



Handlungsnotwendigkeiten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker zur Sicherung eines hochwertigen Leistungsangebotes

Positionspapier der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zur Situation und Entwicklung der medizinischen Rehabilitation

Autoren: Thomas Bader
Stefan Bürkle
Dr. Raphael Gaßmann
Rolf Hüllinghorst
Dr. Ulrich Kemper
Dr. Andreas Koch
Jost Leune
Stephan Peter-Höner
Conrad Tönsing
Dr. Theo Wessel

Hamm, 2008

Inhalt

	<u>Seite</u>
Einführung	3
1. Rahmenbedingungen der Rehabilitation Abhängigkeitskranker	4
2. Medizinische Rehabilitation als Teil des Versorgungssystems	7
3. Zentrale Aspekte der Rehabilitation	11
3.1 Vernetzung modularer Leistungsangebote	11
3.2 Schnittstelle medizinische Rehabilitation und Psychiatrie	15
3.3 Therapie und Arbeit	17
3.4 Patientenorientierung	20
3.5 Mitarbeiterorientierung	22
3.6 Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung	23
4. Steuerung des Reha-Systems	26
Literatur	30

Einführung

Die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker wurde in enger Abstimmung mit den Leistungsträgern zu einem sehr erfolgreichen Angebot entwickelt und durch ein effektives Qualitätsmanagement laufend verbessert. Im Rahmen künftiger Qualitätsentwicklung ist für die betroffenen Versicherten eine weiter verbesserte Behandlung anzustreben, für die Fachkräfte ein nicht weiter steigender Verwaltungs-, Dokumentations- und Nachweisaufwand.

Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Suchtkranker befinden sich in Deutschland zum großen Teil in der Hand öffentlicher Träger, die der Freien Wohlfahrtspflege angeschlossen sind. Diese Verbände, Träger und Einrichtungen haben in den zurückliegenden Jahrzehnten maßgeblich die Struktur der therapeutischen Behandlung Suchtkranker geprägt und wesentlich dazu beigetragen, die medizinische Rehabilitation Suchtkranker zu einem sehr erfolgreichen Angebot zu machen. Dieses geschah in enger Abstimmung mit den Leistungsträgern der medizinischen Rehabilitation, die per höchst richterlichem Urteil die Federführung für die medizinische Rehabilitation Suchtkranker übernommen haben.

Dadurch, dass im Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung in den vergangenen Jahren Vergütungssätze eher real gesenkt als erhöht wurden, ist eine Herausforderung für das Management der betreffenden Einrichtungen entstanden. Die notwendige Qualitätsentwicklung führt von Seiten der Leistungsträger zu neuen Anforderungen, die gravierende Auswirkungen auf Personal und Strukturen haben. Einrichtungsträger stehen vor dem Problem „Mehr Leistung für weniger Vergütung“ erbringen zu müssen, das sich zwischenzeitlich als kaum lösbar erwiesen hat.

Die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist erfolgreich. Rund 80 % der Personen, die eine Behandlung erfolgreich abschließen, zahlen wieder Sozialversicherungsbeiträge. Neue Anforderungen an Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung sind nur dann sinnvoll, wenn sie die Ergebnisqualität weiter verbessern. Sie sind dann zweifelhaft, wenn sie für die Fachkräfte in den Einrichtungen einen immer größeren Verwaltungs-, Dokumentations- und Nachweisaufwand bedeuten, ohne dass sich Prozess- und Ergebnisqualität signifikant verbessern.

Forderungen

- **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker müssen in einem vernünftigen Verhältnis von Patientenarbeit, Management und Koordination gesichert werden.**
- **Die ausufernden Kontroll- und Prüfverfahren der Leistungsträger (im Rahmen von Qualitätssicherungsprogramm und Visitationen) scheinen vor allem die Qualität von Verwaltungsvorgängen abzusichern, wie der in die Diskussion eingeführte Begriff „Amtshaftung“ zeigt. Sie sind in Kooperation mit den Leistungserbringern auf fachlich notwendiges Maß zu reduzieren.**

1. Rahmenbedingungen der Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker in Deutschland ist leistungsfähig und erfolgreich

Das Gesamthilfesystem für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ist in Deutschland gut positioniert. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation hat die ambulante Behandlung an Stellenwert gewonnen und der Anteil der Kombinationsbehandlungen (ambulant-stationär) steigt ebenso.

Dieses Gesamthilfesystem mit Selbsthilfe, ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und ihre Angehörigen, Psychiatrischen Institutsambulanzen, tagesklinischen und stationären Angeboten zur akuten medizinischen Versorgung, zur medizinischen Rehabilitation, zur Adaption und zur Nachsorge nach Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, komplementären Angeboten für Suchtkranke (Übergangseinrichtungen, Betreutes Wohnen, Wohnheime), niedrigschwelligen Suchthilfeangeboten und Substitutionsbehandlungen für Menschen mit Drogenabhängigkeit ist differenziert und bedarfsbezogen entwickelt worden. In den Hilfeangeboten für drogenkranke Menschen ist die medizinische Rehabilitation unter (ausschleichender) Substitution konzeptionell vorgesehen und möglich, wobei diese Substitutionsbehandlung ein möglicher Behandlungsbaustein ist, der notwendig sein kann, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen.

Die medizinische Rehabilitation ist ein wesentlicher Bestandteil im Gesamtprozess der Sucht-Behandlung, verstanden als Beitrag zur Inklusion und Vermeidung von Exklusion derjenigen, die durch die Abhängigkeitserkrankung in Verbindung mit regelwidrigen körperlichen, seelischen oder psychischen Zuständen an der Teilhabe am Leben der Gesellschaft gehindert werden oder davon bedroht sind. So dokumentieren ambulante, tagesklinische und stationäre medizinische Rehabilitation Sucht eine hohe Leistungsfähigkeit.

Die Erfolgsparameter der medizinischen Rehabilitation Sucht, die eingebettet ist in einen Gesamtprozess mit rehabilitativer und teilhabebezogener Orientierung, weisen auch für das Jahr 2005 (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2007) auf hohe Ergebnisqualität hin. So liegen planmäßige und erfolgreiche Behandlungsabschlüsse auf hohem Niveau, ambulante und/oder stationäre medizinische Rehabilitation Sucht bewirken regelmäßig eine deutliche Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen.

Nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung (Korsukéwitz, 2006) ist die Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen Sucht über die Jahre relativ stabil. Die Gesamtausgaben der DRV für ambulante und stationäre Reha-Behandlungen bei Alkoholerkrankungen lagen 2005 bei 494 Mio. Euro. Der sozialmedizinische Verlauf zwei Jahre nach einer ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation Sucht des Jahrgangs 2001 zeigt, dass bei ambulanter Reha 73% zu diesem Zeitpunkt (2003) als lückenlose Beitragszahler im Erwerbsleben verbleiben, entsprechend 63% bei stationärer Reha. Diese Erwerbsquoten sind im Vergleich zu anderen Indikationsbereichen führend. Die sozialmedizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit im letzten Beruf zum Zeitpunkt der Beendigung der jeweiligen Reha-Maßnahme unterstreicht diese positiven Ergebnisse.

Die medizinische Rehabilitation Sucht ist mit diesen guten Integrationsraten in das Erwerbsleben ein hochwirksames und für alle Beteiligten erfolgreiches Instrument zur Gestaltung und Vermittlung von Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen.

Diverse Katamneseerhebungen vom Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (.buss), der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und dem Fachverband Sucht (FVS), orientiert am Deutschen Kerndatensatz, belegen diese Erkenntnisse der DRV. Die Nachhaltigkeit der aufgezeigten positiven sozialmedizinischen Verläufe wird wesentlich erreicht durch die Einbettung des Teilprozesses medizinischer Rehabilitation Sucht (ambulant und/oder stationär) in einen Gesamtprozess mit rehabilitativer und teilhabebezogener Orientierung, der durch das Gesamthilfesystem Sucht abgebildet wird.

Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist teilhabeorientiert, erfolgt prozesshaft und ist eingebettet in einen qualitätsorientierten Verbund mit vielfältigen und differenzierten Hilfeangeboten

Daraus ergeben sich folgende Notwendigkeiten für die Weiterentwicklung der medizinischen Reha Sucht: Sie muss durchgängig teilhabeorientiert sein und flexibel auf unterschiedliche Bedarfslagen reagiert. Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) der WHO aus dem Jahre 2001 ist die Grundlage für eine teilhabeorientierte Versorgung von Abhängigkeitskranken im Gesundheitssystem. Die Beeinflussung von Kontextfaktoren auf der persönlichen und der sozialen Umfeldebene sind so Teil des Rehabilitationsprozesses, d.h. Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der notwendigen Ressourcen und die individuelle Förderung stehen dabei im Vordergrund. Die ICF ist hilfreich zur Prozessgestaltung bei der Problemanalyse, der Bedarfserkennung, der Reha-Planung, der weiteren Hilfe-Planung und bei der Darstellung der Ergebnisqualität. Mit seiner Teilhabephilosophie und der Fokussierung auf die „funktionsbezogene“ Feststellung des Rehabilitationsbedarfs knüpft das SGB IX an das der ICF zugrunde liegende Partizipationsprinzip an. „Funktionale Gesundheit“ fungiert als Leitbegriff für Theorie und Praxis der medizinischen Rehabilitation.

Die medizinische Rehabilitation Sucht antwortet auf den Rehabilitationsbedarf akut Abhängigkeitskranker, chronisch Abhängigkeitserkrankter oder von Chronifizierung ihrer Erkrankung bedrohter Menschen, von multimorbiden Menschen und von als Folge ihrer Sucht behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen. Diese Menschen benötigen spezifische Hilfen, um trotz Suchterkrankung oder Behinderung weiterhin oder wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können.

So können die Leistungen der medizinischen Rehabilitation Sucht in den Gesamtunterstützungs- und -hilfeprozess eingebettet werden und damit soziale Ausgrenzung, Isolation, sozialer Abstieg und die sekundäre Verschlimmerung des ursprünglichen Leidens verhindert werden. Der Verlust von Selbstständigkeit, Arbeitsfähigkeit und anderer Fähigkeiten, die für eine eigenständig gestaltete Lebensführung Voraussetzung sind, können abgewendet werden.

Forderungen

- **Die medizinische Rehabilitation Sucht muss durchgängig teilhabeorientiert sein und darf, insbesondere bei komplexen Rehabilitationsbedürfnissen, nicht als einzelne Maßnahme, sondern muss als langfristiger, nachhaltiger und auch begleitender Prozess verstanden werden. Die rehabilitative, teilhabebezogene Orientierung in allen Sektoren der Suchtkrankenversorgung ist weiter zu stärken.**
- **In viel stärkerem Maße als bislang muss die medizinische Rehabilitation Sucht in den regionalen und kommunalen Beratungs- und Unterstützungsnetzwerken präsent und mit der beruflichen und sozialen Rehabilitation vernetzt sein.**

- **Angesichts der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ist ein armutsfestes System der gesundheitlichen Sicherung erforderlich. Leistungen der medizinischen Rehabilitation Sucht müssen allen Bevölkerungsschichten unabhängig von Einkommen, Bildung und Lebenslage offen stehen.**

Die Hilfeangebote orientieren sich an den evidenzbasierten Leitlinien für substanzbezogene Störungen

Die Suchttherapie, insbesondere alle Maßnahmen zur ambulanten und stationären Rehabilitation Sucht, beruht auf einer wissenschaftlich begründeten und evidenzbasierten Suchtmedizin (Schmidt (u.a.), 2006). Gemeinsam haben die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und die *Deutsche Gesellschaft für Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie (DGPPN)* im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) in den Jahren 2000 bis 2005 sechs evidenzbasierte Leitlinien für die substanzbezogenen Störungen Alkoholabhängigkeit, Tabakabhängigkeit, Cannabis-bezogene Störungen, Opioid-bezogene Störungen, Psychische und verhaltensbezogene Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene und Medikamentenabhängigkeit entwickelt und veröffentlicht.

Entsprechend des Verlaufs substanzbezogener Störungen wurde die Leitlinienentwicklung in Frühintervention, Akutbehandlung und Postakutbehandlung unterteilt. Der rehabilitative Teil des Gesamtbehandlungsprozesses wird hier durchgängig als Postakutbehandlung bezeichnet, als sich an die Akutbehandlung anschließende Maßnahmen der Entwöhnung und Rehabilitation, der Nachsorge (ambulant, stationär) und der Selbsthilfe. Ziel ist dabei die Stabilisierung des Behandlungserfolges, in der Regel der Abstinenz, oder die Prophylaxe weiterer Verschlechterung mit gesundheitlicher Schadensbegrenzung oder die Behandlung der aus der Abhängigkeitserkrankung resultierenden psychiatrischen und somatischen Folgeerkrankungen. Dabei ist die Vermeidung bzw. Überwindung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung von Behinderung im Sinne der ICF grundlegend. So bewirkt die Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen nunmehr auf einer starken, empirisch begründeten und rationalen Basis.

Watzl (2007) weist jedoch zurecht darauf hin, dass diese und auch andere Leitlinien und damit der gesamte Qualitätsentwicklungsdiskurs in Deutschland hauptsächlich auf Daten und Fakten aus dem angelsächsischen Raum beruhen, deutsche Untersuchungsergebnisse stehen so gut wie nicht zur Verfügung. Die Ergebnisse angelsächsischer Studien jedoch seien auf deutsche Verhältnisse nur höchst eingeschränkt übertragbar.

In der Definition einer *Leitlinie* liegt es begründet, dass mit ihr keine verbindlichen *Richtlinien* formuliert sind, die unmittelbare juristische Relevanz besitzen. Doch ist mit einer Leitlinie ein fundierter „State of the Art“ formuliert, von dem zwar durchaus Abweichungen möglich sind; die jedoch fachlich nachvollziehbar begründet sein müssen. Insofern sind die vorliegenden Leitlinien als gemeinsame und einheitliche Arbeitsgrundlage für die Suchthilfe zu verstehen, die von jeder Einrichtung der spezifischen Situation angepasst werden müssen. Dabei kann in der Verbindlichkeit über die Anforderungen der Leitlinie hinausgegangen werden, die Formulierung abweichender oder niedrigerer Standards bedarf einer zwingenden fachlichen Begründung.

Forderungen

- **Für die Umsetzung der Leitlinien im klinischen Alltag ist es erforderlich, dass sich die einzelne Einrichtung intensiv mit deren Inhalten und ihrem Abgleich mit der eigenen therapeutischen Arbeit auseinandersetzt.**
- **Dieser Prozess erfordert Arbeitsaufwand in jeder Einrichtung, der im Hinblick auf die mögliche Vereinfachung von Behandlungs- und Entscheidungsprozessen durchaus eine lohnende Investition sein kann. Das positive und motivierende Ergebnis dieses Diskussionsprozesses kann ebenso in der Erkenntnis bestehen, dass die eigenen Standards den formulierten Anforderungen bereits voll entsprechen.**

2. Medizinische Rehabilitation als Teil des Versorgungssystems

Das Leistungsangebot hat sich gewandelt

Wissenschaftliche Ergebnisse und erfahrungsorientiertes Wissen aus der Praxis haben zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung, Modifikation und Innovation des Leistungsangebots geführt. Weitgehend hat sich eine Entwicklung vom Modell der Therapiekette zum Verständnis eines Gesamt-Rehabilitationsprozesses vollzogen, der unterschiedliche Behandlungsstufen und Einrichtungstypen umschließt. Beratung und Behandlung folgen einem interdisziplinären Ansatz. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ hat zu einer Differenzierung der ambulanten Hilfen geführt. Zugleich wurde das pure Abstinenzparadigma durch eine Stufenleiter von Zielen ersetzt, die von der Sicherung des Überlebens bis hin zu einer abstinente selbst bestimmten Lebensgestaltung reicht. Dieser Zielhierarchie entsprechend besteht heute ein sehr differenziertes Leistungsangebot der Suchthilfe.

Die Suchthilfe (der freien Träger) ist dem Grundsatz der Daseinsvorsorge und -fürsorge verpflichtet. Die Behandlungsangebote in Deutschland sind anerkannt und haben im internationalen Vergleich einen hohen Standard. Die Dokumentation der Rentenversicherung weist die ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation suchtkranker Menschen als erfolgreich aus. Die wesentliche Herausforderung des Versorgungssystems ist es, die Grundversorgung suchtkranker Menschen und ihrer Angehörigen (auch künftig) bedarfsorientiert sicher zu stellen.

Gesellschaftliche und sozialpolitische Rahmenbedingungen prägen die Entwicklung

Die derzeitige Situation im Versorgungssystem der Suchthilfe ist geprägt durch umfassende, weit über das Helfefeld hinausgehende gesellschaftliche Veränderungen und sozialpolitische Reformen. Neben nationalen Veränderungsbestrebungen, gebündelt im Stichwort „neue Sozialstaatlichkeit“, drängt die Europäische Union nachdrücklich auf eine Angleichung der Gesundheitssysteme ihrer Mitgliedsstaaten und ihrer funktionalen Abläufe. Dies führt zu unterschiedlichen Konsequenzen:

Die Finanz- und Sozialpolitik auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen wird zunehmend nur noch unter kurzfristigem ökonomischem Blickwinkel gestaltet. Gleichzeitig wird der sozialstaatliche Auftrag zur Daseinsvorsorge ausgehöhlt. Die Anforderungen an die Leistungserbringer haben im Bereich der Qualität und Dokumentation zugenommen, bei rückgängigen oder stagnierenden Ressourcen.

Die Landschaft der Anbieter innerhalb der Suchthilfe verändert sich zu einem Wettbewerbsmarkt. Zunehmend tauchen weitere Akteure und Leistungsanbieter auf, wie Insti-

tutsambulanzen, niedergelassene Ärzte und Therapeuten sowie private Anbieter. Das hat auch zu stärkerem Leistungs- und Konkurrenzdruck unter den Leistungsanbietern geführt.

Die Entwicklungsperspektive der Kosten- und Leistungsträger bei der Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation zielt auf die Steigerung der Versorgungsstandards und der Kundenorientierung sowie Anpassungsfähigkeit und Innovationsbereitschaft. Um die Effizienz und Effektivität der Reha-Maßnahmen zu verbessern sowie die Behandlungs- und Betreuungskontinuität sicherzustellen, erwarten die Leistungsträger ein zunehmend abgestimmtes und koordiniertes Zusammenwirken der Leistungserbringer.

Es bedarf der Weiterentwicklung und der Umsetzung folgender Forderungen im Versorgungssystem, um die Versorgung suchtkranker Menschen und ihrer Angehörigen, auch weiterhin gewährleisten zu können.

Die Angebotsvielfalt muss der Lebenswirklichkeit der Menschen entsprechen

Im Mittelpunkt der Hilfeleistungen steht der individuelle Hilfebedarf der Klienten. Die Förderung der Selbsthilfekräfte und die konsequente Einbeziehung der Hilfesuchenden in die Hilfestellung ist obligatorisch. Vergleichbar kommt dies auch im Anspruch der Rentenversicherung zum Ausdruck, wonach das Leistungsspektrum für den Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen in seiner Konzeption spezifisch, ganzheitlich und multidisziplinär ausgerichtet und kontinuierlich den Erfordernissen anzupassen ist. Dies bedeutet auch, die Angebote innerhalb des Leistungsspektrums konsequent an den Bedürfnissen suchtkranker Menschen auszurichten.

Demzufolge ist die Beobachtung und Analyse von Trends und Veränderungen innerhalb der Klientel für die Entwicklung der Angebote von großer Bedeutung. Die Gesamtheit Abhängigkeitskranker zeigt ein immer heterogeneres Bild: Menschen mit Mehrfachabhängigkeit oder zusätzlicher psychiatrischer Diagnose, Menschen mit Migrationshintergrund, in Obdachlosigkeit oder Langzeitarbeitslosigkeit. Aber auch den Hilfebedarfen von Menschen mit riskantem Konsum, bei denen sich (noch) keine Abhängigkeit manifestiert hat, ist zu entsprechen. Die verbesserten diagnostischen und epidemiologischen Erkenntnisse haben eine Differenzierung der Störungsbilder und in der Folge auch deren Behandlung mit sich gebracht. Die Vielfältigkeit der individuellen Lebenslagen sowie ihrer gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Trends müssen sich auch in der Vielfalt der Angebote sowie in der Angebotsstruktur innerhalb der Suchtkrankenhilfe widerspiegeln.

Forderungen

- **Jeder Suchtkranke sollte eine zu seinem diagnostisch abgeklärten Störungsbild und zu seiner individuellen Situation passende optimale Rehabilitation erhalten.**
- **Das Leistungsspektrum sollte konsequent an den Bedürfnissen suchtkranker Menschen ausgerichtet und entsprechend der Erfahrungen aus der Praxis und aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse weiter ausdifferenziert werden.**
- **Vor diesem Hintergrund bleibt die bestehende Angebotsvielfalt aufgrund fachlicher Indikationsstellung und Erfordernissen bestehen und wird nicht aus ökonomischen Gründen beschnitten (siehe auch die folgenden Ausführungen zu stationären Drogeneinrichtungen).**
- **Die differenzierte Indikationsstellung wird um eine prozessorientierte, adaptive Indikationsstellung *während* der Reha-Maßnahme ergänzt. Dies setzt eine entspre-**

chend durchlässige, transparente und unbürokratische Handhabe bei den Übergängen von einer Leistungsform oder Einrichtung in die andere voraus.

- **Die Modulare Kombinationstherapie muss weiter flexibilisiert werden. Das bisherige Modell zur Kombinationsbehandlung „stationär/ambulant“ sieht grundsätzlich nur den stationären Beginn der Maßnahme vor. Es bedarf der flexiblen Handhabung ambulanter und stationärer Elemente, die einen bedarfsorientierten Ein- und Umstieg innerhalb der Reha-Maßnahme ermöglichen.**
- **Die Flexibilisierung der Behandlungszeiten muss konsequent am Rehabilitationsbedarf orientiert werden. Dem individuellen Bedarf und der damit einhergehenden differenzierten Indikationsstellung gebührt Vorrang vor einseitig ökonomischen Ansprüchen (siehe auch die beispielhaften Hinweise zu Komorbidität und Drogenabhängigkeit in den weiteren Beiträgen).**

Therapeutische Gemeinschaften sind als wirksames Leistungsangebot in der stationären Drogentherapie unverzichtbar

Fachkliniken zur medizinischen Rehabilitation, die nach dem Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft arbeiten, sind in den vergangenen Jahren zunehmend in eine prekäre Lage geraten. Aufgrund ihrer schwierigen Situation und der zwingenden Notwendigkeit, Leistungen der Rehabilitation bedarfsorientiert und flexibel zu handhaben, soll dieser Indikationsbereich hier dargestellt werden.

Therapeutische Gemeinschaften weisen zwischen 25 und 50 Behandlungsplätze auf und zählen somit zu den kleineren Rehabilitationseinrichtungen. Die erste Empfehlungsvereinbarung zwischen den Renten- und Krankenversicherungsträgern aus dem Jahr 1978 schrieb für Drogeneinrichtungen eine maximale Größe von 30 Plätzen fest. Der damalige Grund ist auch heute noch aktuell: Es sollte eine bessere Überschaubarkeit gewährleistet sein. Drogenabhängige sollten in Einrichtungen dieser Größenordnung bessere Orientierung finden. Zudem sollten sie möglichst umfassend und individuell gefördert werden, was in einer kleineren Einrichtung eher gewährleistet werden kann.

In Therapeutischen Gemeinschaften werden vorwiegend Menschen im Jugendalter und junge Erwachsene (auch mit deren Kindern) behandelt, die in Genese und Folge der Abhängigkeitserkrankung oftmals von tief greifenden Störungen in der Persönlichkeit, schwerwiegenden Entwicklungsdefiziten, ausgeprägten Verwahrlosungstendenzen und teils verheerenden Verwerfungen in der Biographie wie massiver Gewalterfahrung, Entwurzelung oder Zwangsprostitution, betroffen sind.

Diesen vielschichtigen und tief greifenden Störungen drogenabhängiger Menschen bietet der spezifische Ansatz der Therapeutischen Gemeinschaft eine bewährte und fundierte fachliche Entsprechung. Hier werden die Patienten nicht nur „behandelt“. Vielmehr werden die Therapeutischen Gemeinschaften durch die Aktivität und den Einsatz von Patienten und Therapeuten gleichermaßen konstituiert; sie gründen auf wechselseitige Hilfe und Unterstützung; das Lernen voneinander und miteinander ist ein Wirkprinzip der Behandlung. Obwohl die Therapeutischen Gemeinschaften in den 30 Jahren ihres Bestehens gezeigt haben, dass sie wirksame und effektive Arbeit leisten, scheint ihre Existenz in Frage zu stehen.

Forderungen

- Um den effektiven und effizienten Ansatz Therapeutischer Gemeinschaften in der Behandlung drogenabhängiger Menschen zu sichern, ist die weitere Reduzierung von Behandlungszeiten, die reale Senkung von Vergütungssätzen und Ausweitung von Strukturanforderungen zu verhindern.
- Die Weiterentwicklung Therapeutischer Gemeinschaften muss gefördert werden. Die kann auch konkret bedeuten, die Einrichtungen in ihrem Bestreben zu unterstützen, Überschaubarkeit und therapiefördernde Atmosphäre einerseits mit ökonomischen Erfordernissen andererseits weiter in Einklang zu bringen.
- Es ist ein Anforderungsprofil zu formulieren, das alle stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation umfasst. Darin ist deutlich zu machen, dass unterschiedlich große Einrichtungen erforderlich sind, um den unterschiedlichen Rehabilitationsbedürfnissen suchtkranker Menschen, wie beispielsweise bei Drogenabhängigkeit und komorbiden Störungen, entgegenzukommen.

Verbundlösungen geben Antworten auf neue Fragen der Veränderung des Versorgungssystems

Um die differenzierten und vielfältigen Angebote im Leistungsspektrum der Suchtkrankenhilfe tatsächlich auch vorhalten zu können, ist ein möglichst flächendeckend vernetztes, regional orientiertes und inhaltlich kooperierendes Gesamtsystem ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter erforderlich. In der Regel können die individualisierten Rehabilitationsleistungen nicht innerhalb eines einzigen Settings und auch nicht immer ausschließlich bei einem Träger durchgeführt werden. Die zunehmende Flexibilisierung und Differenzierung des Leistungsangebots erfordert deshalb eine noch intensivere Kooperation zwischen den einzelnen Behandlungseinrichtungen auf der Grundlage von Verbänden.

Der Gesetzgeber fordert im SGB IX, im Interesse der betroffenen Menschen, eine Gesamtplanung und die Koordinierung verschiedener Reha-Träger, -Leistungen und -Einrichtungen. Damit steht das SGB IX für eine neue Form der Leistungserbringung im Sinne einer umfassend verstandenen Teilhabe, die über die spezifischen Ansprüche des SGB V und SGB VI hinausgeht. Über eine stabile Abstinenz sind die Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie die gesellschaftliche Teilhabe anzustreben, so dass entsprechende soziale Eingliederungsmaßnahmen gleichermaßen in der Rehabilitation zu berücksichtigen sind.

Auch die Kosten- und Leistungsträger fordern zunehmend ein abgestimmtes Zusammenwirken der Leistungserbringer, um die Individualisierung und Flexibilisierung der Reha-Prozesse zu erhöhen und letztlich Effektivität und Effizienz der Behandlung zu verbessern. Auf der Praxisebene nehmen die trägerübergreifenden Zusammenschlüsse und Verbände, im Sinne der Hilfe aus einer Hand, zu.

Die Struktur der Verbände, der Verbundorientierungen und/oder der integrierten Versorgung ist sehr unterschiedlich, häufig pragmatisch entstanden und bislang nicht abschließend definiert. Kooperationen bestehen zwischen verschiedenen Indikationsbereichen innerhalb der Suchthilfe (ambulante und stationäre Einrichtungen) oder sektorenübergreifend zwischen Suchthilfe und Psychiatrie/Medizin sowie weiteren Hilfebereichen bis hin zur integrierten Versorgung nach § 140a ff SGB V. Trotz großer Unterschiedlichkeit ist ihnen allen das Ziel

gemeinsam, ein effektiveres und effizienteres System der Versorgung zu erreichen. Aus diesen Feststellungen ergeben sich wiederum verschiedene Forderungen:

Forderungen

- **Formen der Integrierten Versorgung nach § 140a ff SGB V sind auch im Bereich der Suchthilfe aktiv zu fördern.**
- **Die Bestimmungen des SGB IX zur Förderung der Selbstbestimmung und der Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen sind konsequent einzuhalten und umzusetzen. Dies betrifft im Hinblick auf verbundorientierte Leistungen insbesondere die Bestimmungen zur Koordination der Leistungen (§ 10 SGB IX), zum Zusammenwirken der Leistungen (§ 11 SGB IX) und zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger (§ 12 SGB IX), mit dem Ziel, „die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich“ zu erbringen.**
- **Die Leistungsträger müssen zu einer verbesserten und intensiveren Verknüpfung der vielfältigen Leistungen beitragen und in der Folge auch eine Vereinfachung der Abrechnung der Leistungen auf der Grundlage unterschiedlicher Leistungsgesetze ermöglichen, beispielsweise durch den Abbau von Verwaltungshemmnissen (Dokumentationsanforderungen/Formularwesen).**
- **Im Sinne einer umfassend verstandenen Teilhabe müssen die Leistungsträger künftig soziotherapeutische Zielsetzungen und Interventionen gleichberechtigt neben medizinischen und berufsfördernden Maßnahmen in den Blick nehmen.**
- **Die Leistungserbringer sollten grundsätzlich und kontinuierlich in die Erarbeitung von Vereinbarungen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Rehabilitationsleistungen - auch im Bereich der Verbundorientierung - eingebunden werden.**

3. Zentrale Aspekte der Rehabilitation

3.1 Vernetzung modularer Leistungsangebote

Die Reha-Einrichtungen sind in Netzwerke und Kooperationsstrukturen eingebunden

Reha-Einrichtungen der Freien und öffentlichen Wohlfahrtspflege stellen multifunktionale Netzwerkknoten dar. Sie verfügen über verbindliche Kooperationsstrukturen mit Beratungsstellen, Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung, der Arbeitsförderung und der Selbsthilfe. Damit setzen sie das Gebot des SGB IX zur möglichst nahtlosen Verknüpfung von Teilhabeleistungen um.

Suchthilfe kennt viele Formen der Zusammenarbeit in Netzwerken, bei denen die medizinische Rehabilitation als Entwöhnungsbehandlung eine wichtige Funktion einnimmt. Träger von Reha-Einrichtungen verfügen aufgrund ihrer Struktur bzw. ihrer Einbindung in das System der Freien und öffentlichen Wohlfahrtspflege über weitere Netzwerke, mit denen die Arbeit in der medizinischen Rehabilitation unterstützt wird. Insbesondere bei der Behandlung Drogenabhängiger können dadurch Prozesse auch über Einrichtungsgrenzen hinweg gesteuert werden.

Damit diese Netzwerke leistungsfähig sind und verbandlich arbeiten, bedürfen sie schriftlich fixierter Kooperationsverträge, aus denen Verantwortung, Interventionsbereiche und Entscheidungswege hervorgehen. Im Netzwerk muss Transparenz herrschen. Auf diese Weise bieten die in der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zusammengeschlossenen Träger in den ihnen angehörenden Einrichtungen sichere Maschen eines Netzes:

- Die Vorbereitung auf und die Motivation für die Reha-Maßnahme wird in Beratungsstellen vorgenommen, die zum Teil ambulante Reha im eigenen Haus anbieten. Diese Beratungsstellen sind im regionalen Verbund auch für Nach- und Weiterbetreuung verantwortlich.
- In optimierten Netzen sind niedergelassene Ärzte, Einrichtungen der psychiatrischen Krankenhäuser und Versorgung Teil des Netzwerkes.
- Im regionalen Verbund existieren in der Regel enge Verbindungen zu Adaptions- und Nachsorgeeinrichtungen, mit denen eine nahtlose Überleitung sichergestellt ist.
- Es bestehen im Träger- oder Regionalverbund Beziehungen zu Job-Centern sowie Arbeits- und Qualifizierungsprojekten, die den Betroffenen Teilhabe an Arbeit ermöglichen.
- Zum Netzwerk zählt auch Selbsthilfe als integraler Teil des regionalen Versorgungssystems.

Die Netzwerkstrukturen der Freien Wohlfahrtspflege entsprechen somit den Anforderungen des SGB IX in idealtypischer Weise. Dennoch bedarf es einer guten Praxis, um auf die vielfältigen Anforderungen, die die Problematik der jeweiligen Rehabilitanden stellt, angemessen reagieren zu können. Den Anforderungen an eine arbeitsbezogene Rehabilitation wird in der Suchthilfe durch erweiterte Formen der Vernetzung entsprochen, die wie neue Maschen im Netz Verbindungen zu benachbarten Systemen schaffen. Dazu zählen Kontakte zu Jobcentern und Reha-Berater/-innen, die Vermittlung in Berufsbildungsmaßnahmen, das Nachholen von Schulabschlüssen, Arbeitserprobung und Praktika sowie Beschäftigungs- und Arbeitsprojekte, die vielfach ebenfalls in Händen von Suchthilfeträgern den Leistungen des SGB III (Arbeitsförderung) entsprechen.

Insbesondere die Schuldenregulierung stellt eine besondere Herausforderung an die Vernetzung dar, da eine Verschuldung die Teilhabe am Arbeitsleben wie auch am Leben in der Gemeinschaft erheblich beeinträchtigt. Aufgrund der mangelhaften Finanzierung der Schuldnerberatung haben die Verbände der Suchthilfe daher ihre Mitarbeiter/-innen qualifiziert und vor über fünfzehn Jahren die „Stiftung Integrationshilfe für ehemals Drogenabhängige“ gegründet, die sehr erfolgreich die Integration suchtkranker Menschen begleitet und fördert.

Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass das Rückfallrisiko in den ersten drei Monaten nach Behandlungsende besonders hoch ist. Nicht nur sozialpädagogische Betreuung in Qualifizierungs-, Arbeits- und Beschäftigungsprojekten, sondern auch Betreutes Wohnen als Eingliederungshilfe und Selbsthilfe sind Bestandteile eines Netzwerkes, das suchtkranke Menschen nach Beendigung der therapeutischen Behandlung aufzufangen in der Lage ist. Wenn entsprechend des SGB IX Teilhabe als Ziel der medizinischen Rehabilitation definiert ist, dann bezieht sich dies nicht nur auf die Teilhabe an Erwerbstätigkeit, sondern auch auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Das Reha-Netzwerk der Suchthilfe bietet daher auch vielfältige Angebote der sozialen Rehabilitation. Hierzu ist die systematische Einbeziehung von Partnern, Angehörigen und Familien ebenso zu zählen, wie auch die Verbindungsstellen zur Jugendhilfe.

Forderungen

- **Rehabilitation ist nach dem SGB IX kein abgeschlossener Sektor des Gesundheitswesens oder eines einzelnen Leistungsträgers. Die Leistungsträger sind aufgefordert, die enge Verknüpfung zwischen sozialrechtlichen und arbeitsrechtlichen Normen zu gewährleisten und zu fördern.**
- **Die Leistungserbringer haben die Aufgabe, die Angebote (auch aus unterschiedlichen Leistungsbereichen) durch verbindliche Kooperationsstrukturen und ein effizientes Schnittstellenmanagement möglichst nahtlos miteinander zu verknüpfen.**

Die Sicherstellung einer individuellen Behandlung ist eine wesentliche Rahmenbedingung für die Weiterentwicklung der Suchtherapie

In der Rehabilitationsbehandlung Abhängigkeitskranker sind individuelle Behandlungsprogramme Standard. Maßgebend dafür ist eine differenzielle Diagnostik, die umfangreiche Berücksichtigung medizinischer und sozialer Lebensdaten sowie eine sich daraus ableitende Behandlungsprognose. Die individuelle Behandlung findet in Teilen ihr Abbild in der KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen).

Individuelle Behandlungsangebote bedingen auch individuelle Behandlungszeiten und die Nutzung abgestufter Behandlungsmodule wie ambulante, ganztägig ambulante (tagesklinische) und stationäre Behandlungen mit Adaption sowie deren Kombination. Die Nutzung der verschiedenen Module spiegelt sich im Therapiealltag noch nicht derart wieder, wie es diagnostisch angenommen werden könnte und erforderlich ist.

Die Nutzung ganztägig ambulanter Reha-Maßnahmen muss optimiert werden

Einrichtungen zur ganztägigen ambulanten Rehabilitation lassen sich gegenwärtig an vielen Standorten noch nicht wirtschaftlich führen. Dies liegt zum einen an der zögerlichen Nutzung durch Leistungsträger, zum anderen aber auch an einer zu engen Kriterienvorgabe für die Patienten. Im Bereich illegaler Drogen muss erfahrungsgemäß sehr viel häufiger mit einem Rückfall im Behandlungsverlauf gerechnet werden als im Behandlungsbereich Alkohol. Der heutige Standard der Rückfallbearbeitung lässt in der Behandlung Drogenabhängiger prognostische Aussagen über die Erfolgsaussicht einer Weiterbehandlung zu, die hier nicht genutzt werden.

Die regionale Verteilung von Einrichtungen für ganztägige ambulante Rehabilitation ist in Deutschland nicht annähernd so flächendeckend vorhanden wie Angebote zur ambulanten Rehabilitation. Hier sollten Modelle in Form einer Anbindung an stationäre Einrichtungen entsprechende Abhilfe schaffen. Diese Organisationseinheiten müssten wegen der wirtschaftlichen Eingebundenheit in das stationäre Setting nur so groß sein, dass sie den Bedarf aus dem Behandlungsverbund abdecken.

Bei Beantragung einer Rehabilitationsbehandlung werden nur diejenigen Antragsteller für eine teilstationäre Maßnahme ausgewählt werden, auf die vor allem die als Voraussetzung benannten sozialen Kriterien zutreffen (soziale Eingebundenheit, vorhandener Arbeitsplatz etc.). Behandlungsverläufe zeigen aber, dass häufig erst im Verlauf der Behandlung eine Indikationsänderung hinsichtlich des Behandlungssettings angezeigt ist und damit der Behandlung eine neue Qualität gegeben werden könnte. Es ist festzustellen, dass bei einer aus

dem Behandlungsverlauf ableitbaren Indikation und einer im Behandlungsverbund verfügbaren Modulvielfalt (bspw. auch in Form einer tagesklinische Entlass- oder Ausklangphase) eine Optimierung des Leistungsangebots für Abhängigkeitskranke erreicht werden kann.

Forderungen:

- **Die Kapazitäten und die regionale Verteilung tagesklinischer Angebote muss besser mit dem tatsächlichen Bedarf abgestimmt werden, um den bestehenden Einrichtungen ein wirtschaftliches Arbeiten zu ermöglichen.**
- **Zuweiser und Leistungsträger müssen die Angebote und Möglichkeiten der Tageskliniken besser wahrnehmen und konsequenter nutzen.**
- **Die Leistungsangebote sind im Hinblick auf den möglichen Wechsel zwischen stationären und teilstationären Angeboten weiter zu flexibilisieren.**

Kombitherapie ist eine umfängliche, flexible und individuelle Leistung

Die Kombitherapie umfasst am weitgehendsten die Nutzung verschiedener Module in Abhängigkeit vom Therapieverlauf. Aber auch hier ist bereits vor der Rehabilitationsbehandlung ein entsprechender Antrag zu stellen.

Rehabilitationsbehandlung ist als eine umfängliche Behandlungsmaßnahme zu verstehen, die in verschiedenen Formen erbracht werden kann. Die in den letzten Jahren entwickelten Teilformen ermöglichen eine Vielfalt von Kombinationsmöglichkeiten, deren optimale Nutzung sich vor allem aus dem Behandlungsverlauf ergibt. Dazu müssen Behandlungseinrichtungen autorisiert werden, kurzfristig die Indikation für ein Behandlungsmodul zu stellen und einzuleiten. Dies muss in jeder Richtung, sowohl von ambulant bis stationär als auch umgekehrt, möglich sein. Richtungsweisende Modelle sind die Modulare Kombitherapie der DRV Braunschweig/Hannover und EVS der DRV Bremen/Oldenburg.

Die Adaptionsbehandlung als zweite Phase der medizinischen Rehabilitation ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Sicherstellung von Teilhabe und Integration

Die Adaptionsphase ist in das Medizinische Rehabilitationssystem für Abhängigkeitskranke eingebettet und umfasst die Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Versicherten, eine Hilfestellung zur Vorbereitung der selbstständigen Lebensführung sowie therapeutische Leistungen der Einzel- und Gruppentherapie in begleitender und in ihrer Intensität abnehmender Form. In aller Regel schließt sich die Adaptionsphase nahtlos an die Behandlungsphase (Entwöhnung) als zweiter Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an.

Wenn bei der Behandlung von Abhängigkeitskranken die Entwöhnungstherapie in einer Suchthilfe-Einrichtung aufgrund der spezifischen Auswirkungen und Folgen der Abhängigkeit zum Erreichen des Rehabilitationsziels nicht ausreicht (insbesondere bei erheblicher Rückfallgefährdung durch Wohnungs- und/oder Arbeitslosigkeit), muss unter Alltagsbedingungen erprobt werden, ob die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand den Anforderungen des Erwerbslebens und der eigenverantwortlichen Lebensführung gewachsen ist. Eine Maßnahme kann dabei auch der therapeutisch indizierte Umfeldwechsel sein.

Bei Drogenabhängigen ist in aller Regel, bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen je nach Lage des Einzelfalls, zur Erreichung des Rehabilitationszieles aufgrund der spezifischen Auswirkungen und Folgen der Abhängigkeitskrankheit eine rein suchtklinisch ausgestaltete medizinische Leistung zur Rehabilitation nicht ausreichend. Daher gilt eine Adaption als Bestandteil der medizinischen Leistung zur Rehabilitation in einer Phase der Erprobung der Therapieergebnisse und der Hinführung auf einen Entwicklungsstand, der den Versicherten in die Lage versetzt, sich eigenständig im Erwerbsleben und im Alltag zu behaupten.

Da der psychotherapeutische „Restbedarf“ in der Adaptionsphase teilweise erheblich ist (Komorbidität, Traumatisierungen und weitergehende Belastung in der Adaptionsphase), muss diesem Umstand in der Adaptionsphase angemessen begegnet werden können, auch um den Umgang mit Frustrationen und Misserfolgen bearbeiten zu können. Im Sinne des therapeutisch „ausschleichenden“ Charakters der Adaptionsbehandlung zugunsten einer zunehmenden Belastungserprobung sind hier grundsätzlich voll- und teilstationäre Behandlungsformen anzustreben.

Forderungen:

- **Die strukturellen und personellen Anforderungen der Leistungsträger an Adaptionseinrichtungen müssen sich an dem speziellen, auf Eigenverantwortung setzenden Behandlungs-Setting orientieren und sind nicht zwingend identisch mit den Anforderungen an Fachkliniken. Dies betrifft bspw. den Präsenzdienst in der Nacht und am Wochenende.**
- **Die Vergütungssätze für Adaptionseinrichtungen müssen eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen. Die Finanzierung notwendiger Aufwendungen für Fahrtkosten der Rehabilitanden oder von Arbeits- und Hilfsmitteln muss sichergestellt sein.**
- **Die Schnittstellen zu anderen Leistungsbereichen (insbesondere Entwöhnung vor der Adaption und betreute Wohnformen bzw. Nachsorge nach der Adaption) müssen gemeinsam mit den beteiligten Einrichtungen im Interesse der Rehabilitanden optimiert werden.**

3.2 Schnittstelle medizinische Rehabilitation und Psychiatrie

Der qualifizierte Entzug umfasst somatische Entgiftung sowie Motivationsbehandlung und hat eine zentrale Funktion in der Suchttherapie

Die Behandlung des akuten Entzugssyndroms bei substanzbezogenen Störungen muss der Wiederherstellung neuro-psychologischer und kognitiver Fähigkeiten und der emotionalen Stabilität sowie den komorbiden und körperlichen Erkrankungen Rechnung tragen. Zudem muss sie der häufig auftretenden psychosozialen Krisensituation in angemessener Weise während des Behandlungszeitraumes begegnen. Ziel der Behandlung ist das Erreichen von Krankheitseinsicht und die Vermittlung erster Techniken im Umgang mit der Abhängigkeits-erkrankung. Die Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender Behandlungsangebote und psychotherapeutischer Intervention mit dem Ziel der Rückfallvermeidung und -bewältigung ist anzustreben.

Für eine Behandlungsdauer von 3-4 Wochen ist für die qualifizierte Entzugsbehandlung alkoholkranker Menschen die Wirksamkeit und Kosteneffizienz nachgewiesen (Süß, 1995; Stetter, Mann, 1997; Driessen, 1999; Richter 2001).

Forderungen

- **Die qualifizierte Entzugsbehandlung ist als eine zentrale Schaltstelle in der Suchtkrankenversorgung flächendeckend vorzuhalten.**
- **Die durch wissenschaftliche Leitlinien vorgegebenen Standards in der Qualität der Behandlungsprogramme sind sicher zu stellen.**
- **Eine sog. Somatische Entgiftung und die Motivationsbehandlung sollen inhaltlich nicht getrennt werden. Die qualifizierte Entzugsbehandlung sollte deshalb primär unter psychiatrisch-psychotherapeutischer Verantwortung durchgeführt werden.**
- **Durch die Etablierung sektorübergreifender Behandlungsverbände ist im Bedarfsfall ein nahtloser Übergang zwischen qualifizierter Entzugsbehandlung und Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sicher zu stellen.**

Die Behandlung psychischer Komorbidität gewinnt zunehmend an Bedeutung in der Suchttherapie

Als psychische Komorbidität wird das Auftreten von mehr als einer spezifisch diagnostizierbaren (psychischen) Störung bei einer Person in einem definierten Zeitintervall verstanden. Der Begriff Doppeldiagnose wird als Spezialfall der Komorbidität verstanden und umschreibt das zeitliche Zusammentreffen eines Missbrauchs bzw. einer Abhängigkeit von einer oder mehreren psychotropen Substanzen und mindestens einer weiteren schweren psychischen Störung.

Bei alkoholabhängigen Patienten treten psychische Begleiterkrankungen je nach untersuchter Stichprobe in bis zu 50 % der Fälle auf. In erster Linie handelt es sich dabei um Depressionen, Angst- und Panikstörungen, Schizophrenie oder Persönlichkeitsstörungen.

Bei der Drogenabhängigkeit wurden je nach Untersuchung in bis zu 70 % der Fälle Doppeldiagnosen nachgewiesen. Neben affektiven Störungen und schizophrenen Psychosen fanden sich gehäuft vor allem Verhaltensstörungen mit Beginn der Kindheit oder Jugend sowie antisoziale Persönlichkeitsstörungen. Traumatische Erfahrungen spielen dabei insbesondere im Hinblick auf die Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen ebenfalls eine wesentliche Rolle. Bei Betrachtung der zeitlichen Reihenfolge zeigt sich, dass bei der Mehrzahl der untersuchten komorbiden Patienten die psychische Störung vor der Störung durch psychotrope Substanzen auftrat.

Aus den vorgenannten Häufungen wird deutlich, dass sich in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation eine Vielzahl von Menschen befinden, die neben ihrer Suchterkrankung an einer schwerwiegenden psychischen oder somatischen Störung leiden.

Forderungen

- **Die Auswahl einer Fachklinik hat aufgrund der Indikationsstellung unter Berücksichtigung der medizinischen Abschätzung des Behandlungsbedarfs der komorbiden Störung zu erfolgen.**

- Neben der suchtspezifischen hat auch eine profunde psychiatrische Diagnostik zu erfolgen.
- Je nach Schwere der Störung ergeben sich unterschiedliche Anforderungen an das Profil der Rehabilitationseinrichtungen:
 - a) Mitbehandlung leichterer komorbider Störungen,
 - b) kombinierte Behandlung,
 - c) spezialisierte Behandlung mit besonderem Schwerpunkt auf der komorbiden Störung.
- Insbesondere Einrichtungen, die die Behandlung schwerwiegend komorbide erkrankter Patienten anbieten, müssen für Therapieplanung und Therapiedurchführung besonders ausgestattet sein: Die Größe der Einrichtung muss an die Bedürfnisse der Klientel angepasst sein. Das therapeutische Personal muss für die besondere Aufgabenstellung ausgebildet sein. Insbesondere muss im Einzelfall eine längere Therapiedauer ermöglicht werden. Hierdurch ergibt sich auch bezüglich der Ausstattung eine veränderte Kostenstruktur. Komorbid erkrankte Patienten erfordern nicht nur ein besonders qualifiziertes Personal, sondern oft auch einen höheren Aufwand im Sachkostenbereich (Medikamente).

3.3 Therapie und Arbeit

Arbeitsbezogene Maßnahmen sind ein unabdingbarer Bestandteil der Rehabilitation mit dem Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit

Rehabilitationsziele werden in der stationären Rehabilitation im Wesentlichen auf 4 Zielebenen erfasst und im Behandlungsprozess berücksichtigt. Die arbeitsbezogenen Maßnahmen betreffen primär die Ebene der Aktivitäten und der Partizipation.

Moderne, qualitätsorientierte Suchttherapie muss Strukturen vorhalten, die eine indikationsgeleitete und individualisierte Behandlung der Patienten ermöglichen. Die arbeitstherapeutische Abteilung einer Einrichtung ist im Rahmen der Gesamtverantwortung der medizinisch-therapeutischen Therapieleitung zuständig für die einschränkungsangepasste und fördernde Arbeitstherapie, die innerhalb der Therapiesteuerung festgelegt wird. Neben qualitativen Aspekten wie Diagnostik/Befunderhebung (unterstützt durch standardisierte Verfahren wie z.B. MELBA) ist ebenso die quantitative Ebene (Zeitdauer, Intensität, Kontext) relevant, um den Rehabilitationserfolg zu sichern und weitere Zielebenen zu unterstützen (Besserung der Beschwerden auf psycho-sozialer sowie auf somatischer Ebene, Vermittlung von Problembewusstsein und Krankheitseinsicht).

Arbeitstherapeutische Maßnahmen sind zwingend erforderlich bei Patienten, die arbeitslos/langzeitarbeitslos sind, aber auch bei noch Erwerbstätigen. Dies ist indiziert, weil aufgrund der indikationsgeleiteten Zuweisung in ambulante, teilstationäre und stationäre Maßnahmen, letzteren vorwiegend Menschen mit fortgeschrittenem Krankheitsverlauf zugewiesen werden. Selbst bei bestehendem Arbeitsplatz ist in diesem Fall davon auszugehen, dass die Suchtentwicklung mit ihren spezifischen Folgen auch Schädigungen in Arbeitsverhalten, Arbeitseinstellungen, Durchhaltevermögen und anderen Schlüsselqualifikationen nach sich gezogen hat.

Die Arbeitszeiten dürfen nicht zu gering bemessen werden, um diesem Beschwerdebild gerecht werden zu können. Andernfalls würden unrealistische Selbsteinschätzungen verstärkt. Ein qualitätsgesicherter und im Gesamtprozess der Reha-Behandlung integrierter Einsatz von Arbeitstherapie ist unverzichtbarer Bestandteil der stationären Suchtrehabilitation. Neben einer differenzierten Vorgehensweise (durch qualifizierte Mitarbeiter, handwerklich und didaktisch-therapeutisch aus- und weitergebildet) sind hinsichtlich der Realitätsüberprüfung und dem Training von Schlüsselqualifikationen arbeitstherapeutische Intensivphasen erforderlich, die z.B. einen regulären Arbeitstag simulieren (durch interne und externe Arbeitserprobungen), um gemeinsam mit den übrigen Behandlungsbereichen eine aussagefähige Leistungsbeurteilung zu erbringen.

Forderungen

- **Arbeitsbezogene Maßnahmen sind selbstverständlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation für Arbeitslose ebenso wie für Erwerbstätige.**
- **Sowohl die Zeitbemessung (mind. 8 Stunden pro Woche mit zusätzlichen Projekt-/Trainingsphasen) als auch die personelle und sachliche Ausstattung der arbeitstherapeutischen Bereiche muss dem Gesamtziel der Maßnahme gerecht werden.**
- **Jede Einrichtung muss in der Arbeitstherapie geeignete Instrumente zur Diagnostik, Befunderhebung und Verlaufsdokumentation vorhalten.**

Medizinische und Berufliche Rehabilitation müssen noch besser miteinander verzahnt werden

Das Behandlungsziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bzw. deren Erhalt wird durch verschiedene Maßnahmen qualitätsgeleitet angestrebt und mündet schließlich in eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, die durch die Zusammenschau aller relevanten Ergebnisse einer Reha-Behandlung (medizinisch, psychotherapeutisch, sozialtherapeutisch) erstellt wird. Zu einer optimalen medizinischen Reha-Behandlung zählt die besondere Beachtung der beruflichen Problematik. Die Fähigkeit, die letzte Tätigkeit noch ausüben zu können bzw. eine fehlende berufliche Orientierung (somatische und psychische, aber auch soziale Hemmnisse) indizieren ggf. die Einleitung beruflicher Rehabilitation. Neben der Bewertung der beruflichen Problematik der Patienten sind insbesondere die Stabilität der Abstinenz des Betroffenen und die kognitive und psychische Leistungsfähigkeit (inkl. der sozialen Kontextfaktoren wie familiäre Situation und Wohnsituation) planungsrelevant.

Die Rehabilitationsberatung in Suchtfachkliniken muss standardisiert erfolgen und von erfahrenen Ärzten, Psycho- und Sozialtherapeuten, ergänzt durch Arbeits-/Ergotherapeuten, durchgeführt werden. Zusätzlich und in Kooperation mit dem regionalen Träger der Rentenversicherung erfolgt ein ergänzendes Beratungsangebot durch den Reha-Berater. Berufliche Reha-Beratung muss mindestens 4 Wochen vor Ende der Maßnahme terminiert sein. Sie wird durch die Vorbereitung der Einrichtung (Reha-Bogen, aktuelle und prospektive sozialmedizinische Leistungsbeurteilung) eingeleitet. Die Rehabilitationseinrichtungen sehen und bewerten die berufliche Reha-Beratung als wesentliches Ziel für eine gelungene Suchtrehabilitation, die dem Patienten neben der medizinische Rehabilitation auch und vor allem eine berufliche Perspektive ermöglicht.

Notwendige Unterstützungsleistungen im Rahmen der beruflichen Reha wie z.B. Umschulungen, Förder-/Schulungsmaßnahmen, Einarbeitungshilfen oder Zuschüsse für Qualifikati-

onen sind unter dem Aspekt der Teilhabevorbereitung im Rahmen des Entlassungsmanagements als obligatorische Angebote zu finanzieren.

Intensive Kontakte zu Berufsförderungswerken (inkl. der Möglichkeiten zur Hospitation, Praktika und weiterführenden Beratung) dürfen in keinem therapeutischen Konzept einer Suchtklinik fehlen und haben ihren festen Platz in Informationsveranstaltungen für Patienten.

Forderungen

- **Die Rehabilitationsberatung sowie Informationen über Berufsförderungswerke müssen selbstverständliche Bestandteile der Therapie in Suchtfachkliniken sein.**
- **Sozialpädagogische Unterstützungsleistungen zu Beginn und während der beruflichen Rehabilitation sind durch die Einrichtungen zu erbringen.**
- **Zusätzliche berufliche Rehabilitationsleistungen für den Übergang in die Erwerbsphase im Verlauf und am Ende der medizinischen Rehabilitation für den Übergang in die Erwerbsphase sind regelmäßig zu sichern.**

Arbeitsprojekte können die Integration in das Erwerbsleben vereinfachen

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit arbeitslosen und beeinträchtigten Suchtkranken entstanden in den letzten Jahren innerhalb der Suchtkrankenhilfe viele den Rehabilitationsprozess ergänzende Maßnahmen und Hilfen. Neben der stationären Rehabilitation, den vielfältigen nachsorgenden Angeboten (inkl. der komplementären Hilfen der Nachsorge) waren insbesondere konkrete Initiativen und Arbeitsprojekte notwendig, um aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzte Rehabilitanden Wiedereingliederungschancen zu eröffnen.

Die Einrichtungen und Träger der Suchtkrankenhilfe waren in diesem Bereich innovativ, risikofreudig und erarbeiteten, oftmals gemeinsam mit den Agenturen für Arbeit bzw. den AR-Gen (aber auch im Rahmen europäischer Förderprojekte und des Sozialfonds, ESF) Konzepte zur Wiedereingliederung für besonders schwer zu reintegrierende Rehabilitanden. Mittlerweile existiert eine Vielzahl von Arbeitsprojekten, in der Regel direkt entstanden über die institutionelle Suchtkrankenhilfe, die damit den besonderen Wiedereingliederungsproblemen der Betroffenen mit zusätzlichen Angeboten begegnete. Interessiert verfolgen die Träger der Rehabilitation diese Bemühungen und engagieren sich teilweise in den Projekten als Unterstützer. Für die Suchthilfeeinrichtungen sind diese Arbeitsprojekte zum einen finanziell risikoreich, da in der Regel nur zeitlich befristet und knapp kalkuliert, zum anderen jedoch eine optimale Chance für ihren Auftrag, Suchtkranke trotz vielfältiger Barrieren wieder gesellschaftlichen Anschluss finden zu lassen.

Die Zielsetzung der Teilhabe an Gesellschaft und Arbeitsleben muss die Arbeit im Suchthilfesystem bestimmen, denn nur mit vernetzten und alle Ebenen der Wiedereingliederung berücksichtigenden Maßnahmen und Angeboten kann dem komplexen Beschwerdebild einer biopsychosozialen Erkrankung rehabilitativ begegnet werden. Die Suchthilfeträger in Deutschland übernehmen eine rehabilitative Gesamtverantwortung und konzentrieren sich nicht auf einzelne lukrative Arbeitsfelder. Sie orientieren ihr Hilfeangebot am Bedarf der Betroffenen und optimieren dies in einem stetigen Verbesserungsprozess.

Diese Gesamtverantwortung drückt sich auch durch konkrete Vermittlungsaktivitäten der Einrichtungen bezüglich Praktika und Arbeitsplätze aus. Die Reha-Einrichtungen verfügen mittlerweile über viele regionale Kontakte und sind vor Ort Ansprechpartner für Unterneh-

men. Diese Aktivitäten müssen dringend weiter ausgebaut und gefördert werden. Die Nahtlosigkeit und personelle Konstanz reduziert Hürden und verbessert die Wiedereingliederungschancen.

Forderungen

- **Die Förderung von Arbeitsprojekten und Initiativen zum (Wieder-)Einstieg in das Erwerbsleben muss ausgebaut und vereinfacht werden.**
- **Die Leistungserbringer sind aufgefordert, neue Initiativen für Arbeitsprojekte zu entwickeln und diese professionell zu realisieren.**

3.4 Patientenorientierung

Sorgfältige Indikationsstellung und Auswahl der Einrichtung sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahme

Das Ziel einer qualifizierten medizinischen Rehabilitation, wie im SGB IX formuliert, bedeutet „Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“. Mit dieser Maßgabe des Gesetzgebers ist der Patient zu einem gleichberechtigten Akteur im Rehabilitationsprozess geworden. Daraus ist der Anspruch abzuleiten, dass die Indikation, die Bedürfnislagen und die berechtigten Wünsche der Rehabilitanden von den Leistungsträgern und Leistungserbringern zu berücksichtigen sind. Im Alltag der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen hat folglich der Patient bzw. die Patientin eine passgenaue und Erfolg versprechende Leistung zu erhalten.

Forderungen

- **Die Zuweisung in eine ambulante, tagesklinische oder stationäre Behandlung muss konsequent nach den Eingangsvoraussetzungen der Rehabilitanden im Sinne des bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses erfolgen.**
- **Fachkliniken und Therapeutische Gemeinschaften müssen innerhalb regionaler Verbände möglichst sektorenübergreifende Leistungen erbringen können, damit die Rehabilitation Erfolg versprechend sein kann. Dazu zählen ein angemessenes berufliches Wiedereingliederungs-Management und die ambulante Weiterbehandlung genauso wie Kombitherapie-Modelle, die Case-Management und Therapieplanung in adäquater Weise berücksichtigen.**
- **Für die Auswahl der geeigneten Einrichtung gelten die gleichen Anforderungen an Objektivität und Transparenz wie für die Indikationsstellung.**
- **Das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten nach § 9 SGB IX muss auch hier konsequente Berücksichtigung finden, um den Behandlungserfolg nicht schon im Vorfeld zu gefährden. Der Ausgangssituation der Rehabilitation bzgl. Motivation, psychosozialer Lebenssituation und individueller Besonderheiten ist Rechnung zu tragen.**

Die individuelle Behandlung orientiert sich an gemeinsam mit den Rehabilitanden abgestimmten Therapiezielen

Die Patientenorientierung setzt sich nach der Zuweisung bei der Durchführung der Reha-Maßnahme fort. Eine wesentliche Voraussetzung für den Behandlungserfolg ist die Abstimmung und Festlegung von Therapiezielen gemeinsam mit den Rehabilitanden. Analog dazu erfolgt die gemeinsame Überprüfung der Zielerreichung während und am Ende der Behandlung.

Als sinnvolle Maßnahme hat sich die Einführung von Zeitbudgets bewährt, bei denen die Kliniken ausgehend von einer Standard-Behandlungsdauer über Verkürzungen und Verlängerungen unter Berücksichtigung des Therapieverlaufes selbst entscheiden können.

Forderungen

- **Die Standard-Behandlungsdauern müssen bundesweit nach einheitlichen Maßstäben festgelegt werden.**
- **Die Standard-Behandlungsdauern sollten nicht generell am unteren Ende eines sinnvollen Korridors festgelegt werden (bspw. zwischen 12 und 16 Wochen bei Alkoholabhängigkeit, spezielle Kurz- oder Langzeittherapien ausgenommen, sowie 26 Wochen bei Drogenabhängigkeit).**
- **Die Budgetierung sollte nicht mit einer extrem kurzen Regel-Behandlungsdauer verbunden sein, weil der Klinik sonst keinerlei Spielraum zur Steuerung bleibt.**

Die Rehabilitationsnachsorge sichert den Behandlungserfolg

Rehabilitationsnachsorge soll dem Selbstmanagement der Patienten dienen und die noch notwendigen Unterstützungsleistungen im Sinne einer ambulanten Weiterbehandlung erbringen, damit eine Eingliederung gelingen kann. Insbesondere junge, sozial entwurzelte und mit schwerwiegenden Entwicklungsdefiziten behaftete Menschen bedürfen einer entsprechenden Begleitung und Betreuung.

Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen

Der Besuch einer Selbsthilfegruppe trägt erheblich zur Stabilisierung des Behandlungserfolges bei. Deshalb ist es notwendig, dass Patienten immer wieder zum Besuch von Selbsthilfegruppen aufgefordert werden. Dabei ist Selbsthilfe nicht nur ein Teil des Versorgungssystems für Suchtkranke, sondern Selbsthilfe hat auch die Interessen der Betroffenen gegenüber der professionellen Suchtkrankenhilfe wahrzunehmen.

Die Patientenzufriedenheit ist Teil der Ergebnisqualität in der Rehabilitation

Patientenzufriedenheit ist als Basisvariable eines erfolgreichen Behandlungsprozesses anzusehen. Auch wenn die Zufriedenheit der Patienten nicht der oberste Maßstab sein kann, da unangenehme Erfahrungen auch zum therapeutischen Prozess gehören, sollten Rückmeldungen in jedem Fall sorgfältig analysiert und berücksichtigt werden, denn Sie können wertvolle Hinweise auf Optimierungspotenziale liefern.

Es zählt daher zum selbstverständlichen Standard einer Rehabilitations-Einrichtung, die Zufriedenheit der Patienten sowie Veränderungsvorschläge mit eigenen Instrumenten zu erheben und daraus Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Dazu kann die Rehabilitanden-Befragung der Leistungsträger genutzt werden. Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sind weitere geeignete Messinstrumente einzusetzen. Außerdem sollte jede Einrich-

tung über ein Beschwerdemanagement verfügen, das den Rehabilitanden eine niederschwellige und anonyme Rückmelde-Möglichkeit gibt.

Barrierefreiheit in den Einrichtungen ist eine gesetzliche und moralische Anforderung

Es ist großer Wert auf einen barrierefreien Zugang zu Rehabilitations-Einrichtungen zu legen. Dies ist sowohl gesetzlich gefordert als auch moralisch geboten. Allerdings sind dabei Aufwand und Nutzen sorgfältig abzuwägen: Wenn ggf. erforderliche Umbaumaßnahmen in einer Einrichtung mit altem oder denkmalgeschütztem Gebäudebestand einen angemessenen finanziellen Rahmen übersteigen, muss nach individuellen Lösungen gesucht werden, ohne die Existenz der Einrichtung in Frage zu stellen. Es ist in erster Linie sicher zu stellen, dass für jede Versorgungsregion ausreichend barrierefreie Therapieplätze zur Verfügung stehen.

3.5 Mitarbeiterorientierung

Modernes Personalmanagement ist selbstverständlich in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe

Qualitätsbewusste, qualifizierte und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Voraussetzung und Garantie für hohe Qualität in der Versorgung suchtkrank Menschen. Mitarbeiterorientierung muss daher neben der Ausrichtung an den Bedürfnissen der Rehabilitanden der zweite zentrale Grundsatz für das Management einer Rehabilitationseinrichtung für Abhängigkeitskranke sein.

Forderungen

- **Modernes Personalmanagement umfasst zu allererst die sorgfältige Auswahl und Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.**
- **Kompetente Führung (bspw. durch Mitarbeitergespräche, Zielvereinbarungen, Feedback-Instrumente, Zufriedenheitsmessungen) nach verbindlichen Führungsgrundsätzen ist ebenso grundlegend.**
- **Personalfürsorge (Schutz und persönliche Förderung) ist ein weiteres Element modernen Personalmanagements.**
- **Auch die systematische Personalentwicklung (neben Fort- und Weiterbildung auch Projektarbeit und Übertragung von Verantwortung) ist zwingend in diesem Bereich verankert.**

Die geltenden Tarifsysteme und Arbeitszeitgesetz sind wesentliche Rahmenbedingungen für die Mitarbeiterorientierung

Einrichtungen in öffentlicher und frei-gemeinnütziger Trägerschaft sind i.d.R. an die jeweils gültigen Tarifsysteme gebunden, die derzeit grundlegend überarbeitet werden. Zusätzlich ist bei der Organisation des Personaleinsatzes das Arbeitszeitgesetz zu berücksichtigen. Der Handlungsspielraum der Klinikleitung ist durch diese Vorgaben erheblich eingeschränkt, wenn es um die flexible Reaktion auf veränderte Rahmenbedingungen oder Schwankungen in der Belegung geht. Erschwerend kommt hinzu, dass die Personalkosten ca. 70% der Ge-

samtkosten in einer Suchtfachklinik ausmachen - es bleiben also wenig andere Möglichkeiten, das Kosten-Leistungsverhältnis einer Einrichtung zu beeinflussen.

Gerade vor diesem Hintergrund sind die Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie ein effizienter Personaleinsatz und eine sinnvolle Aufgabenverteilung von zentraler Bedeutung für den wirtschaftlichen Erfolg. Die Einbindung in feste Tarifsysteme kann auch eine solide Grundlage für transparente Arbeitsstrukturen, eine faire Entlohnung und ein erforderliches Maß an Arbeitsplatzsicherheit sein.

In vielen Bereichen wird die adäquate Stellenbesetzung durch den Mangel an geeigneten Bewerbern zum Problem

In den letzten Jahren ist es immer schwieriger geworden, einzelne Stellen in den Einrichtungen entsprechend der eigenen Anforderungen und denen der Leistungsträger zu besetzen. Problematisch stellt sich die Situation vor allem im ärztlichen Bereich und hier besonders für kleine Einrichtungen dar. Häufig helfen auch kostenintensive Maßnahmen (Anzeigen, Personalberatungen) nicht weiter.

Hier sind intelligente und rationale Lösungen zur Sicherstellung einer angemessenen Versorgung der Rehabilitanden gefordert. Solche Lösungen sind bspw. „Sharing-Modelle“ (ein Arzt wird gemeinsam von mehreren benachbarten Einrichtungen beschäftigt) oder Kooperationsverträge mit Krankenhäusern (Bereitstellung eines festgelegten medizinischen Betreuungskontingentes). Wichtig ist dabei, dass persönliche Kontinuität und ausreichende Präsenz sichergestellt sind. Häufig kann auf diese Weise sogar eine bessere Qualität der ärztlichen Versorgung für die Einrichtung erreicht werden.

Um dem bestehenden Bewerbermangel entgegenzuwirken bzw. diesen nicht auch in anderen Berufsgruppen entstehen zu lassen, ist eine wichtige Zukunftsaufgabe sowohl der Arbeitgeber als auch der Ausbildungseinrichtungen, das Arbeitsfeld Suchtkrankenhilfe für junge Menschen attraktiv zu gestalten und in der Öffentlichkeit zu bewerben. Hierzu zählt auch die langfristige Planung des Erwerbs von Zusatzqualifikationen, u.a. durch den Abschluss von Weiterbildungsverträgen mit den betreffenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

3.6 Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Internes Qualitätsmanagement ist die Voraussetzung für den Nachweis einer hochwertigen Leistungserbringung

Ein großer Teil der Rehabilitations-Einrichtungen im Bereich Abhängigkeitserkrankungen hat in den letzten Jahren die gesetzlichen Forderungen nach Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems erfolgreich umgesetzt. Die überwiegende Mehrheit hat in diesem Zusammenhang ein umfassendes QM-Handbuch erarbeitet und den Nachweis der Funktionsfähigkeit des QM durch eine international anerkannte Zertifizierung erbracht. Unabhängig von der Zertifizierung lassen sich folgende Anforderungen an ein umfassendes internes QM-System formulieren (Quelle: Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und dem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement in der stationären und ambulanten Rehabilitation und der stationären Vorsorge nach §137d Absätze 1, 2 und 4 SGB V, Anlage 1):

1. Verbindliche Einrichtungskonzeption
2. Indikationsspezifische und ICF-basierte Behandlungskonzepte
3. Verantwortlichkeit für das interne Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene

4. Bestellung eines qualifizierten Qualitätsbeauftragten mit den erforderlichen Ressourcen
5. Mitarbeiterbeteiligung aller Ebenen und Bereiche
6. Verbindliche Regelung der Verantwortlichkeiten
7. Kontinuierliche Dokumentation, Überwachung und Steuerung der Rehabilitations-Prozesse
8. Regelmäßige Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der Rehabilitanden sowie der am Behandlungsablauf Beteiligten
9. Entwicklung und Nachweis eines Leitbildes
10. Entwicklung von Qualitätszielen auf der Basis einer internen Management-Bewertung
11. Systematisches Beschwerdemanagement
12. Systematisches Fehlermanagement
13. Verfahren zur internen Ergebnismessung und -analyse
14. Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden berücksichtigt
15. Regelmäßige Selbstüberprüfung aller wesentlichen Prozesse (z.B. interne Audits oder Selbstbewertungen)

Ein zentraler Aspekt, der in den kommenden Jahren in den Einrichtungen noch stärkere Beachtung finden sollte, ist die Ergebnisqualität. Für moderne Reha-Einrichtungen ist es ein unabdingbarer Standard, die eigenen Leistungsdaten regelmäßig zu erfassen, zu analysieren, in Auszügen zu publizieren und bei Bedarf auch Optimierungsmaßnahmen daraus abzuleiten. Zu den Standard-Informationen für das Management einer Klinik gehören u.a. Daten über Zuweisung und Belegung, Rehabilitandenstruktur, Behandlungsverlauf (Rückfälle, Abbrüche, Verweildauer etc.), Patientenzufriedenheit, Nachsorge und Vermittlung, Katamnese-Erhebung, Kosten-Controlling und Erlös-Situation.

Forderungen

- **In allen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation werden Qualitätsmanagement-Systeme eingeführt, die den genannten Anforderungen entsprechen.**
- **Bei der Einführung von QM ist nicht nur auf die Erfüllung formaler Norm-Anforderungen zu achten, sondern mindestens gleichwertig der Aspekt der Organisationsentwicklung zu berücksichtigen.**
- **Die Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Ergebnisdaten muss stärker in den Mittelpunkt der Qualitätsmanagement-Initiativen in der Rehabilitation rücken.**

Die Bedeutung von Zertifizierungen wird aufgrund der gesetzlichen Anforderungen zunehmen

Die Einführung und Zertifizierung eines Qualitätsmanagement-Systems hat in allen Einrichtungen zu einer positiven Qualitätsentwicklung in den Bereichen Patienten- und Mitarbeiterorientierung geführt und den Klinikleitungen zusätzliche Management-Instrumente in die Hand gegeben. Dabei ist bemerkenswert, dass vor der Einführung von den Einrichtungsleitungen eher externe Effekte erwartet wurden (Wettbewerbsvorteile, Akzeptanz bei Kooperationspartnern, bessere Belegung durch Leistungsträger etc.), allerdings die internen Effekte dann in der Rückschau deutlich positiver bewertet wurden (Arbeitsorganisation, Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, verbesserte Planung und Steuerung etc.). Die deQus (Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie) hat hierzu eine Umfrage durchgeführt und wird die Ergebnisse im Jahr 2008 veröffentlichen. Insgesamt bleibt

festzuhalten, dass die Einführung eines internen QM-Systems die Behandlungsqualität deutlich verbessert.

Es ist zu erwarten, dass die Bedeutung externer Effekte einer Zertifizierung insbesondere vor dem Hintergrund der Änderungen im § 20 SGB IX durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zunehmen wird. Die konkreten Anforderungen und die Rahmenbedingungen für das gesetzlich geforderte einheitliche und unabhängige Zertifizierungsverfahren werden derzeit im Rahmen der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation) erarbeitet. Da mit diesem Verfahren die grundsätzliche Frage des Marktzuganges einer Einrichtung entschieden wird, handelt es sich eigentlich eher um ein Akkreditierungsverfahren nach amerikanischem Muster.

Die meisten QM-Systeme in der medizinischen Rehabilitation basieren auf der DIN EN ISO 9001:2000 und sind in ihrer aktuellen Verbreitung im Überblick beschrieben (Widera, 2006). In diesem Zusammenhang ist mit Nachdruck zu fordern, dass die vorliegenden Zertifikate, die international anerkannten Qualitätsstandards genügen, auch Maßstab für das zu definierende Zertifizierungsverfahren sein müssen und keinerlei Nachteile für bereits zertifizierten Einrichtungen entstehen. Solche Einrichtungen müssen automatisch die geforderten Zugangskriterien erfüllen.

Forderungen

- **Die gesetzlichen Anforderungen des § 20 SGB IX müssen unter Wahrung der Interessen der Leistungserbringer umgesetzt werden.**
- **Einrichtungen, die bereits über ein anerkanntes QM-Zertifikat verfügen, müssen bei Operationalisierung des Zertifizierungsverfahrens in der medizinischen Rehabilitation Bestandsschutz erhalten.**

Externe Qualitätssicherung und internes Qualitätsmanagement müssen sich aufeinander beziehen

Das interne Qualitätsmanagement steht immer in enger Verbindung mit der externen Qualitätssicherung. Sowohl die DRV als auch die GKV verfügen hier über ein umfangreiches und gegenseitig anerkanntes Instrumentarium. Während im Bereich der GKV das entsprechende Verfahren QS-Reha durch eine gemeinsame Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Leistungsträger und Leistungserbringer getragen und in einem gemeinsamen Ausschuss weiterentwickelt wird, wird das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung allein von den Leistungsträgern (hier maßgeblich die DRV Bund) gestaltet und eingesetzt. Einerseits liefert das QS-Programm den Einrichtungen wichtige Qualitätsdaten für die kontinuierliche Verbesserung der eigenen Arbeit, andererseits wird es auch als Controlling-Instrument zur Überwachung der Einrichtungen eingesetzt.

Es bleibt abzuwarten, ob das Reha-Bewertungssystem, das diese Qualitätsdaten künftig zur Kategorisierung von Einrichtungen nutzen wird, tatsächlich zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität führt. Es besteht in diesem Zusammenhang auch die Gefahr, dass leicht messbare, formale Kriterien (bspw. Formalqualifikation einzelner Mitarbeiter, apparative Ausstattung, Zimmerausstattung, Größe der Einrichtung, Zahl der Beschwerden), unabhängig von ihrer Aussagekraft bewertungsentscheidend sind. Das gesamte Behandlungs-Setting ist sehr viel schwieriger über Checklisten zu erfassen und zu bewerten, jedoch we-

sentlich bedeutsamer für den hoch komplexen Prozess einer erfolgreichen Entwöhnungstherapie.

Ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung sind die Visitationen. Grundsätzlich wird diese Form des beratenden Dialogs vor Ort zwischen Leistungsträger und Einrichtung begrüßt, denn so können die spezifischen Rahmenbedingungen in jeder Einrichtung am besten analysiert und gewürdigt werden. Ebenso ist zu begrüßen, dass mit dem Dokumentationsbogen die einzelnen Schwerpunkte einer Visitation transparent gemacht werden. Allerdings sollten bei der Umsetzung und Weiterentwicklung des Instrumentes folgende Aspekte berücksichtigt werden:

Forderungen

- **Unangekündigte Visitationen entsprechen nicht einem partnerschaftlichen Verhältnis zwischen Einrichtung und Leistungsträger. Visitationen sind daher grundsätzlich anzukündigen.**
- **Die Kriterien und Schwerpunkte des Dokumentationsbogens sollten gemeinsam überarbeitet werden, um die Fokussierung auf rein formale oder inadäquate Anforderungen zu vermeiden.**
- **Zertifizierte Einrichtungen müssen nicht im selben Umfang visitiert werden, wie Einrichtungen ohne QM-Zertifikat, weil viele Qualitätsmerkmale bereits durch unabhängige Experten überprüft wurden.**
- **Die Leistungserbringer sind bei der Gestaltung des Reha-Bewertungssystems einzubeziehen. Insbesondere ist darauf zu achten, dass die Strukturanforderungen nicht ausgeweitet werden, ohne damit die Ergebnisqualität nachweislich zu verbessern.**

4. Steuerung des Reha-Systems

Die Umsetzung der leistungsrechtlichen Regelungen des SGB IX ist dringend notwendig

Für die künftige Entwicklung der Rehabilitation im Allgemeinen und der Sucht-Rehabilitation im Besonderen ist zu fordern, dass das Verhältnis zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern auf eine partnerschaftlichere und leistungsrechtlich transparentere Grundlage gestellt wird. Im sog. „Reha-Markt“ existieren einseitige „Machtverhältnisse“ - diese sind sozialrechtlich vorgegeben. Allerdings sind immer wieder Beispiele unberechenbarer und ungerechtfertigter Eingriffe in die Arbeit der Einrichtungen zu beachten, die zunehmend Existenz bedrohend werden.

Neben real sinkenden Vergütungssätzen und steigenden Qualitätsanforderungen (siehe auch Stellungnahme der Suchtverbände, April 2007) sind vor allem die Themen Kapazitätsplanung und Belegungssteuerung für die Einrichtungen von existenzieller Bedeutung. Es werden immer wieder einzelne Fälle berichtet, bei denen eine gezielte Belegung oder Nicht-Belegung von Einrichtungen ohne erkennbaren Grund erfolgt. Dabei kann auch nicht immer von einer konsequenten Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Rehabilitanden ausgegangen werden. Zudem wurde in vielen Regionen wieder eine deutlich erkennbare „Landeskinderregelung“ etabliert, was häufig bewährte Kooperationsbeziehungen zerstört und Angebote für spezielle Zielgruppen auch außerhalb der Landesgrenzen unberücksichtigt lässt.

Grundsätzlich ist allerdings auch zu betonen, dass der jeweils federführende Leistungsträger sich der unternehmerischen Mitverantwortung für „seine“ Einrichtungen bewusst sein sollte. Aufgrund der einseitigen Abhängigkeit der Leistungserbringer muss der „Federführer“ sicherstellen, dass die Existenz der Einrichtungen bei gegebener Einhaltung der gültigen Qualitätsstandards und ausreichender Nachfrage nach Reha-Leistungen gesichert bleibt - dies bezieht sich auch auf die Abstimmung mit anderen Belegern.

Eine hinreichende ökonomische Berechenbarkeit ist für die meisten Einrichtungen derzeit nicht gegeben. Daher ist für die Zukunft ein transparentes und einheitliches System der Kapazitätsplanung und Belegungssteuerung zu fordern. Das beinhaltet auch die regelmäßige Veröffentlichung von Daten zu Anträgen, Bewilligungen und Maßnahmen als Planungsgrundlage auf Bundes- und Regional-Ebene sowie auch für den Bereich der GKV, wie es im GKV-WSG nun vorgesehen ist.

Abschließend muss auch darauf hingewiesen werden, dass eine vollständige Umsetzung der im SGB IX schon seit langem vorgesehenen leistungsrechtlichen Regelungen bislang noch nicht erfolgt ist. Zum Fehlen von Leistungsverträgen wird auf Welti und Fuchs verwiesen (Welti, Fuchs, 2007). Es existieren derzeit keine Rahmenverträge, Vereinbarungen oder gemeinsamen Empfehlungen, die das Leistungsgeschehen im gesetzlich geforderten Umfang übergreifend regeln. Ebenso verfügen die einzelnen Leistungserbringer über keine normengerechten Einzelverträge, sondern lediglich über grundsätzliche Anerkennungen oder Belegungszusagen. Das im SGB IX beschriebene System von Rahmen- und Einzelverträgen dient dem Zweck, das Leistungsgeschehen partnerschaftlich, transparent und für beide Seiten rechtssicher auszugestalten. Vor diesem Hintergrund wurde bereits die im SGB IX vorgesehene Arbeitsgemeinschaft der Leistungserbringer (AG MedReha SGB IX) gegründet, um entsprechend dem gesetzlichen Auftrag das Leistungserbringungsrecht umzusetzen und den Leistungserbringern als Verhandlungspartner zur Verfügung zu stehen.

Forderungen

- **Das Wunsch- und Wahlrecht der Rehabilitanden muss konsequent beachtet werden und darf nicht aufgrund von Steuerungsinteressen einzelner Leistungsträger in den Hintergrund treten.**
- **Die Leistungsträger sind aufgefordert, ein einheitliches und transparentes System der Kapazitätsplanung und Belegungssteuerung in der medizinischen Rehabilitation zu schaffen.**
- **Die im § 21 SGB IX geforderten leistungsrechtlichen Grundlagen (Rahmen- und Einzelverträge) sind zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern bzw. der Arbeitsgemeinschaft der Leistungserbringer zu verhandeln und abzuschließen.**

Die Entwicklung von Patientenklassifikations-Systemen birgt Chancen und Risiken

Die Forschungsprojekte zur Entwicklung von Patientenklassifikations-Systemen, insbesondere der Ansatz der RMK's (Rehabilitanden Management Kategorien) in der Suchtrehabilitation ist aufmerksam zu begleiten. Grundsätzlich ist die Bildung von Fallgruppen aus der Analyse des tatsächlichen Leistungsgeschehens in den Einrichtungen auf der Basis der KTL-Erfassung ein sinnvoller und praxisnaher Ansatz. Hieraus können wertvolle Informationen für das Management und die Therapiesteuerung in den Kliniken gewonnen werden. Allerdings muss beachtet werden, dass die Fallgruppen auch ein Instrument zur Belegungs-

steuerung durch die Leistungsträger und die Basis für die Konstruktion von Fallpauschalen als Alternative zu tagesgleichen Vergütungssätzen werden können. Daher ist die aktuell anstehende klinische Validierung der bestehenden Konzepte sehr sorgfältig und in enger Abstimmung mit betroffenen Einrichtungen unterschiedlicher Größe und Struktur vorzunehmen.

Faire Mechanismen der Preisbildung müssen die Grundlage für einen Qualitätswettbewerb sein

Vor dem Hintergrund der in den vorangegangenen Abschnitten beschriebenen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker sind auch die Entwicklung der Vergütungssätze in den vergangenen Jahren und ganz allgemein die sehr einseitigen Mechanismen der Preisbildung zu kritisieren. Es ist zwar im Jahr 2006 gelungen, durch die differenzierten Analysen des GEBERA-Gutachtens (GEBERA, 2006) und durch massive Intervention einzelner Reha-Verbände auf die schwierige finanzielle Situation in vielen Einrichtungen aufmerksam zu machen. In der Folge konnten mit einzelnen Leistungsträgern deutlich bessere Vergütungssatzanpassungen vereinbart werden, als in den vergangenen Jahren.

Trotzdem sind damit die strukturellen Probleme nicht ausgeräumt:

- Die Anpassung von Vergütungssätzen orientiert sich nicht an der Steigerung von Kostenfaktoren, sondern an marktfernen Kennzahlen der Rentenversicherung, nach denen die Reha-Budgets festgelegt werden (Grundlohnsumme).
- Aufgrund des nahezu vollständigen Nachfrage-Monopols der Leistungsträger, das durch die Organisationsreform der Deutschen Rentenversicherung noch verfestigt wird, erfolgt die „Preisbildung“ eher durch einseitige Festlegung als durch faire Verhandlungen. Ein Unternehmen, das weitestgehend von einem einzigen Nachfrager abhängig ist, wird in jeder Branche dem Preisdiktat des Monopolisten unterworfen und hat es schwer, kostendeckende Einnahmen zu erzielen.
- Erschwerend kommt hinzu, dass die immerhin verlässlichen Vereinbarungen mit der Rentenversicherung durch viele Leistungsträger aus dem Bereich der GKV ignoriert werden. Trotz allgemeiner Akzeptanz des Federführungsprinzips werden vereinbarte Anpassungen der Vergütungssätze nicht oder erst nach langen Briefwechseln übernommen. Besonders problematisch stellt sich die Situation in NRW dar, wo in den Arbeitsgemeinschaften der Leistungsträger angemessene Steigerungen der Vergütungssätze regelmäßig durch die GKV blockiert werden.

Von Seiten der Reha-Verbände ist geplant, das GEBERA-Gutachten fortzuschreiben, um auch in den kommenden Jahren die Kostenentwicklung in den Einrichtungen transparent machen zu können. Beispielsweise werden Investitions- und Kapitalkosten immer noch viel zu wenig bei der Kalkulation angemessener Vergütungssätze berücksichtigt. Ein weiterer Kostenfaktor, der zunehmend problematisch wird, sind Medikamente und interkurrente Erkrankungen. Beispielsweise können teure Medikationen bei einzelnen psychischen oder somatischen Begleiterkrankungen nicht mehr aus den aktuellen Vergütungssätzen bezahlt werden. In solchen Fällen sind dringend entsprechende Sonderregelungen für die Kostenerstattung vorzusehen. Es ist dringend erforderlich, über diese finanziellen Einflussfaktoren auch weiterhin auf einer übergreifenden Ebene mit den Leistungsträgern im Gespräch zu bleiben.

Forderungen

- Die grundsätzliche Verhandlung von Vergütungssätzen muss in einem fairen und leistungsrechtlich abgesicherten Rahmen auf einrichtungsübergreifender Ebene erfolgen. Dabei sind die tatsächlich relevanten Kostenfaktoren der Einrichtungen zu berücksichtigen.
- Die Anpassung der Vergütungssätze für die einzelnen Einrichtungen ist mit dem federführenden Leistungsträger unter Beachtung des grundsätzlich verhandelten Rahmens und der spezifischen Anforderungen der Einrichtung abzustimmen.
- Das Federführungsprinzip muss uneingeschränkt gelten, d.h. alle Leistungsträger orientieren sich an den entsprechenden Vergütungsvereinbarungen und den qualitativen Eignungsfeststellungen des federführenden Leistungsträgers.

Literatur

Alves Caneiro, Eva; Piehn, Gerhardt: Substitution in der medizinischen Rehabilitation. In: Abstracts: 30. BundesDrogenKongress 2007 in Mainz, Seminar 7, Beitrag 2. Internet: www.fdr-online.info/pdf/30dbk_abstracts.pdf, Stand. 15.11.2007

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe („buss“); Caritas Suchthilfe (CaSu); Fachverband Drogen und Rauschmittel (fdr); Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (GVS): Stellungnahme zu den Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung Bund, April 2007

Caritas Suchthilfe (CaSu): Stellungnahme der CaSu zur Lage der stationären Drogentherapie. Freiburg i.Br., 2007

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe: Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm, 2006

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2007. Geesthacht: Neuland-Verlagges., 2007

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Thesen zur Entwicklung regionaler Versorgung und Zusammenarbeit in der Hilfe für Abhängigkeitskranke. Fachtag „Die Situation der Sucht- und Drogenhilfe – notwendige Veränderungsschritte“, 17. Mai 2006 in Frankfurt/Main

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe: Positionspapier 2001. In: Informationen zur Suchtkrankenhilfe, Nr. 1/2001

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.): Forderungen der Diakonie zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation. In: Diakonie Texte, Positionspapier, 02.2007. Internet: <http://www.diakonie.de/downloads/Texte-02-2007-medizinische-Rehabilitation.pdf>, Stand: 15.11.2007

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.): Funktionale Gesundheit – Gesundheit und Behinderung im neuen Klassifikationssystem der WHO (ICF): Workshop des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland, 29. und 30. September 2005, Berlin. Stuttgart, 2006. (Diakonie Dokumentation; 04/05)

Driessen, M. (u.a.): Kosten-Nutzen-Analyse klinisch evaluierter Behandlungsprogramme: Erweiterte Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. In: Der Nervenarzt, Jg. 70(1999), H. 5, S. 463-470

Gastpar, Markus; Mann, Karl; Rommelspacher, Hans (Hrsg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme, 1999

GEBERA – Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung: Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Düsseldorf, 2006

Hüllinghorst, Rolf: Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2007. Geesthacht: Neuland-Verlagsges., 2007. S. 145-159

Korsukéwitz, Christiane: Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung – aus Sicht der Rentenversicherung. In: Sucht aktuell, Jg. 13(2006), Nr. 2, S. 7-11

Kuhlmann, Thomas (u.a.): Anforderungen an eine qualifizierte Akutbehandlung Alkoholabhängiger in NRW. In: Suchttherapie: Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen, Jg. 2(2001), H. 2, S. 93-97

Reymann, G.; Preising, M.: Rahmenkonzept für die stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung alkoholkranker Menschen in NRW. In: Versicherungsmedizin, Jg. 55(2003), S. 27-32

Richter, D.: Die Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung: Eine Übersicht über Methodik, Einflussfaktoren und Auswirkungen. In: Fortschr. Neurolog. Psychiatrie, Jg. 69(2001), S. 19-31

Schmidt, L.G. (u.a.) (Hrsg.): Evidenzbasierte Suchtmedizin: Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Dt. Ärzteverl., 2006

Sonntag, Dilek (Hrsg.): Deutsche Suchthilfestatistik 2005. In: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jg. 52(2006), Sonderheft 1

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch(IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetz vom 19.6.2001, BGBl. I S. 1046) Stand: Zuletzt geändert durch Art. 28 Abs. 1 G vom 7.9.2007 I 2246. Internet: http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_9/gesamt.pdf, Stand: 15.11.2007

Stetter, Friedrich, Mann, Karl: Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. In: Der Nervenarzt, Jg. 68(1997), H. 7, S. 574-581

Süß, H.M.: Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Metaanalyse. In: Psychologische Rundschau, Jg. 46(1995), S. 248-266

Vereinbarung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Vorsorge und Rehabilitation nach §137d Abs. 1 und 1a SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Stand: 01. April 2004. Internet: <http://www.qs-reha.de/downloads/vereinbarung.pdf>, Stand: 15.11.2007

Watzl, Hans: Wo bleibt die deutsche Psychotherapieforschung?: Editorial. In: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jg. 53(2007), H. 3, S. 135-136

Welti, F., Fuchs, H.: Leistungserbringungsrecht der Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX. In: Die Rehabilitation, H. 2/2007, S. 111-115

Widera, T.: Interne Qualitätsmanagement-Systeme in der medizinischen Rehabilitation. In: DRV-Hefte, H. 4-5/2006, S. 279-299

Zum aktuellen Stand und zu Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In: DRV-Hefte, Jg. 60(2005), H. 10-11