

Ein Aufruf der Berliner Suchthilfe

Die dauerhafte Misere der Ambulanten Suchtrehabilitation in Deutschland muss beendet werden.

Wir fordern eine grundlegende Reform der ARS!

In Berlin gab es im Oktober 2017 in der Senatsverwaltung für Gesundheit/Drogenreferat ein 2. Fachgespräch, mit Einrichtungen der Berliner Suchthilfe, dem DRV Bund und dem DRV Berlin-Brandenburg, diesmal zum Thema „**Ambulante Rehabilitation Sucht**“(ARS)

Dabei wurden grundlegende Probleme der ARS sehr klar und offen thematisiert. Wir nehmen den Austausch und die Fragen dieser Runde zum Anlass, um grundsätzlich auf die dauerhafte prekäre Situation für Anbieter der ARS aufmerksam zu machen. Wir stellen gemeinsam fest, dass die ARS praktisch keine Lobby hat und durch den ebenfalls teilweise in Belegungs- und Finanzierungsnot geratenen Stationären Entwöhnungsbereich noch mehr ins Abseits zu geraten droht.

Aktuelle Entwicklungen zeigen, dass die Suchtfachverbände sich in erster Linie um die berechtigten Interessen der stationären Reha-Suchtkliniken kümmern. Bereits auf der Fachtagung des DRV Bund im Sep 2017 zum „Strukturierten Qualitätsdialog“ wurde deutlich, dass der ARS Bereich, mangels Masse und Vergleichbarkeit, von der qualitätsorientierten Weiterentwicklung abgekoppelt bleibt. Es geht hier um ein grundsätzliches Strukturproblem der ARS und um eine Ungleichbehandlung von stationären und ambulanten Reha-Leistungen, die auf einen Geburtsfehler der ARS seit der Einführung im Jahr 1991 zurückgeht und zu einer mangelnden Inanspruchnahme von ambulanten Suchtbehandlungen führt. Dies ist vor dem Hintergrund des Versorgungsprinzips der Deutschen Rentenversicherung „AMBULANT VOR STATIONÄR“ skandalös.

Die ARS wurde damals als „Anhängsel“ von Suchtberatungsstellen mit einer nicht adäquaten Finanzierung der Reha-Leistungen eingeführt und konnte sich bis heute nicht als eigenständiger klar abgegrenzter Leistungsbereich etablieren.

Die ARS ist deshalb bis heute ein suchtspezifisches Behandlungsangebot, dessen Wachstum und Weiterentwicklung strukturell verhindert wurde. Diese Fehl-Konstruktion verhindert eine patientengerechte Versorgung Suchtkranker und kann nicht weiter hingenommen werden.

Wir fordern in diesem Aufruf die Verbände und alle beteiligten Akteure und Betroffenen auf, eine strukturelle Neuregelung der ARS zu initiieren und die prekären Zustände, verursacht durch inadäquate Rahmenbedingungen der DRV, zu verbessern!

Verantwortlich: Arbeitskreis „Ambulante Reha Sucht Berlin“, März 2018

Sprecher der Initiative des AK: Andreas Gantner, Therapieladen e.V.

Wir fordern:

- **Die strukturellen Ungleichbehandlung von ambulanten und stationären Suchtreha-Leistungen muss beendet werden.** Die gleichwertigen Qualitätsanforderungen für ambulante und stationäre Reha erfordern auch eine entsprechende Vollfinanzierung der ARS, um diese umsetzen und gewährleisten zu können.
- **Die Erarbeitung eines neuen Kostensatzes durch die Suchtfachverbände und Wohlfahrtsverbände (bzw. einer ausgewählte Kommission) gemeinsam mit DRV und GKV.** Dieser muss alle für die ARS erforderliche Leistungen (Arztkosten, incl. Sachkostenpauschale, u.a. auch Drogenscreenings) vollfinanziert abdecken und eine ausgewogene Mischkalkulation der 3 beteiligten therapeutischen Berufsgruppen beinhalten.
- **Die Berechnungsgrundlage für die „Stundenanteile“ der beteiligten ärztlichen Berufsgruppe muss verändert werden.** Hierzu bedarf es einer Berücksichtigung realer Bedarfe und der einrichtungsbezogenen Zusammensetzung des klinisch-therapeutischen Personals (z.B. des Anteils an Psychologischen PsychotherapeutInnen).
- **Eine Neujustierung der Schnittstellen zwischen Leistungen der ambulanten Grundversorgung in der Suchthilfe und der suchtttherapeutischen Versorgung im Rahmen der SGB VI Leistung sollte durchgeführt werden.**
- **Eine Neuorientierung und Besinnung auf den bestehenden Grundsatz „Ambulant vor Stationär“.** Die aktuellen Verhältniszahlen von ambulanter/stationärer Reha (ca. 1:5 bei allen SuchtpatientInnen, bzw. 1:10 bei DrogenpatientInnen) spiegeln nicht den realen Versorgungsbedarf von Suchtkranken wider und stehen in einem krassen Missverhältnis.
- **ARS Konzepte müssen in Bezug auf „neue“ SuchtpatientInnen und deren Bedarfe (z.B. Cannabis, Meth- Amphetamine/“Chem-Sex“) weiterentwickelt werden**
- **Die Ermöglichung des Beginns der ARS bei evtl. noch bestehendem Konsum oder Beikonsum, mit dem Ziel einer zeitnahen Abstinenzstabilisierung.** Damit einhergehend die therapeutische Öffnung für stark ambivalente Suchtpatienten, im Sinne einer *Zieloffenen Suchttherapie* zur besseren Motivierung für längerfristige Abstinenzentwicklung bei entsprechender gemeinsamer Zielsetzung im Sinne der Entwöhnung.

- **Eine sehr viel stärkere Nutzung der „ambulanten Weiterbehandlung“ in der ARS nach stationären Rehabehandlungen.** Insbesondere auch vor dem Hintergrund der „Abwertung“ und finanziellen Absenkung der ambulanten Suchtnachsorge.
- **Eine Verschlankung des Antrags- und Berichtswesen der ARS.** Für die Durchführung einer ARS sind bis zu 4 Fachberichte (Rehaantrag, 1. und 2. Zwischenbericht, Entlassungsbericht) mit zahlreichen Dokumenten erforderlich. Diese Vorgaben generieren zeitliche Verzögerungen sowie zusätzliche bürokratische Abläufe, verbrauchen Personalressourcen und sind, vergleicht man sie mit dem Antragsverfahren und Qualitätskontrollen der Durchführung psychotherapeutischen Leistungen nach SGB V, fachlich nicht begründbar.
- **Die Beendigung der Einengung der VDR anerkannten Suchttherapieausbildungen auf sog. Richtlinienverfahren (VT/TP) und die Öffnung auf alle wissenschaftlich anerkannte Therapieverfahren, insbesondere „Systemische Therapie“ und „Humanistische Therapien“ (incl. MI).** Die im internationalen Vergleich in Deutschland bestehende beispielelose rigide Einengung auf nur zwei Therapieverfahren und die mangelnde Methodenvielfalt führt zu zusätzlichen Problemen in der Einstellung von qualifizierten therapeutischen Fachkräften. Der Ausschluss systemischer Therapieverfahren, trotz nachgewiesener wissenschaftlicher Evidenz und der hohen wechselseitiger Relevanz von Familiensystemen und Beziehungsmuster auf das Suchtverhalten muss beendet werden.

Erläuternder Anhang

Hintergrund und aktuelle Entwicklung in der Suchtrehabilitation

Seit 2012 gibt es insgesamt rückläufige Belegungszahlen in der Suchtrehabilitation und die Einrichtungen kämpfen um ihren Erhalt. Der deutsche Reitoxbericht 2017 beschreibt Klinikschließungen und den Abbau von stationären Behandlungsplätzen. Er führt diese Entwicklung zurück auf

„das Auseinanderdriften von Kosten und Vergütungssätzen bei gleichzeitigen steigenden Anforderungen an die Qualität: Fast alle strukturellen und personellen Rahmenbedingungen werden von den Leistungsträgern vorgegeben.“ (Reitox 2017)

Der Umstand, dass die stationären Kliniken wirtschaftliche Einbrüche und Schließungen erlebt haben, erschwert zusätzlich eine sachgemäße

Auseinandersetzung mit der **grundsätzlichen Misere der ARS**. Es besteht dadurch das Risiko einer wachsenden Konkurrenzsituation zwischen stationären und ambulanten Behandlungen, die wir mit diesem Aufruf nicht „anheizen“ wollen, wenngleich das Missverhältnis zwischen stationärer und ambulanter Belegung ein kritischer Punkt ist.

Derzeit sind die Suchtfachverbände nämlich in erster Linie mit der Absicherung der stationären Suchtkliniken befasst. So z.B. im Informationsschreiben der Suchtfachverbände vom 23.2.2017, in der es um die neuen Kriterien der Zulassung und Belegung von Reha-Kliniken geht, wie auch in einem aktuellen umfänglichen Rechtsgutachten zur angemessenen Vergütung stationärer Reha-Leistungen.

Fakt ist: Bei der ARS konnte es nie, wie im REITOX Bericht formuliert, ein „*Auseinanderdriften von Kosten und Vergütungssätzen*“ bei steigenden hohen Qualitätsanforderungen geben, denn dieses Verhältnis hat bei der ARS von Anfang an nicht gestimmt.

Neben den sinkenden Suchtrehabehandlungen seit 2012 im stationären wie im ambulanten Bereich ist vor allem das Verhältnis von stationären und ambulanten Belegungen auffällig. So liegt im Drogenbereich der Quotient von stationären zu ambulanten Behandlungen bei fast 10:1! Insgesamt gab es im Trend der letzten vier Jahre sogar noch eine Verschiebung hin zu stationären Behandlungen!

Diese Verhältniszahlen und das darin zum Ausdruck kommende grobe Missverhältnis sprechen eigentlich für sich.

Wie lässt sich erklären, dass nur 10 von 100 Drogenpatienten eine ambulante Suchtreha antreten? Fachlich und klinisch lässt sich das jedenfalls nicht begründen. Im Berliner Fachgespräch im Oktober 2017 mit der DRV wurde von Suchtberatungsstellen darauf hingewiesen, dass oftmals ambulante Anträge bei der DRV abgelehnt und stattdessen gegen den Willen der PatientInnen und der Empfehlung der Suchtberatung eine stationäre Reha bewilligt wurde. Die fachlichen Hintergründe dieser Entscheidungen bleiben in der Regel intransparent. Von einem ärztlichen Vertreter der DRV bekamen wir im 1. Fachtreffen in 2016 sinngemäß zu hören: „Im Zweifel stationär, da dort auch bessere Chancen für die Patienten und die bessere Qualität zu erwarten sei.“

Wir wissen nicht, ob diese Einstellungen grundsätzlich bei der DRV vorherrschen und ob der Belegungsdruck der Rehakliniken in den vergangenen Jahren zu einem verstärkten Missverhältnis von ambulant zu stationär beigetragen hat.

Außerdem ist nämlich zu beobachten, dass der Anteil von Krankenhausbehandlungen für Suchtkranke in den vergangenen Jahren bei Cannabis- und Amphetamindiagnosen deutlich gestiegen ist (während es bei Alkohol und Opiatdiagnosen keine Zuwächse gibt). Hier gibt es tektonische Verschiebungen von SGB VI Rehabehandlungen hin zu SGB V Krankenbehandlungen von Suchtkranken, deren mögliche Ursachen noch unklar sind.

So ist unverständlich warum der starke Anstieg von CannabisklientInnen in der Suchthilfe in den letzten 10 Jahren, sich nicht in einem deutlichen Zuwachs der Rehabehandlungen vor allem auch im ambulanten Bereich niederschlägt. In kleinerem Umfang und regionalspezifisch gilt das auch für KlientInnen mit (Meth-) Amphetamindiagnosen. Evtl. müssen sich suchtttherapeutische Behandlungsangebote auch inhaltlich auf neue Bedarfe der KlientInnen einstellen. Entsprechende erfahrungs- und evidenzbasierte Konzepte liegen vor, können aber offensichtlich nicht im Rahmen der ARS umgesetzt werden. Warum nicht?

Die fachlich-inhaltliche Auseinandersetzung um therapeutische Konzepte und Angebote muss hier sicher geführt werden, z.B. der Umgang mit Abstinenz, Zieloffenheit, die weitere Integration von Behandlungskonzepten für komorbide Störungen, frauen-/ genderspezifische Angebote, um nur einiges zu nennen). Die ARS bietet die Möglichkeit der intensiven alltagsnahen therapeutischen Unterstützung über verschiedene Motivationsphasen und Krisen hinweg und kann wesentlich flexibler im Interesse der PatientInnen mit Rückfällen bzw. Rückfallphasen arbeiten. Will man SuchtpatientInnen früher und nachhaltiger erreichen, -was seit Jahren gefordert wird-, ist eine Abkehr von all zu starren Vorgaben und schematischer Kriterien bezüglich Motivationslagen und deren Zuordnung zu den entsprechenden Angeboten „Beratung“/„Entgiftung“/„stationäre“ oder „ambulanter“ Reha erforderlich.

Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf den kritischen Beitrag von Rudolf Klein, der auf sehr eindrückliche Art die „Misere der deutschen Suchttherapie“ auch hinsichtlich inhaltlich konzeptioneller Einengungen beschreibt (Kontext 47,1, S.3-10).

Wir sind jedoch davon überzeugt, dass diese auch inhaltlich-fachliche Weiterentwicklung therapeutischer Konzepte nur in einem funktionierenden Rahmen- und Strukturkonzept funktionieren kann, welches für die ARS derzeit nicht gegeben ist.

Dass die ARS bei einigen Anbietern sich dennoch in bescheidenem Maße entwickeln konnte, hat eher mit zufälligen regional sehr unterschiedlichen

Förderkonstellationen aus kommunalen oder Landesmitteln zu tun, die durch den Spardruck der öffentlichen Haushalte des vergangenen Jahrzehnts aber deutlich schwieriger wurden.

Das strukturelle Defizit der ARS

Der wesentliche ökonomisch-strukturelle Unterschied zwischen ambulanten und stationären Suchtreha-Leistungen besteht darin, dass ambulante Leistungen grundsätzlich eine Sockelfinanzierung oder Querfinanzierung aus anderen Töpfen/Finanzierungsformen benötigen, um durchgeführt werden zu können, während Kostensätze für stationäre Leistungen prinzipiell das gesamte Personal- und Sachkostenspektrum umfassen. Die Anbieter sind aufgefordert, therapeutische Leistungen in einem Verbund mit anderen Leistungssegmenten anzubieten, ohne dass der Umfang und die Finanzierung dieser zusätzlichen präventiven, therapievorbereitenden, begleitenden oder medizinischen Angebote wiederum finanziell abgesichert sind. Jeder ambulante Reha-Anbieter steht nun vor der Aufgabe, den hohen Struktur-Qualitätsanforderungen der DRV zu entsprechen, die nur durch zusätzliches Schöpfen von Finanzmitteln aus anderen Bereichen möglich sind. In der Regel sind das kommunale oder Landesmittel aus der ambulanten Suchthilfeversorgung oder Querfinanzierungen von größeren stationären Trägern deren „Überschüsse“ aus anderen (stationären) Entgeltbereichen die ambulante Reha bezuschussen.

Allein aus letzterem ergibt sich sogar eine Konkurrenzsituation innerhalb eines Trägers zwischen stationären und ambulanten Angeboten. Solange sich die ambulante Behandlung nicht selbständig finanziell tragen kann, wird jede/r Geschäftsführer/in einer Reha-Klinik aus institutionellen, ökonomischen Eigeninteresse hier an ihre/seine Grenze kommen. Jeder zusätzliche ambulante Therapieplatz, erfordert zusätzliche Bezuschussung aus anderen Quellen. Daraus erschließt sich schnell, dass sich der ambulante Reha Bereich in einem erforderlichen patientengerechten Umfang nicht entfalten kann bzw. konnte.

Schon aus ökonomischen Gründen gilt deshalb eher das Prinzip, „stationär vor ambulante“, statt umgekehrt. Die Absenkung der Kostensätze für ambulante Nachsorge steht ebenfalls in diesem Trend und führt zu einem Abbau weiterer ambulanter Nachsorgeplätze. In diesem Zusammenhang ist auch zu fragen, warum von den stationären Trägern die Möglichkeit des Antrages auf „Ambulante Reha-Weiterbehandlung“ nach stationärer Therapie so wenig genutzt wird?

Wenn man sich vor Augen führt, dass die Effektivität der ambulanten Suchtreha, die bisher auch durch Katamnese Studien gut belegt werden konnte, im Prinzip vergleichbar mit stationären Angeboten ist, kommt ein zusätzlicher Aspekt zum Vorschein:

Die Wirksamkeit und Kosteneffektivität, steht in keinem Verhältnis zur tatsächlichen Nutzung des Angebotes. **Eine adäquate abgesicherte Komplettfinanzierung der ARS wäre ein deutlicher Fortschritt des Verhältnisses Wirksamkeit/Kosteneffektivität in der Suchtreha und würde die fachliche Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung Suchtkranker erst ermöglichen.**

Die Tatsache, dass die DRV allein über die Qualitätsanforderungen und Kriterien für ambulante Reha-Einrichtungen und deren Personal bestimmt, aber nicht bereit ist, die Kosten für diese Qualitätsanforderungen zu tragen, sondern diese anteilig den Einrichtungen bzw. den Ländern und Kommunen oder größeren Klinikträgern überlässt, ist schwer begründbar und stößt seit Jahren auf Unverständnis vieler FachexpertInnen. (s.a. GVS, Infodienst 01/2014)

Die aus unserer Sicht eher zaghafte Forderungen der Suchtfachverbände nach einer Erhöhung der ambulanten Reha-Kostensätze werden regelmäßig abgelehnt. So äußerte sich der DRV in einem gemeinsamen Gespräch mit den Suchtfachverbänden am 14.11.2014 zum „Sachstand des Antrages auf Erhöhung des Kostensatz in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ dahingehend, „dass dieser Kostensatz sich bewährt habe und eine Erhöhung nicht anstehe“. Dabei bleibt es dann, Ende der Debatte! Warum gesteht man der DRV, die „unsere“ Sozialversicherungsbeiträge verwaltet, eine derartige Macht bzw. auch Ignoranz gegenüber den berechtigten Forderungen der Verbände und Anbieter zu?

Die derzeitige Anhebung des pauschalierten Kostensatzes auf 53,85€ pro Therapieeinheit darf dabei nicht als Zugeständnis missverstanden werden. Diese minimale Erhöhung aufgrund steigender Lohnkosten löst nicht im Ansatz das Kostenmissverhältnis in der ARS. Viele Hinweise und Forderungen von Suchtfachverbänden, von Trägern und Anbietern der ambulanten Reha für eine realistische kostendeckende Finanzierung wurden bisher abgelehnt oder einfach ignoriert. Spricht man informell Vertreter der DRV oder deren ReferentInnen auf dieses Thema an, wird mitgeteilt, dass man das Problem kenne und eine Veränderung auch für notwendig halte, die Entscheidungen aber von Haushältern und Juristen im (DRV) Hause getroffen würden und fachliche Aspekte dabei keine Rolle spielten.

Selbst führende Vertreter der DRV, wie z.B. (der ehemalige) Direktor Hubert Seiter vom DRV Baden-Württemberg äußerten Ihr Unverständnis und bezeichnen es als „*Unsinn, einer zwar kleinen, aber erfolgreichen Suchteinrichtung fachärztliche Vorgaben zu machen, die rechnerisch korrekt, aber unbezahlbar sind*“ (Zit: Psychotherapeutenjournal 2/2015).

Herr Seiter forderte deshalb pragmatische Lösungen im Einzelfall. Wenn diese in Einzelverhandlungen offiziell möglich wären, wäre das schon mal ein Fortschritt. Einzelverhandlungen für den ambulanten Reha Bereich werden aber bisher vom DRV Bund prinzipiell abgelehnt. Diese gelten nur für stationäre Träger. Warum eigentlich?

Einem ambulanten Träger wurde von der DRV in Verhandlungsgesprächen mitgeteilt, dass Einzelvereinbarungen bei so vielen ambulanten Reha Anbietern ein zu großer Aufwand wäre. Auf die Frage, was zu machen wäre, wenn man die Finanzierung zusätzlich geforderter Arztstunden aufgrund einer höheren Anzahl von Therapiegruppen nicht gewährleisten kann, obwohl die fachärztliche Versorgung sichergestellt sei, wurde geantwortet, dass man dann eben weniger Gruppen, sprich weniger PatientInnen behandeln solle.

Klarer kann man die Knebelung und Behinderung des Ausbaus ambulanter Reha-Leistungen aufgrund formaler unsinniger Kriterien nicht zum Ausdruck bringen.

In Wirklichkeit werden deshalb vermutlich überall in der Republik inoffizielle pragmatische „kreative“ Lösungen gefunden, um den Spagat zwischen formalen qualitativen Strukturanforderungen der DRV, insbesondere dem ärztlichen Personal und den realen Möglichkeiten zu finden. Damit bleibt die ARS in einem unkalkulierbaren Fahrwasser und ist permanent in ihrer Existenz bedroht. Wie lange will man dieses unwürdige Spiel noch mitmachen?

ARS Anbieter, die ein oder zwei Therapiegruppen anbieten, werden möglicherweise noch in der Lage sein, eine mögliche Konstruktion der ärztlichen Mitarbeit zu finden. Suchtberatungsstellen, die in diesem Umfang einen „Zuverdienst“ -oft auf der Grundlage mangelnder Abgrenzung der Arbeitsleistungen- haben, verspüren evtl. nicht immer im hier beschriebenen Ausmaß das benannte Defizit der ARS.

Für Anbieter in Großstädten, die aufgrund eines größeren Einzugsgebiets und Spezialisierungen in der Lage sind, mehr Reha-Plätze und damit mehr Gruppen anzubieten, kommen schnell an die Grenze des Machbaren. So halten sich z.B. ambulante therapeutische Spezialangebote für Drogenabhängige in Berlin nur durch eine kaum ausreichende Sockelfinanzierung des Berliner Drogenreferates. Eine systematische verbindliche, vergleichbare Co-

Finanzierung ambulanter medizinischer Reha-Leistungen ist jedoch nicht vorhanden, so dass auch hier ein Wachstum der ARS verhindert wird.

Wir fragen uns deshalb, warum die fachlichen Abteilungen in den Ländern und Kommunen hier nicht gemeinsam eine Veränderung gegenüber der DRV einfordern, bzw. bereit sind direkte „medizinische Reha-Leistungen“ zu bezuschussen, ohne über deren Bedingungen mitreden zu können?

Multidisziplinäres Team in der Reha ist nicht durchfinanziert

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die Zusammenarbeit verschiedener Professionen (ÄrztInnen/PsychologInnen/SozialarbeiterInnen mit suchttherapeutischer Qualifikation) in der ARS gefordert wird.

Die geforderten 3 Stunden ärztliche Mitarbeit pro ambulante Therapiegruppe stehen jedoch symbolisch für eine nicht begründbare veraltete Vorgabe (1991) aus der Rahmenvereinbarung der ARS. Sie ist schon deshalb unsinnig, weil Gruppengrößen unterschiedlich ausgelegt werden, bzw. gar unterschiedliche Vorgaben für Drogen und Alkohol gemacht werden. Drogengruppen sollen 6 bis max. 8 Teilnehmer haben, Alkoholgruppen 10 bis 12 TeilnehmerInnen.

Folgt man dieser Logik, wären z.B. bei 3 Reha-Gruppen mit 18 Drogenpatienten für 9 Std./wö. eine ärztliche Mitarbeit erforderlich, bei 3 Reha Gruppen mit max. 36 Alkoholpatienten ebenfalls 9 Std./wö. Man braucht keinen großen klinischen Sachverstand, um diese Unlogik in den ärztlichen Personalvorgaben für die ARS deutlich zu machen.

Es ist völlig unverständlich, dass die medizinisch-ärztlich Leistungen im Rahmen der ARS entsprechend den Kosten eines Facharztes nicht abrechenbar sind, bzw. in eine Reha-Fachleistungsstunde ein kalkuliert werden.

Ebenso führt der pauschale niedrige Stundensatz von derzeit 53,85€ dazu, dass Suchtpsychologen, bzw. Psychologische Psychotherapeuten in der ARS eher unterrepräsentiert sind. Der derzeitige Fachkräftemangel bei VDR anerkannten Sucht- und SozialtherapeutInnen, der durch die Einengung auf Richtlinienverfahren noch zusätzlich verstärkt wurde, könnte durch eine stärkere Einbeziehung von approbierten Psychotherapeuten ausgeglichen werden. Diese werden aber nicht eingestellt, weil sie nicht angemessen bezahlt werden können.

In diesem Zusammenhang ist auch zu hinterfragen, inwiefern es gerechtfertigt ist, dass ambulante psychotherapeutische Leistungen (entsprechend den Honorar-Vergütungssätzen nach SGB V) wesentlich höher honoriert werden als ambulante suchttherapeutische Leistungen. Die oft komplexen komorbiden

Störungsbilder der SuchtklientInnen sind in der Regel schwerer zu behandeln als „klassische“ PsychotherapieklientInnen.

Wir haben hier ein Gefälle im „Zweiklassensystem“ der Versorgung, in der sich möglicherweise auch der stigmatisierte Umgang mit Suchtkranken in der Gesellschaft insgesamt widerspiegelt.

Literaturangaben bzw. Zitate aus:

DBDD/EMCCDA: Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016 / 2017) Behandlung Workbook Treatment

Rudolf Klein: Von Texten und Kontexten – Oder: Die Misere der deutschen Suchttherapie. In: KONTEXT 47, 4, S. 3 – 10, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2016

GVS: Ambulante Suchthilfe. Gut aufgestellt für die Zukunft? Partnerschaftlich 01/2014

Informationspapier der Suchtfachverbände (buss, CaSu, fdr, FVS und GVS): Aktuelle Entwicklungen in der Medizinischen Reha der DRV – Zulassung und Belegung von Einrichtungen, Februar 2017

Ergebnisniederschrift Gemeinsames Gespräch der DRV und GKV mit Vertretern der Suchtfachverbände am 14. November 2014 in Berlin

Interview mit Direktor Hubert Seiter, DRV Baden-Württemberg. „Endlich eine abholende Präventions- und Reha-Strategie umsetzen“ In: Psychotherapeutenjournal 2 /2015 S-155-158

Rechtsgutachten: Angemessene Vergütung gem. § 19 Abs. 4 Satz 2 i.V.m. § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB IX für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, des Bundesverbands für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., des Fachverbands Drogen- und Suchthilfe e.V. und des Fachverbands Sucht e.V. (12/2017)