

Innovative Elemente der Entwöhnungsbehandlung

Barbara Kulick

1. Einleitung

Innovation hat in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker Tradition. In den gut drei Jahrzehnten ihres Bestehens zeichnet die medizinische Rehabilitation ein hohes Maß an professioneller Gestaltung der Behandlungsprozesse und Leistungsformen aus, die sich bedarfsgerecht und in Kooperation zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern entwickelt haben und ständig weiterentwickeln.

Beispiele hierfür sind die Vielfalt der Behandlungskonzepte mit Fokussierung von Individualität und indikativen Therapiemodulen, fallgruppenspezifischen Ansätzen und Differenzierung von Leistungsangeboten und -formen. So wurden Jahre bevor Renten- und Krankenversicherung sich in anderen Indikationen der ambulanten Rehabilitation öffneten, Konzepte zur ambulanten Entwöhnung Abhängigkeitskranker entwickelt und umgesetzt. Gleiches gilt für Nachhaltigkeitsbemühungen durch frühe Einführung von Nachsorge und beruflicher Orientierung im Rahmen der Adaption.

Die jährlichen Kongresse des Fachverbandes Sucht e.V. und der anderen Verbände sind ein Beleg dafür, dass neue Bedarfslagen aufgegriffen werden und mit Ideenreichtum Behandlungsmethoden und indikative Module innovativ entwickelt werden, z. B. derzeit Programme zum pathologischen Internetgebrauch, migrations- und geschlechtssensible Angebote etc.

In meinem folgenden Beitrag möchte ich die Entwöhnungsbehandlung und medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Spannungsfeld zwischen standardisiertem Vorgehen und differentieller Indikation in den Blick nehmen und aus Leistungsträgersicht auf Innovationsbedarfe eingehen, die uns unter den gegebenen Rahmenbedingungen zunehmend bedrängen und zur Pfadsuche und Neugestaltung von Wegen auffordern.

2. Zur aktuellen Situation und grundsätzlicher Innovationsbedarf

In welcher Situation befindet sich die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker und wo liegen Innovationsbedarfe?

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind mit den Vorgaben in den Sozialgesetzbüchern gesetzt. Die Rentenversicherung als Hauptträger der Entwöhnungsbehandlung für Abhängigkeitskranke erbringt ihre Leistungen unter bestimmten versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen (SGB VI) und mit der Zielsetzung Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und berufliche Wiedereingliederung. Dieser Fokus tritt bei Entwöhnungsbehandlungen bisher noch oft hinter das Abstinenzziel zurück, verdient und erfordert aber mindestens gleichrangige Beachtung.

Das SGB IX mit der Betonung von Selbstbestimmung und Teilhabe hat in den letzten Jahren im Versorgungssektor Rehabilitation deutliche Akzente gesetzt. Es fordert ein Umdenken auf allen Seiten hinsichtlich Verantwortlichkeit und Beteiligung der Betroffenen an Indikationsentscheidungen und Gestaltung des Rehabilitationsprozesses. Hierbei sollen die Rehabilitationsträger und Einrichtungen an Schnittstellen Hilfestellung leisten und durch verbesserte Koordination und Kooperation untereinander Unterstützung anbieten. Patientenorientierung und Partizipation werden in den somatischen Indikationen bereits als Auftrag thematisiert (Forschungsförderung: „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“) und auch in die Rehabilitation Abhängigkeitskranker verstärkt hineingetragen werden müssen.

Die finanziellen Ressourcen sind seit Jahren für die Rehabilitation eingeschränkt und werden angesichts der gegenwärtigen Finanzkrise und ihrer Folgen ganz sicher nicht verbessert. Das zunehmende Verlagern von Leistungen auf die Rentenversicherung, das wir beispielsweise bei Arbeitsintegrationsmaßnahmen, Kinderrehabilitation und Primärprävention beobachten, zwingen, da es ohne Aufstockung des Budgets geschieht, zusätzlich zu Anstrengungen, auch bei Entwöhnungsbehandlungen auf größtmögliche Effizienz hinzuwirken.

Hinsichtlich Vielfalt und Qualität ist das Feld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker in Deutschland seit Jahren gut bestellt.

Für die Alkoholabhängigkeit werden in Kürze Reha-Therapiestandards eingeführt, die

im Expertenkonsens erarbeitet wurden und ein Mindestpaket an therapeutischen Leistungen in der stationären und ganztägig ambulanten Rehabilitation definieren. Ein neues Rahmenkonzept für die ambulante Rehabilitation wurde im Dezember 2008 von Renten- und Krankenversicherung in Kraft gesetzt. Nachsorge, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Stufenweise Wiedereingliederung ergänzen die Entwöhnungsbehandlung und fördern die Integration in Alltag und Beruf.

Über Qualitätssicherung und Katamnesen werden Erfolge – zumindest der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit, aber auch inzwischen bei Drogenabhängigkeit – hinsichtlich Abstinenz und Eingliederungserhalt belegt.

Dies ist mehr als die Rehabilitation bei anderen Indikationen vorweisen kann, bundesweit und darüber hinaus. Aber können wir uns damit zurücklehnen und zukünftig darauf konzentrieren, bisherige Erfolge zu sichern bzw. im Einzelfall zu perfektionieren?

3. Aktuelle Herausforderungen für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Die gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen für Erneuerung und Weiterentwicklung von Entwöhnungsbehandlung und Rehabilitation liegen meines Erachtens nicht im Ausbau und der Verfeinerung therapeutischer Angebote. Vielmehr sind wir mit der Frage konfrontiert: was können, was müssen wir tun, damit rehabilitationsbedürftige Abhängigkeitskranke das differenzierte und gut ausgebaute Rehabilitations- und Hilfesystem bestmöglich für sich nutzen, um die Reha-Zielsetzung Abstinenz und Teilhabe hindernisarm und in angemessener Zeit zu erreichen?

Schnittstellenmanagement

Tatsache ist nach wie vor, dass nur ein kleiner Prozentsatz der Abhängigkeitskranken in die medizinische Rehabilitation findet und sich dann nicht selten im Netz der vielfältigen Angebote verfängt. Als Folge beobachten wir, dass z. B. 50 % der Abhängigkeitskranken, die eine Entwöhnungsbehandlung beantragen, auf dem Weg zum

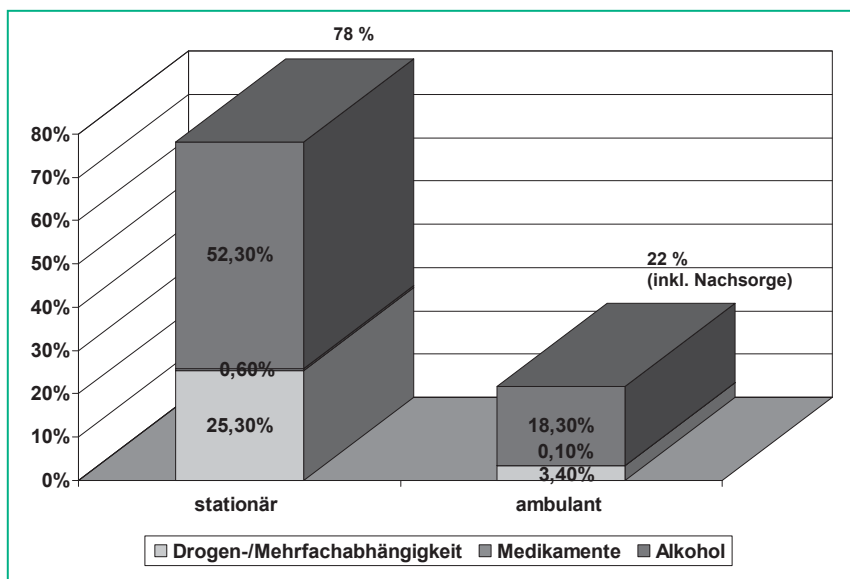


Abbildung 1: Verteilung abgeschlossener Entwöhnungsbehandlungen aus 2007 nach der Art der Behandlung (Deutsche Rentenversicherung gesamt)

Antritt der Rehabilitation verloren gehen. Diejenigen, die eine Entwöhnungsbehandlung antreten, bleiben zu oft auf die fachklinische Behandlung trotz breitgefächerter Alternativen bzw. ergänzender Angebote eingeengt. Übergänge zur ambulanten Entwöhnung, zur Adaption, Nachsorge, Betreutem Wohnen, berufsintegrierenden Angeboten werden nicht rechtzeitig geplant oder von den Betroffenen ängstlich gemieden.

Angesichts persistierender Dominanz stationärer Entwöhnungsbehandlungen (Abb. 1) – bei rückläufigen Rehabilitationsdauern – fehlen also Strategien, die bestmögliche Nutzung des Behandlungsspektrums im Einzelfall zu bahnen und aktive Mitgestaltung zu erlernen. Das Koordinationsangebot der Gemeinsamen Servicestellen der Reha-Träger ist hier wenig hilfreich, da es sich ganz überwiegend auf die Zuständigkeitsklärung richtet.

Berufliche Perspektivenentwicklung

Unverkennbar ist weiterhin ein Innovationsbedarf für Hilfen zur beruflichen Perspektivenentwicklung.

Teilhabe ist das Kernziel im SGB IX und stellt auch für die Rentenversicherung im Sinne beruflicher Wiedereingliederung ein Kernziel dar. In Zeiten von Massenarbeitslosigkeit, Arbeitsverdichtung und erhöhtem Renteneintrittsalter („Rente mit 67“) wird die Unterstützung Abhängigkeitskranker bei ihrer beruflichen Wiedereingliederung zu einer besonders schwierigen, aber um so wichtigeren Aufgabe. Dies um so mehr, da wir aus Katamnesen wissen (Missel 2009, Henkel und Zemlin 2008), dass Alkoholabhängige hinsichtlich beruflicher Wiedereingliederung bisher kaum von einer stationären Entwöhnungsbehandlung profitieren, d. h. ca. 50 % der Rehabilitanden vor wie nach der Entwöhnungsbehandlung

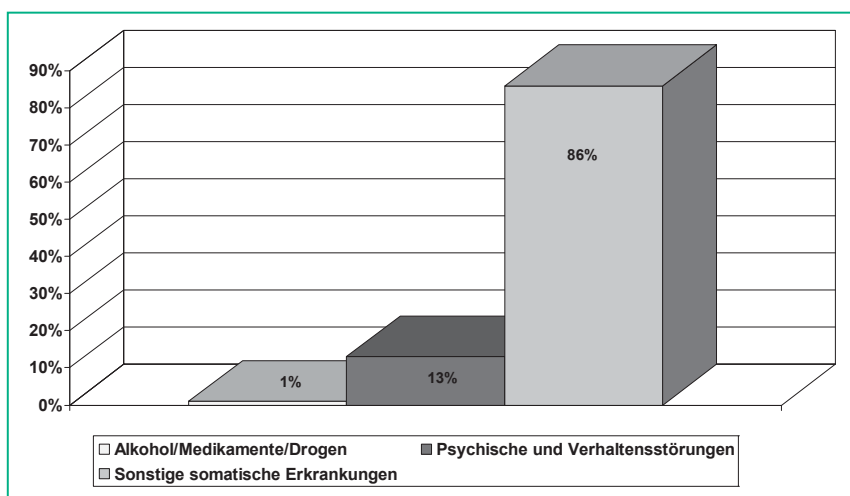


Abbildung 2: Anzahl der in 2007 durchgeführten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Verteilung der ersten Diagnose (DRV gesamt)

keine versicherungspflichtige Beschäftigung haben.

Auch Drogenabhängige benötigen gezielte Hilfen während der Entwöhnungsbehandlung zur beruflichen Perspektivenentwicklung; dass diese Bemühungen erfolgreich sind, können wir nach Ergebnissen einer Studie (Drogenkatamnese) mit erhöhten Beitragszahlungen um 30 % nach der Rehabilitation belegen (M. Fischer et.al. 2007, M. Stapel, B. Kulick, 2008).

Drängend wird der Ruf nach Innovation auch durch KTL-Ergebnisse der DRV Bund (Lindow 2008), die auf eine große, nicht durch spezifische Ansätze erklärbare Variationsbreite an berufsorientierenden Angeboten während der Entwöhnungsbehandlung in verschiedenen Fachkliniken schließen lassen.

Schließlich ist auch zu erwähnen, dass nur 1 % der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Deutschen Rentenversicherung bei Versicherten mit der Erstdiagnose einer Abhängigkeitserkrankung erbracht werden, obwohl sie chronisch krank, bei Arbeitslosigkeit hoch rückfallgefährdet sind und – wie psychosomatische Patienten auch – durch psychiatrische Komorbiditäten (z. B. Persönlichkeitsstörungen) weiterhin in ihrer Erwerbsfähigkeit gefährdet sein können (Abb. 2).

Nutzung und Integration ambulanter Leistungsformen

Das dritte Feld mit erheblichem Innovationsbedarf sehe ich in der zielorientierten Nutzung und Kombination von stationären und ambulanten Leistungsformen.

Die ambulante Rehabilitation als zukunftsweisende und kostengünstige Leistungsform verdient eine geeignete Integration in die Gesamtrehabilitation, insbesondere nach Vorliegen des zwischen Renten- und Krankenversicherung sowie den Verbänden abgestimmten neuen Rahmenkonzeptes zur ambulanten Rehabilitation 2008, das eine Potential- und Qualitätssteigerung im ambulanten Bereich vorsieht und ermöglicht (Abb. 3).

4. Konzepte mit innovativen Elementen der Entwöhnungsbehandlung

Zu den geschilderten Bereichen mit vorrangigem Innovationsbedarf – Selbstbestimmung und Koordination, berufliche Integration und sektorenübergreifende Leistungserbringung – möchte ich auf drei Projekte in Rheinland-Pfalz Bezug nehmen, die z. T. modellhaft erprobt und teilweise wissenschaftlich evaluiert werden.

1 Klassifikation Therapeutischer Leistungen (DRV Bund 2007)

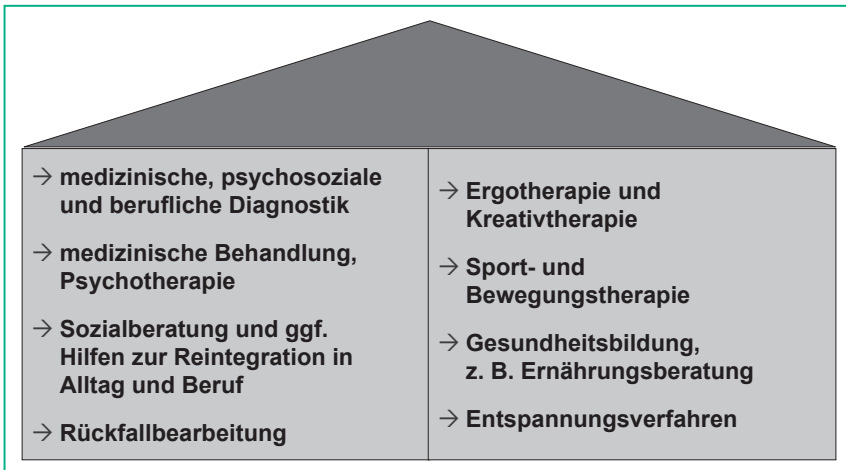


Abbildung 3: Behandlungselemente einer umfassenden ambulanten Rehabilitation (Rahmenkonzept 2008 RV und KV)

Alle Projekte wurden in Kooperation und gemeinsamen Expertengruppen von Leistungsträger und schwerpunktmäßig belegten Entwöhnungseinrichtungen, punktuell ergänzt durch Vertreter des Landesministeriums und der Krankenkassen in Rheinland-Pfalz, entwickelt und auf den Weg gebracht.

Die Vorteile gemeinsamer Konzeptentwicklung liegen auf der Hand: Innovationsbedarfe werden im Austausch frühzeitig erkannt und als solche kommuniziert, bei handlungsleitenden Entwürfen werden Möglichkeiten und Grenzen der Partner wahrnehmbar und in die Überlegungen einbezogen. Verwaltungs- und klinische Kompetenzen werden zusammengeführt, so dass Neukonzeptionen von vornherein die Umsetzbarkeit in die Leistungspraxis des Rehabilitationsträgers als auch der Rehabilitationseinrichtungen beachten.

Mit Dank an die kooperierenden Einrichtungen „gemeinsam mit uns im Boot“ ist dieses Vorgehen, das auch von der Deutschen Rentenversicherung Bund im Bereich Qualitätssicherung gepflegt wird, als ein innovatives Element in der Entwöhnungsbehandlung hervorzuheben. Es hat sich – wie an nachfolgenden Innovationsbeispielen erkennbar – bewährt und sollte Schule machen.

Die beispielhaften Projekte werden in ihren Kernbereichen dargestellt – mit besonderer Fokussierung der aus Sicht der Verfasserin neuartigen Elemente.

4.1 Fallbegleitung

Abhängigkeitskranke sind in besonderem Maße mit komplexen Problemlagen behaftet, die einen sektorenübergreifenden Rehabilitationsbedarf begründen und länger dauernde Prozesse beinhalten, für deren Bewältigung Abhängigkeitskranke oft die erforderlichen Kompetenzen in Selbstorga-

nisation und -management fehlen. Sie benötigen eine professionelle Anleitung zu eigenverantwortlichem Handeln unter Beachtung von Kontextfaktoren.

Vor etlichen Jahren hat die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz begonnen, ausgewählten Patientengruppen mit Problemen im Selbstmanagement einen Fallbegleiter als „Lotsen“ oder „persönlichen Berater“ zur Seite zu stellen.

Inzwischen sind mehrere Fallbegleitungsmodelle etabliert, von denen Abhängigkeitskranke profitieren können und die mehrheitlich wissenschaftlich begleitet werden (Abb. 4).

In allen Modellen stehen Erwerbsbezug und Unterstützung bei beruflicher Wiedereingliederung im Vordergrund. Die Leistungen werden zum Teil von Mitarbeitern des Rentenversicherungsträgers (siehe Faath 2008) als Serviceleistungen des Rehabilitationsträgers erbracht, zum Teil versichertenbezogen als sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI, vorwiegend KTL

definiert und von Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen der Nachsorge erbracht.

Beim Projekt „**Verzahnung medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**“ sowie „**Mut zum Job**“ werden Abhängigkeitskranke, die ihre Entwöhnungsbehandlung in der trägereigenen Fachklinik abgeschlossen haben, bei der Bewältigung berufsintegrierender Schritte (Übergang von medizinischer und beruflicher Rehabilitation, d. h. hier Bildungsmaßnahmen und Eingliederungshilfen) von einer Fallbegleiterin der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz beraten und unterstützt. Der/die Versicherte verpflichtet sich, zeitgleich an einer ambulanten Nachsorge durch eine Suchtberatungsstelle teilzunehmen und regelmäßig Leberwerte vorzulegen.

Beim Modell „**Stärke durch Vernetzung**“ im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements steht ein Fallbegleiter der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz allen Beteiligten (Betrieb, Rehabilitationseinrichtungen, Versicherten) als Ansprechpartner und Koordinator bei Verfahrensfragen und Beschwerden, Komplikationen problemlösend und mit außerordentlich hoher Akzeptanz zur Seite.

Ein erster Einbezug der Rehabilitationseinrichtungen gelang beim Modell „**Fallbegleitung bei Stufenweiser Wiedereingliederung**“, das Versicherten in allen Indikationen angeboten wird. Das Konzept wurde indikationsübergreifend erarbeitet und wird wissenschaftlich evaluiert (Universität Hamburg). Mit dem Ziel, durch Stufenweise Wiedereingliederung die Rückkehr an den Arbeitsplatz ohne Abbruch zu erreichen, gibt die vorbehandelnde Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Nachsorgegesprächen gezielte Hilfestellung bei auftauchenden Problemen mit Arbeit und Betrieb.

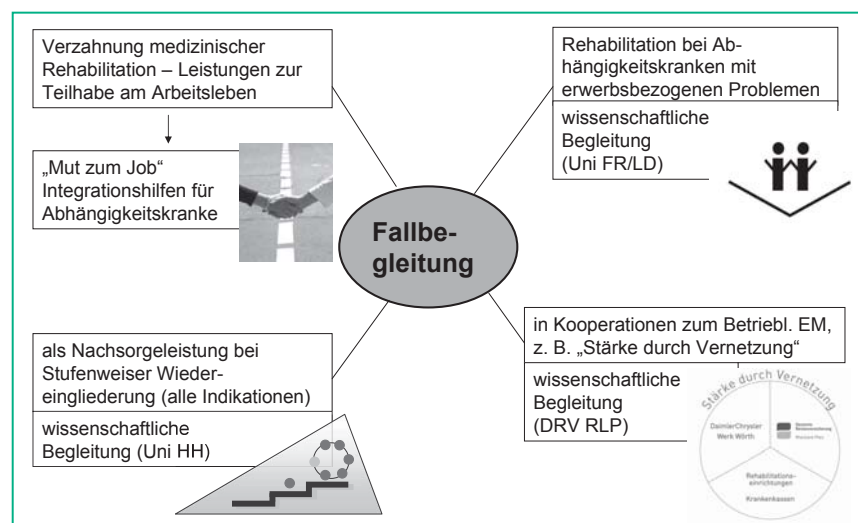


Abbildung 4: Fallbegleitungsmodelle der DRV Rheinland-Pfalz

Das Projekt „Reha-Fallbegleitung bei Abhängigkeitskranken mit erwerbsbezogenen Problemen“ richtet sich an Abhängigkeitskranke mit Störungen in der Erwerbsbiographie sowie an die weiteren Risikogruppen „Therapiewiederholer“ und „Nichtantreter“ bereits bewilligter Entwöhnungsbehandlungen.

Als Maßnahme der Prozessbegleitung vom Zeitpunkt der Kostenzusage bis zur angestrebten beruflichen Wiedereingliederung (6 Monate nach Rehabilitationsende) trägt die Reha-Fallbegleitung zur Optimierung des Rehabilitationserfolges durch Verbesserung des Zugangs, der Vernetzung und der Nachhaltigkeit der Rehabilitation Abhängigkeitskranker bei. Durch persönliche Begleitung der Versicherten in Anbindung an die Entwöhnungseinrichtung sollen Beziehungskonstanz und individuell zugeschnittene Rehabilitationsverlaufschritte die Eingliederungsmotivation des Abhängigkeitskranken stärken und Schnittstellenprobleme wie Reibungsverluste mindern.

Im Rahmen von insgesamt 20 Kontakten erhält der Versicherte vom Fallbegleiter Unterstützung in den Bereichen:

- Erhalt der Abstinenz
- berufliche Wiedereingliederung
- Krisenmanagement
- Kooperationsmanagement.

Geeignete Versicherte werden vom Leistungsträger ausgewählt und mit der Rehabilitationseinrichtung mit der Kostenzusage zur Fallbegleitung gemeldet. In der Regel nimmt der Fallbegleiter bereits während der Entgiftung Kontakt mit dem Versicherten auf und bereitet zum Beginn der Entwöhnungsbehandlung eine Zielvereinbarung vor, die vom Versicherten, dem Leistungsträger und der Rehabilitationseinrichtung unterzeichnet wird. Checklisten erleichtern dem Fallbegleiter die vielfältigen Aufgaben, insbesondere in der poststationären Hauptphase, in der es um Umsetzung der beruflichen Perspektiven und Arbeitsplatzsuche, aber auch um Krisenbewältigung und Umgang mit Familie, Freunden, Freizeit und Organisation des Alltags geht. Der Fallbegleiter erledigt seine komplexe und anspruchsvolle Aufgabe unter Supervision und mit Rückhalt durch die Klinikleitung.

Die Fallbegleitung endet bei Erfolg spätestens 4 Wochen nach Arbeitsaufnahme und insgesamt 6 Monate nach Ende der Entwöhnungsbehandlung. Die Vergütung erfolgt als „Gesamtpauschale Fallbegleitung“ zuzüglich eines Bonus bei erfolgreicher beruflicher Integration und Aufnahme eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses.

Evaluiert wird das Modell seit 2007 durch eine qualitative und quantitative wissenschaftliche Kooperationsstudie der Universitäten Freiburg/Breisgau und Landau.

Die wissenschaftliche Begleitung wird zeigen, ob es tatsächlich gelingt, dass Abhängigkeitskranke mit Fallbegleitung

- im Reha-Prozess gehalten werden können (positive Prognose)
- die Angebotsvielfalt zur passgenauen Rehabilitation nutzen
- die berufliche Integration gefördert wird
- die Selbstmanagementkompetenzen des Rehabilitanden gestärkt und Rückfalltendenzen gesenkt werden
- sich der Mehraufwand für den Leistungsträger durch verkürzte Reha-Zeiten im Gesamtprozess und erhöhte berufliche Eingliederungsraten rechnet.

Alle Fallbegleitungsangebote werden sehr gut angenommen und von den Versicher-

ten mehrheitlich als wesentliche Hilfestellung beschrieben.

4.2 Modell „Kombi-Behandlung“

In das Jahr 1994 reichen Bemühungen in Rheinland-Pfalz zurück, stationäre und ambulante Entwöhnung zu individualisieren und zu flexibilisieren durch sogenannte Intervall- bzw. inzwischen Kombi-Behandlungen. Ohne einen Durchbruch zur sektorenübergreifenden, im Einzelfall passgenauen Rehabilitationsgestaltung erreichen zu können, wurden dennoch wichtige Erfahrungen gesammelt, die heutigen Innovationen zugute kommen.

Aus Nachbefragungen von Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz zur ambulanten Rehabilitation Sucht,

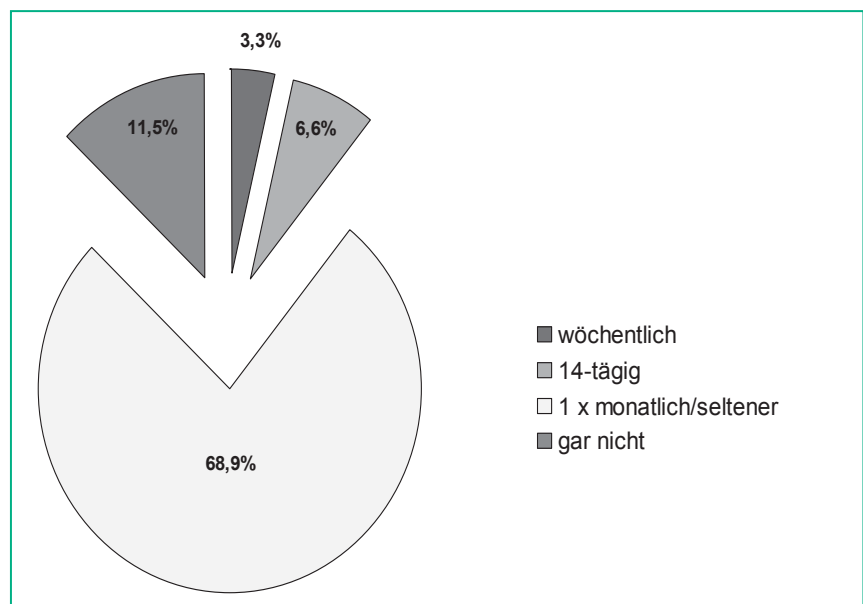


Abbildung 5: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz ARS Behandlungselemente: Häufigkeit der ärztlichen Betreuung (N = 110)

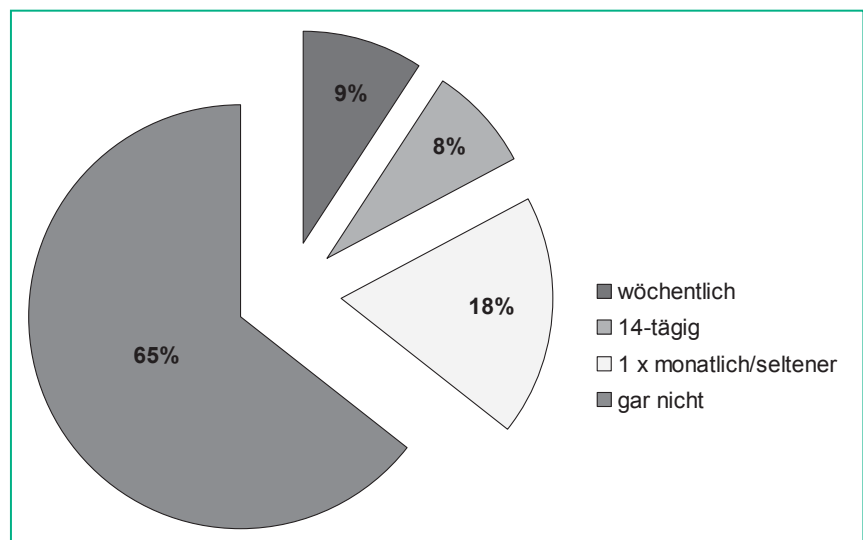


Abbildung 6: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz ARS Behandlungselemente: Häufigkeit berufsbezogener Maßnahmen (N = 87)

auch poststationären Rehabilitationen, aus den Jahren 2003 bis 2007 (Abb. 5 und 6) ist erkennbar, dass zwar die Vergütungspauschale für umfassende Rehabilitationsleistungen ambulant gelten soll, in der Realität aber wichtige Bereiche wie ärztliche Betreuung und berufsbezogene Maßnahmen kaum erbracht werden.

Diese und weitere Unterschiede zur stationären Rehabilitation erschwerten auch nach Aussagen der Rehabilitationskliniken oft die frühzeitige Überleitung in eine ambulante Phase, zumal feste Kooperationen mit den anerkannten Rehabilitationsstellen im Land in der Regel nicht existierten.

Seit 2005 setzt die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz in Kooperation mit sieben Einrichtungen für Alkohol, Medikamenten- und Drogenabhängige ein Konzept „Kombi-Behandlung“ um, das als gesonderte Form der medizinischen Rehabilitation definiert ist. Durch einige neuartige Elemente geht es über bisherige Ansätze hinaus.

Die ausgewählten Einrichtungen beteiligen sich an einem gemeinsamen sektorenübergreifenden Rahmenkonzept, das einen Wechsel von stationären und ambulanten Reha-Phasen obligatorisch vorsieht (Abb. 7).

Als Charakteristika lassen sich hervorheben:

- Es gibt ein verbindliches Rahmenkonzept mit Festlegung von Richtwerten für Dauer, Inhalte und Umfang der Leistungen sowie Vergütung („Entwöhnung aus einem Guss“).
- Mit einer Kostenzusage für die Gesamtrehabilitationsleistung ist das Verwaltungsverfahren spürbar vereinfacht.
- Die sektorenübergreifende Entwöhnung ermöglicht unmittelbare Wechsel in der Leistungsform nach individuellem Bedarf (z. B. auch Rückverlegung in Fachklinik)
- Spezifische Behandlungselemente in stationärer wie auch ambulanter Phase (z. B. indikative Gruppe und Belastungserprobung stationär, Integrationsförderung und Krisenmanagement ambulant) ergänzen sich unter gemeinsamem konzeptionellen Dach.
- In die Vergütung werden zusätzliche Leistungseinheiten zur Stärkung des umfassenden Rehabilitationsansatzes in der ambulanten Phase einbezogen (Abb. 8).

Einige Elemente eignen sich auch als Anstoß für die Weiterentwicklung ambulanter Rehabilitation. Das neue Rahmenkonzept der Renten- und Krankenversicherung vom Dezember 08 sieht eine Qualifizierung und Stärkung des umfassenden Rehabilitationsansatzes vor, für dessen Umsetzung die Berücksichtigung von Leistungen, die für die Rentenversicherung erfolgsentscheidend sind, bei der zukünftige Vergütung förderlich wäre.

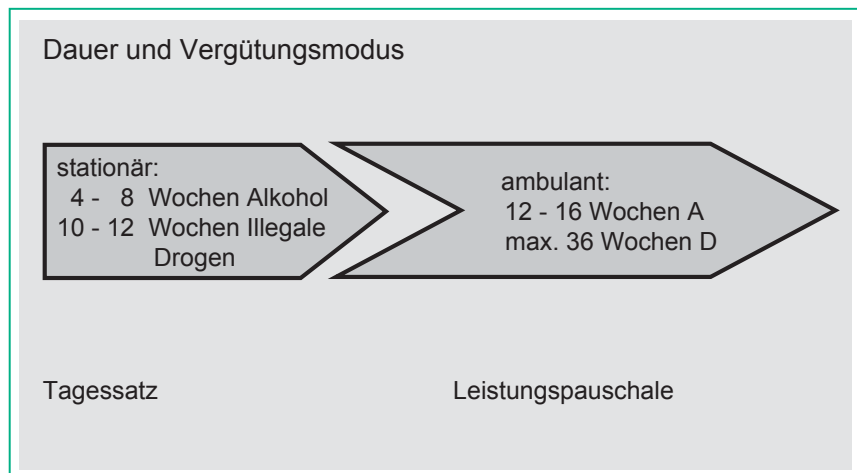


Abbildung 7: Modell Kombi-Behandlung der DRV Rheinland-Pfalz bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit

Modell „Kombi-Behandlung“

Ambulante Phase: max TE 40 (A + M), 60 (D)

Vergütung:

Ausgewählte Leistungen [Bereiche KTL]

Einzel- und Gruppengespräche [G]

Ärztliche Leistungen (z. B. Information, Schulung)

Berufsintegrierende und sozialtherapeutische Leistungen (z. B. sozialrechtliche Beratung, Organisation und Monitoring beruflicher Belastungserprobung) [D, G]

Koordinations- und Organisationsaufgaben (z. B. Planung und Vorbereitung weiterführender Maßnahmen und Nachsorge) [D, F]

Abbildung 8: Vergütung ambulanter Leistungseinheiten

4.3 Modell BORIS – Berufs-Orientierungs-Center für Rehabilitation und Integration Suchtkranker

Das dritte Modell „**Berufs-Orientierungscenter zur Rehabilitation und Integration Suchtkranker-BORIS**“ richtet sich auf die Vorbereitung und Förderung beruflicher Wiedereingliederung im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung für abhängigkeitskranke Rehabilitanden mit deutlichen Vermittlungshemmnissen (z. B. fehlende Schul- und/oder Berufsausbildung, mehrfacher Arbeitsplatzwechsel oder geringfügige Beschäftigung in den letzten 5 Jahren, Arbeitslosigkeit).

Das Projekt BORIS (Abb. 9) wird im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung von mehreren Fachkliniken in der Region Südpfalz unter Beteiligung der eigenen Fachklinik Eußerthal gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz getragen. Es dient der Optimierung arbeitsweltbezogener Diagnostik für die genannte Zielgruppe und Verbesserung der Teil-

habe am Arbeitsleben. Die Versicherten werden nach mindestens 4 – 8 Wochen Rehabilitationsdauer unter spezifischen Fragestellungen für einen Assessmenttag in BORIS vermittelt. Regelmäßig vorausgegangen ist eine für alle beteiligten Einrichtungen vereinheitlichte arbeitsbezogene Basisdiagnostik, die eine ausführliche Arbeits- und Berufsanamnese, ein Fähigkeitsprofil, eine Selbst- und Fremdeinschätzung der Leistungsfähigkeit sowie eine medizinische und psychosoziale Diagnostik, inklusive Diagnostik komorbider Störungen, beinhaltet.

Das Rehabilitationsassessment ersetzt somit nicht die arbeitsweltbezogene Routinediagnostik der Klinik. Es präzisiert und ergänzt die in der Klinik gewonnenen berufsbezogenen Erkenntnisse anhand eines konkreten Arbeitsauftrags.

Ein Schwerpunkt des Assessments liegt in einer spezifischen Verhaltensbeobachtung, die Defizite in der Kommunikation und in sozialer Kompetenz feststellen soll.

Projekt BORIS - Berufsorientierungs-Center zur Rehabilitation und Integration Suchtkranker*

Ziele:	Optimierung arbeitsweltbezogener Diagnostik und Verbesserung der Teilhabe
Zielgruppe:	alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Rehabilitanden mit besonderen Vermittlungshemmnissen
Kooperation:	Fachkliniken zur Entwöhnung (A, M, D)
Zeitpunkt:	4 bis 8 Wochen nach Reha-Beginn
Fachkräfte (TZ):	Diplompsychologe, Ergotherapeutin,
Instrumente:	- Intelligenz- und Leistungstest (z. B. LPS) - arbeitsweltbezogene Tests und Fragebögen (z. B. IDA, AVEM) - Selbsteinschätzungsbögen (z. B. CISS, KV-S) - videogestützte Verhaltensbeobachtung
Ergebnis:	Strukturierter Bericht an Leistungsträger und Fachklinik

Abbildung 9: BORIS * (Fachkliniken EuBerthal, Ludwigsmühle I und II, Landau und Pfälzer Wald)

Mittels Video-Simulation im Gruppensetting und weiterer Instrumente werden Lösungs- und Verbesserungsmöglichkeiten für den weiteren Rehabilitationsverlauf aufgezeigt.

Abschließend wird ein Bericht erstellt, der für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, für weitere Trainingsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen und für die Träger der beruflichen Integration, wie z. B. für die Reha-Fachberater der Deutschen Rentenversicherung, die Agenturen für Arbeit u. a., verwertbar ist. Der Bericht soll Einschätzungen der Leistungsfähigkeit, Aussagen zu vorhandenen Fähigkeiten, Fertigkeiten, Belastbarkeit und Sozialverhalten, eine Einschätzung der Vermittlungsmöglichkeiten sowie die Entwicklung einer Perspektive zur beruflichen Integration – unter Berücksichtigung des aktuellen Arbeitsmarktes – beinhalten.

Ergänzt wird diese neuartige Initiative durch weitere Hilfestellungen zur Berufsintegration: die verschiedenen Fallbegleitungsinitiativen, die Kooperationen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement und „Stärke durch Vernetzung“, die Beteiligung am Modellprojekt vom Bundesministerium für Gesundheit und Land Rheinland-Pfalz „FAIRE“/„Jobwärts“ mit einem speziellen Dienstleistungsangebot zur Arbeitsmarktintegration für die Suchtkrankenhilfe und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Bildungs- und Integrationsmaßnahmen.

Das Projekt ist im Februar 2009 angelaufen. Es verspricht zusätzliche Synergieeffekte, indem es zur Vereinheitlichung der Basisdiagnostik und zur engeren regionalen Kooperation der Fachkliniken untereinander auch in anderen Feldern führt.

4.4 Zusammenfassung innovativer Projektelemente

Alle drei Projekte haben innovative Elemente gemeinsam, die nachfolgend zusammengeführt und herausgestellt werden sollen (Abb. 10):

Der zunehmenden Forderung nach Passgenauigkeit und Individualität auf der einen Seite und möglichst weitgehender Standardisierung auf der anderen Seite kommen die Projektansätze durch differenzielle Indikationsstellung und fallgruppenspezifische Ansätze nach. Für die jeweiligen Fallgruppen werden Kriterien definiert und diagnostische Instrumente zur individuellen Einschätzung von Beeinträchtigungen sowie Erfolgsparameter festgelegt. Dies erfordert ein Zusammenwirken aller Beteiligten, das durch abgestimmten Umsetzungs-

und Rückkopplungsverfahren sichergestellt ist.

Alle Projekte betonen die Zielorientierung der Rentenversicherung, nämlich berufliche Integration und Beschäftigungserhalt. Auch zu diesem Zielaspekt ist die Kooperation von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Betrieben entscheidend. Durch Kooperationen (Betriebliches Eingliederungsmanagement) und gemeinsame Ressourcennutzung (BORIS) sowie enge sektorenübergreifende Vernetzung (Kombi-Behandlung) und schnittstellenüberwindende Unterstützung der Suchtkranken im Selbstmanagement (Fallbegleitung) kommt es zu Synergien und Begrenzung eines ansonsten notwendigen Zusatzaufwandes.

Ein wichtiger Aspekt für den Rehabilitationsträger, aber auch für die Einrichtungen ist ein schlankes Verwaltungsverfahren, das Abweichungen vom Routine- bzw. Standardvorgehen kaum spürbar werden lässt bzw. sogar Vereinfachungen bringt (z. B. eine Kostenzusage bei Kombi-Behandlungen). Hierzu gehören auch Vergütungspauschalen, die allen Seiten aufwändige Detailberechnungen ersparen können. Dabei gilt allerdings nach wie vor das gesetzlich verankerte Sachleistungsprinzip.

Schließlich werden – zumindest in einem Projekt – mit ergebnisorientierter Vergütung und damit Erprobung von Anreizen für besonders erfolgreiche Rehabilitationsstrategien erste Erfahrungen gesammelt.

Als Handlungskonsequenzen für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation und Entwöhnungsbehandlung Abhängigkeitskranker werden aus den bisherigen Projekterfahrungen für weitere Innovationen empfohlen (Abb. 11):

Gemeinsame Kernelemente der Projekte Fallbegleitung, Kombi-Behandlungen, BORIS

- Passgenauigkeit und Individualität durch differentielle Indikation
- Beteiligung der Rehabilitanden und Rehabilitationseinrichtungen an Indikationsstellungen und Leistungsentscheidungen
- Zielorientierung berufliche Integration, Erwerbstätigkeit
- Synergie durch Kooperationen (Rehabilitationseinrichtungen, Betriebe, Leistungsträger)
- Schlankes Verwaltungsverfahren
- Vergütungspauschale (modul- und fallgruppenbezogen)
- ergebnisorientierte Vergütung in Erprobung

Abbildung 10: Gemeinsame Kernelemente der Projekte in Erprobung

- Primat der Zielorientierung ernst nehmen
- Indikationen kriteriengeleitet stellen
- Entscheidungen transparent treffen
- Verantwortung für Reha-Gestaltung auf mehrere Schultern verteilen
(Leistungsträger ↔ Reha-Einrichtung ↔ Versicherten)
- Verbindlichkeit bei Kooperationen sicherstellen

Abbildung 11: Handlungskonsequenzen

5. Abschlussbemerkungen

Es konnten nur beispielhaft Initiativen zur Optimierung von Elementen in der Entwöhnungsbehandlung vorgestellt werden. Bundesweit gibt es andere wegweisende Innovationen. Ich bin fest davon überzeugt, dass es in den therapeutischen Inhalten der Entwöhnungsbehandlung kaum noch etwas zu verbessern gibt, unsere Hausaufgaben heute und zukünftig vor allem darin liegen, Abhängigkeitskranke in der Entwöhnungsbehandlung in besonderer Weise zu befähigen, verantwortlich und entscheidungskompetent an ihren individuellen Rehabilitationsprozessen maßgeblich mitzuwirken und sie zu unterstützen, neben der Abstinenz die berufliche Wiedereingliederung als wesentliches Reha-Ziel anzustreben und möglichst zu erreichen. Dabei spielen Strukturgebung durch beispielsweise Checklisten und verbindliche Absprachen, am besten schriftlicher Art, eine wesentliche Rolle.

Die geschilderten Elemente

- indikative Verknüpfung von Leistungssegmenten
- Förderung von sozialer und beruflicher Stabilität und
- verbesserte Koordination im Gesamtrehabilitationsprozess werden an Bedeutung weiter zunehmen.

Ihre Leistungsfähigkeit werden sie durch wissenschaftliche Evaluation unter Beweis stellen müssen.

Der finanzielle Aufwand für strukturfördernde und Koordinationsleistungen ist von den Reha-Trägern durchaus leistbar, wenn sie diese auf der Prioritätenliste höher setzen und Leistungsausweitungen in Feldern vermeiden können, die zwar politisch aufgeladen, aber nicht zu den genuinen Aufgaben gehören.

Zum Abschluss ein Bild: Aufgabe der Leistungsträger wie auch der Rehabilitationseinrichtungen ist es, für Abhängigkeitskranke die Brücke zu schlagen zwischen Substanzabhängigkeit mit Gefährdung der Erwerbsfähigkeit und dem rettenden Ufer von Teilhabe und Reintegration in Beruf und Gesellschaft über den Fluss des gegliederten Systems, das zwar viele Leistungsmöglichkeiten und Integrationshilfen bietet, aber deren Verknüpfung bisher nicht gewährleistet. Es bleibt bis auf Weiteres die erfolgsentscheidende Aufgabe, aus einer Hängebrücke mit zwar stabilen Trittbalken aber großen und kleinen Zwischenlücken eine trittfeste geschlossene Glasfaserbrücke zu bauen – elastisch, belastbar und für denjenigen Abhängigkeitskranken, der mit oder ohne Begleitung über diese Brücke geht, chancenreich, das Ufer „Teilhabe“ gestärkt und zuversichtlich zu erreichen.

Literatur

- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008
- Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ – DRV Bund 2009
- Förderschwerpunkt: versorgungsnahe Forschung im Bereich „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ des BMBF, der DRV und der KK-Verbände seit 2006
- Henkel, D., Zemlin, U. (Hrsg.) Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Fachhochschulverlag 2008
- Henkel, D., Zemlin, U., Dornbusch, P. Arbeitslosigkeit und Suchtrehabilitation in Henkel, D., Zemlin, U., (Hrsg.) s. o.
- Lindow, B., Zander, J., Klosterhues, H. Therapeutische Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben in Henkel, D., Zemlin, U. (Hrsg.) s. o.
- Faath, V. Fallmanagement der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz zur Überwindung der Schnittstelle zwischen medizinischer Suchtrehabilitation und beruflicher Integration in Henkel, D., Zemlin, U., (Hrsg.) s.o.
- Missel, P. Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker – Katamneseergebnisse 2008 in Sucht-Aktuell 2009
- Fischer, M., Missel, P., Nowak, M., Roeb-Rienas, W., Schiller, A., Schwelm, H. Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese) – Teil II: Abstinenz und Rückfall in der Halbjahres- und Jahreskatamnese. SuchtAktuell 2, 2007
- Stapel, M., Kulick, B. Bemessung des Rehabilitationserfolgs durch Leistungsträger bei der Drogenrehabilitation – eine Verlaufsuntersuchung. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Münster, DRV-Schriften, Band 83, 2009

Autorin:

Dr. Barbara Kulick
Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz
Leiterin des
Dezernats 3.3
E-Mail: barbara.kulick@drv-rlp.de

Literaturhinweis

Fend, H., Berger, F., Grob, U. (Hrsg.): Lebensverläufe, Lebensbewältigung, Lebensglück – Ergebnisse der Life-Studie, Wiesbaden 2009, ISBN 978-3-531-15352-0, 39,90 €

Das Buch befasst sich mit den zentralen Fragen der Prognose sowie der Stabilität und des Wandels menschlicher Entwicklung von der späten Kindheit bis hin ins frühe Erwachsenenalter. Hierzu wurden über 1.500 Personen vom 12. bis hin zum

35. Lebensjahr im Rahmen der Life-Studie, einer der längsten prospektiven Entwicklungsstudien im deutschsprachigen Raum, untersucht. Im Mittelpunkt des Interesses standen hierbei die Themen

- Wege in den Beruf und die ökonomische Selbständigkeit,
- soziale Entwicklung und Verselbständigung von der Adoleszenz bis ins frühe Erwachsenenalter,

- Wege zu politischer und kultureller Teilhabe,
- psychosoziale Entwicklung und Lebensbewältigung.

Die Studie zeigt sowohl überraschende Hinweise hinsichtlich der Relevanz und Vorhersagekraft von frühen Erfahrungen sowie der Stabilität von Orientierungen aus dem Jugendalter wie auch die eindrückliche Plastizität in der menschlichen Entwicklung und die Vielfalt in den individuellen Lebensverläufen.