

# Fachliche Perspektiven der Suchtbehandlung

Barbara Kulick

## 1. Einleitung

Suchtkranken steht in Deutschland ein differenziertes und beispielhaft gut ausgebauten Behandlungssystem zur Verfügung. Vielfalt und regionale Verfügbarkeit dieses Betreuungs- und Behandlungssystems lässt sich eindrucksvoll am Beispiel Rheinland-Pfalz veranschaulichen.

Für die Behandlung Suchtkranker stehen in diesem Bundesland 46 Suchtberatungsstellen, 38 Gesundheitsämter, 6.000 niedergelassene Ärzte, 102 Krankenhäuser, 2 qualifizierte Entzugsstationen, 21 Fachkliniken zur Entwöhnung, 14 anerkannte ambulante Rehabilitationseinrichtungen, 10 soziotherapeutische Einrichtungen, 10 anerkannte Wohngruppen, 14 Wohn- und Arbeitsprojekte sowie ca. 300 Selbsthilfegruppen zur Verfügung.

Als besonders wirksam zur Behandlung der multikonditionalen, stark zur Chronifizierung neigenden Abhängigkeitserkrankungen hat sich die Rehabilitation mit ihrem umfassenden und ganzheitlichen Ansatz auf der Grundlage eines biopsychosozialen Krankheitsmodells erwiesen.

Hiervon zeugen nicht nur Katamnesen mit stattlichen Abstinenzraten, eine Verbesserung von Arbeitsfähigkeit und beruflicher Wiedereingliederung, sondern auch die Ergebnisse der Reha-Verlaufssta-

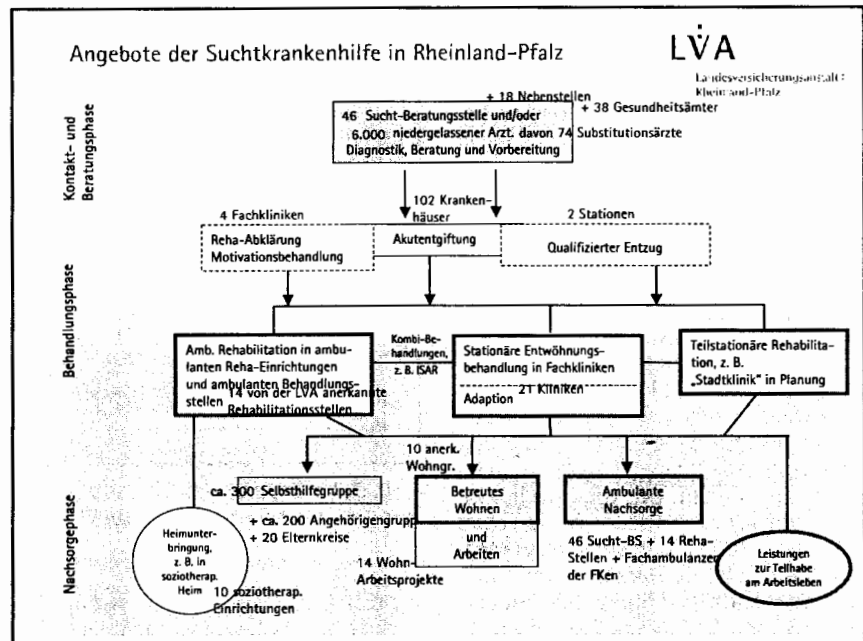


Abb. 1: Angebote der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz

tistik des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, die belegen, dass ein hoher Prozentsatz von Versicherten, die an einer stationären Entwöhnungsbehandlung teilgenommen haben, zwei bis fünf Jahre nach Rehabilitationsende im Erwerbsleben verbleiben. Die Erwerbsfähigkeit konnte bei immerhin 79% weite-

re fünf Jahre wesentlich gebessert oder erhalten werden. 14% waren nach fünf Jahren berentet und 7% zwischenzeitlich verstorben. Im Vergleich zu allen Rehabilitanden der LVA Rheinland-Pfalz des Behandlungsjahrganges 1999 zeigt sich bei den Abhängigkeitserkrankungen ein erstaunlich hoher Eingliederungserhalt nach Teilnahme an stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen und damit unter der Zielsetzung des Rentenversicherungsträgers ein unverkennbarer Rehabilitationserfolg.

Das Feld der Suchtrehabilitation, vor allem im Bereich stationärer Entwöhnungsbehandlungen, ist also seit Jahren gut bestellt. Sie, die Rehabilitation Abhängigkeitskranker, hat im Kreis der übrigen Indikationen stets eine Vorreiterrolle wahrgenommen. Erinnert sei an die Innovationschübe zur Flexibilisierung der Rehabilitation, zur frühzeitigen Einführung von ambulanter Rehabilitation und Nachsorge, zur Qualitätssicherung und Ergebnis-evaluation - Weiterentwicklungen, die in anderen Indikationsbereichen erst in den letzten Jahren nachvollzogen und übernommen werden.

Die Zukunftsfähigkeit dieser genannten Ansätze ist durch das SGB IX gestärkt und längerfristig gesichert worden. Das Rehabilitationsgesetz stellt ein Bollwerk gegen Qualitätsminderung und Entsolidarisierung des Versorgungssystems für chro-

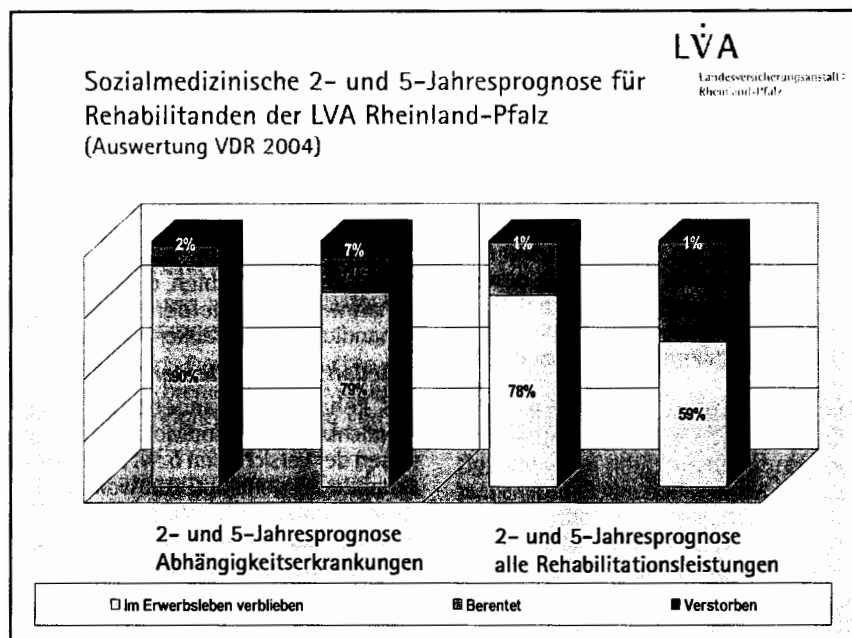


Abb. 2: Sozialmedizinische 2- und 5-Jahresprognose bei Abhängigkeitskranken der LVA Rheinland-Pfalz 1999

nisch Kranke dar. Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gibt in seinen Gutachten (2003, 2004) der Rehabilitation Rückenwind.

## 2. Zukünftige Rahmenbedingungen

Auf diesem Hintergrund ließe sich gelassen in die Zukunft schauen und an bewährten Entwicklungslinien in der Suchtbehandlung weiterarbeiten, wenn sich nicht die gesellschafts- und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ändern würden und damit neue Herausforderungen für die Rehabilitationsgestaltung und auf das Behandlungssystem zukämen.

Die Rehabilitation wird sich voraussichtlich in den nächsten Jahren und darüber hinaus weiterhin und verschärft im Spannungsfeld von steigendem Rehabilitationsbedarf, zusätzlichen Aufgaben und abnehmenden finanziellen Ressourcen bewegen müssen. Die voraussichtliche demografische Entwicklung wird zu einer Zunahme älterer chronisch kranker Menschen mit erhöhtem Rehabilitationsbedarf führen. Die Nachfrage bei Rehabilitationsleistungen wird weiterhin steigen, wenn das Rentenalter heraufgesetzt würde und das so genannte Hartz IV-Gesetz im nächsten Jahr in Kraft tritt. Eine Verbesserung und Intensivierung des Behandlungsangebotes für chronisch Kranke, z.B. die integrierte Versorgung oder eine Ausweitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, werden absehbar ebenfalls zu einem wachsenden Bedarf an qualifizierten und aufwändigen Rehabilitationsleistungen beitragen.

Neue Aufgaben, die den Sozialleistungsträgern durch das SGB IX übertragen wurden und werden, z.B. die gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, das persönliche Budget, die Stärkung der Prävention, müssen zusätzlich zum steigenden Rehabilitationsbedarf geschultert werden. Die hierfür erforderliche Anhebung des Budgetdeckels für Leistungen der Rentenversicherung ist angesichts eher abnehmender Ressourcen, u. a. vor allem durch die Folgen anhaltend hoher Arbeitslosigkeit, perspektivisch ungewiss.

Daraus ergibt sich, dass die Suchtrehabilitation der Zukunft sich mit folgenden neuen Erfordernissen auseinandersetzen muss und Lösungsansätze zu finden hat:

- Bei vorerst bleibenden finanziellen Ressourcen, aber längerfristig eher abnehmenden Finanzierungsmöglichkeiten erweitert sich der Kreis der anspruchsberechtigten und damit potentiellen Antragsteller zahlenmäßig ganz erheblich. Bedeutet das zwangsläufig weniger Leistungen für mehr Patienten?

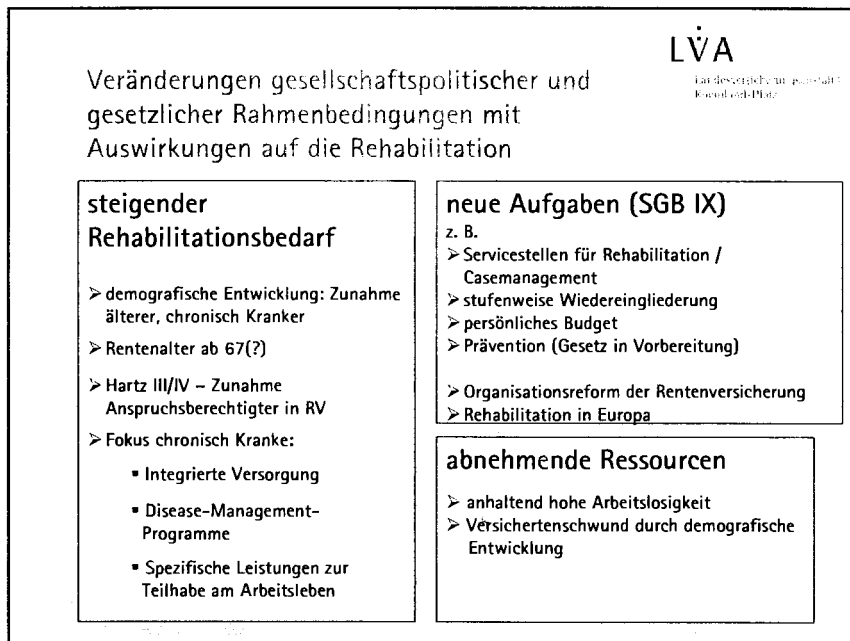


Abb. 3: Veränderungen gesellschaftspolitischer und gesetzlicher Rahmenbedingungen mit Auswirkungen auf die Rehabilitation

- Hartz IV z.B. wird die Zahl sozialmedizinischer Problemfälle ansteigen lassen, es wird mehr ältere, multimorbide Suchtkranke Infolge der demografischen Entwicklung geben, aber auch ein Anwachsen der Gruppe in den Frühstadien der Suchterkrankung ist absehbar. Auf Grund der zunehmenden Heterogenität der Rehabilitanden-gruppen erweitert sich der Bedarf an indikativen, auf die Vielfalt der Behandlungserfordernisse eingehenden individuellen Behandlungsprogrammen und -modulen. Wie stellen wir sicher, dass jeder Suchtkranke diejenigen Leistungen erhält, die er benötigt, um aus der Sucht auszusteigen, ein Leben ohne Suchtmittel zu führen und sich wieder in Arbeit und Beruf einzugliedern?
- Mehr denn je wird die Suchtrehabilitation auf größtmögliche Effizienz angewiesen sein, um mit begrenzten Mitteln den gesetzlichen Auftrag beruflicher Wiedereingliederung bei Wahrung der Behandlungsqualität und wachsendem Rehabilitationsbedarf zu erfüllen. Wie können die vorhandenen Ressourcen besser zu einer Gesamtbehandlung zusammengeführt und verknüpft oder in Kooperation miteinander sogar gemeinsam genutzt werden? Wie lassen sich Qualität und Wirtschaftlichkeit in vernetzten Strukturen sichern?

Dies sind die drei großen Herausforderungen, nämlich

- die Lösung von Zugangsproblemen durch frühzeitiges Intervenieren,


- die Differenzierung und Modularisierung der Leistungen für eine maßgeschneiderte Rehabilitation und
- die bessere Ausschöpfung vorhandener Ressourcen durch „Netzwerke“, denen wir uns in der Suchtbehandlung – und zunehmend als Teil der Krankenbehandlung in der medizinischen Gesamtversorgung – zu stellen haben.

## 3. Rehabilitationskonzept und Schwerpunkte der LVA Rheinland-Pfalz

Um sich auf diese Zukunftsaufgaben einzustellen, hat die LVA Rheinland-Pfalz ein Konzept für die Erbringung Ihrer Rehabilitationsleistungen in allen Indikationsbereichen erarbeitet. Nachfolgend werden die zentralen Schwerpunktsetzungen genannt und stichwortartig erläutert, um anschließend diejenigen Bereiche perspektivisch zu beleuchten, die sich auf die genannten Herausforderungen in der Behandlung Suchtkranker beziehen.

### – Bedarfs- und Patientenorientierung

Das Rehabilitationsangebot wird nach Möglichkeit an den individuellen Bedürfnissen der Versicherten bzw. spezifischer Gruppen ausgerichtet, z.B. werden spezifische Konzepte für Migranten oder arbeitslose Suchtkranke entwickelt, Auskunft und Beratung verstärkt und die stationären und ambulanten Leistungsformen entsprechend den Bedürfnissen angepasst (z.B. durch Förderung von ambulanter Nachsorge, Betreutem Wohnen).



Landesversicherungsanstalt  
Rheinland-Pfalz

Gegenwärtige und zukünftige Schwerpunktsetzungen der LVA Rheinland-Pfalz in der Rehabilitationsgestaltung

- Bedarfs- und Patientenorientierung
- Initiativen zur frühzeitigen Einleitung von Rehabilitationsleistungen
- Wohnortnähe: Ambulante/teilstationäre rehabilitative Angebotsformen, Nachsorge
- Flexibilisierung und Kombination von Leistungsangeboten
- Schnittstellenminimierung und Vernetzung
- Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fundierung der Rehabilitation
- Betonung betriebswirtschaftlicher Aspekte

Abb. 4: Gegenwärtige und zukünftige Schwerpunktsetzungen der LVA Rheinland-Pfalz in der Rehabilitationsgestaltung

**– Initiativen zur frühzeitigen Einleitung von Rehabilitationsleistungen**

dienen der Vermeidung bzw. Abschwächung von Chronifizierungsverläufen und Frühberentung.

Dem Thema Frühintervention haben sich inzwischen etliche Fachkliniken mit dem Angebot einer Motivationsbehandlung bzw. Reha-Abklärung gewidmet.

**– Wohnortnähe: Ambulante/teilstationäre rehabilitative Angebotsformen, Nachsorge**

Die Vorteile der wohnortnahen Rehabilitation liegen auf der Hand: gute Erreichbarkeit, Nähe zum Arbeitsplatz, Einbezug Angehöriger, regionale Vernetzung mit anderen Einrichtungen und erhöhte Wirtschaftlichkeit. Auch können ambulante und stationäre Leistungen leichter kombiniert und mit dem Vorteil therapeutischer Beziehungskonstanz erbracht werden. Schließlich wird die vom SGB IX geforderte Qualitätssicherung bei regionaler Überschaubarkeit erleichtert.

**– Flexibilisierung und Kombination von Leistungsangeboten**

hinsichtlich Art, Dauer und Dichte der Leistungen verbreitern die individuellen Behandlungsmöglichkeiten und verbessern die Zielerreichung.

**– Schnittstellenminimierung und Vernetzung**

Durch Einzelfallmanagement und eine enge Kooperation mit anderen Rehabilitationsträgern, den Ministerien sowie Fachverbänden und Leistungserbringern wird versucht, die Nachteile des gegliederten Systems auszugleichen bzw. zu überwinden.

**– Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fundierung der Rehabilitation**

werden zu einer selbstverständlichen Entscheidungsgrundlage für das praktische Vorgehen.

**– Betonung betriebswirtschaftlicher Aspekte**

Das Wirtschaftlichkeitsgebot führt zur Berechnung von Fallkosten und ihrer Berücksichtigung bei der Leistungsbewilligung und Inanspruchnahme von Rehabilitationseinrichtungen.

## 4. Perspektiven der Rehabilitation für Abhängigkeitskranke aus fachlicher Sicht


Von den genannten Schwerpunktsetzungen werden drei Aufgabenstellungen herausgegriffen, die für die Zukunft der Suchtrehabilitation von entscheidender Bedeutung sein werden und bei denen im Gesundheitssystem auch ein Handlungs- und Optimierungsspielraum vorhanden ist.

Im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger hat sich in den letzten Jahren eine Arbeitsgruppe mit der Weiterentwicklung der Rehabilitation Abhängigkeitskranker beschäftigt. Einige Überlegungen fließen in die nachfolgend diskutierten Perspektiven aus fachlicher Sicht ein.

### 4.1 Zugang und frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsleistungen

SGB IX und anstehendes Präventionsgesetz machen in besonderem Maße aufmerksam auf die Notwendigkeit, Rehabilitationsleistungen frühzeitig einzuleiten, um Chronifizierung und Frühberentung zu verhindern und das Rehabilitationsziel schneller und besser zu erreichen.

Bekanntlich kommen Suchtkranke zu selten (1%) und so spät (11-13 Jahre Erkrankungsdauer) in eine Entwöhnungsbehandlung, dass häufig nur mit großem Behandlungsaufwand und fraglicher beruflicher Wiedereingliederungschance interveniert werden kann. Eine wichtige Aufgabe der Zukunft wird deshalb die



Landesversicherungsanstalt  
Rheinland-Pfalz

Frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsleistungen

- Früherkennung durch Hausarzt/Betriebsarzt (Screening, Motivational Interviewing)
- Konsiliarberatung im Krankenhaus, Fortbildung der Ärzte
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Identifizierung und Weiterleitung von Suchtkranken in der somatischen Rehabilitation
- Konzeptgeleitete strukturierte Reha-Vorbereitung (manualgestützt)
- Qualifizierter Entzug, Motivationsbehandlung, Reha-Abklärung

Abb. 5: Frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsleistungen

möglichst frühzeitige Identifizierung rehabilitationsbedürftiger Abhängigkeitskranker und das Einsetzen von Interventionen am besten in einem Stadium sein, in dem gravierende Folgeschäden der Erkrankung noch nicht eingetreten sind.

Die Früherkennung durch den Hausarzt/niedergelassenen Arzt/Betriebsarzt und die Weiterleitung an Fachstellen für Suchtkranke bzw. in Maßnahmen der Frühintervention, wie z.B. der Einsatz von Frühdiagnostik und Motivierungsstrategien wie das „motivational interviewing“, werden in den letzten Jahren drängender angemahnt, stehen aber nach wie vor weitgehend aus. Nach Auswertungen der LVA Rheinland-Pfalz aus dem Jahre 2003 waren ca. 1/5 (20,6%) der abhängigkeitskranken Rehabilitanden mit erhaltenem Arbeitsplatz bereits mindestens 3 Monate im letzten Jahr arbeitsunfähig, bevor eine Entwöhnungsbehandlung eingeleitet wurde.

Um den Zugang zur suchtspezifischen Behandlung zu verbessern, sind Einsicht und Appelle allein nicht ausreichend, sie müssen durch strukturierte Hilfestellungen ergänzt werden. Ein entscheidender Schritt wäre es, wenn z.B. leicht anwendbare Screeningverfahren (z.B. LAST) in die ärztliche Standarddiagnostik bei niedergelassenen Ärzten, aber vor allem in Krankenhäusern, aufgenommen würde.

Mit den Ergebnissen, d.h. Erkennen von Suchtproblemen im Einzelfall, müssten die Ärzte in der Akutversorgung nicht allein gelassen werden. Fest vereinbarte Konsiliarberatung durch Suchtberatungsstellen oder Fachkliniken im Rahmen integrierter Versorgungsangebote können konkrete Hilfestellungen geben. Erheblich erleichtert würde das Zusammenwirken auch, wenn die Vermittlung von Wissen über Abhängigkeitserkrankungen in die reguläre Weiterbildungsordnung für Ärzte aufgenommen und nicht nur im Rahmen von Fortbildungen zur medizinischen Grundversorgung angeboten würde.

Eine Verbesserung des Zugangs ist auch über die betriebliche Gesundheitsförderung, an der sich die Rentenversicherungsträger im Rahmen des Präventionsgesetzes evtl. beteiligen könnten, in Zusammenarbeit mit den Betriebsärzten zu erwarten. Hier gibt es bereits gelungene Modelle frühzeitiger Intervention, die es auszubauen gilt, z.B. die fest vereinbarte Kooperation zwischen industriellen Großbetrieben mit ihren Werksärztlichen Abteilungen und Entwöhnungseinrichtungen in einer Region. Bisher noch weitgehend unbeachtet sind Früherkennungsmöglichkeiten im Rahmen medizinischer Rehabilitation wegen somatischer und psychosomatischer Erkrankungen. Nach einer Studie von Härter, Bengel u. a. (2002) im Forschungsverbund

Freiburg/Bad Säckingen gibt es insbesondere in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation einen hohen Prozentsatz (16%) an Versicherten, die nach Selbstaussage zusätzlich suchtfähig (7-11%) oder gar suchtmittelabhängig (5-9%) sind.

Auch hier sind der Einsatz von Screeningverfahren und die Weiterleitung an Suchtberatungsstellen, qualifizierte Entzugseinrichtungen bzw. in Fachkliniken zur Entwöhnung bisher kaum genutzte Möglichkeiten der Frühintervention.

Die LVA Rheinland-Pfalz hat erst kürzlich (April 2004) in Kooperation mit dem Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen und Vertretern von Leistungsträgern, Rehabilitationseinrichtungen, Universitäten und Forschungsinstituten eine Empfehlung verabschiedet, die das Augenmerk verstärkt auf psychische, inklusive Suchtprobleme in der somatischen Rehabilitation lenkt. Zur Erarbeitung diagnostischer Strategien im Rahmen der Frühidentifikation wurde eine Arbeitsgruppe zur Erarbeitung, Bewertung und Empfehlung von geeigneten Screeningverfahren eingerichtet.

Die Fachklinik Münchwies hat vor einigen Jahren mit finanzieller Unterstützung der LVA Rheinland-Pfalz ein strukturiertes Interventionsprogramm für Suchtgefährdete und -abhängige im Frühstadium zum indikativen Einsatz während allgemeiner und psychosomatischer Rehabilitation entwickelt. Es ist manualgestützt und als indikatives Regelangebot sehr erfolgreich einsetzbar (Schuhler et al 2001).

Neben der Früherkennung sind Vorbereitung und Weiterleitung rehabilitationsbedürftiger Suchtkranke in die medizinische Rehabilitation weiterhin entscheidend für eine frühzeitige Behandlung.

Nach einer Umfrage des zuständigen Landesministeriums Rheinland-Pfalz aus dem Jahre 2002 bei 46 Suchtberatungsstellen in Rheinland-Pfalz werden nur 15% der Klienten in suchtspezifische Angebote – und von diesen wiederum nur 32% – in die medizinische Rehabilitation weitervermittelt, ein höherer Prozentsatz (54%) jedoch ausschließlich von der Suchtberatungsstelle weiterbetreut und -behandelt.

Die Statistik gibt keinen Aufschluss, was unter Behandlung in den Suchtberatungsstellen verstanden wird. Obwohl in der Regel Suchtberatungsstellen Behandlungen zu ihren Aufgaben rechnen, gibt es keine vereinbarten Qualitätsstandards für Personal- und Sachkonzepte. Auch arbeiten in der Regel nur wenige psychologische Psychotherapeuten, die neben Ärzten eine Krankenbehandlung nach dem Psychotherapeutengesetz durchführen dürfen, als Vollzeitkräfte in Suchtberatungsstellen mit.

Angesichts dieser Personalsituation einerseits und der nachweislich hoch wirksamen Entwöhnungsbehandlungen andererseits ist zu fragen, warum eine Weitervermittlung Suchtkranke in die medizinische Rehabilitation nicht öfters angestrebt wird. Durch eine gezielte Beratung und Vorbereitung könnten Chronifizierungsprozesse deutlich verkürzt werden. Hier sind u.a. die Träger der Suchtberatungsstellen gefordert, konzeptionelle Inhalte und konkrete Veränderungen fachlich zu vertreten und im Rahmen eines bundeseinheitlichen Standards umzusetzen. In diesem Zusammenhang wäre anzuregen, die Vorbereitung zur Rehabilitation auch manual gestützt durchzuführen. Ein solches Manual könnte, z.B. in einer (über)regionalen Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Beratungs-

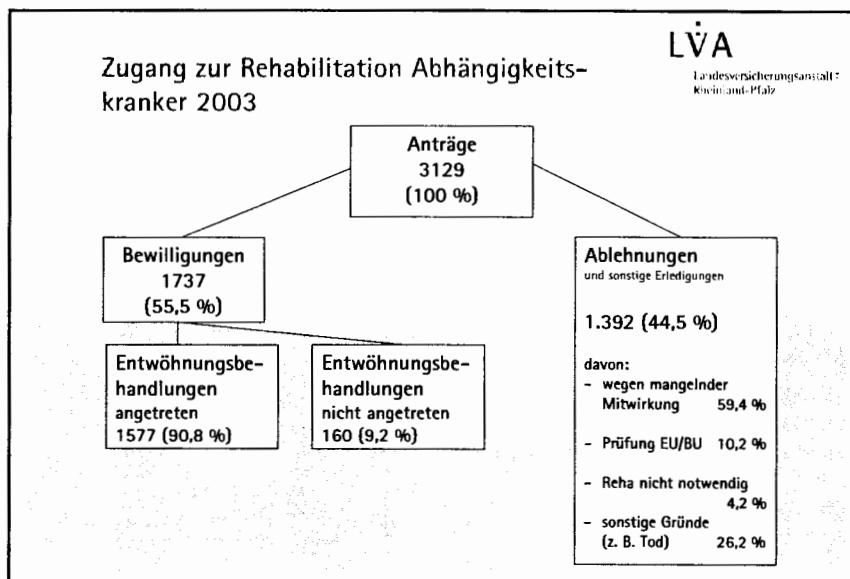


Abb. 6: Zugang zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker 2003

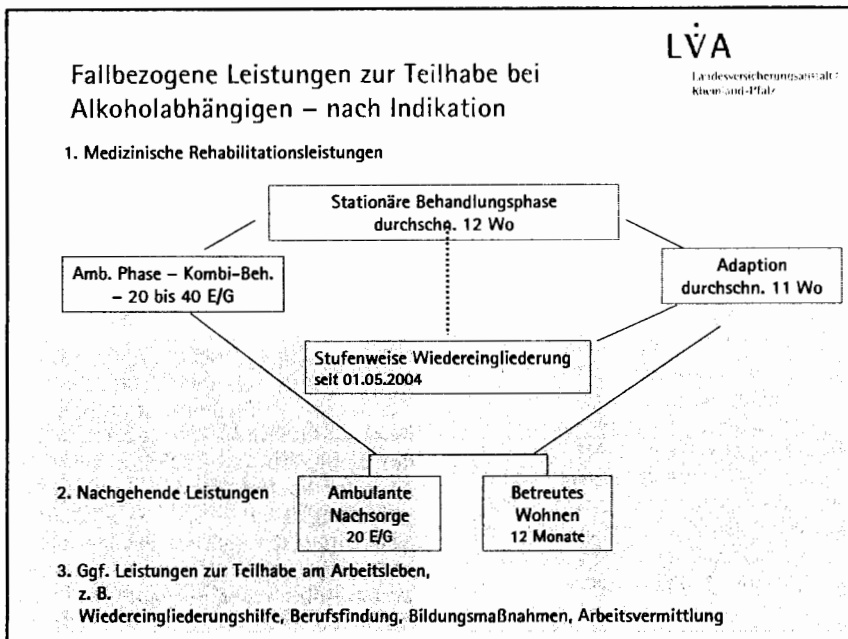


Abb. 7: Fallbezogene Leistungsmodulare zur Teilhabe bei Abhängigkeitskranken

stellen, Fachkliniken und Leistungsträger, erstellt werden.

Die Notwendigkeit, Vorbereitung und Zugang zur Rehabilitation weiter zu verbessern, ergibt sich nicht zuletzt auch aus der Beobachtung, dass nach Erhebungen der LVA Rheinland-Pfalz nur ca. 50% der Suchtkranken, die einen Reha-Antrag gestellt haben, die Entwöhnungsbehandlung auch tatsächlich antreten. Knapp 10% verzichteten im Jahre 2003 trotz Kostenzusage auf die erforderliche Entwöhnungsbehandlung. Die Ablehnungen und sonstigen Antragserledigungen erfolgten aus verschiedenen Gründen. Dies verdeutlicht die nachfolgende Abbildung.

Bei mehr als 60% der Ausfälle spielte die mangelnde Mitwirkung bei der Vorbereitung und Einleitung eine entscheidende Rolle. Auch dies spricht für mehr verbindliche Strukturen und Hilfestellungen im Vorfeld der Rehabilitation.

Durch einen nahtlosen Übergang von der Akutbehandlung (Entzug) in die Entwöhnung können erhebliche Kosten für die so genannten Drehtürpatienten vermieden werden. Auf gutem Wege befindet sich der Ausbau des qualifizierten Entzugs, zu dessen Konzept die Motivierung und Einleitung weiterführender Maßnahmen als selbstverständlicher Standard in der Akutmedizin gehören sollten.

Neben dem qualifizierten Entzug ist aus unserer Sicht die Motivierung bzw. Abklärung in Anbindung an Rehabilitationseinrichtungen weiter auszubauen. Nach Erfahrungen sowohl im Drogen- wie im Alkoholbereich kann eine hohe Halte- und Überleitungsquote in die stationäre Entwöhnung erreicht werden. Ein spezifisches Konzept und ein separater Klinikbe-

reich sind allerdings aus Gründen der Transparenz und Abgrenzung erforderlich.

Die Frage, ob Patienten mit psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen ohne Abhängigkeitssyndrom eine medizinische Rehabilitationsleistung zukünftig erhalten sollen, wird kontrovers diskutiert und bedarf eingehender Überlegung. Die LVA Rheinland-Pfalz neigt in dieser Frage unter den gegebenen Rahmenbedingungen zur Zurückhaltung und eher zur Konzentration auf die Kernleistungen der Rentenversicherung, da eine kaum kontrollierbare Öffnung des Zuganges zu drastischen Behandlungsverkürzungen und Minimalinterventionen für viele Suchtkranke führen müsste.

4.2 Flexibilisierung und Individualisierung

Auch ohne den Kreis der Anspruchsberechtigten auf Missbraucher zu erweitern, muss auf den voraussichtlich ohnehin steigenden Rehabilitationsbedarf reagiert werden. Wir sind deshalb gut beraten, frühzeitig alle Optimierungsmöglichkeiten im vorhandenen Angebot zu nutzen.

An erster Stelle steht der weitere Ausbau flexibler und individueller Rehabilitationsangebote. Differenzierte Konzepte mit indikativer Angebotsvielfalt erlauben bereits heute ein individuell gestaltetes Rehabilitationsprogramm. Auch die Behandlungszeiten sind in vielen Einrichtungen so flexibel gestaltet, dass sie dem individuellen Bedarf angepasst sind. Die Zeitbudgetierung ermöglicht den Fachkliniken anhand durchschnittlicher Richtwerte variabel und individuell die im Einzelfall benötigte Rehabilitationsdauer festzulegen. Verschiedene Leistungen können sequentiell erfolgen und aufeinander abgestimmt werden.

Die Darstellung der Leistungspalette, die zu Lasten der Rentenversicherung am Beispiel Rheinland-Pfalz und in Kooperation mit Fachkliniken, Suchtberatungsstellen und Wohngruppen vorgehalten wird, macht deutlich, dass der Leistungsrahmen weiterhin eine umfassende Behandlung im Einzelfall ermöglicht, auch wenn sich die Behandlungszeiten für die fachklinische Phase durchschnittlich verkürzt haben und sich phasenbezogen sicher weiter verkürzen werden.

Die Verfügbarkeit verschiedener Behandlungsmodulare, die zukünftig in einem Gesamtplan zusammengestellt werden können und müssen, darf aber nicht dazu verführen, dass einzelne Module als Re-

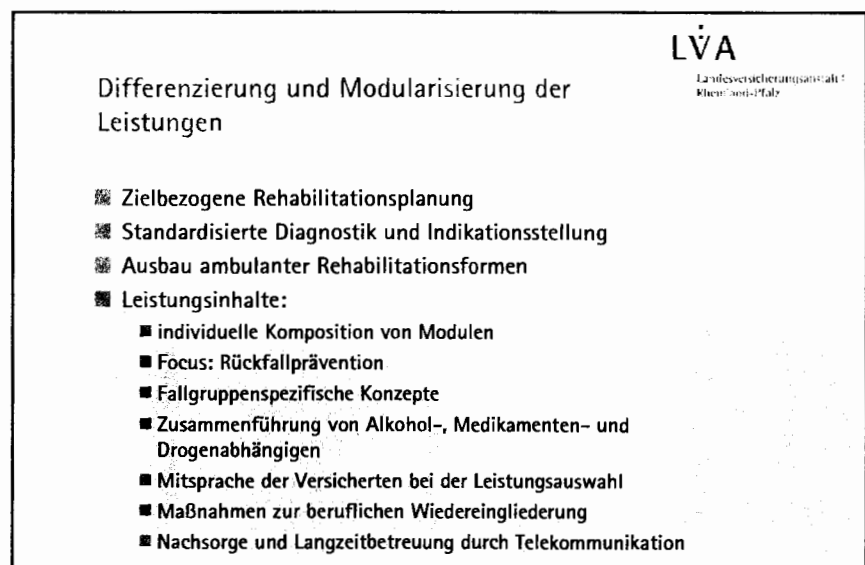


Abb. 8: Differenzierung und Modularisierung der Leistungen

habilitationsleistungen infrage gestellt werden. Ein Beispiel ist die Adaption als indikativer aber integrativer Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Sie grundsätzlich aus der medizinischen Rehabilitation auszuschließen, wäre ein therapeutischer Kunstfehler und eine Gefährdung des Rehabilitationserfolges bei Drogenabhängigen und anderen Gruppen Suchtkranker.

Die Komposition der im Einzelfall erforderlichen Leistungen erfordert eine Intensivierung und Standardisierung der Diagnostik und Indikationsstellung – ein nach wie vor schwieriges Unterfangen, da uns evidenzbasierte Kriterien fehlen. Eine Übergangslösung wären Konsenskriterien und die Einführung einer strukturierten Rehabilitationsgesamtplanung zu Beginn der medizinischen Rehabilitation – natürlich mit adaptiven Korrekturmöglichkeiten in jedem Einzelfall.

Der Ausbau ambulanter Rehabilitation, insbesondere als Kombination von ambulanten und stationären Behandlungsphasen, auch und vor allem in Anbindung an Fachkliniken oder Rehabilitationsverbünde unter Beteiligung von Fachkliniken, muss gestärkt werden. Auch ganztägig ambulante, tagesklinische Angebote sind in Großstädten eine effiziente Ergänzung und Alternative zu stationären und berufsbegleitend ambulanten Angeboten.

Allein aus Effizienzgründen werden zukünftig die Interventionsinhalte für jedes Modul eingehend überprüft werden müssen, ob sie unverzichtbar sind, um die Rehabilitationszielsetzung zu erreichen. Dies führt uns zu einer Stärkung rückfallpräventiver Inhalte und fallgruppenspezifischen Konzepten, für die allerdings erst Behandlungsstandards und -leitlinien entwickelt werden müssen. Hierbei wird die Suchtforschung eine wichtige Rolle spielen.

Nicht zuletzt aus Effizienzgründen wird man sich verstärkt der Frage zuwenden müssen, ob nicht verschiedene Gruppen von Suchtmittelabhängigkeiten in einem Behandlungsetting gemeinsam rehabilitiert werden können. Verschiedene Indikationsgruppen werden gemeinsam unter einem Dach, aber differenziert in den Behandlungskonzepten, behandelt. Auch dies wird zur Integration verschiedenartiger Behandlungsansätze beitragen und gewinnbringend für die zunehmend polytoxisch sich verhaltenden Suchtkranken sein.

Mehr Flexibilität in der Leistungsgestaltung und Erbringung ist auch mit der im SGB IX vorgezeichneten Versichertenorientierung zu erwarten. Auch Suchtkranke werden längerfristig auf die Art und Dauer der Rehabilitationsleistung Einfluss nehmen. Dies wird bedeuten, dass Behandlungserwartungen, Ziele und Vor-

stellungen der Versicherten von geeigneten Therapiestrategien auch in der Rehabilitation regelhaft erhoben und in den Rehabilitationsplan miteinbezogen werden müssen. Die Rehabilitationsgestaltung: ein Verhandlungs- und Abstimmungsergebnis zwischen Therapeut, Patient und Leistungsträger? Für die Suchtkranken ein noch immer ungewohnter, fast provokativer Denkansatz!

Das Rehabilitationsziel „Berufliche Wiedereingliederung“ wird in Zukunft ganz in den Mittelpunkt der Rehabilitationsbemühungen rücken, insbesondere wenn die Arbeitslosigkeit ein großes Problem bleibt und Hartz IV umgesetzt wird. Diagnostische und therapeutische Aktivitäten sind von Beginn der Rehabilitation an auf dieses Ziel auszurichten und auch die Suchtkranken sollten verstärkt dazu angehalten werden, eigeninitiativ und frühzeitig auf dieses Ziel hinzuwirken.

In Qualitätszirkeln könnten Maßnahmen überlegt werden, die dazu beitragen, die berufliche Wiedereingliederung der Versicherten ohne zusätzliche Verursachung von Kosten voranzutreiben. Kann z.B. gemeinsam mit den Reha-Fachberatern der Rentenversicherung die Arbeitsvermittlung übernommen oder in Kooperation mit anderen Institutionen und Modellen vorbereitet werden? Hier liegt noch umfangreiches Entwicklungspotential.

Als Grundlage für die im Einzelfall erforderlichen arbeitsbezogenen Leistungen wird in Zukunft eine intensivierte Diagnostik erforderlich sein. Hierzu gehört nicht nur die Erhebung individueller Fähigkeiten und Fertigkeiten, krankheitsbedingter Einschränkungen und persönlicher Ziele der Rehabilitanden, sondern

auch und vor allem eine Analyse der bisherigen beruflichen Tätigkeit und des Arbeitsplatzes.

Strukturierte Arbeitsplatzanalysen werden unverzichtbar auch bei der stufenweisen Wiedereingliederung, die ab 01.05.2004 in den Leistungskatalog der Rentenversicherung aufgenommen wurde. Die LVA Rheinland-Pfalz setzt in Kooperation mit den Krankenkassen in Rheinland-Pfalz einen entsprechenden Vordruck für Angaben des Arbeitgebers ein.

Der langfristige Erfolg der Rehabilitation hängt bei chronischen Erkrankungen nicht allein von der Entwöhnungsbehandlung ab, sondern ganz entscheidend von der längerfristigen Begleitung im Rahmen der Nachsorge. Wie die folgende Abbildung zeigt, wird die ambulante Nachsorge, die von der LVA Rheinland-Pfalz unter bestimmten Voraussetzungen und in Abgrenzung zur ambulanten Rehabilitation finanziell gefördert wird, von den behandelnden Rehabilitationseinrichtungen in zunehmender Zahl nach Abschluss der Entwöhnungsbehandlung empfohlen, aber dennoch von weniger als 10% der Rehabilitanden tatsächlich auch in Anspruch genommen.

Wie bei der Vorbereitung kommt auch bei der Nachsorge den Suchtberatungsstellen eine große Bedeutung zu. Strukturierte, evtl. auch manualgestützte oder tele-rehabilitative Nachsorgeangebote könnten die Bereitschaft der Versicherten zur Teilnahme deutlich erhöhen. Auch den Selbsthilfegruppen kommt bei der Langzeitbetreuung eine nicht zu unterschätzende Rolle zu, die durch das kommende Präventionsgesetz noch deutlich gestärkt werden wird.

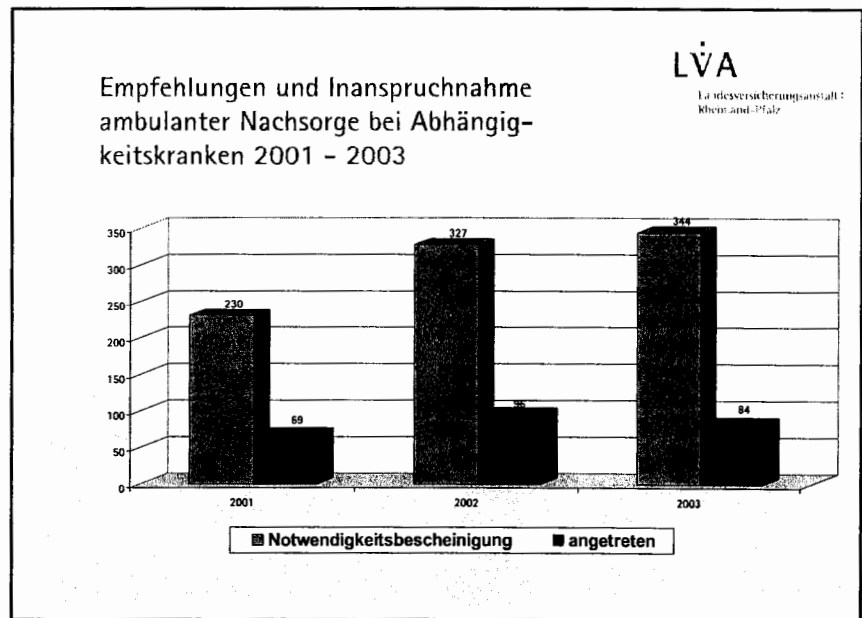


Abb. 9: Empfehlungen und Inanspruchnahme ambulanter Nachsorge bei Abhängigkeitskranken 2001-2003



### 4.3 Kooperation und Vernetzung


Eine flexible und individualisierte Leistungserbringung – so sie dazu noch möglichst effizient erfolgen soll – ist auf eine enge interne und externe Kooperation und Vernetzung angewiesen. Zukünftig wird sie sich nicht allein auf die Arbeit im Team und bedarfsgerechte Absprachen im Einzelfall über Einrichtungsgrenzen hinaus beschränken lassen. Der zunehmende Abstimmungsbedarf erfordert institutionalisierte Formen wie regelmäßige „runde Tische“, z.B. zwischen Patient, Arzt, Therapeut, Reha-Fachberater und Betrieb, und ein umfassendes Fallmanagement bei langwierigen Rehabilitationsverläufen. Die integrierte Versorgung bietet zusätzliche Möglichkeiten vernetzten Vorgehens mit dem Akutbehandlungssystem, ist aber in der Umsetzung noch voller Fallstricke. Als sicher kann gelten, dass die Suchtbehandlung ihre Sonderrolle zunehmend aufgeben wird und in das medizinische Behandlungssystem integriert wird. Dies wird nicht zuletzt auch zu einer Medizinalisierung der Suchtbehandlung und Verbreiterung natürlich auch der Behandlungsmöglichkeiten (z.B. medikamentöse Behandlung) führen.

Im Rahmen dieser Vernetzung bietet sich eine Stärkung der vorhandenen Rehabilitationseinrichtungen als Kompetenzzentren für rehabilitative Belange, die die Palette aller Leistungen von ambulanter Rehabilitation bis zu beruflichen Einstiegshilfen und Nachsorge einschließen, an. Diese Kompetenzzentren kooperieren mit anderen Einrichtungen und Selbsthilfeorganisationen im regionalen Versorgungsnetz und stellen ihre Rehabilitationskompetenz konsiliarisch und als „Casemanager“ dem Akutbehandlungssystem wie Arbeitgebern und Betrieben fallbegleitend zur Verfügung.

Die LVA Rheinland-Pfalz erprobt seit drei Jahren ein Einzelfallmanagement an der Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Suchtkranke werden nach erfolgreich abgeschlossener Entwöhnungsbehandlung in Kooperation mit den Reha-Fachberatern, Suchtberatungsstellen, Hausärzten und Bildungsstätten (BfWs) durch die langwierige Bildungsmaßnahme begleitet und bei Krisen intensiviert beraten. Die Rehabilitanden verpflichten sich zu regelmäßigen Urinkontrollen und zur Teilnahme an Einzel- und Gruppengesprächen in ausgewählten Suchtberatungsstellen.

Die bisherigen Erfahrungen, insbesondere bei der Bewältigung von Rückfallkrisen, legen eine Ausweitung dieser fallbezogenen Begleitung nahe.

Zur Schnittstellenminimierung wird schließlich die gemeinsame Nutzung von Ressourcen, z.B. ambulante und stationäre



LVA  
Landesversicherungsanstalt  
Rheinland-Pfalz

Kooperation und Vernetzung

- Institutionalisierte Formen der Zusammenarbeit (z. B. „runde Tische“, integrierte Versorgung)
- Fachkliniken als rehabilitative Kompetenzzentren
- Casemanagement
- gemeinsame Ressourcennutzung
- Dokumentations- und Leitsystem für die Prozesssteuerung

Abb. 10: Kooperation und Vernetzung


re Einrichtungen teilen sich Werkstatt, Sportplatz etc. beitragen und Vereinbarungen in regionalen Verbänden zur reibungslosen Verknüpfung verschiedener Angebote im Verlauf des Gesamtbehandlungsprozesses getroffen werden müssen.

Ein bisher ungelöstes Problem stellt allerdings das Fehlen von Entscheidungs- und Indikationskriterien für die vielfältigen Maßnahmen im Behandlungsnetz dar. Es fehlt sogar bisher an Dokumentationssystemen, um die vielfältigen Verknüpfungen und Abläufe nachzuvollziehen und steuern zu können. Dies birgt die Gefahr der Unübersichtlichkeit, mangelnden Abstimmung und Verschleppung von Entscheidungen in sich mit unliebsamen Folgen für Versicherte und System. Das

Ziel frühestmöglicher Eigenverantwortung und Selbständigkeit könnte im Einzelfall durch Kreisen im System und Verstrickungen im Netz aus dem Blick geraten. Auch hier ist eine Fallbegleitung („Casemanager“) – zudem unverzichtbar, falls das persönliche Budget auch bei Abhängigkeitskranken eingeführt wird – eine probate Lösung.

### 4.4 Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Ergebnisevaluation und Forschung

Angesichts zunehmender Vielfalt an Interventionsmöglichkeiten einerseits und Mittelbegrenzung andererseits wächst die Bedeutung von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Optimierungs-



LVA  
Landesversicherungsanstalt  
Rheinland-Pfalz

Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Ergebnisevaluation und -forschung

- Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsprogramms durch Rentenversicherung und Krankenversicherung
- Entwicklung von Behandlungsleitlinien
- Benchmarking zwischen Rehabilitationseinrichtungen
- Qualitätssicherungsprogramm für die ambulante Rehabilitation Sucht
- Evidenzbasierung durch Suchtforschung

Abb. 11: Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Qualitätsevaluation und -forschung

und Effizienzbestrebungen werden dadurch empirisch unterstützt.

Die Rentenversicherung wird gemeinsam mit der Krankenversicherung und anderen Rehabilitationsträgern das Qualitätssicherungsprogramm weiterentwickeln und Kooperationen im Rahmen der gemeinsamen Empfehlung Qualitätssicherung aufbauen. Das klinikinterne Qualitätsmanagement ist ureigene Aufgabe der Einrichtungen und wird zunehmend auch Zertifizierungen einschließen.

Als weitere Zukunftsaufgaben sind die Entwicklung von Behandlungsleitlinien und Qualitätsstandards für die ambulante und stationäre Rehabilitation erforderlich. Abgestimmte Anforderungsprofile zwischen Bundesträgern und Regionalträgern wird nach der Organisationsreform der Rentenversicherung ein einheitliches Vorgehen bei Konzepten und Benchmarking-Prozessen erleichtern. Im ambulanten Rehabilitationsbereich steht noch ein Qualitätssicherungsprogramm aus. Auch sollten BAR-Empfehlungen für Indikationsspezifische Sach- und Personalkonzepte, wie in den übrigen Indikationen bereits erarbeitet, für Alkohol- und Drogenabhängigkeit erstellt werden. Dies würde die Integration der Rehabilitation Abhängigkeitskranker in das Gesamtversorgungssystem weiter fördern.

Rehabilitationsforschung, Ergebnisevaluation und Dokumentation bedürfen eines Ausbaus und sind gemeinsame Aufgabe von Leistungsträgern und Rehabilitationseinrichtungen. So fördert beispielsweise die LVA Rheinland-Pfalz ein Forschungsprojekt zur Effizienz der Dro-

genrehabilitation, an dem mehrere Fachkliniken beteiligt sind. Neben therapeutisch einheitlichen Erfolgsparametern soll erstmals auch eine Kosten-Nutzen-Analyse der Aufwendungen durch die Rehabilitation und Einnahmen durch Beitragszahlungen erfolgen und somit trägerspezifische Kriterien für den Rehabilitationserfolg berücksichtigt werden.

### 5. Ausblick

Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker hat viele und gute Weiterentwicklungspotentiale. Sie ist bisher den übrigen Indikationen vorangegangen, oft zunächst unbemerkt wegen ihrer Sonderrolle in der Rehabilitation. Die Zukunftsaufgaben Frühzeitigkeit, Flexibilisierung, Zielorientierung, berufliche Wiedereingliederung, Vernetzung und Qualitätssicherung gelten in gleicher Weise für alle Indikationsbereiche.

Ein stärkeres Miteinander und eine bessere Verachung bei der Bewältigung zukünftiger Entwicklungsaufgaben würden beiden Seiten Gewinn bringen und den anderen Indikationen erlauben, von der Suchtbehandlung zu lernen. Die Suchtbehandlung erhielte die Chance, sich zunehmend als Krankenbehandlung zu verstehen und damit die Vernetzung zum Akutsystem zu erleichtern.

Die Zukunftsfähigkeit der Rehabilitation und mit ihr der Suchtbehandlung wird ganz entscheidend von der Bereitschaft und Fähigkeit bestimmt werden, trotz zunehmendem Wettbewerbs im Versorgungssystem zu kooperieren, Leistungen

qualitativ zu koordinieren und vorhandene Ressourcen zunehmend gemeinsam und abgestimmt zu nutzen. Dies gilt insbesondere bei weiterer Flexibilisierung der Rehabilitation in ganztägig ambulanter und berufsbegleitend ambulanter Form und ihren Kombinationen. Es werden Modelle der Zusammenarbeit vor Ort und im Verbund zu entwerfen sein, am jeweiligen Bedarf orientiert und stets lernend in Veränderung; Netzwerke, getragen von handelnden Personen und vereinbarten Strukturen, die immer wieder überprüft und neu ausgehandelt werden. Es wird keine generellen Patentrezepte geben, sondern – auf der Grundlage vereinbarter Qualitätsstandards und Behandlungsleitlinien – kreative und oft pragmatische Problemlösungen vor Ort. Die Suchtbehandlung hat eine Zukunft, wenn alle Beteiligten im System änderungsbereit bleiben und sich beherzt den Zukunftsaufgaben zuwenden.

**„Wanderer, es gibt keinen Weg – der Weg entsteht im Gehen.“ sagt tröstlich eine Klosterinschrift in Toledo.**

Literaturangaben bei der Verfasserin.

#### Die Autorin:

Dr. Barbara Kulick  
LVA Rheinland-Pfalz  
Leistungsabteilung, Dezernat 3.3  
Tel.: 0621 17-2676, Fax: 06521 17-2704  
E-Mail: barbara.kulick@lva-rheinland-pfalz.de

## Literaturhinweise. . .

**Nissen, G. (Hrsg.): Psychische Störungen im Kindesalter und ihre Prognose, Stuttgart 2004, ISBN 3-7945-2305-9, 24,95 Euro**

Durch pro- und retrospektive Studien ist es in den letzten Jahren gelungen, eine Reihe von Kriterien zu finden, die eine bessere Vorhersage der Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen erlauben. Das Buch gibt einen umfassenden Überblick über die wichtigsten Resultate neuerer Studien zu dieser Thematik und behandelt z.B. folgende Themen:

- die seelische Entwicklung des Kindes
- protektive und pathogene Faktoren in der Kindheit psychisch kranker Erwachsener
- Störungen der Sozialisation bei Kindern im Längsschnittverlauf
- die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindesalter – Ein Risikofaktor für die psychische Entwicklung

- psychische Auffälligkeiten, die auf eine beginnende Borderline-Störung hinweisen können
- Kinder psychotisch kranker Eltern
- frühe Deviationen der sexuellen Entwicklung und ihr weiterer Verlauf
- schizophrene Psychosen im Kindes- und Jugendalter und ihre Prognose
- die Bedeutung früher Kindheitserinnerungen für die Psychotherapie.

**Kalke, J. et. al. (Hrsg.): Handbuch der Suchtprävention – Programme, Projekte und Maßnahmen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, Freiburg 2004, ISBN 3-7841-1500-4, 19,50 Euro**

Der Sammelband enthält die Beschreibung von 108 Maßnahmen und Programmen zur Suchtprävention in Schulen, im Betrieb bis hin zur sekundärpräventiven

Arbeit mit Risikogruppen. Das Handbuch spiegelt somit den Stand der Suchtprävention im deutschsprachigen Raum wieder. Es ist ein wertvolles Nachschlagewerk für alle, die Material und Anregung suchen, um Kinder, Jugendliche und Erwachsene gegen Suchtprobleme stark zu machen.

**Hess, H., Kolte, B., Schmidt-Semisch, H.: Kontrolliertes Rauchen: Tabakkonsum zwischen Verbot und Vergnügen, Freiburg 2004, ISBN 3-7841-1520-9, 14,00 Euro**

Beschrieben wird von den Autoren die Geschichte des Tabaks in den vergangenen 500 Jahren unter besonderer Berücksichtigung der letzten 50 Jahre. Des Weiteren wird die Frage der Prohibition des Tabaks diskutiert und auf die theoretischen Hintergründe, Definition und Möglichkeiten „kontrollierten Rauchens“ eingegangen.