Fachverband Sucht e.V.

Walramstraße 3 - 53175 Bonn
Tel.: 0228/261555 - Fax: 0228/215885
sucht@sucht.de - www.sucht.de

GCAA GERMAN COUNCIL ON ALCOHOL AND ADDICTION

Überarbeitung der Anforderungen zur „Strukturqualität von medizinischen Reha-Einrichtungen durch die DRV Bund“: Stellungnahme des FVS für den Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen

Die Deutsche Rentenversicherung beabsichtigt vor dem Hintergrund der bisherigen praktischen Erfahrungen mit den Strukturanforderungen (siehe DRV: Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung, Stand: Mai 2010) und der neuen Studiengänge und -abschlüsse deren Überarbeitung. Hierzu wurden auch die Verbände der Leistungserbringer um ihre Stellungnahme gebeten. Der FVS hat sich hierzu wie folgt geäußert:

I. Grundsätzliche Anmerkungen

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) begrüßt es, dass die Deutsche Rentenversicherung RV-weit einheitliche Maßstäbe für die Strukturqualität erarbeitet hat. Der FVS unterstützt die grundsätzliche Forderung, dass die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker in einem interdisziplinären Behandlungskontext mit hoher Qualität erbracht werden muss. Der vorgelegte Anforderungskatalog sollte dabei aber keine allein verbindliche Mindestanforderung, sondern nur einen Orientierungsmaßstab für die Rehabilitationskliniken darstellen. Zudem ist auch zu berücksichtigen, dass sich zunehmend Einrichtungs- bzw. Klinikprofile entwickelt haben, welche auf die spezifischen Behandlungsbedarfe der Patienten/innen (z.B. komorbide Erkrankungen, altersgerechte Angebote, Schweregrad der Störungen, Teilhabebedarfe) ausgerichtet sind. Damit verbunden sind auch unterschiedliche Anforderungen an die personelle und räumliche Ausstattung. Es sollte hierbei eine Selbstverständlichkeit sein, dass auf Basis vereinbarter Einrichtungskonzepte die entsprechenden strukturellen und personellen Anforderungen auch adäquat von den Leistungsträgern vergütet werden. Sollten beispielsweise auf der Grundlage der von der DRV verabschiedeten Strukturanforderungen zusätzliche Personalforderungen an stationäre Rehabilitationseinrichtungen gestellt werden, so müssen diese im Vergütungssatz der Einrichtung natürlich auch Berücksichtigung finden. Vom Grundsatz her spricht sich der FVS für eine hohe Qualität und Pluralität der Behandlungsangebote aus, welche entsprechend der Kriterien „Individualisierung“, „Flexibilisierung“, „Intensivierung“, und „Berücksichtigung der Fallschwere“ weiter ausgebaut werden sollten.

Die Einrichtungen stehen allerdings zunehmend vor dem Dilemma, einerseits therapeutische und weitere personelle Ressourcen angesichts der ökonomischen Rahmenbedingungen und finanzieller Engpässe straffen zu müssen und auf der anderen Seite hohe Qualitätsanforderungen erfüllen müssen. Von daher können Struktur- und Qualitätsanforderungen nicht losgelöst von der Vergütung der Leistungen diskutiert werden, da diese in einem direkten gegenseitigen Verhältnis zueinander stehen. Darüber hinaus ist es sicherlich weder im Sinne der Leistungsträger und deren Versicherten, noch der Leistungserbringer, dass vorrangig Preisvergleiche ohne Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen und qualitativer Aspekte für die Belegung einer Einrichtung ausschlaggebend sind.

Beim Einbezug der Strukturanforderungen in das BQR mit der Vergabe von Qualitätspunkten sollten die Spitzenverbände der Suchtkrankenhilfe früh einbezogen werden und der Berechnungsalgorithmus transparent gemacht werden.

Bei der Entwicklung von Strukturanforderungen für ambulante Reha-Einrichtungen sollten ebenfalls die Spitzenverbände frühzeitig einbezogen sein.

Im Unterschied zum ersten Entwurfspapier der DRV (Stand März 2009) ist in der veröffentlichen Version (Mai 2010) hinsichtlich der Abweichungsmöglichkeit von den personellen Anforderungen (Tab. 6) nur noch eine Begrenzung nach unten von bis zu 20 % genannt. Es sollte bei einer Überarbeitung zusätzlich aufgenommen werden, dass **eine Überschreitung der personellen Anforderungen nach oben hin auch von über 20 % möglich und gewünscht ist, sofern dies konzeptbedingt erforderlich ist.** Damit würde auch der möglichen Gefahr, sich insbesondere an Minimalanforderungen zu orientieren entgegengewirkt werden. Begründung hierfür ist, dass sich die personellen Anforderungen an medizinische Rehabilitationskliniken - in Abhängigkeit vom Behandlungskonzept und der Fallschwere der Patienten - z. T. erheblich unterscheiden (z.B. wenn ein ärztlicher Präsenzdienst erforderlich ist, für Patienten mit psychischer oder somatischer Komorbidität, für Patienten mit Kindern in der Einrichtung) und deshalb nach oben hin deutliche Abweichungen (von über 20 %) von den personellen Anforderungen (Tab. 6) möglich sein müssen. Solche konzeptmäßigen Abweichungen müssen auch dauerhaft – und nicht nur für einen Übergangszeitraum – möglich sein.

Grundlage für die bestehenden Stellenpläne im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung sind die Vorgaben der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen" vom 04.05.2001 sowie das Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlich Krankenversicherung zur ganztätig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18.08.2011. In der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen" wurden auch unterschiedliche Gruppenstärken in der Psychotherapie für Alkohol- und Medikamentenabhängige und Abhängige von illegalen Drogen vorgegeben. Da die Entwöhnungsrehabilitation sich differenziert darstellt und hier passgenaue Behandlungsansätze erforderlich sind, muss ein Stellenplan auch weiterhin konzeptabhängig mit der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung ausgehandelt werden. Von daher sind auch weiterhin Möglichkeiten zur speziellen Differenzierung durch die Stärkung der einen oder anderen Berufsgruppe und zur Verschiebung von Schwerpunkten notwendig, welche jeweils konzeptabhängig mit dem federführenden Leistungsträger zu vereinbaren sind.

Wir begrüßen, dass an verschiedenen Stellen in den bereits publizierten Strukturanforderungen der DRV für stationäre Rehabilitationseinrichtungen bei den personellen Anforderungen nach Funktionen und nicht nach Berufsgruppen unterschieden wird. Bestehen bleibt unsere Forderung (siehe Stellungnahme des FVS vom Mai 2010), dass dieser Ansatz auch auf weitere Funktionsbereiche ausgeweitet werden sollte. So sollte der Bereich der Einzel- und Gruppentherapie für die Rehabilitationseinrichtungen flexibel gehandhabt werden und hier neben den Absolventen der Fachgebiete „Psychologie" und „Soziale Arbeit" auch weiterhin die Berufsgruppe der Ärzte mit entsprechender psychotherapeutischer bzw. suchttherapeutischer Weiterqualifikation eingesetzt werden können. Ferner sollte im Bereich „Ergo-, Beschäftigungs-, Arbeitstherapie" neben Ergotherapeuten, Beschäftigungstherapeuten etc. auch die Berücksichtigung von Absolventen aus dem Bereich „Soziale Arbeit" erfolgen. Wir schlagen in diesem Zusammenhang zudem vor, den Begriff „Arbeitstherapie" zu erweitern und diesen unter „Berufsintegrierende Leistungen" zu subsumieren. Entsprechende Angebote der Rehabilitationseinrichtungen sollten sich am jeweiligen Bedarf der Rehabilitanden orientieren, so kann sich dieser beispielsweise vorrangig auf das Einüben/die Stabilisierung von Grundfertigkeiten oder, im Sinne der beruflichen Reintegration, auf spezialisierte, arbeits- und berufsspezifische Anforderungen beziehen.

Auch lassen sich die Vorgaben für eine 100-Betten-Klinik nicht einfach auf andere Klinikgrößen „herauf- oder herunterrechnen". So sind im Bereich der Drogenrehabilitation spezifische Anforderungen zugrunde zu legen. Auf die besondere Problematik der einfachen Übertragung der personellen Anforderungen für eine 100-Betten-Klinik auf ganztägig ambulante Einrichtungen sei gesondert hingewiesen. Da es sich in der Regel um sehr kleine Einrichtungen mit einer geringen Personaldichte handelt, ist man ggf. auf externe Lösungen hinsichtlich der Urlaubs-, Krankheits- und Fortbildungszeiten angewiesen. Aufgrund der geringen Stundenzahl von Diätassistenten/Diplom-Oecotrophologen wird es ferner unmöglich sein, in diesem Bereich Einzelberatungen durchzuführen. Des Weiteren sollten auch externe Angebote (z.B. räumlicher Art [z.B. Sportparks], Raucherentwöhnungskurse) genutzt werden können.

Ferner 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 mit dem federführenden Leistungsträger 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 zu weiteren Anforderungen der Leistungsträger stehen (z.B. Vorgaben der Reha-Therapiestandards, Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen, BQR, vertragliche bzw. konzeptionelle Grundlagen der Einrichtungen). Die Personalschlüssel müssen sich an diesen Vorgaben orientieren (inkl. Berücksichtigung von Vertretungs- und Urlaubszeiten).

Grundsätzlich sollte auch die zunehmend angespannte Arbeitsmarktsituation berücksichtigt werden, so ist insbesondere die Besetzung von Ärzten und Psychotherapeuten ausgesprochen schwierig. Angesichts der demographischen Entwicklung werden sich diese Engpässe in den nächsten Jahren noch deutlich zuspitzen. Von daher muss bei entsprechenden personellen Engpässen im Rahmen eines Qualitäts-Dialogs gemeinsam zwischen Leistungsträger und Leistungserbringern nach adäquaten Lösungen gesucht werden, und ggf. müssen personelle Anforderungen entsprechend angepasst werden.

II. Spezifische fachliche Rückmeldung zu den Anhaltszahlen

Im Weiteren wird auf die Anhaltszahlen zu den personellen Anforderungen (Tab. 6 der DRV Publikation zu den Strukturanforderungen) detailliert eingegangen.

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 und sollte bei der Berechnung von Personalstellen Berücksichtigung finden.

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 spezialisiert hat. Ferner muss unterschieden werden zwischen Einrichtungen, die über einen ärztlichen Präsenzdienst verfügen und anderen Einrichtungen.

2. Weitere Mitarbeiter mit Leitungsfunktionen

Ferner ist auch die gesonderte Funktion des Leitenden Psychologen bzw. Leitenden Therapeuten, die ebenfalls entsprechende Leitungsaufgaben ausüben, entsprechend bei der Berechnung der Personalstellen zu berücksichtigen.

3. Einzel- und Gruppentherapeuten

Das zahlenmäßige Verhältnis von Bezugstherapeuten mit psychotherapeutischer bzw. suchttherapeutischer Qualifikation (Einzel- und Gruppentherapie) zu Patienten sollte sich am Umfang der Aufgaben der 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 von 14 bei Drogenabhängigen. Hierbei sind zusätzliche Aufgaben der Leitungsfunktion nicht enthalten.

In dem publizierten Strukturanforderungen (2010) 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. Nach unserer Einschätzung ist für den Bereich der klinischen Sozialarbeit allerdings ein zusätzlicher Bedarf von 1,25 Stellen bei einer 100-Betten-Einrichtung erforderlich. Dieser kann sich in Abhängigkeit von der Klientel einer Einrichtung (z.B. Anteil an wohnungslosen, arbeitslosen, verschuldeten Patienten) noch erhöhen.

In der Einzel- und Gruppentherapie sollten grundsätzlich die Berufsgruppen der Bereiche „Soziale Arbeit", „Psychologie" sowie Ärzte mit entsprechender psychotherapeutischer bzw. suchttherapeutischer Qualifikation eingesetzt werden können. Wir weisen ferner in diesem Zusammenhang darauf hin, dass bezogen auf die genanten Berufsgruppen die Bologna-Reform zu berücksichtigen ist (vgl. III). So war eine tätigkeitsspezifische Weiterbildung für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker bislang den Berufsgruppen der Ärzte, Diplom-Psychologen und Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen vorbehalten. Es wird davon ausgegangen, dass die bisherigen Studienabschlüsse für die Berufsgruppe der Diplom-Sozialpädagogen/Diplom-Sozialarbeiter durch den Bachelor in „Sozialer Arbeit" **mit** staatlicher Anerkennung ersetzt werden. Der Abschluss Diplom-Psychologe wird durch den Abschluss eines konsekutiven Masters in klinischer Psychologie mit Berechtigung zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ersetzt werden. Es sollte den Einrichtungen überlassen bleiben, aus welchen Berufsgruppen sich die oben genannten 10 bzw. 14 Therapeuten pro 100 Patienten/innen zusammensetzen.

4. Pflegepersonal

Das Vorhalten von 6 Pflegekräften ist im Bereich der Rehabilitation von illegalen Drogen – natürlich letztlich auch abhängig von der jeweiligen Klientel einer Einrichtung – in der Regel eher zu hoch angesetzt. Bei der Bemessung der Anzahl der Pflegekräfte ist allerdings auch zu berücksichtigen, ob Pflegekräfte „rund um die Uhr" im Rahmen des Bereitschaftsdienstes eingesetzt werden müssen. Im Falle eines Präsenzdienstes reichen 6 Stellen nicht aus. Die Anzahl der Pflegekräfte ist grundsätzlich abhängig von der Patientenstruktur (z.B. Alter der Patienten, Komorbidität) einer Einrichtung. Deshalb sollte ggf. auch eine deutliche Abweichung von den Vorgaben nach oben hin möglich sein, wenn es sich um entsprechend chronifizierte bzw. ältere oder somatisch beeinträchtigte Patienten ha.

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

Im Bereich der arbeitsbezogenen bzw. berufsintegrierenden Leistungen sollte eine Erweiterung um die Berufsgruppe aus dem Bereich „Soziale Arbeit" erfolgen. Diese übt in diesem Bereich eine wichtige Funktion aus und ist auch in der „Klassifikation therapeutischer Leistungen" (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) entsprechend aufgeführt.

Darüber hinaus ist auch hier bei der Bemessung von Personalstellen zu berücksichtigen, welche Patientenklientel eine Einrichtung vorrangig behandelt (z.B. arbeitslose Patienten versus 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.

6. MTA, MTLA, MTRA, PTA

Für diese Berufsgruppen sind insgesamt drei Stellen im Bereich Psychosomatik für eine 100-Betten-Einrichtung vorgesehen, im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist hingegen keine Stelle dafür vorgesehen. Entsprechendes medizinisch-technisches Personal ist - entsprechend der Zusammensetzung der jeweiligen Klientel einer Fachklinik - auch in den entsprechenden Stellenplänen dieser Einrichtungen enthalten.

III. Neue Studien- und Berufsabschlüsse in der Rehabilitation

Bei Stellen, für die bislang eine Diplom-Qualifikation gefordert wird, sollte zukünftig vom Grundsatz her der Master-Abschluss gefordert werden.

Psychotherapeutische Leistungen sollten unverändert ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten vorbehalten bleiben. Für den Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen verweisen wir zusätzlich auf die am 01. Januar 2012 in Kraft getretenen „Auswahlkriterien zur Prüfung von Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker …." (vgl. Publikation der DRV zu ‚Vereinbarungen im Suchtbe-

reich"). Neben den ausreichenden Kriterien einer Weiterbildung für Ärzte im Bereich ‚Psychotherapie' und einer Ausbildung von Psychologen zum Psychologischen Psychotherapeuten wird in den ‚Auswahlkriterien' ausgeführt, dass eine Tätigkeitsfeld spezifische Weiterbildung für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker für die Berufsgruppen Ärzte, Diplom-Psychologen und Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen diese zur Durchführung von Gruppen- und Einzeltherapie befähigt. In der Anmerkung Ziffer 3 wird ausgeführt, dass die bisherigen Studienabschlüsse für die Berufsgruppe der Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen durch den Bachelor „Soziale Arbeit" **mit** staatlicher Anerkennung ersetzt werden. Der Abschluss Diplom-Psychologe werde durch den Abschluss eines konsekutiven Masters in Psychologie mit Berechtigung zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ersetzt werden.

Wir regen zudem an, die Berufsgruppe der Diplompädagogen mit dem Schwerpunkt „Sozialarbeit/Sozialpädagogik" entsprechend zu berücksichtigen. Wir begrüßen die Regelung der Fachaufsicht durch Psychologische Psychotherapeuten bzw. Diplom- oder Masterabsolventen der Psychologie für Bachelor-Absolventen, ebenso wie die Regelung, dass die Stelle eines Bachelor-Absolventen und damit seine Aufgaben von der Reha-Einrichtung immer durch einen Masterabsolventen der Psychologie ersetzt werden kann, nicht jedoch umgekehrt.

Hinsichtlich der Aufgabenstellungen für Master-Absolventen im Bereich Psychologie stimmen wir zu, dass diese Schulungsverfahren und psychologische Testverfahren durchführen können.

Hinsichtlich der Durchführung von Biofeedbackverfahren und Entspannungsverfahren sind wir allerdings der Auffassung, dass diese ausschließlich ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten bzw. Masterabsolventen entsprechender Studiengänge vorzubehalten sind und verweisen diesbezüglich auf § 6 Abs. 6 der Psychotherapievereinbarungen, die für übende und suggestive Techniken (Autogenes Training, PMR, Hypnose) spezifische Nachweise und fachliche Befähigungen für Psychologische Psychotherapeuten vorsehen. Eine Übertragung derartiger Aufgaben an Bachelorabsolventen der Psychologie würde unserer Auffassung nach den Psychotherapie-Richtlinien widersprechen.

Wie bereits anderweitig vorgeschlagen, sehen wir den Einsatz von Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung als Einzel- und Gruppentherapeuten dann als gegeben an, wenn diese (z. B. nach der Zwischenprüfung) im Rahmen ihrer Ausbildung im Rahmen der ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu Lasten der GKV unter Supervision tätig sind (Nachweis durch Ausbildungsbescheinigung des Ausbildungsinstitutes).

Der vorgeschlagenen Aufteilung von Bachelor- und Masterabsolventen im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen (0,25 zu 4,75) können wir zustimmen, eine Ausweitung des Stellenanteils für Bachelor-Absolventen lehnen wir ab.

IV Zum Anhang I: Kennzeichnung der struktur- und zuweisungsrelevanten Kriterien, Stationäre Rehabilitation von psychischen, psychosomatischen sowie Abhängigkeitserkrankungen

Zum Strukturerhebungsbogen, in dem unterschieden wird zwischen

a. grundsätzlichen, für alle stationären Rehabilitationseinrichtungen in den Bereichen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen geltenden strukturellen Kriterien (SR) und

b. zuweisungsrelevanten Kriterien (ZW), welche Basis für die spezifische Zuweisung von Patienten mit spezifischen Bedarfen sind,

äußerte sich der FVS wie folgt:

Seite 2 des Strukturbogens

- Die Kriterien behinderten- und rollstuhlgerechter Zugang sollten zusammengefasst und als ZR (zuweisungsrelevantes Kriterium) eingestuft werden. Mit der Bildung entsprechender Schwerpunkt-Einrichtungen kann auf das Kriterium SR (Basiskriterium) verzichtet werden.

- Das Kriterium, alle Zimmer mit einer Notrufanlage auszustatten, sollte als ZR eingestuft werden. Hierbei wird auf die mehrfachen Stellungnahmen der Suchtverbände hingewiesen.

- Beim Rauchverbot im Klinikgebäude sollte der Zusatz bzw. die Ausnahmeregelung „außer in einem Raucherzimmer" entfallen.

- „Verbot des Konsums psychotroper Substanzen während der Reha" sollte auch für die Psychosomatik SR sein.

Seite 3 des Strukturbogens

- „Lehrküche" sollte bei Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik einheitlich ZR sein.

- „Bewegungsbad oder Schwimmbad" sollte in beiden Indikationen – und damit auch in der Psychosomatik - ZR sein.

- Größenangaben bei Sport- und Gymnastikhalle sollten grundsätzlich entfallen.

- Medizinische Trainingstherapie-Einheit sollte bei Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen einheitlich ZR sein.

Seite 4 des Strukturbogens

- „Langzeit-RR" und „Langzeit-EKG" gehören nicht zur Basisdiagnostik.

Kapitel III

- Die Abfrage von entsprechenden Prozessmerkmalen (unter Punkt III) halten wir durchaus für strukturrelevant und sollte erhalten bleiben.

Seite 7 des Strukturbogens

- Die bislang getrennten Punkte „fachärztlich-psychiatrische Untersuchung" und „fachärztliche Untersuchung auf psychiatrische Fragestellung" sollten zusammengefasst werden.

- Das Item „Milieutherapie" sollte auch im Bereich „Psychosomatik" entfallen.

Seite 8 des Strukturbogens

- Die jeweilige Einstufung in SR und ZR hinsichtlich der aufgeführten Leistungen im Bereich „Gesundheitsbildung, Motivation, Schulungen" ist nicht nachvollziehbar und sollte nochmals grundsätzlich überprüft werden.

Seite 9 des Strukturbogens

- Beim Psychologischen Dienst „Diplom-Psychologe/in mit geeignetem Aus- oder Weiterbildungsschwerpunkt“ sollten die Anmerkungen (z.B. Reha-Psychologie, Neuropsychologie, Klinische Psychologie, mehrjährige einschlägige Berufserfahrung [mind. 2 Jahre in der Reha]) entfallen.

- Die Kategorie Diplom-Psychologe sollte wie folgt geändert werden: Diplom-Psychologe oder Abschluss Master Psychologie mit Schwerpunkt Klinischer Psychologie.

- Es sollte eine weitere Kategorie für Bachelor-Absolventen eingeführt werden.

- Die Kategorie „davon approbiert“ bei der Kategorie „Psychologischer Dienst“ sollte geändert werden in Psychologischer Psychotherapeut, die zusätzliche Anmerkung sollte entfallen.

- Die Kategorie Leitender Psychologe sollte unbedingt erhalten bleiben und auch für den Indikationsbereich Psychosomatik aufgeführt werden.

Seite 10 des Strukturbogens

- Bei Diplom-Sozialarbeiter/in oder Diplom-Sozialpädagoge/in ist vom Grundsatz her zu unterscheiden zwischen „Einsatz im Bereich der Gruppen-, Einzeltherapie“ und „Einsatz im Bereich der Sozialen Arbeit“. Die bisherige Anmerkung („Abh.: davon mind. 1 weitergebildet in suchtspezifischen Bereichen“) könnte für den Bereich des Einsatzes als Einzel- und Gruppentherapeut im Bereich Abhängigkeitserkrankungen entfallen, da hier grundsätzlich eine suchttherapeutische Weiterbildung gefordert wird.

- Die Kategorie Diplom-Sozialarbeiter bzw. Diplom-Sozialpädagoge sollte unterteilt werden in Bachelor- bzw. Master-Absolventen mit der Ergänzung in „Sozialer Arbeit“ mit staatlicher Anerkennung.

- Bei dem Kriterium „Ergotherapeut“ sollte hinsichtlich des Einsatzes von Personal im Bereich „Ergo- und Arbeitstherapie“ ergänzt werden in einer eigenen Rubrik der Einsatz von Diplom-Sozialarbeitern und Diplom-Sozialpädagogen bzw. Master- und Bachelor-Absolventen im Bereich beruflicher Reintegration (MBOR). Für Psychosomatik wie Abhängigkeitserkrankungen sollte hierbei das Kriterium SR gewählt werden.

Kapitel B:

- Wir plädieren dafür, die strukturnahen Prozessmerkmale, in denen konzeptionelle Grundlagen einer Einrichtung aufgeführt sind, beizubehalten.

Seite 11 des Strukturbogens

- Die regelmäßige Überarbeitung und Aktualisierung des Klinikkonzeptes sollte SR für beide Bereiche (auch „Psychosomatik“) verbindlich sein, gleiches gilt für die regelmäßige und bedarfsorientierte Überarbeitung und Aktualisierung der Therapiekonzepte.

- Der Einsatz eines Pflegedokumentationssystems sollte für beide Bereiche als ZR aufgeführt werden.

- Beim Supervisionskonzept sollte die Anmerkung für beide Bereiche gelten.

Seite 12 und Seite 13 des Strukturbogens

- Wir plädieren dafür, sowohl das „Interne Qualitätsmanagement“ als auch den Bereich „Interne Kommunikation und Personalentwicklung“ als strukturnahe Merkmale beizubehalten.

Seite 12 des Strukturbogens

- Wir schlagen zwei ergänzende Kategorien vor:
  - Durchführung einer Basisdokumentation als SR für beide Bereiche (Anmerkung bei Abhängigkeitserkrankungen: ‚gemäß Kerndatensatz' der DHS)
  - Einsatz einer Routinekatamnestik als ZR für den Bereich Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit mit der Anmerkung: gemäß „Kerndatensatz Katamnese“ der DHS.

Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Telefon: 02 28/26 15 55
Telefax: 02 28/21 58 85
sucht@sucht.de
www.sucht.de