

Reha - Forum
Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr)
28. November 2017 in Frankfurt

Umsetzung von Personal-, Struktur- und Qualitätsanforderungen in kleinen Sucht- Reha-Einrichtungen

→ **Dr. med. Dorothee Deuker**
Ärztliche Dezernentin
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
Dez. 8023



Eckpunkte

- Gesetzliche Grundlagen
- Wie werden Reha- Leistungen vergleichbar?
- Erfüllung von Struktur- Anforderungen (statist. Daten)
- Anwendung von Struktur- Anforderungen auf kleine Einrichtungen
- Das Wunsch- und Wahlrecht
- Was macht Reha erfolgreich (die MeeR- Studie)
- Entwicklung der Zahlen bei den Rehabilitationen



Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023

Gesetzliche Grundlagen

Gesetzestexte

- Anforderungen, die die RV stellt entstehen nicht im luftleeren Raum sondern aus gesetzlichen Vorgaben. Diese wiederum sind aus Beratungen zwischen Politisch Verantwortlichen und Menschen mit Expertise auf dem Gebiet der Suchtbehandlung entstanden. Einige Gesetze möchte ich zitieren. Es fängt ganz grundlegend an -

Das Grundgesetz

- Art. 1
Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich
- Art. 3
 1. Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden.
 2. Niemand darf wegen seiner **Behinderung** benachteiligt werden.

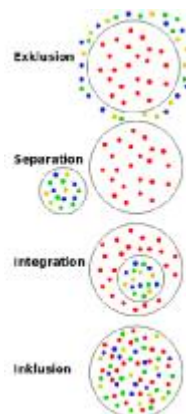
-
- Die Konvention fordert Inklusion. Inklusion ist ein Menschenrecht.

UN Behindertenrechtskonvention

Artikel 25 — Gesundheit

Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben.

Inklusion



UN- Konvention und SGB 9

Die UN Behindertenrechtskonvention wird im SGB 9 umgesetzt

Im SGB 9 dreht es sich um Teilhabe von Menschen mit Behinderung und denen, die von Behinderung bedroht sind

Rehabilitation: Mittel zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung

SGB 9 §1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.

SGB 9 § 19

- (1) Die Rehabilitationsträger wirken gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen.

SGB 9 §19

- (4) Nehmen Rehabilitationsträger zur Ausführung von Leistungen besondere Dienste (Rehabilitationsdienste) oder Einrichtungen (Rehabilitations-einrichtungen) in Anspruch, erfolgt die Auswahl danach, welcher Dienst oder welche Einrichtung die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt;

SGB 9 Qualitätssicherung

(1) Die Rehabilitationsträger (nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5) vereinbaren gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen

Wie werden Reha-
Leistungen vergleichbar?

Wie werden Reha-Leistungen vergleichbar?

Hier sind wir bei dem Thema der Qualitätssicherung
und Qualitätsmanagement

1994 wurde ein umfassendes Qualitätsmanagement für die medizinische Rehabilitation eingeführt. Es soll sicherstellen, dass in allen von der RV in Anspruch genommenen Reha- Einrichtungen ein bundesweit vergleichbarer Qualitätsstandard eingehalten wird.

(aus: **Strukturqualität...**)

Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung



Instrumente der Qualitätssicherung

- Reha- Therapie- Standards
- Therapeutische Versorgung (KTL)
- Strukturanforderungen/ Struktur- Erhebung
- Rehabilitanden- Struktur
- Visitationen in medizinischen Reha- Einrichtungen
- Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Reha
- Ergebnisse von Rehabilitand_innen- Befragungen
- Ergebnisse des Peer- Review

-
- Es existiert hier also ein umfangreiches Instrumentarium um Rehabilitation vergleichbar zu machen, letzten Endes mit dem Ziel, allen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine qualitativ hochwertige und gleichwertige Rehabilitation zu gewähren.
 - **Handreichung zur Strukturqualität:** Übergeordnetes Ziel ist die Optimierung der Rehabilitation, die durch die Anregung eines *qualitätsorientierten Wettbewerbs* mittels systematischer Einrichtungsvergleiche erreicht werden soll.

Erfüllung von Struktur- Anforderungen

Statistische Daten

-
- Und damit kommen wir zu den Struktur- Anforderungen und zum sog. „100- Betten- Konzept“.
 - Es wurde von der DRV Bund erstellt und hat Gültigkeit für alle Einrichtungen
Die Frage, um die es ja auch heute insbesondere gehen soll: wie können kleine Einrichtungen dieses Konzept umsetzen?

Sind kleine Einrichtungen benachteiligt?

- Wie klein sind „kleine Einrichtungen“
- Die DRV unterscheidet nicht nach der Größe.
- Es gibt hierzu entsprechende Statistik existiert nicht.
- An dieser Stelle möchte ich anregen, dieses Thema genauer zu untersuchen
- Kleine Einrichtungen werden jedoch in den Strukturanforderungen berücksichtigt. Dort heißt es (2. Auflage 7/ 2014):

Aus „Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung“

...dabei sind gerade bei den Abhängigkeitserkrankungen die Anforderungen häufig auf kleinere Abteilungsgrößen zu übertragen

Aus Struktur- Qualität:

„Bei grundsätzlich gleichen Erwartungen an die Rehabilitationsleistungen müssen flexible Lösungen gefunden und Kooperationen in geeigneter Weise genutzt werden.“

Ich denke, dies sind zwei wegweisende Sätze, die eine Anwendung in der Realität der Einrichtungen möglich machen sollten.

Ich habe einige Beispiele für die Umsetzung von Struktur- Anforderungen in kleinen Einrichtungen mitgebracht. Diese sind zufällig gewählt und stammen aus Einrichtungen die durch die DRV Bund federgeführt sind in verschiedenen Bundesländern, .

Umsetzung von Strukturanforderungen I

Bundesland	Art	Plätze/ Auslastung	Ärztliche Stellen gefordert/ vereinbart	Soll entspr. Auslastung/ Ist	TherapeutInnen- Stellen gefordert/ vereinbart	Kranken- pflege Soll/Ist
Bayern 1	Adaption	18/100%	0,3/0,3	0,3/+0,3	1/1,8	2,8/2,75
Bayern 2	Stationäre Reha	36/92%	0,86/1	0,79/+ 0,21	5/4,9	1,73/2,48
NRW	Stationär	43/102%	2/2,2	2,04/+0,4	4,5/4,5	3,5/5,1
Mec.V.	Adaption	12/ 75%	0,2/0,21	0,15/+0,06	1,5/1,52	1/1
BW	Stat.	49/102%	1,7/1,75	1,73/0,02	7/10,30	4/4

Umsetzung von Strukturanforderungen II

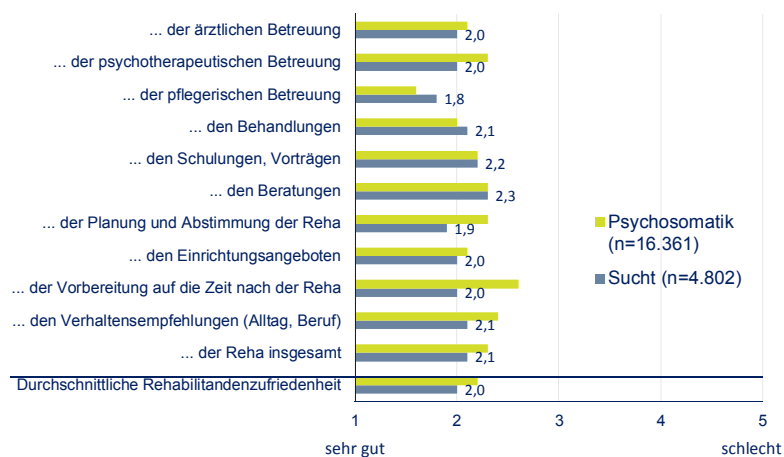
	Ergo/ Arbeit	Physio/ Sport	DiätassistentIn	Weitere MA	Soz.Arbeit	Visitations- ergebnis
Bayern 1	0,5/0,5	0/0	0/0	1 Soz-Päd	1/0,3	8 Punkte
Bayern 2	2,57/1	0,72/0,72	0,14/0,12	1 Koch	0/0	7
NRW	1,9/1,9	1,0/-0,25	0,43/0,43	-	-	9
Meck.Vor.	0,5/0,5	0/0	0,1/0,15	-	-	7
BW	6/6,15	2,5/1,0	0,25/0,25	4 Erzieher- Innen (Soll u. Ist)	1/1	8 trotz 5 Pkt bei Organ. Und Doku.

-
- Lassen Sie uns die Daten einmal zusammen betrachten
 - 1. Klinik: Adaption mit 18 Plätzen: das ist entspricht im Wesentlichen dem Soll, die Arztstelle und Krankenpflege sind planmäßig besetzt, es gibt ein Mehr im Bereich der therapeutischen Stellen. Die Klinik erreicht 8 Punkte (8 Punkte in ausnahmslos allen Items). TABELLEN KORRIGIEREN/ IST/SOLL IN 2. TABELLE; +- IN 1. TABELLE
 - 2. Klinik: Stat. Reha: 36 Plätze, 92% Auslastung, mehr ärztliche Stelle besetzt als erforderlich, ebenso in Bezug auf die Krankenpflege. Ergo/Arbeit deutlich unterbesetzt, dafür ein Koch 7 Punkte, 6 P. in Struktur, Diagnostik und Ausstattung; Personal und Aufgaben, Psych und PT, Therapieplanung; **5 Punkte in Sozialmedizin**
 - 3. Klinik: 43 Plätze stat. Reha 102% Auslastung, mehr Stellen im ärztlichen und im Pflegebereich als gefordert, weniger Physio, Bewertung 9 Punkte, in allen Bereichen 8 und 9 Punkte

-
- 4. Klinik: 12 Plätze Adaption, Auslastung 75%. Alle Stellen entsprechend der rechnerischen Vorgabe, jedoch keine psychol. PT und keine Sozialarbeit vereinbart! 7 Punkte, in allen Bereich 7 oder 8 Punkte, 6 bei strukturnahen Prozessen
 - 5. Klinik: 3,3 TherapeutInnen mehr als vereinbart, 1,5 Stellen Physiotherapie weniger als vereinbart, aber 4 ErzieherInnen, 8 Pkt. im Visitationsergebnis trotz 5 Punkte bei Therapie- Planung
 - Nimmt man diese Einrichtungen als Beispiele dann kann man feststellen, dass die Vorgaben in vielen Punkten erfüllt werden. Es gibt aber auch Abweichungen, die teilweise recht individuell sind.
 - Mit 7-9 Qualitätspunkten werden zufriedenstellende und auch gute Ergebnisse erreicht.

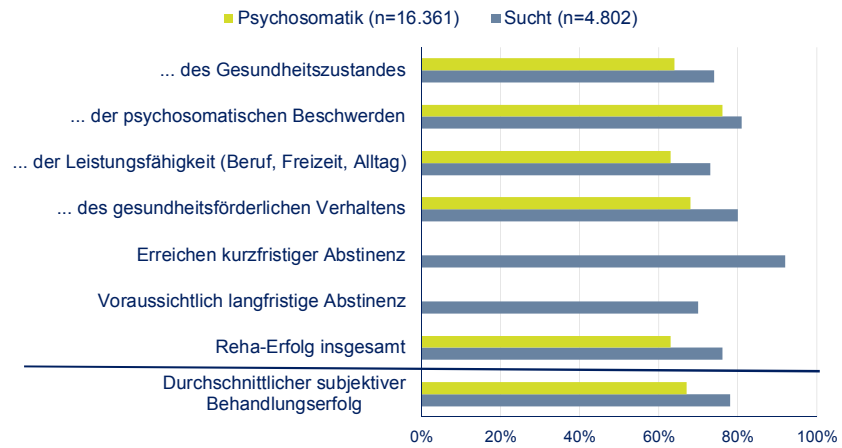
- Als nächstes möchte ich einige statistische Daten zum Thema Qualitätssicherung- und Management zeigen. Als erstes...

Rehabilitandenbefragung der DRV Behandlungszufriedenheit - Zufriedenheit mit ...



Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung zur Zufriedenheit nach stationärer Suchthabilitation, Befragungszeitraum zwischen Oktober 2015 bis September 2016.

Rehabilitandenbefragung der DRV subjektive Behandlungserfolg – Verbesserung ...



Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung zur subj. Besserung nach stationärer Suchtrehabilitation, Befragungszeitraum zwischen Oktober 2015 bis September 2016.

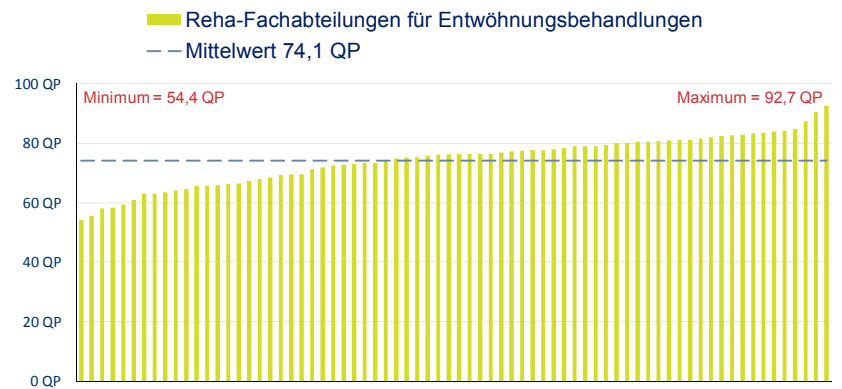


Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023

Rehabilitandenbefragung der DRV Behandlungszufriedenheit -

zusammenfassenden Darstellung der QS-Ergebnisse mit
Qualitätspunkten (QP)



Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung zur Zufriedenheit mit der Rehabilitation nach stationärer Suchtrehabilitation, Befragungszeitraum zwischen Oktober 2015 bis September 2016.

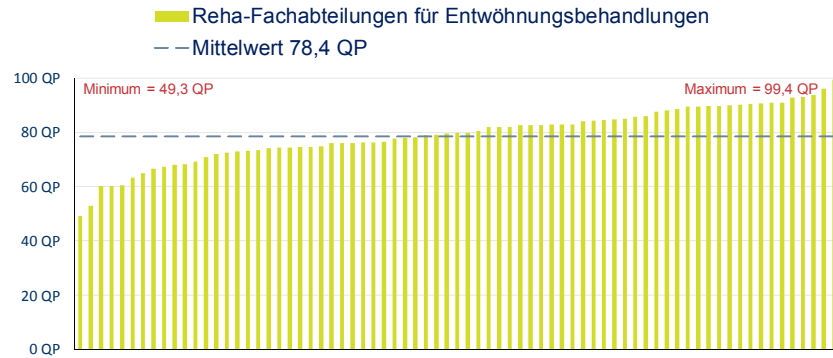


Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023

Rehabilitandenbefragung der DRV subjektive Behandlungserfolg -

zusammenfassenden Darstellung der QS-Ergebnisse mit
Qualitätspunkten (QP)



Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung zur Verbesserung nach der Rehabilitation nach stationärer Suchtrehabilitation, Befragungszeitraum zwischen Oktober 2015 bis September 2016.

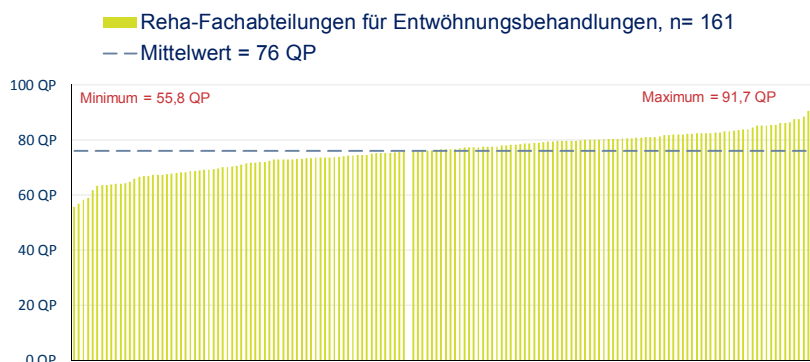


Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023

Peer Review Verfahren der DRV

Erfasste Reha-Prozessqualität in Qualitätspunkten



Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Peer Review Psych/Sucht 2016, Bericht 2017

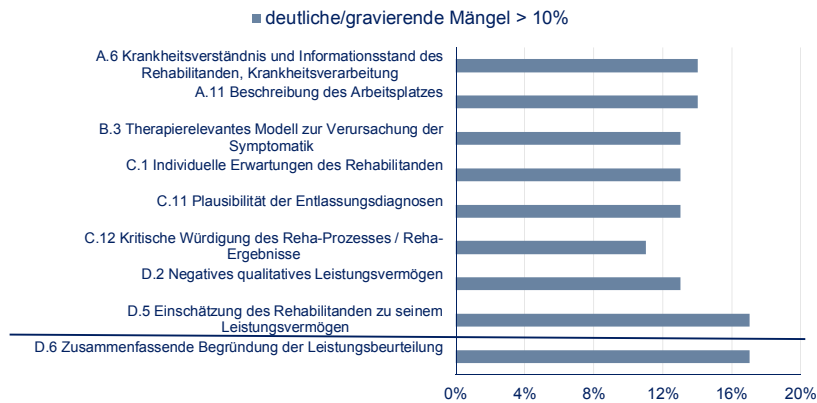


Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023

Peer Review Verfahren der DRV

... mehr als 10 Prozent deutliche oder gravierende Mängel auf Ebene einzelner Prozessmerkmale



Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung zur subj. Bewertung nach stationärer Suchtrehabilitation, Befragungszeitraum zwischen Oktober 2015 bis September 2016.

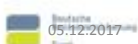


Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023

Grafik Peer review verfahren

- In dieser Grafik wird das Vorhandensein gravierender Mängel aufgezeigt. Es werden die Items gezeigt, bei denen mehr als 10 % gravierende Mängel nachzuweisen waren.
- Hier fallen vor allem Mängel auf bei der sozialmedizinischen Einschätzung und bei der Einschätzung des Rehabilitanden zu seinem „Therapie- Ergebnis“!
- Aber auch die übrigen Items, bei denen es gravierende Mängel gab sind bemerkenswert.



file:///P:/a0400/Öffentlichkeitsarbeit/Veröffentlichungen DRV (Dr. Dorothee Deuker) 17/160915 Folien DHS Jahrbuch.pptx

DRV-Bund Dez. 8023

Tatsächliche Umsetzung

- Noch einmal zurück zu den kleinen Kliniken. Mit kleinen Kliniken werden tatsächlich individuelle Lösungen gesucht und oft auch zufriedenstellende Lösungen gefunden. Die Bewertung in Visitationen ist nicht unbedingt schlechter als bei größeren Kliniken. Was macht es für diese dennoch so schwer?

-
- Müssen kleine Einrichtungen hier besonders berücksichtigt oder bevorzugt werden?
 - Das würde der Gleichbehandlung der verschiedenen Kliniken widersprechen. Bevorzugt ausgewählt werden könnte eine Klinik, wenn sie ein besonderes Behandlungsangebot vorhält, das eine andere Klinik nicht hat.

SGB 9, § 9 Wunsch- und Wahlrecht

Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen

Ein wichtiger Punkt ist das Wunsch- und Wahlrecht. Dies trägt schon zu 30 % der Klinik-Auswahl in der Rehabilitation gesamt bei, in der Suchtbehandlung liegt der Anteil sogar bei 63%.

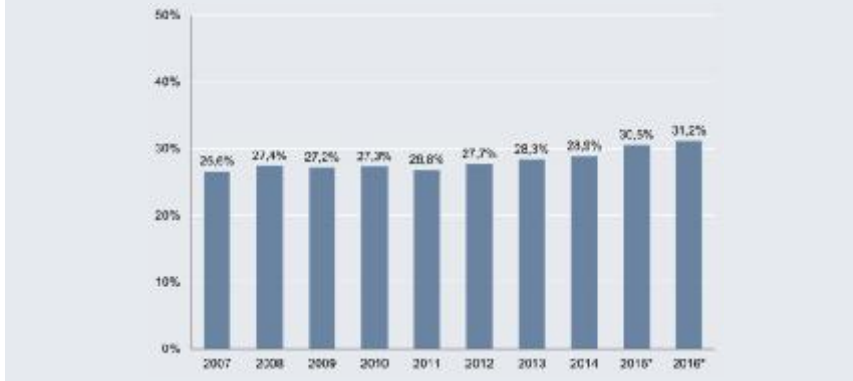
Im Suchtbereich ist der Anteil wesentlich höher, vermutlich, da in der Regel im Sozialbericht ein Vorschlag gemacht wird.

Auch das Nahtlosverfahren ist ja im Prinzip ein Verfahren, bei dem das WuWA berücksichtigt wird.

Die DRV- Bund berücksichtigt das WuWa in einem hohen Maße, was nicht bei allen Kostenträgern der Fall ist.

Entwicklung Wunsch- und Wahlrecht

Anteil Patientenwunsch an Zuweisungen 2007 bis 2016
(alle Durchführungsarten)



* Veränderungen gegenüber den Vorjahren teilweise bedingt durch sukzessive Umstellung der Zugangssteuerung von rvGlobal (RZS) auf die Klinikauswahl in rvDialog (rvSMD)

Quelle: RAD (07/2017)



Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023

- Welche Kliniken werden beim WuWa bevorzugt? Da ist zum einen die Frage der Indikation
- Fragt man nach den Wünschen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, so kommt man zu folgendem Schluss:
- Moderne Kliniken mit Einzelzimmern, gutem Sport- und Freizeit-Angebot und angenehmen Ausgangs- und Besuchszeiten, WLAN für alle und Fernseher auf dem Zimmer. *Witzige Graphik einfügen*
- Allerdings wird durch einen Aufenthalt mit gutem Hotelstandard und einem nicht zu einengenden therapeutischen Angebot eine Suchterkrankung nicht gut behandelt, so wenig wie sich die früher übliche Behandlung durch Wohnen und Arbeiten in einer therapeutischen Gemeinschaft sich als die für alle Betroffenen hilfreiche Methode erwiesen hat.
- Was also ist eine gute, eine erfolgreiche Rehabilitation?



Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023

Von Interesse mag hier eine Untersuchung sein, die allerdings in orthopädischen und kardiologischen Reha - Kliniken durchgeführt wurde.

Es wurden 3 überdurchschnittlich erfolgreiche und 3 unterdurchschnittlich erfolgreiche Kliniken einbezogen.

Es wurden Daten analysiert, schriftliche Umfragen bei Mitarbeitenden und Visitationen durchgeführt und ein Experten- Workshop in der Vorbereitung der Visitationen.

Ich stelle Ihnen die wichtigsten Folgerungen vor.

MeeR- Studie (**M**erkmale einer **e**rfolgreichen **R**ehabilitation)

- These 1: **Interdisziplinäre Zusammenarbeit**
- Förderlich für den Reha-Erfolg der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ist die kontinuierliche Weiterentwicklung einer berufsgruppenintegrierenden, wechselseitigen, die Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen wertschätzenden Zusammenarbeit
- Förderlich ist eine damit einhergehende Verlagerung der umfassenden ärztlichen Verantwortung auf eine berufsgruppenübergreifende Verteilung von Verantwortung

MeeR- Studie

- **These 2: Therapiezielvereinbarung** und Rehabilitanden/innen-Orientierung
- Förderlich für den Reha-Erfolg der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ist die kontinuierliche Weiterentwicklung der Teilhabe der Rehabilitanden/innen an der **Therapiezielvereinbarung**, die im Sinne der interdisziplinären Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen verantwortlich vorgenommen werden kann.

MeeR- Studie

- **These 3: Mitarbeiter/innen-Orientierung**
- Förderlich für den Reha-Erfolg der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind konzeptuelle, von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geteilte Ansätze der Gestaltung von Rehabilitation –

-
- Die **Leitung der Teambesprechungen** muss nicht notwendigerweise in den Händen der ärztlichen Leitung liegen, für die Moderation von größeren Teambesprechungen werden vorrangig kommunikative Fertigkeiten vorausgesetzt.

MeeR- Studie

- Die Aushandlung oder Vereinbarung von **Therapie- bzw. Rehazielen** darf nicht zur Erfüllung von Qualitätsstandards erfolgen, sondern sollte dazu genutzt werden, einen Bezug der Rehabilitation zur Lebenswelt der Betroffenen zu eröffnen.

MeeR- Studie

- **Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Reha-Praxis: Alle Mitglieder des Reha-Teams sollten die Möglichkeit haben, an konstruktiven interdisziplinären Teambesprechungen teilzunehmen. Sofern die Rahmenbedingungen das nicht zulassen, wird ein Stellvertreterprinzip mit rotierender Teilnahme empfohlen.**

Hinweise für Leistungsträger

- Die Leistungsträger sollten ein besseres Instrumentarium dafür haben, die **Güte und das Ausmaß von Interdisziplinarität** in einer Einrichtung einschätzen zu können.
- Leistungsträger sollten die Entwicklung von Modellen unterstützen, mit denen unter den gegebenen Rahmenbedingungen ein **Change-Management** in Richtung einer **partizipativeren Gestaltung** der Rehabilitation für Rehabilitanden/innen und Mitarbeiter/innen durchgeführt werden kann.

Hinweise für Leistungsträger

- Instrumentarium für die Güte und das Ausmaß von Interdisziplinarität entwickeln
- Change-Management in Richtung einer partizipativeren Gestaltung der Rehabilitation für Rehabilitanden/innen und Mitarbeiter/innen
- Dem Fachkräfte- Mangel entgegen wirken
- Proaktiver Umgang mit Beschäftigten mit kulturell und/ oder sprachlich unterschiedlichem Hintergrund

-
- Die Leistungsträger sollten Überlegungen dazu anstellen, welche Auswirkungen der jetzt schon zu verzeichnende Fachkräftemangel und die zunehmende Beschäftigung von Professionellen mit rehafernen Ausbildungen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit, Rehabilitanden/innen- und Mitarbeiter/innen-Orientierung bedeuten. Ebenso sollte ein proaktiver Umgang mit Beschäftigten mit kulturell und /oder sprachlich unterschiedlichem Hintergrund gefunden werden, da es abzusehen ist, dass dieser Personenkreis eine zunehmende Bedeutung für die Rehabilitationslandschaft aufweisen wird.

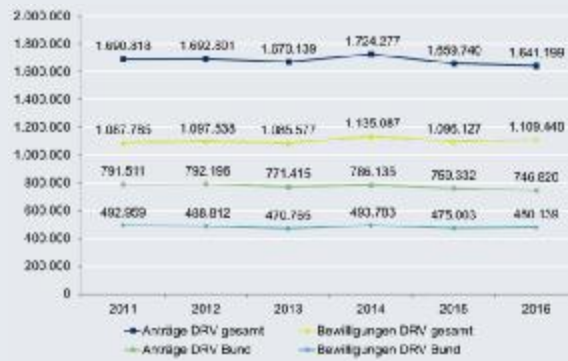
-
- Erfolgreich sind Kliniken, bei denen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu Beginn und im Verlauf in die **Therapiezielplanung** einbezogen werden.
 - Erfolgreich sind Kliniken, in denen alle Mitarbeitenden in Teambesprechungen in den Behandlungsprozess einbezogen werden und in denen z.B. die Besprechungen von wechselnden MA. geleitet werden. Erfolgreich sind Einrichtungen, die Angehörige mit einbeziehen. Da diese Untersuchungen nicht in Suchtkliniken durchgeführt wurde, kann man die Ergebnisse nicht eins zu eins übertragen. Ich fand die Ergebnisse dennoch bemerkenswert. dies sei als Gedankenanstoß verstanden

MeeR- Studie

Abschlussbericht für den Auftraggeber
 Projektdurchführung Forschungsbereich Integrative
 Rehabilitationsforschung im Institut für Epidemiologie,
 Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der
Medizinischen Hochschule Hannover
 Dr. Maren Stamer, Marlen Zeisberger, Dipl.-Psych. Vera
 Kleineke, PT, MPH Dr. Iris Brandes (stellvertretende
 Projektleitung) Prof. Dr. Thorsten Meyer (Projektleitung)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Anträge und Bewilligungen



Quelle: ISRV Reha-Anträge Tab.: 1.0, INFOSYS Anträge und Erledigungen (§3 RSVvV)

Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023



Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Anträge und Bewilligungen



* Ab 01.01.2015 Änderung Reha-Antrags- und Erledigungsstatistik (Neuregelung der stat. Erfassung von Suchtleistungen; Suchtnachsorgeleistungen und Adaptionen werden als Folgeleistung einer Hauptleistung nicht mehr gezählt, bei Kombinationsbehandlungen wird nur die Hauptleistung gezählt)

Quelle: INFOSYS Anträge und Erledigungen (§3 RSVvV)

Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023



Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

➤ Bewilligte Anträge	15.575
davon:	
• stationäre Rehabilitation	12.477
• ganztägig ambulante Rehabilitation	862
• ambulante Rehabilitation	2.236
➤ Ausgaben	172,4 Mio.
➤ Belegte Rehabilitationseinrichtungen (Stand: 31.12.2016)	
• stationäre Rehabilitation	122
• ganztägig ambulante Rehabilitation	36
• ambulante Rehabilitation	367

Quelle: INFOSYS § 3 RSVwV A+E / AL 8000 Controlling / Dez. 8012 Reha-Ökonomie, Datencontrolling



Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Ausgaben Gesamt ohne SV-Beiträge in Mio. EUR



Quelle: AL 8000 Controlling



Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023

§15 und §31 SGB 6

- **§31** als sonstige Leistungen können erbracht werden: Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben, (Leistungen zur onkologischen Nachsorge, Zuwendungen für Forschung)
- **§15** Die Träger der RV erbringen im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Leistungen nach **§§26-31 SGB 9**

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Bewilligungen nach Art der Durchführung



Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Bewilligungen nach Indikationen



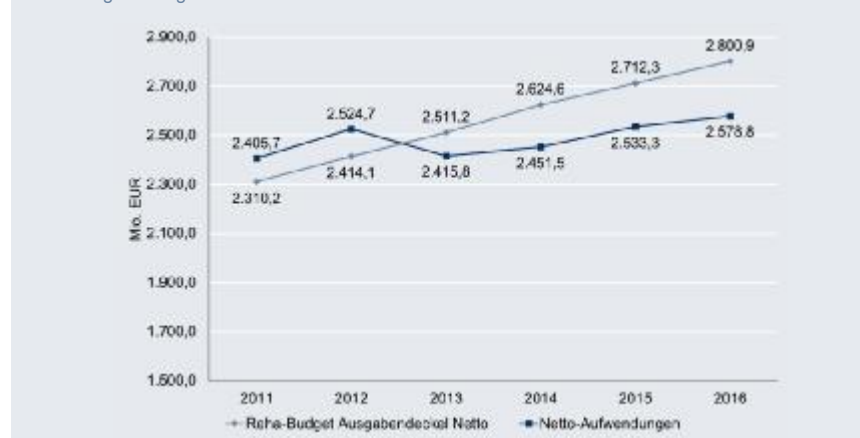
Quelle: NFOYSYS Bewilligungen

Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023

Reha-Budget der DRV Bund im Zeitverlauf

Reha-Budget / Ausgaben

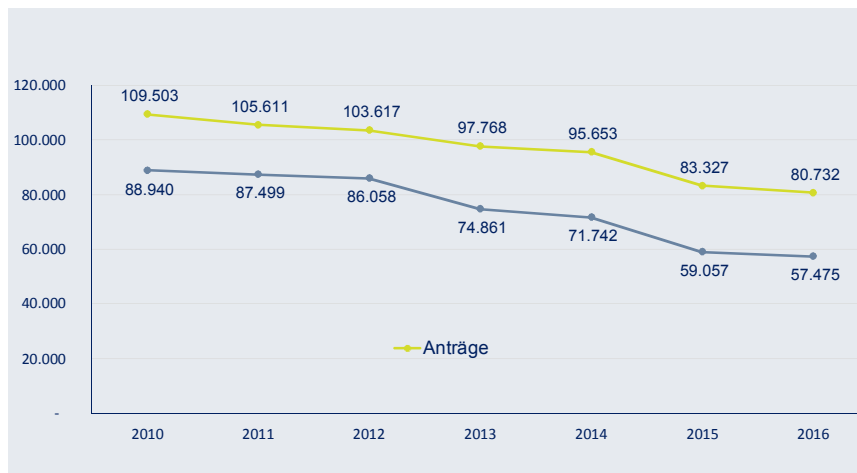


Quelle: AL 8000 – endg. Jahresabschluss (Stand: 10.04.2017)

Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023

Suchtrehabilitation – Anträge und Bewilligungen



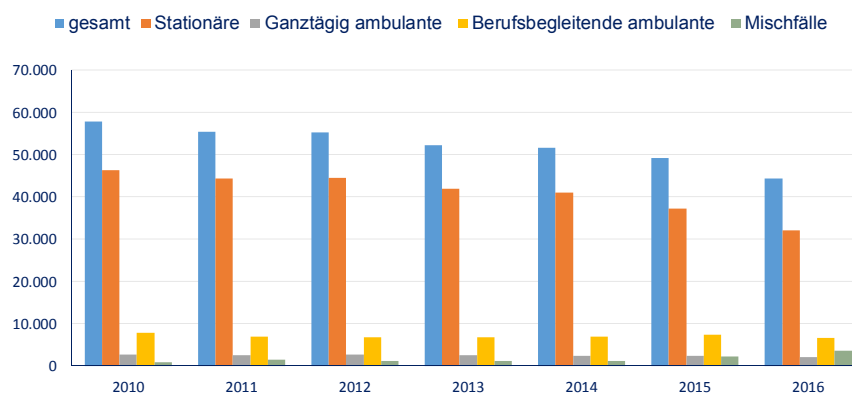
Quelle: Statistikportal DRV, Anträge und Bewilligungen, Suchtrehabilitation im Zeitverlauf ohne Nachsorge.



Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023

Suchtrehabilitation – Art der Durchführung, abgeschlossene Leistungen



Quelle: Statistikportal DRV, abgeschlossene Leistungen der ambulanten und stationären Suchtrehabilitation im Zeitverlauf. Mischfälle
Als Mischfälle werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bezeichnet, bei denen stationäre, ganztägig ambulante und ambulante Reha-Leistungen in Kombination erbracht werden



Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Dr. Dorothee Deuker

DRV-Bund Dez. 8023