehabilitationsergebnisse in der ambulanten Phase zu stärken und in den Alltag zu transferieren, um die Nachhaltigkeit der Rehabilitationsleistung zu steigern.

3.3 Berufsbezogener Auftrag

Die Deutsche Rentenversicherung Bund als Reha-Träger und Nachfrager von Reha-Leistungen mit ihrem Fokus „Reha vor Ren-

gymnastik, Sport- und Bewegungstherapie, Ernährungsschulung und -beratung, Entspannungstraining, Ergotherapie, psychosoziale Beratung und Betreuung (z.B. Krankheitsbewältigung) sowie Gesundheitstraining auch berufliche Beratung, Belastungserprobung, Arbeitstherapie sowie das Einleiten der Nachsorge wichtige Elemente der Rehabilitation sind und im Rehabilitationsprozess angemessen Berücksichtigung finden sollten. Passgenaue Rehabilitation bedeutet bei der Festlegung der berufsbezogenen therapeutischen Leistungen eine Orientierung am spezifischen Bedarf der einzelnen Gruppen von Suchtrehabilitanden (z.B. Arbeitslose).

3.4 Nach der Rehabilitation: Nachsorge und Selbsthilfe

Die Nachsorge spielt bei Suchterkrankungen eine wesentliche Rolle, um den Rehabilitanden auch nach der Rehabilitation in seinem Alltag zu begleiten und zu unterstützen und damit die Rückfallwahrscheinlichkeit zu reduzieren. Für das Jahr 2008 bewilligte die Deutsche Rentenversicherung Bund nach §31 SGB VI rd. 5.700 Leistungen zur ambulanten Rehabilitationsnachsorge und investierte dafür ca. 4,8 Mio. Euro. Die ambulante Suchtnachsorge

4 Fallgruppen in der Rehabilitation: Entwicklung von Rehabilitanden Management Kategorien (RMK)

Die Deutsche Rentenversicherung Bund sieht in der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Rehabilitation, ihrer Konzepte und praktischen Umsetzung eine unabdingbare Notwendigkeit, nicht zuletzt, um dem medizinischen Fortschritt Rechnung zu tragen und sicherzustellen, dass die Rehabilitation auch in Zukunft ihre Funktion im Gesundheitswesen optimal erfüllen kann. Als Teil ihres gesetzlichen Auftrags unterstützt sie Forschungs- und Entwicklungsarbeiten in der Rehabilitation durch Zuwendungen und fachliche Unterstützung. Die Projekte des Lehrstuhls für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation an der Charité-Universitätsmedizin Berlin zur Entwicklung von Fallgruppen in der medizinischen Rehabilitation, den Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK), stellen ein vielversprechendes Entwicklungsfeld dar. Ziele der Entwicklung der RMK sind die Bildung von homogenen Behandlungsgruppen und darauf aufbauend eine passgenaue Therapiesteuerung durch die Nutzung von Therapieorientierungswerten. Dies kann einen entscheidenden Beitrag zu einer passgenaueren und effektiveren, aber auch effizienteren medizinischen Rehabilitation leisten.

4.1 Entwicklung von RMK in der medizinischen Rehabilitation

Bei den RMK handelt es sich um bedarfs- und leistungsbezogene Fallgruppen, die bisher für die medizinische Rehabilitation in den Indikationsgebieten Orthopädie und Sucht ohne Drogenabhängigkeit definiert wurden.

Funktion der RMK als Patientenklassifikationssystem ist es, Rehabilitanden mit gleichartigem Behandlungsbedarf und vergleichbaren therapeutischen Leistungen in Fallgruppen zusammenzufassen. Das bedeutet, dass die Bildung von in sich möglichst homogenen Fallgruppen bei den RMK mit Blick auf den Rehabilitationsbedarf und nicht – wie bei den DRGs oder anderen Fallgruppenkonstrukten für die Rehabilitation (u.a. Rehabilitanden-Behandlungs-Gruppen [RBG]) mit Blick auf die Kosten der Rehabilitation erfolgt. Die RMK bieten damit die Möglichkeit, spezielle Bedarfslagen von Patientengruppen, z.B. berufsbezogene, innerhalb einer Indikation zu identifizieren, zu messen und transparent zu machen.

Die Bedarfsgruppierung leitet sich zunächst aus der Reha-typischen Hauptindikationsgruppe (z.B. Suchtrehabilitation) ab. Danach wird innerhalb der Hauptindikation nach häufig vorkommenden und klinisch relevanten Diagnosegruppen (z.B. Alkoholabhängigkeit) im Einklang mit der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) differenziert. Im letzten Schritt der Gruppierung erfolgt die Unterscheidung der Bedarfsgruppen nach dem Reha-relevanten Schweregrad der Beeinträchtigung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Dimension entsprechend dem bio-psycho-sozialen Behinderungsmodell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (siehe Abb. 3).

Neben der Bedarfsgruppencharakteristik werden für die RMK auch die bedarfsgruppenspezifischen Behandlungsanforderungen definiert, die bisher zunächst die therapeutischen Leistungen, perspektivisch auch die medizinische Diagnostik, ärztliche und pflegerische Leistungen und Medikation umfassen. Damit erlauben es die RMK, aus dem Behandlungsbedarf einer Bedarfsgruppe differenzierte Leistungsbündel abzuleiten (siehe Abb. 3).

Der bedarfsorientierte Ansatz der Fallgruppenbildung ermöglicht es im ersten Schritt, die RMK in der Zugangssteuerung beim Reha-Träger einzusetzen mit dem Ziel, diese zu optimieren. Dem sozialmedizinischen Dienst wird über eine mögliche Zuordnung der Versicherten zu einer Bedarfsgruppe im Reha-Antragsverfahren eine Hilfestellung zur Verfügung gestellt, die besondere Bedarfslagen nachvollziehbar anzeigt und die bei der Auswahl einer geeigneten Einrichtung unterstützen kann. Damit kann bereits in der Zugangssteuerung durch eine optimale Einrichtungsauswahl dafür Sorge ge-

- | |
|---|
| <p>(A) RMK-Bedarfsgruppierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hauptindikationsgruppen (Major-Categories, z.B. MSK, Sucht) <input type="checkbox"/> Indikationsgruppen (Basis-Categories, z.B. Chronischer Rückenschmerz CR, Alkoholabhängigkeit A) <input type="checkbox"/> Reha-relevanter Schweregrad <ul style="list-style-type: none"> ■ Somatische Dimension ■ Psychische Dimension ■ Soziale Dimension |
| <p>(B) Behandlungsanforderungen zu den RMK-Bedarfsgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Therapeutische Leistungen (Art, Menge, RMK-Orientierungswerte) <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Ärztliche Leistungen <input type="checkbox"/> Medikation |

Abb. 3: Definition der RMK

tragen werden, die Effektivität der Rehabilitation zu erhöhen.

Im zweiten Schritt ist auch die Steuerung der Therapieprozesse in der Reha-Einrichtung ein wichtiges Einsatzfeld der RMK. Hier kommt neben der Bedarfsmessung auch der zweite Baustein der RMK zum Tragen - die definierten Behandlungsanforderungen, die sich am spezifischen Bedarf der Fallgruppe ausrichten. Die Zuordnung der Rehabilitanden zu einer Bedarfsgruppe sowie die Informationen über die damit verbundenen Behandlungsanforderungen können durch den Arzt in der Reha-Einrichtung für seine Entscheidung genutzt werden, eine möglichst sinnvoll standardisierte Therapie, die aber gleichzeitig eine erforderliche und am Bedarf orientierte Differenzierung berücksichtigt, zu verordnen. Nicht nur eine effektivere und effizientere Therapiesteuerung wäre damit möglich, sondern auch die Transparenz über die angebotenen Leistungen der Reha-Einrichtungen und damit ihre Vergleichbarkeit würden – auch zum Vorteil der Rehabilitanden – gesteigert werden.

4.2 Einsatz der RMK in der Reha-Einrichtung

Im ersten Entwicklungsschritt hat die Charité im Rahmen eines Forschungsprojektes ein spezielles RMK-Assessment für den Einsatz in der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit entwickelt.¹ Das RMK-Assessment ist in der Lage,

verschiedene Bedarfskonstellationen bei alkoholabhängigen Patienten zu identifizieren, die Patienten konsekutiv einer Bedarfsgruppe zuzuordnen sowie Behandlungsanforderungen abzuleiten.

In der Sucht aktuell 1/2009 beschreiben Möllmann und Spyra das Vorgehen und die Ergebnisse des RMK-Assessments bei Suchtrehabilitationen ausführlich, so dass an dieser Stelle darauf verzichtet wird.

Im Ergebnis konnten vier Bedarfsgruppen mit unterscheidbarem Behandlungsbedarf ermittelt werden (siehe Abb. 4). Bedarfsgruppe 4 weist in allen Bereichen (psychisch, substanzbezogen und sozialmedizinisch) die stärkste Beeinträchtigung auf, die Gruppe 1 dagegen die geringste. Bedarfsgruppe 2 zeigt im Vergleich eine starke psychische Beeinträchtigung als Bedarfsgruppe 3, die wiederum in der sozialmedizinischen Dimension stärker beeinträchtigt ist.

Das RMK-Assessment ist für den Einsatz in der Therapieplanung und -steuerung konzipiert und steht den Reha-Einrichtungen in Form eines Patienten-Fragebogens mit 34 Fragen als Instrument für die Bedarfsgruppierung zur Verfügung. Für den Einsatz des Assessments wurde eine Software entwickelt, die über einen Algorithmus die Zuordnung des einzelnen Patienten zur jeweilig passenden Bedarfsgruppe auf Basis der Messwerte aus dem Assessment schnell und einfach durchführt. Zudem werden dem Arzt die Auswertungsergebnisse, d.h. die Bedarfsgruppe sowie die einzelnen Ergebnisse der Items zur Messung der Beeinträchtigung in den verschiedenen therapierelevanten Dimensionen und die damit verbundenen bedarfsgruppenspezifischen Behandlungsanforderungen übersichtlich und strukturiert mittels eines Auswertungsbogens durch die Software zur Verfügung gestellt. Die Behandlungsanforderungen für die einzelnen Bedarfsgruppen basieren auf den evidenzbasierten Therapiemodulen der Leitlinie für stationäre und teilstationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängig-

¹ Das Projekt wird seit 2007 von folgenden Unternehmen (Kliniken) gefördert: AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG (Kliniken Daun-Am Rosenberg, Kliniken Daun-Thomener Höhe, Fachklinik Wilhelmsheim, Fachklinik Tönisstein), AKG Dr. S. Zwick GmbH und Co. KG (Fachklinik Fredeburg, Fachklinik Furth im Wald), Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss; LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen – Bernhard-Salzmeyer-Berge), Paracelsus-Kliniken-Deutschland GmbH (Paracelsus Berghofklinik), salus Klinik Lindow, Haus Saaletal GmbH (Saaletalklinik), Klinik Eschenburg KG (Klinik Eschenburg).

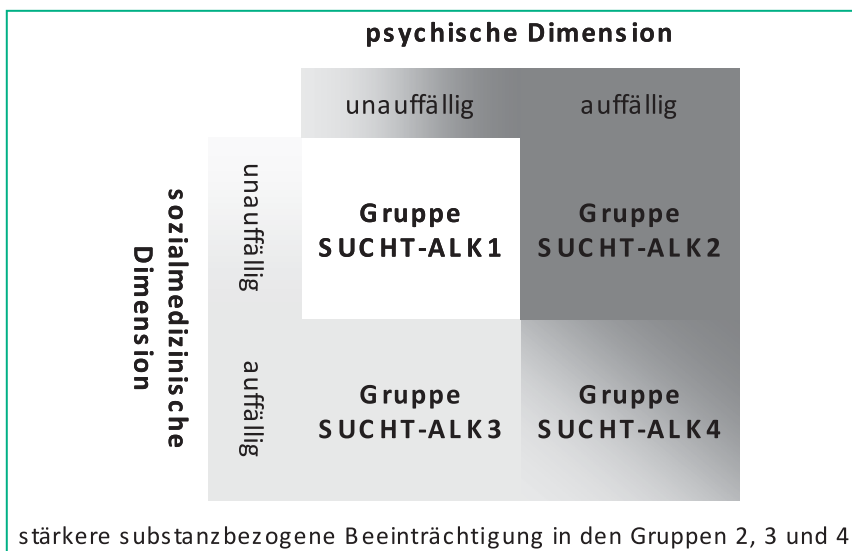


Abb. 4: RMK-Bedarfsgruppen

keit der Deutschen Rentenversicherung Bund und werden zurzeit durch Experten konsentiert. Der Arzt erhält mit den RMK eine zusätzliche Entscheidungshilfe, die besondere Bedarfslagen nachvollziehbar und differenzierter offenlegt und die bei der Therapieverordnung sowie beim Gespräch mit dem Patienten berücksichtigt werden kann. Die Therapie in der Reha-Einrichtung kann bedarfsorientierter gesteuert, Ressourcen optimaler eingesetzt und die Effizienz der Rehabilitation gesteigert werden.

4.3 Einsatz der RMK beim Reha-Träger

In einem weiteren Entwicklungsschritt wurde versucht, auch für die Zugangssteuerung im Reha-Antragsverfahren Informationen zur stärkeren Bedarfsorientierung bereitzustellen. Dazu wurden die Ergebnisse aus dem Projekt RMK-Assessment genutzt.

Das sogenannte RMK-Screening zielt darauf ab, den sozialmedizinischen Dienst über das differenzierte Erfassen besonderer Bedarfslagen bei der Vorabschätzung des Reha-Bedarfs zu unterstützen und ihm für die Wahl der Reha-Einrichtung eine Entscheidungshilfe zur Verfügung zu stellen. Dem Screening kommt dabei eine Hinweisfunktion zu, die durch weitere Informationen aus anderen Dokumenten, wie z.B. dem Sozialbericht, vervollständigt und abgesichert wird.

Da ein Instrument für die Zugangssteuerung anderen Anforderungen als für die Therapiesteuerung genügen muss, kann das RMK-Assessment nicht eins zu eins übernommen werden. Das RMK-Screening muss für seinen Einsatz im Reha-Antragsverfahren sehr ökonomisch und kurz sowie einfach auszuwerten sein. Es muss sich zudem in den Verfahrensablauf leicht integrieren lassen. Im Rahmen eines von der Deutschen Rentenversicherung Bund und

Westfalen geförderten Projektes wurde ein RMK-Screening als verkürzte Form des RMK-Assessments entwickelt, das perspektivisch durch den Antragsteller zusammen mit den anderen Antragsunterlagen ausgefüllt werden soll. Das Screening umfasst 11 Fragen und ermittelt dieselben 4 Bedarfsgruppen wie das Assessment, ohne jedoch, wie für den Einsatz in den Reha-Kliniken erforderlich, detaillierte therapierelevante Informationen zu liefern.

Derzeit wird der Screening-Fragenbogen auf seinen Einsatz in der Praxis getestet. Dabei wird auch die Anwenderfreundlichkeit und der Nutzen für den sozialmedizinischen Dienst geprüft. Ergebnisse werden Ende des Jahres 2009 erwartet.

Erweist sich das Screening als robust und ökonomisch für den Einsatz in der Zugangssteuerung, ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung des Reha-Prozesses gemacht, da eine stärker am Bedarf des Rehabilitanden ausgerichtete Entscheidung über die Wahl der Reha-Einrichtung die Effektivität der Rehabilitation steigern kann.

4.4 Weiterer Forschungsbedarf

Im nächsten Schritt muss überprüft werden, inwieweit RMK-Screening und RMK-Assessment ihrer angedachten Zugangs- bzw. Therapiesteuerungsfunktion innerhalb des Rehabilitationsprozesses gerecht werden. Dafür ist es erforderlich, dass die Ergebnisse, also die Bedarfsgruppenzuordnungen, aus RMK-Screening und -Assessment in hohem Maße übereinstimmen. Beide Instrumente werden in einem weiteren Forschungsprojekt ab 2010 an einer Population in einem durchgängigen Verfahren auf ihre Übereinstimmung getestet (siehe Abb. 5).

Ein weiteres wichtiges Feld stellen die differenzierten Behandlungsanforderungen, die sich aus der Bedarfsgruppe ableiten, dar. Aktuell werden die empirisch und statistisch ermittelten Therapieorientierungswerte, welche die Anforderungen je Bedarfsgruppe an therapeutischen Leistungen für die Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger abbilden, unter Rückgriff auf evidenzbasierte Studien, Leitlinien u.a. diskutiert und durch Experten konsentiert. Perspektivisch ist zu prüfen, inwieweit die Therapieorientierungswerte in der Praxis durch das Klinikpersonal bei Entscheidungen herangezogen werden bzw. welche Barrieren dies verhindern. Die Vor- und Nachteile der vorgegebenen Therapieorientierungswerte und die Rolle von Patientenwünschen in diesem Zusammenhang sind weitere Fragestellungen, die es in Zukunft zu beantworten gilt und die entscheidend für die Praxistauglichkeit der RMK sind.

5 Eingliederungserfolg bei Suchtrehabilitationen

Das Erbringen von Rehabilitationsleistungen ist mit Aufwendungen verbunden, die durch die Versichertengemeinschaft getragen werden müssen. Nutzen entsteht ihr durch die Wiedereingliederung des Rehabilitanden ins Erwerbsleben. Sie ist deshalb

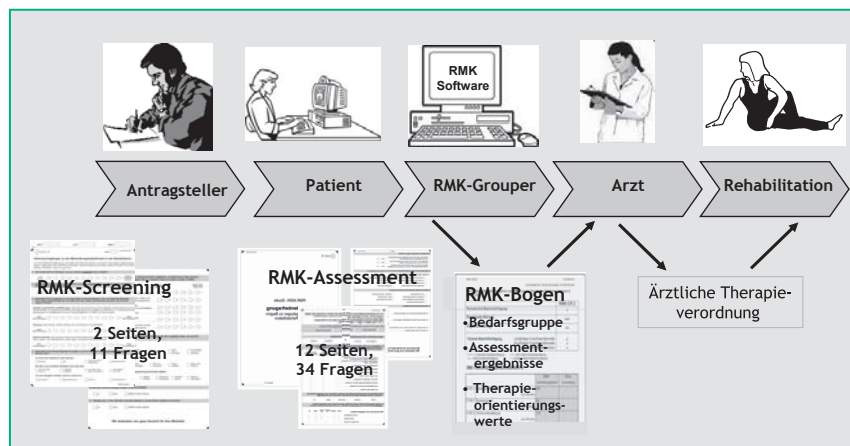


Abb. 5: Einsatz von RMK-Screening und RMK-Assessment im Reha-Prozess

eine maßgebliche Ergebnisgröße, an der sich der ökonomische Erfolg von Rehabilitationsleistungen messen lässt. Der Eingliederungserfolg kann über die Betrachtung des sozialmedizinischen Verlaufs von Rehabilitationsleistungen nachvollzogen werden.

Für die Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankten ergibt sich, dass in einem Zeitraum von zwei Jahren nach Ende der Rehabilitation, 90% der Rehabilitanden im Erwerbsleben verblieben sind. Von diesen 90% weisen 59% eine lückenlose Beitragszahlung auf (siehe Abb.6). Diese Zahlen machen deutlich, dass die Suchtrehabilitation ein passgenaues, erfolgreiches Modell ist, mit dem Abhängigkeitserkrankte wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden können.

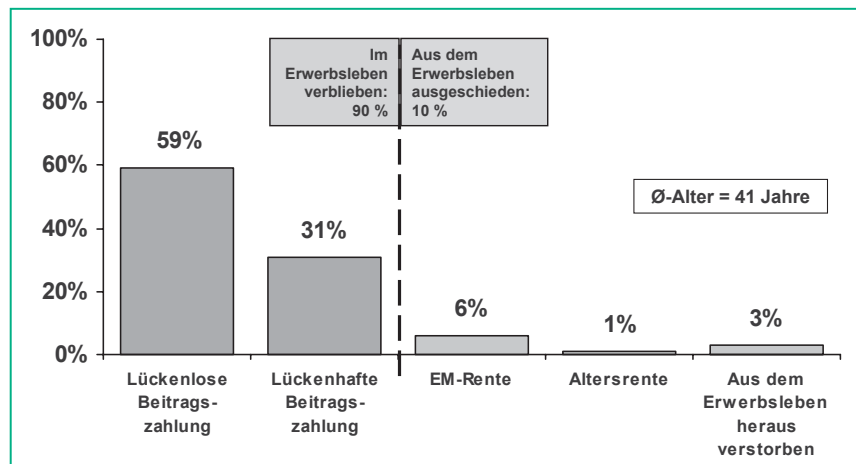


Abb. 6: Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach Suchtrehabilitation 2004

6 Fazit

Leistungsangebote, Ansätze und Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken zeigen, dass in den letzten Jahren der Weg zu mehr Flexibilisierung und Individualisierung konsequent verfolgt wurde. Nicht nur über die Variationsmöglichkeiten von Dauer und Form der Reha-Leistung sondern auch über die Kombination von Behandlungen kann den individuellen Bedarfen der Rehabilitanden stärker Rechnung getragen werden.

Das vielfältige Leistungsspektrum stellt eine passgenaue Rehabilitation sicher. Dies ist sowohl im Sinne des Rehabilitanden als auch für die gesamte Versichertengemeinschaft von Vorteil, da eine am Bedarf des Rehabilitanden orientierte Rehabilitation erfolversprechender und mit Blick auf die damit verbundenen Ausgaben und die durch eine erfolgreiche Wiedereingliederung generierten Einnahmen auch effizienter ist.

Es zeigt sich aber auch, dass noch weitere Optimierungs- und Handlungsmöglichkeiten bestehen. Daher werden von der Deutschen Rentenversicherung Bund neue und vielversprechende Entwicklungen, wie

die der RMK für die Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen unterstützt. RMK erlauben es, Rehabilitanden mit gleichartigen Behandlungsbedarf und vergleichbaren therapeutischen Leistungen zusammenzufassen. Ziel ist es, die Auswahl von Reha-Einrichtungen und Leistungen bedarfsgerechter durchzuführen und damit letztendlich die medizinische Rehabilitation effektiver und effizienter zu gestalten.

Suchtrehabilitation im Auftrag der Rentenversicherung ist, gemessen am Ziel der Rentenversicherung, die Menschen im Erwerbsleben zu halten, ein Erfolgsmodell. Diesen Erfolg gilt es zukunftsorientiert weiter auszubauen.

Ausgewählte Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund (2007): Leitlinie für die stationäre und teilstationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit Pilotversion, Modulare Therapiestandards zur Reha-Qualitätssicherung.
- Engelhardt, U.; Härdel, C. (2006): Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen mit 100 Rehabilitationsplätzen, Deutsche Rentenversicherung Bund.

Lindenmeyer, J. (2008): Patientenfallgruppen in der medizinischen Rehabilitation am Beispiel der Rehabilitation von Alkoholkranken. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 21/80, S. 135-142.

Möllmann, C.; Spyra K. (2009): Rehabilitanden-Management-Kategorien in der Suchtrehabilitation, Sucht Aktuell 1/2009, S. 26-31.

Spyra, K.; Möllmann, C.; Müller-Fahrnow, W. (2007): Bedarfs- und leistungsbezogene Fallgruppenbildung in der stationären Suchtrehabilitation – das Konzept der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKS), Sucht Aktuell 1/2007, S. 35-40

Korrespondenzadresse

Uwe Egner
Deutsche Rentenversicherung Bund
Fachbereichsleiter Zentrale und
Grundsatzaufgaben
Abteilung Rehabilitation
10704 Berlin
Mail: uwe.egner@drv-bund.de

Literaturhinweise

Bischkopf, J.: So nah und doch so fern – Mit depressiv erkrankten Menschen leben, Bonn 2009, ISBN 978-3-86739-039-2, 14,95 €

Depressionen sind weit verbreitet und haben viele Gesichter. Häufig werden sie übersehen und nicht erkannt, zumal sie sich schleichend entwickeln. Die Autorin beschreibt konsequent aus Sicht der Angehörigen das Thema Depressionen. Hierbei geht sie auf besorgniserregende Symptome, Auswirkungen und das familiäre und partnerschaftliche Zusammenleben, den Umgang

mit den Betroffenen, mögliche Vorurteile und Gefühle der Angehörigen ein und gibt viele Tipps, um gemeinsam einen Weg im Umgang mit der Depression zu finden.

Mahler, R.: Gewissen und Gewissensbildung in der Psychotherapie, Wiesbaden 2009, ISBN 978-3-531-16695-7, 29,90 €

Der Autor stellt das „Gewissen“, einen häufig vernachlässigten Aspekt der menschlichen Selbststeuerung, in den Mittelpunkt seines Werkes. Dabei tragen diese intrinsischen

Bewertungsvorgänge nachhaltig zur Verhaltensmotifikation bei. Der Autor stellt zunächst die Geschichte des Begriffs in Philosophie, Theologie und Psychologie mit interessanten Perspektiven für die psychotherapeutische Arbeit dar, geht im Weiteren auf die Wissensbildung ein und entfaltet Ansätze zu einer am Gewissen orientierten Psychotherapie mit Fallbeispielen. Hierbei geht er insbesondere auch auf die Arbeit von Suchtpatienten ein. Ein ausführliches Geleitwort stammt von Prof. Dr. mult., H.G. Petzold