

„Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung“ (Mai 2010) hier: Stellungnahme des FVS zu den personellen Anforderungen von Fachkliniken im Bereich Abhängigkeitserkrankungen durch die DRV

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) konzentriert sich im Wesentlichen in seiner Stellungnahme auf den Aspekt der personellen Anforderungen/Personalbemessung für den Bereich „Psychosomatik/Sucht“. Nachdem die Strukturanforderungen für stationäre medizinische Reha-Einrichtungen von der DRV verabschiedet und publiziert wurden, steht nun deren Umsetzung durch die DRV Bund und die DRVen der Länder an. Vor diesem Hintergrund hat der FVS eine Stellungnahme entwickelt, die im Rahmen der weiteren Umsetzung Berücksichtigung finden sollte. Zum Strukturbogen, der in der Publikation der DRV zur Strukturqualität ebenfalls abgedruckt war, wird der FVS noch gesondert Stellung nehmen.

I. Grundsätzliche Anmerkungen

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) begrüßt es, dass die Deutsche Rentenversicherung eine Arbeitsgruppe Strukturanforderungen eingesetzt hat, welche damit beauftragt wurde, RV-weit einheitliche Maßstäbe für die Strukturqualität zu erarbeiten. 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. Es sollte hierbei eine Selbstverständlichkeit sein, dass entsprechende Anforderungen auch adäquat von den Leistungsträgern zu vergüten sind. Sollten somit auf der Grundlage der von der DRV verabschiedeten Strukturanforderungen zusätzliche Personalforderungen an stationäre Rehabilitationseinrichtungen gestellt werden, so müssen diese im Vergütungssatz der Einrichtung natürlich auch Berücksichtigung finden.

Im Unterschied zum vorherigen Entwurfspapier der DRV (Stand März 2009) ist in der nun verabschiedeten Version hinsichtlich der Abweichungsmöglichkeit von den personellen Anforderungen (Tab. 6) nur noch eine Begrenzung nach unten von bis zu 20 % vorgesehen. Wenn dies im Umkehrschluss bedeutet, dass damit eine Überschreitung der personellen Anforderungen nach oben hin auch von über 20 % möglich ist, so ist diese Veränderung zu begrüßen. Wir gehen davon aus, dass dies auch von den beteiligten Experten der Projektgruppe Strukturanforderungen der DRV so intendiert war. Keinesfalls sollte die Änderung des Textes in der weiteren Umsetzung so interpretiert werden, dass nun Abweichungen von den genannten durchschnittlichen Personalvorgaben nach oben hin nicht mehr möglich sein sollten. In unserer vorherigen Stellungnahme (August 2009) zur Entwurfsfassung hatten wir bereits darauf hingewiesen, dass sich die personellen Anforderungen an medizinische Rehabilitationskliniken - in Abhängigkeit vom Behandlungskonzept und der Fallschwere der Patienten - z. T. erheblich unterscheiden (z.B. wenn ein ärztlicher Bereitschaftsdienst erforderlich ist, für Patienten mit psychischer oder somatischer Komorbidität, für Patienten mit Kindern in der Einrichtung) und deshalb nach oben hin deutliche Abweichungen (von über 20 %) von den personellen Anforderungen (Tab. 6) möglich sein müssen. Darüber hinaus müssen solche konzeptmäßigen Abweichungen auch dauerhaft – und nicht nur für einen Übergangszeitraum – möglich sein.

Wir weisen ferner darauf hin, dass Grundlage für die bestehenden Stellenpläne der Rehabilitationskliniken im Bereich der Entwöhnungsbehandlung die Vorgaben der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 sind, hierbei wurden auch unterschiedliche Gruppenstärken in der Psychotherapie für Alkohol- und Medikamentenabhängige und Abhängige von illegalen Drogen vorgegeben. Da die Entwöhnungsrehabilitation sich differenziert darstellt und hier passgenaue Behandlungsansätze erforderlich sind, muss ein Stellenplan auch weiterhin konzeptabhängig mit der jeweiligen

Rehabilitationseinrichtung ausgehandelt werden. Von daher sind auch weiterhin Möglichkeiten zur speziellen Differenzierung durch die Stärkung der einen oder anderen Berufsgruppe und zur Verschiebung von Schwerpunkten notwendig, welche jeweils konzeptabhängig mit dem federführenden Leistungsträger zu vereinbaren sind.

Wir begrüßen, dass an verschiedenen Stellen in den publizierten Strukturanforderungen der DRV bei den personellen Anforderungen nach Funktionen und nicht nach Berufsgruppen unterschieden wird. Bestehen bleibt unsere Forderung (siehe Stellungnahme des FVS vom August 2009), dass dieser Ansatz auch auf weitere Funktionsbereiche ausgeweitet werden sollte. So sollte der Bereich der Einzel- und Gruppentherapie für die Rehabilitationseinrichtungen flexibel gehandhabt werden und hier neben Diplom-Psychologen, Diplom-Sozialarbeitern/Diplom-Sozialpädagogen auch weiterhin die Berufsgruppe der Ärzte mit entsprechender Weiterqualifikation eingesetzt werden können. Ferner ist im Bereich „Ergotherapie, Beschäftigungs-Arbeitstherapie“ neben Ergotherapeuten, Beschäftigungstherapeuten etc. auch die Berücksichtigung von Diplom-Sozialarbeitern und Diplom-Sozialpädagogen notwendig. Wir schlagen in diesem Zusammenhang zudem vor, den Begriff „Arbeitstherapie“ zu erweitern und diesen unter „Berufst integrierende Leistungen“ zu subsumieren. Entsprechende Angebote der Rehabilitationseinrichtungen sollten sich am jeweiligen Bedarf der Rehabilitanden orientieren, so kann sich dieser beispielsweise vorrangig auf das Einüben/die Stabilisierung von Grundfertigkeiten oder, im Sinne der beruflichen Reintegration, auf spezialisierte, arbeits- und berufsspezifische Anforderungen beziehen.

Auch lassen sich die Vorgaben für eine 100-Betten-Klinik nicht einfach auf andere Größen „herauf- oder herunterrechnen“. So sind z.B. hinsichtlich der weiteren Umsetzung der Strukturanforderungen für kleinere Einrichtungen gesonderte Mindeststandards oder im Bereich der Drogenrehabilitation spezifische Anforderungen zugrunde zu legen. 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 mit dem federführenden Leistungsträger 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 zu weiteren Anforderungen der Leistungsträger stehen (z.B. Vorgaben der Reha-Therapiestandards, Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen, BQR, vertragliche bzw. konzeptionelle Grundlagen der Einrichtungen).

Ferner weisen wir auf die angespannte Arbeitsmarktsituation hin, so ist insbesondere die Besetzung von Arztstellen derzeit ausgesprochen schwierig. Von daher muss bei entsprechenden personellen Engpässen im Rahmen des strukturellen Dialogs gemeinsam zwischen Leistungsträger und Leistungserbringern nach adäquaten Lösungen gesucht werden.

II. Spezifische fachliche Rückmeldung zu den Anhaltzahlen

Die Anhaltzahlen zu den personellen Anforderungen (Tab. 6 der DRV-Publikation) wurden im Vergleich zur Entwurfsfassung nicht geändert. Von daher bleiben die bereits zur Entwurfsfassung der DRV (März 2009) genannten Aussagen des FVS weiterhin aktuell.

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.

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 sowie von vergleichbar qualifizierten Fachkräften, die ebenfalls entsprechende Leitungsaufgaben ausüben, entsprechend im Stellenplan zu berücksichtigen.

3. Einzel- und Gruppentherapeuten

Das zahlenmäßige Verhältnis von Bezugstherapeuten mit suchtttherapeutischer Qualifikation (Einzel- und Gruppentherapie) zu Patienten sollte sich am Umfang der Aufgaben der 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 von 14 bei Drogenabhängigen.

In dem vorliegenden Entwurf sind für den Bereich der Fachkliniken für Alkohol/Medikamente 5 Psychologen und 5 Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl.-Sozialpädagogen und für Fachkliniken für illegale Drogen 5 Psychologen und 9 Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl.-Sozialpädagogen vorgesehen. Hierbei soll je 1 Dipl.-Sozialarbeiter für die „klinische Sozialarbeit“ enthalten sein. Nach unserer Einschätzung ist für den Bereich der klinischen Sozialarbeit allerdings von einem zusätzlichen Bedarf von 1,25 Stellen bei einer 100-Betten-Einrichtung auszugehen. Dieser kann sich in Abhängigkeit von der Klientel einer Einrichtung (z.B. Anteil an wohnungslosen, arbeitslosen, verschuldeten Patienten) noch erhöhen.

In der Einzel- und Gruppentherapie sollten grundsätzlich die Berufsgruppen der Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagogen, Diplom-Psychologen und Ärzte mit entsprechender suchtttherapeutischer Qualifikation eingesetzt werden können. Es sollte den Einrichtungen überlassen bleiben, aus welchen Berufsgruppen sich diese 10 bzw. 14 Therapeuten pro 100 Patienten/innen zusammensetzen.

4. Pflegepersonal

Das Vorhalten von 6 Pflegekräften ist im Bereich der Rehabilitation von illegalen Drogen – natürlich letztlich abhängig von der jeweiligen Klientel einer Einrichtung – in der Regel eher zu hoch angesetzt. Bei der Bemessung der Anzahl der Pflegekräfte ist allerdings auch zu berücksichtigen, ob Pflegekräfte „rund um die Uhr“ im Rahmen des Bereitschaftsdienstes eingesetzt werden müssen. Die Anzahl der Pflegekräfte ist grundsätzlich abhängig von der Patientenstruktur (z.B. Alter, Komorbidität) einer Einrichtung. Deshalb sollte ggf. auch eine deutliche Abweichung von den Vorgaben nach oben hin möglich sein, wenn es sich um entsprechend chronifizierte bzw. psychosomatisch/somatisch beeinträchtigte Patienten handelt.

5. Ergotherapie, Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Freizeit-/Kreativitätstherapie

Im Bereich der arbeitsbezogenen bzw. berufsintegrierenden Leistungen muss eine Erweiterung um die Berufsgruppe der Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagogen erfolgen. Diese übt in diesem Bereich eine wichtige Funktion aus und ist auch in der „Klassifikation therapeutischer Leistungen“ (KTL-Ausgabe 2007) bei verschiedenen Leistungen (z.B. Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben D03, Arbeitstherapie einzeln E02, indikationsgeleitete Arbeitstherapie in der Gruppe E03, Bilanzierungsgespräche bei externen Arbeitspraktikum E04, Hausbesuch, Arbeitsplatzbesuch E14) entsprechend aufgeführt.

Darüber hinaus ist auch hier bei der Bemessung von Personalstellen zu berücksichtigen, welche Patientenklientel eine Einrichtung vorrangig behandelt (z.B. arbeitslose Patienten versus beruflich integrierte Patienten). Von daher sollte bei den entsprechenden Personalanforderungen an Fachkliniken auch zukünftig Variabilität hinsichtlich des Einsatzes der unterschiedlichen Berufsgruppen in diesem Bereich möglich sein.