

## Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) zur Überarbeitung der Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ (März 2014)

Der FVS macht gerne von der Möglichkeit Gebrauch, sich an der anstehenden Überarbeitung der Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ zu beteiligen.

### I. Vorbemerkungen und grundsätzliche Aspekte

Auf folgende grundsätzliche Aspekte wollen wir hinweisen:

#### 1. Berücksichtigung der KTL-Aktualisierung

Zunächst möchten wir anmerken, dass in enger Zusammenarbeit mit der Überarbeitung der Reha-Therapiestandards die derzeitige Aktualisierung der Klassifikation therapeutischer Leistungen steht. Denn die Definition und Zuordnung der einzelnen Leistungen zu den jeweiligen Therapiemodulen ist von entscheidender Bedeutung dafür, ob die entsprechenden RTS-Vorgaben hinsichtlich Mindestdauer und –häufigkeit der einzelnen Therapiemodule auch erfüllt werden können. Wir haben deshalb unsere aktuelle Stellungnahme zur Überarbeitung der KTL nochmals beigefügt (s. Anlage 1).

#### 2. Abstimmung RTS-Überarbeitung und RMK-Projekt im Bereich „Alkoholabhängigkeit“

Des Weiteren halten wir eine enge Abstimmung bei der Überarbeitung der RTS „Alkoholabhängigkeit“ mit dem laufenden RMK-Projekt zu diesem Indikationsbereich (Ansprechpartnerin: Frau Dr. Karla Spyra) für erforderlich. So differenzieren die Rehabilitanden-Management-Kategorien zwischen verschiedenen Fallgruppen nach unterschiedlichen Behandlungsbedarfen. Daran orientiert sich die Gesamtdauer und Häufigkeit der zu erbringenden therapeutischen Leistungen.

Die langjährigen Erfahrungen des RMK-Projektes sollten bei der Weiterentwicklung der RTS „Alkoholabhängigkeit“ Berücksichtigung finden.

#### 3. Berücksichtigung der Behandlungskonzepte bei der Bewertung RTS-Fassung

Ferner schlagen wir vor, im Kapitel 2 (RTS-Fassung „Alkoholabhängigkeit“ Januar 2010) den vorletzten Satz wie folgt abzuändern:

„Mit Hilfe von Qualitätsindikatoren soll der Behandlungsprozess von Patientengruppen während des Aufenthaltes in einer Reha-Einrichtung abgebildet und beurteilt werden. Selbstverständlich müssen die einrichtungsbezogenen Auswertungen vor dem Hintergrund der jeweiligen Behandlungskonzepte interpretiert werden. Die Reha-Leitlinien ergänzen die bestehenden Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften.“

#### 4. Klärung der Evidenzbasierung von Therapiemodulen

Im Kapitel 3 (RTS-Fassung Januar 2010) könnte auch noch folgender Hinweis aufgenommen werden: „Für einen Teil der Leistungen, wie z.B. Ergotherapie, Ernährungsschulung und -beratung und Sozialberatung, existieren bisher keine evidenzbasierten Studien. Für diese Therapieleistungen ergibt sich die Notwendigkeit u.a. aus dem gesetzlichen Auftrag der Rehabilitationsträger.“

#### 5. Aussagen zu den Grenzen der Aussagefähigkeit der RTS

Ferner sollten auch Grenzen der Aussagefähigkeit der RTS hinsichtlich der Beurteilung der Qualität im Kap. 2 beschrieben werden. Hierzu folgender Textvorschlag:

„Die in dieser Reha-Leitlinie vorgestellten Module und therapeutischen Einzelleistungen ergänzen sich in ihrem Zusammenwirken mit der Organisation der verschiedenen Behandlungselemente. Weitere Faktoren (z.B. Klinikatmosphäre, die Qualität der therapeutischen Beziehung oder die Qualität der Beziehung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden untereinander) werden über die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) nicht abgebildet, spielen allerdings hinsichtlich der Wirksamkeit der Behandlung eine wichtige Rolle. Die Organisation der Behandlungsinhalte und -elemente durch eine

entsprechende Therapieplanung ist beispielsweise von ebenso zentraler Bedeutung für deren Qualität. Qualitätsmerkmale der Einzelleistungen und Qualitätsanforderungen an die therapeutischen Mitarbeiter werden durch die KTL hingegen durchaus vorgegeben.

Zudem erfolgt die Förderung bestimmter Basiskompetenzen und -ressourcen der Patienten (Förderung der sozialen Kompetenz, Rückfallprophylaxe, Motivationstraining) sowohl integriert in der allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit (ETM 1), als auch in Form gesonderter Gruppenangebote (z.B. ETM 3). Deshalb sind diese Basiselemente der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit durch die Zuordnung der Behandlungsleistungen zu einzelnen Therapiemodulen auch nicht exakt darstellbar.“

#### **6. Berücksichtigung von Genderaspekten**

Des Weiteren schlagen wir vor, auch auf Genderaspekte im Kap. 3 (RTS-Fassung Januar 2010) einzugehen. Hierzu ein entsprechender Textvorschlag:

„Obwohl Genderaspekte der Therapie und Rehabilitation in der vorliegenden Leitlinie nicht ausdrücklich benannt werden ist der Spielraum für die Berücksichtigung unterschiedlicher Erfordernisse für Frauen und Männer gegeben und zu nutzen. Es ist wünschenswert und notwendig, bei der Therapieplanung geschlechtssensibel vorzugehen, um den besonderen Problemlagen beider Geschlechter gerecht zu werden. Unterschiedliche Risikoprofile, Krankheitsprognosen und das subjektive Krankheitsverständnis der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind weitere Kriterien, die (...) zu berücksichtigen sind.“

#### **7. Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards (Kap. 4, RTS-Fassung Januar 2010) und methodische Hinweise**

Im Kapitel 4 „Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards“ sollte der Hinweis ergänzt werden, dass sich dieser auf Rehabilitanden, die mindestens 78 Tage Behandlungsdauer haben, bezieht. Zudem sollte eine Aussage darüber getroffen werden, dass die Berücksichtigung der Leistungsmenge begrenzt ist (75 Zeilen).

#### **8. Die KTL als Basis für die Beschreibung der ETM-Leistungen (Kap. 8, RTS-Fassung Januar 2010) – Hinweis zum Ressourcenaufwand**

Wir empfehlen am Ende folgenden Zusatz aufzunehmen:

„Auch unterscheiden sich die einzelnen Leistungen innerhalb der Therapiemodule zum Teil deutlich hinsichtlich des damit verbundenen Ressourcenaufwandes für die Rehabilitationseinrichtungen. Dieser Aspekt ist ebenfalls bei entsprechenden einrichtungsbezogenen Auswertungen zu berücksichtigen.“

#### **9. Differenzierte Beurteilung bei der Anwendung der ETM in der Praxis (Kap. 9, RTS-Fassung Januar 2010)**

Am Ende des vorletzten Absatzes schlagen wir folgende Ergänzung vor:

„Der individuelle Bedarf und die klinikspezifische Rehabilitandenstruktur haben von daher einen Einfluss auf die Art und Häufigkeit der jeweiligen Leistungen. Auch werden konzeptionelle und strukturelle Besonderheiten von Einrichtungen, wie z.B. die indikative Ausrichtung arbeitsbezogener Leistungen entsprechend bei den einrichtungsbezogenen Auswertungen zu berücksichtigen sein.“

## **II. Rückmeldung zu den einzelnen Therapiemodulen (Kap. 15, RTS-Fassung Januar 2010)**

Zu den einzelnen Therapiemodulen (Kap. 15) möchten wir wie folgt Stellung nehmen:

### **ETM 01, 02, 03**

Es stellt sich die Frage, inwieweit die Differenzierung der Inhalte gem. ETM 1, ETM 2 und ETM 3 die Behandlungspraxis unterschiedlicher Einrichtungen mit spezifischen Behandlungskonzepten widerspiegeln kann. Bisherige Auswertungen zeigen beispielsweise eine Überfüllung des ETM 1 und eine Untererfüllung des ETM 2. Möglicherweise wären hier gegenseitige Ausgleichsmöglichkeiten bzw. eine Gesamtschau der psychotherapeutisch orientierten Leistungen sinnvoll. Dringend empfohlen wird im ETM 01 die Aufnahme einer Leistungseinheit „Basisgruppe Abhängigkeitserkrankungen“.

### **ETM 03: Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz**

Wir weisen darauf hin, dass sich in diesem Kapitel hinsichtlich des damit verbundenen Ressourcenaufwandes völlig unterschiedliche Leistungen befinden. So zählt hierzu z.B. L 031 „Soziale Kommunikation und Interaktion: Dia- und Filmvorführung“ wie auch G 062/G 064 „Psychotherapie (Gruppe): „Training sozialer Kompetenzen“. Entsprechende Häufungen von Leistungen sind deshalb auch bei den Auswertungen bzw. der Beurteilung zu berücksichtigen.

### **ETM 4: Angehörigenorientierte Interventionen**

Der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden sollte von 25 auf 20 % reduziert werden. Darüber hinaus sei darauf hingewiesen, dass der Mindestanteil auch abhängig von der Patientenstruktur, d.h. ob die Patienten überhaupt über eine soziale Einbindung verfügen oder sozial desintegriert sind, ist. Zudem sollte die Mindesdauer auf 120 Min. pro Rehabilitation reduziert werden.

### **ETM 5a: Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose**

Traditionell ausgerichtete Behandlungskonzepte erfüllen die entsprechenden Vorgaben eher als indikativ ausgerichtete Behandlungskonzepte, die sich stärker am jeweiligen arbeitsbezogenen Bedarf ausrichten. Von daher ist eine Bewertung der Quantität der Leistungen nicht mit der Qualität der Behandlung gleichzusetzen. Auf die Einführung entsprechender zusätzlicher KTL-Leistungen (s. Anlage) sei an dieser Stelle verwiesen.

### **ETM 5b: Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige**

Hingewiesen sei darauf, dass in diesem Therapiemodul zwei völlig unterschiedliche Behandlungsgruppen zusammengefasst sind, deren Behandlungsbedarfe sich deutlich voneinander unterscheiden.

### **ETM 7: Entspannungstraining**

Zu prüfen ist, ob entsprechende Angebote je nach Konzept und Kompetenz der Mitarbeiter/innen auch in anderen Modulen wie ETM 8 oder ETM 1 und 2 enthalten sind bzw. sein können.

### **ETM 8: Sport- und Bewegungstherapie:**

Auf mögliche Überschneidungen mit ETM 7 wurde hingewiesen, weitere Überschneidungen können mit dem ETM 11 (z.B. F 152/F162 Tanz- und Bewegungstherapie, Einzel/in der Gruppe) erfolgen.

### **ETM 10: Ernährungsschulung- und -beratung**

Die Vorgabe von mind. 80 % entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden sollte reduziert werden.

### **ETM 11: Gestalterische Ergotherapie, Kreativtherapie und Freizeitgestaltung und ETM 12 „Förderung sozialer Integration: Ergotherapie“**

Die beiden Module sind inhaltlich nicht trennscharf. So sind beispielsweise E060: Funktionstraining mit geeignetem Material oder Gerät einzeln und E070 in der Kleingruppe aus ETM 12 prinzipiell auch dem ETM 11 zuordenbar. Auch stellt sich die Frage, ob der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden beim ETM 11 mit 70 % bei 120 Min. Dauer pro Woche nicht zu hoch angesetzt ist.

### **ETM 13 a und 13 b: Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose bzw. für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige**

Es ist zu prüfen, wie in den Einrichtungen entsprechende Leistungen in die Gesamtbehandlung thematisch eingebettet sind. Dort wo z.B. die Sozialberatung von den Bezugstherapeuten erbracht wird, kann es vorkommen, dass die Leistungen zu diesem Themenbereich im Rahmen der Psychotherapie mit erfasst werden. Des Weiteren ergeben sich Überschneidungen zum ETM 14, von daher ist zu überlegen, ob ETM 13 a, 13 b mit ETM 14 nicht besser zusammen zu fassen sind.

### **15.2 Literaturrecherche:**

Wir schlagen folgende Ergänzung nach Satz 2 vor:

„... d.h. evidenzbasiert ist. Die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit als Komplexbehandlung ist belegt. Die Komplexbehandlung ist als ein eigener Behandlungsstandard zu bewerten. Einzelne Behandlungsmodule (z.B. Entspannungstraining, Förderung sozialer Integration, arbeitsbezogene Leistungen) entfalten ihre Wirkung erst im Rahmen des Gesamtsettings. Von daher fehlen auch empirische Begründungen für adjuvante Therapiebereiche, obgleich diese sinnvolle Interventionen im Rahmen einer theoretisch fundierten und indikativ orientierter Gesamtbehandlungsstrategie darstellen. Von daher sind Therapien, die sich aus der Versorgungspraxis ergeben ...“.

**Schlusswort:**

Abzuwarten bleiben die zukünftigen Auswertungen zur überarbeiteten Reha-Leitlinie bei Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeit. Auf der Basis entsprechender Ergebnisse ist der Dialog der Leistungsträger mit den Experten, Fachgesellschaften und Spitzenverbänden der Leistungserbringer hinsichtlich des Methodenansatzes, der Vorgaben und Interpretationen fortzusetzen. Auch ist zu empfehlen, auf der Basis der zukünftigen Auswertungen klinikbezogen mit den Einrichtungen einen entsprechenden Qualitätsdialog zu führen. Im Rahmen des Qualitätsdialoges ist dann zu überprüfen, ob entsprechende Abweichungen mit Kodierungsproblemen zusammenhängen, ob diese fachlich und konzeptionell begründet sind, oder ob ggf. eine Unter- bzw. Überversorgung mit entsprechenden Leistungen vorliegt.