

Gemeinsame Position der Leistungserbringer¹ zu den Anforderungen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker

1. Ausgangssituation

Die ambulante medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker (ARS) gibt es in der jetzigen Form seit 25 Jahren mit einer bundesweiten Vereinheitlichung durch das Rahmenkonzept aus dem Jahr 2008. Sie ist anfangs von Leistungsträgern und Leistungserbringern gemeinsam konzipiert worden.

Mit der Einführung der ambulanten medizinischen Rehabilitation und den damit einhergehenden Leistungen (Einzel-, Gruppen-, Bezugspersonengespräche, Teilhabe Arbeit, Indikationsgruppen), als wichtigen Baustein im Rahmen der Leistungen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, kann individueller und bedarfsorientierter auf die jeweiligen Belange der Rehabilitanden eingegangen werden. Hinzu kommen die Möglichkeiten der Kombinationsbehandlung (ambulant und stationär) und ambulanten Weiterbehandlung, die die Behandlungsflexibilität erhöhen und passgenaue Lösungen anbieten.

Wo diese Form der ambulanten medizinischen Rehabilitation nachhaltig und kontinuierlich umgesetzt werden konnte, ist sie wirksam und hat sie sich bewährt. Dies zeigen auch die Einjahreskatamnesen des Deutschen Caritasverbandes und des Gesamtverbandes für Suchthilfe der Diakonie in Deutschland sowie des Fachverbands Sucht (Walter-Hamann, Wessel 2015; Lange et al 2018, 2017), sowie die Rehabilitandenbefragungen der Deutschen Rentenversicherung.

Dabei haben sich die Idee der fachlichen Einbindung der ambulanten medizinischen Rehabilitation in das umfassende Leistungsspektrum einer Fachambulanz bzw. Suchtberatungsstelle und die Vernetzung mit Fachkliniken, Krankenhäusern und weiteren komplementären Einrichtungen dem Grunde nach bewährt (vgl. Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen, 2001).

Seit Einführung der ambulanten Behandlungsform haben sich die strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen verändert und müssen entsprechend der Leistung und erbrachten Qualität überprüft und angepasst werden. Trotz der nachgewiesenen Wirksamkeit der ARS konnte sie sich, aufgrund bestehender Konzept- und Finanzierungsbedingungen, nicht in angemessener Form entfalten.

¹ Die gemeinsame Position der Leistungserbringer wurde am 3. Juli 2018 von den Verbänden AWO Bundesverband e.V., Blaues Kreuz Diakoniewerk mGmbH, Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., Caritas Suchthilfe e.V., Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V., Deutscher Caritasverband e.V., Gesamtverband für Suchthilfe e.V. Fachverband der Diakonie Deutschland, Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., Fachverband Sucht e.V. unter Moderation der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. erarbeitet. Mitgezeichnet von: Deutsches Rotes Kreuz e.V. (Stand 22.08.2018)



Aktuell stellen die Suchtfachverbände eine rückläufige oder zumindest stagnierende Tendenz im Angebot der ARS durch ihre Träger und Einrichtungen, die diese ambulante Leistung anbieten, fest. (Vgl. Naumann, Bonn im DHS Jahrbuch Sucht 2017 und 2018; fdr+ 2017²; CaSu 2018³)

Wir befürchten, dass die Inanspruchnahme ambulanter Rehabilitation weiter abnehmen wird (reine ARS-Leistung und Kombibehandlung) und somit ein wichtiges Versorgungselement in der Suchthilfe-Versorgung in ihrem Bestand gefährdet ist und ambulante Weiterbehandlung nicht ausreichend gewährt wird. Schon seit einigen Jahren gehen die Anträge und Bewilligungen dieser Rehabilitationsleistung zurück.

2. Veränderte Rahmenbedingungen in der Leistungserbringung

Die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung haben sich in den letzten 10 Jahren deutlich verändert.

Gesellschaftlicher Wandel: Auswirkungen aus dieser Entwicklung zeigen sich z.B. in einem spürbaren Stadt-/Land-Gefälle in der Versorgung, im sich verändernden Rehabilitations-Bedarf sowie insbesondere auch im zunehmenden Fachkräftemangel, der sich regional unterschiedlich intensiv auswirken kann.

Versorgungslandschaft: Es besteht eine extrem unterschiedliche Versorgungsdichte im Bundesgebiet. Während einige Einrichtungen in bevölkerungsstarken Regionen eine hohe Anzahl ambulanter Rehabilitationen durchführen, ist das Angebot besonders in ländlichen und strukturschwachen Räumen unterversorgt.

Fachkräftemangel: Wie bei den Ärztinnen und Ärzten, besteht auch bei den approbierten psychologischen Psychotherapeuten/-innen sowie Suchttherapeuten/-innen ein Fachkräftemangel in der Suchthilfe. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Approbierte psychologische Psychotherapeuten/innen sind für Suchtberatungsstellen immer weniger zu finanzieren.

Fachliche Flexibilisierung: Das Angebotsprofil der Leistungserbringer von ARS hat sich aufgrund veränderter Bedarfe und fachlicher Erkenntnisse weiter entwickelt und ist komplexer geworden, insbesondere durch eine flexible und personenzentrierte Erbringung der Reha-Leistungen (z.B. bedarfsorientierte Indikationsgruppen, Psychoedukation, Differenzierung von Angeboten mit unterschiedlichen zeitlichen, alters- und suchtmittelspezifischen Settings, etc.).

Die Einführung von diversen Rahmenkonzepten durch die Leistungsträger DRV und GKV im Bereich der ambulanten Versorgung Abhängigkeitskranker (insbesondere ambulante Nachsorge, Kombibehandlung, ambulante und ganztägig ambulante Fortführungen der stationären Rehabilitation, Empfehlungen zur beruflichen Orientierung BORA) stellt die Leistungserbringer

² Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr+) 2017: Auswertung einer Umfrage zu Ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Online: https://fdr-online.info/wp-content/uploads/file-manager/redakteur/downloads/aktuelles/fdr+Auswertung%20Umfrage%20Ambulante%20Reha_2017.pdf

³ Caritas Suchthilfe (CaSu) 2018: Umfrage der Fachverbände Sucht Ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Auswertung ARS Caritas Suchthilfe e.V. CaSu. Online: http://www.caritas-suchthilfe.de/cms/content/caritas-suchthilfe.d/medien/dokumente/positionen-und-stell/umfrage-ars-2018/18-07-27auswertung_ars_umfrage.pdf?d=a&f=pdf

vor neue konzeptionelle und organisatorische Herausforderungen. Die Anforderungen im Bereich von Schnittstellenmanagement haben insgesamt deutlich zugenommen und werden in einem erheblichen Maß von Einrichtungen der Suchthilfe abgedeckt.

Finanzierung / Kostensatz: Die Finanzierung von Suchtberatungsstellen, die im Wesentlichen als Kann-Leistung freiwillig von den Kommunen und Ländern im Rahmen der Daseinsvorsorge, regional unterschiedlich, erbracht wird, ist seit Jahren stagnierend (vgl. *Deutsche Suchthilfestatistik*). Sie ist nicht an die Entwicklung insbesondere der Personalkosten angepasst, bzw. steht unter Sparvorbehalt. Außerdem ist die Finanzierungsgrundlage durch Ausschreibungen auf kommunaler Ebene bedroht. Somit kann in der Gesamtsicht auch von einer rückläufigen Finanzierung auf kommunaler Ebene gesprochen werden.

Im Rahmen der ARS haben es die Leistungserbringer mit deutlich gestiegenen Personalkosten, insbesondere bei Ärzten/-innen sowie approbierten Psychologen/-innen zu tun.

Gleichzeitig nimmt die Möglichkeit der Leistungsanbieter ab, Eigenmittel zur Finanzierung ambulanter Suchthilfeleistungen bzw. der ARS einzusetzen. Dies führt zu einem erhöhten Druck in den ambulanten Einrichtungen zu einer Eigenmittelerwirtschaftung.

Die zu Beginn gewollte Unterfinanzierung der ARS durch einen frei ausgehandelten Preis führt inzwischen zu einer strukturell gefährlichen Unterfinanzierung der ARS. Die relative Kostensatz-Entwicklung liegt deutlich unter den Sätzen der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Eine Vollkostenrechnung ist bisher nicht erfolgt. Seit der Konzipierungs- und Erprobungsphase vor 25 Jahren handelt es sich „eher“ um eine Bezuschussung durch die Leistungsträger, die „eingebettet“ ist in die (freiwillige) Finanzierung einer regionalen Suchtberatungsstelle im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge.

Die derzeitige finanzielle Ausstattung der ARS ist ein maßgeblicher Grund für die Entscheidung von Leistungserbringern (künftig) keine ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker mehr anzubieten. Somit gefährdet diese Unterfinanzierung eine ausreichende Versorgung Abhängigkeitskranker. Letztlich verhindert sie auch eine perspektivische Entwicklung und wirkt sich als eine enorme Bremse auf das notwendige Wachstum der ARS aus.

3. Anforderungen an eine realistische und zukunftsorientierte Leistungserbringung im Rahmen der ambulanten Rehabilitation Sucht

Die unter 2. *Veränderte Rahmenbedingungen in der Leistungserbringung* aufgeführten Veränderungen und Entwicklungen erfordern dringend eine Weiterentwicklung der ARS sowie ggf. eine Aktualisierung des Rahmenkonzepts ARS vom 03.12.2008.

In der Umsetzung der Vorgaben des Rahmenkonzeptes aus 2008 konnten viele neue Erfahrungen und Erkenntnisse gesammelt werden, die eine Anpassung der personellen/strukturellen Anforderungen sowie der konzeptionellen Ausrichtung erfordern und ermöglichen. Dabei ist die im Rahmenkonzept wie in der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vorgesehene und unabdingbare Zusammenarbeit der auf dem Gebiet der Suchterkrankungen qualifizierten und erfahrenen Ärzten/-innen, approbierten psychologischen Psychotherapeuten/-innen oder Diplompsychologen/-innen sowie Sozialarbeiter/-innen bzw. Sozialpädagogen/-innen obligatorisch.

Wir sehen dringenden Handlungs- und Anpassungsbedarf insbesondere für die

- **finanzielle Ausstattung (Kostensatz ARS),**
- **die personelle Ausstattung,** sowie für

- **die strukturelle und konzeptionelle Ausrichtung.**

Für die weitere Entwicklung und den erfolgreichen Fortbestand der ARS schlagen wir die Prüfung und Ermöglichung flexibler Regelungen (auf der Basis künftiger regionaler Federführungen der ARS) vor, die insbesondere regionale Besonderheiten in den Blick nehmen.

3.1 Finanzielle Ausstattung (Kostensatz ARS)

Grundsätzlich muss die finanzielle Ausstattung für die ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker so gestaltet sein, dass sie es den Leistungserbringern tatsächlich ermöglicht, diese Leistung, auf der Grundlage der strukturellen Anforderungen der Leistungsträger auch zu erbringen. Dies ist auf der Basis des bestehenden Kostensatzes nicht der Fall.

Zudem ist es notwendig, dass die Finanzierung der ambulanten Reha frühestmöglich, spätestens mit der Antragstellung erfolgt.

Es ist erforderlich, eine verlässliche und adäquate Finanzierung der Leistung der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker, unabhängig von freiwilligen kommunalen Leistungen und zusätzlichen Eigenmittelzahlungen der Leistungserbringer, zu gestalten⁴. Die Finanzierung der ARS durch die Leistungsträger, die sich auf Subventionierung aus kommunalen Mitteln und der Mischfinanzierung aus anderen Erlösen von Leistungserbringern stützt, bietet keine verlässliche finanzielle Basis für Leistungserbringer und trägt nicht dazu bei, dieses wichtige Leistungsangebot weiterzuentwickeln.

Der Maßstab für die Höhe der Leistungsvergütung ARS ist die erbrachte Leistung in der geforderten Qualität, unabhängig der eben beschriebenen freiwilligen Leistungen und möglicher Eigenmittel. Dies erfordert eine Berechnung des Kostensatzes nach den tatsächlich entstehenden Kosten (Personalkosten und Sachmittel). Vorliegende Kostenberechnungen, unter anderem die des Fachverband Sucht, 2015, können als Richtschnur für weitere Verhandlungen mit dem zuständigen Leistungsträger genutzt und der zukünftigen Festlegungen des (jeweiligen) Kostensatzes in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker zugrunde gelegt werden.

3.2 Personelle Ausstattung

Wir wollen, dass die Qualität der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker und die damit verbundenen Standards der ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker erhalten bleiben. Gleichwohl ist es erforderlich, gemessen an den zuvor beschriebenen veränderten Rahmenbedingungen in der Leistungserbringung, sowie auf der Basis der seit Einführung der ARS gewonnenen Erfahrungen, bestehende Standards auf ihre Bedeutung und Notwendigkeit hin zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Grundsätzliches: Die Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (2001, Anlage 1) schreibt vor, dass die therapeutischen Mitarbeiter/-innen hauptberuflich tätig sein müssen. Dabei sollten auch flexible Lösungen der Beschäftigung in Teilzeit und mit Honorarkräften möglich sein.

Ärztliche Beteiligung: Grundsätzlich steht die Verantwortung und Beteiligung von Ärzten/-innen, wie im Rahmenkonzept aus 2008 vorgesehen, bei der Leistungserbringung der ARS außer Frage. Wir schlagen die folgenden Überprüfungen bzw. Änderungen vor:

⁴ Vgl. Konnexitätsprinzips nach GG Art. 104, das besagt, dass Aufgaben- und Finanzverantwortung jeweils zusammengehören

Die tägliche Arbeit in der ARS zeigt, dass es weder fachlich erforderlich noch praktikabel ist, die für die Bewältigung der ärztlichen Tätigkeiten notwendige Personalbemessung an die Anzahl der Gruppen zu koppeln. Die Leistung des Arztes im Rahmen der ARS bemisst sich aus seinen Aufgaben und seiner Gesamtverantwortung.

Dipl.-Psychologen/-innen und approbierte psychologische Psychotherapeuten/-innen sowie Sozialarbeiter/-innen mit suchttherapeutischer Zusatzqualifikation:

Um die Vorteile der Einbindung der ARS in eine ambulante Suchtberatungsstelle auch weiterhin ermöglichen zu können, braucht es für den Einsatz von Dipl.-Psychologen/-innen mit geeigneter Weiterbildung und/oder approbierten psychologischen Psychotherapeuten/-innen flexible und zukunftsorientierte Lösungen. **Leistungsträger und Leistungserbringer arbeiten gemeinsam daran, entsprechende Lösungen zu entwickeln,**

- um neue Kooperationsformen mit niedergelassenen Therapeuten/-innen und stationären Einrichtungen zu ermöglichen (z.B. Mitarbeit auf Honorarbasis),
- um psychologische Psychotherapeuten/-innen in Ausbildung, unter Supervision eines/einer approbierten Psychotherapeuten/-in, in der ARS einsetzen zu können,
- um die Einbindung von psychologischen Fachkräften in die ARS – entgegen einer starren hauptberuflichen Vorgabe – zeitlich flexibler zu gestalten.
- um Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe (Beratungsstellen und Suchtfachambulanzen) in das System der psychotherapeutischen Weiterbildung einzubeziehen,
- um Kooperationen der ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe mit anerkannten psychologischen Weiterbildungsinstituten aufzubauen.

Leitung der ambulanten Rehabilitation

Die Leitung der ambulanten Rehabilitation obliegt einem Arzt, psychologischen Psychotherapeuten oder Psychologen / Sozialarbeiter mit entsprechender suchttherapeutischer Weiterbildung.

3.3 Strukturelle und konzeptionelle Ausrichtung

Zur konzeptionellen Weiterentwicklung der ambulanten Behandlungsform(en) schlagen wir die folgenden Punkte vor:

Gruppenstärke: Die Erfahrung hat gezeigt, dass es aus einrichtungsorganisatorischen und motivationalen Erwägungen nicht immer möglich ist, die bislang zugrunde gelegte Anzahl an Rehabilitanden (10-12 Alkohol/Medikamente und 6-8 Drogen) gleichzeitig in einer Gruppe zu haben. In der Praxis haben Gruppen unterschiedliche Teilnehmerzahlen. Dies ist bei der Frage der Finanzierung der ARS zu berücksichtigen.

Für die Durchführung therapeutischer Gruppen- und Angehörigengespräche schlagen wir flexible Handhabung vor.

Gruppendurchmischung: Grundsätzlich ist die Trennung von Versicherten der Therapieform der ambulanten Rehabilitation Sucht und der Nachsorge therapeutisch sinnvoll und zu begründen. Eine *kategorische* Trennung beider Angebote lässt sich nicht zwingend in jedem Einzelfall begründen.

Eine gemeinsame Gruppe von Versicherten aus der Nachsorge und Rehabilitanden aus den Therapieformen „ambulante Rehabilitation“ und „ambulante Fortführung nach stationärer oder ganztägig ambulanter Rehabilitation“ (Weiterbehandlung) sollte im Einzelfall und in Abstimmung mit dem federführenden Leistungsträger möglich sein.

4. Ausblick

Indikationen der ambulanten Rehabilitation Sucht sind alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Patientinnen und Patienten, desweiteren Personen mit pathologischem Glücksspiel und weiteren nicht stoffgebundenen Suchtstörungen gemäß ICD-11.

Die Rahmenbedingungen und Finanzierungsgrundlage für die ambulante medizinische Rehabilitation bedürfen der Überprüfung und Anpassung.

Die im vorliegenden Papier der Verbände aufgeführten Lösungsvorschläge zur ambulanten medizinischen Rehabilitation sind aus unserer Sicht Grundlagen für den gemeinsamen Dialog und beginnenden Diskussionsprozess von Leistungserbringern und Leistungsträger.

Zielsetzung der Leistungserbringer und Leistungsträger dieses Prozesses ist, gemeinsam die Qualität der ambulanten Rehabilitation Sucht zu erhalten und weiterzuentwickeln, die Attraktivität zu erhöhen und sie mit Rahmenbedingungen auszustatten, die eine adäquate Leistungserbringung zukünftig ermöglicht und den Rehabilitanden neue Zugangswege eröffnet.

Die Suchtverbände und die DHS begrüßen deshalb die Bereitschaft von DRV und GKV zu einem gemeinsamen Dialog mit Vertretern/-innen der Leistungserbringerverbände zur Weiterentwicklung diese wichtigen Behandlungsbausteins im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Literatur:

Caritas Suchthilfe (CaSu) 2018: Umfrage der Fachverbände Sucht Ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Auswertung ARS Caritas Suchthilfe e.V. CaSu. Online: http://www.caritas-suchthilfe.de/cms/contents/caritas-suchthilfe.d/medien/dokumente/positionen-und-stell/umfrage-ars-2018/18-07-27auswertung_ars_umfrage.pdf?d=a&f=pdf

Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr+) 2017: Auswertung einer Umfrage zu Ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Online: https://fdr-online.info/wp-content/uploads/file-manager/redakteur/downloads/aktuelles/fdr+Auswertung%20Umfrage%20Ambulante%20Reha_2017.pdf

Lange, N., Neeb, K. et al.. (2017): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In Sucht Aktuell Jahrgang 24/01.17, 101-108

Lange, Nikolaus; Neeb, Katrin et al. (2018): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2015 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige, in Sucht Aktuell, Jahrgang, 25/01.18, 87-94 https://www.sucht.de/files/pdf/sucht_aktuell/2018-1/FVS%20Katamnese%20Ambulante%20Reha%20%20EJ%202015.pdf

Naumann, Barbara; Bonn, Verena (2017): Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2017. Pabst Science Publishers, Lengerich: S.203-218

Naumann, Barbara; Bonn, Verena (2018): Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2018. Pabst Science Publishers, Lengerich: S.169-185

Walter-Hamann, Renate; Wessel, Theo (2015): Einführung von Katamnesen in der Ambulanten Rehabilitation Sucht – Ausgewählte Ergebnisse der ersten Entlass-Jahrgänge 2011 und 2012. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2015. Pabst Science Publishers, Lengerich: S.199-213