

Stellungnahme des Fachverband Sucht e.V. (FVS) zur anstehenden Überarbeitung der Inhalte der Broschüre „Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung“ und des Strukturhebungsbogens „Entwöhnungsbehandlung“ vom Juli 2014 – Aktualisierte Version Juli 2017

Einleitung:

Der FVS stellt in seiner Stellungnahme zu den Strukturanforderungen der Rentenversicherung (Juli 2014) insbesondere den Aspekt der personellen Anforderungen/Personalbemessung für den Bereich „Abhängigkeitserkrankungen“ in den Mittelpunkt, geht aber auch auf einzelne Ausstattungsmerkmale ein. Teil A befasst sich mit den grundsätzlichen Ausführungen in der neuen Publikation der DRV „Strukturqualität von Reha-Einrichtungen“, Teil B mit den entsprechenden Merkmalen in den Strukturhebungsbögen.

Diese Stellungnahme basiert im Wesentlichen auf einer im Jahr 2014 erstellten und publizierten Version, welche an einigen Stellen überarbeitet wurde.

Teil A

„Strukturqualität von Reha-Einrichtungen“, 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage (Juli 2014)

A I Grundsätzliche Anmerkungen: hier: Anhaltzahlen zu den personellen Anforderungen von Fachkliniken im Bereich Abhängigkeitserkrankungen

Der FVS unterstützt die Forderung, dass die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker in einem interdisziplinären Behandlungskontext mit hoher Qualität erbracht werden sollte. Dies schließt entsprechende Anforderungen an die personelle Ausstattung mit ein.

Bei der Formulierung dieser Anforderungen ist 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 im Indikationsbereich der Entwöhnungsbehandlung dar. Entsprechende Untersuchungen zur Wirksamkeit der Behandlung belegen insgesamt die gute Ergebnisqualität dieses Versorgungsbereichs. Von daher liegt es natürlich im gemeinsamen Interesse der Leistungsträger und Leistungser-

bringer, dass bewährte Behandlungskonzepte nicht etwa über eine Vereinheitlichung von Personalanforderungen in ihrem Bestand gefährdet werden und entsprechende konzeptionell und fachlich begründete Abweichungen in Absprache mit dem federführenden Leistungsträger auch weiterhin möglich sein müssen. Diese Anforderung wird in der Publikation der DRV auch entsprechend berücksichtigt:

Hinsichtlich der Unterschreitung der formulierten Zielgröße bei den Personalstellen ist nach unten hin ein Toleranzbereich von – 20 % festgelegt worden. Für besonders wichtig halten wir die Aussage der DRV, dass eine Beschränkung nach oben hin nicht vorgesehen ist und diese - entsprechend konzeptionell begründet – in unterschiedlichem Ausmaß erfolgen kann. Damit können auch zukünftig differenzierte und personalintensive Angebote von hoher Qualität vorgehalten werden. Es stellt eine Selbstverständlichkeit dar, dass entsprechend mit dem jeweiligen Leistungsträger vereinbarte personelle Anforderungen auch adäquat von diesem zu vergüten sind.

Das personelle Anforderungsprofil kann von daher in der Anwendung durch die einzelnen Leistungsträger nur einen beispielhaften und keinen normativen Charakter haben. Grundsätzlich gehen wir deshalb in Übereinstimmung mit den Ausführungen im Kapitel 6 der Publikation (s. S.35 f.) davon aus, dass es sich hierbei um einen beispielhaften Orientierungsstellenplan handelt und die personellen Anforderungen (s. Kap. 3.6.3, S. 22) als Anhaltzahlen zu verstehen sind. Eine wesentliche Grundlage für die Vereinbarung von Stellenplänen bleiben die Vorgaben der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001, hierbei wurden auch unterschiedliche Gruppenstärken in der Psycho-/Suchttherapie für Alkohol- und Medikamentenabhängige und Abhängige von illegalen Drogen vorgegeben. Da die Entwöhnungsrehabilitation sich differenziert darstellt und die jeweiligen Behandlungsbedarfe der Patienten¹ von vielen therapeutischen Variablen geprägt sind, ist ein Stellenplan auch weiterhin konzeptabhängig von der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung mit dem zuständigen Leistungsträger auszuhandeln. Dieser mit dem federführenden Leistungsträger ausgehandelte Stellenplan stellt die verbindliche Grundlage hinsichtlich der Personalausstattung einer Einrichtung dar. Hierbei sind auch weiterhin Möglichkeiten und Spielräume zur speziellen Differenzierung durch die stärkere Berücksichtigung der einen oder anderen Berufsgruppe und zur Bildung von Schwerpunkten (z.B. spezifische Behandlungsangebote bei psychischer und/oder somatischer Komorbidität) notwendig, welche dann jeweils konzeptabhängig zu vereinbaren sind. So stellen sich beispielsweise unterschiedliche konzeptionelle und personelle Anforderungen an Einrichtungen, die über einen hohen Anteil an arbeitslosen Patienten verfügen gegenüber Einrichtungen, deren Patienten (noch) weitgehend beruflich integriert sind. Auch halten einige Fachkliniken einen ärztlichen Bereitschaftsdienst in der Einrichtung vor, um Patienten mit entsprechender Komorbidität „rund um die Uhr“ medizinisch versorgen zu können. Auch ist gerade bei ko- und multimorbiden Patienten grundsätzlich von einem erhöhten Bedarf an (fach)ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen auszugehen. Dies sind nur einzelne Beispiele für derart spezifische Anforderungen, welche auch ihren Niederschlag in den Stellenplänen finden, die mit den jeweiligen Leistungsträgern vereinbart werden.

Der FVS begrüßt auch, dass in den Strukturanforderungen der DRV Bund für stationäre Rehabilitationseinrichtungen weiterhin hinsichtlich der personellen Anforderungen nach Funktionen und nicht nach einzelnen Berufsgruppen unterschieden wird.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird die männliche Schreibweise verwendet.

Dadurch bleibt beispielsweise die Flexibilität im Bereich der Einzel- und Gruppentherapie für Entwöhnungseinrichtungen erhalten, denn hier können neben den Absolventen der Fachgebiete „Psychologie“ und „Soziale Arbeit“ auch die Berufsgruppe der Ärzte mit entsprechender psychotherapeutischer bzw. suchtttherapeutischer Weiterqualifikation eingesetzt werden. Wir halten es zudem für wichtig, wenn im Bereich der Ergo-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie neben Ergotherapeuten und Beschäftigungstherapeuten auch weitere qualifizierte Berufsgruppen eingesetzt werden können.

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. Ferner weisen wir auf die Besonderheit von Rehabilitationskliniken hin, welche über eine Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und eine Abteilung für Psychosomatik verfügen. Hier sind weiterhin 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, Vereinbarungen im Bereich Abhängigkeitserkrankungen, vertragliche bzw. konzeptionelle Grundlagen der Einrichtungen).

Erwähnt sei – verbunden mit den personellen Anforderungen – auch, dass wir es mit einer zunehmend angespannten Arbeitsmarktsituation zu tun haben, so wird insbesondere die Besetzung von Arzt- wie auch Psychotherapeutenstellen zunehmend schwieriger. Von daher muss bei entsprechenden personellen Engpässen gemeinsam zwischen Leistungsträger und Leistungserbringern nach adäquaten Lösungen gesucht werden.

Von zentraler Bedeutung ist, dass - sofern erhöhte und 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. Dies trifft auch auf entsprechende Mehrbedarfe zu, die im Rahmen der Umsetzung der BORA-Empfehlungen zur Förderung der beruflichen Teilhabe entstehen und konzeptionell mit dem federführenden Leistungsträger vereinbart sind.

Einer Einrichtung, welche über höhere Qualitätsstandards bezogen auf personelle Anforderungen (z.B. Personal zur Behandlung von Komorbidität, ärztlicher Bereitschaftsdienst) verfügt, dürfen keine Nachteile durch einen damit verbundenen höheren Vergütungssatz hinsichtlich der Belegungssteuerung entstehen. Diese Nachteile würden auch dann entstehen, wenn ihr nur noch ausschließlich komorbide Patienten zugeleitet würden, da in den Einrichtungen (aus Belegungs- und Therapiegründen) ein entsprechender „Patientenmix“ erforderlich ist.

A II Spezifische fachliche Rückmeldung zu den Anhaltswerten

Zu den in der Publikation von der DRV genannten Anhaltszahlen 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 deshalb für die Leitungsaufgaben freizustellen. Der zeitliche Umfang für diese Aufgaben steht auch im Zusammenhang mit der Größe einer Rehabilitationseinrichtung. Grundsätzlich ist für übergeordnete interne und externe Aufgaben (z.B. für fachliche Vernetzung, interne Fachaufsicht und Supervision etc.) von einem erheblichen Stundenkontingent auszugehen.

Zu berücksichtigen ist ferner bei der Berechnung von Arzt- und Facharztstellen und Stellen für Psychologische Psychotherapeuten, vom federführenden Leistungsträger inwieweit eine Behandlungseinrichtung sich z.B. auf Patienten/innen mit psychischer bzw. somatischer Komorbidität spezialisiert hat. Ferner muss hinsichtlich der erforderlichen Stellenzahlen differenziert werden zwischen Einrichtungen, die über einen ärztlichen Bereitschaftsdienst verfügen und anderen Einrichtungen.

2. Weitere Mitarbeiter mit Leitungsfunktionen

Hinsichtlich der Umsetzung der publizierten Strukturanforderungen ist auch die gesonderte Funktion des leitenden Psychologen/Psychotherapeuten entsprechend im vereinbarten Stellenplan zu berücksichtigen. Auch in diesem Falle ist aufgrund der vielfältigen Aufgaben wie fachliche Vernetzung, interne Fortbildungs- und Supervisionsaufgaben, Evaluation und Konzeptentwicklung von einem erheblichen Stundenkontingent auszugehen. Zudem sollte differenziert erfasst werden a) Psychologische Psychotherapeuten, b) Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung (PPiA) nach der Zwischenprüfung bzw. der Absolvierung der Hälfte der Ausbildung, c) Sonstige PPiA in Ausbildung.

3. Einzel- und Gruppentherapeuten

Das zahlenmäßige Verhältnis von Bezugstherapeuten mit suchttherapeutischer Qualifikation (Einzel- und Gruppentherapie) zu den 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 die Behandlung und der sozialen, psychischen und medizinischen Problematik der Patienten orientieren. Aus den bisher gültigen Vorgaben der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ (2001) ergibt sich pro 100 Patienten/innen eine Zahl von 10-11 Therapeuten/innen in Alkohol- und Medikamenteneinrichtungen und 14 bei Drogenabhängigen. In - bezüglich der Suchtmittel - integrierten Behandlungseinrichtungen ist ein mittlerer Wert, je nach Zusammensetzung der Klientel, anzunehmen.

In den Strukturanforderungen sind im Bereich „klinische Psychologie/Psychotherapie/Suchttherapie“ für Fachkliniken für Alkohol/Medikamente insgesamt allerdings nur 9 Stellen für Fachkliniken im Bereich Alkohol/Medikamente und für illegale Drogen insgesamt nur 13 Stellen vorgesehen.

Hier sollte eine entsprechende Anpassung auf die ursprünglich vorgesehene Stellenzahl vorgenommen werden. Denn die gesonderte Personalstelle für den Bereich

„Klinischer Sozialdienst“ sollte nicht in den Personalstellenplan der Gruppen- und Einzeltherapie eingerechnet werden. Nach unseren Berechnungen sollten für diesen Bereich im Übrigen ca. 1,25 Stellen für eine 100-Betten-Einrichtung vorgesehen werden.

4. Pflegepersonal

Die Anzahl der Pflegekräfte sollte abhängig von der Patientenstruktur (z.B. Alter, Komorbidität) und der entsprechenden Ausrichtung einer Einrichtung mit dem federführenden Leistungsträger vereinbart werden. Liegt eine spezifische Ausrichtung einer Einrichtung vor, muss diese bei der Belegungssteuerung auch Berücksichtigung finden. Das Vorhalten der vorgesehenen Pflegekräfte ermöglicht im Übrigen nicht, einen Bereitschaftsdienst „rund um die Uhr“ vorzuhalten. Hierfür wäre eine höhere Anzahl von Pflegekräften erforderlich.

Teil B

Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. zu spezifischen Aspekten der Strukturhebungsbögen

a) „Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung (Stand: Juli 2014)

hier: Anhang II

Übersicht über alle Strukturmerkmale – „Mantelbogen Strukturhebungsbogen für stationäre Reha-Einrichtungen“ (hier: Fachabteilung Entwöhnungsbehandlung)

b) Strukturhebungsbogen für stationäre Reha-Einrichtungen – Angaben zur Fachabteilung – Entwöhnungsbehandlung (Bogen P1), Juli 2014

Im Weiteren wird auf konkrete Anforderungen in den jeweiligen Strukturhebungsbögen der DRV eingegangen. Hierbei wird auf die unterschiedlichen Quellen der jeweiligen Anforderungen hingewiesen, denn diese finden sich im Anhang II der Broschüre der DRV zur Strukturqualität „Überblick über alle Strukturmerkmale – Mantelbogen und Strukturhebungsbogen für stationäre Rehabilitationseinrichtungen“ und im gesonderten „Strukturhebungsbogen für stationäre Reha-Einrichtung - Angaben zur Fachabteilung Entwöhnungsbehandlung“ (Bogen P1). Bezogen auf die jeweiligen Items wird von der DRV jeweils unterschieden, ob es sich um ein „belegungsrelevantes“ (BR), „strukturelevantes“ (SR) oder „zuweisungsrelevantes“ (ZR) Merkmal handelt. Da nur einige Items als grundsätzliche Voraussetzung für die Belegung eingestuft werden, sind die beiden weiteren Kategorien bei der weiteren Betrachtung von größerem Interesse. Während strukturelevante Merkmale aus Sicht der DRV generell erforderlich sind und grundsätzlich erwartet werden, sind zuweisungsrelevante Merkmale solche, welche die Behandlung von Rehabilitanden mit besonderen Erfordernissen ermöglicht, von daher sind diese für die gezielte Zuweisungssteuerung relevant.

Punkt 3.3.1 Übergreifende Strukturmerkmale zur räumlichen Ausstattung

- „Verfügbarkeit höhenverstellbarer Betten“ (SR) - Nr. 8, Anlage II (bzw. Nr. 17 Bogen P1):
Es stellt sich die Frage, welche Anzahl von höhenverstellbaren Betten von Seiten der Leistungsträger für eine bestimmte Patientenklientel gefordert wird. Hinsichtlich der erforderlichen Anzahl an höhenverstellbaren Betten sollte vom federführenden Leistungsträger die spezifische Zusammensetzung der Klientel einer Einrichtung berücksichtigt werden. Bislang galt beispielsweise, dass es sich bei Einrichtungen für illegale Drogen mit bis zu 30 Betten hierbei um ein ZR handelt. Dies macht angesichts des vergleichsweise geringen Durchschnittsalters der Rehabilitanden in diesem Bereich auch weiterhin Sinn.
- „Aufzug“ sowie „Aufzug in dem Betten- oder Liegentransport möglich ist“ (SR) -
Nr. 9, 10 Anlage II (bzw. Nr. 18, 19, P1):
Hierbei sollte es sich aus Sicht des FVS um ein zuweisungsrelevantes Kriterium handeln, denn zum einen würden erhebliche - z.T. nicht zu realisierende Umbaumaßnahmen - auf die Einrichtungen zukommen, zum anderen beschränkt sich das Erfordernis eines Aufzugs auf eine überschaubare Anzahl von Patienten im Bereich der Entwöhnungsbehandlung. Grundsätzlich steht eine genügende Anzahl an Einrichtungen für Patienten mit einem entsprechenden Bedarf zur Verfügung.

Punkt 3.3.2 Berufsgruppenspezifische Funktionsräume

- „Indikationsspezifischer oder Funktionsraum- oder -bereich“ (SR) - Nr. 2, Anlage II (bzw. Nr. 21 P1):
Wir weisen darauf hin, dass die Einrichtungen z.T. über multifunktionale Räumlichkeiten verfügen und diese beispielsweise für Krankengymnastik, Physiotherapie und medizinische Trainingstherapie genutzt werden können. Dies sollte vom federführenden Leistungsträger bei der Prüfung dieser Anforderung Berücksichtigung finden.
- „Allergenarme Zimmer“ als gesondertes Merkmal:
Als zusätzliches zuweisungsrelevantes Kriterium sollte aus naheliegender Interesse der entsprechenden Patienten dieses Merkmal bei der Zuweisungssteuerung Berücksichtigung finden.

Punkt 3.4 Medizinisch-technische Ausstattung

- „Routinelabor“ - Nr. 1 Anlage II (bzw. Nr. 32 P1):
Offen bleibt, welche konkreten Leistungen (z.B. regelmäßige Atemluftkontrolle, bezogen auf Alkohol bzw. regelmäßige Urinkontrollen bezogen auf Drogen und Medikamente) als Strukturmerkmale von einer Rehabilitationsklinik im Bereich Alkohol/Medikamente und im Bereich Drogen vorzuhalten sind und welche Laborleistungen auch in Kooperation erbracht werden können.

Punkt 3.5 Besondere Ernährungsformen – ergänzende Merkmale

An dieser Stelle sind neben den im Fragebogen genannten Items „Energiebilanzierte bzw. definierte Kost“ und „Nährstoffbilanzierte bzw. definierte Kost“ auch weitere zu-

weisungsrelevante Aspekte zu berücksichtigen, wie z.B. „Diabetikerkost“, „allergenfreie Kost“ oder „glutenfreie Kost“.

Punkt 3.6 Personelle Ausstattung (hier: Bezug nur zum Bogen P1)

- Psychologen mit suchttherapeutischer Qualifikation und Psychotherapeuten in Ausbildung - Nr. 46 - 49
Aufzuführen wären bzw. zu berücksichtigen sind bei einer Strukturhebung hinsichtlich der personellen Ausstattung zusätzlich auch Psychologen (Master) mit suchttherapeutischer Weiterbildung sowie Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA). Bei PiAs ist zu berücksichtigen, wie viele davon über eine Zwischenprüfung verfügen bzw. die Hälfte der Ausbildung absolviert haben und die Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung in einer Institutsambulanz haben.
Ferner sollte zukünftig neu aufgenommen bzw. im Stellenplan berücksichtigt werden:
 - Ltd. Psychologe – als neue Nr. 46a
Diese Funktion hat im interdisziplinären Behandlungskontext eine bedeutende Rolle und sollte deshalb explizit aufgeführt werden
- „Sportlehrer, -wissenschaftl.“ - Nr. 58/59,
„Physiotherapeuten mit staatlicher Anerkennung“ - Nr. 61/62
„Ergotherapeuten mit staatlicher Anerkennung“ - Nr. 67/68
Bei diesen Berufsgruppen wird der Anteil der Master-Absolventen und Bachelor-Absolventen – gemeinsam abgefragt. Hier stellt sich die Frage, ob bzw. wofür Master- bzw. auch Bachelor-Absolventen eingesetzt werden können.
- „Qualitätsmanagement-Beauftragter“ - Nr. 72:
Wenn eine entsprechende Voll- bzw. Teilzeitkraft als Strukturmerkmal mit dem Aufgabenfeld „Qualitätsmanagement“ vorhanden sein muss, so müsste diese auch im Stellenplan ausgewiesen werden und entsprechend vom Leistungsträger über den Vergütungssatz refinanziert werden.
- „Ltd. Arzt oder Oberarzt hat die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin oder Rehabilitationswesen bzw. die Kurse hierfür vollständig absolviert“ - Nr. 80/81:
Diese Anforderung kann beispielsweise bei Personalwechseln zu Problemen (insbesondere in kleineren Einrichtungen) führen.

Punkt 4.1 Strukturmerkmale zur Organisation

- „Chefarzt-, Vertretervisite – mindestens einmal alle zwei Wochen“ (SR) – Nr. 7 Anlage II (bzw. Nr. 97 P1):
Diese Aufforderung halten wir im Bereich der Entwöhnungsbehandlung für fachlich nicht angemessen, denn die Entwöhnungsbehandlung unterscheidet sich hinsichtlich der biopsychosozialen Grundkonzeption und der interdisziplinär ausgerichteten Behandlung deutlich von somatischen Indikationsbereichen. Bislang wurde eine Visite durch den leitenden Arzt, seinen Stellvertreter oder den Oberarzt mindestens einmal pro Patient während des Klinikaufenthalts gefordert. Angesichts des knapp bemessenen Personalschlüssels im ärztlichen Bereich erscheint zudem auch allein aus zeitlichen Gründen heraus eine Umsetzung dieser neuen An-

forderung als unrealistisch. Zudem sollten auch konzeptionelle und strukturelle Gegebenheiten (z.B. somatischer Behandlungsbedarf der spezifischen Klientel einer Einrichtung) hier eine entsprechende Berücksichtigung durch den federführenden Leistungsträger finden.

- „Mindestens eine examinierte Pflegekraft 24 h im Haus“ (SR) - Nr. 14 Anlage II (bzw. Nr. 103 P1):
Dieses Merkmal sollte hinsichtlich der Zuweisungssteuerung der Leistungsträger eine Rolle spielen. Denn die Rundumversorgung der Patienten mit examinierten Pflegekräften ist im Bereich der Entwöhnungsbehandlung vom Behandlungsbedarf der jeweiligen Klientel einer Einrichtung und deren personellen Ausstattung abhängig. Zudem sollte auch anderes medizinisches Fachpersonal - als examinierte Pflegekräfte - etwa im Spät- und Nachtdienst, eingesetzt werden können.

Punkt 4.2 Interne Kommunikation, Personalentwicklung

- Zusätzliches Item „Einzeltherapie“
Als zusätzliches Item sollte hinsichtlich der Zuweisungssteuerung auch Berücksichtigung finden, ob und mit welchem zeitlichen Aufwand Einzeltherapie in einer Einrichtung als Regelangebot vorhanden ist.

Punkt 4.3 Spezifische Konzepte, Verfahren und Schulungen

- „Die Patientenschulungen der Fachabteilung werden mit Gruppengrößen für bis zu 15 Rehabilitanden durchgeführt“ (ZR) - Nr. 53 Anlage II (bzw. Nr. 133 P1):
Die Vorgabe einer entsprechenden Gruppengröße sollte nicht so strikt im Bereich der Patientenschulung vorgenommen werden. Im Bereich der Entwöhnungsbehandlung spielt die Einzel- und Gruppentherapie eine besondere Rolle. Hier gelten auch entsprechende Vorgaben für die Gruppengröße (jeweils unterschieden nach Drogen- und Alkoholbehandlung). Patientenschulungen mit Gesundheitsinformationen etc. können durchaus auch in einem größeren Rahmen durchgeführt werden.
- Wir empfehlen, dass regelhaft vom federführenden Leistungsträger auch folgende Items zusätzlich abgefragt werden, welche für die Zuweisungssteuerung relevant sind.
 - Klinikkonzept liegt vor? Ja / Nein
 - Spezifische Konzepte (z.B. zur Behandlung von Komorbidität) liegen vor? Ja / Nein – Wenn Ja, welche?
 - Mitaufnahme von Kindern ist möglich? Ja / Nein
 - Spezifische Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund vorhanden? Ja / Nein
- Vor dem Hintergrund der Entwicklung eines rv-weiten Steuerungssystems (rvSMD) ist es von besonderer Bedeutung, dass die Spezifika der Rehabilitationseinrichtungen (Indikation, Sonderindikation, Sonderanforderungen) dort entsprechend hinterlegt sind und hinsichtlich der Einträge für die jeweilige Einrichtung besteht.

Punkt 4.4 Internes Qualitätsmanagement

Wir empfehlen im Bereich der Entwöhnungsbehandlung auch folgende Items zu berücksichtigen:

- Basisdokumentation gemäß Deutschem Kerndatensatz liegt vor?
- Routine-Katamnese gemäß Deutschem Kerndatensatz liegt vor?

Für eventuelle Rückfragen zu unserer Stellungnahme stehen wir gerne zur Verfügung.

Ansprechpartner:

Dr. Volker Weissinger

Geschäftsführer

Fachverband Sucht e. V.

Walramstraße 3

53175 Bonn

Telefon: 02 28/26 15 55

v.weissinger@sucht.de