

## **Stellungnahme zum Entwurf „Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung“ (Stand: Mai 2014)**

Der Fachverband Sucht e.V. konzentriert sich in seiner Stellungnahme auf den Aspekt der personellen Anforderungen/Personalbemessung für den Bereich „Abhängigkeitserkrankungen“. Eingegangen wird auf die Ausführungen im Entwurf „Strukturqualität von Reha-Einrichtungen (Teil A) und die entsprechenden Strukturhebungsbögen (Teil B)

### **Teil A Strukturqualität von Reha-Einrichtungen**

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

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) begrüßt es, dass die Deutsche Rentenversicherung die Anforderungen an die Strukturqualität von Reha-Einrichtungen aktualisiert und dabei auch die Auswirkungen der Bologna-Reform berücksichtigt hat. 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.

Bei der Formulierung entsprechender 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 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.

Hinsichtlich der Unterschreitung der formulierten Zielgröße nach unten ist ein Toleranzbereich von – 20 % festgelegt worden. Für besonders wichtig halten wir die Aussage, dass eine Beschränkung nach oben hin nicht vorgesehen ist und diese konzeptionell begründet ist in unterschiedlichem Ausmaß erfolgen kann. Somit müsste

auch nach oben hin zumindest eine 20%-Abweichung möglich sein. Diese Position halten wir für eine zentrale Aussage, um auch zukünftig differenzierte Angebote von hoher Qualität vorhalten zu können.

Es stellt eine Selbstverständlichkeit dar, dass entsprechende personelle Anforderungen auch adäquat von den Leistungsträgern zu vergüten sind.

Ein entsprechendes Anforderungsprofil kann von daher 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 den Ausführungen im Kapitel 6 des Entwurfs davon aus, dass es sich bei den entsprechenden Anhaltswerten zu den personellen Anforderungen (s. 3.6.3) 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. Die Personenanzahl sollte sich im Übrigen nicht grundsätzlich vom Indikationsbereich „Psychosomatik“ unterscheiden, da an beide Indikationsbereiche vergleichbare personelle Anforderungen zu stellen sind.

Wir begrüßen, dass in den Strukturanforderungen der DRV Bund für stationäre Rehabilitationseinrichtungen weiterhin hinsichtlich der personellen Anforderungen nach Funktionen und nicht nach Berufsgruppen unterschieden wird. So sollte beispielsweise der Bereich der Einzel- und Gruppentherapie für Entwöhnungseinrichtungen weiterhin flexibel gehandhabt werden und hier neben den Absolventen der Fachgebiete „Psychologie“ und „Soziale Arbeit“ auch die Berufsgruppe der Ärzte<sup>1</sup> mit entsprechender psychotherapeutischer bzw. suchttherapeutischer Weiterqualifikation eingesetzt werden können. Wir begrüßen es zudem, wenn im Bereich der Ergo-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie neben Ergotherapeuten, Beschäftigungstherapeuten auch weitere qualifizierte Berufsgruppen eingesetzt werden können.

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. Auch halten einige Fachkliniken einen ärztlichen Bereitschaftsdienst in der Einrichtung vor, um Patienten/innen 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. Selbstverständlich finden derart spezifische Anforderungen

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Weiteren die männliche Schreibweise verwendet.

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). Hinzuweisen ist ferner darauf, dass die Anforderungen sich nicht auf Adaptionseinrichtungen beziehen.

Auch weisen wir auf die angespannte Arbeitsmarktsituation hin, 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 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.

## **A II Spezifische fachliche Rückmeldung zu den Anhaltswerten**

Zu den im vorliegenden Entwurf der DRV genannten Anhaltswerten 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. Grundsätzlich ist für übergeordnete interne und externe Aufgaben (z.B. für fachliche Vernetzung, interne Fachaufsicht und Supervision etc.) von einem erheblichem Stundenkontingent auszugehen.

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 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/Psychotherapeuten entsprechend im Stellenplan zu berücksichtigen. Auch hier ist aufgrund der Aufgaben wie fachliche Vernetzung, interne Fortbildungs- und Supervisionsaufgaben, Evaluation und Konzeptentwicklung von einem erheblichen Stundenkontingent auszugehen.

## **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 bezuglich der Suchtmittel integrierten Behandlungseinrichtungen ist ein mittlerer Wert je nach Zusammensetzung des Klientels anzunehmen.

Im vorliegenden Entwurf sind im Bereich „klinische Psychologie/Psychotherapie/Suchttherapie“ für Fachkliniken für Alkohol/Medikamente insgesamt nur 9 Stellen und für Fachkliniken für illegale Drogen insgesamt nur 13 Stellen vorgesehen.

Hier sollte eine entsprechende Anpassung auf die ursprünglich vorgesehene Stellenzahl vorgenommen werden. Zu begrüßen ist, dass gegenüber der Vorläuferversion gesondert 1 Stelle für den Bereich „Klinischer Sozialdienst“ vorgesehen ist. Nach unseren Berechnungen sollte hierfür 1,25 Stellen für eine 100-Betten-Einrichtung vorgesehen werden.

In der Einzel- und Gruppentherapie sollten grundsätzlich die Berufsgruppen der Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Psychologen mit entsprechender suchttherapeutischer Qualifikation sowie Psychologische Psychotherapeuten und entsprechend qualifizierte Ärzte eingesetzt werden können..

Zudem weisen wir darauf hin, dass auf S. 14 des Entwurfs der vorletzte Satz zu ergänzen ist:

„Bei den neuen Abschlüssen der Psychologie wird für die Tätigkeit als Gruppen- und Einzeltherapeut in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker der konsekutive Masterabschluss mit Berechtigung zur Ausbildung als Psychologischer Psychotherapeut gefordert.“

## **4. Pflegepersonal**

Die Anzahl der Pflegekräfte sollte abhängig sein 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 ermöglicht zudem nicht einen Bereitschaftsdienst „rund um die Uhr“. Hierfür wäre eine höhere Anzahl von Pflegekräften erforderlich.

## **Teil B**

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

#### **a) zum Entwurf „Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung (Stand: Mai 2014)**

**hier: Anhang II**

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

#### **b) zum Strukturhebungsbogen für stationäre Reha-Einrichtungen – Angaben zur Fachabteilung – Entwöhnungsbehandlung (Bogen P1), April 2014**

### **B I Grundsätzliche Anmerkungen zu den Strukturhebungsbögen**

An grundsätzlichen Anmerkungen wollen wir gerne auf folgende Aspekte hinweisen:

- Im überarbeiteten Entwurf (Stand: Mai 2014) wird im Rahmen der Strukturhebungsbögen zwischen belegungsrelevanten, strukturelevanten und zuweisungsrelevanten Merkmalen unterschieden. Aus unserer Sicht ist nicht eindeutig eine Unterscheidung zwischen belegungs- und strukturelevanten Merkmalen ersichtlich. So gibt es eine Vielzahl von Items, welche neben der Notfallausstattung und der erforderlichen Facharztkompetenz auch erfüllt sein müssen, damit eine Belegung von stationären Rehabilitationseinrichtungen möglich ist.
- Im Anhang II des Entwurfs „Strukturqualität von Reha-Einrichtungen“ wird hinsichtlich der beruflichen Qualifikation vorrangig auf die Qualifikation der in den Fachabteilungen beschäftigten Ärzte eingegangen. Im „Strukturhebungsbogen für stationäre Reha-Einrichtungen“ – Bogen P1 Angaben zur Fachabteilung Entwöhnungsbehandlung (April 2014) finden sich hingegen auch andere Berufsgruppen. Wir halten es für erforderlich, dass die Anlage II entsprechend überarbeitet wird, damit sich auch dort das interdisziplinäre Rehabilitationsteam entsprechend abbilden kann.
- Als problematisch wurde bereits bei der Strukturhebung im Rahmen von QS-Reha der GKV von den Spitzenverbänden der Leistungserbringer angesehen, entsprechende Belegungsanteile anderer Leistungsträger detailliert aufzuführen.

### **B II Spezifische Rückmeldungen zum Entwurf eines Strukturhebungsbogens für stationäre Reha-Einrichtungen im Bereich Entwöhnungsbehandlung**

Im Weiteren wird aufgrund der unterschiedlichen Strukturierung des Anhangs II „Überblick über alle Strukturmerkmale – Mantelbogen und Strukturhebungsbogen für stationäre Rehabilitationseinrichtungen“ und des „Strukturhebungsbogen für stationäre Reha-Einrichtung“ - Angaben zur Fachabteilung Entwöhnungsbehandlung

(Bogen P1) jeweils angegeben, auf welches Item sich die jeweiligen Anmerkungen beziehen.

### **3.1 Belegungsrelevante Merkmale**

Wir hatten bereits darauf hingewiesen, dass uns nicht ersichtlich ist, warum ausgerechnet die genannten fünf Merkmale von grundsätzlicher Bedeutung für die Belegungsrelevanz einer Einrichtung sind. Aus unserer Sicht ist dies durchaus auch eine Vielzahl weiterer struktureller Merkmale (z.B. interdisziplinär besetzte Teams, räumliche Ausstattung).

### **Punkt 3.2 Barrierearmut**

Wir gehen davon aus, dass bei Nr. 1 - 11 Anlage II, das Strukturmerkmal (vergleiche Nr. 6-15, Bogen P1) Nr. 1 „Rollstuhlgerechter Zugang in die Einrichtung“ ein strukturrelevantes Merkmal (SR) ist und es sich bei den weiter genannten Merkmalen (Nr. 2 bis 11) um zuweisungsrelevante Merkmale (ZR) einer Einrichtung handelt. Auch eine starke Gehbehinderung (Nr. 7, - Anlage II - bzw. Nr. 2, P1) sollte als ZR eingestuft werden.

### **Punkt 3.3.1 Übergreifende Strukturmerkmale zur räumlichen Ausstattung**

- Nr. 8, Anlage II (bzw. Nr. 17 Bogen P1) „Verfügbarkeit höhenverstellbarer Betten“ (SR):  
Es stellt sich die Frage, welche Anzahl von höhenverstellbaren Betten von Seiten der Leistungsträger für eine bestimmte Patientenzahl gefordert wird. Hinsichtlich der erforderlichen Anzahl an höhenverstellbaren Betten ist auch die spezifische Zusammensetzung der Klientel einer Einrichtung zu berücksichtigen. Bislang galt beispielsweise, dass es sich bei illegalen Drogen bis zu 30 Betten hierbei um ein ZR handelt.
- Nr. 9, 10 Anlage II (bzw. Nr. 18, 19, P1) „Aufzug“ sowie „Aufzug in dem Betten- oder Liegentransport möglich ist“ (SR):  
Hierbei sollte es sich jeweils um ein zuweisungsrelevantes Kriterium (ZR) handeln.

### **Punkt 3.3.2 Berufsgruppenspezifische Funktionsräume**

- Nr. 2, Anlage II (bzw. Nr. 21 P1) „Indikationsspezifischer oder Funktionsraum- oder -bereich“ (SR)  
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. Zudem war dieses Kriterium bislang nicht im indikationsspezifischen Strukturbogen enthalten.
- Nr. 14, Anlage II (bzw. Nr. 31 P1) „Lehrküche“ (SR):  
Hierbei handelte es sich bislang um ein ZR im Suchtbereich. Die Lehrküche könnte ggf. auch in Kooperation mit anderen Einrichtungen vorgehalten werden.

- Neues Item „Allergenarme Zimmer“  
Als ZR sollte aus naheliegender Interesse der entsprechenden Patienten dieses Merkmal aufgenommen werden.

### **Punkt 3.4 Medizinisch-technische Ausstattung**

- Nr. 1 Anlage II (bzw. Nr. 32 P1) „Routinelabor“  
Es sollte klargestellt werden, welche Leistungen (z.B. regelmäßige Atemluftkontrolle, bezogen auf Alkohol bzw. regelmäßige Urinkontrollen bezogen auf Drogen und Medikamente) als Strukturmerkmale vorzuhalten sind.
- Nr. 6 „Belastungs-EKG“ (SR), Nr. 7 „Langzeit-EKG“ (ZR),  
Nr. 9 „Sonographie“ (SR), Nr. 10 „Dopplersonographie“ (ZR)  
Nr. 15 „Langzeitblutdruckmessung“ (SR)  
Nr. 17 „Lungenfunktionsdiagnostik“ (SR) (bzw. Nr. 34-39 P1)  
Bislang wurden diese Items unter „Basisdiagnostik“ zusammengefasst. Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen handelte es sich bislang um ein ZR. Nun werden Nr. 6, 9, 15 und 17 als SR gefordert. Die Verfügbarkeit und der Einsatz von erforderlichen Geräten hängen allerdings auch mit der (fach-)ärztlichen Kompetenz zur Benutzung zusammen. Hinsichtlich der spezifischen Anforderungen an die medizinisch-technische Ausstattung ist zudem der besondere Behandlungsbedarf der jeweiligen Klientel einer Einrichtung zu berücksichtigen. Entsprechende Geräte und Untersuchungen sollten mit Ausnahme eines EKG-Gerätes in Kooperation mit anderen Einrichtungen in der Umgebung vorgehalten bzw. angeboten werden können.

Weiterer Hinweis: Als Strukturmerkmal fehlt „Suchtspezifische Diagnostik“ im Bogen P1. Suchtmittelkontrollen sollten verbindlich im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen vorgehalten werden.

### **Punkt 3.5 Besondere Ernährungsformen**

Zu überlegen ist, ob ggf. als zusätzliches ZR auch „Diabetikerkost“, „allergenfreie Kost“ und „glutamatfreie Kost“ in den Erhebungsbogen integriert werden sollten.

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

- Nr. 46 - 49.:  
Aufzuführen wären ergänzend Psychologen (Master) mit suchttherapeutischer Weiterbildung.  
Ferner sollte neu aufgenommen werden:
- neu: (46a)  
Davon: Ltd. Psychologe  
Diese Funktion hat im interdisziplinären Behandlungskontext eine bedeutende Rolle und sollte deshalb explizit aufgeführt werden
- neu: (46b):  
Davon: Psychotherapeuten in Ausbildung mit Zwischenprüfung bzw. Zulassung

zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung.Nr. 55 „Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen mit staatlicher Anerkennung“:

Hier wird nicht zwischen Bachelor- und Master-Absolventen unterschieden. Es stellt sich beispielsweise die Frage, ob ein leitender Mitarbeiter im Bereich „Soziale Arbeit“ oder ein Ltd. Therapeut mit entsprechender suchtttherapeutischer Weiterbildung einen Master-Abschluss benötigt.

- Nr. 58/59 „Sportlehrer, -wissenschaftl.“:  
Bei den Sportlehrern, -wissenschaftlern wird lediglich der Anteil der Master-Absolventen – und nicht der Bachelor-Absolventen – abgefragt. Hier stellt sich die Frage, ob bzw. wofür Master- bzw. auch Bachelor-Absolventen eingesetzt werden können.
- Nr. 61/62 „Physiotherapeuten mit staatlicher Anerkennung“:  
Bei den Physiotherapeuten wird nicht zwischen Bachelor- und Master-Absolventen unterschieden.
- Nr. 67/68 „Ergotherapeuten mit staatlicher Anerkennung“:  
Auch bei Ergotherapeuten wird nicht zwischen Bachelor- und Master-Abschluss differenziert.
- Nr. 72 „Qualitätsmanagement-Beauftragter“:  
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 über den Vergütungssatz refinanziert werden.
- Nr. 80/81 „Ltd. Arzt oder Oberarzt hat die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin oder Rehabilitationswesen bzw. die Kurse hierfür vollständig absolviert“  
Die Anforderung kann beispielsweise bei Personalwechseln zu Problemen (insbesondere in kleineren Einrichtungen) führen.
- Nr. 86 „Weitere reharelevante Zusatzbezeichnungen“ (ZR):  
Hier stellt sich die Frage, welche reharelevanten Zusatzbezeichnungen der Berufsgruppe der Ärzte hier angefügt werden sollen. Die erforderliche Spezifizierung hängt nicht zuletzt von der jeweiligen Klientel einer Einrichtung ab (z.B. zusätzliche somatische Störungen).

#### **Punkt 4.1 Strukturmerkmale zur Organisation**

- Nr. 3 Anlage II (bzw. Nr. 94 P1) „Therapiebeginn innerhalb des ersten Tages nach Ankunft“ (SR):  
Diese Forderung ist nicht immer erfüllbar, nicht zuletzt hängt dies auch vom Anfahrtsweg und dem Zeitpunkt der Ankunft des Patienten ab.
- Nr. 7 Anlage II (bzw. Nr. 97 P1) „Chefarzt-, Vertretervisite – mindestens einmal alle zwei Wochen“ (SR):  
Diese Forderung halten wir im Bereich der Entwöhnungsbehandlung für nicht angemessen. Bislang wurde eine Visite durch den leitenden Arzt, seinen Stellvertreter oder den Oberarzt mindestens einmal pro Patient während des Klinikaufenthalts gefordert. Nicht zuletzt hängt die erforderliche Betreuungsdichte auch von der Größe und Struktur einer Einrichtung ab, so ist beispielsweise bei kleinen Einrichtungen die Anzahl der Ärzte gering und von daher die Möglichkeit einer Aufga-

benverteilung eine andere, als in vergleichsweise größeren Einrichtungen. Diese strukturellen Gegebenheiten müssten hier entsprechende Berücksichtigung finden.

- Nr. 11 Anlage II (bzw. Nr. 100 P1) „Angehörigengespräche“:  
Grundsätzlich sollten Angehörigengespräche in jeder Rehabilitationsklinik angeboten werden. Wir halten die bisherige Formulierung „Angehörigengespräche nach Vereinbarung“ für angemessen, da nicht in jedem Fall Angehörigengespräche realisierbar sind.
- Nr. 12 Anlage II (bzw. Nr. 102 P1) „Ärztliche Anwesenheit 24 h im Haus“ (ZR):  
Es ist zu begrüßen, dass es sich um ZR handelt, da kleinere Einrichtungen dies i.d.R. nicht gewährleisten können.
- Nr. 13 Anlage II (bzw. Nr. 102 P1) „Hintergrunddienst durch Fach- bzw. Oberarzt“ (SR):  
Auch hierbei kann es sich lediglich um ein ZR handeln, denn die Gewährleistung ist von der Struktur und Größe einer Einrichtung abhängig.
- Nr. 14 Anlage II (bzw. Nr. 103 P1) „Mindestens eine examinierte Pflegekraft 24 h im Haus“ (SR):  
Hierbei kann es sich ebenfalls um ein ZR handeln, 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**

- Nr. 5 Anlage II (bzw. Nr. 108 P1) „Falls ‚Ja‘, Anzahl der Supervisionen“ (SR):  
Hier stellt sich die Frage, welche Anzahl von Supervisionen als angemessen angesehen wird und wie entsprechende Häufigkeitsangaben bewertet werden. Dies sollte transparent gemacht werden.
- Zusätzliches Item  
Zusätzlich sollte folgendes Item abgefragt werden:  
- Einzeltherapie vorhanden? Ja / Nein

#### **Punkt 4.3 Spezifische Konzepte, Verfahren und Schulungen**

- Nr. 43 Anlage II (bzw. Nr. 124 P1) „Konzept zur Behandlung von Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen“ (ZR):  
Bislang ist der Bereich der Entwöhnungsbehandlung vom MBOR-Rahmenkonzept der DRV Bund ausgenommen. Von daher kann zum jetzigen Zeitpunkt hierzu noch keine detaillierte Abfrage unterschiedlicher Konzepte (Stufe B, Stufe C) erfolgen. Hierzu steht eine fachliche Diskussion zwischen der DRV und den Suchtverbänden noch aus.
- Nr. 53 Anlage II (bzw. Nr. 133 P1) „Die Patientenschulungen der Fachabteilung werden mit Gruppengrößen für bis zu 15 Rehabilitanden durchgeführt.“ (ZR):  
Die Vorgabe einer entsprechenden Gruppengröße sollte nicht vorgenommen werden. Im Bereich der Entwöhnungsbehandlung spielt die Einzel- und Gruppentherapie eine wichtige Rolle.

rapie 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.

- **Zusätzliche Items:**

Zusätzlich sollten folgende Items abgefragt werden:

- 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

#### **Punkt 4.4 Internes Qualitätsmanagement**

Wir begrüßen die Reduktion der Items, da mittlerweile alle stationären Rehabilitationseinrichtungen zertifiziert sein müssen und sie damit umfangreichen Anforderungen im Rahmen der Zertifizierungsverfahren unterliegen.

Wir empfehlen im Bereich der Entwöhnungsbehandlung allerdings noch aufzunehmen:

- Basisdokumentation gemäß Deutschem Kerndatensatz
- Routine-Katamnese gemäß Deutschem Kerndatensatz

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\*](mailto:v.weissinger@sucht.de)