



Positionen des GVS

**Zur Entwicklungssituation der
Ambulanten Rehabilitation Sucht in
den Versorgungsstrukturen für
abhängigkeitskranke Menschen
(Stand Oktober 2008)**

GVS – Gesamtverband
für Suchtkrankenhilfe
im Diakonischen Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e.V.



Positionen des GVS zur Ambulanten Rehabilitation Sucht:

Zur Entwicklungssituation der Ambulanten Rehabilitation Sucht in den Versorgungsstrukturen für abhängigkeitskranke Menschen

Der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD e.V. (GVS) nimmt zu den aktuellen Entwicklungen im Bereich der Ambulanten Rehabilitation Sucht nach Vorstandsbeschluss vom 21.10.2008 wie folgt Stellung:

Die Veränderung und Weiterentwicklung des bundesdeutschen Suchthilfesystems ist derzeit geprägt von mehreren fachlichen Leitideen:

- Früherreichung abhängigkeitskranker Menschen
- Wohnortnahe und alltagsintegrierte Versorgung und Hilfen
- Individualisierte und bedarfsorientierte Behandlung und Hilfe
- Teilhabeorientierung (ICF-basiert)
- Kosteneffizienz und verbindliche Leistungsvernetzung.

Angesichts dieser Zielorientierungen wird deutlich, dass in den aktuellen Veränderungsprozessen die Sicherung der Suchtberatung als Leistung der öffentlichen Daseinsvorsorge und die Weiterentwicklung der ambulanten Suchtrehabilitation von besonderer Bedeutung und suchtpolitischer Brisanz sind.

Abhängigkeitsbehandlung ist eine Hinführung zu radikalen Veränderungen grundlegender Verhaltens- und Lebensbewältigungsmuster; Abhängigkeitsbehandlung braucht deshalb immer auch eine Verankerung in und Stützung durch neue personale Bezugssysteme, wie sie im positiven Fall – bei ausreichender Behandlungsdauer und – intensität - eine stationäre Suchtrehaeinrichtung im Sinne einer inneren Neubeheimatung bieten kann. Ambulante Suchtreha entfaltet ihre Wirksamkeit ganz wesentlich durch eine personale Kontinuität in der Gesamtbetreuung während Beratung, Behandlung, Krisenintervention und psychosozialer Nachsorge und durch eine enge Verbindung zur örtlichen Suchtselbsthilfe. Ambulante Suchtreha muss deshalb – unabhängig von der Frage der institutionellen Trägerschaft – verbindlich integriert sein in das regionale Netzwerk psychosozialer Suchthilfe.

1. Zielgruppen und Versorgungspotential der ambulanten Suchtreha

Ambulante Suchtreha ist nicht nur eine methodische Diversifikation und sicher keine Light-Variante der medizinischen Suchtrehabilitation. Nach knapp zwei Jahrzehnten breiter Erfahrung mit diesem Behandlungsangebot sind die versorgungspolitischen Vorteile dieses Hilfeangebots unverkennbar:

- Geringe persönliche, familiäre und soziale Barrieren gegenüber der Inanspruchnahme einer Behandlung



- Geringe soziale Auffälligkeit und Stigmatisierung bei gleichzeitig guter Möglichkeit der stabilisierenden Einbindung des familiären und sozialen / beruflichen Umfelds
- Gleichzeitigkeit ganz unterschiedlicher Hilfe- und Fördermaßnahmen, die im Alltag des Patienten im Sinne einer umfassenden Rehabilitation auch nebeneinander notwendig oder sinnvoll sind
- Möglichkeiten zur starken Individualisierung einschließlich unterschiedlicher Betreuungsintensitäten in Abhängigkeit von Bedarf und Belastbarkeit des Patienten
- Vergleichsweise hohe Alltagsrelevanz der Behandlungsmaßnahmen
- Möglichkeit zu vergleichsweise langer Betreuungsdauer und kontinuierlicher Alltagsbegleitung innerhalb einer Maßnahme; hohe Flexibilität in Krisensituationen
- Bessere Möglichkeiten zu einer frühzeitigen Anbindung an eine Selbsthilfegruppe.

Angesichts dieser versorgungspolitischen Chancen kann die in den Anfangsjahren der ambulanten Suchtreha noch übliche Eingrenzung der Zielgruppen auf noch sozial stabile Patienten kein sinnvolles Kriterium mehr sein. Tatsächlich hat die Arbeit vieler ambulanter Behandlungsstellen gezeigt, dass gerade auch bei schwierigen Patienten mit komplexen persönlichen und sozialen Problemlagen die ambulante Reha genutzt werden kann zu einer alltagsbegleitenden Stabilisierung. So kann – nach einer differenzierten individuellen Indikation - bei langzeitarbeitslosen Rehabilitanden – insbesondere wenn diese bereits Behandlungserfahrungen haben – gleichzeitig mit der Inanspruchnahme einer fachlich gut begleiteten Beschäftigungsmaßnahme eine ambulante Reha durchaus erfolgversprechend sein. Oder es kann bei beruflich wieder integrierten substituierten Drogenabhängigen eine ambulante Reha ein Weg sein, ohne Gefährdung der bereits erreichten Entwicklungen auch die notwendigen Schritte zur Suchtmittelabstinenz weiter zu gehen. Insgesamt ist die ambulante Reha aber – insbesondere auch bei modularisierten Formen (vgl. IAK-Modul der DRV BW und der AOK BW) - eine ideale Möglichkeit, Menschen überhaupt für die notwendige Inanspruchnahme einer Suchtrehabilitationsmaßnahme zu gewinnen, die erst am Anfang einer Problemauseinandersetzung stehen und vor grundlegenden Neuentscheidungen noch zurückschrecken.

2. Ambulante Suchtreha – ein notwendiger Baustein einer wohnortnahen ambulanten Gesamtversorgung

Das anerkannt erfolgreiche bundesdeutsche Suchthilfesystem funktioniert angesichts vielfältiger leistungsrechtlicher Abgrenzungen seit vielen Jahrzehnten auf der Grundlage einer hocheffizienten regionalen Vernetzung und Kooperation mit abgesprochenen Verantwortlichkeiten. Mit dem Ausbau suchtmmedizinischer und suchtpsychiatrischer Hilfeangebote für abhängigkeitskranke Menschen, mit der grundlegenden Veränderung der Strukturen im Bereich der Förderung beruflicher Teilhabe (SGB II) und mit der – bedingt durch Sparnotwendigkeiten jedes einzelnen Kostenträgers - Eingrenzung von Leis-



tungsverantwortung und Leistungsfinanzierung (z.B. keine finanzierte psychosoziale Suchtrehanachsorge mehr im SGB V) muss die regionale Vernetzung der Gesamtversorgung von abhängigkeitskranken Menschen aber inzwischen zu Erhalt der gewohnten Leistungsfähigkeit neu geordnet und verbindlich vereinbart werden.

Angesichts der allseits erhobenen Ansprüche auf eine weiter verbesserte Wirksamkeit der Maßnahmen und eine stärkere Ambulantisierung stehen bei dieser Neuordnung die Regelung eines verbindlichen und teilhabeorientierten Casemanagements, die regionale Verfügbarkeit alltagsbegleitender Hilfen und Behandlungsmaßnahmen und eine hohe Durchlässigkeit der einzelnen Hilfen im Vordergrund. Nachdem aber klar ist, dass trotz aller Ansätze im SGB IX oder durch die Regelungen des §140a SGB V eine verbindliche Regelung der notwendigen Vernetzung der Gesamtversorgung nicht vom Gesetzgeber zu erwarten ist, kann dies nur im Rahmen einer freiwilligen, politisch gestützten Zusammenarbeit vor Ort geregelt werden. Aufgrund der erwähnten Versorgungspotentiale der ambulanten Suchtreha ist eine Beteiligung der Suchtrehaleistungsträger an solchen regionalen Verständigungsprozessen unverzichtbar, sowohl für die Optimierung der Gesamtversorgung wie für die ja gewünschte Ausweitung der ambulanten Reha, die für einen nachhaltigen Erfolg immer auf vorbereitende, begleitende und ergänzende Hilfen und Maßnahmen anderer Träger und Institutionen angewiesen sein wird – gerade die medizinische Suchtreha braucht ein verbindlich geregeltes personenbezogenes Casemanagement, das über die eigene Leistungszuständigkeit hinausreicht.

Insbesondere aber muss sichergestellt werden, dass ambulante Suchtreha als Versorgungsangebot auch in der Fläche verfügbar bleibt / wird. Angesichts der Beschäftigungssituation vieler Patienten muss das Angebot ambulanter Suchtreha mit einem realistischen Fahrt- und Zeitaufwand zugänglich und in den Lebensalltag der Menschen integrierbar sein (zeitlich, örtlich, Angebotsfrequenz). Unsere Gesellschaft und die Versicherungsgemeinschaft haben mindestens ein gleich hohes Interesse an der Reduzierung von Abhängigkeitsstörungen wie die Betroffenen selber; insofern stimmen die früher oft noch gewohnten Zumutungen für die Patienten bei der Inanspruchnahme einer Suchtrehamaßnahme mit den derzeitigen Grundhaltungen in der Gesamtversorgung abhängiger Menschen nicht mehr überein.

3. strukturelle Konsequenzen für die auch leistungsrechtliche Gestaltung ambulanter Reha

Um die skizzierten Potentiale der ambulanten Suchtreha für die Gesamtversorgung nutzen zu können, kann dieser Leistungsbereich nicht überwiegend nur nach betriebswirtschaftlichen Kriterien platziert und gestaltet werden, sondern muss eine dezidierte Nutzerperspektive berücksichtigen.

Die Einbindung der ambulanten Suchtreha in die Arbeit entsprechender qualifizierter Suchtberatungsstellen hat sich bewährt. Nur die im Rahmen der Daseinsvorsorge finanzierte Suchtberatung kann in der bestehenden Versorgungsstruktur aufgrund politischer Beauftragung tatsächlich eine umfassende Berücksichtigung der individuellen sozialen und materiellen Problemlagen / Hilfebedarfe und Entwicklungsressourcen und die Umsetzung eines verbindlichen Casemanagements gewährleisten. Die Kontinuität



personaler Betreuung in der Suchtberatung – von der Erstinformation und Behandlungsmotivierung über die Antragsunterstützung bis hin zur psychosozialen Nachsorge – hat sich vielfach bewährt – die Suchtberatung hat dafür trotz aller notwendigen professionellen Arbeitsteilung gute Arbeitsformen entwickelt, mit denen neben den suchtherapeutischen Maßnahmen der ambulanten Reha auch notwendige Maßnahmen materieller Existenzsicherung oder der Sicherstellung ergänzend notwendiger weiterer Hilfen / Unterstützungen von den Patienten als einheitliche Maßnahme erlebt werden, einschließlich der Begleitung und Unterstützung bei Maßnahmen zur Förderung einer Wiedereingliederung in Arbeit und Beschäftigung gemeinsam mit den zuständigen Institutionen.

Unbefriedigend ist vielerorts aber noch die Klarheit einer betriebswirtschaftlichen Eigenständigkeit. Da Suchtberatungsstellen in der Regel außer der ambulanten Reha keine leistungsfinanzierten Hilfen anbieten und für die Durchführung der ambulanten Reha ja Mitarbeitende nutzen, die ansonsten in der Suchtberatung eingesetzt sind, haben sich in den vergangenen Jahren betriebswirtschaftliche „Grauzonen“ entwickelt, bei denen nicht mehr hinreichend genau zwischen den von den Beratungsstellenträgern ja meist mitfinanzierten Aufgaben der Daseinsvorsorge und den von den Rehaleistungsträgern finanzierten Leistungen der ambulanten Suchtreha differenziert wird. Zu diesen Unklarheiten haben auch manche kommunalen Finanzierungsvereinbarungen beigetragen, wonach Einnahmen aus ambulanter Reha den kommunalen Anteil an der Abmangelfinanzierung der Suchtberatungsstelle reduzieren. Faktisch bedeutet dies bislang oft, dass die Durchführung von Leistungen ambulanter Suchtreha zu Lasten der psychosozialen Basisversorgung Sucht geht.

Um eine betriebswirtschaftlich effiziente Gestaltung der ambulanten Reha, aber auch um einen notwendigen Ausbau dieses Leistungsangebots in der erforderlichen Qualität zu ermöglichen, muss die ambulante Reha zwar eingebunden bleiben in die regionalen Strukturen der psychosozialen Suchthilfe, aber dort als wirtschaftlich eigenständiger Bereich in der Suchtberatungsstelle gestaltet werden. Dazu gehört dann aber auch in der Konsequenz, dass zukünftig in geeigneter Form Aushandlungsstrukturen vereinbart werden für die Pauschalfinanzierung der Leistungen ambulanter Suchtreha, bei denen die Leistungserbringer auch ihren tatsächlichen Aufwand deutlich machen können. Dies ist besonders dann wichtig, wenn man den Anspruch eines flächendeckenden Versorgungsangebots bejaht: in eher ländlichen Versorgungsregionen mit oft bescheidenen öffentlichen Verkehrsverbindungen können nach langjähriger Erfahrung bei Wahrung fachlicher Standards meist nur kleine Betriebseinheiten vorgehalten und kann eine Vollauslastung auch nicht regelhaft gesichert werden.

Die derzeitigen Anforderungen der Rehaleistungsträger zur Strukturqualität / Personalausstattung werden grundsätzlich akzeptiert. Allerdings sollte bei der konkreten Gestaltung nicht die formale Eigenständigkeit der ambulanten Reha betont, sondern deren Einbindung in die regionalen Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden. So erweist es sich in der Fläche oft als sehr mühsam, ganz unabhängig von Honorarvorstellungen überhaupt Ärzte mit der geforderten Qualifikation für eine Mitarbeit in der ambulanten Suchtreha zu gewinnen. Andererseits aber gibt es häufig Ärzte, die schon langjährig sich in der Arbeit mit Abhängigkeitskranken engagieren und für eine solche Mitarbeit bereit sind. Hier sollten regelhaft bei der Erfüllung des ärztlichen Deputats ohne Probleme auch Kooperations- bzw. Delegationslösungen gestaltbar sein, bei denen der be-



handlungsverantwortliche Facharzt wesentliche Aufgaben in der Behandlungsstelle an einen Kollegen delegiert. Solche alltagstauglichen Regelungen tragen nicht zuletzt auch zu einer besseren Vernetzung der Behandlungsstelle mit der medizinischen Primär- und Akutversorgung bei, ganz im Interesse einer breit genutzten ambulanten Suchtreha.

Manche Behandlungsstellen nutzen bislang die Möglichkeiten einer stark individualisierten Behandlung, wie sie die ambulante Suchtreha bietet, im Interesse ihrer Patienten noch zu wenig. Dies hängt auch damit zusammen, dass wohl keine ambulante Behandlungsstelle die bei einer Individualisierung notwendigen Hilfeangebote alle selber vorhalten kann. Die bisherige Form der Pauschalfinanzierung mit ihrem ausschließlichen Bezug auf die einzel- und gruppentherapeutischen Leistungen begünstigt eine solche Engführung des Leistungsangebots. Hier ist eine reflektierte Weiterentwicklung dringend notwendig, die den tatsächlichen Möglichkeiten und Notwendigkeiten in der ambulanten Suchtreha Rechnung trägt. Die ambulanten Behandlungsstellen sollten bei der Gestaltung ihres Leistungsangebots auch auf Leistungsbausteine zurückgreifen können, die in der regionalen Versorgungsstruktur von medizinischen Leistungserbringern schon vorgehalten werden. Gleichzeitig bedeutet eine solche Nutzung regional vorhandener Ressourcen aber gegenüber dem Aufbau eigener Versorgungsangebote einen erheblichen Vernetzungs- und Casemanagementaufwand, der bislang in keiner Weise vergütungsrelevant ist.

4. Zum Leistungsspektrum ambulanter Suchtreha

In den Anfangsjahren wurde die ambulante Suchtreha ganz überwiegend in Nachahmung der Grundsätze stationärer Suchtreha gestaltet. Diese Strategie sicherte zwar von Anfang an eine hohe suchtttherapeutische Qualität der ambulanten Suchtreha, nutzte aber nur in geringem Umfang die alltagsnahen Fördermöglichkeiten und Entwicklungsressourcen. Wenn ambulante Suchtreha einerseits ein deutlich weniger dichtes Behandlungssetting bietet und damit in der Regel auch weniger tiefgreifende und Alltag gefährdende suchtttherapeutische Prozesse ermöglicht, dann kann sie doch andererseits über einen in der Regel deutlich längeren Zeitraum gestufte Behandlungsintensitäten und eine unmittelbare Alltagsbegleitung bieten. Dies impliziert aber, dass therapeutische Leistungen und Leistungen zur Förderung sozialer und beruflicher Teilhabe in einem deutlich ausgewogeneren Verhältnis zueinander stehen müssen.

Als Maßnahmen in der ambulanten Suchtreha müssen daher auch konkrete Unterstützungen bei Problemen / Konflikten am Arbeitsplatz oder bei Beschäftigungsgelegenheiten gestaltet werden können, müssen Beziehungs- oder Erziehungsprobleme konkret aufgegriffen werden, müssen materielle Probleme (Schulden, Wohnen) oder justizielle Schwierigkeiten unmittelbar im Sinne einer Rückfallprophylaxe aufgegriffen und Aktivitäten zur sozialen Teilhabe unterstützt werden (nicht nur in Form einer Beteiligung an einer Suchtselbsthilfegruppe). Das Maß einer professionellen Unterstützung oder auch Begleitung (bis hin zu Hausbesuchen im Hinblick auf die Gestaltung der häuslichen Lebenssituation) muss dabei abhängig sein vom individuellen Hilfebedarf und der Entwicklungsbereitschaft /-fähigkeit des einzelnen Patienten. Abhängigkeitsstörungen sind Störungen, die sich im Lebensalltag aktualisieren. Wenn seit langem bekannt ist, dass z.B. eine befriedigende Beschäftigungssituation in erheblichem Maß zur Aufrechterhaltung



einer Abstinenz beitragen kann, dann müssen wir gerade auch in der alltagsbegleitenden ambulanten Suchtreha noch sehr viel kreativer nach individuell wirkungsvollen Stabilisierungsmöglichkeiten für die Patienten suchen und dafür auch die Unterstützung der Rehaleistungsträger bekommen.

Auch in der ambulanten Suchtreha sind Patienten, die neben einer qualifizierten suchttherapeutischen Unterstützung auch fundierte körperliche Stabilisierung / Behandlung benötigen. Ambulante Behandlungsstellen sind aus vielen Gründen nicht in der Lage, solche Leistungen in der notwendigen Breite selber vorzuhalten und zu finanzieren. Dies wäre auch im Hinblick auf die gewünschte soziale Reintegration der Patienten eher kontraproduktiv. Stattdessen müssen Regelungen gefunden werden, wie Teilnehmer ambulanter Reha auch außerhalb der Behandlungsstelle ärztlich indizierte ergänzende körperliche Förder- oder Behandlungsmaßnahmen nutzen können. Je klarer diesbezüglich die Handlungsmöglichkeiten für die ambulanten Behandlungsstellen sind, umso eher werden solche Hilfebedarfe nicht nur wahrgenommen, sondern auch im Sinne einer ganzheitlichen Rehabilitation auch beantwortet.

In dieser großen Bandbreite von Individualisierungsoptionen liegt eines der wesentlichen Potentiale ambulanter Reha, das durch ein bloßes Angebot einer standardisierten Gruppentherapie noch nicht optimal genutzt wird. Gleichzeitig bedeutet eine auf diese Weise notwendige Nutzung externer Leistungsangebote aber auch eine Chance zur patientenbezogenen Vernetzung regionaler Versorgungsstrukturen.

5. Qualitätsstandards für die ambulante Reha

Gerade angesichts einer weitestgehend unnormierten psychosozialen Basisversorgung Sucht muss immer wieder verdeutlicht werden, dass die ambulante Suchtreha eine sozialleistungsrechtlich geregelte und vom Leistungsträger spezifisch beauftragte Maßnahme darstellt, bei deren Erbringung auch der Rehabilitand einen Rechtsanspruch auf alle geforderten Prozessqualitäten und Ergebnisorientierungen hat. Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der ambulanten Suchtreha darf sich daher nicht nur in der Erfüllung der formalen Anforderungen der Rehaleistungsträger erschöpfen, sondern muss für Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege als Teil ihrer Klientenorientierung selbstverständliche Verpflichtung sein.

Zu den fachlich unumstrittenen Qualitätsstandards für die ambulante Reha zählen deshalb aus unserer Sicht

- a. die Sicherstellung einer qualifizierten medizinischen Behandlungsverantwortung durch die beauftragten Ärzte,
- b. die Sicherstellung einer differenzierten ICF-basierten Störungs- bzw. Funktionsdiagnostik und einer umfassenden Erfassung des aktuellen Reha bedarfs und der individuell vorhandenen Alltagsressourcen,
- c. die Sicherstellung eines internen Qualitätsmanagements durch Supervision, Verlaufskontrollen einschließlich Katamnesen und eine umfassende Leistungsdokumentation,



- d. die Sicherstellung eines konsequenten Kotherapeutensystems für die Gruppenarbeit,
- e. die Sicherstellung eines verbindlichen, gleichzeitig aber auch individualisierten Krisenmanagements,
- f. die Sicherstellung eines transparenten und aussagekräftigen Berichtswesens,
- g. regelmäßige Einholung eines anonymisierten Patienten- und Bezugspersonenfeedbacks,
- h. die Sicherstellung einer fundierten fachlichen Qualifikation der mit der Suchtreha beauftragten Mitarbeitenden; unabhängig von den VDR- anerkannten therapeutischen Zusatzausbildungen brauchen Mitarbeiter in der ambulanten Reha fundierte systemische Kenntnisse und Kompetenzen und auch ein fundiertes Struktur- und Rechtswissen aus der sozialen Arbeit.

Die Träger und Einrichtungen ambulanter Suchtreha sollten aus unserer Sicht sich darauf verständigen, bereits im Vorfeld der Definierung von verbindlichen Qualitätssicherungsprogrammen der Leistungsträger sich auf verbindliche Standards einer Störungs- und Funktionsdiagnostik, von Indikationsentscheidungen, Standards der Verlaufs- und Entwicklungsdiagnostik und der katamnestischen Dokumentation von Ergebnisqualität zu verständigen. Eine solche Verständigung der Leistungserbringer scheint angesichts des Risikos einer unreflektierten Übertragung bereits definierter Standards für die stationäre Suchtreha im Interesse des flächendeckenden Erhalts und einer bedarfsorientierten Weiterentwicklung dieses Versorgungsangebots dringend notwendig. Gleichzeitig ist es auch wünschenswert, Länder und insbesondere Kommunen dafür zu gewinnen, ambulante Suchtreha als einen eigenständigen Leistungsbereich im Rahmen eines regionalen Grundversorgungsangebots für abhängige Menschen zu sehen und sie bzw. deren Träger damit auch in regionale Versorgungsplanungen und fachliche Abstimmungsprozesse einzubinden.

Gez. Sieghard Schilling
Vorstandsvorsitzender

Gez. Karl Lesehr
Mitglied des Vorstandes

Gez. Dr. Theo Wessel
Geschäftsführer



GVS – Gesamtverband
für Suchtkrankenhilfe
im Diakonischen Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e.V.

Altensteinstraße 51
14195 Berlin

Telefon: 030/ 843 123 55
Fax: 030/ 844 183 36
E-mail: gvs@sucht.org
Internet: www.sucht.org