

Forum 5

Aktuelles aus der Suchtforschung: Qualitätskriterien im ambulanten und stationären Bereich

„Qualifizierte Schnittstellengestaltung – ambulant/stationär – aus Sicht der BfA“

Christiane Härdel, Helga Schallenberg

Zusammenfassung

In den letzten Jahren hat sich in Deutschland der Trend zur Differenzierung von Behandlungsangeboten für Suchtkranke deutlich fortgesetzt.

Seitens der Kostenträger werden alternierende und kombinierte Behandlungsstrategien akzeptiert und unterstützt.

Viele Rehabilitationseinrichtungen differenzieren ihre Behandlungsangebote.

Einige Träger haben bereits ein integriertes Gesamtkonzept auf wissenschaftlich begründeter Grundlage umgesetzt: Stationäre Einrichtungen sind führende Leistungserbringer im Rahmen einer Kombinationstherapie mit ambulantem und nachfolgendem stationärem, oder aber primär stationärem oder/und teilstationärem Modul und sich anschließenden ambulantem Rehabilitationsbaustein.

In einem gemeinsamen Referat werden Problemlagen, aber auch Möglichkeiten und Lösungsvorschläge für die differenzierte Kombination von stationären, teilstationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen vorgestellt.

Auf die differenzierte Indikationsstellung vor der Rehabilitation und die Möglichkeiten einer adaptiven Indikationsstellung während der Rehabilitationsmaßnahme wird eingegangen.

Hilfestellungen für eine gezielte Antragstellung, sowie für kurze Verwaltungswege bei einem Wechsel der Leistungsform während des Behandlungsprozesses werden dargestellt.

Ohne den Begriff Qualität „inflationär“ benutzen zu wollen, steht trotzdem oder gerade erst recht dem Grunde nach alles Tun und Handeln unter dem Zeichen einer zu gestaltenden Qualität und damit höchstmöglicher Ziel- und Ergebnisorientiertheit. In diesem Bereich gibt es auch keine unterschiedlichen Auffassungen zwischen Leistungsanbietern und Leistungsträgern.

Die Moderatoren dieses Forums haben uns gebeten, unter diesem umfassenden Grundgedanken „Qualität“ die Auffassung der BfA zu den Inhalten und den Indikationsstellungen die einzelnen Behandlungsmodulare der Suchtrehabilitation sowie zur sach- und fachgerechten Lösung der Schnittstellenprobleme darzustellen. Die Entwicklung der Suchtkrankenhilfe in Deutschland überhaupt besonders jedoch in den letzten 25 Jahren ist eine Erfolgsgeschichte, die ihres Gleichen sucht. Auf sich verändernde Lebens-, Sozial- und Finanzsituationen wurden qualifizierte Antworten durch strukturelle, therapeutisch-inhaltliche Veränderungen ebenso gegeben wie eine qualifizierte differenzierte Weiterentwicklung des gesamten Hilfesystems bei Erhalt von Bewährtem, die Situation gekennzeichnet hat. Wissenschaftlichkeit und Qualitätsentwicklung sind in der Suchtkrankenhilfe keine Fremdworte.

In der stationären Suchtkrankenhilfe mussten unter anderem bei sich verkürzenden Grundbehandlungszeiten vergleichbare Rehabilitationsergebnisse mit sich verändernden Therapiestrukturen erzielt werden. Vor 20 Jahren betrug die Grundbehandlungsdauer in der Drogentherapie 18 Monate und in der Alkoholbehandlung mindestens 9 Monate. Unterhalb diesen Zeiten war nichts machbar, nichts möglich, nach Aussage der Kliniken, kein Therapieerfolg zu verzeichnen und die Zeiten wurden vehement verteidigt. Die finanziellen Notwendigkeiten zwangen immer wieder zu neuen Therapiezeitverkürzungen, so dass die Grundbehandlungsdauer im Drogenbereich heute bei 10 Monaten – einschließlich adaptiver Leistungen – und im Alkoholbereich bei 4 Monaten liegt. Viele stationären Variablen, die zwischen 6 Wochen und 4 Monaten Behandlungsdauer betragen, bestimmen die Landschaften.

Die verkürzten stationären Behandlungszeiten geboten eine innere Differenzierung mit Veränderung von Behandlungsschwerpunkten. Als Stichwort sei hier nicht nur die arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation, die verbindliche Einzeltherapie pro Woche und die Indikativgruppen genannt, sondern auch die Einbeziehung anderer Therapieelemente und Strukturen in einen Gesamtrehabilitationsprozess eines Versicherten. Bereits 1989 begannen die gesetzlichen Rentenversicherungsträger mit dem Aufbau einer qualifizierten ambulanten medizinischen Suchtrehabilitation und die ambulanten Maßnahmen in teilstationärer Form ergänzen inzwischen die bestehenden Module unter dem Gesichtspunkt:

Vom Stückwerk zum Netzwerk

Zauberworte – wie Kombinationstherapien, Kooperationsmodelle, modulare Therapie – bekamen Inhalte und Bedeutung.

Verkürzt ist festzustellen, dass wir heute an einem Entwicklungspunkt angekommen sind, der es uns erlaubt in jedem Einzelfall die individuellen Behandlungserfordernisse verantwortungsbewusst hin zu einem bestmöglichen Rehabilitationserfolg kombinieren zu können. Um mit einem berühmten Werbespruch die Situation zu skizzieren kann festgestellt werden, dass eigentlich fast *nichts unmöglich* ist. Diesem Weiterentwicklungserfordernis trägt auch die am 01.07.2001 neu in Kraft getretene Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ u. a. dadurch Rechnung, dass

nach den dort festgelegten Verfahrensregelungen ein mehrmaliger Wechsel der Leistungsformen, der entweder bereits vor Beginn der medizinischen Rehabilitation festliegt oder sich im Verlauf der Rehabilitation ergeben kann, möglich ist. Diese beschriebene Abfolge des Wechsels der Leistungsformen muss auch nicht auf eine Rehabilitationseinrichtung begrenzt werden.

Dieses modulare auf den Einzelfall bezogene Netzwerk erforderte von den Leistungsträgern auch Antworten dahingehend, wie sich die einzelnen rehabilitativen Elemente inhaltlich von einander abgrenzen, aber auch, wie sie sich optimal miteinander verknüpfen lassen.

Qualifizierte Schnittstellengestaltung ambulanter und stationärer Entwöhnungsrehabilitation aus Sicht der BfA

In den letzten Jahren hat sich in Deutschland der Trend zur Differenzierung von Behandlungsangeboten für Suchtkranke deutlich fortgesetzt. Dies ist sowohl Erkenntnissen aus der Therapieforschung als dem Anspruch der Rehabilitanden auf flexible und individuelle Leistungen, sowie Kostenaspekten geschuldet.

Seitens der Kostenträger werden im Rahmen der Weiterentwicklung einer Individualisierung und Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker sowohl die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen als alternierende und kombinierte ambulant/stationäre Behandlungsstrategien akzeptiert und unterstützt. Einige Träger haben bereits ein integriertes Gesamtkonzept auf wissenschaftlich begründeter Grundlage umgesetzt:

Die stationären Einrichtungen sind hierbei führend Leistungserbringer im Rahmen einer Kombinationstherapie, entweder mit ambulantem und nachfolgendem stationärem, oder aber primär stationärem oder/und teilstationärem und sich anschließendem ambulantem Rehabilitationsbaustein.

Differenzierte Indikationsstellung

Der sich mehr und mehr differenzierenden Rehabilitationslandschaft steht seitens der BfA eine fachorientierte ärztliche Einweisungspraxis gegenüber.

Seitens der zuweisenden Ärzte der Rentenversicherung erfolgt die differenzierte Indikationsstellung *vor* der Rehabilitation. Ferner besteht die Möglichkeit einer adaptiven Indikationsstellung *während* einer Rehabilitationsmaßnahme.

Diese erfolgt schrittweise im Rahmen eines komplexen Entscheidungsprozesses:

1. Primär ist zu klären, ob die/der suchtkranke Antragsteller/in einer Entwöhnungsrehabilitation bedürfen, ausreichend in der Lage und bereit sind, aktiv am

Rehabilitationsprogramm teilzunehmen, und ob eine günstige Rehabilitationsprognose hinsichtlich der Wiederherstellung bzw. der erwerbsrelevanten Besserung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben besteht.

2. Im Rahmen einer Gesamt-Rehabilitationsplanung müssen unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen und der zur Verfügung stehenden Rehabilitationsangebote die im Einzelfall erforderliche Rehabilitationsmaßnahme/n und die voraussichtlich erforderliche Regelbehandlungsdauer/n im Sinne einer selektiven Indikationsstellung festgelegt werden. Hier ist eine Vorab-Entscheidung für Kombinations-Therapien möglich.
3. Im Rehabilitationsverlauf können ggf. adaptive Indikationskorrekturen in Richtung Kombinationstherapie vorgenommen, neue Behandlungsphasen (z.B. Adaption) eingeleitet, weiterführende Maßnahmen (z.B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ambulante Nachsorge) vorbereitet werden.

Grafik 1

Differenzierte Indikationsstellung

durch die Ärztinnen und Ärzte der BfA

Basis:

- medizinische Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit
- Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 4.5.2001
- Sozialbericht und ärztliche Unterlagen

A Vor Einleitung der Rehabilitationsmaßnahme:

Rehabilitationsbedürftigkeit ?

- Fähigkeit zur aktiven Teilnahme ?
- Günstige Rehabilitationsprognose ?
- Erstellung eines Gesamt-Rehabilitationsplanes

Fortsetzung Grafik 1

B Während laufender Rehabilitationsmaßnahme:

adaptive Indikationskorrekturen

- Einleitung neuer Behandlungsphasen
- Einleitung weiterführender Maßnahmen

Auswahl der Rehabilitationseinrichtung

Bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung ist zu beachten, dass die ambulante Rehabilitationsstätte und auch das tagesrehabilitative Setting viel näher am sozialen Milieu und psychosozialen Konfliktfeld des Patienten sind als die Klinik.

Insofern sehen sich Beratungsstelle und Tagesrehabilitation mit negativen Verstärkerbedingungen vor Ort konfrontiert, jedoch können hier auch günstigere Verstärkerbedingungen genutzt werden. Aktuelle Ereignisse können verarbeitet, die Realität gezielt einbezogen werden. Neues Verhalten kann im realen Lebensraum getestet und erprobt werden.

Die Suchtklinik schaltet ungünstige externe Verstärkerbedingungen für das Sucht- bzw. Abstinenzverhalten partiell aus und bietet einen Schutzraum. Auch erfolgt Entlastung von den Alltagspflichten.

In der stationären Einrichtung, bedingt auch in der Tagesrehabilitation, ist der Tagesablauf hoch strukturiert, während in der ambulanten Rehabilitation die strukturgebenden Faktoren eher außerhalb der Therapie zu finden sind (Berufsleben, Alltagsvollzug). So besteht im voll- und tagesstationären Setting die Möglichkeit eines Neu-

Grafik 2

Die Behandlungsstättenauswahl ist geleitet von der Ausprägung folgender Behandlungsstätten-Merkmale :

- Umfeldorganisation
- Therapieorganisation
- Therapeutisches Milieu

Lernens im geschützten Raum, von sozialem Lernen, mehr Kommunikationserfahrung und Anpassungsleistung. Ein breiteres Behandlungsspektrum und ein interdisziplinäres Team erlauben ein spezialisiertes therapeutisches und medizinisches Vorgehen. Dagegen ist ambulant der Zeitfaktor besser nutzbar. Das Rückfallrisiko ist in stationären Einrichtungen deutlich geringer als in der ambulanten Rehabilitation.

Dauer der Rehabilitationsmaßnahme

Die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme wird auf der Basis der ärztlichen Leitlinien zur Prüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit und der Vereinbarung Abhängigkeits-

Grafik 3

Dauer der Rehabilitationsmaßnahme :

- **Kurzzeittherapie von 8 (12) Wochen**
wenn ambulante und tagesrehabilitative Maßnahmen allein nicht ausreichend sind, jedoch vor Antritt der stationären Rehabilitation eine weitgehend stabile Therapiemotivation durch ambulante Vorbetreuung gewährleistet und weitgehend stabiles Umfeld vorhanden ist.
- **Langzeittherapie von 10 bis 16 Wochen Dauer**
bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit,
bis zu 26 Wochen bei Drogenabhängigkeit
- **Ambulante Rehabilitation bis zu 18 Monaten**
- **Wiederholungsbehandlungen 10 (16) Wochen**
bei Rückfall nach länger zurückliegender Maßnahme bzw. erheblicher Rückfälligkeit mit weitreichenden Konsequenzen
- **Auffangbehandlung 6 (10) Wochen**
wenn der Rückfall rasch nach der letzten Maßnahme erfolgt und keine wesentlichen weiteren Belastungsmerkmale vorliegen, und wenn die Rückfälligkeit ambulant nicht aufzufangen ist.

erkrankungen vorab festgelegt. Wesentlich hierbei sind die Art der stoffgebundenen Abhängigkeit und die Frage, ob bereits früher eine Entwöhnungsrehabilitation stattgefunden hat.

Verfahrensregelungen

Die inhaltliche Darstellung der Indikationskriterien für die einzelnen Rehabilitationsbausteine bzw. -Phasen zeigt auf, dass Schnittstellen zwischen den einzelnen Therapiemaßnahmen nicht nur inhaltlich zu gestalten und zu bewältigen sind, sondern dass auch einerseits praktikable, andererseits den gegebenen Rechtsvorschriften Genüge tuende Verfahrensregelungen entwickelt werden mussten und weiterhin werden.

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

1. Bei einem *anerkannten* Kombinationskonzept mit einem beginnenden stationären Therapieblock und einer sich anschließenden ambulanten Rehabilitation können, wenn der entsprechende Hinweis bei der Antragstellung auf die Behandlungen in diesem Kombinationsmodell erfolgt, von Anbeginn zwei Bescheide für jede der beiden 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.
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. Dies ist erforderlich, da in den einzelnen Leistungsarten unterschiedliche Rechte bzw. Pflichten, sowohl für den Versicherten als auch für den Leistungsträger, bestehen: z. B. Prüfung des Zuzahlungserfordernisses, Prüfung eines eventuellen Übergangsgeldanspruches.
 - Für die medizinische Prüfung ist ein Zwischenbericht aus der Ersttherapie – Eilverfahren über die Beratungsstelle des Dezernats 8031 der BfA – 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 betreuungsintensiveren 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.

- Dieses Verfahren ist erprobt und es hat sich Dank der modernen Kommunikationstechniken bewährt. Entscheidungen innerhalb von 24 Stunden mit telefonischer Vorabmitteilung sind keine Ausnahme.
3. Nach dem Wechsel der Leistungsart hat die abgebende Einrichtung einen kurzen, aussagefähigen Entlassungsbericht und im Klartext mit dem Hinweis auf den Zwischenbericht zu erstellen.

Welcher Patient gehört hierbei nach unserer Auffassung zu welchem Zeitpunkt seiner persönlichen Situation in welche Behandlung ?

Bei der Prüfung eines Antrages auf Entwöhnungsrehabilitation gelten hinsichtlich der selektiven Indikationsstellung und der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung vorrangig die folgenden Kriterien:

- Suchtverlauf
- frühere Entwöhnungsbehandlungen
- Bewältigungskompetenzen
- Abstinenzmotivation und Abstinenzfähigkeit
- Soziale Stabilität

Die Auswahl einer ambulanten Rehabilitationsleistung im Rahmen einer psychosozialen Beratungsstelle kommt in Betracht, wenn erst seit kurzer Zeit ein Abhängigkeitssyndrom besteht, keine weiteren schweren psychischen Störungen vorliegen, körperliche Gesundheit oder allenfalls geringe Schäden vorliegen, eine Integration am Wohnort möglich ist.

Grafik 4: Suchtverlauf

Indikationskriterium	Ambulant berufs- und alltagsbegleitend	Ambulant tagesrehabilitativ	Stationär
Dauer und Ausmaß der Abhängigkeits-erkrankung	Kurze Dauer der Abhängigkeits-erkrankung	Kürzere Dauer der Abhängigkeits-erkrankung	Chronifizierung ist eingetreten
Folge- und Begleiterkrankungen	Keine schweren psychischen Erkrankungen, körperlich relativ gesund oder nur gering geschädigt	Psychisch und physisch ausreichend stabil, ausreichend mobil und belastbar	Schlechter gesundheitlicher Allgemeinzustand, ausgeprägte Persönlichkeitsstörung, Psychose

Die Frustrationstoleranz muss so stark ausgeprägt sein, dass eine längere und zeitlich weniger dichte strukturierte Mitarbeit durchgehalten werden kann, die Introspektionsfähigkeit für die Motivierung zu Verhaltensänderungen genutzt werden kann, und kommunikative Fähigkeiten nur gering beeinträchtigt sind. Familie, Beruf, Wohnung und Sozialkontakte sollen stützenden Charakter haben. Bezüglich der Abstinenzmotivation bzw. Abstinenzfähigkeit sollten längere Abstinenzperioden bekannt und Distanzierung vom Suchtmilieu möglich sein. Es sollte ein höheres Ausmaß an internaler Kontrolle bestehen, der Rehabilitand sich selbst für die eigene Gesundheit bzw. Erkrankung verantwortlich fühlen.

Das tagesrehabilitative Setting ist zu prüfen, wenn erst ein kürzerer Suchtverlauf vorliegt, und trotz Folge- oder Begleiterkrankungen ausreichende psychische Stabilität sowie Mobilität und körperliche Belastbarkeit bestehen. Frühere stationäre Rehabilitationserfahrung ist vorteilhaft. Die Introspektionsfähigkeit ist so ausgeprägt, dass sie für die Motivierung und für Verhaltensänderungen genutzt werden kann. Kommunikationskompetenz und die Fähigkeit zur eigenständigen Freizeitgestaltung weisen noch Defizite auf.

Der stationäre Rehabilitationsmodus ist vorrangig bei denjenigen Rehabilitanden erforderlich, die ein chronifiziertes Abhängigkeitssyndrom aufweisen, sich in schlechtem körperlichen und Allgemeinzustand befinden, und/oder an einer ausgeprägten Persönlichkeitsstörung oder Psychose leiden. Ambulante und teilstationäre Maßnahmen wurden ggfs. abgebrochen, bereits mehrere Rückfälle sind zu verzeichnen. Frustrationstoleranz und Introspektionsfähigkeit sind gering ausgeprägt, Freizeitstrukturierung und Kommunikationskompetenz weisen große Defizite auf. Es besteht ein pathologisches Beziehungsgeflecht, das Separation notwendig macht, Arbeitslosigkeit oder erhebliche Arbeitsplatzprobleme liegen vor, die Wohnsituation ist erheblich belastend (z.B. im Suchtmilieu, ebenfalls abhängiger Partner), ebenso die Sozialkontakte (Suchtmilieu, anhaltende Konfliktsituation).

Fazit

Die differenzierte Indikationsstellung ermöglicht die individuelle Auswahl des Rehabilitationssettings (ambulant – tagesrehabilitativ – stationär).

Es bestehen adaptive Variationsmöglichkeiten hinsichtlich Setting, Dauer und Maßnahmeart (z.B. Adaption) während des Rehabilitationsprozesses.

Hierbei stellt die modulare Therapie 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.

Für Anregungen zur noch besseren Schnittstellengestaltung sind wir offen.

Qualität ist, wenn... – Qualitätsentwicklung in der Suchtbehandlung

Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.

Band 26 – ISBN 3-87581-229-8