

Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Nachsorge in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Stellungnahme durch die Verbände der Leistungserbringer in der der DHS

Die neuen Regelungen, die mit einer Übergangsfrist bis 2016 umgesetzt werden sollen, sehen im Wesentlichen die Präzisierung und Abgrenzung der Nachsorgeleistung gegenüber anderen Behandlungsleistungen (insbesondere ambulante Reha, ambulante Weiterbehandlung, Kombibehandlung), der Beschreibung der Aufgaben und des Anforderungsprofils sowie eine Absenkung der Vergütungssätze vor. Zentrale Punkte des Rahmenkonzeptes sind:

- Die ambulante Nachsorge in der beschriebenen Form findet grundsätzlich nur im Anschluss an eine stationäre oder ganztägig ambulante Rehabilitation statt.
- Es erfolgt eine stärkere Betonung der Förderung sozialer Kontakte und eigener Aktivitäten des Rehabilitanden im Gegensatz zu therapeutischen Elementen.
- Die ambulante Nachsorge kann durch alle Beratungsstellen mit mindestens 2 Mitarbeiter/innen der Berufsgruppen Soziale Arbeit / Sozialpädagogik (Bachelor) durchgeführt werden, diese Mitarbeiter/innen benötigen keine therapeutische Zusatzqualifikation, Ärzte/innen und Psychologen/innen müssen nicht eingesetzt werden.
- Auch Kliniken oder andere geeignete Dienste können die ambulante Nachsorge durchführen.
- Die ambulante Nachsorge wird für 20 + 2 Gesprächseinheiten über 6 Monate bewilligt und kann im begründeten Einzelfall im gleichen Umfang und Zeitraum verlängert werden.
- Eine Mischung der Behandlungsgruppe in der ambulanten Nachsorge und ambulanten Reha ist nicht zulässig.
- Der Kostensatz zur Vergütung der Leistungen wird stufenweise von bisher 48,40€ auf 35,50€ reduziert.

Eine bundesweite Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen für die Durchführung der ambulanten Nachsorge ist grundsätzlich zu begrüßen, da bislang teilweise unterschiedliche Rahmenbedingungen existieren. Mit der Umsetzung dieses Rahmenkonzeptes würde allerdings eine massive Veränderung der Versorgungslandschaft erfolgen: In fast allen Bundesländern wurde die ambulante Nachsorge bislang mit den gleichen Qualitätsanforderungen und Vergütungssätzen wie die ambulante Reha durchgeführt, durch das Rahmenkonzept erfolgt nun eine stärkere Fokussierung auf sozialtherapeutische Aspekte (im Gegensatz zum psychotherapeutischen Schwerpunkt der bisherigen Behandlungskonzepte). Es wird dadurch zwar die Möglichkeit geschaffen, dass mehr Einrichtungen als bisher Nachsorgeleistungen anbieten können (bspw. kleine Beratungsstellen in ländlichen Gebieten ohne Anerkennung für ambulante Reha). Die bisherigen Anbieter von ambulanter Nachsorge müssten hingegen die fachliche Konzeption und die Personalausstattung grundlegend verändern.

Im Rahmen der Neuregelung der ambulanten Nachsorge wird grundsätzlich die Gefahr der Absenkung des fachlichen Standards und somit der Qualität der Gesamtleistung gesehen. Es muss deutlich darauf hingewiesen werden, dass die Möglichkeit der ambulanten Weiterbehandlung weiter bestehen muss und nicht durch Nachsorgeleistungen ersetzt werden darf. Es sind außerdem mögliche Auswirkungen auf die stationäre Behandlung zu befürchten, da die ambulante Weiterbehandlung offensichtlich nur noch im Rahmen der Kombibehandlung bewilligt wird.

Aus Sicht der Suchtfachverbände, die in der DHS zusammengeschlossen sind, ergeben sich daher folgende Fragestellungen:

1. *Warum soll eine derart umfassende Veränderung bewährter Versorgungsstrukturen und Behandlungskonzepte erfolgen?*

Es gibt keine Hinweise darauf, dass die bisherige Form der ambulanten Nachsorge ineffizient oder unwirksam ist. Möglicherweise spielen hier eher finanzielle Gründe eine Rolle oder die Angleichung an Nachsorgekonzepte in den somatischen Indikationsbereichen der medizinischen Rehabilitation. Bei der Umsetzung des Konzeptes besteht die große Gefahr, dass die Finanzierungsgrundlage der Fachstellen, die bislang entsprechende ambulante Maßnahmen durchgeführt haben, weiter verschlechtert wird und es somit zu einem erheblichen Qualitätsverlust in der ambulanten Behandlung Suchtkranker kommt. Es ist allgemein bekannt und mehrfach von den Suchtfachverbänden kritisiert worden, dass schon der Vergütungssatz für die ambulante Rehabilitation nicht kostendeckend ist und die Reha-Leistungsträger an dieser Stelle eine ‚Querfinanzierung‘ aus der Grundausstattung der entsprechenden Fachstellen (über Mittel der Kommune, des Landes oder des Wohlfahrtsträgers) akzeptieren. Wenn sich diese Finanzierungsgrundlage durch das vorliegende Rahmenkonzept weiter verschlechtert, ist ein Rückzug vieler Träger aus den ambulanten Behandlungsangeboten für Suchtkranke zu befürchten.

2. *Ist alternativ zur ambulanten Nachsorge auch weiterhin die Durchführung einer ambulanten (rehabilitativen, post-stationären) Weiterbehandlung möglich?*

Mit diesem stärker sozialtherapeutischen ausgerichteten Konzept werden Zielgruppen angesprochen, die nach Abschluss der vorhergehenden Behandlung bereits über eine gewisse Stabilität verfügen. Die bei vielen Rehabilitanden notwendige weitere psychotherapeutische Begleitung/Behandlung kann unter den aktuellen Bedingungen nicht realistisch nur in der ambulanten Richtlinienpsychotherapie erfolgen. Es besteht die Gefahr, dass grade bei der immer größer werdenden Gruppe der Rehabilitanden mit psychischer Komorbidität der in der stationären oder ganztägig ambulanten Behandlung erzielte Therapieerfolg durch eine unzureichende rehabilitative Nachsorge gefährdet wird.

3. *Warum sollen die ambulanten Nachsorgeleistungen nur nach einer planmäßigen Entlassung in der vorangehenden Behandlung möglich sein?*

Grade auch bei Rehabilitanden, die die stationäre oder ganztägig ambulante Maßnahme unplanmäßig beendet haben, kann eine Stabilisierung der erzielten Teilerfolge sinnvoll sein. Für diese Zielgruppe bliebe ansonsten nur die relativ hochschwellige Beantragung einer stationären oder ganztägig ambulanten Wiederholungsbehandlung.

4. *Warum soll eine strikte Trennung der Angebote in der ambulanten Reha und der ambulanten Nachsorge erfolgen?*

Wenn es ein Ziel des Rahmenkonzeptes sein sollte, die Verbreitung von ambulanten Nachsorgeangeboten zu verbessern, dann muss auch auf kleine Anbieter Rücksicht genommen werden, die ein wohnortnahes und alltagsbezogenes Angebot teilweise nur für eine zahlenmäßig und regional begrenzte Zielgruppe anbieten können. Grade bei indikativen Angeboten ist eine strikte Trennung der Gruppen fachlich nicht sinnvoll zu begründen.

5. *Welche weiteren Leistungen können parallel zur ambulanten Nachsorge weiterhin durchgeführt werden?*

In dem Rahmenkonzept bzw. dem bekannt gewordenen Rundschreiben der DRV Nordbayern zu diesem Thema werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie die Stufenweise Wiedereingliederung als parallel mögliche Maßnahmen genannt. Wichtig wäre es aber auch, dass Leistungen der Eingliederungshilfe bei Bedarf ergänzend zur ambulanten Nachsorge durchgeführt werden können, es gibt dazu bspw. in Baden-Württemberg bewährte Modelle mit dem ambulant betreuten Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe.

6. *Warum soll der Kostensatz zur Vergütung stufenweise angepasst bzw. abgesenkt werden?*

Das Anforderungsprofil, das im Rahmenkonzept beschrieben wird, fokussiert stärker auf soziale Arbeit im Gegensatz zur Sozialtherapie Sucht, was insbesondere bedeutet, sozialraumorientierte Nachsorgeleistungen sicherzustellen. Dieser deutlich erweiterte Ansatz geht über Einzel- und Gruppengespräch weit hinaus, es geht also um mehr als die nachhaltige Stabilisierung von Verhaltensweisen und Einstellungen im Einzelfall. Die Themen sind ausführlich im vorliegenden Rahmenkonzept beschrieben. Eigenständige Kontakte und Aktivitäten im Sozialraum brauchen spezifische Nachsorgeleistungen zur individuellen Bewältigung von beeinträchtigten umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren im Sinne der ICF, bzw. zur Stärkung der ressourcenorientierten Kontextfaktoren, die sich auf Umwelt und Person beziehen. Eine solche, an der ICF orientierte Fallstrukturierung der Nachsorgeleistungen im Anschluss an eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme für Abhängigkeitskranke umfasst Leistungsaspekte, die mit Einzel- und Gruppengespräche alleine kaum abgedeckt werden können. Eine stufenweise Anpassung und Absenkung der Kostenvergütung unterhalb des Kostensatzes für Ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker wird somit dem im vorliegenden Rahmenkonzept inhaltlichen Anforderungsprofil nicht gerecht, es wäre im Gegenteil eine Anhebung erforderlich.

7. *Warum beziehen sich die personellen Mindestanforderungen an eine Nachsorgeeinrichtung nur auf die drei Berufsgruppen, die in der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001 aufgelistet werden?*

Aus den Ausführungen zu Punkt 6 wird deutlich, dass die personellen Mindestanforderungen berufsgruppenbezogen erweitert werden müssen: staatlich anerkannte Ergotherapeuten/innen und staatlich anerkannte Fachpflegekräfte sind hier zu ergänzen, um die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen im Sinne einer verstärkten Sozialraumorientierung von Nachsorgeleistungen in Anschluss an eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ausgestalten zu können. Die an der ICF angelehnte Fallstrukturierung erfordert ergänzende fachliche Kompetenzen aus diesen beiden Berufsgruppen. Geeignete suchtspezifische Weiterbildungen sind für diese beiden Berufsgruppen erforderlich.

8. *Welche ‚anderen geeigneten Dienste‘ kommen für die Durchführung der beschriebenen Nachsorgeleistungen in Frage?*

Es sollte an dieser Stelle keine beliebige Öffnung stattfinden, denn es ist für die Durchführung der Nachsorge sowohl fachliche wie organisatorische Kompetenz im Fachgebiet Sucht erforderlich. Im wesentliche sollten diese Aufgaben auch weiterhin bei Fachstellen und Fachkliniken angesiedelt bleiben.