

Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. zur Weiterentwicklung der ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Angesichts der zunehmenden Bedeutung der ambulanten Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen hat der Fachverband Sucht e.V. grundsätzliche Positionen für die Weiterentwicklung dieses Bereiches entwickelt.

Der FVS sieht in diesem Zusammenhang folgende Aspekte als wesentlich an:

- Der FVS begrüßt vom Grundsatz her die Zielvorgabe, dass durch den Einsatz eines ICF-basierten Erhebungs- bzw. Screeningverfahrens vor Einleitung der Rehabilitation Aussagen zur Grundkrankheit, einschließlich eventuell vorliegender Begleiterkrankungen und Teilhabeprobleme – soweit in dieser Phase möglich – getroffen werden können und auf dieser Grundlage die Indikation für eine geeignete Rehabilitationsform gestellt werden kann. Es sollte vermieden werden, durch eine zu umfangreiche Diagnosephase den Zugang zur Entwöhnungsbehandlung zu erschweren. Von daher sollten vor der Rehabilitation „schlanke“ Screening- bzw. Diagnoseverfahren eingesetzt werden, die eine grundsätzliche Orientierung geben. Entsprechende Ergebnisse müssten vertieft werden durch eine prozessorientierte Differentialdiagnostik und eine Verlaufdiagnostik im Rahmen der medizinischen Rehabilitationsleistung. Von daher schlägt der FVS, alternativ bzw. in Ergänzung zum Sozialbericht vor, einen kurzen Fragebogen zu entwickeln, der wesentliche Informationen zur Entwicklung der Abhängigkeitserkrankungen, zu Begleit- und Folgeerkrankungen auf psychosomatischen und psychischen Gebiet, über Vorbehandlungen und den Kontakt zu Selbsthilfegruppen sowie zu Ärzten und Psychotherapeuten, zur sozialen Situation und aktuellen Problemfeldern sowie zu individuellen Rehabilitationszielen gibt. Dieser sollte in verschiedenen Handlungsfeldern einsetzbar sein.
- Der FVS begrüßt die frühzeitige und nahtlose Einleitung einer medizinischen Rehabilitationsleistung bei Abhängigkeitserkrankungen. Von daher sollte bei festgestelltem Rehabilitationsbedarf, vorliegender Rehabilitationsfähigkeit und bestehendem Wunsch des Versicherten sowie bei Vorliegen der erforderlichen Unterlagen die kurzfristige Inanspruch-

nahme einer Rehabilitationsleistung ohne weitergehende Überprüfung der Motivation durch die Leistungsträger bewilligt werden.

- Auf der Grundlage des § 137 d SGB V und des § 20 SGB IX ist die Teilnahme ambulanter Rehabilitationseinrichtungen an externen Qualitätssicherungsprogrammen ebenso gefordert wie ein internes Qualitätsmanagement. Das Qualitätssicherungsprogramm sollte partnerschaftlich von den Spitzenverbänden der Leistungsträger und der Leistungserbringer entwickelt werden. Gemäß § 20 SGB IX sind grundsätzliche Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement auf der BAR-Ebene (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) zu vereinbaren, die alle Qualitätsmanagementsysteme zu erfüllen haben. In diesem Zusammenhang begrüßt der FVS es, dass die Rehabilitationseinrichtungen die Daten des Deutschen Kerndatensatzes erheben und an die Deutsche Suchthilfestatistik weiterleiten. Zu empfehlen ist ferner, dass ambulante Rehabilitationseinrichtungen auch Katamnesen zur Überprüfung der Wirksamkeit der Behandlung durchführen.
- Hinsichtlich des Leistungsspektrums vertritt der FVS – in Übereinstimmung mit dem § 26 SGB IX – die Auffassung, dass zu den integralen Bestandteilen qualifizierter ambulanter medizinischer Rehabilitation
 - die Diagnostik und Indikationsstellung
 - Motivierung
 - therapeutische Einzel- und Gruppengespräche
 - Beteiligung der Bezugsperson
 - begleitende Hilfen im sozialen Umfeld
 - Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Reintegration und Krisenintervention
 gehören. Für diese ambulanten Reha-Leistungen ist eine angemessene Vergütung sicherzustellen, wie auch für die Organisation der Zusammenarbeit in einem Behandlungsverbund (z.B. im Rahmen der Kombinationsbehandlung). Sofern erwartet wird, dass Prävention und Hilfe zur Selbsthilfe auch zum Leistungsbe- reich ambulanter Beratungs- und Behandlungseinrichtungen gehören, fallen diese Leistungen in den Aufgabenbe-

reich der öffentlich geförderten Beratungsstellen.

- Für zweckmäßig wird es angesehen, dass ambulante Rehabilitationseinrichtungen auch auf die sachlichen und personellen Ressourcen stationärer Rehabilitationseinrichtungen bzw. kooperierender Praxen/Praxisgemeinschaften zurückgreifen können, wo immer dies möglich ist, damit Synergieeffekte fachlicher und wirtschaftlicher Art genutzt werden.
- Die Beteiligung ambulanter Einrichtungen an Kombinationsbehandlungen (Kombination von ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen) setzt deren Anerkennung gem. Anlage 1 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankung“ vom 04.05.2001 voraus. Grundsätzliche Übereinstimmung besteht darin, dass therapeutische Gruppen- und Einzelgespräche sowie die Einbeziehung von Bezugspersonen wesentliche Elemente der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker sind. Wenn von den Leistungsträgern angeregt wird, begleitende Rehabilitationsangebote vorzuhalten, so stellt sich grundsätzlich die Frage, ob diese verbindliche oder fakultative Bestandteile der ambulanten Rehabilitation sein sollen. Falls diese von den Leistungsträgern verbindlich gefordert werden, ist deren Finanzierung sicherzustellen. Auch „Koordinations- und Organisationsaufgaben“, beispielsweise Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandlern, Übergabe- und Koordinationsgespräche oder die Erstellung des Gesamtrehabilitationsplanes gemeinsam mit dem Patienten sind als abrechenbare Einheiten entsprechend zu vergüten (vgl. auch Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. zur ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker [Juli 2006], in Sucht aktuell 2/2006, S. 81-84). Es sollte den ambulanten Rehabilitationseinrichtungen überlassen sein, in welcher Frequenz Einzel- und Gruppengespräche – bezogen auf den Behandlungsbedarf des einzelnen Patienten – erforderlich sind.
- Die Rückfallbearbeitung gehört zum selbstverständlichen Bestandteil der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Bestandteil entsprechender Rückfallkon-

zepte sollte auch sein, ggf. die kurzfristige Einleitung einer stationären Rehabilitations- oder Kombinationsbehandlung zu ermöglichen, falls ansonsten keine günstige Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Hierzu sollten kurzfristige Absprachen mit den zuständigen Leistungsträgern ermöglicht werden, um die erforderlichen Veränderungen möglichst zeitnah umsetzen zu können.

- Grundsätzlich ist es erforderlich, dass eine Abklärungsphase bei Fällen, in denen vorab noch keine eindeutige Prognose über die Compliance des Patienten und die Angemessenheit des Behandlungssettings getroffen werden kann, im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation mit begrenztem Leistungskontingent (z.B. 10 Therapieeinheiten) durchgeführt werden kann. Ferner sollte es im Einzelfall auch möglich sein, höhere Frequenzen als drei Behandlungseinheiten in zwei Wochen durchzuführen sowie eine höhere Anzahl

als acht Gespräche mit Angehörigen/Bezugspersonen im Zeitraum von zwölf Monaten durchzuführen.

- Hinsichtlich der personellen Ausstattung sollten fachlich begründete wie auch realisierbare Anforderungen an die Einrichtung gestellt werden. Bezogen auf die Berufsgruppen für begleitende Therapieangebote (z.B. Ergotherapie, Sporttherapie) sollten – sofern diese in einer ambulanten Einrichtung vorgehalten werden sollen – beispielsweise Fachkräfte auf Honorarbasis eingesetzt werden können.
- Das Diagnosespektrum nach ICD 10 der ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker sollte auch F63.0 Pathologisches Spielen umfassen. Hierfür sind eigene Behandlungskonzepte gem. der Empfehlung der Spitzenverbände der Leistungsträger bei Pathologischem Glücksspiel (März 2001) erforderlich, die auch entsprechende Kriterien für die Durchführung der Behandlung enthält. Für diskussionswürdig halten wir

des Weiteren die Fragestellung, wie mit pathologischen PC-Gebrauch umgegangen wird. Hier empfiehlt der FVS entsprechende Angebote an ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen zu integrieren, die auch „Pathologisches Spielen“ behandeln.

- Des Weiteren ist sicherzustellen, dass die Vergütung der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker jährlich aufgrund der aktuellen Preis- und Lohnentwicklungen angepasst wird.

Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Tel.: 02 28/26 15 55
Fax: 02 28/21 58 85
E-Mail: sucht@sucht.de
www.sucht.de

Aus Wissenschaft und Forschung: Für Sie gelesen

Diese Rubrik der Forschungs-AG des Fachverbandes Sucht¹ möchte auf interessante Publikationen in unserem Arbeitsbereich aufmerksam machen.

¹ Mitglieder: N. Bergemann, W. Funke (Koordination), A. Günthner, J. Lindenmeyer, R. Scheller, U. Zemlin

Titel: Spreading or concentrating drinking occasions – Who is most at risk?

Autoren: Kuntsche S^a, Plant ML^b, Plant MA^b, Miller P^b, Gmel G^{a,c}

Institution: ^a Swiss Institute for the Prevention of Drug and Alcohol Problems, Lausanne, Switzerland

^b Alcohol and Health Research Trust, Centre for Public Health Research, University of the West of England, Bristol, UK

^c Alcohol Treatment Center, Lausanne University Hospital, Lausanne, Switzerland

Quelle: European Addiction Research 2008; 14: 71-81

Art der Arbeit: emp. Arbeit

Meta-Analyse

Literaturüberblick

Stellungnahme / Thesenpapier

sonstiges

Inhalt (orientierend):

- **Fragestellung / Thema:** Hängen Art und Ausmaß akuter negativer Konsequenzen des Alkoholkonsums vom Trinkmuster ab? Ergeben sich im Vergleich von Konsumenten, die selten, aber viel trinken (engl. concentrators) andere Konsequenzen als bei denen, die häufiger, aber weniger trinken (engl. spreaders)?
- **Methoden / Probanden:** Im Rahmen des GENACIS-Projekts (Gender, Alcohol and Culture: An International Study) wurden die Befragungsdaten von 19 585 Alkoholkonsumenten der Allgemeinbevölkerung aus 7 europäischen Ländern mittels regressionsstatistischer Verfahren ausgewertet.
- **Ergebnisse:** Unabhängig von der Menge konsumierten Alkohols (kontrolliert durch statistische Adjustierung) zeigt sich in vielen Ländern mit zunehmender Zahl der Trinksituationen eine zunehmende Zahl negativer Konsequenzen. Besonders riskanter Hochkonsum (> 60 g Alkohol) in einzelnen Trinksituationen („binge drinking“) ist in fast allen Ländern mit unmittelbaren negativen Gesundheitskonsequenzen sowie überwiegend mit rechtlichen Problemen, Unfällen und gewalttätigen Auseinandersetzungen verbunden. Die Ergebnisse variieren teilweise nach Geschlecht und Altersgruppe. Frauen geben im Vergleich zu Männern weniger Trinkanlässe an, seltener riskanten Hochkonsum und geringere negative Konsequenzen. Jüngere Konsumenten trinken nach eigenen Angaben im Vergleich zu älteren seltener, jedoch deutlich mehr und mit stärkeren negativen Konsequenzen.