



GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE

IANVA

Konzept

KOMBI SAAR

MODELL KOMBI SAAR

IANVA G. P. S. mbH, SHG-Fachklinik Tiefental

1. Ausgangssituation und Bedarf

Die Versorgung von Abhängigkeitserkrankten ist gekennzeichnet durch die Diskrepanz zwischen der hohen Anzahl von Erkrankten auf der einen Seite und einem geringen Anteil Betroffener auf der anderen Seite, bei denen tatsächlich eine immer notwendige Rehabilitationsmaßnahme als Entwöhnungsbehandlung durchgeführt wird. Aus diesem Grunde gibt es seit Jahren Versuche, unter den Prinzipien von Frühzeitigkeit und Nahtlosigkeit die Effektivität der Suchtkrankenversorgung zu verbessern. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen wurden dazu integrierte Versorgungsprogramme entwickelt. Diese verbessern die Effektivität der Vermittlung in eine nachfolgende Rehabilitationsmaßnahme. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation wurde aufgrund selektiver Indikationsentscheidungen neben der traditionellen stationären Rehabilitation die berufsbegleitende ambulante Rehabilitation, die ganztags ambulante Rehabilitation und Kombi-Behandlungen mit modularem Ansatz implementiert.

Die Effektivität der stationären und ambulanten Rehabilitation ist nachgewiesen (Missel, et al: Effektivität der stationären ambulanten Suchtrehabilitation, Sucht aktuell 1.2010; Missel, et al: Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation, Sucht aktuell 1.2010).

In der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 haben die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger die Abgrenzung von Akutbehandlung und Rehabilitation geregelt und Indikationskriterien für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation entwickelt. In der Anlage 3 zur Vereinbarung wird in der Fußnote davon ausgegangen, dass für eine valide differenzierte Indikationsentscheidung eine mindestens vierwöchige ambulante Probebehandlung notwendig ist. Als Zugangsvoraussetzung für eine Rehabilitation wird eine abgeschlossene Entzugsbehandlung mit stabiler Abstinenz und eine erste tragfähige Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation als Voraussetzung der Rehabilitationsfähigkeit angesehen. In der Statistik der Deutschen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Statistik Rehabilitation. Abhängigkeitserkrankungen) wird deutlich, dass eine große Diskrepanz besteht zwischen der Anzahl der Anträge, der Anzahl der Bewilligungen und der Anzahl der tatsächlich angetretenen Leistungen. Gleichzeitig wird beobachtet, dass eine zunehmende Anzahl von Patienten beim Antritt einer stationären Rehabilitation nur unzureichend entzogen sind und zum Teil mit erheblicher bestehender psychotroper Medikation als Hindernis zur Aufnahme kommen. Dies sind Zeichen für eine mangelhafte Rehabilitationsvorbereitung. Eine große Anzahl von Rehabilitationsanträgen wird nach stationären Kurzinterventionen in Allgemeinkrankenhäusern und in psychiatrischen Fachkliniken gestellt, ohne dass die Anforderungen zur Differenzialindikation der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen erfüllt sind.

Für eine Gruppe von Erkrankten ist es sinnvoll, die Vorteile der stationären und der ambulanten Rehabilitation miteinander zu kombinieren, um einerseits einen stabileren Rehabilitationsbeginn sicher zu stellen und andererseits eine Integration in Alltag und Berufsleben zu ermöglichen und letztendlich die Nachhaltigkeit der Maßnahme zu verbessern. Dazu wurden Modelle von

Kombibehandlungen entwickelt (Kombi-Nord: www.suchtberatung-cloppenburg.de/konzept_kombi-nord.pdf).

2. Einrichtungen

Die SHG-Fachklinik Tiefental, Rehaklinik für Abhängigkeitserkrankungen sowie IANUA, Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie sind von allen Leistungsträgern anerkannte Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke. Die Klinik Tiefental ist eingebunden in die regionalen Versorgungsstrukturen der Suchtkrankenhilfe, insbesondere in die Strukturen der stationären und ganztags ambulanten psychiatrischen Versorgung. IANUA ist insbesondere eingebunden und vernetzt über Integrierte Versorgungsverträge mit der vertragsärztlichen regionalen Versorgung. Die beiden Einrichtungen legen ein gemeinsames Konzept für eine Kombi-Rehabilitation Abhängigkeitskranker vor, in dem die besonderen Leistungsangebote und Möglichkeiten zur Effektivitätssteigerung des Prozesses miteinander verbunden werden.

3. Zielgruppe und Indikation

Die Zielgruppe sind Patienten mit Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit (Haschisch- und Stimulanzienabhängigkeit). Ausgeschlossen sind Patienten mit Heroinabhängigkeit, Kokainabhängigkeit sowie Patienten in Substitutionsprogrammen. Komorbide psychiatrische Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen, Essstörungen und somatoforme Störungen stellen keine Kontraindikation dar. Von der Kombinationsrehabilitation ausgeschlossen sind Patienten, die einer akuten psychiatrischen Behandlung bedürfen. Weiterhin ausgeschlossen sind Patienten mit akuter Suizidalität, Pflegebedürftigkeit und erheblicher Intelligenzminderung.

Notwendig ist eine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose jeweils gemessen an den unterschiedlichen Rehabilitationszielen der Rentenversicherungen und der gesetzlichen Krankenversicherungen.

Für eine Kombinationsbehandlung kommen insbesondere Patienten infrage, bei denen die Rehabilitationseingangssituation unsicher ist. Es kann sich um Patienten handeln, bei denen nur eine Kurzintervention ohne ausreichende Rehabilitationsvorbereitung vorausgegangen ist. Das Angebot richtet sich an Patienten mit noch bestehenden körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, die den umfassenden und tragfähigen Rahmen der stationären Behandlung initial erforderlich machen. Es handelt sich um eine Gruppe von Patienten, die jedoch längerfristig die Erprobung im ambulanten Setting benötigen. Dies kann zutreffen für Patienten, die noch in Arbeit sind und durch eine langfristige stationäre Maßnahme ihren Arbeitsplatz nicht gefährden wollen oder auch für arbeitslose Patienten, die von begleitenden Maßnahmen der Belastungserprobung profitieren. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung können alkohol- und medikamentenabhängige ältere Patienten profitieren, die nach einer initialen Stabilisierung die haltgebende Eingliederung in bestehende familiäre und gemeindenahere soziale Strukturen benötigen.

4. Behandlungsrahmen

4.1 Das ambulante Vorgespräch

Die Kombinationsbehandlung beginnt mit einem ambulanten Vorgespräch bei IANUA (KTL-Leistung G 010). In diesem werden die Rehabilitationsvoraussetzungen überprüft, insbesondere ob stabile

Abstinenz in einer vorangegangenen Entzugsbehandlung erreicht wurde. Sollte dies nicht der Fall sein, müssen vor Rehabilitationsbeginn weitere qualifizierte Entzugsmaßnahmen durchgeführt werden. Diese können kurzfristig stationär in SHG-Kliniken mit rascher Terminvereinbarung und nahtlosem Übergang in die stationäre Phase der Kombinationsbehandlung oder ambulant unter Nutzung bestehender Verträge zur Integrierten Versorgung Abhängigkeitserkrankungen in der Vertragsarztpraxis Steffen, Saarlouis durchgeführt werden. Auch hier erfolgt ein nahtloser Übergang in die stationäre Initialphase. Das ambulante Vorgespräch dient darüber hinaus der Information des Rehabilitanden. Ihm werden die Besonderheiten der Kombinationsbehandlungen erklärt. Dies ist insbesondere immer dann notwendig, wenn die Rehabilitation nicht primär mit der Zielsetzung der Kombi-Behandlung vorbereitet wurde. Ein Therapievertrag wird mit ihm geschlossen.

4.2 Stationäre Phase

Die stationäre Behandlung findet in der Fachklinik Tiefental statt. Die SHG Fachklinik Tiefental ist eine Rehabilitationseinrichtung für abhängige Männer und Frauen mit einem bundesweit anerkannten Behandlungskonzept. Vorab gibt es die Möglichkeit sich vor Ort über das Therapieangebot zu informieren.

Es wird zugesichert, dass die Aufnahme in die stationäre Rehabilitation kurzfristig (d.h. innerhalb von 3 Tagen) erfolgen kann. Im Vordergrund steht die gesundheitliche Wiederherstellung, abstinente Lebensweise und psychische Stabilisierung. Besondere Schwerpunkte werden gelegt auf Strategien zur Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit, Rückfallprävention, Stärkung persönlicher Ressourcen und Aufbau neuer Handlungsstrategien.

Das Behandlungsangebot umfasst:

- medizinische Versorgung und Gesundheitsförderung;
- Einzel- und Gruppentherapie;
- (indikative) psychotherapeutische Angebote für individuelle Problembereiche wie z. B. Entspannungsverfahren, indikative Bewegung, Raucherentwöhnung, Selbstbehauptungstraining, Depressionsgruppe, Musiktherapie;
- Arbeits- und Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie und Physiotherapie.

Ziel ist, dass der Rehabilitand sich mit der eigenen Abhängigkeitsentwicklung differenziert auseinandersetzen kann und in ersten Ansätzen eine Analyse seiner persönlichen Suchtgeschichte erarbeitet. Individuelle Rehabilitationsziele werden vereinbart. Die Notwendigkeit und ggf. Voraussetzungen zu eventuell beruflichen Interventionen werden geklärt. Die Dauer der stationären Phase beträgt in der Regel 8 Wochen.

4.3 Ambulante Phase

In der ambulanten Phase steht die Erprobung und Vertiefung der ersten Veränderungsschritte im Mittelpunkt. Die Rehabilitanden haben die Möglichkeit, in einem fortlaufenden psychotherapeutischen Prozess das Verständnis ihrer eigenen Abhängigkeitsgeschichte weiter zu entwickeln, alternative Bewältigungsmöglichkeiten für sich zu erarbeiten und auszuprobieren und insbesondere an ihrer gestörten Beziehungsfähigkeit zu arbeiten. In dieser Phase ist es insbesondere wichtig, die Angehörigenarbeit zu intensivieren, um einerseits rückfallgefährdende kollusive Muster aufzudecken und um andererseits stabilisierende Strukturen aufzubauen. Die Verbesserung der sozialen Kompetenz sowohl berufsbezogen als auch hinsichtlich der

Eingliederung in das Alltagsleben ist ein wichtiges Behandlungsziel. Die Übernahme von Eigenverantwortung und stabiler Selbstfürsorge, die Einübung gesundheitsbezogener Aktivitäten und insbesondere die Kontaktaufnahme zu einer Selbsthilfegruppe sind wichtige Behandlungsziele.

4.4 Krisenintervention

Wenn im ambulanten Behandlungsabschnitt krisenartige Belastungssituationen oder schwere wiederholte Rückfälligkeit auftreten, ist eine stationäre Krisenintervention von max. 4 Wochen möglich. Diese stationäre Krisen- und Rückfallbehandlung kann darüber hinaus auch bei gegebener Indikation für solche Abhängigkeitserkrankte erfolgen, die sich primär in einer ambulanten Rehabilitation befinden und ihre Rehabilitation im Anschluss daran wieder ambulant fortsetzen.

5. Organisation, Dokumentation und Qualitätssicherung

Die Kombi-Rehabilitation wird als in sich geschlossenes Behandlungsprogramm durchgeführt. Die beiden Einrichtungen stimmen konzeptionell ihr Vorgehen aufeinander ab. Sie erarbeiten gemeinsame Dokumentationsinstrumente, die den wechselseitigen Übergang ermöglichen. Die gemeinsame fortlaufende Dokumentation ist die Grundlage zur Erarbeitung einer Verlaufsdokumentation, die in den letztendlich gemeinsamen medizinischen Rehabilitationsabschlussbericht eingeht. Dadurch werden im Abschlussbericht die in den einzelnen Behandlungsphasen durchgeführten Behandlungen und die erreichten Behandlungsziele deutlich. Zur Sicherung einer Behandlungskontinuität erfolgt beim Übergang ein Übergabegespräch zwischen dem stationären und ambulanten Bezugstherapeuten sowie dem Rehabilitanden. Zur Qualitätssicherung richten beide Einrichtungen einen gemeinsamen Qualitätszirkel ein, der quartalsweise stattfindet, um die Vernetzung des Prozesses zu verbessern, Schnittstellenprobleme möglichst frühzeitig zu erkennen und zu beheben. Insbesondere zur Optimierung der Verwaltungsprozesse können die Leistungsträger (gesetzliche Krankenversicherung, Deutsche Rentenversicherung) einen Vertreter in den Qualitätszirkel entsenden.

Für jeden Patienten wird eine Basisdokumentation auf der Grundlage des Deutschen Kerndatensatzes Sucht durchgeführt. Auf dieser Grundlage wird ein Jahresbericht erstellt. Je Entlassjahrgang wird eine 1-Jahreskatamnese durchgeführt. Effektivität und Effizienz sollen evaluiert werden.

Die beiden Einrichtungen nutzen gegenseitig die Möglichkeiten der jeweils bestehenden internen Fortbildungen.

6. Beantragung, Verwaltungsverfahren und Finanzierung

Die Kombi-Behandlung kann primär als solche vorbereitet und beantragt werden. Es ist darüber hinaus möglich, dass die Rehabilitationsleistungsträger nach sozial-medizinischer indikativer Entscheidung zuweisen. Die Rehabilitation wird dabei als Gesamtleistung mit festgelegtem stationärem und ambulantem Abschnitt bewilligt. Die Gesamtbehandlungsdauer soll dabei als Regelfall ein Jahr nicht überschreiten. Der stationäre Abschnitt soll dabei in der Regel 8 Wochen betragen. Der ambulante Abschnitt umfasst in der Regel 80 Leistungen + 8 Angehörigenleistungen. Bei einem verdichteten ambulanten Prozess, wie er im gemeinsamen Rahmenkonzept gefordert

wird, wird die ambulante Phase etwa 32 Wochen umfassen. In begründeten Ausnahmefällen ist die ambulante Suchtrehabilitation auf maximal 120 Leistungen + 12 Angehörigenleistungen auszuweiten. Der Rehabilitationsleistungsträger erhält eine Wechselmitteilung 10 Tage vor dem Wechseltermin. Es gelten die für die jeweiligen Phasen gültigen leistungsrechtlichen Voraussetzungen und Vereinbarungen. Für den stationären Bereich erfolgt die Abrechnung nach den vereinbarten Tagessätzen. Für den ambulanten Bereich gilt der jeweilige Vergütungssatz der ambulanten Suchtrehabilitation. Das ambulante Vorgespräch und das Übergabegespräch sind den Einrichtungen gesondert zu vergüten. Das ambulante Vorgespräch wird vergütet in der Höhe des einfachen ambulanten Vergütungssatzes, das Übergabegespräch in Höhe des doppelten Vergütungssatzes der ambulanten Suchtrehabilitation und einer Fahrtkostenpauschale.

Eine Wissenschaftliche Begleituntersuchung und Evaluation ist möglich. Sie sollte jedoch vorab besprochen und festgelegt werden. Dazu sind gesonderte Vereinbarungen erforderlich.

**IANUA Gesellschaft für Prävention und
Sozialtherapie mbH**

Lisdorfer Straße 2 • 66740 Saarlouis

Rainer Steffen

*Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Facharzt für
Psychosomatische Medizin*

**SHG-Fachklinik Tiefental Rehaklinik für
Abhängigkeitserkrankungen**

Sonnenbergstraße 1 • 66119 Saarbrücken

Dr. med. Hans Neustädter

*Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Facharzt für
Psychosomatische Medizin*



IANVA

**GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION
UND SOZIALTHERAPIE MBH**

LISDORFER STRASSE 2
66740 SAARLOUIS
TEL. 06831 - 46 00 55
FAX: 06831 - 46 00 57
WWW.IANUA-GPS.DE
INFO@IANUA-GPS.DE

A M B U L A N T E
B E H A N D L U N G U N D
R E H A B I L I T A T I O N
A B H Ä N G I G K E I T S K R A N K E R
P R Ä V E N T I O N