

**Bundesverband für
Stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.**



Zukunftsperspektiven der medizinischen Rehabilitation – aus Sicht der Leistungserbringer

Prof. Dr. Andreas Koch
CaSu-Fachtage

Bad Salzschlirf, 28. November 2017

Themen

Trends

Suchthilfesystem?

Antragsrückgang

Fachkräftemangel

Konzeptentwicklung

Digitalisierung

Standardisierung

Individualisierung

Ausblick

Transparenz

Finanzierung

Suchthilfesystem?

Grundlage	SGB	SGB	SGB	SGB	SGB	SGB VIII	SGB IX	SGB XI	SGB XII	ÖGD	StGB	FWL	UNT
1.3 AKH			X										
1.4 PIA			X										
1.5 PKH			X										
1.6 SUB			X										
2. SPD									X	X		X	
3.1 AF	X	X											
3.2 BR		X		X	X								
3.3 AP	X	X											
4. RS													
6. JMI									X			X	
7.1 NIA									X				
8.1 ENI			X						X				
8.2			X	X			X		X				
8.3			X	X			X		X				
8.4			X	X			X		X				
8.5 AD			?	X			X		X				
8.6 MAS			X	X			X						
9.3 UE													
10.1	X						X						
11. PRA			X							X		X	
12. SH			X	X								X	

Situationsanalyse der DHS

Versorgung von Suchtkranken

- allgemein = im weiteren Sinne
- spezifisch = im engeren Sinne

Beratung

Akut

Reha

EGH

Selbsthilfe

www.dhs.de

- > Stellungnahmen
- > Versorgungsstrukturen

Antra

Therapie
statt Strafe

„prekäre“ J

Demogra

Analysen

Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017

(„Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation“)

1. Präambel

Ziel dieser Handlungsempfehlungen ist die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker durch ein Nahtlosverfahren. Andere Behandlungsziele während und nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung werden davon nicht berührt. Das Verfahren kann neben der Förderung, des Erhalts und der Verbesserung der Funktionsfähigkeit und der Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Abhängigkeitskranken insbesondere zur

- Reduzierung von Nichtantrittsquoten,
- Vermeidung und Verringerung weiterer Entgiftungen und Entwöhnungsbehandlungen,
- Reduzierung betrieblicher Ausfallzeiten und Kosten für Arbeitgeber und
- Vermeidung hoher Folgekosten zu Lasten der Sozialversicherung

beitragen.

Eine nahtlose, unverzügliche, effiziente und bedarfsgerechte Versorgung Abhängigkeitskranker ist erforderlich, wenn sich im Verlauf einer qualifizierten Entzugsbehandlung die Notwendigkeit ganztägig ambulanter bzw. stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an diese qualifizierte Entzugsbehandlung herausstellt. Dabei sollte eine trägerübergreifende effektive Verzahnung unterschiedlicher Bereiche der Gesundheitsversorgung gewährleistet werden.

Für die Durchführung eines Nahtlosverfahrens geben die DRV, die GKV und die DKG Handlungsempfehlungen, die die Umsetzung in die Praxis auf regionaler Ebene unter Einbindung der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft unterstützen sollen. Die Bundesträger der Rentenversicherung sind dabei zu beteiligen.

stellen

ativangebote
iatrie

rigschwellige
liederungshilfe

Fachkräftemangel

Medizinisches Personal

Frauen / Männer

Therapeutisches Personal

Vielfalt der Abschlüsse

Personalbindung

Personal-
Management

Weiterbildung

Stellenplan

Personalgewinnung

Gesundheitsmanagement

Personalentwicklung

Unternehmenskultur!

Digitalisierung

Industrie 4.0

Informationsgesellschaft

- Patienten
 - Sozial- und Kommunikationsverhalten
 - Soziale vs. digitale Welten
 - Mediennutzung und Regeln
 - Arbeitstherapie 4.0
- Einrichtungen
 - Öffentlichkeitsarbeit und Akquise
 - Public Reporting
 - Interne Kommunikation (direkt vs. technisch)
 - Arbeitsabläufe und IT-Unterstützung
 - E-Mental Health

Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker¹ vom 14. November 2014

erarbeitet von der gemeinsamen Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA)

Ko

Inhaltsverzeichnis

- 1. Grundlagen / Einleitung
- 2. Diagnostik / Analyse der Ausgangsbedingungen
 - 2.1 Eingangsdagnostik
 - 2.2 Erwerbsbezogene Analyse
 - 2.2.1 Screeningverfahren
 - 2.2.2 Assessmentverfahren
 - 2.2.3 Instrumente zum arbeitsbezogenen Erleben und Verhalten
 - 2.2.4 Zusätzliche Module
- 3. Therapie- und Teilhabeplanung
 - 3.1 Bildung von Zielgruppen
 - 3.2 Individuelle bedarfsgerechte Therapieplanung / Entwicklung von Therapiezielen
 - 3.3 Klinikinterne Prozesssteuerung und Vernetzung
- 4. Therapeutische Angebote / Leistungen
 - 4.1 Beschreibung der therapeutischen Angebote und Leistungsinhalte
 - 4.2 Zielgruppenorientierte Leistungen
 - 4.3 Strukturanforderungen (Personalausstattung, Qualifikation, räumlich apparativ)
- 5. Ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker
- 6. Adaption
- 7. Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker
- 8. Kooperation / Vernetzung / Fallmanagement / übergreifende Zusammenarbeit
 - 8.1 Verantwortliche und zuständige Kooperationspartner
 - 8.2 Wesentliche Inhalte der Kooperation
 - 8.3 Weiterführende Entwicklungen
- 9. Dokumentation und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
 - 9.1 Dokumentation
 - 9.2 Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
- 10. Qualitätssicherung und Evaluation
 - 10.1 Externe Qualitätssicherung
 - 10.2 Interne Qualitätssicherung
 - 10.3 Internes Qualitätsmanagement
 - 10.4 Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Qualitätssicherung
- 11. Literatur

sum

en

Ältere Suchtkranke (Drogen, Medikamente)

Standardisierung

- **Behandlungs**

- S3: Alkohol
- Planung: S3

- **Klassifikation**

- ICF – Teilha
- ICD-11 / DS

- **OS und OM (in der Reha)**

Bürokratisierung?

Datenschutz

GKV-Entlassmanagement

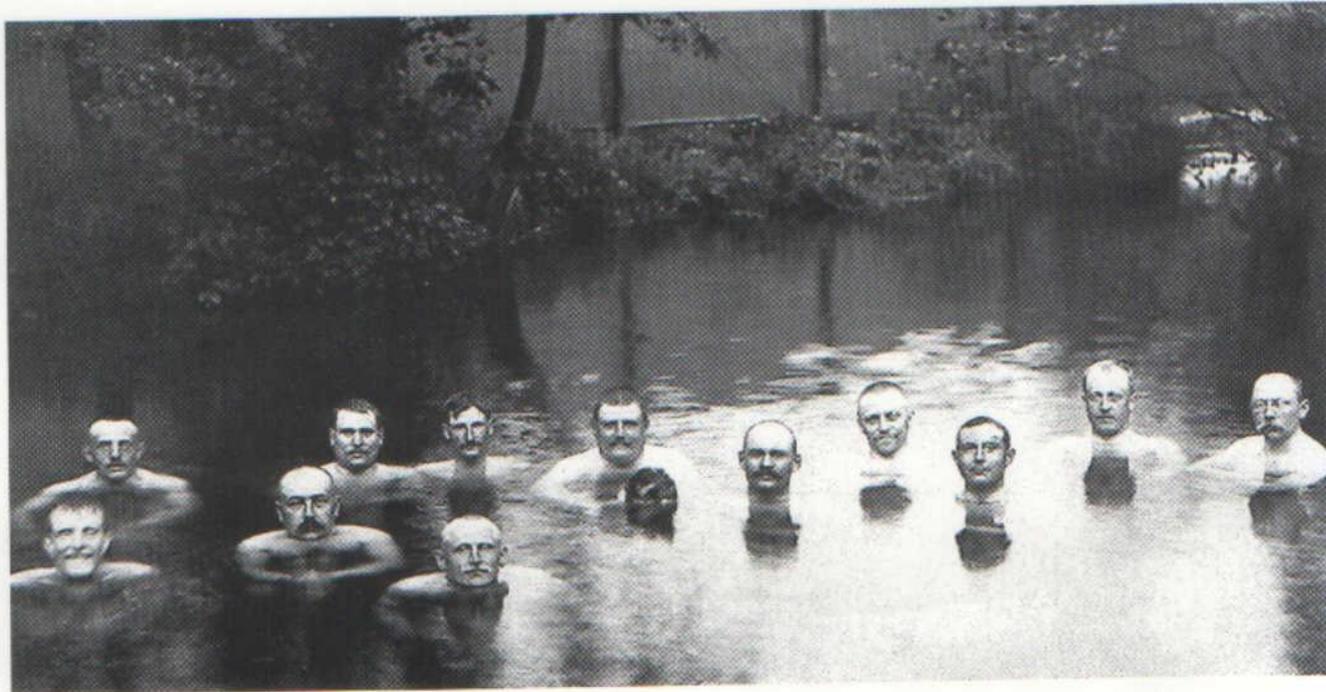
**Strukturierter
Qualitätsdialog**

→ Der Strukturierte Qualitätsdialog mit Reha-Einrichtungen
als ein Instrument der Reha-Qualitätssicherung
der Deutschen Rentenversicherung

→ 2. überarbeitete Auflage, 2017

Qualitäts(verun)sicherung?

*Das Wasser steht uns bis zum Hals,
aber seine Qualität ist ausgezeichnet.*



Infoblatt:

Kombinationsmöglichkeiten von Behandlungsformen in der Suchtreha

Individualisierung

BTHG Teilha

**Individuelle
Hilfeplanung**

Schnittstellen (intern/extern)

Wer macht es?

Wer bezahlt es?

Case-Management

Erste Phase	Zweite Phase	Bemerkungen
stationäre Reha (Regelbehandlung ohne Verkürzung)	Adaption	<ul style="list-style-type: none"> Rahmenbedingungen nicht einheitlich geregelt letzte Phase der Medizinischen Reha als interne (Beantragung vor Behandlungsbeginn, eine Kostenzusage) oder externe Adaption (Beantragung während erster Phase) mit Verlängerungsmöglichkeit
stationäre oder ganztäglich-ambulante Reha (Regelbehandlung ohne Verkürzung)	ambulante Nachsorge	<ul style="list-style-type: none"> Rahmenkonzept DRV/GKV 31.10.2012 Schwerpunkt Soziotherapie, keine Behandlung 20+2 Einheiten mit Verlängerungsmöglichkeit Beantragung während erster Phase auch bei unplanmäßiger Entlassung möglich
	Wechsel in ambulante Behandlungsform	<ul style="list-style-type: none"> Vereinbarung DRV/GKV 04.03.2015 Beantragung während erster Phase Indikationskriterien beachten 40+4 Einheiten mit Verlängerungsmöglichkeit
ambulante Reha		<ul style="list-style-type: none"> Rahmenkonzept DRV/GKV 03.12.2008 bis zu 80+8 mit Verlängerungsmöglichkeit
stationäre Reha (verkürzte Behandlung)	ganztäglich-ambulante Entlassungsform	<ul style="list-style-type: none"> Rahmenbedingungen nicht einheitlich geregelt derzeit nur für Alkohol Verkürzung auf 8-11 Wochen Beantragung während erster Phase zweite Phase 4 Wochen
Reha (verkürzte Behandlung)	Entlassungsform	<ul style="list-style-type: none"> Vereinbarung DRV/GKV 20.01.2015 Verkürzung auf 8/16 Wochen Beantragung während erster Phase 40+4 Einheiten mit Verlängerungsmöglichkeit
Kombinationsbehandlung		<ul style="list-style-type: none"> Rahmenkonzept DRV/GKV 14.11.2014 Adaption von (mindestens) zwei Phasen in, ganztäglich-ambulant und ambulant Beantragung vor Behandlungsbeginn, eine Kostenzusage erste Phase mindesten 8/16 Wochen (Alk/Dro), zweite Phase 40+4 Einheiten spezielle Konzepte (bspw. Kombi-Nord) beachten

Transparenz

Beschaffung von Reha-Leistungen bei privaten Betreibern ist ein „zweistufiger“ Prozess

1. Abschluss eines Vertrages nach § 21 SGB IX
→ Zulassungsakt
2. Suche einer für den Patienten geeigneten Einrichtung
→ Einrichtungsauswahl

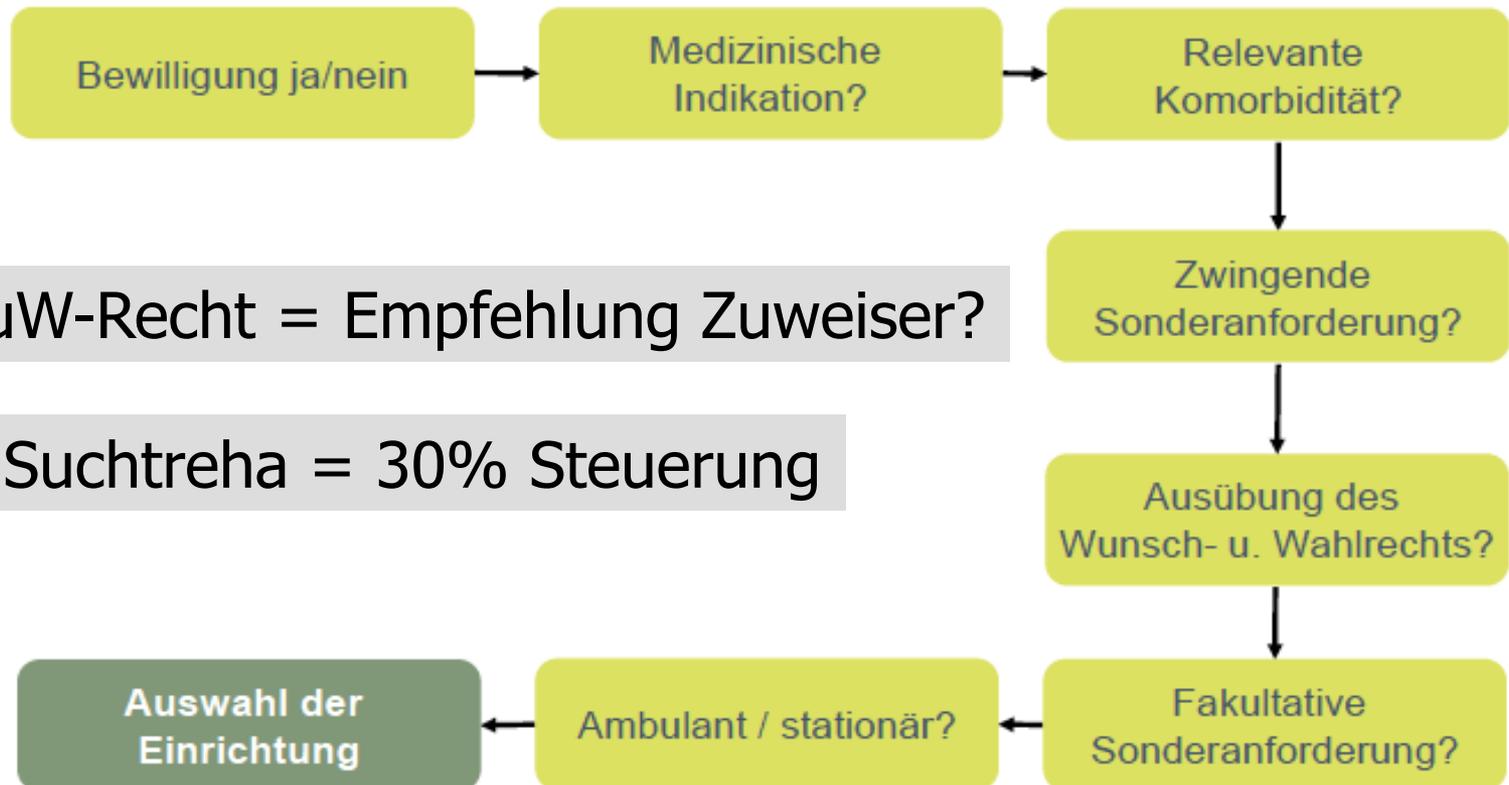
ergänzende ‚Bezugsverträge‘:
keine Bedarfs- und Qualitätsprüfung

findet, d.h. jeder
als „lex specialis“

zum Vergaberecht

2. Vergaberecht nicht anwendbar, wenn konkrete Belegung hinsichtlich des Vorgangs der individuellen Entscheidung **transparent** im Sinne einer genauen und vollständigen verfahrensbegleitenden Dokumentation gestaltet ist

Einrichtungsauswahl



WuW-Recht = Empfehlung Zuweiser?

Suchtreha = 30% Steuerung

Belegungssteuerung

- Ein für alle Träger verbindliches und einheitliches Verfahren wird festgelegt
 - Die Einrichtungsauswahl erfolgt unter Nutzung des selben IT-Systems
 - Das Verfahren ist rechtskonform, transparent und diskriminierungsfrei
 - Bei der Einrichtungsauswahl werden folgende Parameter berücksichtigt:
 - Qualität der Rehabilitationseinrichtungen $Q = 70\%$
 - Wartezeit bis zur Aufnahme $W = 20\%$
 - Transportfähigkeit im Hinblick auf die Entfernung zum Wohnort $W = 20\%$
 - Preis der Einrichtungen der Einrichtungen für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme $P = 10\%$
- Operationalisierung und Gewichtung ist Aufgabe der PGEA

* Verbindliche Entscheidung des Bundesvorstandes der DRV Bund gem. § 138 Abs. 2 S. 2 SGB VI vom 16.03.2017, veröffentlicht Rvaktuell 05.06. 2017

Qualitätswettbewerb

- Folgende Qualitätsindikatoren werden in der Pilotphase gleichgewichtet verwendet:
 - Subjektiver Reha-Erfolg
 - Rehabilitandenzufriedenheit
 - KTL-Auswertung
 - RTS-Auswertung
 - Peer Review
- Aus allen Parameter wird ein „Parameter Qualität“ gebildet
- Bei überdurchschnittlichen Ergebnissen in 4 von 5 Parametern sind zusätzliche Konsistenzpunkte (Gewicht: 5%) geplant

Pilotprojekt 2018

- Orthopädie
- DRV Bund/OL-HB/BaWü

Ökonomisierung

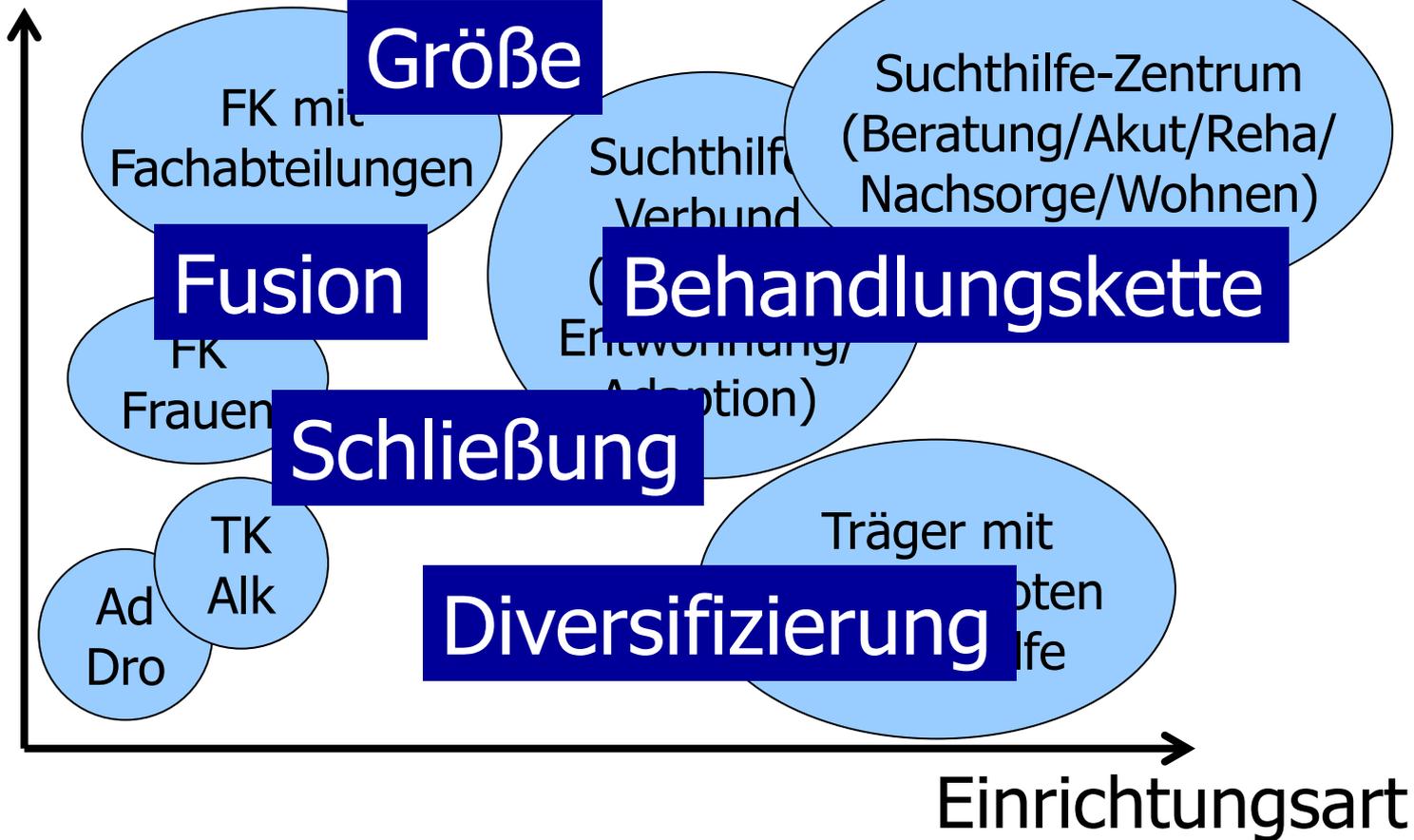
- Öffentliche Haushalte
(Bund/Länder/Kommunen)
- Reha-Markt – DRV
(Marktzugang, Belegungssteuerung,
Qualitätswettbewerb, Marktpreise, Investitionskosten)
- PEPP/PsychVVG – GKV
(Transparenz vs. Dokumentationsaufwand)
- BTHG – Eingliederungshilfe
(Einzelleistungen statt Tagessätze)

Der finanzielle Druck steigt überall!

Ausblick 1

Strategische Position

Indikation



Ausblick 2

Integrierte Versorgung



PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

wgkk

Wiener Gebietskrankenkasse



Alkohol 2020

–

Integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung: Das Wiener Modell

Ausblick 3

Förderprogramm

reha pro

Kooperation (rechtskreisübergreifend)

individuelle Leistungserbringung

frühzeitige Intervention

Nachsorge und nachhaltige Teilhabe

psychische Erkrankungen (auch Sucht)

Fallmanagement