



Kasseler Rundbrief 3/2014

2 Belegungsumfrage
2014

9 Gespräche mit
Leistungsträgern

6 Vergütungs-
entwicklung 2015

15 Termine und
Hinweise

7 Reha-
Qualitätssicherung
der DRV

1. Dezember 2014

Herausgeber: **BUNDESVERBAND FÜR STATIONÄRE SUCHTKRANKENHILFE** eingetragener Verein
Wilhelmshöher Allee 273 | 34131 Kassel | www.suchthilfe.de

Geschäftsführer: Dr. Andreas Koch

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der Meldungen aus einigen Regionen Deutschlands über einen weiteren Antragsrückgang bei der Suchtrehabilitation haben wir 2014 die jährliche Belegungsumfrage etwas vorgezogen, um frühzeitig einen Überblick zur Situation in den Mitgliedseinrichtungen zu bekommen. Dass sich nach den vorliegenden Daten die Situation bei der Belegung und Finanzierung gegenüber den Vorjahren doch nicht weiter verschärft hat, kann folgende Ursachen haben: Zum einen wurden in 2013 und 2014 einige Einrichtungen geschlossen, was den Belegungsdruck für die verbliebenen Einrichtungen etwas mindert. Zum anderen konnte die Finanzierungslücke durch die relativ guten Vergütungssteigerungen der letzten beiden Jahre etwas verkleinert werden. Allerdings bleibt die wirtschaftliche Situation bei rund 50% der Einrichtungen im roten Bereich. Es wird immer deutlicher, dass es in der Suchtreha eine Finanzkrise gibt, die nur zum Teil aus einer schlechten Belegung, sondern vielmehr aus einer strukturellen Unterfinanzierung durch nicht kostendeckende Vergütungen resultiert. Besonders brisant ist der dadurch entstandene Investitionsstau, weil die Einrichtungen gezwungen sind, die Vergütung fast komplett für die Aufrechterhaltung des laufenden Betriebes einzusetzen. Ein Klinikleiter hat diese Situation neulich sehr deutlich auf den Punkt gebracht: ‚Wir essen unsere Steine auf!‘

Zum Jahresende kann ansonsten aber auch über einige positive Entwicklungen berichtet werden: Bei der DRV hat sich die Budgetsituation weiter entspannt (u.a. durch den Antragsrückgang auch in anderen Indikationen sowie durch die gesetzliche Anhebung des Reha-Deckels), was teilweise zu recht zufriedenstellenden Ergebnissen bei den Vergütungsverhandlungen geführt hat. Zudem konnte das Rahmenkonzept Kombibehandlung so gestaltet werden, dass keines der aktuell bestehenden Kombi-Modelle eingeschränkt wird. Die Arbeitsgruppe BORA hat eine praxistaugliche und hilfreiche Empfehlung zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der Suchtreha entwickelt und dabei den Nachweis erbracht, dass gemeinsame Arbeitsprozesse (DRV und Suchtverbände) ausgezeichnet funktionieren. Und mit dem sog. ‚Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform‘ konnte möglicherweise ein Weg gefunden werden, wie Rehabilitanden, für die die ambulante Nachsorge nicht ausreichen würde, nach einer stationären Reha weiter stabilisiert werden können.

Leider gibt es auch nicht so erfreuliche Nachrichten: Hervorzuheben ist vor allem das Vorhaben des Querschnittsbereiches der DRV, in der neuen KTL 2015 im Kapitel G eine Trennung von Sucht- und Psychotherapie vorzusehen, die zu erheblichen negativen Auswirkungen bei den therapeutischen Prozessen und Strukturen führen wird. Diese Veränderung wird vermutlich gegen den Widerstand der Suchtverbände durchgesetzt.

Grundsätzlich scheint sich aber die Erkenntnis durchzusetzen, dass Lösungen für anstehende Fragen und Probleme in der medizinischen Reha sehr viel besser in enger Zusammenarbeit zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern als durch einseitige Vorgaben gefunden werden können.

Verbunden mit der Hoffnung, dass sich die positiven Entwicklungen in unserem Arbeitsbereich 2015 fortsetzen, verbleibe ich mit besten Wünschen für einen erfolgreichen Jahresabschluss und besinnliche Weihnachtstage,

Ihr

Belegungsumfrage 2014

Die diesjährige Belegungsumfrage wurde zum Stichtag 31.07.2014 durchgeführt. Mit 120 Rückmeldungen konnte ein Rücklauf von rund 80% erreicht werden. Etwa 2/3 der Rückmeldungen stammen aus Einrichtungen mit der Hauptindikation Alkohol/Medikamente und 1/3 aus Drogen-Einrichtungen. Die vollständigen Ergebnisse zur Umfrage finden Sie im Mitgliederbereich www.bussmitglieder.de unter Verband / Geschäftsstelle / Umfragen.

Belegung 2014

Die kumulierte Belegung in Alkohol-Einrichtungen hat sich gegenüber der letzten Befragung im September des Vorjahres leicht verbessert: Der Anteil mit einer Belegung von über 90% blieb konstant, die Anzahl an Alkohol-Einrichtungen mit einer Belegung zwischen 70-90% ist im Vergleichszeitraum etwas gestiegen, dafür gibt es weniger Einrichtungen mit einer Belegung von unter 70%. Bei den Drogen-Einrichtungen hat es eine Verschiebung zu Gunsten einer Belegung von 70-90% gegeben, sodass insgesamt die kumulierte Belegung im Vergleich zur letzten Auswertung im September 2013 etwas schlechter ausfiel. Insgesamt ergibt die Gesamtstichprobe eine leichte Verbesserung der Belegung. Die Auslastung von über 90% entspricht dem Vorjahr, der Anteil an Einrichtungen mit einer Belegung zwischen 70-90% hat sich um 4% erhöht und der Anteil mit einer Belegung unter 70% hat sich von 8% im Vorjahr auf 4% reduziert. Die absolute Zahl der Einrichtungen mit einer sehr schlechten Belegung (<70%) liegt bei 2014 = 5 / 2013 = 9 / 2012 = 16.

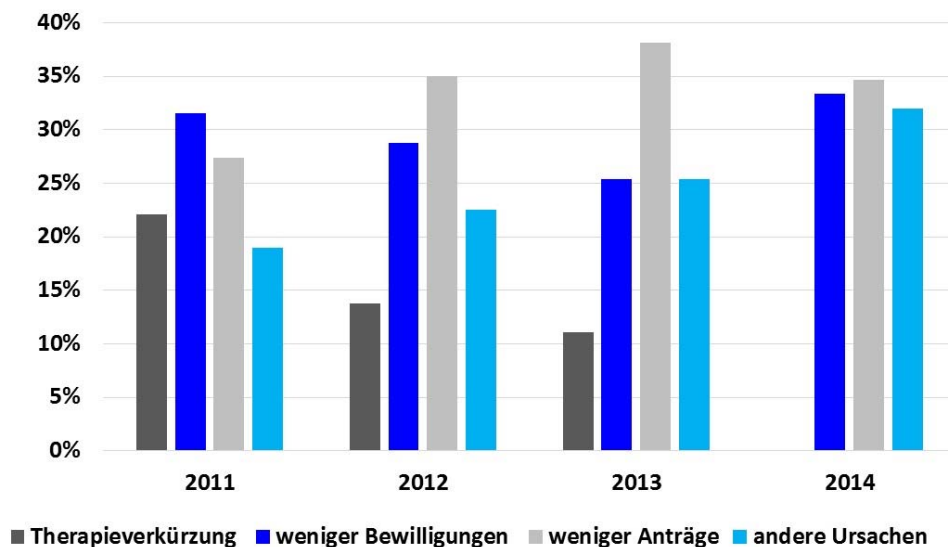
Kumulation	Gesamt 2013/2014	Alkohol 2013/2014	Drogen 2013/2014
> 90%	61% / 61%	58% / 58%	69% / 65%
70-90%	31% / 35%	33% / 38%	25% / 30%
< 70%	8% / 4%	9% / 4%	6% / 5%

Ursachen zur Belegungsentwicklung

Die Frage zur Belegungsentwicklung im Vergleich zum Vorjahr wurde von rund 1/3 der Gesamtstichprobe als positiv bewertet. Ebenso viele Einrichtungen berichten von einer schlechteren oder gleichbleibenden Auslastung gegenüber dem Vorjahr. Hier ist zu beachten, dass diese individuellen Aussagen zur Veränderung der Belegung von den o.g. Zahlen zur Auslastung im Jahresvergleich abweichen können, weil auch Veränderungen innerhalb einer Kategorie (bspw. >90%) eine Verschlechterung der Belegung bedeuten. Im Hinblick auf die Ursachen für eine schlechtere Belegung waren Mehrfachnennungen möglich, die folgende Tabelle zeigt die entsprechenden Anteile.

Ursache	Gesamt 2013/2014	Alkohol 2013/2014	Drogen 2013/2014
Therapieverkürzung	11% / --	9% / --	19% / --
weniger Bewilligungen	25% / 33%	25% / 31%	25% / 37%
weniger Anträge	38% / 35%	43% / 41%	25% / 21%
andere Ursache	26% / 32%	23% / 28%	31% / 42%

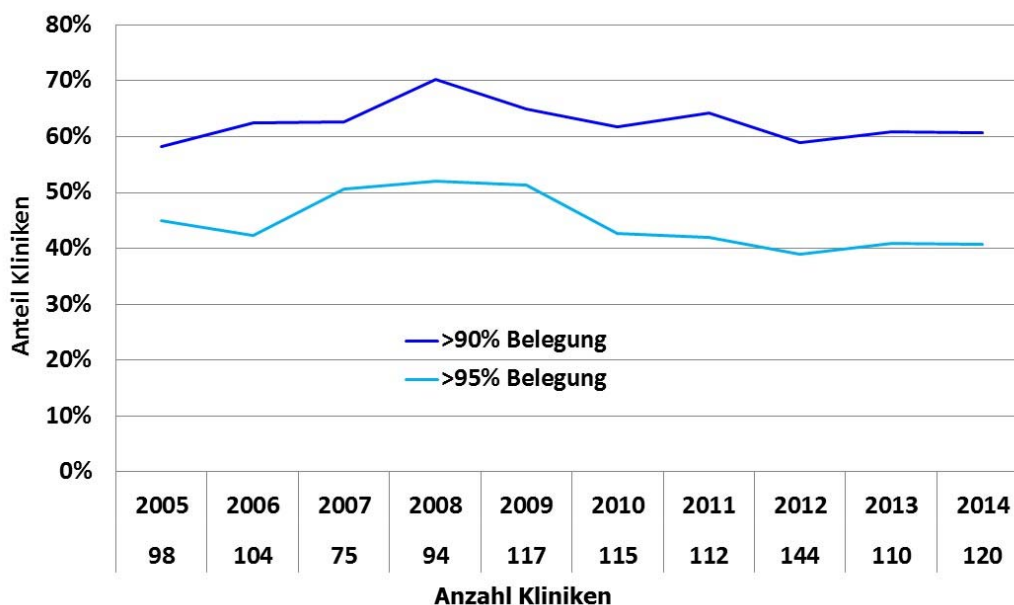
Ähnlich wie im Vorjahr sehen Alkohol-Einrichtungen die Gründe für eine schlechtere Belegung überwiegend darin, dass weniger Anträge gestellt wurden. Diese Beschreibung deckt sich mit Berichten vielen Träger der Deutschen Rentenversicherung über teilweise erhebliche Rückgänge bei den Anträgen auf Sucht-Rehabilitation. Drogen-Einrichtungen gehen vor allem von weniger Bewilligungen aus und geben schwerpunktmäßig auch andere Ursachen an. Allerdings gilt es zu beachten, dass ein direkter Vergleich mit den Vorjahreswerten nicht unmittelbar möglich ist. Bei der diesjährigen Belegungsumfrage wurde die Therapieverkürzung nicht mehr abgefragt, somit verschiebt sich das Verhältnis der Antworten.



Neben den zwei Hauptursachen (weniger Bewilligungen, weniger Anträge) konnten in der Umfrage weitere Ursachen angegeben werden. Die am häufigsten genannten Aspekte waren: Abnehmende Verbindlichkeit seitens der Patienten (Nichtantritt, Abbruch) = 12 Nennungen
Psychiatrien und neue Einrichtungen erhöhen die Konkurrenz = 4 Nennungen

Belegung im Jahresvergleich

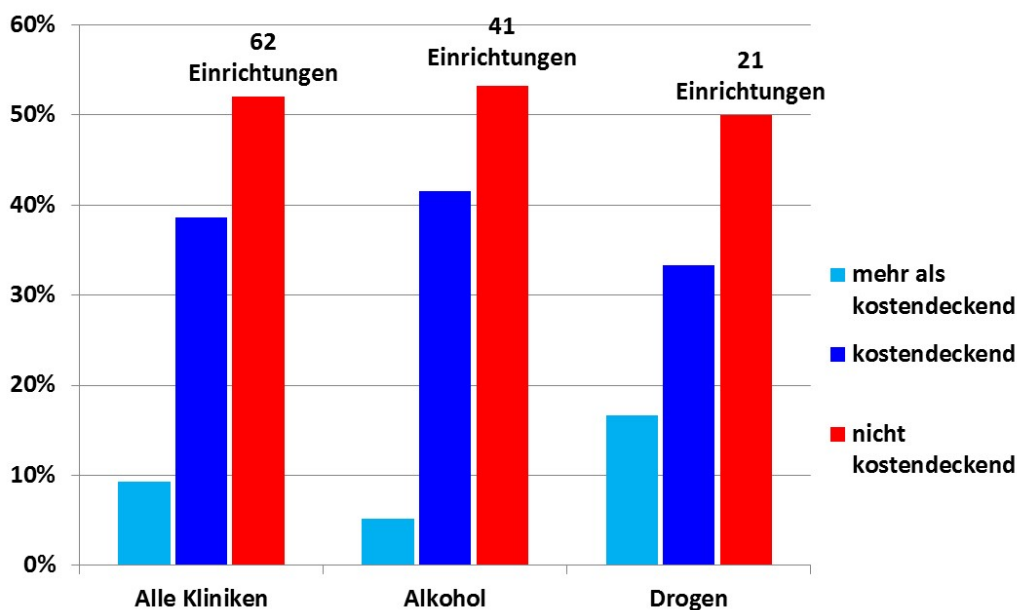
Betrachtet man die Belegungsentwicklung im Verlauf, so ist der Anteil der Kliniken mit einer ‚guten‘ Belegung von über 90% seit dem Jahr 2008 insgesamt um knapp 10% (von rund 70% auf 60%) zurückgegangen. Der Anteil der Kliniken mit über 95% Auslastung liegt nur bei 40% und ist in den letzten 5 Jahren ebenfalls um 10% gesunken. Diese Auslastung wird i.d.R. für die Kalkulation der Vergütungssätze zugrunde gelegt. In der folgenden Abbildung ist der Verlauf der Belegungsanteile über 90% bzw. über 95% dargestellt und zu den einzelnen Jahren auch die Zahl der Rückläufer bei der verbandsinternen Belegungsumfrage angegeben.



Jahresergebnis 2013

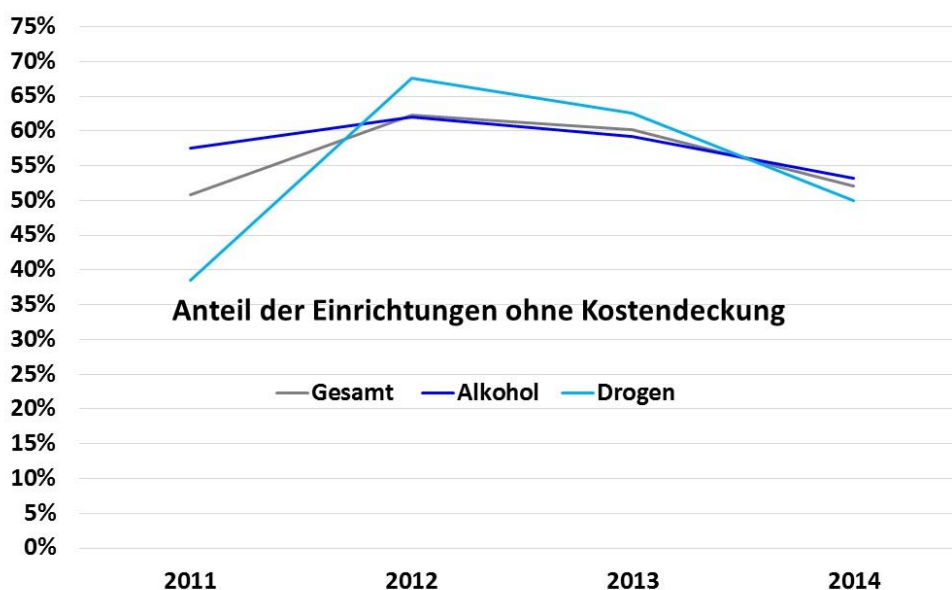
Eine wichtige Erkenntnis ergibt sich auch aus der Frage nach dem realisierten Jahresergebnis. Da die Angaben zur kumulierten Belegung und zur Veränderung der Belegung sehr individuell interpretiert werden können (für manche Einrichtungen sind 90% schon eine wirtschaftlich gute Belegung, für manche reichen erst 98% zur Kostendeckung), wird seit 2011 in der jährlichen Erhebung auch nach dem prognostizierten und realisierten Betriebsergebnis gefragt.

Entgegen der Prognose ist das Jahresergebnis 2013 in der Gesamtstichprobe etwas besser ausgefallen. Allerdings ist der Anteil mit einem kostendeckenden oder besseren Ergebnis mit 48% weiterhin gering (Prognose 40%). Im Jahr 2013 erreichten 62 Einrichtungen kein kostendeckendes Ergebnis, das entspricht rund 52 % aller Einrichtungen (Prognose 60%).



Mehr als die Hälfte aller Einrichtungen kann also nach den Ergebnissen der Belegungsumfrage nicht kostendeckend arbeiten. Als Ursache der Unterfinanzierung geben rund 46% der Gesamtstichprobe eine schlechte Belegung an. 45% der Einrichtungen sehen die Ursache in den zu geringen Vergütungssätzen. Weitere 9% gaben andere Ursachen an. Hier werden insbesondere gestiegene Personal- und Investitionskosten zur Erfüllung der Strukturanforderungen angegeben (8 Nennungen).

In der folgenden Abbildung ist die Finanzierungssituation der Einrichtungen im Zeitverlauf seit 2011 dargestellt (für 2014 = Prognose).



Zusammenfassung

Die zusammenfassende Bewertung der Belegungsumfragen aus den letzten Jahren kann an dieser Stelle uneingeschränkt wiederholt werden: Die wirtschaftliche Situation in den meisten Mitgliedseinrichtungen des buss ist weiterhin angespannt. Die im Sommer 2014 veröffentlichten aktualisierten Strukturanforderungen der DRV werden die Situation weiter verschärfen, weil deren Umsetzung in vielen Einrichtungen zusätzliche Kosten verursachen wird. Einige Suchtkliniken können nur noch am Markt bestehen, weil sie Quersubventionierungen des Trägers erhalten. Andere müssen dauerhaft eine Belegung von über 100% realisieren, um eine Kostendeckung zu erreichen, oder Kürzungen bei den Personalausgaben im Rahmen der Tarifbindung (Streichung von Jahressonderzahlungen) vornehmen. Die Diskrepanz zwischen den Anforderungen der Leistungsträger und der realen Vergütung klafft immer weiter auseinander. Bestehende Vergütungssätze sind kaum mehr auskömmlich, um notwendige Umbau- und Sanierungsmaßnahmen durchzuführen, an Rücklagen für Neubauten ist gar nicht zu denken. Die Forderung nach einer leistungsgerechten und kostendeckenden Vergütung wird immer drängender und es bleibt zu hoffen, dass die Erhöhung des Reha-Budgets um 100 bis 200 Millionen Euro in den kommenden Jahren die dramatische Lage vieler Rehabilitations-Einrichtungen etwas entlastet.

Vergütungsentwicklung 2015

Wie schon in den vergangenen Jahren wurde das jährliche Gutachten der aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation (siehe Mitgliederrundschreiben vom 24. Oktober 2014) von der AG MedReha bei der DRV Bund vorgestellt, um den Rahmen für die Vergütungsentwicklung des nächsten Jahres zu diskutieren. Das Gespräch fand am 17. November 2015 statt.

Von der AG MedReha wurde dabei exemplarisch für den Indikationsbereich Sucht darauf hingewiesen, dass den im Gutachten dargestellten allgemeinen Kostensteigerungen in den Jahren 2007 bis 2014 von über 22% Vergütungssteigerungen bei der DRV Bund von durchschnittlich nur knapp 18% gegenüber stehen. Im Jahr 2014 lagen die durchschnittlichen Steigerungen der Vergütung bei der DRV Bund mit fast 3% allerdings etwas über den von der aktiva berechneten Steigerungen von rund 2,5%. Allerdings besteht aus Sicht der AG MedReha in allen Indikationsbereichen weiterhin eine strukturelle Unterfinanzierung, die bei weiter steigenden Strukturanforderungen insbesondere beim Investitionsbedarf zu Problemen führt. Die DRV Bund wies darauf hin, dass lediglich 2/3 aller Reha-Einrichtungen jährlich Anträge auf Vergütungssteigerung stellen würden.

Von den Vertretern der aktiva wurde das aktuelle Gutachten 2014/2015 erläutert. Für 2015 ist von Kostensteigerungen für die Reha-Einrichtungen im Bereich zwischen 2,13% und 2,51% auszugehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch die Einführung des Mindestlohns weitere Kostensteigerungseffekte von 0,2% bis 0,3% möglich sind. Es wurde außerdem darauf hingewiesen, dass die Prognosen der aktiva in den vergangenen Jahren eine hohe Treffsicherheit hatten, was durch einen entsprechenden Vergleich der berechneten und tatsächlichen Kostensteigerungen der letzten Jahre im Gutachten belegt ist.

Die DRV Bund kommt in den eigenen Berechnungen für 2015 zu ähnlichen Ergebnissen im Hinblick auf mögliche Vergütungssteigerungen. Allerdings wird erneut darauf hingewiesen, dass es zum einen kein Kostenerstattungsprinzip in der medizinischen Reha gebe und zum anderen bei den Verhandlungen stets die individuelle Situation jeder einzelnen Reha-Einrichtung zu berücksichtigen sei.

Weitere grundsätzliche Themen des Gespräches waren: Finanzierung des Investitionsbedarfs in den kommenden Jahren, Zusammenhang zwischen Qualitätsbewertung und Vergütung sowie MBOR in der psychosomatischen Rehabilitation. Zum Thema Investitionsbedarf wurde mit Blick auf eine Versachlichung der Diskussion vereinbart, ggf. auf der Basis von einrichtungsübergreifenden Erhebungen gesonderte Gespräche zu führen.

Reha-Qualitätssicherung der DRV

Entlassungsbericht und Peer Review

Zur Einführung der neuen Vorgaben für den Reha-Entlassungsbericht wurden im letzten Rundbrief schon einige Ausführungen gemacht. Den entsprechenden ‚Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015‘ finden Sie auf unserer Internetseite unter www.suchthilfe.de > Themen > Basisinformationen. Nachdem die erste Einführungsveranstaltung der DRV am 19. November 2014 in Berlin sehr schnell ausgebucht war, werden nun zwei weitere Termine am 12. und 29. Januar 2015 ebenfalls in Berlin angeboten. Für die Umstellung auf die neue Form des E-Berichtes ist eine Übergangsphase vorgesehen, in der die alte wie die neue Form des E-Berichtes von den Einrichtungen verwendet werden kann. Sie beginnt mit Aufnahmen ab dem 1. Januar 2015 und dauert ein Jahr.

Die Überarbeitung der Checkliste für das Peer Review in den Indikationsbereichen Psychosomatik und Sucht ist abgeschlossen, eine entsprechende Peer-Schulung erfolgt im Dezember 2014. In diesem Zusammenhang kann hoffentlich auch mit der Veröffentlichung der neuen Checkliste gerechnet werden. Das erste Verfahren für die genannten Indikationsbereiche nach den neuen Bewertungsgrundlagen soll bereits in 2015 durchgeführt werden und wird sich nur auf die neue Form des E-Berichtes beziehen.

Die parallele Einführung der Neuerungen beim E-Bericht und beim Peer Review kann durchaus zu Problemen führen. Daher sollte jede Reha-Einrichtung die Umstellung auf den neuen E-Bericht sorgfältig planen und nicht zu voreilig durchführen. Insbesondere ist zu empfehlen, dass bei der Festlegung der internen Struktur und des Prozesses für die Erstellung des E-Berichtes auch die Vorgaben der neuen Checkliste für das Peer Review bekannt sein sollten (vermutlich erst Ende Dezember oder Anfang Januar).

KTL 2015

Zunächst sah es so aus, als würde die derzeit laufende Überarbeitung der Klassifikation Therapeutischer Leistungen zu keinen gravierenden Änderungen für den Indikationsbereich Sucht führen. Im Sommer wurde dann aber deutlich, dass der zuständige Querschnittsbereich der DRV eine einschneidende Veränderung bei der Kodierung psychotherapeutischer Leistungen in der Suchtreha (Kapitel G) plant. Aufgrund einer Eingabe der Bundespsychotherapeutenkammer bei der Anwenderbefragung Ende 2013 wurde eine Trennung der Leistungen nach ‚Suchttherapie‘ und ‚Psychotherapie‘ vorgeschlagen, wobei psychotherapeutische Leistungen im engeren Sinne nur von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten erbracht werden sollen, suchttherapeutische Leistungen zusätzlich auch von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen mit suchttherapeutischer Weiterbildung kodiert werden können. Dabei sollten die bekannten Einzel- und Gruppentherapien (Bezugsgruppe, Indikationsgruppe, Einzelgespräche) sowohl als Sucht- wie auch als Psychotherapie kodiert werden können. Problematisch wäre aber vor allem, dass die Behandlung psychischer Komorbidität nur noch ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten vorbehalten wäre, was von der DRV mit der dafür angeblich nicht ausreichenden Zusatzqualifikation der Sozialpädagogen oder Sozialarbeiter mit suchttherapeutischer Weiterbildung begründet wird.

Die Suchtverbände haben diese Planungen deutlich kritisiert. In der entsprechenden Stellungnahme des buss heißt es dazu:

Die grundsätzliche Trennung von Psychotherapie und Suchttherapie mit der entsprechenden Zuordnung der Berufsgruppen (Sozialpädagogen/Sozialarbeiter mit suchttherapeutischer Zu-

satzausbildung können nur noch suchtttherapeutische Leistungen erbringen) wird kritisch gesehen. Es ist nicht erkennbar, welchen qualitativen Vorteil diese Aufteilung für die Rehabilitanden bringen soll. Es ist im Gegenteil ein erhöhter Dokumentationsaufwand zu erwarten, da nun Leistungen getrennt erfasst werden, die Teil eines komplexen und interdisziplinären Therapieprozesses sind. Problematisch sind auch weitergehende Auswirkungen auf andere Instrumente der Qualitätssicherung: Zum einen muss die Zuordnung der KTL-Ziffern zu den ETM's im RTS Alkohol angepasst werden (insbesondere ETM 1, 2 und 3), damit der Erfüllungsgrad einer Einrichtung nicht von der personellen Ausstattung in den Berufsgruppen Psychologen und Sozialpädagogen/Sozialarbeiter abhängt. Zum anderen muss bei der Ausgestaltung der klinikspezifischen Stellenpläne im Rahmen der Strukturanforderungen weiterhin der konzeptbezogene Spielraum innerhalb des Funktionsbereiches Psychotherapie/Suchttherapie erhalten bleiben. Es darf keinesfalls dazu kommen, dass die nach den neuen KTL-Ziffern dokumentierten Leistungen in den Bereichen Psychotherapie und Suchttherapie unterschiedlich gewichtet oder vergleichend gegenüber gestellt werden.

Zuletzt wurde in einem Klärungsgespräch mit dem Querschnittsbereich der DRV am 26. September 2014 von den Suchtverbänden versucht, die erheblichen negativen Konsequenzen dieser veränderten Kodierung deutlich zu machen. Dabei wurde neben den o.g. Argumenten auch auf die möglichen Probleme bei der Zuweisung von Rehabilitanden mit psychischer Komorbidität hingewiesen: Sollen zukünftig nur noch Einrichtungen mit einem entsprechenden Kodier-Spektrum (durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten) solche Patient/innen behandeln dürfen? Oder entscheiden sich andere Einrichtungen nur noch für die Aufnahme ‚einfacher‘ Rehabilitanden, weil diese durch Suchttherapeuten behandelt werden können, die geringere Personalkosten verursachen als ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten?

Aus Sicht der Suchtverbände werden hier ohne Regelungsnotwendigkeit allein aus ‚akademischen Gründen‘ (theoretische Sortierung von Leistungen der Sucht- und Psychotherapie) und auf Druck von außen (Bundespsychotherapeutenkammer) bewährte Versorgungsstrukturen aufgebrochen. Obwohl uns versichert wurde, dass diese Veränderung nicht gegen den Widerstand der Suchtverbände durchgesetzt werden soll, sieht es im Moment leider so aus, als würde genau das passieren. Eine endgültige Version des Kapitels G der neuen KTL 2015 liegt uns derzeit aber noch nicht vor.

Qualitätsindikatoren

Bei verschiedenen Kontakten mit Vertreter/innen der Deutschen Rentenversicherung und insbesondere im Rahmen des Reha-Forums der DRV am 8. und 9. Oktober 2014 in Berlin wurde vorgeschlagen, dass Leistungsträger und Leistungserbringer sich zukünftig enger zur Gestaltung sinnvoller Kriterien und Indikatoren zur Bewertung von Qualität in der medizinischen Reha abstimmen. Neben dem BQR-System (Bewertung der Qualität in Reha-Einrichtungen = ‚100-Punkte-System‘), das vom Querschnittsbereich der DRV kontinuierlich weiterentwickelt wird (u.a. KTL-Bewertung, Reha-Therapiestandards, Peer-Review, Rehabilitanden-Befragung) existieren bei den einzelnen Trägern der DRV ganz unterschiedliche Verfahren. Dabei werden die genannten, aber auch weitere Kriterien (bspw. Beschwerdehäufigkeit, Laufzeit der E-Berichte oder Strukturqualität) in unterschiedlicher Gewichtung in Bewertungssysteme integriert und entsprechende Kennzahlen gebildet, die auch zur Steuerung der Belegung oder bei der Verhandlung von Vergütungssteigerungen herangezogen werden. Problematisch ist daran vor allem die Uneinheitlichkeit und teilweise Intransparenz dieser Bewertungssysteme. Daher begrüßen die in der AG MedReha zusammengeschlossenen Verbände der Leistungserbringer dieses Gesprächsangebot und stehen für die gemeinsame Weiterentwicklung gerne zur Verfügung.

Gespräche mit Leistungsträgern

Am 18. September 2014 fand das jährliche Gespräch des **DHS-Vorstandes mit der Abteilung Rehabilitation der DRV Bund** statt. Folgende Themen wurden diskutiert:

■ **Aktuelle Entwicklungen (Anträge, Behandlungsdauer, Reha-Budget)**

Die DRV Bund gibt einen Überblick über die Entwicklung der Anträge, Bewilligungen und Ausgaben in der medizinischen Rehabilitation der DRV Bund und insbesondere im Bereich Abhängigkeitserkrankungen: Im Jahr 2013 ist die Anzahl der Anträge in der medizinischen Rehabilitation insgesamt im Vergleich zu 2012 entgegen allen Prognosen um -2,6% gesunken. Im Indikationsbereich Sucht lag der Antragsrückgang bei -0,2%, ohne die Fälle der Suchtnachsorge gab es eine leichte Steigerung um +1,2%. Für das laufende Jahr 2014 (Januar bis Juli) ist allerdings ein Rückgang von -3,5% (inkl. Suchtnachsorge) zu verzeichnen, der vor allem zu Lasten der stationären Behandlung geht. Im selben Zeitraum stieg die Zahl der Anträge in der medizinischen Reha insgesamt wieder um +3,2%. Bei einigen Regionalträgern der DRV liegt der Rückgang der Anträge im Indikationsbereich Sucht deutlich höher. Zu den möglichen Gründen für den Antragsrückgang bei den Abhängigkeitserkrankungen, die bei den letzten Gesprächen bereits diskutiert wurden (schlechte finanzielle Ausstattung in der Suchtberatung, alternative Behandlungsangebote in der Psychiatrie, Anstieg der Substitution, Probleme beim Übergang von Haft in die Suchtbehandlung, Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt etc.), gibt es keine neuen Erkenntnisse. Das Problem bleibt, dass keine eindeutige Ursache zu erkennen ist und somit konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Antragstellung nur schwer zu definieren sind. Zudem zeigt eine Analyse der Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik, dass die absolute Zahl der Vermittlungen aus der Suchtberatung in die Suchtreha in den letzten Jahren stabil war. Die durchschnittliche Behandlungsdauer in den Bereichen Alkoholabhängigkeit (94 Tage) und Drogenabhängigkeit (149 Tage) hat sich nicht wesentlich verändert. Die DRV Bund wird in 2014 ihre Budgetvorgaben für die medizinischen Rehabilitation vermutlich einhalten und auch für die DRV insgesamt ist von einer Unterschreitung des Reha-Budgets auszugehen. Die DHS verweist in diesem Zusammenhang auf die entstehenden Spielräume für Vergütungssteigerungen.

■ **Strukturanforderungen**

Vor dem Hintergrund der im Sommer 2014 veröffentlichten neuen Strukturanforderungen („100-Betten-Profil“) sowie der durchgeführten Strukturhebung in den Reha-Einrichtungen werden einzelne problematische Aspekte angesprochen: 24-Stunden Präsenz von examinierten Pflegekräften, Lungenfunktionsdiagnostik in der Klinik (nicht in Kooperation möglich), Umfang der Chefarztvisite etc. Die DRV Bund sagt einen ‚pragmatischen Umgang‘ bei der Umsetzung dieser Anforderungen zu und dass für die spezifische Situation jeder Einrichtung individuelle Lösungen gefunden werden müssen. So kann über geeignete Schichtmodelle für Pflegekräfte gesprochen werden, bei der Lungenfunktion geht es im Hinblick auf den extrem hohen Raucheranteil in der Suchtreha um eine einfache Diagnostik und die Chefarztvisite umfasst i.d.R. nur Kurzkontakte mit den Rehabilitanden.

■ **Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland**

Die DHS stellt die von einer Arbeitsgruppe in den letzten beiden Jahre erstellte Analyse des Suchthilfesystems in Deutschland in einer Kurzfassung vor. Dabei wurden die einzelnen Leistungsanbieter und Hilfeangebote umfassend dargestellt und deren Funktionsfähigkeit im Hinblick auf exemplarische Zielgruppen überprüft. Neben einer Übersicht zur Entwicklung des Suchthilfesystems umfasst die Darstellung auch Empfehlungen für die zukünftige Entwicklung. Die komplexe Analyse wird von der DHS Ende 2014 in digitaler Form im Internet veröffentlicht.

■ **Zusammenarbeit von Selbsthilfe und professioneller Suchthilfe**

Die DHS berichtet über den aktuellen Stand des Projektes ‚Chancen nahtlos nutzen – konkret‘, das von den fünf Selbsthilfeverbänden mit Förderung des BMG durchgeführt wird. Es wurden zahlreiche Verbesserungspotentiale für die Kooperation zwischen der Selbsthilfe und den Einrichtungen der Suchthilfe identifiziert sowie Handlungsempfehlungen entwickelt. Die DRV Bund unterstützt die Zusammenarbeit bspw. durch Nachfragen in den Reha-Einrichtungen bei Gesprächen und Visitationen.

■ **Zuweisungen bei Pathologischem Glücksspiel**

Die DHS berichtet, dass es zuletzt Irritation bei einigen stationären Einrichtungen über eine möglicherweise veränderte Zuweisungspraxis der DRV Bund im Bereich Pathologisches Glücksspiel gegeben hat. Es werden nur noch Patienten/innen der Gruppe A mit komorbider stoffgebundener Abhängigkeit in ‚reine‘ Sucht-Einrichtungen zugewiesen, während Patienten der Gruppe B mit psychischer Komorbidität in ‚gemischten‘ Einrichtungen (Sucht und Psychosomatik) behandelt werden sollen. Die Empfehlungsvereinbarung von 2001 sieht aber vor, beide Zielgruppen in Sucht-Einrichtungen zu behandeln. Die DRV Bund weist darauf hin, dass die Zuweisungspraxis bei den einzelnen Trägern der DRV sehr unterschiedlich gehandhabt wird und es daher eine Klarstellung des Verfahrens innerhalb der DRV Bund gegeben habe, die auch im Zusammenhang mit den Bewilligungen und Behandlungsdauern bei Internetsucht steht. Weitere Klärungen scheinen erforderlich zu sein, bspw. durch eine schriftliche Information der betroffenen Schwerpunkt-Einrichtungen.

Am 14. November 2014 fand das jährliche Gespräch **der Suchtverbände mit der AGSB (Arbeitsgruppe Suchtbehandlung) der DRV** statt, bei der auch Vertreter der GKV anwesend waren. Zuvor wurden im Rahmen eines **gemeinsamen Gesprächstermins am 18. Juni 2014** einige wichtige Themen und Entwicklungen vorbereitet.

■ **Aktuelle Entwicklungen (Anträge und Bewilligungen)**

Die DRV stellt die aktuelle Entwicklung der Antrags- und Bewilligungszahlen für alle Indikationen und für die Abhängigkeitserkrankungen bis einschließlich September 2014 im Verhältnis zum Vorjahr dar. Im Indikationsbereich Sucht ist bei den Anträgen ein Rückgang von -5,6% zu verzeichnen, für alle Indikationen liegt der Rückgang bei -1,3%. Allerdings haben sich die Anträge bei den Abhängigkeitserkrankungen im September 2014 im Vergleich zum September 2013 erstmalig seit einigen Monaten wieder um +4,8 % erhöht. Die Bewilligungszahlen haben sich vergleichbar entwickelt, es gibt keine veränderte Bewilligungspraxis bei der DRV. Die Gesprächsteilnehmer tauschen sich erneut zu möglichen Erklärungen für den Rückgang der Anträge im Suchtbereich aus, der in einigen Regionen noch deutlicher höher liegt als im bundesweiten Durchschnitt. Es wird angenommen, dass nicht ein Grund allein, sondern eine Reihe von Ursachen den Rückgang der Antragszahlen bei der DRV bewirkt (siehe vorangegangene Gespräche). Ein weiterer möglicher Grund könnte auch in der zum 1. Januar 2011 erfolgten Aufhebung der Versicherungspflicht für Bezieher von ALG II liegen, der zu einer Verschiebung der Anträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung führt. Einige Einrichtungen berichten in der Tat von steigende Zahlen bei der GKV, insbesondere im Bereich illegaler Drogen. Das Thema soll in der gemeinsamen Arbeitsgruppe von DRV und Suchtverbänden ‚Frühzeitiger und nahtloser Zugang‘ weiter verfolgt werden, die sich im Januar 2015 erstmalig trifft. Für diese Beratungen erbitten die Suchtverbände differenzierte Darstellung der Daten der DRV nach Suchtmitteln. Seitens der GKV wird ergänzend darauf hingewiesen, dass in diesem Jahr die Antrags- und Bewilligungsstatistik erweitert wurde, die zukünftig indikationsspezifische Auswertungen erlauben wird. Erste Zahlen liegen voraussichtlich im Herbst 2015 vor.

■ **Rahmenkonzept Kombinationsbehandlung**

Die vorliegenden Stellungnahmen von DHS und FVS zum Rahmenkonzept Kombinationsbehandlung werden ausführlich beraten und gemeinsam Änderungen am Text beschließen. Im Einzelnen werden u.a. folgende Aspekte diskutiert: Die Fußnote zum Pathologischen Glücksspiel wird entfernt, weil sich die Rahmenbedingungen für die Behandlung im Rahmen von Kombi nicht von anderen Behandlungsformen unterscheiden. Die Suchtverbände weisen auf die im Rahmenkonzept beschriebenen zusätzlichen Aufgaben und den daraus resultierenden Aufwand für die Rehabilitationseinrichtungen hin, der einer entsprechenden Finanzierung bedarf. Die Gesprächsteilnehmer stimmen darin überein, dass die im jeweiligen Behandlungskonzept beschriebenen und zu vereinbarenden zusätzlichen Leistungen der Kombinationsbehandlung Gegenstand von Vergütungsverhandlungen sind. Das Rahmenkonzept muss noch von den zuständigen Entscheidungsgremien verabschiedet werden, bevor die Veröffentlichung und Umsetzung erfolgt.

(Hinweis: Die aktuelle Entwurfsfassung kann bei Bedarf in der Geschäftsstelle des buss angefordert werden.)

■ **Berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA)**

Zur Entwicklung eines spezifischen Konzeptes für MBOR in der Suchtrehabilitation wurde eine paritätisch besetzte Projektgruppe von DRV und Suchtverbänden eingerichtet, die zwischen Februar und September 2014 gemeinsame ‚Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker‘ erarbeitet hat. Der vorliegende Entwurf wird ausführlich beraten und es werden einige abschließende Änderungen vorgenommen. Von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe wird übereinstimmend geäußert, dass die erstmalig gemeinsamen Beratungen der Rentenversicherung mit den Suchtverbänden sehr erfolgreich verlaufen sind. Die Beratungen waren geprägt von gegenseitiger Wertschätzung, es erfolgte stets eine sachliche Diskussion. In der gemeinsamen Empfehlung wird festgehalten, dass bereits jetzt Leistungen zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker in unterschiedlicher Ausprägung durch die Rehabilitationseinrichtungen geleistet werden. Mit den BORA-Empfehlungen wird eine stärkere Bedarfsausrichtung angestrebt, es werden jedoch auch zusätzliche Leistungen wie Netzwerkarbeit angeregt. Die Leistungsträger stehen nach mehrheitlicher Auffassung der AGSB hier in der Verantwortung, zusätzliche Leistungen auch zu finanzieren. Zusätzliche Leistungen gemäß den BORA-Empfehlungen sollen in den Behandlungskonzepten beschrieben werden. Damit können im Konzept beschriebene und akzeptierte zusätzliche Leistungen bzw. mehr Personal für die Umsetzung Gegenstand von Vergütungssatzverhandlungen sein. Die gemeinsame Empfehlung muss noch von den zuständigen Entscheidungsgremien verabschiedet werden, bevor die Veröffentlichung und Umsetzung erfolgt. Im kommenden Jahr soll es außerdem eine gemeinsame Informationsveranstaltung von DRV und Suchtverbänden geben, bei der die wesentlichen Empfehlungen durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe vorgestellt und die Möglichkeiten der Umsetzung mit Vertretern der Suchtreha-Einrichtungen erörtert werden.

(Hinweis: Die aktuelle Entwurfsfassung kann bei Bedarf in der Geschäftsstelle des buss angefordert werden.)

■ **Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform**

Im Rahmen des gemeinsamen Gesprächs am 18. Juni 2014 wurden die mit der Umsetzung des Rahmenkonzepts Suchtnachsorge gewonnenen Erfahrungen ausgetauscht. Dabei wurde von den Suchtverbänden vor allem die Tatsache kritisiert, dass die ambulante Nachsorge (in der neuen Form gem. Rahmenkonzept) für viele Rehabilitanden keine ausreichende Option bietet, um nach der stationären oder ganztägig-ambulanten Reha den Behandlungserfolg und den Übergang in den Alltag zu sichern. Es wurde vereinbart, dass eine Arbeitsgruppe nachprüfbar Kriterien identifizieren soll, für welche Rehabilitanden zum Ende der stationären Rehabilitation voraussichtlich ein weiterer Rehabilitationsbedarf im ambulanten Setting aus medizinisch nachvollziehbaren Gründen besteht. Ein entsprechender Vorschlag wurde bei einem Arbeitstreffen am 8. September 2014 entwickelt und

der AGSB zur Beratung vorgelegt. Diese hat festgestellt, dass pauschale Formulierungen im Formular G410 nicht zu einer Bewilligung des Wechsels in die ambulante Rehabilitationsform führen würden. Vielmehr bringt diese Leistungsform für die Rehabilitationseinrichtungen einen erhöhten Aufwand mit sich. Insofern sind die beschriebenen Rahmenbedingungen als Buchstabe e) wie folgt ergänzt worden: ‚Im Rahmen der stationären / ganztägig ambulanten Rehabilitation werden die weiteren Therapieziele in Abstimmung mit dem Rehabilitanden formuliert und der weitere Rehabilitationsprozess mit der ambulanten Rehabilitationseinrichtung abgestimmt.‘ Der so ergänzte Vorschlag für einen Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform (einschließlich einer Beschreibung der entsprechenden Indikationskriterien) wird den Gremien der DRV zur Beschlussfassung vorgelegt. Die GKV wird hierüber ebenfalls beraten.

■ **Einführung einer ambulanten Entlassungsform**

Die DRV Bund hat mit Rundschreiben vom 30. Juni 2014 alle von ihr in Anspruch genommenen ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke durchführen, informiert, dass ab 1. Juli 2014 die Möglichkeit besteht, eine stationär oder ganztägig ambulant begonnene Leistung zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker in ambulanter Form weiterzuführen. Seit 1. Januar 2012 war für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund bereits der Wechsel von einer stationären in eine ganztägig ambulante Entlassungsform möglich. In Abgrenzung zur Kombinationsbehandlung, bei welcher der Wechsel im Vorhinein festgelegt ist, sollte im Rahmen eines flexiblen, passgenauen und bedarfsgerechten Umgangs der Wechsel in eine ambulante Phase auch während der stationären oder ganztägig ambulanten Rehabilitation beantragt werden können. **Dabei handelt es sich allerdings um ein Modell mit Verkürzung der ursprünglichen (stationären oder ganztägig ambulanten) Behandlungsphase, was nicht mit dem vorgenannten ‚Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform‘ zu verwechseln ist, bei der die stationäre bzw. ganztägig ambulante Phase nicht verkürzt wird.** Die AGSB hat die Vereinheitlichung der Anwendung der ambulanten Entlassungsform und die dafür geltenden Rahmenbedingungen beraten. Die Gremien von DRV und GKV werden über eine bundesweit einheitliche Umsetzung dieses Modells beraten.

■ **Bewilligungen bei pathologischem Glücksspiel**

Die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel vom März 2001 beschreiben die unterschiedlichen Gruppen der pathologischen Glücksspieler und enthalten Aussagen zur Behandlungsdauer und Zuweisung. Die Suchtverbände sehen aufgrund aktueller Entwicklungen bei der Bewilligungspraxis der DRV Bund zu diesem Thema Beratungsbedarf (siehe auch Gespräch zwischen DHS und DRV Bund am 18. September 2014). Die DRV Bund wird zukünftig (abweichend von der ursprünglichen Empfehlung) pathologische Glücksspieler der Gruppen B bis D ausschließlich in sog. ‚Doppeleinrichtungen‘ (mit Abteilungen für Sucht und Psychosomatik) zuweisen. Dabei ist für die genannten Gruppen eine voraussichtliche Rehabilitationsdauer von 5 Wochen vorgesehen, der Richtwert beträgt 56 Tage (8 Wochen). Die pathologischen Glücksspieler der Gruppe A werden in ‚reine‘ Suchtreha-Einrichtungen zugewiesen. Begründet wird diese Vorgehensweise damit, dass die Gruppe der Rehabilitanden mit intensivem Gebrauch von Computer und Internet wesentlich schwerer beeinträchtigt ist als pathologische Glücksspieler. Die pathologischen Glücksspieler hätten zudem am Wohnort einen hohen Regelungsbedarf und sollten nicht im Rahmen der stationären Rehabilitation lange abwesend sein, vorrangig käme auch eine ambulante Rehabilitation in Betracht. Der Richtwert sei auch im Zusammenhang mit der Rehabilitationsdauer von 5 Wochen bei psychosomatischen Erkrankungen zu sehen. Ferner sei bei einer Zuweisung an entsprechend spezialisierte Einrichtungen eher gewährleistet, dass eine ausreichende Anzahl an zu behandelnden pathologischen Glücksspielern erreicht werde. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die klinik-

interne Organisation davon unberührt bleibt. Die Vertreter der Suchtverbände merken kritisch an, dass diese Vorgehensweise nicht ausreichend transparent kommuniziert wurde und insofern Irritationen ausgelöst hat. Problematisch werde ferner die regional unterschiedliche Vorgehensweise der einzelnen Rentenversicherungsträger bei der Zuweisung bewertet. Die Gruppeneinteilung in A bis D aus den Empfehlungen habe sich im Übrigen in der Praxis nicht durchgesetzt. Die DRV Bund plädiert dafür, die mit der modifizierten Vorgehensweise gewonnenen Erfahrungen abzuwarten und in einem Jahr erneut zu beraten. Von den Suchtverbänden wird jedoch ebenso wie von Vertretern einzelner Regionalträger dringender Gesprächsbedarf gesehen. Die Besprechungsteilnehmer kommen im Ergebnis überein, dass die Thematik der Zuweisung bei pathologischem Glücksspiel (Indikationskriterien, Art der Rehabilitationseinrichtung, Dauer der Behandlung) gemeinsam beraten werden soll. Die DHS wird die Organisation einer entsprechenden Arbeitsgruppe übernehmen.

■ **Kostensatz Ambulante Reha Sucht**

Der Kostensatz für die Ambulante Reha Sucht ist zuletzt zum 1. Januar 2014 um 2,03 % auf 50 Euro für die Dauer von 2 Jahren erhöht worden. DHS und FVS hatten mit einem gemeinsamen Schreiben vom 18. Dezember 2013 ausgeführt, dass Sie die Anhebung für ungenügend und einen anderen Verfahrensmodus für erforderlich halten. Im Rahmen des gemeinsamen Gesprächs am 18. Juni 2014 wurde informiert, dass GKV und DRV der Auffassung sind, dass sich der einheitliche Kostensatz bewährt habe und grundsätzlich eine Orientierung an der Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V erfolgen soll, eine automatische jährliche Erhöhung aber ausscheide. Grundsätzlich soll das Antrags- und Entscheidungsverfahren vereinfacht und beschleunigt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat mit Bekanntmachung vom 4. September 2014 gemäß § 71 Abs. 3 SGB V bekanntgegeben, dass die durchschnittliche Veränderungsrate im gesamten Bundesgebiet +2,53% beträgt. Die Suchtverbände haben gem. Absprache mit Schreiben vom 10. Oktober 2014 den Antrag auf Erhöhung des Kostensatzes ab 1. Mai 2015 in Höhe der Veränderungsrate beantragt. Eine Entscheidung über den Antrag steht noch aus.

■ **Dauer der Motivationsphase vor Reha-Antragstellung**

Aufgrund von Berichten aus einzelnen Einrichtungen über vermeintlich feste Vorgaben für eine sechswöchige Motivationsphase vor Reha-Antragstellung wurde diese Thematik erörtert. Zur Motivationsphase ist bereits eine Aussage in der Vereinbarung Abhängigkeits-erkrankungen getroffen worden. In der Fußnote zur Anlage 3 der Vereinbarung heißt es: ‚Das kann angenommen werden, wenn der/die Abhängigkeitskranke insbesondere während der Motivationsphase die von der Beratungsstelle bzw. Beratungs- und Behandlungsstelle gesetzten Grenzen und Vorgaben akzeptieren und einhalten konnte. Die der Rehabilitation vorangehende Motivationsphase dauert mindestens 4 Wochen, wobei ein regelmäßiger Besuch vorausgesetzt wird.‘ Von den Vertretern der Leistungsträger wird dazu erläutert, dass die Motivationsphase wichtig und sinnvoll für die Vorbereitung auf die Rehabilitation ist, aber keine formale Verknüpfung an eine feste Dauer erforderlich ist. Insbesondere kann die Zeit, in der über den Reha-Antrag entschieden wird, für weitere Motivationsarbeit genutzt werden. Die DHS wird hierzu in einem der nächsten Newsletter eine Erläuterung veröffentlichen, deren Text mit DRV und GKV abgestimmt ist.

■ **Einrichtungsdatenbank der DHS**

Bislang war aus Sicht der Leistungsträger in der Einrichtungsdatenbank der DHS nicht erkennbar, ob eine ambulante Einrichtung auch Suchtnachsorge durchführt. Die entsprechenden Informationen sollen einfach und offen verfügbar sein. Dazu wird der von den Einrichtungen auszufüllende Befragungsbogen gemeinsam überprüft.

■ **Nachsorge als Gruppen- oder Einzelleistung**

Anlässlich des gemeinsamen Gesprächs am 18. Juni 2014 hatten sich die Suchtverbände dafür ausgesprochen, das Rahmenkonzept zur Suchtnachsorge dahingehend zu überarbeiten, dass neben den Gruppengesprächen auch verstärkt Einzelgespräche zu einzelnen Themen durchgeführt werden können. Eine entsprechende Anpassung des Kostensatzes für Nachsorgeleistungen wurde vor diesem Hintergrund für erforderlich gehalten. Die Rehabilitationsträger informieren über das Ergebnis der internen Beratungen. Sie gehen davon aus, dass grundsätzlich alle Themen im Gruppensetting behandelt werden können. Lediglich die Themen ‚angemessene Konfliktlösungsstrategien bei drohenden oder aktiven Krisen‘ und ‚Förderung der Inanspruchnahme von Maßnahmen schulischer und beruflicher (Wieder)Eingliederung‘ sollten anlassbezogen ergänzend im Einzelsetting bearbeitet werden. Die Möglichkeit, dass Einzelgespräche bei Notwendigkeit bzw. Anfrage des Versicherten durchgeführt werden, ist im Rahmenkonzept Nachsorge bereits berücksichtigt. Ferner wird die Behandlung der Themen im Gruppensetting als wertvoll erachtet, da so die Teilnehmer einer Gruppe unter anderem von den Erfahrungen der anderen profitieren, mehrere Sichtweisen kennenlernen und Unterstützung erhalten können. Aus Sicht der Rehabilitationsträger werden die Leistungen in der Suchtnachsorge vorrangig im Gruppensetting erbracht und mögliche Leistungen im Einzelsetting sind bereits im Kostensatz berücksichtigt. Die Suchtverbände weisen auf die aus ihrer Sicht bestehende Unterfinanzierung der Suchtnachsorge hin. Eine Erhöhung des Kostensatzes für die Suchtnachsorge kann erst nach vollzogener Vereinheitlichung des Kostensatzes im Jahr 2016 beantragt werden.

■ **Qualifikationsanforderungen ‚Bachelor Soziale Arbeit‘**

Die Vertreter der Suchtfachverbände hatten bei dem gemeinsamen Gespräch am 18. Juni 2014 darauf hingewiesen, dass die Forderung nach einer ergänzenden staatlichen Anerkennung bei Absolvent/innen der Studiengänge Soziale Arbeit oder Sozialpädagogik eine zusätzliche Hürde bei der Personalgewinnung darstellt. Da auch von Seiten der Suchtverbände ausreichend Praxiserfahrung bei den Bewerber/innen gewünscht wird, wurde angeregt, dass alternativ zur staatlichen Anerkennung eine Bescheinigung über das absolvierte Praxissemester anerkannt werden könnte. Aus Sicht der AGSB stellt die staatliche Anerkennung ein leichtes und einheitliches Prüfkriterium dar. Sollte davon alternativ abgewichen werden können, würde dies einen erhöhten Recherche- und Prüfaufwand für die DRV bedeuten. Da keine detaillierten Kriterien zum Umfang und Art der ggf. zu berücksichtigenden Praktika vorliegen, bestehe zudem die Gefahr, dass die Prüfergebnisse unterschiedlich ausfallen könnten. Ein einheitliches Handeln der Rentenversicherungsträger wäre damit erschwert. Die Beantragung der staatlichen Anerkennung ist für alle Absolvent/innen der entsprechenden Studiengänge möglich. Der Aufwand von Bewerber/innen für eine Tätigkeit als Gruppen- und Einzeltherapeut in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker bzw. für die Teilnahme an der entsprechenden Weiterbildung die staatliche Anerkennung zu beantragen, stellt sich aus Sicht der Rehabilitationsträger gering dar und kann erwartet werden. Die Forderung nach der staatlichen Anerkennung als Voraussetzung für die Tätigkeit der genannten Berufsgruppen wird somit von der DRV aufrechterhalten.

Termine und Hinweise

Alle wichtigen Termine finden Sie auch auf unserer Internetseite www.suchthilfe.de unter Veranstaltungen > Termine.

- Der **QB-Workshop der deQus** findet am **20. und 21. Januar 2015** wie gewohnt im Haus der Kirche in **Kassel** statt, die Einladung ist allen Mitgliedern der deQus per Post/Mail zugegangen. Auf der Internetseite www.dequs.de finden Sie das Programm unter Veranstaltungen > QB-Workshop.
- Am **29. und 30. Januar 2015** findet im **Deutschen Hygienemuseum in Dresden** die **Jahrestagung des Suchtausschusses der Bundesdirektorenkonferenz** statt. Weitere Informationen finden Sie unter www.elblandkliniken.de auf der Internetseite der gastgebenden Einrichtung.
- Der buss veranstaltet am **25. Februar 2015** im Haus der Kirche in **Kassel** einen **Fachtag für Soziotherapeutische Einrichtungen**. Zahlreiche Mitglieder des Verbandes hatten angeregt, dass der buss sich stärker um diesen Leistungsbereich kümmern und ein entsprechendes Unterstützungsangebot entwickeln soll. Das Programm des Fachtages finden Sie unter www.suchthilfe.de.
- Die **Mitgliederversammlungen von deQus und buss** finden (traditionell vor der Jahrestagung) am **17. März 2015** in **Berlin** statt.
- Die **101. Wissenschaftliche Jahrestagung** des buss findet am **18. und 19. März 2015** in **Berlin** mit dem Schwerpunktthema **„Wie evidenzbasiert kann ganzheitliche Therapie sein?“** statt. Bitte merken Sie sich den Termin vor, Einladung und Programm werden im Dezember verschickt.
- Die deQus bietet auch im kommenden Jahr wieder einen **Lehrgang für Qualitätsmanagementbeauftragte im Gesundheitswesen** an. Die Schulung findet vom **4. bis 8. Mai 2015** in **Gütersloh** statt. Weitere Informationen finden Sie in der Anlage oder unter www.dequs.de > Veranstaltungen > QB-Lehrgang.
- Unter Federführung der DHS findet im kommenden Jahr wieder die **Aktionswoche Alkohol** vom **13. bis 21. Juni 2015** statt. Das Motto lautet **„Alkohol? Weniger ist besser!“**. Weitere Informationen finden Sie unter www.aktionswoche-alkohol.de.
- In der Anlage zu diesem Rundbrief erhalten Sie das aktuelle Aus- und Weiterbildungsprogramm 2015 zur **Akupunktur nach dem NADA-Protokoll**. Weitere Informationen finden Sie auch unter www.nada-akupunktur.de.
- Unter dem Titel **„Rückfallanalyse und -bearbeitung bei Alkoholabhängigen“** hat **Dr. Harald Sporn**, Leiter der Reha-Abteilung in der Fachklinik Langenberg der Ev. Stiftung Tannenhof, eine Untersuchung vorgelegt, die sich mit der Frage beschäftigt, wie weit das Konzept der Aneignung der Abhängigkeit dabei helfen kann, die Motive und Verhaltensabläufe bei Alkoholrückfällen zu verstehen, unterschiedliche Äußerungsformen von Rückfällen voneinander zu differenzieren und daraus differenzierte Behandlungsmaßnahmen abzuleiten. Die Originalarbeit ist in der Ausgabe 4/2014 der Zeitschrift **„Psychotherapeut“** veröffentlicht. Weitere Informationen erhalten Sie beim Autor: Dr. Harald Sporn, h.sporn@fachklinik-langenberg.de.