



Walramstraße 3, 53175 Bonn

Tel.: 0228/261555, FAX: 0228/215885

Online: <http://www.sucht.de>

E-Mail: [sucht@sucht.de](mailto:sucht@sucht.de)

---

## **Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. zur ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Juli 2006)**

### **1. Vorwort**

Im Mittelpunkt der Stellungnahme steht die ambulante medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Diese stellt eine spezifische Form der medizinischen Rehabilitation dar. Dazu soll im Folgenden Stellung genommen werden. Wir beziehen uns dabei auf:

- die Vereinbarung ‚Abhängigkeitserkrankungen‘ vom 04.05.2001
- die Anlage 1 zur ‚Vereinbarung ‚Abhängigkeitserkrankungen‘‘: Anforderungen an die Einrichtungen zur Durchführung ambulanter medizinischer Leistungen zur Rehabilitation
- die Anlage 3 zur ‚Vereinbarung ‚Abhängigkeitserkrankungen‘‘: Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation (Entwöhnung) bei Abhängigkeitserkrankungen
- die Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur ambulanten Rehabilitation und die bisherigen Entwürfe zur ‚Qualitätssicherung der ambulanten Reha Sucht‘ der Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Renten- und Krankenkassen zur Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation.
- die gesetzlichen Anforderungen (§137 d SGB V; § 20 SGB IX), nach denen die Beteiligung an einem externen Qualitätssicherungsprogramm und das Vorhalten eines internen Qualitätsmanagementsystem erforderlich sind
- die im § 26 SGB IX definierten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Ferner wird Bezug genommen auf das Positionspapier des Gesamtverbandes für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. ‚Aufgaben und Finanzierung der Suchtberatung als Teil einer regionalen Versorgungsstruktur‘ (Juli 2005) sowie das Papier der Drogenbeauftragten der Bundesländer ‚Neuausrichtungen der Suchtkrankenhilfe - Anforderungsprofile: ‚Ambulante Regionale Suchthilfedienste (ARS)‘.

In Deutschland stehen Hilfe suchenden Abhängigkeitskranken derzeit 1.049 Beratungsstellen (vgl. DHS, 2003) zur Verfügung. Die Beratungsstellen sind überwiegend in konfessioneller oder Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege und werden neben trägereigenen Mitteln durch u.a. länderspezifische oder kommunale Zuschüsse mischfinanziert. Der Fachverband Sucht e.V. wendet sich mit Nachdruck gegen die zunehmende Tendenz, dieses qualifizierte Beratungs- und Betreuungsangebot durch Kürzungen der öffentlichen Fördermitteln einzuschränken. Statt öffentliche Fördermittel also zu reduzieren, ist nach Auffassung des Fachverbandes Sucht. e.V. die öffentliche Finanzanzierung der grundlegenden Versorgungsstruktur der Suchthilfe durch Beratungsstellen langfristig und ausreichend sicherzustellen, ohne dass hier-

bei Vergütungen aus leistungsrechtlichen Maßnahmen wie der ambulanten Rehabilitation Sucht zum Anlass für Mittelkürzungen bei der Grundversorgung herangezogen werden. Niedrigschwelliger Kontakt, Beratung und Aufbau von Compliance, Betreuung und Vermittlung, Case-Management und Prävention müssen weiterhin flächendeckend als Leistungen der Grundversorgung gewährleistet sein und stellen die „Kernaufgaben“ der ambulanten Beratungsstellen dar.

## **2. Die ambulante Rehabilitation Suchtkranker**

Die ambulante medizinische Rehabilitation gehört zu den fakultativen Leistungen der ambulanten Beratungsstellen. Diese wird auch von anderen Stellen (z. B. Fachambulanzen in privater Trägerschaft) erbracht. Grundlage ist, dass die entsprechenden Anforderungen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankung“ (Anlage 1) erfüllt werden. Für Leistungen der ambulanten Rehabilitation liegt eine leistungsrechtliche Grundlage in den entsprechenden Sozialgesetzbüchern vor.

Zwei Leistungsformen werden im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker durchgeführt:

- ambulante medizinische Rehabilitation und
- poststationäre ambulante medizinische Rehabilitation.

Ambulante und poststationäre ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen können zudem als Teil von Kombinationsbehandlungen durchgeführt werden.

Von diesen Leistungen sind Nachsorgeleistungen ausdrücklich abzugrenzen. Ambulante Rehabilitation ist auch nicht gleichzusetzen mit ganztägiger tagesklinischer Rehabilitation.

Der Fachverband Sucht e.V. vertritt – in Übereinstimmung mit dem § 26 SGB IX - die Auffassung, dass zu den integralen Bestandteilen qualifizierter ambulanter medizinischer Rehabilitation

- die Diagnostik und Indikationsstellung,
- Motivierung,
- therapeutische Einzel- und Gruppengespräche,
- Beteiligung der Bezugspersonen,
- begleitende Hilfen im sozialen Umfeld,
- Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Reintegration und Krisenintervention

gehören. Für diese ambulanten Reha-Leistungen ist eine angemessene Finanzierung ebenso sicherzustellen wie für die Zusammenarbeit in einem Behandlungsbund, der ambulante Rehabilitationsleistungen erbringt. Sofern erwartet wird, dass Prävention und Hilfe zur Selbsthilfe auch zum Leistungsbereich ambulanter Rehabilitationseinrichtungen gehören diese Leistungen in den Aufgabenbereich der öffentlich geförderten Beratungsstellen (siehe oben Kap. 1).

Aus Sicht des Fachverbandes Sucht e. V. ist es zweckmäßig, dass ambulante Rehabilitationseinrichtungen auch auf die sachlichen und personellen Ressourcen stationärer Rehabilitationseinrichtungen bzw. kooperierender ärztlicher oder psychotherapeutischer Praxisgemeinschaften zurückgreifen können, wo immer dies möglich ist, damit Synergieeffekte fachlicher und wirtschaftlicher Art genutzt werden.

Der Fachverband Sucht e.V begrüßt auch ausdrücklich die Bildung von Trägerverbänden zur Durchführung ambulanter Rehabilitation Suchtkranker, beispielsweise durch den Zusammenschluss von Rehabilitationsfachkliniken, Klinikambulanzen und Suchtberatungsstellen zu Trägerverbänden.

### 3. Leistungsformen bei ambulanter medizinischer Rehabilitation

Der Fachverband Sucht e.V. hält hinsichtlich der Definition von Abhängigkeit im Rahmen ambulanter medizinischer Rehabilitation eine Diagnosestellung gemäß ICD 10 GM für unverzichtbar.

Der Fachverband Sucht e.V. ist der Auffassung, dass ausschließlich ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen einen Vergütungsanspruch im Rahmen der ambulanten Rehabilitation auslösen dürfen. Von diesem Vergütungsanspruch sind konventionelle Beratungs-, Motivierungs- und Betreuungsleistungen, die im Rahmen der Grundversorgung erbracht werden, grundsätzlich auszunehmen.

Auch die Erstellung eines Sozialberichtes stellt keine ambulante medizinische Rehabilitationsleistung dar.

Bisher werden durch die Leistungsträger nur Einzel- und Gruppengespräche im Rahmen medizinischer ambulanter Rehabilitationsleistungen einzelfallbezogen vergütet. **Die in der Anlage zu dieser Stellungnahme aufgeführten Leistungen sollten im Rahmen einer Einzelfallvergütung dringend zusätzlich eingeführt werden.**

Daneben ist für die weitere Entwicklung der ambulanten Rehabilitation die Realisierung folgender Punkte von zentraler Bedeutung:

- Motivationsprüfung des Antragsstellers durch die ambulante Rehabilitationseinrichtung (bedarfsweise in Einzelfällen) ohne Vorgabe einer spezifischen Dauer einer Motivierungsphase durch den Leistungsträger ‚in spe‘
- Sicherstellung der Nahtlosigkeit durch eine schnellstmögliche Bearbeitung der Antragstellung des Versicherten auf ambulante Rehabilitationsleistungen und zügige Antragsbescheidung durch den Leistungsträger (innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen Unterlagen, vgl. SGB IX)
- Gewährung ausreichender Leistungseinheiten sowie ausreichender Leistungsdauer bei Bescheidung des Erstantrages (z.B. mindestens 80 Therapieeinheiten und mindestens zwölfmonatige Rehabilitationsdauer bei ambulanter Rehabilitation), um unnötige interkurrente Verlängerungsanträge vermeiden zu können
- Vereinfachung des Verlängerungsverfahrens (z. B. keine Forderung nach mehrseitiger Verlängerungsbegründung bei Verlängerung des Bewilligungszeitraumes ohne Ausweitung der bewilligten Leistungseinheiten)
- Vereinbarung von Probebehandlungen im Rahmen ambulanter medizinischer Rehabilitation mit begrenztem Leistungskontingent (z. B. 10 Therapieeinheiten) und
- Überprüfung der Vergütungshöhe in Höhe von 46,00 € je Einzel- und Gruppengespräch und Anhebung der Vergütungssätze auf 81,33 €

Außerhalb der rehabilitativen Versorgung haben einzelne ambulante Rehabilitationseinrichtungen bzw. ärztliche ‚Schwerpunktpraxen Sucht‘ die Durchführung ambulanter Motivations-, ambulanter Entzugs- bzw. ambulanter Reha-Abklärungsmaßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen im Rahmen entsprechender Modellvereinbarungen vereinbart. Der Abschluss derartiger Kooperationsvereinbarungen zur Ausgestaltung und Förderung der Rehabilitationsvorphase wird grundsätzlich begrüßt. Einzelne Krankenkassen nutzen derartige Modellvereinbarungen im Rahmen ihrer Case-Management-Programme zur Abklärung des individuellen Rehabilitationsbedarfes ihrer Versicherten sowie zur Verbesserung der Überleitung von medizinischer Krankenbehandlung zur Rehabilitation.

#### **4. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität**

Die Qualitätsanforderungen hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sollten sich nach Auffassung des Fachverbandes Sucht e.V. an der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ und dem (in Entwicklung befindlichen) Qualitätssicherungsprogramm für die ambulante Reha Sucht ausrichten. Das beinhaltet vor allem folgende Kriterien:

- die ambulante Rehabilitationseinrichtung sollte unter fachärztlicher Verantwortung stehen, der verantwortliche Arzt der Einrichtung sollte die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder zum Facharzt für Psychotherapeutische Medizin abgeschlossen haben (vgl. Ziffer 5 Anlage 2)
- die ambulante Rehabilitationseinrichtung sollte über einen Leitenden Therapeuten verfügen, hierbei sollte es sich um einen Psychologischen Psychotherapeuten als Leitenden Psychologen oder einen Leitenden Therapeuten (z.B. Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge) mit abgeschlossener VDR-anerkannter suchtttherapeutischer Weiterbildung handeln; der leitende Therapeut sollte in demjenigen Psychotherapieverfahren (Richtlinienverfahren) über eine abgeschlossene Aus- bzw. Weiterbildung verfügen, welches im Rehabilitationskonzept der Einrichtung ausgewiesen ist
- die in der ambulanten Rehabilitationseinrichtung beschäftigten Diplom-Psychologen sollten entweder als Psychologische Psychotherapeuten approbiert sein oder über eine psychotherapeutische Weiterbildung verfügen; die in der Rehabilitationseinrichtung beschäftigten Diplom-Sozialarbeiter oder Diplom-Sozialpädagogen müssen über eine VDR-anerkannte suchtttherapeutische Weiterbildung verfügen
- eine ärztliche Untersuchung ist zu Beginn, ggf. während und obligatorisch zum Abschluss der ambulanten Rehabilitation durchzuführen
- die weitere Befundung muss psychologische und soziale diagnostische Verfahren und eine psychologische Diagnostik umfassen und Störungen der Teilhabe berücksichtigen
- die therapeutischen Leistungen sollten u.a. therapeutische Einzel- und Gruppengespräche, indikative Gruppenarbeit und psychoedukative Gruppen sowie Maßnahmen zur begleitenden Sozialarbeit und beruflichen Reintegration beinhalten und in einem wissenschaftlich begründeten Therapiekonzept der Einrichtung dargestellt sein und
- das interne Qualitätsmanagement der Einrichtung sollte u. a. einen Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, eine Basisdokumentation für alle Patienten sowie eine Routinekatamnese (1-Jahres-Katamnese als jährliche Vollerhebung) umfassen.

Das von den Leistungsträgern in Entwicklung befindliche externe Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker beinhaltet neben spezifischen Anforderungen an die Strukturqualität auch Instrumente zur Überprüfung der Prozessqualität (Peer-Review-Verfahren) sowie zur Ergebnisqualität.

Im Bereich der Ergebnisqualität sollte eine Patientennachbefragung zum Zeitpunkt von acht bis zwölf Wochen nach Abschluss der ambulanten Rehabilitation als zentrales Instrument eingesetzt werden, da durch die verpflichtende Durchführung einer Basisdokumentation und das Vorhalten einer Routinekatamnese als interne Qualitätsmanagementinstrumente dann insgesamt ausreichend Evaluationsinstrumente zur Verfügung stehen.

#### **5. Kombinationsbehandlung**

Der Ausbau ambulanter Rehabilitation, insbesondere als Kombination von ambulanten und stationären Behandlungsphasen, auch in Anbindung an Fachkliniken und vor allem in Rehabilitationsverbänden unter Beteiligung von Fachkliniken, stellt eine aktuelle Weiterentwicklung dar. Grundsätzlich begrüßt der Fachverband Sucht e.V. diese Entwicklung, wobei allerdings

Kombinationsbehandlungen als dritte Komponente neben stationären und ambulanten Rehabilitationsformen Abhängigkeitskranker implementiert werden sollten als eine gesonderte Form medizinischer Rehabilitationsleistungen, diese aber ausdrücklich nicht ersetzen.

Gesonderte Gesamtkonzepte und Vergütungsformen sind in Absprache mit den Leistungsträgern zu entwerfen.

Im Rahmen von Kombinationsbehandlungen muss für den Gesamtrehabilitationsprozess ein ärztlich geleitetes stationäres oder ambulantes Rehabilitationszentrum zuständig sein. Dieses muss für die Gesamtrehabilitationsplanung, das Rehabilitationsmanagement, die Rehabilitationsorganisation, die notwendigen medizinischen Reha-Leistungen, die Dokumentation und Evaluation verantwortlich sein. Ausschließlich additive Verbünde ohne zentrales qualifiziertes Rehabilitationsmanagement stellen nach Ansicht des Fachverbandes Sucht e.V. keine Kombinationsbehandlung im engeren Sinne dar.

Der Fachverband Sucht empfiehlt, Konzepte zur Kombinationsbehandlung im Sinne von Modellprojekten in begrenzten Anwendungsbereichen zu erproben und hinsichtlich ihrer Eignung und Wirksamkeit wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren, bevor eine routinemäßige Anwendung in Betracht kommt.

## **6. Nachsorge**

Bei Nachsorgeleistungen handelt es sich nicht um ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen. Der ambulanten Nachsorge nach erfolgter medizinischer Rehabilitation kommt in der Betreuung Abhängigkeitskranker gesonderte Bedeutung zu. Sie hat primär die Aufgabe, die erreichten Rehabilitationserfolge zu sichern. In Fällen, in denen der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe nicht ausreichend ist, wird die ambulante Nachsorge für Abhängigkeitskranke in für zur Durchführung von Nachsorgeleistungen anerkannten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen oder ambulanten Rehabilitationszentren oder in für die Nachsorge anerkannten Kliniken durchgeführt. Nachsorgeleistungen umfassen maximal 20 Gesprächseinheiten (Einzel- und/oder Gruppe) bei maximal einer wöchentlichen Leistungseinheit.

Nachsorgeleistungen werden zur Zeit von einzelnen Leistungsträgern unterschiedlich vergütet bzw. bezuschusst. Der Fachverband Sucht e.V. empfiehlt eine angemessene Vergütung derartiger Nachsorgeleistungen.

## **7. Zusammenfassung**

Der Fachverband Sucht e.V. empfiehlt eine deutliche Differenzierung zwischen konventionellen Beratungs- und Betreuungsleistungen außerhalb des leistungsrechtlichen Rahmens, ambulanten bzw. poststationären ambulanten Rehabilitationsleistungen und Nachsorgeleistungen.

Der Fachverband Sucht e.V. fordert eine gleichberechtigte Beteiligung ambulanter Rehabilitationseinrichtungen gemeinnütziger wie privater Träger an der rehabilitativen Versorgung Abhängigkeitskranker. Grundlage für die Arbeit ambulanter Rehabilitationseinrichtungen ist eine angemessene Finanzierung der ambulanten Rehabilitationsleistungen (s. Anlage).

## **Anlage zur**

## Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. zur ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker (02.11.2005)

Vorschlag für abrechenbare Einheiten im Rahmen ambulanter und poststationärer ambulanter medizinischer Rehabilitation Abhängigkeitskranker

### 1. Grundleistungen

Leistungseinheit	KTL-Nr.	Dauer	Therapieeinheit
Einzeltherapie in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen (auch Krisenintervention)	r98	50 Min.	1,0
Gruppenbehandlung in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen (auch indikative und psychoedukative Gruppen)	r99	100 Min.	1,0

### 2. Berufsintegrierende und sozialtherapeutische Maßnahmen

Leistungseinheit	KTL-Nr.	Dauer	Therapieeinheit
sozialrechtliche Beratung - Berufliche Situation - Wohnungssituation - Wirtschaftliche Sicherung - Rentenfragen - Klärung rechtlicher Fragen - Nachteilsausgleich bei Behinderung	h01 h01.10 h01.20 h01.30 h01.40 h01.50 h01.60	15 Min.	0,25
- Finanz- und Sozialrechtliche Ansprüche - sonstige Fragen	h01.70 h01.99		
Beratung zur beruflichen Rehabilitation (Rehabilitationsberatung) - Berufsklärung - innerbetriebliche Umsetzung, Arbeitsplatzadaption, Kontakte zum beruflichen Umfeld - Klärung der wirtschaftlichen Sicherung - Arbeitsplatzbesuch - sonstige relevante Fragen	h11 h11.10 h11.20 h11.30 h11.40 h11.99	25 Min.	0,5
Organisation und Monitoring externer Belastungserprobung	r38	50 Min.	1,0

Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum	g04	50 Min.	1,0
Arbeitsplatzbesuch	g50	50 Min.	1,0
Gespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen/Einzelkontakt	k05.10	25 Min.	0,5

### 3. Koordinations- und Organisationsaufgaben

Leistungseinheit	KTL-Nr.	Dauer	Therapieeinheit
Organisation weitergehender Maßnahmen: hier: Kontakt- und Informationsgespräch mit Vor- und Nachbehandlern (ambulante Gruppen, psychosoziale Dienste etc.)	h21.50	50 Min.	1,0
Organisation weitergehender Maßnahmen: hier Vor- und Nachbereitung der Teilnahme von Patienten an Selbsthilfegruppen im Rahmen des Therapieprogramms	h21.60	25 Min.	0,5
Therapeutische Einzelintervention, verhaltenstherapeutisch orientiert hier: Planung des Gesamtrehabilitationsplanes gemeinsam mit dem Patienten	p03	50 Min.	1,0
Einzelberatung hier: Übergabe- bzw. Koordinationsgespräch zwischen Klinik- und Ambulanzmitarbeiter gemeinsam mit dem Patienten	p01	50 Min.	1,0

### 4. Ärztliche Leistungen

Leistungseinheit	KTL-Nr.	Dauer	Therapieeinheit
Ärztliche Beratung (auch Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussuntersuchung)	k01	50 Min.	1,0
Patientenschulung bei Suchtmittelabhängigkeit (sonstige) hier: Patientenschulung durch Arzt im Rahmen der Gruppenbehandlung	k33.99	100 Min.	1,0

### 5. Weitere Leistungen

Leistungseinheit	KTL-Nr.	Dauer	Therapieeinheit
Weitere Leistungen, sofern im ambulanten Teil der Kombinationsbehandlung indiziert, mit dem Leistungsträger konzeptionell vereinbart und möglichst gemäß KTL abbildbar (z. B. diagnostische Leistungen, Bezugspersonengespräche)	X	Min.	z. B. 1,0

Im Rahmen von Kombinationsbehandlungen Abrechnung von vier sonstigen Therapieeinheiten als Modul der Kombinationsbehandlung (sonstige Therapieeinheiten: 2 x h21.50, 1 x p01, 1 x p3).