

## **Stellungnahme zum Entwurf „Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung“ (Stand: März 2009) hier: Bewertung der Anhaltzahlen zu den personellen Anforderungen von Fachkliniken im Bereich Abhängigkeitserkrankungen durch die DRV**

Der Fachverband Sucht e.V. konzentriert sich in seiner Stellungnahme auf den Aspekt der Personellen Anforderungen/Personalbemessung für den Bereich „Psychosomatik/Sucht“.

### **I. Grundsätzliche Anmerkungen**

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) begrüßt es, dass die Deutsche Rentenversicherung eine Arbeitsgruppe Strukturanforderungen eingesetzt hat, welche damit beauftragt wurde, RV-weit einheitliche Maßstäbe für die Strukturqualität zu erarbeiten. Der FVS unterstützt die Forderung, dass die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker in einem interdisziplinären Behandlungskontext mit hoher Qualität erbracht werden muss. Dies schließt entsprechende Anforderungen an die personelle Ausstattung mit ein. Es stellt eine Selbstverständlichkeit dar, dass entsprechende Anforderungen auch adäquat von den Leistungsträgern zu vergüten sind.

Bei der Formulierung entsprechender Anforderungen ist auch zu berücksichtigen, dass sich in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker in den letzten Jahrzehnten zunehmend eine hohe Behandlungsqualität entwickelt hat, welche auch unterschiedlichen Behandlungsbedarfen durch passgenaue Behandlungskonzepte und -angebote gerecht wird. Diese Heterogenität der Behandlungskonzepte und -angebote, welche auch mit unterschiedlichen personellen Anforderungen an die jeweiligen Einrichtungen verbunden ist, stellt eine eigene Qualitätskategorie der Entwöhnungsbehandlung dar. Entsprechende Untersuchungen zur Wirksamkeit der Behandlung belegen insgesamt die gute Ergebnisqualität dieses Versorgungsbereichs. Von daher liegt es im gemeinsamen Interesse der Leistungsträger und Leistungserbringer, hinsichtlich der Vereinheitlichung von Personalanforderungen, dass bewährte Behandlungskonzepte nicht in ihrem Bestand gefährdet werden und entsprechende konzeptionell und fachlich begründete Abweichungen in Absprache mit dem federführenden Leistungsträger auch weiterhin möglich sein müssen. Von daher sollten auch entsprechende Korridore ( $\pm 20\%$ ), welche hinsichtlich der personellen Anforderungen in dem vorliegenden Entwurf definiert werden, nicht als unverrückbare Vorgabe gesehen werden. Vielmehr müssen auch weiterhin für entsprechend konzeptionelle Ausrichtungen der Einrichtungen darüber hinausgehende Abweichungen nach oben bestehen können.

Deshalb sollte ein entsprechendes Anforderungsprofil nur einen beispielhaften und keinen normativen Charakter haben. Von daher darf es sich bei den Angaben nicht um Richtwerte handeln. Grundsätzlich gehen wir deshalb in Übereinstimmung mit dem bisherigen „Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen mit 100 Rehabilitationsplätzen“ der DRV-Bund davon aus, dass es sich bei den entsprechenden Anhaltzahlen zu den personellen Anforderungen um einen beispielhaften Orientierungsstellenplan handelt. Grundlage für die Stellenpläne sind die Vorgaben der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001, hierbei sind auch unterschiedliche Gruppenstärken in der Psychotherapie für Alkohol- und Medikamentenabhängige und Abhängige von illegalen Drogen vorgegeben. Da die Entwöhnungsrehabilitation sich differenziert darstellt und von vielen therapeutischen Variablen geprägt ist, muss ein Stellenplan auch weiterhin konzeptabhängig mit der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung ausgehandelt werden. Von daher sind auch Möglichkeiten zur speziellen Differenzierung durch die Stärkung der einen oder anderen Berufsgruppe und die Verschiebung von Schwerpunkten notwendig, welche jeweils konzeptabhängig zu prüfen sind.

Wir begrüßen, dass in dem vorliegenden Entwurf bereits an verschiedenen Stellen nach Funktionen und nicht nach Berufsgruppen unterschieden wird. Dieser Ansatz sollte allerdings auch auf weitere Funktionsbereiche ausgeweitet werden. So sollte der Bereich der Einzel- und Gruppentherapie für die Rehabilitationseinrichtungen flexibel gehandhabt werden und hier neben Diplom-Psychologen, Diplom-Sozialarbeitern/Diplom-Sozialpädagogen auch die Berufsgruppe der Ärzte mit entsprechender Weiterqualifikation eingesetzt werden können. Ferner sind im Bereich „Ergotherapie, Arbeitstherapie, Kreativitätstherapie“ neben Ergotherapeuten, Beschäftigungstherapeuten etc. auch Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen vorzusehen. Wir schlagen in diesem Zusammenhang vor, den Begriff „Arbeitstherapie“ bzw. „Ergotherapie“ zu erweitern und diesen unter „Arbeitsbezogene und Berufsintegrierende Leistungen und Sozialarbeit“ zu subsumieren. Entsprechende Angebote sollten sich am jeweiligen Bedarf der Rehabilitanden orientieren, so hat im Bereich der Drogenrehabilitation „Arbeitstherapie“ einen anderen Stellenwert, da es auch um das Einüben von Grundfertigkeiten geht.

Grundsätzlich müssen sich die vereinbarten Stellenpläne am vorhandenen Bedarf und der Fallschwere von Patienten/innen orientieren. So stellen sich beispielsweise unterschiedliche konzeptionelle und personelle Anforderungen an Einrichtungen, die über einen hohen Anteil an arbeitslosen Patienten/innen verfügen gegenüber Einrichtungen, deren Patienten/innen (noch) weitgehend beruflich integriert sind. Des Weiteren halten einige Fachkliniken einen ärztlichen Bereitschaftsdienst in der Einrichtung vor, um Patienten/innen mit entsprechender Komorbidität „rund um die Uhr“ medizinisch versorgen zu können. Des Weiteren ist gerade bei ko- und multimorbiden Patienten grundsätzlich von einem erhöhten Bedarf an (fach)ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen auszugehen. Selbstverständlich finden derart spezifische Anforderungen auch ihren Niederschlag in den Stellenplänen, welche mit dem jeweiligen Leistungsträger vereinbart wurden.

Auch lassen sich die Vorgaben für eine 100-Betten-Klinik nicht einfach auf andere Größen „herauf- oder herunterrechnen“. So sind z.B. für kleinere Einrichtungen gesonderte Mindeststandards oder im Bereich der Drogenrehabilitation spezifische Anforderungen zu formulieren. Auch weisen wir auf die Besonderheit von Rehabilitationskliniken hin, welche über eine Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und eine Abteilung für Psychosomatik verfügen. Hier sind spezifische personelle Anforderungen, die auf den vereinbarten Personalschlüsseln der jeweiligen Einrichtungen basieren müssen, erforderlich. Hierbei ist insbesondere von einer erhöhten Zahl an Ärzten, Fachärzten und Psychologischen Psychotherapeuten auszugehen. Personelle Anforderungen müssen ferner in Übereinstimmung mit weiteren Anforderungen der Leistungsträger stehen (z.B. Reha-Therapiestandards, Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen, BQR, vertragliche bzw. konzeptionelle Grundlagen der Einrichtungen).

Auch weisen wir auf die angespannte Arbeitsmarktsituation hin, so ist insbesondere die Besetzung von Arztstellen derzeit ausgesprochen schwierig. Von daher muss bei entsprechenden personellen Engpässen gemeinsam zwischen Leistungsträger und Leistungserbringern nach adäquaten Lösungen gesucht werden (S. 13 des Entwurfs).

Von zentraler Bedeutung ist, dass - sofern erhöhte bzw. von den bisherigen mit dem federführenden Leistungsträger in den vereinbarten Stellenplänen abweichende Personalanforderungen an Einrichtungen gestellt werden - diese auch mit zusätzlichen Kosten verbunden sind. Die Finanzierung des geforderten Personalstellenplans und damit auch von zusätzlich geforderten Stellen muss entsprechend durch die Leistungsträger sichergestellt werden. Entsprechend hatten sich auch Vertreter der DRV in der Veranstaltung am 03.08.2009 geäußert.

## **II. Spezifische fachliche Rückmeldung zu den Anhaltzahlen**

Zu den im vorliegenden Entwurf der DRV genannten Anhaltzahlen nehmen wir wie folgt Stellung:

### **1. Ärzte**

Die Einrichtung muss über einen ärztlichen Leiter mit entsprechender Qualifikation verfügen, dieser hat auch entsprechende Leitungsfunktionen interner und externer Art wahrzunehmen und ist entsprechend für Leitungsaufgaben freizustellen. Der zeitliche Umfang für diese Aufgaben steht auch im Zusammenhang mit der Größe einer Rehabilitationseinrichtung.

Zu berücksichtigen ist ferner bei der Berechnung von Arzt- und Facharztstellen und Stellen für Psychologische Psychotherapeuten, inwieweit eine Behandlungseinrichtung sich auf Patienten mit psychischer bzw. somatischer Komorbidität spezia-

lisiert hat. Ferner muss differenziert werden zwischen Einrichtungen, die über einen ärztlichen Bereitschaftsdienst verfügen und anderen Einrichtungen.

## **2. Weitere Mitarbeiter mit Leitungsfunktionen**

Ferner ist auch die gesonderte Funktion des leitenden Psychologen entsprechend im Stellenplan zu berücksichtigen.

## **3. Einzel- und Gruppentherapeuten**

Das zahlenmäßige Verhältnis von Bezugstherapeuten mit suchttherapeutischer Qualifikation (Einzel- und Gruppentherapie) zu Patienten sollte sich am Umfang der Aufgaben des Therapeuten, der Dauer der Behandlung – je kürzer die Zeit, desto höher der Arbeitsaufwand, den psychotherapeutischen Standards für Gruppentherapien und der sozialen, psychischen und medizinischen Problematik der Patienten orientieren. Aus den bisher gültigen Vorgaben der „Vereinbarung Suchterkrankungen“ ergibt sich pro 100 Patienten/innen eine Zahl von 10-11 Therapeuten/innen in Alkohol- und Medikamenteneinrichtungen und 14 bei Drogenabhängigen.

In dem vorliegenden Entwurf sind für den Bereich der Fachkliniken für Alkohol/Medikamente 5 Psychologen und 5 Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl.-Sozialpädagogen und für Fachkliniken für illegale Drogen 5 Psychologen und 9 Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl.-Sozialpädagogen vorgesehen. Hierbei soll je 1 Dipl.-Sozialarbeiter für die „klinische Sozialarbeit“ enthalten sein. Die Aufgaben des Bereichs „klinische Sozialarbeit“ werden durch Dipl.-Sozialarbeiter und Dipl.-Sozialpädagogen wahrgenommen. Hierfür ist nach unserer Einschätzung von 1,25 Stellen bei einer 100-Betten-Einrichtung auszugehen.

In der Einzel- und Gruppentherapie sollten grundsätzlich die Berufsgruppen der Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagogen, Diplom-Psychologen und Ärzte mit entsprechender suchttherapeutischer Qualifikation eingesetzt werden können. Es sollte den Einrichtungen überlassen bleiben, aus welchen Berufsgruppen sich diese 10 bzw. 14 Therapeuten pro 100 Patienten/innen zusammensetzen.

## **4. Pflegepersonal**

Die Anzahl der Pflegekräfte ist abhängig von der Patientenstruktur (z.B. Alter, Komorbidität) und der entsprechenden Ausrichtung einer Einrichtung. Dies muss bei der Belegungssteuerung Berücksichtigung finden. Das Vorhalten von 6 Pflegekräften ist bei Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit ohne Bereitschaftsdienst eher zu hoch angesetzt. Werden jedoch, entsprechend dem Konzept und der Patientenstruktur einer Einrichtung, Pflegekräfte „rund um die Uhr“ im Rahmen des Bereitschaftsdienstes eingesetzt, ist in der Regel eine höhere Anzahl von Pflegekräften erforderlich.

## **5. Ergotherapie, Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Freizeit-/Kreativitätstherapie**

Im Bereich der arbeitsbezogenen bzw. berufsintegrierenden Leistungen sollte eine Erweiterung um Sozialarbeit stattfinden. Dies ist vor dem Hintergrund erforderlich, dass in der KTL (Ausgabe 2007) bei verschiedenen Leistungen (z.B. Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben D03, Arbeitstherapie einzeln E02, indikationsgeleitete Arbeitstherapie in der Gruppe E03, Bilanzierungsgespräche bei externen Arbeitspraktikum E04, Hausbesuch, Arbeitsplatzbesuch E14) explizit auch die Gruppe der Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagogen aufgeführt ist. Die Anzahl der genannten Berufsgruppen der Ergotherapeuten etc. ist von daher aus unserer Sicht überhöht.

Darüber hinaus ist (wie bereits unter 1. aufgeführt) zu berücksichtigen, welche Patienten Klientel eine Einrichtung vorrangig behandelt (z.B. arbeitslose Patienten, beruflich integrierte Patienten). Von daher sollte bei den entsprechenden Personalanforderungen an Fachkliniken auch zukünftig Variabilität hinsichtlich des Einsatzes der unterschiedlichen Berufsgruppen in diesem Bereich möglich sein.