

**19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags:  
Eckpunkte für eine qualitativ hochwertige  
medizinische (Sucht-)Rehabilitation und eine  
sektorenübergreifende Vernetzung in Deutschland**

---

## **Impressum**

Herausgeber  
Geschäftsführung  
Vorstand

Fachverband Sucht e.V.  
Dr. Volker Weissinger  
Dr. Hubert C. Buschmann (Vorsitzender), Prof. Dr.  
Wilma Funke (Stv. Vorsitzende), Alfons Domma,  
Dr. Thomas Klein, Dr. Dietmar Kramer, Peter Mis-  
sel, Dr. Monika Vogelgesang

Anschrift

Walramstraße 3  
53175 Bonn

Telefon

0228 / 26 15 55

Fax

0228 / 21 58 85

Email

sucht@sucht.de

Internet

www.sucht.de

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) ist ein bundesweit tätiger Spitzenverband der medizinischen Rehabilitation, in dem Einrichtungen zusammengeschlossen sind, die sich der Behandlung, Versorgung und Beratung von abhängigkeitskranken Menschen widmen. Er wurde 1976 gegründet und vertritt heute ca. 95 Mitgliedseinrichtungen mit über 6.800 stationären und vielen (ganztägig) ambulanten Behandlungsplätzen.

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-IV). Auf spezifische Aspekte, welche substanzbezogene Störungen im engeren Sinne betreffen, wird abschließend eingegangen (Punkte V-VI).

gez. Dr. Hubert C. Buschmann  
Vorstandsvorsitzender  
Fachverband Sucht e.V.

gez. Dr. Volker Weissinger  
Geschäftsführer  
Fachverband Sucht e.V.

## ➤ Was benötigen Menschen mit einem Rehabilitationsbedarf?

- Flexible, bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Rehabilitationsleistungen,
- leicht zugängliche und verständliche Informationen über entsprechende Behandlungsangebote und Zugangswege zur Rehabilitation,
- Unterstützung hinsichtlich der Antragstellung und eine fachkundige sowie neutrale Beratung bei der Vorbereitung der Rehabilitation, der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts (z.B. hinsichtlich der Auswahl einer für den jeweiligen Bedarf geeigneten Rehabilitationseinrichtung),
- Begleitung nach der Rehabilitation durch entsprechende Nachsorgeangebote und Unterstützung bei der Reintegration in Beruf, Familie und Gesellschaft,
- nahtlose Übergänge an den Schnittstellen der jeweiligen Versorgungssysteme (Prävention, Akutbehandlung, Rehabilitation, Pflege, Nachsorge) sowie bei der beruflichen (Re-)Integration,
- die Erbringung von Leistungen „wie aus einer Hand“ (z.B. suchtkranke Mütter mit Kindern) bei komplexen Fallgestaltungen, bei denen unterschiedliche Leistungsträger und -erbringer beteiligt sind,.

## ➤ Welche spezifischen Herausforderungen stellen sich für die Öffentlichkeit und Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter\* im Gesundheits- und Sozialwesen hinsichtlich psychischer und Suchterkrankungen?

- Entstigmatisierung von psychischen und Suchterkrankungen durch öffentlichkeitswirksame Kampagnen und weitere Aktivitäten auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene, um einer Verlängerung der Erkrankung und Isolierung der Betroffenen und ihrer Familien entgegen zu wirken,
- Entwicklung einer Kultur des „Hinschauens“ und des konstruktiven Umgangs mit psychischen und Suchterkrankungen insbesondere durch niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten, Fachkräfte in Jobcentern/Agenturen für Arbeit und Personalverantwortliche in Betrieben,
- Förderung der Früherkennung und Frühintervention sowie Motivierung zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen angesichts vergleichsweise geringer Behandlungsraten von Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen,
- Zurverfügungstellung entsprechender Rahmenbedingungen und zeitlicher Ressourcen, welche es ermöglichen, dass sich professionell Tätige genügend Raum für den Patienten/den Klienten nehmen können, um auch über „schwierige“ Themen zu sprechen,
- Förderung entsprechender Fachkompetenzen im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung der im Gesundheits- und Sozialwesen Tätigen in Bezug auf psychische und Suchterkrankungen (z.B. zur Diagnostik, Gesprächsführung, Begleitung und Vermittlung, Kooperation mit Selbsthilfegruppen / suchtspezifischen Beratungs- und Behandlungsangeboten).

---

\* Zur besseren Lesbarkeit des Papiers wird auf die weibliche Ausformulierung verzichtet.

## ➤ Was benötigen die Rehabilitationseinrichtungen?

- Eine zukunftssichere Finanzierung, welche dem vorhandenen Bedarf in der Bevölkerung an medizinischen Rehabilitationsleistungen entspricht,
- eine adäquate Leistungsvergütung, welche z.B. auch die steigende Multimorbidität der Patienten berücksichtigt,
- die Zurverfügungstellung von Investitionsmitteln, um bestehende Engpässe zu beseitigen und erforderliche Investitionen (z.B. Digitalisierung) zu sichern,
- gute Rahmenbedingungen für die Gestaltung attraktiver Arbeitsplätze, um z. B. dem zunehmenden Ärzte- und Therapeutenmangel zu begegnen,
- einen Wettbewerbsrahmen, der Qualität honoriert und Dumpingpreisen begegnet,
- Qualitätssicherungsmaßnahmen, die angemessen sind und dem Patienten dienen,
- weniger Bürokratie und mehr Zeit für Patienten,
- die Weiterentwicklung patientengerechter, flexibler und passgenauer Behandlungsangebote und die Vermeidung einer „Einheitsbehandlung“,
- die Beseitigung von Hürden, welche den Zugang zur medizinischen Rehabilitation erschweren,
- eine Verbesserung des Schnittstellenmanagements mit anderen Sektoren des Sozial- und Gesundheitswesens,
- eine partnerschaftliche Beteiligung der Spitzenverbände der Leistungserbringer bei Fragen der Qualitätssicherung (§ 20 SGB IX) sowie bei der Entwicklung einheitlicher Grundsätze für Leistungsverträge (§ 21 SGB IX),
- eine Schiedsstellenregelung, welche sich auf alle Vertragspartner im Bereich der medizinischen Rehabilitation bezieht.

- Die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation wird angesichts der großen Herausforderungen, welche mit dem demografischen Wandel, der längeren Lebenserwartung unserer Bevölkerung und der damit verbundenen Zunahme chronischer Erkrankungen verbunden sind, zukünftig noch deutlich wachsen. Die Rehabilitation leistet einen wichtigen Beitrag dazu, dass Arbeitnehmer länger am Arbeitsleben teilnehmen können, Frühberentungen und Pflegebedürftigkeit vermieden werden, Beiträge für die Sozialversicherungsträger geleistet und Lebensqualität, Teilhabe und Inklusion in unsere Gesellschaft gefördert werden. Die Veränderungen unserer Gesellschaft erfordern nicht nur eine deutliche Stärkung der Prävention, sondern auch der Grundsätze „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“.
- Besonderes Augenmerk sollte hierbei angesichts wandelnder Herausforderungen in unserer Gesellschaft auf psychische Erkrankungen gelegt werden. Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS, Robert Koch-Institut 2014) ergab, dass 27,7 % der 18- bis 79-jährigen im letzten Jahr eine psychische Störung aufwiesen, Angststörungen lagen mit 15,3 % an erster Stelle, gefolgt von unipolaren Depressionen (7,7 %) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7 %). Bei der Frühberentung stellen im Jahr 2013 psychische Störungen (inkl. Sucht) mit 42,7 % mittlerweile die häufigste Berentungsdiagnose dar, gefolgt von orthopädischen Erkrankungen (13,6 %) und neurologischen Krankheiten (9,5 %) sowie Neubildungen (12,3 %).  
Insgesamt rechnet man in Deutschland in der Altersgruppe der 18- bis 64-jährigen mit 4,61 Mio. Menschen die an einer stoffgebundenen Abhängigkeit (ohne Tabakabhängigkeit) leiden. Hinzu kommen Menschen mit stoffungebundenen Suchtformen wie pathologischem Glücksspiel (ca. 215.000 der 16- bis 70-jährigen, BZgA 2016) oder pathologischem PC-/Internetgebrauch (ca. 560.000 der 14- bis 64-jährigen). Angesichts der nachgewiesenen Effektivität der Suchtrehabilitation sollte der Zugang zu einer qualifizierten Entwöhnungsbehandlung gefördert werden, um einer weiteren Chronifizierung der Krankheitsprozesse, hohen Folgekosten sowie weiterer sozialer und beruflicher Desintegration entgegenzuwirken.
- Festzuhalten bleibt, dass gerade die moderne Rehabilitation, wie kaum ein anderer Behandlungsansatz, die Chance für eine umfassende und multidimensionale Behandlung chronisch kranker Menschen eröffnet und deren Inklusion und Teilhabe nachhaltig fördert.
- Insgesamt wurden in Deutschland im Jahr 2015 in 1.151 Reha- und Vorsorgeeinrichtungen mit rund 164.500 aufgestellten Betten und rund 120.400 Mitarbeitern pro Jahr knapp 2 Mio. Patienten behandelt (DESTATIS, Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, 2016). 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 hochwertigen Gesundheitsleistungen nachkommen zu können, benötigen die Rehabilitationseinrichtungen auch zukünftig fachkompetentes Personal, Spielräume für Innovationen und eine solide Finanzierungsbasis.
- Den enormen volkswirtschaftlichen Nutzen der medizinischen Rehabilitation belegt nicht zuletzt die Prognos-Studie „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. Prognos (Prognos AG 2009) hat berechnet, dass durch die medizinische Rehabilitation der Volkswirtschaft pro Jahr 150.000 Arbeitskräfte erhalten bleiben, die ohne entsprechende Leistungen frühzeitig aus dem Arbeitsleben ausgeschieden wären.

- Schon durch das Hinausschieben des Bezugs der Erwerbsminderungsrente (EM) um vier Monate amortisieren sich die Kosten für eine medizinische Rehabilitationsleistung (Deutsche Rentenversicherung, Reha-Bericht 2015). Festzustellen ist, dass insgesamt 49 % der Versicherten vor dem EM-Rentenzugang keine medizinische Rehabilitationsleistung in Anspruch genommen hatten. Bezogen auf alle psychische Erkrankungen (inkl. Sucht) hatten 53 % der Frauen und nur 43 % der Männer im Vorfeld einer EM-Berentung eine entsprechende medizinische Rehabilitationsleistung angetreten, speziell bei Abhängigkeitserkrankungen sind die Anteile noch geringer und liegen für Männer bei nur 37 % und für Frauen bei 45 % (Deutsche Rentenversicherung, Reha-Bericht 2013). Insgesamt stehen im Jahr 2015 die Aufwendungen für medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen (Anteil an den Aufwendungen der Rentenversicherung: 2,2 %) im Verhältnis zu denjenigen für EM-Rente (Anteil an den Aufwendungen der Rentenversicherung: 6,1 %) in einem Verhältnis von 1:2,8 (Deutsche Rentenversicherung, Reha-Bericht Update 2016).
- Wesentliche Zukunftsaufgaben sehen wir darin, dass sich die politisch Verantwortlichen dafür einsetzen, qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitationsleistungen in Deutschland dauerhaft sicherzustellen, den frühzeitigen und nahtlosen Zugang zu erforderlichen medizinischen Rehabilitationsleistungen zu fördern, Übergänge (z.B. berufliche (Re-)Integration) zu optimieren, ein verbindliches personen- und sektorenübergreifendes Fallmanagement zu etablieren und hierfür verbindliche Regelungen hinsichtlich der Zuständigkeiten der Leistungsträger zu schaffen, das Reha-Budget flexibel dem steigenden Bedarf anzupassen und den Stellenwert der medizinischen Rehabilitation im Gesundheitswesen zu stärken.
- In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass medizinische Rehabilitationsleistungen (inkl. Entwöhnungsbehandlung) auch in den Standardtarifen der privaten Krankenversicherungen zu Pflichtleistungen werden sollten.

- Unabhängig von der jeweiligen Leistungsträgerschaft für medizinische Rehabilitationsleistungen ist deren bedarfsgerechte Finanzierung sicherzustellen. Bei einer nicht ausreichenden Finanzierung des Gesamtbereichs drohen eine offene Rationierung medizinischer Rehabilitationsleistungen und/oder eine deutliche Absenkung von deren Qualität.
- 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. Bereits in den letzten Jahren ist eine deutliche Zunahme der medizinischen Rehabilitationsleistungen zu verzeichnen. So haben von 1997 bis 2014 im Bereich der DRV die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen von 629.752 auf 1.014.763 Maßnahmen zugenommen (plus 61,1 %). Betrachtet man den Indikationsbereich der Entwöhnungsbehandlungen, so stieg die Anzahl der ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen im Bereich der Rentenversicherung von 1997 bis 2014 von 41.486 Leistungen auf 50.485 (plus 21,7 %). Insbesondere in den nächsten Jahren ist mit einer weiteren Steigerung des Rehabilitationsbedarfs zu rechnen. Dies hat unterschiedliche Gründe, hierzu gehören:
  - Der demografische Wandel unserer Bevölkerung und die damit verbundene Zunahme chronischer Erkrankungen,
  - der wachsende Fachkräftemangel aufgrund der demografischen Entwicklung,
  - die Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre,
  - die Veränderungen des Krankheitsspektrums, wie etwa Multimorbidität und die Zunahme psychischer Erkrankungen (mit entsprechend längeren Behandlungsdauern),
  - die steigende Akzeptanz der Rehabilitation bei Arbeitgebern, Beschäftigten und niedergelassenen Ärzten sowie
  - die steigende Zuwanderung und eine damit verbundene Berücksichtigung migrationspezifischer Aspekte
  - eine verbesserte Frühintervention.
- Zudem hat die Ausweitung des Leistungsspektrums in der Rentenversicherung, so wurden mit dem Flexirentengesetz Präventionsleistungen und Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche zu Pflichtleistungen, Auswirkungen auf das Reha-Budget.

Von daher sind neben den demografischen Aspekten, welche seit dem Jahr 2014 (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) Berücksichtigung bei der Festlegung des Reha-Budgets finden, auch weitere Faktoren zu berücksichtigen, um eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung mit Rehabilitationsleistungen zukünftig sicherzustellen.

Zusammenfassend hat der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR 2014) die grundsätzliche Notwendigkeit, die gesetzlichen Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation an den zukünftigen Versorgungsbedarf anzupassen, wie folgt beschrieben: „Der demografische Wandel und ein sich veränderndes Behandlungsspektrum in Kombination mit gewandelten Ansprüchen potenzieller Rehabilitanden sowie veränderter Rahmenbedingungen führen zu großen Herausforderungen auch in der Rehabilitation.“
- Das Reha-Budget der Rentenversicherung sollte somit so ausgestaltet werden, dass es sich am vorhandenen Rehabilitationsbedarf der Versicherten ausrichtet. Aus Sicht der Patienten und der Behandler stellt es keine „Lösung“ dar, wenn aufgrund von Finanzierungsproblemen beispielsweise Behandlungszeiten verkürzt werden müssten, um einerseits eine Rationierung der Leistungen zu verhindern und andererseits das gedeckelte Budget einzuhalten. Vielmehr muss die Politik dafür Sorge tragen, dass

eine qualitativ hochwertige Behandlung jedem Versicherten mit entsprechendem Rehabilitationsbedarf offensteht und sich die Budgets flexibel am vorhandenen Bedarf ausrichten.

- Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stellen sich die Finanzierungsprobleme der medizinischen Rehabilitationsleistungen zunehmend als problematisch dar. Allein in den letzten Jahren 2007 – 2016 betragen die allgemeinen Kostensteigerungen ca. 26,0 % (2,6 % pro Jahr) (*aktiva*-Gutachten 2016), die insbesondere auf steigende Personalkosten und allgemeine Preisentwicklungen zurückgehen. Da sich im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen vorrangig an der Entwicklung der Grundlohnsumme orientiert wird, würde die Vergütungssatzerhöhung im entsprechenden Zeitraum im Bereich der GKV 17,4 % (1,7 % pro Jahr) betragen. Der im Bereich der GKV verursachte Kostendruck auf die medizinischen Rehabilitationseinrichtungen ist erheblich.

Zudem stellte der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR 2014) fest, dass festzustellen ist, „dass sich trotz zunehmender Versichertenzahl in den rehabilitationsrelevanten Jahrgängen der Anteil der Rehabilitationsausgaben in der Krankenversicherung kontinuierlich verringert hat.“

Der Gesetzgeber sollte von daher Kontrollmöglichkeiten für eine adäquate Bewilligungspraxis bzw. eine indikations- und settingbezogene (ambulant, stationär) Berichtspflicht im Bereich der GKV schaffen, die Rückschlüsse über das Bewilligungsverhalten der einzelnen Krankenkassen ermöglichen.

- Auch im Bereich der Rentenversicherungsträger bestehen Finanzierungsprobleme hinsichtlich der medizinischen Rehabilitation. Ein *aktiva*-Gutachten belegt am Beispiel der Indikationsbereiche Orthopädie, Kardiologie, Psychosomatik und Sucht auf Basis der bestehenden Strukturanforderungen im Bereich der Rentenversicherung eine deutliche Unterfinanzierung der medizinischen Rehabilitationsleistungen (*aktiva* 2012, *aktiva* 2015).
- Die monistische Finanzierung im Bereich der medizinischen Rehabilitation beinhaltet, dass die Investi-

tionskostenanteile den tatsächlichen Investitionsbedarf (Sanierung, Instandhaltung, Modernisierung) abdecken müssen, damit eine auskömmliche Investitionsfinanzierung gewährleistet ist. Ein Gutachten von *aktiva* (2016), das auf einer bundesweiten Befragung von Rehabilitationskliniken beruht, zeigt, dass in den nächsten 5 Jahren ein erheblicher Investitionsbedarf im Bereich der medizinischen Rehabilitation besteht, dessen Refinanzierung nicht gesichert ist. Mithilfe entsprechender Investitionen gilt es nicht nur, einem drohenden Substanzverlust zu begegnen, sondern den Patientenwünschen hinsichtlich Ausstattung und Unterbringung - vor dem Hintergrund der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts und den Anforderungen Leistungsträger - auch zukünftig gerecht werden zu können.

- Sicherzustellen ist des Weiteren eine Regelung, dass zusätzliche Investitions- und Betriebskosten für stationäre und ambulante medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, welche z.B. durch die Einführung innovativer Technik (elektronische Gesundheitskarte, EDV-Ausstattung, Patienten-Apps zur Vorbereitung und Nachsorge der Rehabilitation) entstehen, durch einen entsprechenden Zuschlag (z.B. „Telematikzuschlag“) finanziert werden.
- Medizinische Rehabilitationseinrichtungen dürfen durch die Deckelung der Ausgaben oder eine Unterfinanzierung der erforderlichen Leistungen bei einer wirtschaftlichen Betriebsführung nicht in eine existentielle Unsicherheit und drohende Insolvenz getrieben werden. In jedem Fall ist auch eine ausreichende Refinanzierung von steigenden Personal- und Sachkosten sicherzustellen. Die Einrichtungen müssen zudem auch Überschüsse erzielen können, die sie für die Weiterentwicklung ihrer medizinisch-therapeutischen Versorgungsangebote und strukturelle Veränderungen dringend benötigen.
- Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen sollte am Federführungsprinzip bei den Vergütungssatzverhandlungen ohne Einschränkung festgehalten werden, zumal der Anteil von GKV-Patienten insgesamt in der stationären Suchtrehabilitation lediglich ca. 15 % beträgt und über 80 % der Leistungen in

den Bereich der Rentenversicherung fallen. Die vom Federführer ausgehandelten Vergütungssätze für eine Einrichtung sollten auch für alle weiteren Leistungsträger gelten.

- Rehabilitationsleistungen sind hochkomplexe, personalintensive und auf den Patienten zugeschnittene individuelle medizinisch-therapeutische Dienstleistungen. Angesichts des Ärzte- und Therapeutenmangels und zu erwartender deutlich zunehmender Personalengpässe im gesamten 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.
- Auch eine steigende Fallschwere und Multimorbidität der Patienten sowie migrationsbedingte Anforderungen müssen bei der Ausstattung, Personalbemessung und Vergütung der medizinischen Rehabilitationsleistungen berücksichtigt werden. Inakzeptabel ist es zudem, 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 - zunehmend das Morbiditätsrisiko auferlegt würde.
- Berechtigte Wünsche hinsichtlich der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts (nach § 9 SGB IX) bei der Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung durch Patienten dürfen nicht zur Berechnung von etwaigen Mehrkosten führen, vielmehr sind die Kosten vom jeweils zuständigen Leistungsträger zu tragen.
- Zudem sollten Fahrtkosten in der medizinischen Rehabilitation (Fahrdienste, Krankentransporte) entsprechend der gesetzlichen Regelungen der §§ 111 und 133 SGB V generell von den gesetzlichen Krankenkassen - bei deren leistungsrechtlicher Zuständigkeit - getragen werden.
- Von einer Erhöhung der Zuzahlung der Versicherten sollte – auch wenn sich Finanzmittel verknappen sollten - Abstand genommen werden, damit negative Effekte hinsichtlich der Inanspruchnahme erforderlicher Leistungen vermieden werden. Bereits heute ist von einer Unterversorgung hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen auszugehen. 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 noch unzureichend genutzt. In diesem Zusammenhang ist auch ein Finanzausgleich zwischen Kranken- und Pflegeversicherung erforderlich, der den Krankenkassen finanzielle Anreize für eine vermeidbare Pflegebedürftigkeit bietet und dadurch den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ stärkt. Eine Erhöhung der Zuzahlung hätte genau eine gegenteilige Wirkung und würde die bestehende Unterversorgung noch verstärken. Darüber hinaus ist an einer einkommensgerechten Abfederung sozialer Härten bei der bereits bestehenden Zuzahlung auch weiter festzuhalten. Grundsätzlich sollte ein Schiedsstellenverfahren für alle Leistungsbereiche der medizinischen Rehabilitation eingeführt und im SGB IX entsprechend verankert werden. Sofern sich die Vertragspartner nicht auf eine Anpassung der Vergütungssätze oder Vertragsinhalte bzw. entsprechende Anforderungen einigen können, sollte die Möglichkeit zur Anrufung einer Schiedsstelle für alle Bereiche der Sozialversicherung bestehen.

### III 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, passgenaue und personenzentrierte Behandlungsangebote in der medizinischen Rehabilitation. Der Zugang zu den passgenauen Leistungen der medizinischen Rehabilitationsleistungen sollte bedarfsgerecht und möglichst nahtlos ausgestaltet sein und keine Hürden beinhalten. Dies bedeutet zum einen, dass Versicherte bei einem ärztlich festgestellten Rehabilitationsbedarf medizinische Rehabilitationsleistungen erhalten, unabhängig davon, ob alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung bereits erbracht wurden. Entsprechend ist der § 40 Abs. 1 SGB V zu ändern. Des Weiteren sollte sich die Auswahl des Behandlungssettings (ambulante, stationäre, mobile Rehabilitation) am vorhandenen Rehabilitationsbedarf ausrichten. Ein genereller Vorrang einer bestimmten Leistungsform (s. § 40 Abs. 1, 2 SGB V) sollte von daher zukünftig entfallen. Alle Leistungsformen müssen zudem eine hohe Qualität aufweisen. Entsprechende grundsätzliche Qualitätsanforderungen der Leistungsträger müssen zudem verbindlicher und zu erfüllender Standard für alle Rehabilitationseinrichtungen sein, die von diesen belegt werden. Darüber hinausgehend bestehen aber auch konzeptionelle und qualitative Unterschiede zwischen Rehabilitationseinrichtungen, da Angebote sich am jeweiligen Bedarf der zu behandelnden Klientel ausrichten und sich beispielsweise die Schwere der Erkrankung, die Komorbidität und Teilhabeprobleme der Patienten deutlich unterscheiden können. Von daher wäre niemandem damit gedient, wenn durch Kostendruck oder Normierungsprozesse qualitativ hochwertige Behandlungsansätze und -konzepte in Richtung eines Einheitsangebotes 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. Für stationäre Rehabilitationseinrichtungen besteht zudem eine gesetzlich verankerte Zertifizierungspflicht, um belegt zu werden. Zunehmend erstellen diese darüber hinaus Qualitätsberichte und schaffen damit Transparenz über ihre Qualität und Leistungen gegenüber Patienten und Zuweisern.
- Grundsätzliche Anforderungen an entsprechende Qualitätsbewertungssysteme der Leistungsträger in der medizinischen Rehabilitation sind aus Sicht des FVS:
  - Repräsentativität der QS-Verfahren:  
Die Leistungsträger müssen dafür Sorge tragen, dass sich (möglichst) alle Reha-Einrichtungen an den Reha-Bewertungssystemen beteiligen und sich möglichst in allen Qualitätsdimensionen im Rahmen der externen Qualitätssicherung abbilden lassen.
  - Gerechte Vergleiche (Risikoadjustierung):  
Die Bildung gerechter Vergleiche von Reha-Einrichtungen erfordert, dass diese sich hinsichtlich der Einrichtungsmerkmale und der jeweils behandelnden Klientel nicht bzw. nur geringfügig unterscheiden. Dafür ist eine entsprechende Risikoadjustierung notwendig.

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

- Zeitnahe Qualitätsergebnisse:  
Ein zeitlich geringer bzw. überschaubarer Abstand der aktuell vorhandenen Qualitätsergebnisse ist erforderlich, damit entsprechende Rückschlüsse auf Einrichtungsebene gezogen werden können und ein aktueller Bezug der Reha-Bewertungssysteme – aus denen entsprechende Rückschlüsse z.B. hinsichtlich Steuerung /Belegung gezogen werden - gewährleistet ist. Entsprechende Nachbesserungen sind in den jeweiligen Datenbanken zeitnah zu dokumentieren, die hinterlegten einrichtungsbezogenen Daten sind zudem den jeweiligen Einrichtungen vollumfänglich zugänglich zu machen.
- Validität der Qualitätsergebnisse:  
Zu gewährleisten ist, dass die von den Leistungsträgern erhobenen Daten valide sind. Es ist sicherzustellen, dass ggf. erforderliche Korrekturen zeitnah erfolgen.
- Angemessene Berücksichtigung der Dimension „Ergebnisqualität“:  
Neben Struktur- und Prozessdaten sollte im Rahmen von Reha-Bewertungssystemen die Dimension „Ergebnisqualität“ eine besondere Beachtung erfahren. Hierzu sind geeignete Verfahren – die den nachhaltigen Rehabilitationserfolg messen - noch zu entwickeln.
- Eine qualitätsorientierte Rehabilitation erfordert Qualitätsstandards, welche dem rehabilitationswissenschaftlichen Kenntnisstand und vorhandenen Expertenleitlinien von Fachgesellschaften entsprechen. Dies beinhaltet die Beachtung entsprechend konsentierter Leitlinien (z.B. AWMF S3-Leitlinien zu alkoholbezogenen Störungen) durch Leistungsträger und -erbringer.
- Des Weiteren sollten Verfahrenswege zur Festlegung von Qualitätsstandards und -anforderungen gemeinsam und partnerschaftlich zwischen den Spitzenorganisationen der Leistungsträger und der Leistungserbringer (z. B. im Rahmen der Entwicklung von Rahmenverträgen gemäß § 21 Abs. oder § 20 SGB IX) vertraglich festgelegt werden. Es reicht deshalb 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 (welche über die Expertise in der Behandlung verfügen) unter Einbeziehung der Betroffenenverbände im Bereich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements unerlässlich. Diese partnerschaftliche Zusammenarbeit ist im Bereich der Qualitätssicherung bislang lediglich für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vom Gesetzgeber vorgeschrieben (s. § 137 d SGB V).
- 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 von Reha-Einrichtungen) 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 und Vorrang vor dem Preis der jeweiligen

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

Rehabilitationsleistung einer Einrichtung haben. Dieser Grundsatz ist vor dem Hintergrund der Entwicklung eines trägerübergreifenden EDV-gestützten Zuweisungs- und Steuerungssystemen im Bereich der Rentenversicherung von hervorgehobener Bedeutung.

- 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. Von daher sollte auch die Wahlmöglichkeit der Versicherten weiter gestärkt werden und die im § 40 Abs. 2 SGB V bestehende Ausnahmemöglichkeit für pflegende Angehörige hinsichtlich der Mehrkostenregelung bei Wahl einer anderen zertifizierten Rehabilitationseinrichtung zum allgemeinen Standard für alle Versicherten erhoben wird.
- 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 Dokumentationsarbeiten möglichst zu beschränken. Darüber hinaus sollte auch die Wirksamkeit entsprechender Qualitätssicherungsprogramme in entsprechenden Abständen überprüft werden. 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 wie auch der Psychosomatik ist der enge Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und der Behandlungsdauer durch viele Untersuchungen belegt.
- Die Überprüfung der Wirksamkeit und der Nachhaltigkeit des Erfolges von Rehabilitationsleistungen sollte in den verschiedenen Indikationsbereichen einen noch höheren Stellenwert erhalten. Die Effektivität der medizinischen Rehabilitation ist im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen durch vielfältige Untersuchungen 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 40 % der Patienten ein Jahr nach der Behandlung abstinent leben. Bezogen auf die Antworter mit planmäßiger Beendigung sind es sogar ca. 75 %. Auch die stationäre Drogenrehabilitation erweist sich als wirksam, so beendeten laut der Basisdokumentation 2015 des FVS 63,3 % der Patienten die Behandlung planmäßig. Eine weitere Studie zeigt, dass von den erreichten Patienten mit planmäßiger Entlassung im Drogenbereich über 70 % nach einem Jahr abstinent waren.  
Generell zeigt sich in der Suchtrehabilitation, dass die Lebenszufriedenheit der abstinent lebenden Personen deutlich über derjenigen der Rückfälligen liegt.  
Auch Untersuchungen der Deutschen Rentenversicherung belegen, dass sich die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker lohnt. So sind zwei Jahre nach Ende der Rehabilitation (Entlasszeitraum 2012) bei Alkoholabhängigkeitserkrankungen noch 89 % der Rehabilitanden im Erwerbsleben verblieben, von diesen weisen 68 % eine lückenlose Beitragszahlung auf (RSD 2014). Das Alter bei Reha-Ende betrug im Durchschnitt 46,2 Jahre. Bei Drogenabhängigkeit sind 90 % in diesem Zeitraum im Erwerbsleben verblieben, 63 % mit lückenlosen RV-Beiträgen bei einem Durchschnittsalter von 32,2 Jahren zum Reha-Ende.
- Im Einzelfall ist – unter Berücksichtigung der Wünsche des Patienten – zu entscheiden, welches Behandlungssetting dem spezifischen Behandlungsbedarf am besten entspricht. So bestehen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen Indikationskriterien, welche z.B. eher für eine ambulante oder eine stationäre Behandlung sprechen.

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

Auch bei der Auswahl einer wohnortnahen oder –fernen stationären Behandlung sollten die Besonderheiten und Behandlungsbedarfe des Einzelfalls, wie auch die Qualität der Behandlung (z.B. Ausstattung, therapeutische Angebote, Qualifikation der Mitarbeiter) eine zentrale Rolle spielen. So kann es gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen durchaus im Interesse des Patienten und seiner Gesundheit sein, sich für eine Zeit aus seinem sozialen Umfeld weiter zu entfernen. Eine Überlegenheit der wohnortnahen oder –fernen Behandlung ist hinsichtlich der Wirksamkeit empirisch bis heute nicht belegt. Diese indikationsspezifische Besonderheit muss auch bei entsprechenden EDV-gestützten Belegungs- und Steuerungssystemen Berücksichtigung finden. Eine einfache Priorisierung wohnortnaher Angebote wäre von daher im Bereich der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker nicht sachgemäß.

Selbstverständlich sollte eine gute Vernetzung der verschiedenen Behandlungsangebote und -sektoren gesucht werden. Im Zeitalter der elektronischen Medien bieten sich – über persönliche Kontakte hinaus – hierfür vielfältige Möglichkeiten (z.B. Apps, Smartphone), welche im Vorfeld der Behandlung wie im Bereich der Nachsorge/Weiterbehandlung eingesetzt werden können.

- Begrüßt wird, wenn im Rahmen des Innovationsfonds des G-BA auch sektorenübergreifend neue Versorgungsformen unter Einschluss der medizinischen Rehabilitation erforscht werden.
- Ein wichtiger Beitrag zur Transparenz und Qualitätssicherung ist auch eine harmonisierte und qualitativ hochwertige trägerübergreifend durchzuführende Datenerhebung und -auswertung zu schaffen (s. SVR 2014). Diese sollte grundlegende Leistungsdaten (z.B. Fallzahlen, Diagnosen), Daten über Gesamtprozesse (z.B. Anträge, Weiterleitungen, Bewilligungen, Nachsorge) und Daten zur Ergebnisqualität umfassen.
- Zur Qualitätssicherung gehört auch, dass – sofern die Begutachtung eines Rehabilitationsantrags durch ein MDK bzw. dem sozialmedizinischen Dienst zu einer Ablehnung führt - dem Antragsteller eine entsprechende inhaltliche Begründung vollumfänglich zur Verfügung gestellt wird. Ihm sollten dabei auch Empfehlungen für eventuell infrage kommende alternative Gesundheitsleistungen mitgeteilt werden.
- Wünschenswert wäre im Sinne eines Public Reportings, wenn auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation die Rehabilitationseinrichtungen entsprechende Qualitätsdaten publizieren würden. Hierfür sollten unter Berücksichtigung indikationsspezifischer und methodischer Aspekte (z.B. Risikoadjustierung, Verständlichkeit) entsprechende Vorgaben für die Erstellung entsprechender Qualitätsberichte auf Bundesebene von den Leistungsträgern mit den Verbänden der Leistungserbringer abgestimmt werden.  
Ein weiterer Schritt könnte dann darin bestehen, durch eine neutrale und unabhängige Stelle indikations- und einrichtungsbezogen entsprechende Qualitätsdaten auf freiwilliger Basis der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, um die entsprechenden Informationen für die Versicherten auf eine solide Basis zu stellen.
- Für notwendig wird grundsätzlich erachtet, dass die anwendungsorientierte Rehabilitationsforschung in einer engen Zusammenarbeit von Forschern mit Rehabilitationseinrichtungen unter Einbezug der betroffenen Menschen ausgebaut wird (z.B. Untersuchung langfristiger Patientenverläufe, Versorgungsforschung). Auch mit Blick auf die europäischen und internationalen Entwicklungen ist es notwendig, die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in Deutschland durch wissenschaftliche Untersuchungen zu unterstützen.

## IV Zur Stärkung der medizinischen Rehabilitation im gesundheitspolitischen Raum

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 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 die Bereiche Prävention, Behandlung chronischer Erkrankungen und die medizinische Rehabilitation und damit auch die Behandlungen von Abhängigkeitserkrankungen - betrifft, ist eine Erweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses um eine entsprechende Anzahl von Vertretern der Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation dringend erforderlich.

Es ist zu begrüßen, dass der G-BA an der übergeordneten Zielsetzung der völligen Abstinenz bei Alkoholabhängigkeit festhält und die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln zur Verringerung des Alkoholkonsums nur übergangsweise für einen begrenzten Zeitraum (z.B. zur Überbrückung der Zeit bis zum Antritt einer Entwöhnungsbehandlung) zulässt. Gleichwohl wird an diesem Beispiel deutlich, wie weitreichend die Entscheidungen des G-BA auch für die Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung sind.

Von daher sollten vom Gemeinsamen Bundesausschuss auch bestehende strukturelle Schnittstellenprobleme der Versorgung (z.B. Förderung der Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen durch niedergelassene Ärzte/Krankenhäuser und Vermittlung in fachspezifische Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Rehabilitationsleistungen durch ein vereinfachtes Verordnungsverfahren in der GKV, Förderung eines sektorenübergreifenden Fallmanagements der nahtlosen Weiterbehandlung und der

Telemedizin im Bereich der Nachsorge) unter Einbezug der Suchtverbände einer patientengerechteren Lösung zugeführt werden.

- Begrüßt wird, dass der G-BA im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2015 ein einstufiges Verordnungsverfahren durch Vertragsärzte für medizinische Rehabilitationsleistungen eingeführt hat. Hinsichtlich der weiteren Konkretisierung und Umsetzung des Antrags- bzw. Verordnungsverfahrens sollten allerdings keine Ausnahmeregelungen - wie etwa im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen durch das Erfordernis der zusätzlichen Einholung eines Sozialberichts einer Suchtberatungsstelle für die Beantragung einer Entwöhnungsbehandlung - bestehen. Die Einholung eines zusätzlichen Sozialberichts sollte vielmehr als fakultative Möglichkeit eingestuft werden. Erforderliche Angaben aus Sicht des Leistungsträgers könnten mittels geeigneter Formulare vom zuständigen Arzt/ Psychotherapeuten eingeholt werden. Ein niedrigschwelliger und diskriminierungsfreier Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen ist generell für alle Indikationsbereiche zu gewährleisten. Ferner sollte es auch ermöglicht werden, bei vorliegender Abhängigkeitserkrankung in speziellen Fällen eine Schnelleinweisung in eine Entwöhnungsbehandlung durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten realisieren zu können. Die Verordnungsbefugnis für entsprechende medizinische Rehabilitationsleistungen der Ärzte und Psychotherapeuten sollte sich nicht nur auf dem SGB V-Bereich beziehen, sondern auch den SGB VI-Bereich (Rentenversicherung) umfassen.
- Entsprechende neutrale und unabhängige Informations- und Beratungsangebote für Menschen mit einem Rehabilitationsbedarf und für deren Angehörige, aber auch für potentielle Vermittler/Zuweiser sollten flächendeckend zur Verfügung stehen. Dies beinhaltet ein gut zugängliches und vernetztes System von Internetangeboten, Callcentern, regionalen Teilhabeberatungsstellen, Firmenservicediensten (v.a. auch für kleine und mittlere Betriebe) vorzuhal-

## IV Zur Stärkung der medizinischen Rehabilitation im gesundheitspolitischen Raum

ten. Wichtig ist hierbei, dass für die Menschen mit einem Rehabilitationsbedarf identische Ansprechpartner vorhanden sind, die den Betroffenen bei Bedarf zur Verfügung stehen und ihn begleiten. Bei dem Ausbau entsprechender Informations- und Beratungsstrukturen (Teilhabeberatung) sollte auch der Kontakt zu bereits vorhandenen Angeboten (z.B. ambulante Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen) Berücksichtigung finden.

- Ferner sei darauf verwiesen, dass die medizinische Rehabilitation betreffende grundsätzliche Regelungen im Rahmen des SGB IX bzw. des Bundesteilhabegesetzes zwischen den Rehabilitationsträgern und den Spitzenverbänden der Rehabilitationseinrichtungen gemeinsam getroffen werden sollten. Der Grundsatz der Partnerschaftlichkeit zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern sollte 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 und die Entwicklung von Instrumenten und Programmen der Qualitätssicherung in allen Leistungsbereichen gemeinsam von Leistungsträgern und Leistungserbringern erfolgt.

Zudem sollte die Bindungswirkung des SGB IX und damit auch die auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation verabschiedeten Gemeinsamen Empfehlungen (z.B. zur Erkennung und Festlegung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe) vom Gesetzgeber deutlich gestärkt und deren Umsetzung auch überprüft werden.

### Stärkung der Prävention

- Der FVS unterstützt es, die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung zu stärken. Wir weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt und das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure (Kommunen, Länder, Bund, Leistungsträger, Unternehmen/Betriebe, Leistungserbringer) erfordert. Suchtprävention ist integraler Bestandteil einer psychosozial ausgerichteten Gesundheitsförderung und kann auch nicht losgelöst von gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen betrachtet werden. Zentraler Bestandteil ist neben der Reduktion von Risikofaktoren insbesondere die Förderung von Kompetenzen zur Bewältigung allgemeiner Lebensprobleme und im Umgang mit Suchtmitteln im Rahmen von Life-Skills-Programmen. Personal-kommunikative Maßnahmen müssen von massenmedialen Kampagnen wie auch von strukturellen Ansätzen (z.B. zur Preisgestaltung für alkoholische Getränke, gezielte Werbeverbote etc.) im Sinne eines policy mix begleitet werden. Erfolgreiche psychosozial orientierte Präventionsstrategien unterstützen den Aufbau von Resilienz sowie sozialer und persönlicher Ressourcen, setzen frühzeitig ein, fördern Kinder und Jugendliche langfristig und systematisch. Dabei werden alterstypische und genderbezogene Entwicklungsaufgaben sowie kritische Phasen berücksichtigt. Besonderes Augenmerk sollte auch auf Kinder von suchtkranken Eltern gelegt werden. Suchtprävention ist aber nicht auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen beschränkt.
- Von daher sollten alters- und genderspezifische Präventionsprogramme zur Ansprache von Konsumenten legaler Suchtmittel (z.B. Alkohol, Medikamentenkonsum) und illegaler Suchtmittel (z.B. Ecstasy, Crystal, Cannabis) ausgebaut werden. Zudem sollten auch Personen mit stoffungebundenen Suchtformen bzw. mit pathologischen Gebrauchsmustern (z.B. pathologischer PC-/Internetgebrauch) gezielt angesprochen werden.
- Inhaltlich und organisatorisch eng verknüpft mit der Primär- bzw. universellen Prävention sind weiterführende bzw. spezifische Angebote der selektiven und indizierten Prävention. Diese richten zum einen an Menschen mit spezifischen Risiken für bestimmte Erkrankungen (z.B. suchtblastete Familien, Kinder/Jugendliche mit geringer Frustrationstoleranz, hoher Stressanfälligkeit) und zum anderen an Zielgruppen mit hohem Risiko und bereits erkennbaren Kennzeichen bzw. Symptomen (noch ohne Krankheitswert). Gerade im Bereich einer psychosozial ausgerichteten Gesundheitsförderung und Suchtprävention sollten evaluierte Interventionen in verschiedenen Settings angeboten werden und zudem integrierte Präventionsansätze etabliert werden. Diese sollten auch die Frühintervention umfassen, um beispielsweise einem schädlichen Konsum von Suchtmitteln und der weiteren Entwicklung einer Abhängigkeit entgegenzuwirken. Bei entsprechendem Bedarf ist die frühzeitige Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen bzw. einer Behandlung zu fördern. In diesem Zusammenhang wird es begrüßt, wenn zukünftig auch Suchterkrankungen von Kindern und Jugendlichen in den Indikationskatalog der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der Rentenversicherung aufgenommen werden.
- Im Kontext eines Gesamtrehabilitationsplans könnte ein wichtiger zusätzlicher Baustein zur Rückfallprävention sein, wenn innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren nach einer durchgeführten Entwöhnungsbehandlung eine Präventionsleistung im Sinne einer Bilanzierungs- und Festigungsbehandlung als fester Bestandteil verankert würde.

### Früherkennung und Frühintervention bei substanzbezogenen und substanzungebundenen Störungen

#### Epidemiologie

In Deutschland rechnet man nach dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2012 bei den 18- bis 64-jährigen mit

- ca. 1,77 Mio. Alkoholabhängigen und 1,61 Mio., die Alkohol missbrauchen,
- ca. 1,9 Mio. Medikamentenabhängigen
- ca. 319.000 Drogenabhängigen und 283.000, die illegale Drogen missbrauchen.

Darüber hinaus sind ca. 5,58 Mio. Personen nikotinabhängig, ca. 100.000 – 436.000 Personen pathologische Glücksspieler, und 560.000 Personen weisen einen pathologischen PC-/Internet-Gebrauch auf. Es ist darüber hinaus von einer hohen Anzahl von Personen mit riskantem Konsum auszugehen, allein bei Alkohol weist jeder siebte Erwachsene einen Konsum oberhalb der empfohlenen Tageshöchstmenge auf. Bezogen auf den Missbrauch und die Abhängigkeit von Alkohol rechnet man mit ca. 42.000 Todesfällen pro Jahr. Studienergebnisse ergaben, dass 12,7 % aller Krankenhauspatienten alkoholabhängig sind, weitere 4,6 % missbrauchen Alkohol. 7,2 % der Patienten in der Allgemeinärztlichen Versorgung wurden als alkoholabhängig, weitere 3,5 % als Alkohol missbrauchend eingeschätzt. Deutlich zugenommen hat zudem in den letzten Jahren die Behandlung von Jugendlichen infolge einer Alkoholintoxikation im Krankenhaus (Jahr 2000: 9.500 Fälle, Jahr 2015: 21.907 Fälle).

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 Epidemiologischen Suchtsurveys 2012, so haben zwischen 10,8 % und 22,5 % aller abhängigen Alkoholkonsumenten hausärztliche Hilfe, Psychotherapie, ambulante Suchtberatung, stationäre Entgiftung oder eine stationäre Entwöhnungsbehandlung

in Anspruch genommen. Die Dauer der Abhängigkeit bis zur Inanspruchnahme einer stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit beträgt nach Erhebungen des FVS ca. 14,5 Jahre (Basisdokumentation 2015). Die Früherkennung und Frühintervention sowie Vermittlung in eine weiterführende Behandlung bzw. Nachsorge mit der Zielsetzung, den Behandlungserfolg - über 40 % der alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten sind ein Jahr nach stationärer Behandlung abstinent - zu festigen, ist bei Abhängigkeitserkrankungen von besonderer Wichtigkeit. Die frühzeitige Einleitung einer fachgerechten Beratung und Behandlung suchtbelasteter bzw. -abhängiger Patienten erfordert flächendeckende Maßnahmen im Bereich der niedergelassenen Ärzte, im Krankenhaussektor sowie durch niedergelassene Psychotherapeuten – aber auch von Betrieben, Jobcentern und Agenturen für Arbeit. Die Finanzierung sowohl der zusätzlichen Leistungen (Diagnose-, Gesprächs- und Vermittlungsleistungen, spezifische Fort- und Weiterbildungen) des niedergelassenen Arztes als auch der angemessenen Ausstattung der Sozialen Dienste in Krankenhäusern bzw. der Einsatz von Liaison-/Konsiliardiensten müssen verbindlich geregelt werden. Verbesserungsbedarf zeigt sich im akutmedizinischen Bereich 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 von riskantem Konsum, schädlichem 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 durch den Einsatz qualifizierten Personals im Rahmen der Sozialen Dienste der Krankenhäuser oder durch externe Konsiliardienste die (Früh-)Erkennung und Inanspruchnahme einer suchtspezifischen Behandlung deutlich verbessert werden. Wesentliche Aufgabe ist es, insbesondere die Motivation zur Verhaltensänderung und zur Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Hilfen durch den Patienten zu fördern. Daneben wird die Sensibilität für Suchtgefährdete und -kranke in den Krankenhäusern erhöht und die Entwicklung von Kooperationsroutinen zwischen den beteiligten Einrichtungen

gefördert. Der externe 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. Speziell bei der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ist darauf zu achten, dass im Rahmen der Entzugsbehandlung eine qualifizierte Vorbereitung sowie Motivations- und Vermittlungsarbeit zur Einleitung einer Entwöhnungsbehandlung gewährleistet ist. Zudem sollte flächendeckend ein Nahtlosverfahren aus dem Qualifizierten Entzug in die Entwöhnungsbehandlung eingeführt werden, welches derzeit von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern abgestimmt wird.

- **Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten**

Darüber hinaus ist es zu begrüßen, dass der G-BA die Rehabilitationsrichtlinie dahingehend geändert hat, dass niedergelassene Psychotherapeuten entsprechende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Bereich psychischer/psychosomatischer Störungen – und damit auch von Abhängigkeitserkrankungen – verordnen können und zudem eine psychotherapeutische Sprechstunde eingeführt wurde. Zur Früherkennung substanzbezogener und substanzungebundener Störungen bzw. von Abhängigkeitserkrankungen sollten Psychotherapeuten entsprechende Screeningverfahren einsetzen, zudem sollte das Antrags- bzw. Verordnungsverfahren für medizinische Rehabilitationsleistungen bei allen Formen psychischer Störungen einheitlich gestaltet werden. Zusätzliche Hürden bei Suchterkrankungen (verbindliches Einholen eines zusätzlichen Sozialberichts) gilt es zu vermeiden.

### Ansätze für eine sektorenübergreifende Vernetzung

- **Einführung eines sektorenübergreifenden Fallmanagements**

Insgesamt ist eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung der unterschiedlichen Angebote im Vorfeld und im Nachgang zu einer Entwöhnungsbehandlung durch die Einführung eines einrichtungübergreifenden Fallmanagements zu fördern. Zielsetzungen sind daher, den frühzeitigen Zugang zur Behandlung zu verbessern, die Antritsquote der Entwöhnungsbehandlung zu erhöhen sowie über die nahtlose Kooperation mit nachbehandelnden bzw. betreuenden Stellen (z.B. ambulante Suchtberatung, Jobcentern/Agenturen für Arbeit, Psychotherapeuten, Selbsthilfegruppen) zur Stabilisierung der Patienten beizutragen und deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben zu fördern.

- **Verknüpfung beruflicher und medizinischer Leistungen zur Teilhabe**

Durch die parallele bzw. nahtlose Erbringung beruflicher und medizinischer Leistungen zur Teilhabe können die Erfolgchancen für eine berufliche Neuorientierung und berufliche Integration im Sinne einer übergreifenden Gesamtrehabilitationsstrategie gestärkt werden. Dies betrifft zwei Aspekte:

- Die Erbringung spezifischer beruflicher Leistungen (z.B. berufliches Assessment, berufliche Beratung) durch Einrichtungen der beruflichen Re-

habilitation (z.B. Berufsförderungswerke) während der Entwöhnungsbehandlung sowie die nahtlose Förderung der beruflichen Reintegration in Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung,

- die Einbindung von Suchtberatung und entsprechender Behandlungsangebote für suchtkranke Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation.

Entsprechende Kooperations- und Vernetzungsmodelle sollten unter Einbezug der jeweiligen Leistungsträger und -erbringer weiterentwickelt und umgesetzt werden (s. Positionspaper BV BFW/FVS 2017).

- **Kinder von Suchtkranken in der Entwöhnungsbehandlung**

Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist zudem der Ansatz der familienorientierten Rehabilitation zu stärken, bei der die spezifische Problematik der Kinder von abhängigkeitskranken Eltern (i.d.R. Mütter) während der stationären Rehabilitation entsprechend mit einbezogen und das Angebot auch angemessen finanziert wird.

Zudem sollten Suchterkrankungen von Kindern und Jugendlichen auch in den Indikationskatalog der Rentenversicherung für die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation aufgenommen werden.

## **VI Zur leistungsrechtlichen Zuständigkeit der Krankenkassen für die Adaptionphase bei Abhängigkeitserkrankungen**

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

Die Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger haben in einer gemeinsamen Verfahrensabsprache zur Adaptionphase bei Abhängigkeitserkrankungen vom 08.03.1994 die Voraussetzungen und Inhalte sowie die Leistungszuständigkeiten im Einzelnen geregelt. Demnach kann sich an die Entwöhnungsbehandlung die Adaptionphase anschließen, wenn es erforderlich ist, dass der Patient weiter stabilisiert werden muss, um im gewissen Umfang sein Leben selbständig zu gestalten bzw. einzuteilen und seine Teilhabe zu fördern. Mittlerweile wird die Frage der Zuständigkeit für die Adaptionphase insbesondere vom AOK-Bundesverband und seinen Landesverbänden - im Gegensatz zu anderen Krankenkassen - vor dem Hintergrund eines Einzelfallurteils des Bundessozialgerichts abgelehnt. Damit besteht eine Rechtsunsicherheit hin-

sichtlich des Anspruchs von Versicherten innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen über deren leistungsrechtliche Zuständigkeit. Der FVS geht weiterhin von einer generellen Zuständigkeit der Krankenkassen aus, zumal die Adaptionphase als Teilgebiet der medizinischen Rehabilitation eine Komplexleistung darstellt, welche die im § 26 Abs. 3 SGB IX genannten Leistungen wie „Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz“, „Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten“, „Umgang mit Krisensituationen“, „Training lebenspraktischer Fähigkeiten“ umfasst. Diese sind von besonderer Bedeutung, um einem Rückfall vorzubeugen und damit eine weitere Chronifizierung der Krankheit abzuwenden und deren Verschlimmerung zu verhüten. Der umfassende Behandlungsauftrag wird durch ein interdisziplinär besetztes Behandlungsteam realisiert. Von daher sollte von allen Leistungsträgern an der Verfahrensabsprache von 1994 festgehalten werden. Die Politik ist gefordert, eine Klärung der Zuständigkeiten im Interesse der Patienten zu unterstützen.

Ein grundlegendes Problem besteht darin, dass nur ein geringer Teil der suchtkranken Menschen in Deutschland frühzeitig auf seine Suchterkrankung angesprochen wird und eine professionelle Hilfe im Gesundheitssystem erhält. Die aktuellen Behandlungsraten betragen für Alkoholstörungen 5-16% und Cannabisstörungen 4-8% der Behandlungsbedürftigen. Damit gehören Suchterkrankungen zu den psychischen Störungen mit der größten Behandlungslücke. Zudem werden Betroffene häufig erst dann erreicht, wenn die Störung bereits fortgeschritten ist und erste psychische und körperliche Folgeschäden schon eingetreten sind.

Von daher ist eine Entstigmatisierung von Sucht auf vielen Ebenen gefordert. Durch öffentlichkeitswirksame Kampagnen könnte einer Tabuisierung des Themas entgegengewirkt und auch auf besondere Problemlagen (z.B. die kaum erreichte Gruppe medikamentenabhängiger Menschen, die gezielte Ansprache von Angehörigen Suchtkranker oder suchtkranker Eltern) eingegangen werden. Denn Stigmatisierung verlängert die Er-

krankung und isoliert Suchtkranke und deren Familie. Sie ist verbunden mit Schuldgefühlen, Vorwürfen, Abwertung, Verleugnung und Ausgrenzung. Dies betrifft auch die Angehörigen und insbesondere auch die Kinder von suchtkranken Menschen, welche das "Familiengeheimnis" wahren und es häufig als Verrat empfinden, darüber zu sprechen.

Abhängigkeitskranken Menschen sollte eine Chance gegeben werden, ihr Leben zu verändern und aus dem Teufelskreis der Sucht auszusteigen. Dies beinhaltet beispielsweise auch, ihnen bei Arbeitslosigkeit einen Neustart ins Berufsleben nach einer absolvierten Entwöhnungsbehandlung zu eröffnen.

Sucht als Krankheit anzuerkennen bedeutet im Übrigen auch eine Entkriminalisierung von suchtkranken Menschen illegaler Drogen zu befördern - gemäß dem Grundsatz „Hilfe statt Strafe“.