

Gutes besser machen – Ambulante Suchthilfe in Bewegung

38. fdr+sucht+kongress 2015

„Ambulante Reha und Nachsorge im Wandel...aus dem Blick der Suchthilfe“

im

Seminar 14: Ambulante Reha, Nachsorge und Katamnese

Gliederung

- Medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker – von was sprechen wir?
- Aktuelle Themen...aktueller Wandel zeigen sich...
 - Rahmenkonzept Nachsorge
 - ARS und Weiterbehandlung
 - Rahmenkonzept Kombinationsbehandlung
 - Entwicklungen Kostensätze ARS
- Perspektiven...wohin geht die Reise?
- Diskussion

Behandlungsformen:

- Ambulante Behandlung (ARS)
- Ambulante Weiterbehandlung
 - Einführung ambulante Entlassform/-phase
 - Wechsel in die ambulante Behandlungsform*
- Ganztägig ambulante Behandlung
- Stationäre Behandlung
- Kombinationsbehandlung

und

- Nachsorge
- Adaption

*(in Diskussion)

Ambulante Reha und Nachsorge im Wandel...aus dem Blickwinkel der Suchthilfe

Meilensteine der Weiterentwicklung

1978	→ Beginn der Nachsorgeförderung
1978	→ Empfehlungsvereinbarung Sucht „Suchtvereinbarung“
1987	→ Empfehlungsvereinbarung Nachsorge
1991	→ Einführung der Ambulanten Rehabilitation Sucht, Empfehlungsvereinbarung ambulante Reha Sucht (EVARS)
2001	→ Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen
2008	→ Rahmenkonzept zur ambulanten Rehabilitation tritt in Kraft
2013	→ Rahmenkonzept Nachsorge tritt in Kraft
2014	→ Einführung ambulante Entlassform: Weiterführung einer stationären oder ganztägig ambulanten in einer ambulanten Behandlungsform ab 01.07.2014 möglich
2014/15	→ Wechsel in ambulante Behandlungsform: Diskussion eines Behandlungskonzeptes

Rechtliche / fachliche Grundlagen für die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker - hier: ARS und Nachsorge

- Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen, 2001
- Gemeinsames Rahmenkonzept DRV und GKV zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, 2008
- Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (BAR), 2006
- Rahmenkonzept Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker, 2013
- Rahmenkonzept Kombinationsbehandlung 2015

und

- REHA-PROZESS, Gemeinsame Empfehlungen, BAR, 2014
- Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland, DHS, 2014

Rahmenkonzept Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Wurde von DRV und GKV am 31.12.2012 verabschiedet und trat zum 01.03.2013 in Kraft

- Zielsetzung Rahmenkonzept / Indikation Nachsorge:
 - Definition und **Abgrenzung** der Nachsorgeleistungen zur ARS sowie zur Weiterbehandlung und Kombinationsbehandlung
 - Stärkung der Suchtnachsorge zur Sicherung des Behandlungserfolges
 - Bundeseinheitliche Rahmenbedingungen – gemeinsames Konzept
 - Erfolgt, wenn Selbsthilfe nicht ausreicht und weitere Reha nicht indiziert
 - Erfolgt i.d.R. nach stationärer, ganztägig ambulanter, in Einzelfällen auch nach ambulanter Behandlung
 - Gilt für fast alle Behandlungsbedürftigen Abhängigkeitserkrankungen

Leistungsrahmen

- Gruppengröße max. 12 bei Indikation Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit; max. 8 Teilnehmer(innen) bei Indikation Drogenabhängigkeit
- **20 Gesprächseinheiten plus 2 GE** für Angehörige (Bezugspersonen) im Zeitrahmen von 6 Monaten
- Behandlungsbeginn erfolgt nahtlos, spätestens aber drei Monate nach Abschluss der Entwöhnungsbehandlung
- Dauer Gruppensitzung 100 Minuten; Einzelgespräch 50 Minuten
- *Verlängerungsoption möglich (begründet; um die gleichen Zeiträume und im gleichen Umfang)*

Rahmenkonzept Nachsorge

Zentrale Punkte und wesentliche Neuerungen

- Stufenweise Angleichung (i.d.R. Absenkung) der bestehenden Kostensätze von jetzt 45 € auf **35,50 €**, bundeseinheitlich ab **1/2016**
- Anpassung der personellen Qualifikationen für die Durchführung von Nachsorge
- Gemeinsame Gruppen von Versicherten aus der Nachsorge und aus einer ambulanten Behandlungsform sind nicht zulässig (*schon immer*)
- Stärker Fokussierung der Nachsorge auf soziotherapeutische Inhalte
- Einleitung der Nachsorge sowie Kontaktaufnahme zur Nachsorgeeinrichtung **noch** in der stationären/ganztäglich ambulanten Behandlung. Begründung in ärztlichen Entlassbericht, unter Nennung von Nachsorgezielen.

Rahmenkonzept Nachsorge – mögliche Konsequenzen / Umsetzungsprobleme (1)



- **Unterschiede in der Umsetzung von Nachsorge durch DRV Bund und regionale Rentenversicherungsträger:** *einheitliche Umsetzung wird angestrebt*

- **Strikte Trennung von ambulanter Behandlung und Nachsorge:**
 - bei indikativen Gruppen fachlich fraglich
 - Strukturprobleme im ländlichen Raum: Zustandekommen von Gruppen fraglich
 - *Gemeinsame Behandlung bei bestimmten Indikationsbezogenen Themen sind in Überlegung*

- **Gruppen- versus Einzelsetting:** *Alle Themen können im Gruppensetting behandelt werden. Lediglich die Bereiche „Konfliktlösungsstrategien bei akuten/drohenden Krisen“ sowie die „Förderung von Maßnahmen schulischer/beruflicher (Wieder-)Eingliederung“ können anlassbezogen im Einzelsetting behandelt werden.*

Rahmenkonzept Nachsorge – mögliche Konsequenzen / Umsetzungsprobleme (2)



- **Kostensatz und Finanzierung der Leistung:**
 - Absenkung im Kostensatz nur schwer nachvollziehbar – Komplexleistungen im Rahmenkonzept Nachsorge bedingen eher Erhöhung – *Antrag auf Erhöhung frühestens ab 2016*
 - Kostensatz und Konzeptvorgaben (Trennung, Gruppenorientierung) wirken sich auf Finanzierungsgrundlage der Einrichtungen aus
 - Konzeptionelle Unstimmigkeit: Inhaltliche und finanzielle Ausrichtung im Rahmenkonzept orientieren sich an Gruppe; defacto orientieren sich Leistungen der Nachsorge an Einzelfallhilfe und Case Management
 - *Aktueller Kostensatz berücksichtigt neben Leistungen im Gruppensetting auch Leistungen im Einzelsetting*

DRV Bund: Wechsel von einer stationären oder ganztägig ambulanten in eine ambulante Behandlungsform ist ab 01.07.2014 möglich (Rundschreiben DRV Bund, 30.06.2014)

Rahmenbedingungen und Leistungsrahmen:

- Ambulantes Setting ist zur Fortsetzung der stationär begonnenen Behandlung ausreichend („leichtere“ Fälle)
- Beim Wechsel **verkürzt** sich stationäre bzw. ganztägig ambulante Phase
- Wechsel nur bis zum Ablauf von **8 Wochen** (Indikation Alkohol / Medikamente) bzw. **16 Wochen** (Indikation Drogenabhängigkeit) möglich
- Ambulante Behandlungsphase: 40 TE plus 4 TE über eine Zeitdauer von 26 Wochen (mit Verlängerungsoption)
- Wechsel spätestens **14 Tage** vor der Entlassung beantragen
- Beginn der ambulanten Phase spätestens **eine Woche** nach Entlassung stationär
- Begründung und positive Prognose ist erforderlich (z.B. keine weitere stationäre Behandlung zu erwarten)

Wechsel in ambulante Rehabilitationsform (1)

Status: **Noch nicht veröffentlichtes** Diskussionskonzept zwischen DRV Bund / GKV mit den Suchthilfeverbänden.
Veröffentlichung frühestens Ende Mai

Leistungsform für Rehabilitanden,

- die nach der stationären/ganztägig ambulanten Behandlung einen **weiteren medizinischen Bedarf im ambulanten Setting** haben,
- deren gesamter Behandlungsbedarf sich **erst während** der stationären/ganztägig ambulanten Behandlung zeigt (*Abgrenzung Kombi*),
- deren stationäre/ganztägig ambulante Behandlungsphase aufgrund des Schweregrades der Krankheit **nicht verkürzt** werden kann,
- deren Behandlungsziele, aufgrund **der komplexen Problemlage** der Rehabilitanden oder aufgrund **neuer adaptierter/modifizierter Behandlungsziele** während der stationären Phase nicht erreicht werden konnten,
- deren Behandlung aber im ambulanten Setting möglich ist und deren Rehabilitationsziele ambulant erreicht werden **können** (*Abgrenzung ambulante Entlassphase*)

Wechsel in ambulante Rehabilitationsform (2)



Wechsel in ambulante Rehabilitationsform ist möglich, bei:

- Rückkehr in ein Feld mit erkennbarer **pathologischer Beziehungsdynamik**,
- erkennbarer **Selbstwertproblematik und mangelnder Abgrenzungsfähigkeit** bei der Umsetzung bisher gewonnener Erkenntnisse im sozialen Umfeld,
- Änderung der **Beziehungssituation**, z.B. Trennung,
- Erkrankung oder Tod des Partners, der Partnerin,
- Änderung im **Erwerbsstatus**, wie Verlust Arbeitsplatz, neue Stelle etc.,
- Auftreten/Erkennen zusätzlicher **somatischer** oder **psychischer Erkrankungen**

Wechsel in ambulante Rehabilitationsform (3)



▪ **Rahmenbedingungen und Leistungsrahmen:**

- Günstige Prognose für ambulante Phase
- Behandlungsziele werden mit Rehabilitanden in stationärer/ganztägig ambulanter Behandlung formuliert und der weitere Rehaprozess mit der ambulanten Rehaeinrichtung abgestimmt
- Antrag und Begründung aus der stationären/ganztägig ambulanten Rehabilitation heraus (neue Erkenntnisse, erkennbare Belastungs- und Krisensituationen, adaptierte/modifizierte Behandlungsziele, Rehaprognose)
- Bei Bewilligung ist der Wechsel in eine ambulante Behandlungsform im Entlassbericht mit der Entlassform 7 (Wechsel) zu verschlüsseln
- Leistungsrahmen: Ambulante Behandlungsphase: **40 TE plus 4 TE** über eine Zeitdauer von **26 Wochen** (mit Verlängerungsoption) wird angehängt

▪ **Bewertung:**

- (Versuch) Lücke zu schließen für Weiterbehandlung im Zuge der Einführung des Rahmenkonzeptes Nachsorge
- Behandlungsform stellt große Herausforderung und großen Aufwand insbesondere an stationäre Einrichtung
- Kooperation und Abstimmungsbedarf zwischen ambulanter und stationärer Suchthilfe erhöht sich
- Kriterien für diese Behandlungsform wurden gemeinsam zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger entwickelt
- Ziel ist ein einheitliches Vorgehen unter den Leistungsträgern-ergebnisoffen
- **Wichtig:** Leistungsform ist nicht generalisiert und grundsätzlich individuell orientiert, d.h. die Bewilligung im Einzelfall ist stark von der Stichhaltigkeit der Begründung im Antrag abhängig

Rahmenkonzept Kombinationsbehandlung (1)

Status: Von DRV und GKV am 14.11.2014 verabschiedet und zum 01.03.2015 in Kraft getreten.

▪ **Rahmenbedingungen**

- Baut auf Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen auf
- Beantragung *vor der Behandlung*
- Behandlungsphasen erfolgen in ambulanter, ganztägig ambulanter oder stationärer Form. *In der Regel:* Fortführung im ambulanten Setting im Anschluss an eine stationäre/ganztägig ambulante Reha
- Abgrenzung zu ambulante Weiterbehandlungsformen: „ambulante Entlassphase“ und „Wechsel in die ambulante Rehaform“,
- Rahmenkonzept DRV Bund lässt Spielraum für andere Kombimodelle auf regionaler Ebene

▪ Leistungsrahmen

- Dauer der Behandlungsphasen:
 - Stationär/ganztägig ambulante Behandlungsphase: **i.d.R. 8 Wochen** bei Alkohol/Medikamente und **16 Wochen** bei Drogenabhängigkeit.
 - Ambulante Behandlungsphase: **i.d.R. 40 + 4 Therapieeinheiten** über eine Zeitdauer von 6 Monaten
- Dauer der ambulanten Therapiegespräche beträgt 100 Minuten für Gruppen- und 50 Minuten für Einzelgespräche.
- Ambulante Behandlungsphase muss innerhalb **einer Woche** nach der Entlassung aus stationär/ganztägig ambulant beginnen
- Abweichungen vom Regelfall bzw. individuelle Lösungen möglich

Rahmenkonzept Kombinationsbehandlung (3)

Bewertung (Klärungsbedarf und Forderungen)

- Flexible Intervallbehandlung anstatt starre Phasenfolge
- Finanzierung zusätzlicher Leistungen (Übergabegespräche, erhöhter Abstimmungsbedarf ambulant/stationär; Lotsenaufgaben, Case - Management; Fallbegleitung und Belastungserprobung) sind Gegenstand von Vergütungsverhandlungen mit dem federführenden Kostenträger. Verbindliche Regelung zur Finanzierung des Mehraufwandes gefordert.
- Konzepterstellung / - überarbeitung für Kombibehandlung
- Zusammenarbeit ambulant und stationär wird sich in Zukunft verstärken müssen
- Entlassberichte (fortlaufend, phasenübergreifend oder getrennt, phasenbezogen)
- Anknüpfung eines (10wöchigen) Adaptionmoduls an jede Phase der Behandlung, analog Kombi-Nord.

Versuch einer Zusammenfassung

Rahmenkonzept Nachsorge	Einführung amb. Entlassform	Wechsel amb. Behandlungsform	Kombinationsbehandlung
<ul style="list-style-type: none"> - Schwerpunkt Soziotherapie - Abgrenzung von Behandlung - 20 + 2 GE - Antrag während stationär/ganztägig ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> - Verkürzung stationäre Phase - Antrag bis 8/16 - Weiterführung ambulant - 40 + 4 TE - Antrag während stationäre Phase 	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Phase ohne Verkürzung - Ambulante Phase wird angehängt - 40 + 4 TE - Antrag während stationäre Phase 	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre oder ganztägig ambulante Phase und ambulante Phase - Antrag vor Behandlungsbeginn - 8/16 und 40 +4 TE

Ambulante Reha Sucht - Kostensatz

▪ **Aktueller Stand:**

- Erhöhung Kostensatz zum **01.01.2014** um 2,03 % auf einen bundesweit einheitlichen Kostensatz von **50,00 €**, für die Dauer von **zwei Jahren**
- Erhöhung Kostensatz ambulante Reha soll sich an *Veränderungsrate (Grundlohnsumme)* orientieren
- Erhöhung ambulanter Kostensatz zum **01.05.2015** in Höhe der Veränderungsrate beantragt. Entscheidung GKV und DRV noch offen

Diskussion Kostensatz:

- Grundsätzlich nicht kostendeckend / Anpassung gefordert
- Strategische Diskussion: Abgrenzung zu niedergelassenen Therapeuten und Konkurrenzsituation
- Kostendeckung versus Mischkalkulation
- **Indikatoren für relative Kostendeckung:**
 - Kostenkalkulation im Rahmen einer Gesamtkostenkalkulation für die Einrichtung und nicht für die einzelne Leistung
 - ARS im Rahmen eines Verbundkonzeptes
 - Konsequente Kalkulation der Kosten und Controlling zur Kostenentwicklung

➤ **Vorsichtiges Fazit:**

- Relative Kostendeckung bei ARS ist möglich
- Konsequenzen Kostendeckung: Arbeitsverdichtung, pers. Engpässe
- Verdrängung anderer Leistungen (Motivation, Therapievorbereitung)

Ambulante Reha und Nachsorge im Wandel...aus dem Blickwinkel der Suchthilfe

▪ **Fazit und Perspektiven:**

- **Ambulantes Behandlungsangebot ist vielfältig und komplex**
- **Erfolgreiche Umsetzung erfordert die konsequente Kooperation und Abstimmung ambulant und stationär**
- **Reha-Anträge stellen, insbesondere zu ambulanten Behandlungsformen und Kombibehandlung**
- **Umsetzung bedingt hohen Verhandlungsbedarf mit jeweils federführendem Kostenträger**
- **Vorsichtiger Optimismus hinsichtlich der Abstimmungsprozesse zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger**

***Danke für Ihre
Aufmerksamkeit 😊***

Mögliche Fragen zur Diskussion

- *Werden diese Entwicklungen in der Praxis als Verbesserungen wahrgenommen?*

- *Was brauchen die Klient(inn)en wirklich?*

- *Forderungen an Leistungsträger und Politik?*