

## **Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) zur Konsultationsfassung der Leitlinie für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit (Stand: 06.02.2009)**

Der FVS nimmt zur vorliegenden Konsultationsfassung wie folgt Stellung:

### **1. Kapitel 1: Einleitung**

Im Rahmen der Einleitung sollte bereits deutlich auf die Verantwortlichkeit für die Reha-Leitlinie verwiesen werden. Von daher schlagen wir, folgenden Satz aufzunehmen:

„Im Unterschied zu den Leitlinien der medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die im partnerschaftlichen Konsens multidisziplinärer Expertengruppen entwickelt werden, liegt die Verantwortung für die Leitlinie für die Rehabilitation für Alkoholabhängigkeit bei der DRV Bund.“

### **2. Kapitel 2: Reha-Leitlinie als Teil der Reha-Qualitätssicherung**

Ferner schlagen wir vor, im Kapitel 2 den vorletzten Satz wie folgt abzuändern:

„Mit Hilfe von Qualitätsindikatoren soll der Behandlungsprozess dieser Patientengruppe während des Aufenthaltes in einer Reha-Einrichtung abgebildet und beurteilt werden. Selbstverständlich müssen die einrichtungsbezogenen Auswertungen vor dem Hintergrund der jeweiligen Behandlungskonzepte interpretiert werden. Die Reha-Leitlinien ergänzen die bestehenden Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften.“

### **3. Kapitel 3: Leitlinie für die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit**

Im Kapitel 3 (Seite 5) sollte der im früheren Entwurf enthaltene Hinweis wieder aufgenommen werden:

„Für einen Teil der Leistungen, wie z.B. Ergotherapie, Ernährungsschulung und -beratung und Sozialberatung, existieren bisher keine evidenzbegründeten Studien. Für diese Therapieleistungen ergibt sich die Notwendigkeit aus dem gesetzlichen Auftrag der Rehabilitationsträger.“

Des Weiteren schlagen wir vor, auch die folgenden weiteren Aspekte, welche in der Vorversion enthalten waren, wieder aufzunehmen.

„Obwohl Genderaspekte der Therapie und Rehabilitation in der vorliegenden Leitlinie nicht ausdrücklich benannt werden ist der Spielraum für die Berücksichtigung unterschiedlicher Erfordernisse für Frauen und Männer gegeben und zu nutzen. Es ist wünschenswert und notwendig, bei der Therapieplanung geschlechtssensibel vorzugehen, um den besonderen Problemlagen beider Geschlechter gerecht zu werden. Unterschiedliche Risikoprofile, Krankheitsprognosen und das subjektive Krankheitsverständnis der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind weitere Kriterien, die (...) zu berücksichtigen sind.“

„Die in dieser Reha-Leitlinie vorgestellten Module und therapeutischen Einzelleistungen ergänzen sich in ihrem Zusammenwirken mit der Organisation der verschiedenen Behandlungselemente. Weitere Faktoren (z.B. Klinikatmosphäre, die Qualität der therapeutischen Beziehung oder die Qualität der Beziehung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden untereinander) werden über die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) nicht abgebildet, spielen allerdings hinsichtlich der Wirksamkeit der Behandlung eine wichtige Rolle. Die Organisation der Behandlungsinhalte und -elemente durch eine entsprechende Therapieplanung ist von wichtiger Bedeutung für deren Qualität. Qualitätsmerkmale der Einzelleistungen und Qualitätsanforderungen an die therapeutischen Mitarbeiter werden durch die KTL jedoch durchaus vorgegeben.“

Die Förderung bestimmter Basiskompetenzen und -ressourcen (Förderung der sozialen Kompetenz, Rückfallprophylaxe, Motivationstraining) erfolgt sowohl integriert in der allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit (ETM 1) als auch in Form gesonderter Gruppenangebote (vgl. z.B. ETM 3). Deshalb sind diese Elemente der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit durch die ETM und KTL nicht exakt darstellbar.“

#### **4. Kapitel 4: Geltungsbereich der Reha-Leitlinie**

Im Kapitel 4 „Geltungsbereich der Reha-Leitlinie“ sollte wieder der Hinweis ergänzt werden, dass der Geltungsbereich sich auf Rehabilitanden, die mindestens 78 Tage Behandlungsdauer haben, bezieht. Entsprechende Zeiträume sind für ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen auf der Basis der wöchentlichen Behandlungstage zu definieren. Ggf. müssen die Anforderungen hinsichtlich der Leistungsmenge und -dauer entsprechend den besonderen Bedingungen der ganztägig ambulanten Rehabilitation angepasst werden.

#### **5. Kapitel 5: Überblick über die evidenzbasierte Therapiemodule**

Im Kapitel 5 „Überblick über die evidenzbasierte Therapiemodule“ sollte zwischen den Therapiemodulen, für die eine Evidenzbasierung vorliegt (ETM) und weiteren Therapiemodulen unterschieden werden.

#### **6. Kapitel 7: Die KTL als Rahmen für die Beschreibung der ETM-Leistungen**

Wir empfehlen am Ende folgenden Zusatz aufzunehmen:

„Auch unterscheiden sich die einzelnen Leistungen innerhalb der Therapiemodule zum Teil deutlich hinsichtlich des damit verbundenen Ressourcenaufwandes für die Rehabilitationseinrichtungen. Dieser Aspekt ist ebenfalls bei entsprechenden einrichtungsbezogenen Auswertungen zu berücksichtigen.“

#### **7. Kapitel 8: Anwendung der ETM in der Praxis**

Am Ende des vorletzten Absatzes schlagen wir folgende Ergänzung vor:

„Der individuelle Bedarf und die klinikspezifische Rehabilitandenstruktur haben von daher einen Einfluss auf die Art und Häufigkeit der jeweiligen Leistungen. Auch werden konzeptionelle und strukturelle Besonderheiten von Einrichtungen wie z.B. die indikative Ausrichtung arbeitsbezogener Leistungen entsprechend bei den einrichtungsbezogenen Auswertungen zu berücksichtigen sein.“

#### **8. Kapitel 14: Evidenzbasierte Therapiemodule**

Zu den einzelnen Therapiemodulen möchten wir wie folgt Stellung nehmen:

##### **ETM 01, 02, 03**

Es stellt sich die Frage, inwieweit beispielsweise ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen überhaupt dazu in der Lage sind, eine entsprechende Differenzierung der Inhalte gem. ETM 1, ETM 2 und ETM 3 vorzunehmen. Von daher ist zu überlegen, ob - orientiert am vorhandenen Konzept und der damit verbundenen Organisation der Behandlung - insbesondere bei diesen Einrichtungstypen eine gegenseitige Ausgleichmöglichkeit der ETM 1, 2 und 3 zu ermöglicht werden sollte.

##### **ETM 02 Indikative Therapie: themenzentrierte Intervention zur psychischen Komorbidität**

Die Nummern F 100 bis G 076 sind doppelt aufgeführt.

##### **ETM 03: Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz**

Wir weisen darauf hin, dass sich in diesem Kapitel hinsichtlich des damit verbundenen Ressourcenaufwandes völlig unterschiedliche Leistungen befinden. So zählt hierzu z.B. L 031 „Soziale Kommunikation und Interaktion: Dia- und Filmvorführung“ wie auch G 062/G 064 „Psychotherapie (Gruppe): „Training sozialer Kompetenzen“. Entsprechende Häufungen von Leistungen sind bei den Auswertungen zu berücksichtigen.

#### **ETM 4: Angehörigenorientierte Interventionen**

Der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden sollte von 25 auf 20 % reduziert werden. Darüber hinaus sei darauf hingewiesen, dass der Mindestanteil auch abhängig von der Patientenstruktur, d.h. ob die Patienten überhaupt über eine soziale Einbindung verfügen oder sozial desintegriert sind, ist.

#### **ETM 5a: Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose**

Traditionell ausgerichtete Behandlungskonzepte erfüllen die entsprechenden Vorgaben eher als indikativ ausgerichtete Behandlungskonzepte, die sich am jeweiligen Bedarf ausrichten. Von daher ist eine Bewertung der Quantität der Leistungen nicht mit der Qualität der Behandlung gleichzusetzen.

Ferner liegt auch in ganztägig ambulanten Einrichtungen der Schwerpunkt aufgrund der indikativen Voraussetzungen der Rehabilitanden eher auf dem Umfeld der Arbeitswelt und entsprechenden Angeboten (Bewerbungstraining, EDV-Schulung, Milieuthérapie etc.). Von daher sind die Vorgaben für diese Einrichtungstypen aufgrund von weiteren Auswertungen zu überprüfen.

Auch wird in ganztägig ambulanten Einrichtungen kein wesentlicher Unterschied beim Bedarf von arbeitsbezogenen Leistungen von Rehabilitanden mit und ohne Arbeit (ETM 5a, 5b) gemacht.

#### **ETM 5b: Arbeitsbezogene Leistung für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige**

Hingewiesen sei darauf, dass in diesem Therapiemodul zwei völlig unterschiedliche Behandlungsgruppen zusammengefasst sind, deren Behandlungsbedarf sich deutlich voneinander unterscheidet.

#### **ETM 7: Entspannungstraining**

Zu prüfen ist, ob entsprechende Angebote je nach Konzept und Kompetenz der Mitarbeiter/innen auch in anderen Modulen wie ETM 8 oder ETM 1 und 2 enthalten sind bzw. sein können.

#### **ETM 8: Sport- und Bewegungstherapie:**

Auf mögliche Überschneidungen mit ETM 7 wurde hingewiesen, weitere Überschneidungen können mit dem ETM 11 (z.B. F 151/F162 Tanz- und Bewegungstherapie Einzel/in der Gruppe) erfolgen.

#### **ETM 9: Gesundheitsbildung und Schulung:**

Statt „Häufigkeit pro Woche: mind. 6 x“ müsste es heißen: „Häufigkeit pro Reha mind. 6 x.“

#### **ETM 10: Ernährungsschulung- und Beratung**

Die Vorgabe von 80 % entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden sollte deutlich reduziert werden.

#### **ETM 11: Gestalterische Ergotherapie, Kreativtherapie und Freizeitgestaltung und ETM 12 „Förderung sozialer Integration: Ergotherapie“**

Die beiden Module sind inhaltlich nicht trennscharf. So sind beispielsweise E060: Funktionstraining mit geeignetem Material oder Gerät einzeln und E070 in der Kleingruppe aus ETM 12 prinzipiell auch dem ETM 11 zuordenbar. Auch stellt sich die Frage, ob der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden beim ETM 11 mit 70 % bei 120 Min. Dauer pro Woche nicht zu hoch angesetzt ist. Hier besteht weiterer Diskussions- und Klärungsbedarf.

#### **ETM 13 a und 13 b: Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose bzw. für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige :**

Es ist zu prüfen, wie in den Einrichtungen entsprechende Leistungen in die Gesamtbehandlung eingebettet sind. Dort wo z.B. die Sozialberatung von den Bezugstherapeuten erbracht wird (was z.B. in ganztägig ambulanten Einrichtungen häufig der Fall ist) kann es vorkommen, dass die Leistungen zu diesem Themenbereich im Rahmen der Psychotherapie mit erfasst werden. Des Weiteren ergeben sich Überschneidungen zum ETM 14, von daher ist zu überlegen, ob ETM 13 a, 13 b mit ETM 14 nicht besser zusammen zu fassen sind.

## **Kapitel 15: Methodischer Teil:**

### 15.1. Erstellung der Reha-Leitlinie

Bei der Auflistung der Arbeitsschritte schlagen wir folgende Änderungen vor:

- „multiprofessionelle Entwicklung einer rehabilitationsspezifischen Leitlinie unter Einbezug von Experten,“

### **15.2 Literaturrecherche:**

Wir schlagen folgende Ergänzung nach Satz 2 vor:

„... d.h. evidenzbasiert ist. Die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit als Komplexbehandlung ist belegt. Die Komplexbehandlung ist als ein eigener Behandlungsstandard zu bewerten. Einzelne Behandlungsmodule (z.B. Entspannungstraining, Förderung sozialer Integration, arbeitsbezogene Leistungen) entfalten ihre Wirkung erst im Rahmen des Gesamtsettings. Von daher fehlen auch empirische Begründungen für adjuvante Therapiebereiche, obgleich diese sinnvolle Interventionen im Rahmen einer theoretisch fundierten und indikativ orientierter Gesamtbehandlungsstrategie darstellen. Von daher sind Therapien, die sich aus der Versorgungspraxis ergeben ...“.

### **Schlusswort:**

Abzuwarten bleiben die weiteren Auswertungen zur Reha-Leitlinie bei Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeit. Auf der Basis entsprechender Ergebnisse ist der Dialog der Leistungsträger mit den Experten, Fachgesellschaften und Spitzenverbänden der Leistungserbringer hinsichtlich des Methodenansatzes, der Vorgaben und Interpretationen fortzusetzen. Auch ist auf der Basis der zukünftigen Auswertungen mit den Einrichtungen ein entsprechender Qualitätsdialog zu führen. Im Rahmen des Qualitätsdialoges ist dann zu überprüfen, ob entsprechende Abweichungen mit Kodierungsproblemen zusammenhängen, ob diese fachlich und konzeptionell begründet sind, oder ob ggf. eine Unter- bzw. Überversorgung mit entsprechenden Leistungen vorliegt.