

Integrierte Versorgung, Vernetzung und Case-Management: Neue Wege und Ziele in der Hilfe für Abhängigkeitskranke

Kombinationsbehandlungen/modulare Therapien und arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation

**Darstellung der verfahrenstechnischen
und inhaltlichen Sichtweise von zwei aktuellen,
vorrangigen Themenkomplexen**

Helga Schallenberg, Berthold Lindow

Einleitung

Aus Zeitgründen können wir leider für die zwei Bereiche nur die wichtigsten Eckpunkte nennen. Beide Themen sind keine, wie es das Kongressthema aussagt, „Trends“ sondern zwingende Weiterentwicklungen auch zur Erhöhung der Effizienz der Gesamtbehandlung Abhängigkeitskranker.

Gerade der Bereich dieser Erkrankungen, in dem wir alle arbeiten, war bei Rückschau auf die letzten über 20 Jahre gegenüber allen anderen Krankheitsbildern immer von strukturellen Weiterentwicklungen geprägt. Es mussten inhaltliche Antworten auf wissenschaftliche Erkenntnisse und auf sich verändernde Sozialstrukturen, in denen diese Erkrankten leben/leben müssen, gefunden werden. Wir alle waren und sind mit unserem Handeln dem Ziel „zum richtigen Zeitpunkt die richtige Leistung im richtigen Umfang“ verpflichtet.

U.a. unter diesem Gesichtspunkt beschäftigen die beiden genannten Schwerpunktthemen unsere interne Diskussion schon seit längerer Zeit. Wir wollten jedoch erst dann über diese Behandlungsforschreibungen mit Ihnen ins Gespräch kommen und sie präsentieren, wenn sie nicht nur inhaltlich klar zu benennen sind, sondern auch die verfahrenstechnischen Fragen in unserem Haus sachgerechten Lösungen zugeführt werden konnten.

Kombinationsbehandlungen/modulare Therapien

In Deutschland steht uns ein differenziertes und hoch professionelles Rehabilitationssystem zur Verfügung, welches ein breites Spektrum von Behandlungsmöglichkeiten bietet. An einem Ende steht die ambulante Behandlung, am anderen Ende die stationäre Langzeittherapie. Vervollständigt wird das Spektrum aktuell durch das noch weiter zu etablierende Segment der teilstationären Rehabilitation.

Der Vorteil dieses differenzierten Angebotes liegt in der Möglichkeit, alle diese unterschiedlichen Behandlungsstränge miteinander zu verbinden und somit einen an den Einzelfall angepassten, individuellen Gesamtbehandlungsplan zu erstellen. Der Gewinn solcher Verbindungen aus unterschiedlichen Modulen besteht darin, die jeweiligen Vorteile gegenüber den anderen Angebotsformen zu nutzen und dabei deren Nachteile zu vermeiden.

Ein weiterer Gewinn der modularen medizinischen Rehabilitation könnte ein erleichterter und früherer Zugang Abhängigkeitskranker zum Rehabilitationssystem sein.

Ein erster Schritt in diese Richtung bedeutet, das bereits vorhandene Gesamt-Rehabilitationssystem noch besser mit dem Ziel zu nutzen, die Vorteile der einzelnen Leistungsarten entsprechend den individuellen Erfordernissen innerhalb eines Ausstiegsprozesses optimaler auszuschöpfen.

Eine veränderte Sicht auf die Besonderheiten und Vorteile der jeweiligen Leistungsarten ermöglicht einen Blickwinkel, der die grundsätzliche Gleichwertigkeit einzelner Behandlungsbausteine hervorhebt und damit die traditionelle Vorstellung von „entweder – oder“ auflöst.

Innerhalb der aktuellen Konzeptdiskussion bezeichnet der Begriff der Kombinations-therapie eine stationär-ambulante Behandlung in 2 Unterformen:

- einmal als verkürzte primär stationäre Behandlung mit einer ambulanten Abschlussphase
- zum anderen als primär ambulante Rehabilitation mit einer stationären Eingangs- oder Zwischenphase im Sinn von Vertiefung oder Krisenintervention.

Ein mehrmaliger Wechsel, der entweder bereits vor Beginn der medizinischen Rehabilitation festliegt oder sich im Verlauf der Rehabilitation ergeben kann, ist möglich. Diese Abfolge muss nicht auf eine Rehabilitationseinrichtung begrenzt werden. Der „mehrmalige Wechsel“ im Rahmen *eines* Behandlungsablaufes findet nur in der Wirtschaftlichkeit, d.h. in der Gesamtdauer und in den Gesamtkosten dieser einen Rehabilitationsmaßnahme, die Grenze unter dem Gedanken der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit in angemessener Frist. Insgesamt geht die BfA bei solchem Prozess davon aus, dass er nicht höhere Kosten verursacht als eine stationäre Grundbehandlungsdauer von in der Regel 16 Wochen im Alkohol- und Medikamentenbereich. Die Kombinationskonzepte im illegalen Drogenbereich befinden sich noch ganz am Anfang der Diskussion.

Die zunehmende Flexibilisierung und Individualisierung des Rehabilitationsangebotes erforderte auch zwingend eine Anpassung der verwaltungsseitigen Arbeitsabläufe und die BfA hat dazu folgende Verfahrensregelungen getroffen:

1. Bei einem von unserem Haus anerkannten Kombinationskonzept mit einem beginnenden stationären Therapieblock und einer sich anschließenden ambulanten Rehabilitation kann, wenn der entsprechende Hinweis bei Antragstellung auf die Behandlung in diesem Kombinationsmodell erfolgt, von Anbeginn ein Bescheid für beide Rehabilitationsphasen erteilt werden.
Der Vorteil liegt darin, dass zum einen der Versicherte über seine Gesamtbehandlung in zwei Behandlungsabschnitten in zwei Einrichtungen von vornherein informiert ist und zum anderen darin, dass die Einrichtungen die einzelnen Behandlungsschritte noch besser miteinander absprechen und koordinieren können.
Mit diesem Verfahren setzt die BfA weiteres Vertrauen in die sachgerechte Gestaltung des Rehabilitationsablaufes in den Belegeinrichtungen.
Der erste Schritt dieses zunehmenden partnerschaftlichen Verhaltens unseres Hauses wurde 1998 mit der Zurverfügungstellung eines Gesamtjahreszeitbudgets getan. Dieses Verfahren hat sich aus unserer Sicht bisher überwiegend bewährt, was uns die jetzigen Überlegungen und die Etablierung von neuen Verfahrensabläufen erleichterte.
Weitere Änderungen im Bereich der Erteilung der Leistungsbescheide befinden sich in der internen Diskussion.
2. Bei einer ambulanten Rehabilitation mit einer stationären Zwischenphase oder stationären Krisenintervention ist bei jedem Wechsel dieser Leistungsarten folgendes verkürztes Verfahren zu beachten:
 - Vorlage eines Kurzantrages des Betreuten hinsichtlich seines Einverständnisses mit dem Wechsel der Leistungsart.
 - Für die medizinische Prüfung ist ein Zwischenbericht aus der Ersttherapie – Eilverfahren über die Beratungsstelle Dezernat 8031 möglich – erforderlich.
In den ärztlichen Unterlagen zum Umstellungsantrag muss unter Darstellung und Würdigung der erhobenen Befunde sowie des medizinisch-therapeutischen Verlaufs inhaltlich begründet werden, weshalb eine Weiterführung in einem weniger betreuungsintensiven Setting ausreichend und trotzdem Erfolg versprechend ist bzw. weshalb die Umstellung auf eine betreuungsintensivere Maßnahme erforderlich, aber auch zum Erreichen des Rehabilitationszieles Erfolg versprechend ist.
 - Nach dem Wechsel der Leistungsart hat die abgebende Einrichtung den verkürzten Entlassungsbericht mit den Seiten 1, 1a, 1b und im Klartext mit Hinweis auf den Zwischenbericht zu erstellen.

Die modulare Therapie stellt für uns einen einheitlichen Prozess dar, der mehr beinhaltet als eine Summation von verschiedenen Abschnitten. Eine inhaltliche Absprache zwischen den einzelnen Behandlungsschritten ist zwingend erforderlich, um bei einem Wechsel der Leistungsart die Kontinuität zu wahren und Brüche zu vermeiden.

Dies leitet über zu den Ausführungen von Herrn Lindow, u.a. hinsichtlich der Indikationsstellung für die jeweilige Leistungsform, die Schnittstellenproblematik, die Sicherstellung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung sowie die angepasste Qualitätssicherung.

Da verfahrenstechnische Aussagen zu dem Themenkomplex der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation nicht erforderlich sind, möchte ich – um in dem Eingangsbild zu bleiben – auf dem Tandem von der vorderen auf die hintere Position wechseln und die weitere Fahrroute meinem Kollegen überlassen.

Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation

Aus meiner Sicht besteht das besonders Bemerkenswerte an den Ausführungen von Frau Schallenberg in einem weiteren großen Schritt der Verlagerung von Vertrauen und Verantwortung in die Einrichtungen. Die Möglichkeiten einer bedarfsgerechten Gestaltung von Rehabilitationsmaßnahmen werden hierdurch erweitert und erleichtert. M. E. ist diese Entwicklung nicht nur in der langjährigen guten Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und der BfA begründet. Andere Konditionen tragen entscheidend mit dazu bei, nämlich die zunehmende Vereinbarung gemeinsamer Standards auf der Ebene Einrichtung/Rehaträger/Verbände, die zunehmende Transparenz der Prozesse u.a. durch das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung, aber auch die weitere Qualifizierung der ambulanten Sucht-Rehabilitation.

Lassen Sie mich einige Kernpunkte ansprechen, die für uns bei der Konzeptbeurteilung für flexible Therapiegestaltung neben den allgemeinen Anforderungen einen besonderen Stellenwert haben.

Abb. 1

- **Indikationsstellung**
- **Schnittstellen**
- **Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung**
- **Qualitätssicherung**

Es sind dies die *Indikationsstellung* für die jeweilige Leistungsform, die Gestaltung der *Schnittstellen* zwischen den einzelnen Modulen, die Sicherstellung der

qualifizierten *sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung* sowie die Erfordernisse für eine der flexiblen Maßnahmengestaltung angepasste *Qualitätssicherung*.

Abb. 2

- **Suchtverlauf**
- **Bewältigungskompetenzen**
- **Abstinenzmotivation/Fähigkeit zur Abstinenz**
- **Soziale Stabilität**
- **Frühere Entwöhnungsbehandlungen**

Indikationsstellung

Entsprechend dem biopsychosozialen Krankheitsverständnis berücksichtigen die Indikationskriterien nicht nur den *Krankheitsverlauf*, sondern darüber hinaus Kontextfaktoren wie *Bewältigungskompetenzen*, *Motivation* bzw. *Fähigkeit zur Abstinenz*, *soziale Bezüge* und die Erfahrung aus *früheren Entwöhnungsbehandlungen*. Jeder Bereich lässt sich hierbei auf Detailebenen herunterbrechen und ist differenziert für die jeweilige Leistungsform stationär, teilstationär oder ambulant zu betrachten. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Indikationskonstellationen einerseits unterschiedliche Leistungsformen ermöglichen, andererseits gilt es auch, gerade die Vorteile der einzelnen Leistungsformen entsprechend den individuellen Erfordernissen optimal zu nutzen.

Schnittstellen

Die Maßnahmengestaltung mit unterschiedlichen Leistungsformen nutzt die vorhandenen Versorgungsstrukturen mit Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft. Hier ist nicht nur eine gemeinsame Rehabilitationsphilosophie erforderlich, besonderes Augenmerk muss auf die Schnittstellengestaltung beim Wechsel der Leistungsform gerichtet werden, so dass der Informationstransfer des bisher Erreichten und des zukünftig zu Erarbeitenden unter Berücksichtigung der Teilhabe des Betroffenen optimal gestaltet wird.

Das Vorgehen setzt die Kriterien von Disease Management um. Ein von uns präferiertes Case Management wird zunächst nur in Einrichtungen in gleicher Trägerschaft realistisch sein.

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

Hier sind zwei Dimensionen zu berücksichtigen, nämlich einmal die Zeit und andererseits die sozialmedizinische Kompetenz. In aller Regel wird zum Ende der Rehabilitation ein längerfristiger ambulanter Abschnitt liegen, andererseits ist die größere sozialmedizinische Kompetenz im häufig vorangehenden stationären Setting verankert. Nach unseren Vorstellungen wird nach jedem Behandlungsabschnitt eine vorläufige sozialmedizinische Beurteilung dokumentiert. Die endgültige Leistungsbeurteilung erfolgt am Ende des letzten Abschnittes. Sollte sie von den vorangegangenen vorläufigen abweichen, ist eine Abstimmung zwischen den jeweils Verantwortlichen erforderlich.

Qualitätssicherung

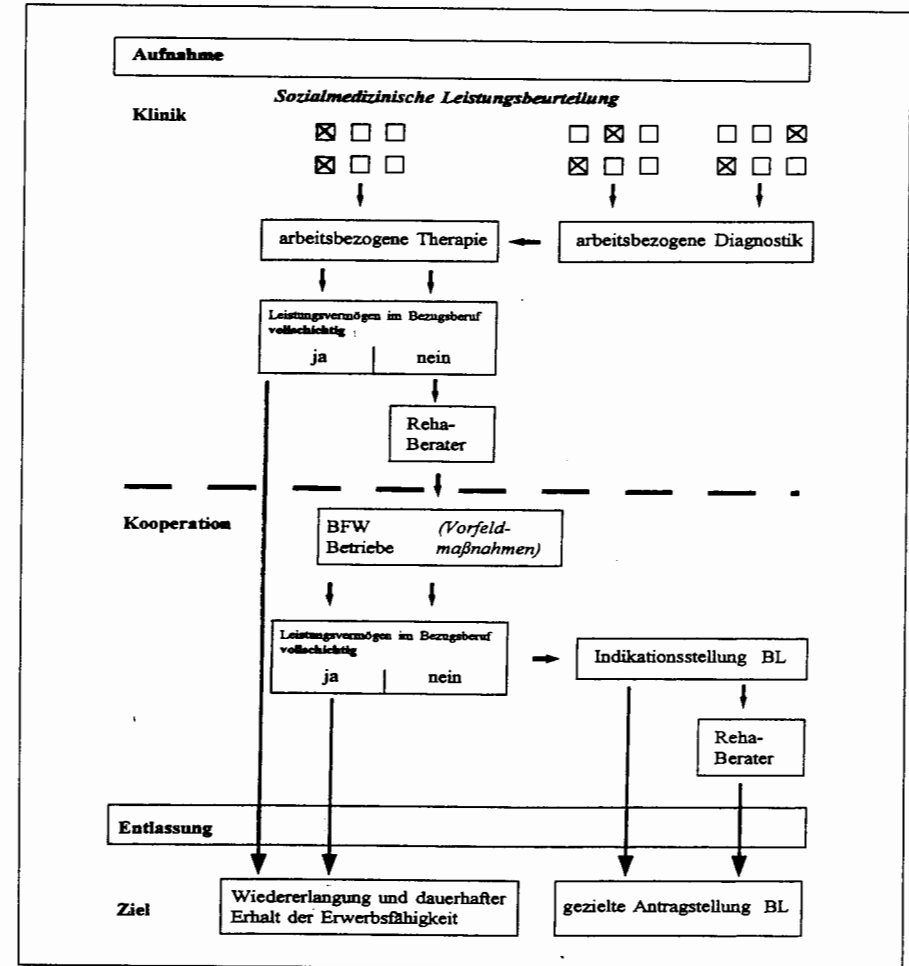
Eine flexible Gestaltung von Rehabilitationsmaßnahmen erfordert eine flexible Qualitätssicherung. Lösungen hierfür lassen sich nur unter Berücksichtigung praktikabler Möglichkeiten der einzelnen Leistungsformen finden. Anfänge hierfür sind u.a. durch den Workshop Qualitätssicherung in der ambulanten Suchtrehabilitation organisiert von der BfA gemacht.

Wichtig ist aus unserer Sicht für Sie die Information, dass die BfA den Kombinationsbehandlungen und damit modularen Therapieangeboten sehr offen gegenübersteht und entsprechende Angebote inhaltlich in Zeitnähe prüft. Momentan nimmt die BfA 10 Kombinationsmodelle in Anspruch. Aktuell befinden sich weitere 8 Konzepte im Prüfungs- bzw. Diskussionsverfahren.

Nach Ergänzungen zu den Ausführungen von Frau Schallenberg möchte ich den Themenkomplex modulare Leistungsgestaltung verlassen und noch zu dem zweiten und wichtigen Thema, nämlich der *arbeitsbezogenen Suchtrehabilitation* kommen. Hier kann ich nahtlos an die Ausführungen vom vorigen Jahr zu den Aufgaben in einer multiprofessionell gestalteten Rehabilitation anknüpfen. Da eine Leistungsgewährung immer die erhebliche Gefährdung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben voraussetzt, ist die Zielstellung der Rehabilitation auch immer deren Wiederherstellung und ihre langfristige Sicherung. Für die Gestaltung von Rehabilitationsprozessen gilt daher folgender schematischer Ablauf.

Die Aufnahmephase bezieht bereits sozialmedizinische Kriterien ein und kommt zu der Einschätzung, ob voraussichtlich ein vollschichtiges Leistungsvermögen erzielt werden kann oder aber qualitative oder quantitative Einschränkungen des Leistungsvermögens erkennbar werden. In jedem Fall wird die Entwöhnung unter Berücksichtigung der arbeitsbezogenen Anforderungen gestaltet. Sollten qualitative oder quantitative Einschränkungen initial erkennbar werden, ist eine arbeitsbezogene Diagnostik vorangeschaltet. Diese bedient sich standardisierter Erhebungsinstrumente bzw. Assessmentverfahren, deren Ergebnisse in die anschließende arbeitsbezogene Therapie einfließen.

Abb. 3: Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

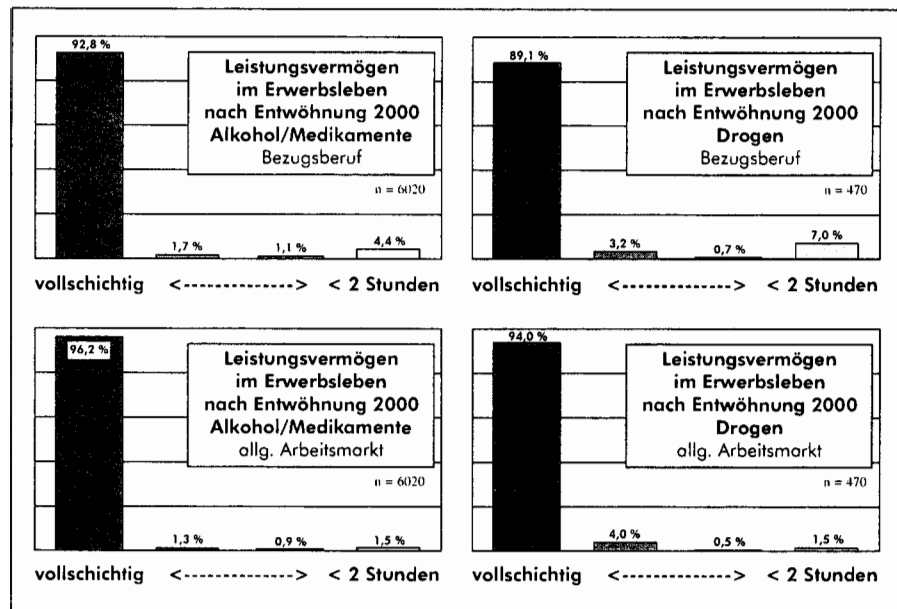


Sollte sich im Verlauf qualitativ und quantitativ ein vollschichtiges Leistungsvermögen herstellen lassen, ist das Rehabilitationsziel zunächst erfüllt. Wenn nicht, wird der Rehabilitationsberater eingeschaltet und in Abstimmung mit diesem das weitere Vorgehen geplant. Dies kann durchaus noch während der Entwöhnungsmaßnahme unter Einbeziehung externer Kooperationspartner erfolgen. So wird es möglich, dass die abschließende sozialmedizinische Beurteilung mit großer Sicherheit erstellt wird und – allerdings nur bei gegebener Indikation – die Antragstellung für berufsfördernde Leistung sehr gezielt erfolgen kann.

Im Folgenden möchte ich Ihnen zunächst anhand von Basisdaten demonstrieren, welche Aufgabenstellungen sich für die Einrichtungen aus diesem Flussdiagramm ergeben und im Anschluss auf die Umsetzung dieser Aufgaben auf Einrichtungsebene eingehen.

Hier zunächst das Leistungsvermögen nach regulär beendeter Suchtrehabilitation aus dem Jahre 2000.

Abb. 4: Leistungsvermögen nach Entwöhnung aus dem Jahre 2000



Bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen werden im Bezugsberuf 93% vollschichtig und 4,5% mit aufgehobenem Leistungsvermögen entlassen, für den allgemeinen Arbeitsmarkt sogar 96% vollschichtig und lediglich 1,5% mit aufgehobenem Leistungsvermögen. Auch im Bereich illegale Drogen liegt bei immerhin 89% im Bezugsberuf ein vollschichtiges Leistungsvermögen und bei 94% auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein vollschichtiges Leistungsvermögen vor.

Ich denke, mit diesen Ergebnissen kann man auch Skeptikern gegenüber offensiv umgehen, denn im Vergleich der Indikationen gibt es keine mit besseren Ergebnissen. Die Zahlen zeigen jedoch auch, dass bezüglich des Leistungsvermögens die im Flussdiagramm dargestellten spezifischen Versorgungsabläufe einen überschaubaren Umfang haben.

Im Folgenden nun der Anteil der arbeitslosen Versicherten, differenziert nach Indikation, Leistungsform und anschließend Ost/West.

Im Indikationsgebiet Alkoholabhängigkeit lag in der stationären Entwöhnung die Arbeitslosigkeit bei 26%, bei der ambulanten Entwöhnung 18%, bei den Drogenabhängigen dagegen bei 50% bzw. 43%.

Wesentlich erscheint mir auch auf das erhebliche Ost-West-Gefälle hinzuweisen. So waren Versicherte aus den alten Bundesländern bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit zu 23% arbeitslos, aus den neuen Bundesländern jedoch zu 41%, bei den Drogenabhängigen entsprechend 49% : 56%.

Abb. 5: Arbeitslos vor Entwöhnung 1999

	stationär n: 3809		ambulant n: 343	
	A	D	A	D
alo	26%	50%	18%	43%

	alte Bundesländer n: 3945		neue Bundesländer n: 453	
	A/M	D	A/M	D
alo	23%	49%	41%	56%

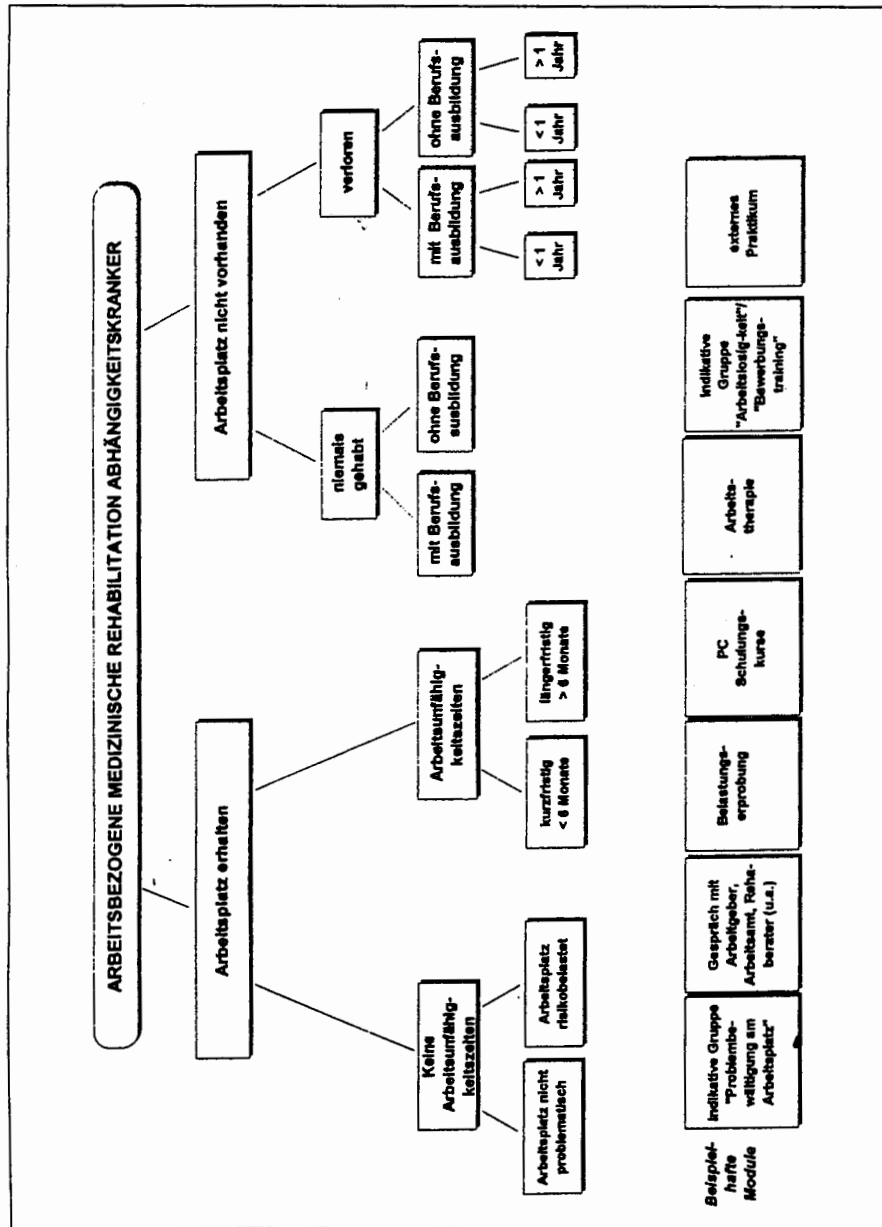
Ich will mit diesen Zahlen ganz deutlich machen, dass sich die in der schematischen Darstellung abgebildete Aufgabenstellung für die Entwöhnungseinrichtungen nicht auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit beschränken kann. Hier sind die Ergebnisse bereits hervorragend. Vielmehr beinhaltet sie auch die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, und die hierfür zur Verfügung stehenden klinikbezogenen und regionalen Möglichkeiten müssen umfassend und nachvollziehbar genutzt werden.

Wie sieht nun aus unserer Sicht die Umsetzung dieser Aufgabenstellung auf Klinikenebene aus, was ist den Feldern arbeitsbezogene Diagnostik, arbeitsbezogene Therapie hinterlegt.

Hierzu folgendes Schema (Abb. 6), das in der oberen Hälfte versucht, Fallgruppen zu definieren, aus denen unterschiedliche Behandlungserfordernisse resultieren. In der unteren Hälfte sind dann beispielhafte zielführende Therapiemodule z.B. in Form indikativer Gruppen benannt, die spezifisch die arbeitsbezogenen Aspekte der Rehabilitation abdecken könnten. Bewusst wurde auf eine Verbindung der beiden Ebenen verzichtet, da eine feste Zuordnung der einzelnen Fallgruppen zu den Therapiemodulen nicht gegeben ist.

Frau Schallenberg und ich wollten Ihnen zwei in unserem Hause aktuelle und vorrangige Themenkomplexe, die modulare Therapiegestaltung und die arbeitsbezogene Therapie, erneut nahe bringen und erläutern. Ich hoffe, dies ist uns als Tandem gelungen.

Abb. 6: Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker



Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen
 Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.
 Band 25 – ISBN 3-87581-218-2
 Neuland, 2002, Geesthacht