

Integrierte stationär-ambulante Rehabilitation – ein Modellprojekt in der Pfalz

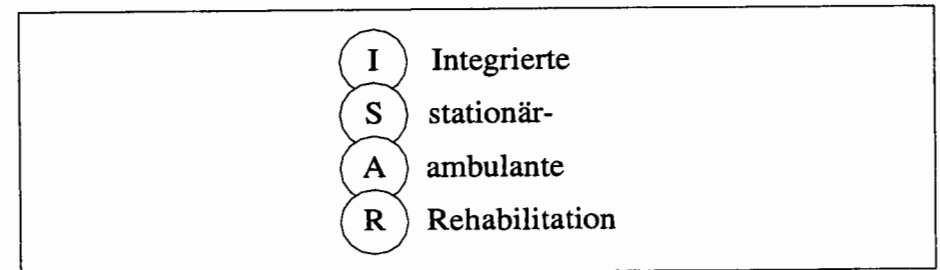
Werner Knauf, Georg Eichenlaub

Gliederung

1. Zielsetzungen des Projekts
2. Neue Ausrichtung und Gewichtung der Entwöhnungsbehandlung
3. Strukturelle und organisatorische Konsequenzen
4. Behandlungsprogramm
5. Perspektiven und erste Erfahrungen

1. Zielsetzungen des Projekts

Abbildung 1: Logo des Modellprojekts



ISAR buchstabieren wir so: Integrierte stationär-ambulante Rehabilitation.

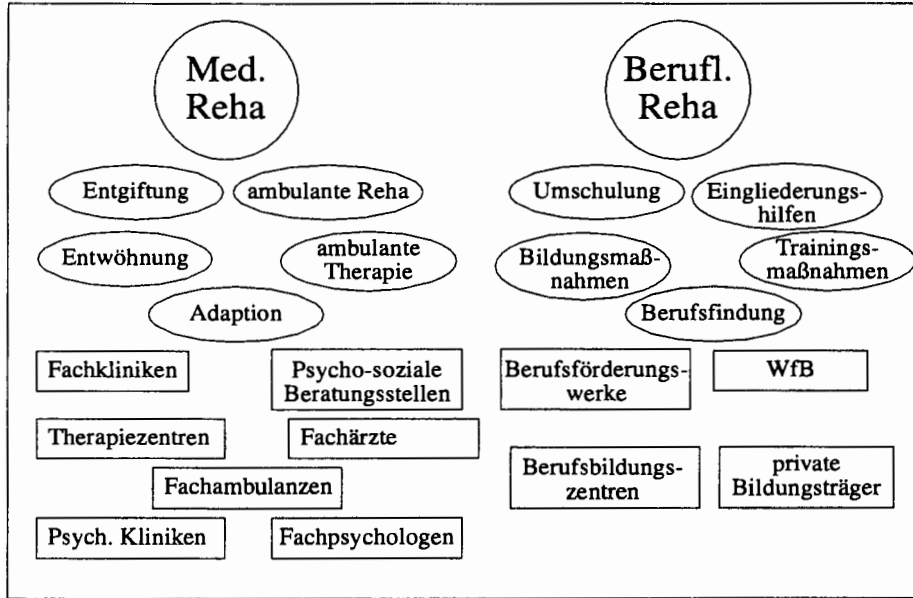
Unsere ISAR entspringt nicht in Tirol, fließt nicht durch München und mündet nicht in die Donau. Unsere ISAR fließt in der Pfalz, von den Bezirken Kaiserslautern, Ludwigshafen, Pirmasens und Landau nach Eußerthal und von dort wieder zurück in die Quellgebiete. Fluß mit Rückfluß, ungewöhnlich für Flüsse, ungewöhnlich auch in der Rehabilitation. Ziel des Modells ISAR ist es, die Abläufe der Rehabilitation zu verändern und verschiedene Elemente der Rehabilitation zusammenfließen zu lassen.

Die Überlegungen zum Modellprojekt sind älter als das Gesetz für Wachstum und Beschäftigungsförderung. Mit der Integrierten Stationär-Ambulanten Rehabilitation werden folgende Ziele angestrebt:

1. Sicherung der Behandlungsqualität bei verkürzter stationärer Verweildauer.
2. Nutzung der Vorteile einer gemeindenahen bzw. regional ausgerichteten Therapieführung.

3. Lösung des Problems der Therapiesteuerung.
4. Bessere Nutzung regionaler Behandlungsangebote.
5. Optimierung der Wirtschaftlichkeit.

Abbildung 2: Das gegliederte System der Rehabilitation



Die aktuelle Situation in der Rehabilitation ist durch Aufteilung und Fragmentierung geprägt. Die einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen werden von unterschiedlichen Institutionen in unterschiedlicher Trägerschaft durchgeführt: Die Entwöhnung durch die Fachkliniken, die ambulante Rehabilitation durch Beratungsstellen und Klinikambulanzen, ambulante Therapie zu Lasten der Krankenversicherung auch durch Ärzte und Psychologen, die berufliche Rehabilitation durch Berufsförderungswerke und eine unübersehbare Zahl von kleinen Bildungsträgern. Finanziert wird die berufliche Rehabilitation von Rentenversicherung, Arbeitsverwaltung und den Berufsgenossenschaften.

In den letzten Jahren wurden die Forderungen nach einer integrierten Rehabilitation lauter. In letzter Zeit wurde auch verschiedentlich versucht, die Elemente der Rehabilitation stärker zu verbinden. Im gegliederten System der Sozialversicherung und im zergliederten System der Suchtkrankenhilfe ein schwieriges Unterfangen. Der Preis für die Fragmentierung ist die Schnittstellenproblematik mit mangelndem Transfer von einem Setting zum anderen, von einer Maßnahme zur anderen, mit unkoordinierten Doppelbetreuungen, mit den entsprechenden Motivationsverlusten bei den Betroffenen.

Tabelle 1: Bereiche der integrierten Rehabilitation

Rehabilitation Abhängiger	stationär ←	→ ambulanz
medizinisch	↑ ↓	
beruflich		

An der Schnittstellenproblematik setzt ISAR an. Das Modell versucht, die Zergliederung punktuell zu überwinden oder zu verringern, die verschiedenen Bereiche, stationär-ambulant und medizinische Rehabilitation-berufliche Rehabilitation besser zu verzahnen. Das Modellprojekt erprobt Rehabilitation für Abhängigkeitskranke „unter einem Dach“ und gestaltet deshalb die Übergänge neu.

2. Neue Ausrichtung und Gewichtung der Entwöhnungsbehandlung

Tabelle 1a: Somatische und psychosoziale Therapie – stationär

Rehabilitation Abhängiger	stationär ←	→ ambulanz
medizinisch	↑ ↓	
beruflich		

- Diagnostik
- somatische Behandlung
- psycho-soziale Therapie
- Warming up
- Problemtisierung
- Lösungssuche (Erprobung)
- Krisen-Intervention

Der stationäre Teil der Entwöhnungsbehandlung weist zwar die gleichen Bestandteile auf wie in konventionellen Organisationsformen, die Entwöhnungsbehandlung bekommt aber eine neue Ausrichtung und Gewichtung.

- Zentrale Elemente der stationären Entwöhnung sind wie bisher auch
- Diagnostik, charakterisiert durch die Stichworte mehrdimensional, multifaktorielle Ätiologie, orientiert an der individuellen Ressourcenlage, an individueller heuristischer Planung
 - somatische Behandlung
 - psycho-soziale Therapie
 - Krisenintervention

Der therapeutische Prozeß umfaßt im stationären Teil die Initialphase/das Warming up, die Phase der Problematisierung und die Phase der Suche nach Lösungen. Die Phase der Erprobung dagegen wird zum Herzstück der ambulanten Therapie. Wir haben sie in der Abbildung trotzdem auch im stationären Behandlungsabschnitt aufgeführt, da auch dort schon solche Prozesse ablaufen. Sie treten aber gegenüber den anderen Prozessen in den Hintergrund.

Tabelle 1 b: Somatische und psychosoziale Therapie – ambulant

Rehabilitation Abhängiger	stationär ←	→ ambulant
medizinisch	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik • somatische Behandlung • psycho-soziale Therapie Warming up Problematisierung Lösungssuche (Erprobung) • Krisen-Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlaufsdagnostik • Weiterbehandlung durch Bezugsarzt • psycho-soziale Therapie durch Bezugstherapeuten (Problematisierung) (Lösungssuche) Erprobung • Krisen-Intervention
beruflich		

Die ambulante Phase ist geprägt von der Erprobung. In dieser Phase geht es hauptsächlich darum, neue Erkenntnisse und veränderte Aussichten aus der Therapie im Alltag zu verwirklichen. Dies geschieht im Modellprojekt mit Unterstützung der vertrauten Therapeuten – der Bezugstherapeut behandelt ja weiter – und der vertrauten Mitpatienten. Natürlich läßt sich der therapeutische Prozeß auch in diesem Abschnitt nicht auf Erprobung reduzieren. Patienten und Therapeuten treten auch in der ambulanten Phase immer wieder in Prozesse der Problematisierung und in Prozesse der Lösungssuche ein.

Die Diagnostik setzt sich in der Verlaufsdagnostik fort. Der Bezugsarzt steht für somatische Diagnostik, ärztliche Beratungen und auch für Weiterbehandlungen zur Verfügung. Treten krisenhafte Entwicklungen ein, können Patienten und ihre Angehörigen die Therapeuten täglich über die 12 Stunden-Hotline von 8 bis 20 Uhr erreichen.

Tabelle 1 c: Soziotherapeutische Maßnahmen zur Vorbereitung der Beruflichen Integration

Rehabilitation Abhängiger	stationär ←	→ ambulant
medizinisch	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik • somatische Behandlung • psycho-soziale Therapie Warming up Problematisierung Lösungssuche (Erprobung) • Krisen-Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlaufs-Diagnostik • Weiterbehandlung durch Bezugsarzt • psycho-soziale Therapie (Problematisierung) (Lösungssuche) Erprobung • Krisen-Intervention
beruflich	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitstherapie - Förd. v. Schlüsselqual. - Klin. Belastungserprob. • Arbeits- u. Berufsberatung • Berufsweg-Planung (BOSS) 	

Die berufliche Integration wird in der stationären Phase durch 3 therapeutische Maßnahmen vorbereitet:

1. Die **Arbeitstherapie** mit der Förderung von Schlüsselqualifikationen und der klinischen Belastungserprobung.
2. Die **individuelle Arbeits- und Berufsberatung** wird allen Arbeitslosen und den Patienten angeboten, die sich beruflich neu orientieren wollen oder müssen. Sie wird von Reha-Beratern der Arbeitsverwaltung, der Rentenversicherung und den Bezugstherapeuten alle 4 Wochen durchgeführt.
3. Die **Berufswegplanung** im „Beruflichen Orientierungsseminar für Suchtkranke“ (BOSS) wird geleistet in Form einer indikativen Gruppe und in Einzelberatungen. Mit der Berufswegplanung wird eine Analyse der beruflichen Situation geleistet, werden Bewerbungsstrategien geplant und Unterlagen für Bewerbungen erarbeitet. Weiterhin bewerben sich die Teilnehmer um Arbeitsplätze bzw. Praktikumsplätze.

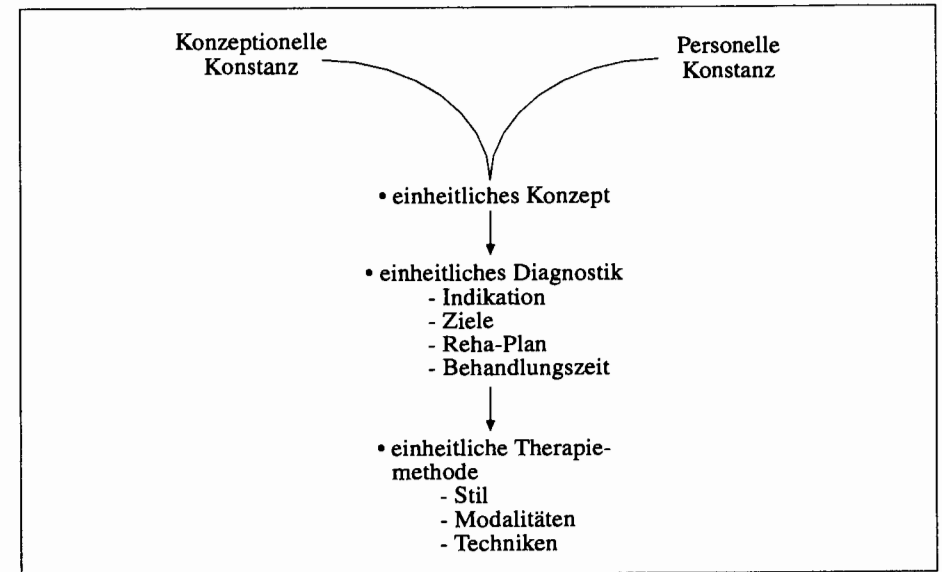
Tabelle 1 d: Ambulante Unterstützung der beruflichen Integration

Rehabilitation Abhängiger	stationär ←	→ ambulanz
medizinisch	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik • somatische Behandlung • psycho-soziale Therapie Warming up Problematisierung Lösungssuche (Erprobung) • Krisen-Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlaufs-Diagnostik • Weiterbehandlung durch Bezugsarzt • psycho-soziale Therapie (Problematisierung) (Lösungssuche) Erprobung • Krisen-Intervention
beruflich	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitstherapie - Förd. v. Schlüsselqual. - Klin. Belastungserprob. • Arbeits- u. Berufsberatung • Berufsweg-Planung (BOSS) 	<ul style="list-style-type: none"> • (Wieder-)Aufnahme der Arbeit • Teilnahme an berufs-fördernden Maßnahmen • Betriebliche Belastungserprob. (BOSS)

In der ambulanten Phase können die Patienten dann im günstigsten Fall mit der Arbeit beginnen. Andere haben die Zusage für eine berufliche Bildungsmaßnahme, nehmen an ihr bereits teil oder überbrücken die Wartezeit bis zum Beginn durch freiwillige Betriebspraktika. Alle Patienten ohne Arbeitsplatz und ohne Aussicht auf berufliche Bildungsmaßnahmen absolvieren Betriebspraktika, für die sie sich schon in der Klinik beworben haben und deren Vermittlung von uns unterstützt wurde. Diese Praktika werden poststationär betreut in Form von Besuchen am Arbeitsplatz und der Weiterführung der indikativen Gruppe für Arbeitslose.

Die betriebliche Belastungserprobung hat verschiedene Funktionen: Die Patienten verbessern ihre Chancen für eine berufliche Integration, das Selbstvertrauen wächst ebenso wie das Zutrauen in die eigene Leistungsfähigkeit und last but not least strukturieren die Patienten sinnvoll ihre Zeit nach der Entlassung.

Tabelle 2: Kontinuität im Rehabilitationsprozeß



Diese Verzahnung der verschiedenen Bereiche und Maßnahmen wird erst möglich durch die konzeptionelle und personelle Kontinuität. Die konzeptionelle und personelle Konstanz ist die Grundlage einer einheitlichen Durchführung der integrierten Rehabilitation: Konzept, Diagnostik und Behandlungsmethode greifen stimmig ineinander, der Transfer vom Lernfeld Klinik zum Alltag wird verbessert. Die Teile der Rehabilitation erhalten so eine neue Wertigkeit und Ausrichtung. ISAR erschließt nicht nur den Alltag als Übungsfeld in einem einheitlichen Prozess, sondern richtet auch die stationären Maßnahmen stärker auf den Alltag und den Lebenskontext der Patienten aus.

3. Strukturelle und organisatorische Konsequenzen

Die Realisierung des Modells hat erhebliche strukturelle und organisatorische Konsequenzen.

Um die Konzept- und Beziehungskonstanz verwirklichen zu können, haben wir 4 von insgesamt 11 Gruppen der Fachklinik auf die 4 Arbeitsamtsbezirke der Pfalz: Kaiserslautern, Ludwigshafen, Landau und Pirmasens ausgerichtet. Das heißt, diese 4 Therapiegruppen nehmen schwerpunktmäßig Patienten aus diesen Bezirken auf.

Abbildung 3: Sektorisierung der Fachklinik

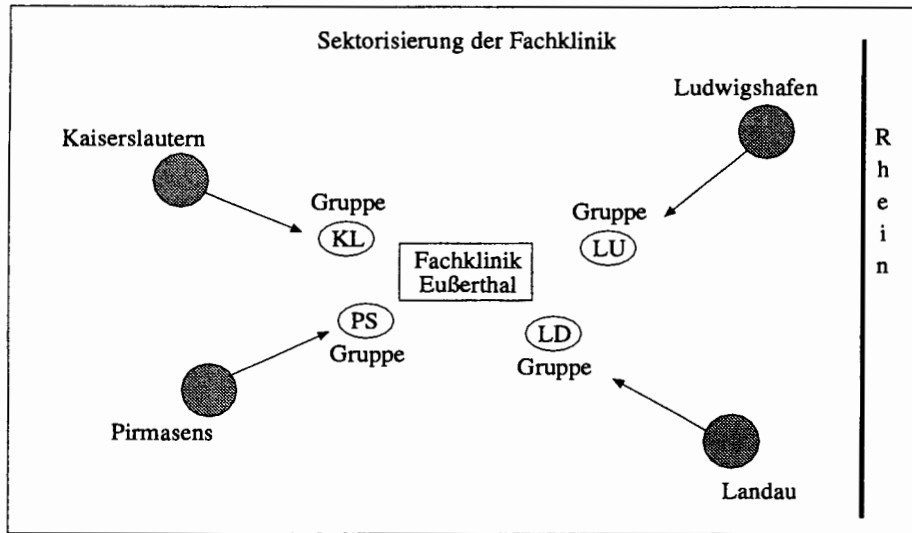
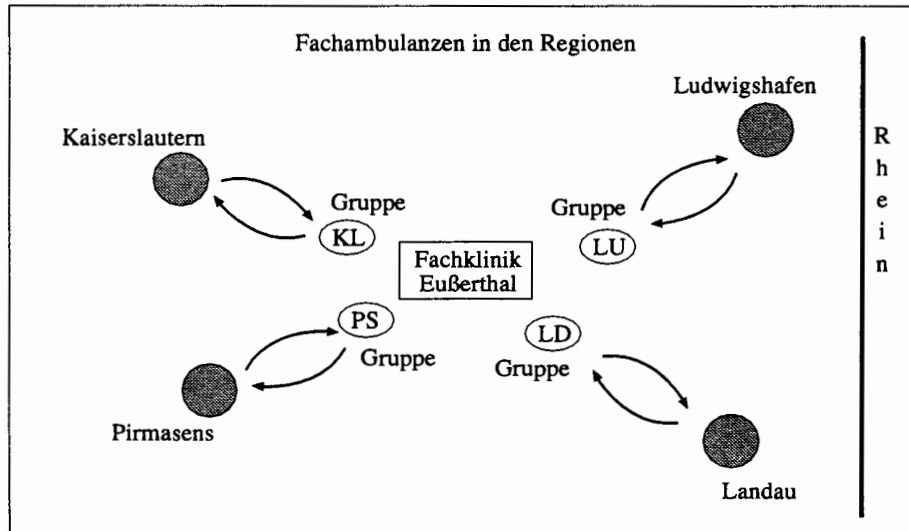


Abbildung 4: Fachambulanzen in den Regionen



Entsprechend dieser Sektorisierung haben wir in den genannten Städten Fachambulanzen eingerichtet. Dort treffen die Patienten ihre Bezugstherapeuten aus der Fachklinik regelmäßig im jeweiligen Zentrum der Herkunftsregion. Die periodisch wohnortnahe Präsenz wird ergänzt durch die 12-Stunden-Hotline. Dadurch ist bei akuten Schwierigkeiten ein Therapeut des Behandlungsteams täglich von morgens 8 bis abends 20 Uhr für Patienten und Angehörige telefonisch erreichbar.

4. Behandlungsprogramm

Tabelle 3: Psychotherapeutische Maßnahmen

Psycho - Therapie	
stationär Ø 12 Wochen	ambulant 26 Wochen
<ul style="list-style-type: none"> • Gruppentherapie • Einzel-, Paar- u. Familientherapie • psycho-educative Gruppen • Intensivprogramm • indikative Gruppen • Angehörigen-Arbeit • Besinnungs-Tage • Krisen-Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Fachambulanz 14-tägig <ul style="list-style-type: none"> - Gruppentherapie - Einzeltherapie - Familientherapie • Intensivprogramm 4-wöchig <ul style="list-style-type: none"> - 3 Gruppentherapien - Einzel- und Paartherapien - Familientherapien • Krisenintervention <ul style="list-style-type: none"> - 12 Stunden-Hotline - erhöhte Therapiefrequenz

Ein kurzer Blick auf das Behandlungsprogramm im einzelnen: Die Dauer der stationären Phase beträgt im Durchschnitt 12 Wochen, sie kann in Ausnahmefällen aber auch auf 6 Wochen verkürzt bzw. auf 16 Wochen verlängert werden. Die psychosoziale Therapie besteht ganz konventionell aus Gruppen- und Einzeltherapien, Familientherapien, psychoeducativen Gruppen, Intensivprogramm, indikativen Gruppen und Besinnungstagen.

Die ambulante Phase dauert 26 Wochen, dabei wird die psycho-soziale Therapie in folgender Weise fortgesetzt:

Zweimal in 4 Wochen führen wir Einzelgespräche und Gruppengespräche in der Fachambulanz vor Ort durch. Zusätzlich veranstalten wir einmal in 4 Wochen ein Intensivprogramm in der Fachklinik, jeweils von Freitag bis Samstag. An diesem Wochenende finden gewöhnlich 3 Gruppentermine, mindestens 1 Einzel- bzw. Paargespräch sowie gemeinsame Freizeitaktivitäten statt. Zum Intensivprogramm werden auch die Angehörigen eingeladen, um die in der stationären Phase begonnene Angehörigenarbeit fortzusetzen.

Sie sehen, daß in Puncto Motivation und Engagement auch auf Seiten der Patienten einiges verlangt wird und wir sind sehr gespannt, auf welche Akzeptanz das

Programm insgesamt als auch die einzelnen Maßnahmen stoßen. Die ersten Erfahrungen sind, so kann schon an dieser Stelle verraten werden, recht positiv.

Zum Stichwort Krisenintervention ist zu ergänzen:

Außer der bereits erwähnten Hotline, die wir als niedrigschwelliges Angebot verstehen, haben wir uns vorgenommen, auf Krisen in der Weise zu reagieren, daß wir abweichend vom Behandlungsplan zusätzliche Einzel- und Angehörigengespräche anbieten. Reichen diese Maßnahmen nicht aus, werden wir kurzfristig einen erneuten stationären Aufenthalt in der Fachklinik einleiten.

Tabelle 4: Soziotherapeutische Maßnahmen zur beruflichen Integration

Sozio - Therapie zur beruflichen Integration	
stationär Ø 12 Wochen	ambulant 26 Wochen
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitstherapie <ul style="list-style-type: none"> – Förderung v. Schlüsselqualifikation – Klin. Belastungserprobung • Arbeits- und Berufsberatung • Berufsweg-Planung (BOSS) <ul style="list-style-type: none"> – Analyse – Eingliederungs.-Strat. – Bewerbertraining 	<ul style="list-style-type: none"> • (Wieder-)Aufnahme der Arbeit • Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen • Betriebliche Belastungs-Erprobung <ul style="list-style-type: none"> – Betreuung der Praktikumsbetriebe – Gruppe „Arbeitslosigkeit und Integration“

Das soziotherapeutische Programm zur beruflichen Integration sieht folgendermaßen aus:

Wie bereits dargestellt, nehmen die Patienten zur Förderung der beruflichen Schlüsselqualifikationen bzw. zur Erprobung der Belastbarkeit an der Arbeitstherapie in der Klinik sowie an der Arbeits- und Berufsberatung teil, in den letzten 4 Wochen des stationären Aufenthalts an der indikativen Gruppe für Arbeitslose und an der Berufswegplanung. Alle diese Maßnahmen gehören zum Baustein „Berufliches Orientierungsseminar für Suchtkranke“ (BOSS). In diesem Rahmen wird noch einmal die individuelle berufliche Situation problematisiert. Der Patient informiert sich über seine Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Gemeinsam wird eine Strategie zur Bewältigung der Arbeitslosigkeit erarbeitet mit den Alternativen

1. berufliche Bildung,
2. berufliche Anpassung und Eingliederung,
3. Betriebspraktikum als ein erster Integrationsschritt,
4. Berentung,
5. Sondermaßnahmen für ältere Arbeitnehmer.

Die Strategie mündet in konkrete Schritte der Realisierung, seien es nun Bewerbungen für Arbeitsplätze oder Praktikas oder die Erledigung von Antragsformalitäten.

In der ambulanten Phase wird der Patient bei der Realisierung der erarbeiteten Strategien weiter unterstützt. Absolviert der Patient beispielsweise das vorbereitete Praktikum, so wird er durch einen Mitarbeiter der Fachklinik im Rahmen der indikativen Gruppe für Arbeitslose, die einmal in 4 Wochen in der Fachambulanz stattfindet und in Form von Betriebsbesuchen betreut.

Bleibt darauf hinzuweisen, daß die Soziotherapie mehr umfaßt als die Unterstützung der beruflichen Integration. So steht beispielsweise die Sozialberatung der Klinik den Patienten auch in der ambulanten Phase weiter zur Verfügung.

5. Perspektiven und erste Erfahrungen

Das Modellprojekt wird von der LVA Rheinland-Pfalz und der BfA Berlin getragen und ist auf 5 Jahre angelegt. Es wird dokumentiert und evaluiert werden. Wir sind neugierig, welche Maßnahmen sich in der Praxis bewähren, auf welchen Gebieten wir noch Modifikationen vornehmen müssen. Entscheidend wird sein, wie hoch die Quote der Patienten ist, die nach dem stationären Programm auch am ambulanten Programm teilnehmen.

Es wird auch spannend sein zu sehen, ob wir für das Klientel insgesamt oder für Untergruppen von Patienten bessere Behandlungsergebnisse mit diesem Behandlungsansatz erreichen können.

In der traditionellen Organisation der Rehabilitation erreichten wir poststationär für den Anschluß an die Selbsthilfegruppe (Kriterium: einmal im Monat) 40 % Inanspruchnahme und für die Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle (das gleiche Kriterium) rund 10 % Inanspruchnahme. Ergebnisse, die angesichts der vielfältigen Belastungen des Klientels, nicht befriedigen können. Dies wollen wir mit dem Modellprojekt verbessern.

Erste Erfahrungen mit dem Modellprojekt

Über Erfahrungen bezüglich der therapeutischen Prozesse läßt sich zu diesem frühen Zeitpunkt – 16 Patienten in der Ambulanz, noch keiner von ihnen hat die ambulante Phase regulär beendet – soviel sagen.

Tabelle 5

- Die Akzeptanz bei den Patienten ist hoch.
- Abbrüche in der ambulanten Phase sind gering.
- Rückfälle in der ambulanten Phase sind gering.
- Die Problembearbeitung ist konkreter und offener.
- Der Report über positive Veränderungen ist häufiger und differenzierter (selbstwert-stärkend).

Literatur

- Bajog, R., Olbricht, H.M., 1991, Der trockene Suchtkranke in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, in: Knörzer, J. (Hrsg.), Neue Wege der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, Ronsdorfer Reha-Tage, Eigenverlag Klinik Bergisch-Land, Wuppertal-Ronsdorf.
- Ehrhardt, M., Bischoff, C., Limbacher, K., Husen, E., Jäger, S. 1996, Ambulante prä- und poststationäre Maßnahmen – ein Beitrag zur Flexibilisierung der stationären psychosomatischen Versorgung, in: Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 9 (35), Verlag Modernes Leben, Dortmund, 204–215.
- Feuerlein, W., 1987, Therapie des Alkoholismus, in: Kisker, K.P., u. a. (Hrsg.), 1987, Psychiatrie der Gegenwart, Berlin, Heidelberg, New York, Tokio, Springer-Verlag.
- Feuerlein, W., u. a., 1991, Alkoholismus – eine Information für Ärzte, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Hamm.
- Gemeinsame Aussagen der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Umsetzung der Spargesetze 1996 im Bereich der Rehabilitation Suchtkranker.
- Grigoleit, H., Wenig, M., Hüllinghorst, R. 1994, Handbuch Sucht, Asgard-Verlag, St. Augustin.
- Hollstein, H., 1993, Therapiekonzept Fachklinik Eußerthal, Eigenverlag Eußerthal.
- Knauf, W. 1992, Individuelle Therapieplanung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, in: Sucht, 38 (5), Neuland, Hamm, 336–344.
- Knauf, W. 1996, Berufsfördernde Leistungen in der Rehabilitation Substanzabhängiger, in: Sucht, 42 (3), Neuland, Hamm, 188–195.
- Knauf, W., Murk, B., Knauber, A. 1996, Berufsförderung bei Alkoholabhängigen, Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen, Mainz.
- Längle, G., Mann, K., Mundle, G., Schied, H.W., 1993, Ten years after – the post-treatment course of alcoholism in: European Psychiatry (8), Elsevier, Paris, 95–100.
- Mundle, G., Mann, K. 1996, Ein Modell zur Integration stationärer und ambulanter Therapie von Alkoholabhängigen, in: psycho (22), spitta-Verlag Balingen, 444–451.
- Petzold, H. 1993, Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Junfermann, Paderborn.
- Wüst, G., Pfundt, C. 1996, Therapeutischer Jahresbericht 1993–1995 und 1-Jahres-Katamnese, Eigenverlag Eußerthal.

**Suchtbehandlung : Entscheidungen und Notwendigkeiten /
Fachverband Sucht e. V. – Geesthacht : Neuland, 1999
(Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V.; 22)
ISBN 3-87581-197-6**