

Auswirkungen des Rahmenkonzepts Nachsorge: Bestandsaufnahme und Konsequenzen

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum „Gemeinsamen Rahmenkonzept der DRV und GKV zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ hatten die Suchtverbände auch auf mögliche negative Folgen für das Versorgungssystem suchtkranker Menschen hingewiesen. Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) hat in dieser Diskussion und im weiteren Verlauf auf folgende Aspekte aufmerksam gemacht:

- Ein regelhafter Ersatz von ambulanter Weiterbehandlung durch Nachsorgeleistungen würde zu erheblichen Leistungseinschränkungen für eine Vielzahl von abhängigkeitskranken Patienten führen, denn es sind unterschiedliche Aufgabenstellungen, Zielsetzungen, Inhalte und Qualitätsanforderungen mit den beiden Leistungsformen verbunden.
- Die Einschränkung, dass Nachsorge in der Regel nur bei planmäßiger Entlassung erfolgen kann, stellt keine indikations- und bedarfsgerechte Vorgehensweise dar.
- Die Vergütungssätze für ambulante Weiterbehandlungen und Nachsorge sind nicht kostendeckend und müssen entsprechend angepasst werden.
- Zur Absicherung der vorangegangenen Behandlung, d.h. der stationären bzw. ganztägig ambulanten Entwöhnungsbehandlung, sind vielfältige Angebotsformen erforderlich, welche je nach Bedarf des Patienten zur Verfügung stehen sollten. Es sollte im Ermessen der vorbehandelnden Stelle liegen, zu beurteilen, ob eine weiterführende ambulante Rehabilitationsleistung oder Nachsorgeleistung erforderlich ist. Ggf. sollte im Einzelfall auch eine Umwidmung der Leistungen auf Antrag der zuständigen Beratungs- bzw. Behandlungsstelle unter kurzfristiger Rücksprache mit dem zuständigen Leistungsträger möglich sein.
- Versorgungspolitische Aspekte sind darüber hinaus zu beachten. So können beispielsweise Versorgungslücken in den ländlichen Gebieten hinsichtlich der Vorhaltung der unterschiedlichen Angebotsformen auftreten, welche wiederum eine Flexibilität hinsichtlich der Leistungsgewährung erfordern.

Wir begrüßen, dass ein grundsätzliches Gespräch zu den mittlerweile vorliegenden Erfahrungen des Rahmenkonzepts Nachsorge mit den Leistungsträgern stattfindet. Rückmeldungen auch aus Mitgliedseinrichtungen ergeben folgende Einschätzung:

- o Die Bewilligungspraxis der Leistungsträger ist sehr unterschiedlich, wodurch in Abhängigkeit von der Leistungsträgerschaft – und nicht aufgrund des vorhandenen Behandlungsbedarfs – über die entsprechende Leistungsform entschieden wird. Die Deutsche Rentenversicherung Bund genehmigt beispielsweise fast ausschließlich Nachsorge, die DRV Knappschaft Bahn-See, die DRV Rheinland-Pfalz und die DRV Westfalen gewähren beispielsweise neben der Nachsorge weiterhin auch (poststationäre) ambulante Weiterbehandlung.

Die DRV Hessen bewilligt keine Nachsorge, sondern ausschließlich poststationäre ambulante Rehabilitation.

- Durch die strikte Trennung der ambulanten Rehabilitation von der Nachsorgeleistung ist die Versorgung insgesamt schwieriger geworden. Erfahrungen zeigen, dass noch instabile Patienten in der Nachsorgegruppe nicht ausreichend stabilisiert werden können, in diesen Fällen wäre eine kurzfristige und flexible Änderung der Behandlungsform erforderlich. Eine bedarfsgerechte Weiterbehandlung wird im Falle einer mangelnden Flexibilität deutlich eingeschränkt. Die grundsätzliche Ausrichtung auf einen eher sozialtherapeutischen Charakter im Rahmen der Nachsorge wird der Komplexität der Beeinträchtigungen und dem längerfristigen Behandlungsbedarf bei einer Vielzahl von abhängigkeitskranken Patienten nicht gerecht.
- Die Unterscheidung der Patienten nach Kostenträger führt auch bei den Patienten zu Unverständnis und Unmut. So können beispielsweise in Abhängigkeit der Kostenträgerschaft Patienten, die in der gleichen stationären Bezugsgruppe behandelt wurden, nicht gemeinsam in einer Gruppe nachbehandelt werden, wenn die Leistungsträger unterschiedliche Verfahrensweisen der Leistungsgewährung vorschreiben. Es ist den Patienten die - in Abhängigkeit von der Kostenträgerschaft - unterschiedlich bestehenden Möglichkeiten der Weiterbehandlung bzw. Nachsorge nicht zu vermitteln.
- Der regelhafte Ausschluss von Patienten mit nicht planmäßiger Behandlungsbeendigung von der Nachsorge wird als fachlich kontraindiziert eingeschätzt. Dies führt nach Auffassung der Behandler zu einem Anstieg der Chronifizierung und damit auch der Behandlungskosten.
- Die Trennung von ambulanter Weiterbehandlung und Nachsorge-Patienten stellt die Einrichtungen vor erhebliche ökonomische Probleme, zumal die Kostensätze der Nachsorge – wie auch der ambulanten Suchtrehabilitation – nicht kostendeckend sind, und die Gruppengröße sich in beiden Bereichen durch die strikte Trennung reduziert. Dies führt z. T. dazu, dass Gruppen, die zu klein (geworden) sind, nicht zustande kommen können bzw. aufgelöst werden müssen. Wenn keine ausreichende Gruppenstärke mehr erreicht wird, müssten Nachsorgeleistungen – wie auch ambulante Rehabilitationsleistungen – ggf. in Form von Einzelgesprächen erbracht werden, welche wiederum durch den einheitlichen Kostensatz nicht finanzierbar sind.
- Die Absenkung der Vergütungssätze für Nachsorgeleistungen führt letztlich dazu, dass - insbesondere auch private Träger - ihre Beteiligung an ambulanter Rehabilitation und Nachsorge grundsätzlich überdenken müssen.

Fazit:

Wir sehen grundsätzlichen Veränderungsbedarf hinsichtlich des Rahmenkonzepts Nachsorge und halten Neuverhandlungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern für notwendig an. Darüber hinaus halten wir kostendeckende Vergütungssätze für Nachsorgeleistungen und ambulante Rehabilitationsleistungen für erforderlich. Auch sehen wir Formen der Vorfinanzierung (Abrechnung der Nachsorgeleistung erst nach Beendigung oder vor der Verlängerung der Nachsorge), welche in einzelnen Fällen von Leistungsträgern angewendet wird, bei gleichzeitig niedrigem Kostensatz für nicht tragbar an.