

# Für eine qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitation in Deutschland

## Positionen des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages

Die Rehabilitationseinrichtungen brauchen

- eine zukunftsichere Finanzierung, welche den steigenden Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen berücksichtigt
- eine qualitätsorientierte Leistungsvergütung, welche die steigende Morbidität der Patienten einbezieht
- mehr Investitionsmittel, um bestehende Engpässe zu beseitigen
- bessere Rahmenbedingungen für attraktive Arbeitsplätze, um z. B. dem Ärztemangel zu begegnen
- Qualitätssicherungsmaßnahmen, die angemessen sind und dem Patienten dienen
- den Erhalt der Vielfalt passgenauer Behandlungsangebote und die Vermeidung einer „Einheitsbehandlung“
- die Beseitigung von Hürden, welche den Zugang zur medizinischen Rehabilitation erschweren
- die Verbesserung des Schnittstellenmanagements mit anderen Sektoren des Gesundheitswesens
- einen Wettbewerbsrahmen, der Qualität honoriert und Dumpingpreisen begegnet
- weniger Bürokratie und mehr Zeit für Patienten.

### Vorwort

Der Fachverband Sucht e.V. stellt in seinen gesundheitspolitischen Positionen indikationsübergreifende Themen in den Mittelpunkt, welche den gesamten Bereich der medizinischen Rehabilitation betreffen (Punkte I-V). Auf spezifische Aspekte, welche substanzbezogenen Störungen im engeren Sinne betreffen, wird abschließend eingegangen (Punkte VI-VII).

### I Zur Bedeutung der medizinischen Rehabilitation in Deutschland

- Die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation wird angesichts der großen Herausforderungen, welche mit dem demografischen Wandel unserer Bevölkerung und der damit verbundenen Zunahme chronischer Erkrankungen verbunden sind, zukünftig noch deutlich wachsen.

Denn diese leistet einen wichtigen Beitrag dazu, dass Arbeitnehmer<sup>1</sup> länger am Arbeitsleben teilnehmen können, Frühberentungen und Pflegebedürftigkeit vermieden werden und Beiträge für die Sozialversicherungsträger geleistet werden. Die Veränderungen unserer Gesellschaft erfordern nicht nur eine deutliche Stärkung der Prävention, sondern auch der Grundsätze „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“. Dabei ist festzustellen, dass der Behandlungsbedarf in den Rehabilitationseinrichtungen erheblich zunimmt, weil die Patienten immer älter und damit die Behandlung immer aufwendiger wird. Zudem werden viele Patienten immer früher aus dem Krankenhaus in die medizinische Rehabilitation verlegt und benötigen dadurch immer aufwendigere und umfangreichere medizinisch-therapeutische Leistungen. Festzuhalten bleibt, dass gerade die moderne Rehabilitation, wie kaum ein anderer Behandlungsansatz, die Chance für eine umfassende und multidimensionale Behandlung chronisch kranker Menschen eröffnet.

- Insgesamt werden in Deutschland in 1.255 Rehabilitationskliniken rund 160.000 Mitarbeiter beschäftigt (siehe Reha-Rating-Report 2007 des Rhein-Westfälischen-Instituts für Wirtschaftsforschung [RWI]). Die Rehabilitationseinrichtungen stellen damit einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor dar. In zahlreichen Regionen sind sie die größten Arbeitgeber und bieten qualifizierte Arbeits- und Ausbildungsplätze, insbesondere im ärztlichen Dienst, im therapeutischen Bereich, in der Pflege und in medizinisch-technischen Fachberufen. Um ihrem umfangreichen Versorgungsauftrag mit qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen nachkommen zu können, benötigen die Rehabilitationseinrichtungen ein hohes Maß an Planbarkeit und Berechenbarkeit.

### II Zum Stellenwert der medizinischen Rehabilitation im Gesundheitssystem

- Die bereits im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes getroffenen Gesetzesänderungen, alle medizinischen Rehabilitationsleistungen zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu machen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Risikostrukturausgleich einzubeziehen, stellen richtige und wichtige Weichenstellungen dar.
- Den enormen volkswirtschaftlichen Nutzen der medizinischen Rehabilitation belegt nicht zuletzt eine aktuelle Prognosestudie („Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum“), wonach die Gesellschaft für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro fünf Euro gewinnt. Dies geht insbesondere auf die gewonnenen Berufstätigkeitsjahre, geleistete Beitragszahlungen und reduzierte Arbeitsunfähigkeitstage zurück.
- Wesentliche Zukunftsaufgaben sehen wir darin, dass sich die politisch Verantwortlichen dafür einsetzen, qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitationsleistungen in Deutschland dauerhaft sicherzustellen, den niedrigschwelligen Zugang zu erforderlichen medizinischen Rehabilitationsleistungen zu erleichtern und den Stellenwert der medizinischen Rehabilitation im Gesundheitswesen zu stärken. In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass medizinischen Rehabilitationsleistungen auch in den Standardtarifen der privaten Krankenversicherungen zu Pflichtleistungen werden sollten.

### III Zur Finanzierung medizinischer Rehabilitationsleistungen

- Unabhängig von der jeweiligen Leistungsträgerschaft für medizinische Rehabilitationsleistungen ist deren bedarfsgerechte Finanzierung sicherzustellen. Bei einer nicht ausreichenden Finanzierung des Gesamtbereichs droht eine offene Rationierung medizinischer Rehabilitationsleistungen und/oder eine deutliche Absenkung von deren Qualität.

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit des Papiers wird auf die weibliche Ausformulierung verzichtet.

- Im Bereich der Rentenversicherung ist angesichts der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen zunehmenden Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen eine Aufhebung der mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz von 1996 eingeführten Ausgabenbegrenzung („Deckelung der Ausgaben“) vorzunehmen. In den letzten Jahren ist eine deutliche Zunahme der medizinischen Rehabilitationsleistungen zu verzeichnen. So haben von 1997 bis 2007 im Bereich der DRV die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen von 629.752 auf 903.257 Maßnahmen zugenommen (plus 43,4 %). Die Bruttoaufwendungen für medizinische und ergänzende Leistungen sind im Unterschied dazu im gleichen Zeitraum lediglich von 2.627,5 Mio. € auf 3.064,4 Mio. € (plus 16,6 %) gestiegen. Betrachtet man den Indikationsbereich der Entwöhnungsbehandlungen, so stieg die Anzahl der ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen im Bereich der Rentenversicherung von 1997 bis 2007 von 41.486 Leistungen auf 56.339 (plus 35,9 %). Die Bruttoausgaben stiegen hingegen lediglich von 424,4 Mio. € im Jahr 1997 auf 526,5 Mio. € (plus 24,1 %).
- Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung stellen sich die Finanzierungsprobleme der medizinischen Rehabilitationsleistungen zunehmend dramatisch dar. In den letzten fünf Jahren hatten die deutschen Rehabilitationseinrichtungen Kostensteigerungen von bis zu 15 % zu verkraften, die insbesondere auf steigende Personalkosten und allgemeine Preisentwicklungen zurückgehen. Aufgrund der bestehenden Preisbindung der gesetzlichen Krankenkassen an die Grundlohnsumme betrug die Vergütungssatzerhöhung im Zeitraum von 2003 bis 2008 im Bereich der GKV bei Rehabilitationskliniken durchschnittlich allerdings lediglich 0,54 % pro Jahr. Inzwischen hat die Politik aufgrund der dramatischen Auseinanderentwicklung der Kostensteigerungen und der Vergütungserhöhung die Grundlohn-Preisbindung für Krankenhäuser im Rahmen des Krankenhausfinanzierungs-Rahmengesetzes (KHRG) aufgehoben. Da für die Kostenstrukturen der Rehabilitationskliniken die gleichen Bedingungen wie für Krankenhäuser gelten und sie von den gleichen Kostenschüben durch Tarifverträge für Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten etc., Energie- und Sachkosten etc. betroffen sind, ist eine analoge Regelung für diesen Bereich des Gesundheitssystems zu treffen.
- Medizinische Rehabilitationseinrichtungen dürfen durch die Deckelung der Ausgaben oder eine Unterfinanzierung der erforderlichen Leistungen nicht in eine existentielle Unsicherheit und drohende Insolvenz getrieben werden. In jedem Fall ist eine ausreichende Refinanzierung von steigenden Personal- und Sachkosten sicherzustellen. Die Einrichtungen müssen auch Überschüsse erzielen können, die sie für die Weiterentwicklung ihrer medizinisch-therapeutischen Versorgungsangebote dringend benötigen.
- Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen sollte am Federführungsprinzip bei der Vergütungssatzverhandlungen ohne Einschränkung festgehalten werden, zumal der Anteil von GKV-Patienten insgesamt in der stationären Suchtrehabilitation lediglich ca. 10 % beträgt und über 80 % der Leistungen in den Bereich der Rentenversicherung fallen.
- Von einer Erhöhung der Zuzahlung der Versicherten sollte Abstand genommen werden, da bereits heute von einer Unterversorgung hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen auszugehen ist. Auf die bestehende Unterversorgung hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits wiederholt hingewiesen (z.B. Gutachten 2000/1, 2005). So werden nach seiner Auffassung beispielsweise die rehabilitativen Möglichkeiten der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, bislang unzureichend genutzt. In diesem Zusammenhang ist ein Finanzausgleich zwischen Kranken- und Pflegeversicherung erforderlich, der den Krankenkassen finanzielle Anreize für eine vermiedene Pflegebedürftigkeit bietet und dadurch den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ stärkt. Eine Erhöhung der Zuzahlung hätte genau eine gegenteilige Wirkung und würde die Unterversorgung noch verstärken. Darüber hinaus ist grundsätzlich eine einkommensgerechte Abfederung sozialer Härten bei der Zuzahlung zu gewährleisten.
- Rehabilitationsleistungen sind hochkomplexe, personalintensive und auf den Patienten zugeschnittene individuelle medizinisch-therapeutische Dienstleistungen. Angesichts des Ärztemangels und zunehmender Personalengpässe im medizinisch-therapeutischen Bereich ist es dringend notwendig, dass – auch im Vergleich zu anderen Sektoren des Gesundheitswesens – in der medizinischen Rehabilitation attraktive Arbeitsplätze vorgehalten werden können. Dies beinhaltet auch eine angemessene Honorierung der Mitarbeiter in den Rehabilitationseinrichtungen.
- Eine steigende Fallschwere muss bei der Ausstattung, Personalbemessung und Vergütung der medizinischen Rehabilitationsleistungen berücksichtigt werden. Völlig inakzeptabel ist es, wenn den Rehabilitationskliniken – beispielsweise durch eine frühzeitige Verlegung von Patienten aus dem Krankenhaus oder auch durch eine mit dem Ausbau (ganztägig) ambulanter Angebote verbundene zunehmende Komorbidität und Fallschwere von Patienten im stationären Bereich – das Morbiditätsrisiko auferlegt wird.
- Die monistische Finanzierung im Bereich der medizinischen Rehabilitation bedeutet, dass die Investitionskostenanteile den tatsächlichen Investitionsbedarf abdecken müssen, damit eine auskömmliche Investitionsfinanzierung gewährleistet ist. Aufgrund der Vergütungssatzentwicklungen der letzten Jahre ist von einem enormen Investitionsstau im Bereich der medizinischen Rehabilitation auszugehen. Auch war dieser Bereich vom Konjunkturpaket II ausgenommen. Der Investitionsstau sollte durch eine nationale Initiative unter Beteiligung der Leistungsträger und Leistungserbringer beseitigt werden.
- Sicherzustellen ist des weiteren eine Regelung, dass die Investitions- und Betriebskosten für stationäre und ambulante medizinische Rehabilitationseinrichtungen, welche durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte entstehen, durch einen entsprechenden Zuschlag (Telematikzuschlag) finanziert werden. Das Nähere zur Erhöhung ist zwischen den Leistungsträgern und den Spitzenorganisationen der Leistungserbringerverbände in der medizinischen Rehabilitation zu regeln. Hier sollte auch ein Schiedsstellenverfahren vorgesehen werden, falls es zu keiner Einigung kommen sollte.

#### IV Zur Qualität in der medizinischen Rehabilitation: Grundsätze aus Sicht des FVS

- Die Pluralität von Behandlungsangeboten und Angebotsstrukturen bildet die Grundlage dafür, dass eine Individualisierung und Flexibilisierung der Behandlung und das im SGB IX verankerte Wunsch- und Wahlrecht überhaupt erst realisiert werden kann. Von daher benötigen wir auch zukünftig differenzierte und passgenaue Behandlungsangebote in der medizinischen Rehabilitation. Diese müssen eine hohe Qualität aufweisen. Von daher wäre niemandem damit gedient, wenn durch Kostendruck oder Normierungsprozesse qualitativ hochwertige Behandlungsansätze und -konzepte in Richtung Einheitsangebot zurückentwickelt würden.
- Der FVS begrüßt den Einsatz praxiserprobter und -tauglicher Qualitätsbewertungsinstrumente, die auf der einen Seite

- die Unterschiedlichkeit der Konzepte und Einrichtungen berücksichtigen, auf der anderen Seite aber auch angemessene und realisierbare Qualitätsstandards verbindlich festlegen. In keinem anderen Leistungsbereich gibt es so umfassende Aktivitäten zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement wie im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation. Diese beinhalten nicht nur die Teilnahme an den jeweiligen umfangreichen externen Qualitätssicherungsprogrammen der Leistungsträger, sondern auch den Einsatz von höchst anspruchsvollen internen Qualitätsmanagement-/Zertifizierungsverfahren. Letztere müssen die Vorgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gemäß der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX erfüllen. Zunehmend erstellen stationäre Rehabilitationseinrichtungen darüber hinaus umfassende Qualitätsberichte und schaffen damit Transparenz über ihre Qualität und Leistungen gegenüber Patienten und Zuweisern.
- Eine qualitätsorientierte Rehabilitation erfordert Qualitätsstandards, welche dem rehabilitationswissenschaftlichen Kenntnisstand und vorhandenen Expertenleitlinien von Fachgesellschaften entsprechen. Verfahrenswege zur Festlegung von Qualitätsstandards und -anforderungen sollten gemeinsam und partnerschaftlich zwischen den Spitzenorganisationen der Leistungsträger und der Leistungserbringer (z. B. im Rahmen der Entwicklung von Rahmenverträgen gemäß § 21 Abs. 1 SGB IX) vertraglich festgelegt werden. Es reicht nicht aus, den auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden der stationären Leistungserbringer sowie den Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege u. a. lediglich eine Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Vielmehr ist eine partnerschaftliche Zusammenarbeit „auf gleicher Augenhöhe“ von Leistungsträgern und Leistungserbringern unter Einbeziehung der Betroffenenverbände im Bereich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements unerlässlich.
  - Vom Grundsatz her müssen des weiteren vergleichbare und leitliniengerechte Qualitätsanforderungen auch an ambulante und ganztägig ambulante Rehabilitationsleistungen gestellt werden. Dabei ist zu beachten, dass die entsprechenden Instrumente der Qualitätssicherung natürlich auch die vorhandenen Bedingungen und Ressourcen der unterschiedlichen Angebote berücksichtigen müssen. Auch sind bei den strukturellen Anforderungen an entsprechende Einrichtungen indikationsspezifische Unterschiede zu beachten.
  - Unterschiedliche Qualitätsniveaus (z. B. hinsichtlich der Angebotsvielfalt, -breite) und zielgruppenorientierte Konzepte von Rehabilitationseinrichtungen implizieren, dass entsprechende Unterschiede auch bei den Vergütungssätzen Berücksichtigung finden. Es kann nicht sein, dass qualitativ hochwertige Einrichtungen (z. B. mit entsprechender ärztlicher Ausstattung, vielfältigen therapeutischen Angeboten, Berücksichtigung komorbider Erkrankungen) aufgrund höherer Kosten in geringerem Maße belegt werden als Einrichtungen mit einem vergleichsweise niedrigem Vergütungssatz, welche entsprechende strukturelle und personelle Anforderungen in vergleichsweise geringerem Maße erfüllen. Die erforderliche Qualität muss vor dem Hintergrund des Behandlungsbedarfs deshalb bei der Auswahl der Behandlungseinrichtung und der Belegungssteuerung im Vordergrund stehen.
  - Ein Preiswettbewerb (z. B. mit erzwungenen Rabatten), den beispielsweise Krankenkassen aufgrund ihrer Marktmacht durchsetzen könnten, fördert ebenso wenig die Qualität der Leistungen wie es Ausschreibungsverfahren tun würden. Grundsätzlich ist einer Tendenz zu Dumpingpreisen eindeutig von allen Beteiligten zu begegnen.
  - Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind mit einem hohen Dokumentationsaufwand und hohen Personalkosten verbunden. Jede neue Maßnahme sollte von daher auch vor dem Hintergrund der Vermeidung eines zusätzlichen Aufwands überprüft werden, um die tägliche Arbeitszeit für Dokumentationstätigkeiten möglichst zu beschränken. Ferner ist die Refinanzierung der mit Qualitätssicherungsmaßnahmen verbundenen Kosten sicherzustellen.
  - Ein wesentlicher Faktor, der mit der Qualität der Rehabilitationsleistungen in engem Zusammenhang steht, ist die Behandlungsdauer. Die Behandlungsdauer muss sich am erforderlichen Behandlungsbedarf des Patienten orientieren und darf nicht von den ökonomischen Vorgaben des jeweiligen Sozialversicherungsträgers abhängen. Gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist der enge Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und der Behandlungsdauer durch viele Untersuchungen belegt.
  - Die Effektivität der medizinischen Rehabilitation ist gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen durch vielfältige Untersuchungen zur Wirksamkeit nachgewiesen. So führt der FVS bereits seit dem Jahr 1996 einrichtungsübergreifende Studien zur Wirksamkeit der stationären Suchtrehabilitation durch. Diese belegen, dass im Bereich Alkohol- / Medikamentenabhängigkeit über 50 % der Patienten nach einem Jahr abstinent leben. Auch die stationäre Drogenrehabilitation erweist sich als wirksam, so beendeten laut der Basisdokumentation 2006 des FVS 50,5 % der Patienten die Behandlung planmäßig. Eine weitere Studie zeigt, dass von den erreichten Patienten mit planmäßiger Entlassung ca. die Hälfte nach einem Jahr noch abstinent war. Auch Untersuchungen der Deutschen Rentenversicherung belegen, dass sich die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker lohnt. So sind zwei Jahre nach Ende der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen noch ca. 90 % der Rehabilitanden im Erwerbsleben verblieben, von diesen weisen 59 % eine lückenlose Beitragszahlung auf.
- Für notwendig wird grundsätzlich erachtet, dass die anwendungsorientierte Rehabilitationsforschung in einer engen Zusammenarbeit von Forschern mit Rehabilitationseinrichtungen unter Einbezug der betroffenen Menschen ausgebaut wird. Auch mit Blick auf die europäischen und internationalen Entwicklungen ist es notwendig, die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in Deutschland durch wissenschaftliche Untersuchungen zu unterstützen.

### V Zur Stärkung der medizinischen Rehabilitation im gesundheitspolitischen Raum

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt er Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens. Aufgrund seines umfassenden Auftrags, der auch den Bereich der chronischen Erkrankungen und damit die medizinische Rehabilitation betrifft, ist eine Erweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses um eine entsprechende Anzahl von Vertretern der Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation dringend erforderlich.
- Darüber hinaus sei darauf verwiesen, dass die medizinische Rehabilitation betreffende grundsätzlichen Regelungen im Rahmen des SGB IX zwischen den Rehabilitationsträgern und den Spitzenverbänden der Rehabilitationseinrichtungen zu treffen sind. Der Grundsatz der

Partnerschaftlichkeit zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern sollte allerdings im SGB IX deutlich gestärkt werden. So sollte der § 21 SGB IX dahingehend geändert werden, dass Rahmenverträge und deren Inhalte grundsätzlich von den Rehabilitationsträgern und den Spitzenverbänden der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation bzw. den entsprechenden Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringerverbände zu vereinbaren sind. Gemäß dem Grundsatz der Partnerschaftlichkeit sollte auch der § 20 Abs. 3 SGB IX zur Qualitätssicherung dahingehend geändert werden, dass die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation entsprechende Empfehlungen mit den Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege etc. und den auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden der Leistungserbringer zu vereinbaren hat.

## VI Zur sektorenübergreifenden Vernetzung, hier: Früherkennung und Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen

### • Epidemiologie

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

- o ca. 1,3 Mio. alkoholabhängig,
- o ca. 1,4 Mio. medikamentenabhängig,
- o ca. 175.000 drogenabhängig (ohne Cannabis) sowie
- o ca. 220.000 cannabisabhängig.

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

Wir verfügen in Deutschland zwar über ein differenziertes Suchthilfe- und -behandlungssystem, jedoch zeigen die Epidemiologie der Suchterkrankungen und die Statistiken zur Behandlung starke Missverhältnisse zwischen der Verbreitung von Abhängigkeitserkrankungen und der Inanspruchnahme einer suchtspezifischen Behandlung. Folgt man den Daten des Bundesgesundheits-surveys 1998 werden im Durchschnitt

nur 29 % aller im Lauf eines Lebens an Substanzstörungen Erkrankten überhaupt behandelt. Die Dauer der Abhängigkeit bis zur Inanspruchnahme einer stationären Entwöhnungsbehandlung beträgt nach Erhebungen des FVS über 11 Jahre. Die Früherkennung und Frühintervention sowie die Nachsorge mit der Zielsetzung, den Behandlungserfolg – über 50 % der alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten sind ein Jahr nach stationärer Behandlung abstinent – zu festigen, ist bei Abhängigkeitserkrankungen deshalb von besonderer Wichtigkeit. Die frühzeitige Einleitung einer fachgerechten Beratung und Behandlung suchtspezifischer bzw. -abhängiger Patienten erfordert flächendeckende Maßnahmen im Bereich der niedergelassenen Ärzte, im Krankenhaussektor sowie durch niedergelassene Psychotherapeuten. Die Finanzierung sowohl der zusätzlichen Leistungen (Diagnose-, Gesprächs- und Vermittlungsleistungen, spezifische Fort- und Weiterbildungen) des niedergelassenen Arztes als auch der Liaison-/Konsiliardienste muss verbindlich geregelt werden. Verbesserungsbedarf zeigt sich an folgenden Stellen:

### • Förderung der Kompetenz und Qualifikation niedergelassener Ärzte

Um Patienten mit Alkoholproblemen frühzeitig diagnostizieren und behandeln zu können, müssen niedergelassene Ärzte dabei unterstützt werden, mittels geeigneter diagnostischer Instrumente und Screening-Verfahren risikoarmen, riskanten Konsum, schädlichen Gebrauch oder Abhängigkeit zu erkennen und voneinander abzugrenzen. Daneben muss die Beratungs- und Vermittlungskompetenz gefördert sowie die Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe gestärkt werden. Aufgrund der weiten Verbreitung von substanzbezogenen Störungen sollte die Fortbildungspflicht der Hausärzte neben psychosomatischer Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeiner Schmerztherapie, Geriatrie auch den Bereich der suchtmmedizinischen Grundversorgung umfassen. Darin sollten Themen wie Diagnostik, Frühintervention, Motivationsförderung, Vermittlung in suchtspezifische Beratungs- und Behandlungseinrichtungen sowie Nachsorge nach einer Entwöhnungsbehandlung behandelt werden. Im Rahmen eines Schnelleinweisungsverfahrens sollten Hausärzte zudem eine medizinische Rehabilitationsleistung bei vorliegender Abhängigkeitserkrankung einleiten können.

### • Kooperationsmodelle mit Akutkrankenhäusern

Im Rahmen der stationären Versorgung im Akutkrankenhaus werden bei einer Vielzahl abhängigkeitskranker Menschen

lediglich die somatischen Folge- oder Co-Erkrankungen behandelt, ohne dass die Suchterkrankung selbst erkannt oder behandelt wird. Darüber hinaus erfolgt selbst bei diagnostizierten F10-Diagnosen im Krankenhaus nur in Ausnahmefällen die Einleitung einer speziellen Rehabilitationsleistung für Abhängigkeitserkrankungen.

Hier kann nicht nur durch den stärkeren Einbezug der Sozialdienste im Krankenhaus, sondern auch durch den Einsatz qualifizierten Personals im Rahmen von externen Konsiliardiensten die (Früh-)Erkennung und Inanspruchnahme einer suchtspezifischen Behandlung deutlich verbessert werden.

Deren Aufgabe ist insbesondere die Motivation zur Verhaltensänderung und zur Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Hilfen durch den Patienten. Daneben wird die Sensibilität für Suchtgefährdete und -kranke in den Krankenhäusern erhöht und die Entwicklung von Kooperationsroutinen zwischen den beteiligten Einrichtungen gefördert.

Der Konsiliardienst könnte abhängig von den örtlichen Gegebenheiten bei (ganztägig) ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, im Krankenhaus, einer Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen oder an einer Institutsambulanz angesiedelt sein.

### • Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten

Darüber hinaus halten es die Bundespsychotherapeutenkammer, der FVS und die Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie für geboten, dass der § 73 Abs. 2 SGB V dahingehend geändert wird, dass niedergelassene Psychotherapeuten entsprechende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Bereich Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik verordnen können.

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

## VII Zur leistungsrechtlichen Zuständigkeit der Krankenkassen für die Adaptionsphase bei Abhängigkeitserkrankungen

Die Adaptionsphase ist fester Bestandteil des Gesamtherapiekonzeptes bei Abhängigkeitserkrankungen, welche die stationäre Entwöhnungsbehandlung (Phase I) und die Adaptionsphase (Phase II) umfasst.

Die Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger haben in einer ge-