

der verband
der drogen- und
suchthilfe



Thesen:
Rehabilitation
abhängigkeitskranker
Menschen

2015

© Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.
Gierkezeile 39
10585 Berlin
Tel.: 030/85400490
Fax: 030/85400491
mail@fdr-online.info
www.fdr-online.info

Version 1: September 2013

Version 2: August 2014

Version 3: Oktober 2014

Entwickelt im Arbeitskreis Suchtfragen des PARITÄTISCHEN Gesamtverbandes
Bearbeitet im wissenschaftlichen Beirat des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. unter Federführung von Dr. Arthur Günther und Helmut Schwehm
Herausgegeben vom Vorstand des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V.

Redaktion: Jost Leune

Inhalt:

Ziele des Thesenpapiers	4
Vorwort	5
Die Thesen.....	6
Exkurs 1: Anmerkungen zur Finanzierung der Hilfen.....	10
Exkurs 2: Modellprogramme	11
Literatur:.....	14

Ziele des Thesenpapiers

- + Verbesserung der Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker
- + Verbesserung des Zusammenwirkens aller Beteiligten im Sinne eines Gesamt-Plans „Rehabilitation“
- + Verbesserung der Koordinierung und Steuerung der Reha-Prozesse
- + Einführung eines suchtspezifischen Case-Managements
- + Installation von suchtspezifischen Eingliederungsverbänden und Teilhabekonferenzen
- + Einführung flexibler, parallel laufender Maßnahmen in allen Segmenten der Hilfe
- + Alltags- und Handlungsorientierung in allen Maßnahmepaketen

Die Thesen beziehen sich auf die Rehabilitation für suchtkranke Menschen, die von psychotropen Substanzen abhängig sind (Alkohol, Substanzen nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG), Medikamente) und infolge ihrer Abhängigkeit an der Teilhabe am Leben der Gemeinschaft und am Erwerbsleben behindert sind. Auf die Behandlung anderer Formen der Abhängigkeit - insbesondere Verhaltenssüchten - können die Thesen sinngemäß angewandt werden. Sie berücksichtigen das Diversity Management als strategisches Konzept, das darauf abzielt, strukturelle Benachteiligungen abzubauen und Vielfalt so zu managen, dass Bedingungen geschaffen werden, unter denen alle Menschen ihre Leistungsfähigkeit und -bereitschaft möglichst uneingeschränkt entwickeln und entfalten können. In der Suchthilfe berücksichtigt Diversity Management im Wesentlichen Differenzierungen nach Grad und Art der Beeinträchtigung, nach Gender-Gerechtigkeit, nach dem Grad der Schutzbedürftigkeit (Schutz des Kindeswohls), nach der interkulturellen Problemlage und nach der Angemessenheit der rechtlichen Vorgehensweisen

Vorwort

Die medizinische Rehabilitation für suchtkranke Menschen befindet sich in einem von den Leistungsträgern und den Leistungserbringern geforderten Prozess grundlegender Veränderungen. Beide Partner, Leistungsträger wie Leistungserbringer, haben das gemeinsame Interesse, die Teilhabe suchtkranker Menschen am Leben der Gemeinschaft und am Erwerbsleben zu ermöglichen, zu verbessern und zu sichern.

Das Erfahrungswissen der Leistungserbringer, fachliche Standards der Suchthilfe, die Anwaltschaft für die psychosozialen und sozialrechtlichen Bedarfe der Klientel und die Prinzipien eines an kontinuierlicher Verbesserung ausgerichteten Qualitätsmanagements (QM) decken sich teilweise, aber nicht immer mit den Erwartungen der Leistungsträger. Trotz unterschiedlicher Positionen in manchen Sachfragen verbindet die Partner die Frage, wie Rehabilitation und Teilhabe nachhaltiger gestaltet werden können.

Die folgenden Thesen machen deutlich, dass die Rehabilitation suchtkranker Menschen nur im Rahmen eines Gesamtplanes umfassend wirksam sein kann, der zum einen die Grundgedanken der Teilhabe und Inklusion beachtet, zum andern die Philosophie der ICF (International Classification of Functioning / Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) teilt und auf der Grundlage sozialrechtlicher Regelungen stattfinden muss .

Die medizinische Rehabilitation suchtkranker Menschen (im Folgenden: Medizinische Rehabilitation) ist eine wichtige Säule der Gesamtrehabilitation für suchtkranke Menschen. Die folgenden Thesen gehen davon aus, dass die Nachhaltigkeit bei der Rehabilitation suchtkranker Menschen gesteigert werden kann, wenn das Zusammenwirken der unterschiedlichen Leistungsträger mit der Vielfalt der Leistungserbringer optimiert wird.

Dieses Zusammenwirken wird als umfassende Rehabilitation verstanden. Ein solches Zusammenwirken ist möglich, wenn sich die Hilfspartner zusammen mit den abhängigen Menschen auf gemeinsame Ziele einigen, diese stetig überprüfen und anpassen und die betroffenen Menschen kontinuierlich begleiten. Dieses psychosoziale „management by objectives“ ist die Grundlage eines Reha-Gesamtplanes.

Berlin, den 8. September 2014
Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.
Der Vorstand

Die Thesen

These 1:

Eine umfassende Rehabilitation suchtkranker Menschen (RSM) ist mehr als die bloße Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Medizinische Rehabilitation, die sich ohne Einbindung in einen Gesamtplan darauf beschränkt, greift zu kurz.

Die Grundsatzregelungen der Sozialgesetzbücher VI und IX bestimmen die Gestaltung rehabilitativer Leistungen für suchtkranke Menschen, die über die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit hinausgehen.

Für eine umfassende Rehabilitation ist ein Reha-Gesamtplan erforderlich. Unter Gesamtplan ist ein Maßnahmenplan zu verstehen, der die an einem Reha-Prozess Beteiligten zu verbindlichem Informationsaustausch und zu aufeinander abgestimmtem Vorgehen verpflichtet. Das bedarf einer fachlichen Koordination, die als Leistung zu finanzieren ist.

These 2:

Der Auftrag zur Verbesserung der Teilhabe muss als gemeinsame Aufgabe von allen teilhabe-relevanten Akteuren verstanden und mit einer gemeinsamen Strategie zur Einbeziehung der Betroffenen umgesetzt werden.

Medizinische Rehabilitation als Strategie und Maßnahme zur Teilhabeverbesserung muss die veränderten Bedarfe einzelner Zielgruppen – insbesondere im Hinblick auf eine berufliche Wiedereingliederung - in den Blick nehmen.

Es müssen daher Vernetzungsstrukturen aufgebaut werden, da Teilhabebedarfe fast immer mehrdimensional sind. Für die Koordinierung eines regional ausgerichteten Reha-Gesamtplanes müssen strukturelle und personelle Voraussetzungen geschaffen werden.

These 3:

Der von Leistungsträgern und Leistungserbringern formulierte Anspruch „Hilfe aus einer Hand“ muss für die betroffenen Menschen erfahrbar sein. Dazu bedarf es eines suchtspezifisches Case-Managements.

Die Rehabilitation suchtkranker Menschen kann aufgrund des gegliederten Systems der sozialen Sicherung nicht von einem einzelnen Leistungsträger oder Leistungserbringer allein gestaltet werden. Sie muss im Sinne des SGB IX als fallbezogene und bedarfsorientierte Zusammenführung unterschiedlicher Maßnahmemodule – und damit unterschiedlicher Zuständigkeiten der Leistungsträger - in einem Gesamtplan gestaltet werden.

Suchtspezifisches Case-Management soll für die betroffenen Menschen als alltagsrelevante Beziehungskontinuität erlebbar sein.

These 4:

Die Überwindung des suchtimmanenten Kontrollverlustes als Voraussetzung für eine Verbesserung der Teilhabe am Leben der Gemeinschaft und am Erwerbsleben ist Behandlungsziel der Medizinischen Rehabilitation. Sie ist aber nicht Voraussetzung für die Rehabilitation suchtkranker Menschen. Vorhandene Konzepte für eine modifizierte Abstinenzorientierung müssen weiterentwickelt werden.

Um das klassische Behandlungsziel einer Suchtmittelabstinenz zu erreichen, müssen diagnostisch begründete Indikationen und Interventionen für eine differenzierte Behandlung zur substanzspezifischen Verbesserung des Kontrollvermögens gefunden werden.

Zu differenzierten Behandlungsangeboten gehören auch medikamentengestützte Behandlungen (z. B. Substitution mit Methadon oder Buprenorphin bei Opioidabhängigen sowie medikamentös unterstützte Behandlungen für Alkoholabhängige).

Für medikamentengestützte Maßnahmen auf dem Weg zu modifizierte Abstinenzorientierung bzw. Abstinenz sollten entsprechende Manuale entwickelt werden.

These 5:

Eine teilhabeorientierte Rehabilitation suchtkranker Menschen braucht außer einem Gesamtziel auch auf die einzelne Person abgestimmte und mit ihr entwickelte Teilziel-Perspektiven als Grundlage für den Erfolgsnachweis bei der Bewältigung von Teilschritten.

Voraussetzung sinnvoller Qualitätsentwicklung teilhabeorientierter Rehabilitation suchtkranker Menschen ist ein gemeinsames Verständnis relevanter Zielerreichung. Rehabilitationsziele müssen individualisiert entwickelt und bewertet werden. Erfolg ist an diesen individuellen Zielen zu messen. Das Erreichen von Teilzielen ist als Behandlungserfolg zu werten. Gesamtzielsetzungen müssen in Teilziele gegliedert werden.

These 6:

Die Rehabilitation suchtkranker Menschen braucht in jeder Phase eine tragfähige Identifikation der Betroffenen mit dem jeweils angestrebten Teilhabeziel. Die Teilziele der Medizinischen Rehabilitation müssen plausibel, erreichbar und zukunftsorientiert vermittelt werden.

Vermutlich stärker als in manchen anderen Rehabilitationsbereichen kann sich die Medizinische Rehabilitation nicht nur auf die Klienten-Perspektive zur gesundheitlichen Verbesserung beziehen, sondern muss sich in aller Regel mit den Ambivalenzen einer grundlegenden Lebensstilveränderung auseinandersetzen.

Fördermaßnahmen und Transferleistungen sollten in ihrem Effekt nicht nur kurzfristig problemreduzierend und selbstwertstabilisierend sein.

These 7:

Die Qualitäts-Anforderungen der Leistungserbringer an die Strukturen und die Steuerung nachhaltiger Rehabilitation suchtkranker Menschen im Sinne einer umfassenden Rehabilitationsplanung sind nicht identisch mit denen der Deutschen Rentenversicherung oder der Gesetzlichen Krankenversicherung für die medizinische Rehabilitation suchtkranker Menschen.

Eine qualifizierte Motivierung zur Inanspruchnahme geeigneter Hilfen und zur Veränderung persönlicher Lebensstile ist wesentliche Voraussetzung zum Gelingen der Rehabilitation. Sie muss teilhabeorientiert gesteuert und die für eine entsprechende Rehabilitationsplanung erforderliche Vernetzung muss mit gestaltet werden. Für diesen Steuerungsprozess sind verbindliche Qualitätskriterien, eine gemeinsame Fachsprache und ein gemeinsames fachliches Steuerungsverständnis erforderlich.

Die Qualitätskriterien für diese Teilhabeplanung sind nicht identisch mit denen der Deutschen Rentenversicherung oder der Gesetzlichen Krankenversicherung an die medizinische Rehabilitation suchtkranker Menschen.

These 8:

Die hohe Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung für den Erfolg der Medizinischen Rehabilitation macht eine strukturelle Klärung der Aufgaben und Zuständigkeiten im Schnittstellenbereich von SGB VI (hilfsweise V) zu SGB II, III und XII zwingend nötig.

Für eine erfolgreiche berufliche Teilhabeförderung müssen zumindest im nahtlosen Anschluss an eine Medizinische Rehabilitation verbindliche und tragfähige Perspektiven entwickelt und entsprechende suchtspezifische Leistungsangebote im Bereich beruflicher Förderung verfügbar sein. Dies setzt eine strukturelle Klärung der Zuständigkeiten, der Aufgaben und der Verfahrensabläufe voraus.

Das Schnittstellenmanagement bei Maßnahmen auf der Grundlage von SGB VI zu SGB II und III muss in den Prozessabläufen aufeinander abgestimmt sein.

These 9:

Angesichts komplexer Problemlagen der Leistungsberechtigten muss die Medizinische Rehabilitation stärker als bislang das Behandlungsfolge-Modell durch flexible und modular sich ergänzende und parallel wirkende Leistungskonzepte ablösen.

Die Mehrfachbeeinträchtigungen bei vielen Abhängigkeitskranken hinsichtlich Komorbidität, fehlender Sozialisationsleistungen oder auch erfahrener (sozialer) Traumatisierungen erfordern, dass gemeinsam mit anderen Leistungsverantwortlichen zielgruppenspezifisch parallele, in sich konsistente Hilfeangebote entwickelt werden, die tragfähige Brücken zu beruflicher und sozialer Teilhabe bieten. Solche mit einander verflochtenen Leistungskonzepte unterschiedlicher Leistungsträger entsprechen bisher noch nicht den leistungsrechtlichen Zuständigkeiten.

Es sind aufeinander abgestimmte parallel wirkende Maßnahmenpakete zu entwickeln.

These 10

Die besonderen Anforderungen einer teilhabeorientierten Suchtrehabilitation gehen über die derzeitigen Bemühungen der Leistungsträger medizinischer Rehabilitation um eine verbesserte Strukturqualität hinaus

Das von den Leistungsträgern derzeit favorisierte generalisierte Modell einer Rehabilitationseinrichtung (DRV Strukturanforderungen) orientiert sich an medizinischen Behandlungskonzepten. Für eine konsequente Teilhabeverbesserung bei dieser Klientel sind erfahrungsgemäß oft weitere notwendige oder zumindest hilfreiche Leistungen und Settingbedingungen zu berücksichtigen.

These 11:

Die Entwicklung der stationären medizinischen Rehabilitation für „Drogenabhängige“ ist geprägt vom Konstrukt der Therapeutischen Gemeinschaft (TG). Beim Übergang dieses Konstruktes in die Rahmenbedingungen stationärer klinischer Behandlung sind für die Teilhabe wirksame Faktoren der TG zu erhalten und weiterzuentwickeln.

Es sollte überprüft werden, ob unter den gruppendynamisch leichter kontrollierbaren Rahmenbedingungen kleinerer Einrichtungen Teilhabe fördernde Prozesse wie z.B. Training von Empathie, Training Sozialer Kompetenzen und Bindungsfähigkeit ohne Suchtmiteleinfluss, Training von Schlüsselqualifikation für das Erwerbsleben sowie Training von Alltagskompetenzen besser gestaltet werden können als in größeren Behandlungseinheiten.

Ebenso sollte überprüft werden, ob kleinere Rehabilitationseinrichtungen intensiver in ihrem Sozialraum verankert sind, Alltagsrealität besser antizipieren und schneller Brücken und Pfade bahnen können für die Optimierung der Teilhabe

These 12:

Die Forderung nach ein einer höheren Zahl ambulanter Angebote der Medizinischen Rehabilitation ist notwendige Konsequenz einer gezielten Teilhabeorientierung. Sie ist fachlich sinnvoll, aber keine Kostendämpfungsmaßnahme.

Eine konsequent teilhabeorientierte ambulante Rehabilitation (auch im Rahmen kombitherapeutischer Maßnahmen) muss zur Steigerung der Wirksamkeit in der sozialräumlichen Vernetzung zentrale Casemanagement-Leistungen erbringen und dabei gezielt den individuellen rehabilitativen Hilfebedarfen gerecht werden.

Dazu bedarf es zusätzlicher Leistungsmodule, wie z. B. begleitetes Arbeitstraining oder Familienberatung vor Ort..

These 13:

Nachsorge muss flexibel mit den Maßnahmen der Medizinischen Rehabilitation sowie weiterführenden Behandlungen verknüpft und als Standardleistung aufgewertet werden.

Die Rehabilitation suchtkranker Menschen darf beim anerkannten Wissensstand über Rückfallrisiken nicht mit der Entlassung aus einer Rehabilitationseinrichtung enden, sondern muss im Rahmen des gesetzlichen Auftrags auch die Begleitung bei der beruflichen und sozialen Förderung und (Wieder-)Eingliederung regelhaft mit einschließen.

Um Nachsorge effektiv zu gestalten, helfen im Lebensraum der Betroffenen angesiedelte Arbeitsmodelle der Koordination und eines suchtspezifischen Case-Managements.

Exkurs 1: Anmerkungen zur Finanzierung der Hilfen

Die Thesen kommen zu dem Ergebnis, dass die Rehabilitation suchtkranker Menschen nur im Rahmen eines Gesamtplanes umfassend wirksam sein kann, der zum einen die Grundgedanken der Teilhabe und Inklusion beachtet und zum andern die Philosophie der ICF (International Classification of Functioning/Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) teilt.

Die Teilsysteme des vorhandenen gegliederten Leistungssystems sollen – um die Erstellung eines Gesamtplanes zu verwirklichen – miteinander vernetzt werden. Es bedarf folglich in den Einzelgesetzen des Sozialgesetzbuches eines entsprechenden gesetzgeberischen Auftrags für die angestrebte interdisziplinäre Zusammenarbeit. Lediglich der Abschluss von Vereinbarungen hat nicht den notwendigen normativen Charakter. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit muss über die Beratungsfunktionen der Gemeinsamen Servicestellen in § 22 SGB IX hinausgehen.

Ferner erscheint es erforderlich, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation durch Verordnungsermächtigungen in den Einzelgesetzen näher zu beschreiben und von den Elementen der beruflichen und sozialen Rehabilitation abzugrenzen, diese jedoch in die Gesamtbetrachtung mit einzubeziehen.

Die Organisation und Finanzierung der stationären und ambulanten Nachsorge von Patienten der medizinischen Rehabilitation muss regelhaft in die Zuständigkeit des zuvor tätigen Kostenträgers der medizinischen Rehabilitation fallen. Die derzeitige Praxis, dass Aufwendungen der stationären Nachsorge und des Betreuten Wohnens zur Sicherung des Erfolges der zuvor durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme vom Träger der Sozialhilfe finanziert werden, wird dem Sachzusammenhang nicht gerecht. Eine entsprechende Rechtsverordnung würde es auch ermöglichen, die derzeit unterschiedlichen Standards und Abläufe in den Bundesländern zu vereinheitlichen.

Zu beachten ist ferner die rechtliche Qualität der Leistungen. Während es sich bei solchen der medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI um Pflichtleistungen handelt, sind daran anschließende Leistungen der beruflichen Rehabilitation, die in die Zuständigkeit der Agentur für Arbeit fallen, regelhaft Ermessens- bzw. Kannleistungen (s. § 113 SGB III). Es spricht demzufolge vieles dafür, den Versicherten auch für Leistungen der beruflichen Rehabilitation und sozialen Rehabilitation im Bereich der Arbeitslosenversicherung und der Grundsicherung für Arbeitsuchende einen Rechtsanspruch einzuräumen.

Die Finanzierung der fachlichen Koordination zur Erstellung eines Reha-Gesamtplanes hat sich in anderen Arbeitsfeldern, wie beispielsweise der Frühförderung für Kinder, als schwierig erwiesen. In der Frühförderung werden die Koordinationskosten der Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren, wie z. B. die Zusammenarbeit mit Kinderbetreuungseinrichtungen, Erziehungsberatungsstellen, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, von den Kommunen im Rahmen der Eingliederungshilfe oder von den Ländern als freiwillige Leistungen übernommen. In der Suchthilfe sollten diese Aufwendungen als prozentualer Zuschlag zu den Entgeltsätzen auf der Grundlage – noch zu erlassender - gesetzlicher Bestimmungen übernommen werden.

Um die Steuerung der nachhaltigen Rehabilitation suchtkranker Menschen zu gewährleisten, wäre analog dem Modell der Gesetzlichen Krankenversicherung ein mit entsprechenden Vollmachten ausgestatteter Gemeinsamer Bundesausschuss aller Akteure der Suchthilfe, also der Träger der Sozialversicherung und der Sozialhilfe sowie der Einrichtungsträger und deren Spitzenverbände, erforderlich. Es würde sich anbieten, ihn im SGB IX gesetzlich zu verankern. Die konkrete Ausgestaltung dieses Organs bliebe einer Rechtsverordnung vorbehalten.

Rüdiger Lenski

Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des
Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V.

Exkurs 2: Modellprogramme

Die in den Thesen formulierten Forderungen wurden zum Teil schon in Modellprogrammen der DRV-Regionalträger erfüllt. Ihre Ergebnisse müssen veröffentlicht werden, um daraus Impulse für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation zu gewinnen.

In den vergangenen Jahren wurden laut Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung folgende Modellprogramme von Regionalträgern durchgeführt:

Baden-Württemberg: Modellprojekt „SURE“ (Substitutionsgestützte Rehabilitation) (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg)

Das Projekt „SURE“ soll substituierten Drogenabhängigen über die Rehabilitation einen Weg zur Drogenfreiheit ermöglichen und läuft noch bis Ende 2013. Initiiert wurde es von der DRV Baden-Württemberg, dem Baden-Württembergischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation, der Drogenberatungsstelle Release und dem Caritasverband für Stuttgart e. V. Die ersten Zwischenberichte liegen vor. Bei der Hälfte aller abgeschlossenen Rehabilitationen gelang über eine schrittweise Reduzierung des Substituts eine Abstinenz von Suchtmitteln. Dieses Ergebnis zeigt, dass es sich bei dem Projekt um eine gute Alternative zur Substitutionsbehandlung auf Dauer handelt.

Link:

http://www.suchtfraagen.de/fileadmin/content/suchtfraagen/docs/Landesstellenbrief/2012/pdf/Projektbericht_SURE_0112.pdf

Baden-Württemberg: Modellprojekt „BISS“ (Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung) (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg)

Ziel des Modellprojekts „BISS“ ist es, ehemalige Drogenabhängige beim Einstieg in den Arbeitsmarkt zu unterstützen. Die Universität Freiburg bestätigt mit dem Abschlussbericht zur Evaluation vom April 2013 die im Zwischenbericht aufgeführten positiven Effekte. Wesentlich ist danach, dass alle langfristigen Teilnehmer beruflich in den ersten Arbeitsmarkt integriert wurden. Die Teilnehmer weisen gegenüber der Vergleichsgruppe, die nicht unter dieses Modellprojekt fiel, eine signifikant höhere Anzahl von Ausbildungsverträgen auf sowie einen geringeren Suchtmittelkonsum und kürzere Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Das Modellprojekt hat die Abstinenz und berufliche Integration deutlich verbessert, weshalb die DRV Baden-Württemberg zum 1. Januar 2014 die Umsetzung in den Regelbetrieb vorgenommen hat. Dabei schließt sich für Rehabilitanden, die eine solche Betreuung benötigen, an die regulär beendete stationäre Phase der Adaption nahtlos eine einjährige ambulante Phase an. Inhaltlich liegt in dieser Zeit der Schwerpunkt auf arbeitsbezogenen Leistungen im Sinne einer besonderen Suchtnachsorgeleistung als „berufliche Integrationsbegleitung“. Ein Leistungskatalog mit obligatorischen Leistungsinhalten ist definiert. Alle erbrachten Leistungen werden umfassend dokumentiert.

Link:

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Inhalt/Allgemeines/Downloads/Pressemitteilungen/Isny-Vortrag-BISS.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Bayern: Kombinationstherapie bei Cannabisabhängigkeit

Die DRV Bayern Süd hat bei Cannabisabhängigkeit als ergänzendes Angebot eine Kombinationstherapie anerkannt. Die Rehabilitation beginnt stationär, was in der Regel zwölf Wochen dauert. Es folgen 40 ambulante Therapieeinheiten in den kooperierenden ambulanten Behandlungsstellen.

Bayern: Modellprojekt für eine Modul-Therapie mit flexibler Behandlungsabfolge der DRV-Schwaben

Modultherapie ist ein für den Zeitraum von 30 Monaten angelegtes Modellprojekt, das sich zunächst ausschließlich an drogenabhängige Versicherte der DRV Schwaben richtet. Es wird eine durchgehende Kostenzusage für 18 Monate als persönliches Budget erteilt. Der stationäre Teil beinhaltet maximal 5 Monate Behandlung sowie Krisenintervention. Der ambulante Teil umfasst maximal 156 Einheiten in zeitlich unterschiedlicher Verteilung. Die Therapie richtet sich nicht nach den Angeboten der jeweiligen Institution, sondern nach den individuellen Bedürfnissen der Klienten/-innen

Mitteldeutschland: Projekt „Schnittstellenübergreifende, arbeitsbezogene Fall-Begleitung in der suchttherapeutischen Nachsorge als Schlüssel zu Erwerbsintegration und Rückfallprophylaxe (SaBINE)“ (Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland)

Ziel des Projekts „SaBINE“ ist die Optimierung der Nachsorgeprozesse im Anschluss an stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bei Abhängigkeitskranken, um eine dauerhafte Verbesserung der Abstinenzraten und eine bessere Erwerbsintegration zu erreichen. Dazu soll eine systematische, schnittstellenübergreifende Fallbegleitung von Rehabilitanden schon in und insbesondere aus der stationären Rehabilitationsmaßnahme heraus als spezifisch berufsintegrierende Nachsorge etabliert werden. Zusammen mit dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und in Kooperation mit vier Suchteinrichtungen in Mitteldeutschland soll untersucht werden, inwieweit eine Fallbegleitung als zusätzliches Angebot den Rehabilitationserfolg nachhaltig beeinflusst.

Link: http://www.rehadat-bildung.de/de/berufe-und-co/Behinderung-und-Beruf/Berufe/Rheuma/index.html?infobox=/infobox1.html&serviceCounter=1&wsdb=LIT&connectdb=veroeffentlichungen_detail&referenznr=R/NV362290&from=81&anzahl=531&detailCounter=13&maplength=20&suche=index.html?herausgeber=%22*Deutsche+Rentenversicherung+Bund+-+DRV*%22

Niedersachsen: Arbeitsbezogene Maßnahmen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Die DRV Braunschweig-Hannover will den Erwerbsbezug im Bereich der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen stärken. Dieses Ziel wird auch durch die Möglichkeit, arbeitsbezogene Interventionen abrechnen zu können, unterstützt.

Niedersachsen: Projekt „Integrationsbezogenes Fallmanagement Sucht (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover)“

Das 2012 begonnene Projekt richtet sich an arbeitslose Versicherte, die eine stationäre bzw. ganztägig ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation wegen Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit in Anspruch genommen haben. Die Zahl der beteiligten Entwöhnungseinrichtungen wurde von zwei auf vier stationäre Einrichtungen erweitert. Die Vorgehensweisen und die Kommunikation zwischen den Entwöhnungseinrichtungen, den Versicherten, den Reha-Fachberatern und den externen Fallmanagern haben sich bewahrt. Versicherte befinden sich unmittelbar nach der regulären Entlassung häufig in einer instabilen Übergangssituation, was die berufliche Integration erschwert. Das Fallmanagement leistet eine unterstützende Begleitung bei der beruflichen Integration. Auf diese Weise soll das Gefährdungspotenzial im Hinblick auf einen Rückfall gemindert und damit das Rehabilitationsergebnis nachhaltig gesichert werden. Ende 2014 werden die Projektdaten ausgewertet. Anschließend wird entschieden, ob das Fallmanagement in dieser Form regulär eingesetzt werden kann.

Link: http://nls-online.de/home16/index.php/downloads/doc_download/183-07-g-wiegand-reha-fallmanagement-der-drv-braunschweig-hannover

Niedersachsen, Hamburg, Mecklenburg- Vorpommern, Schleswig-Holstein, Bremen: Neuerungen im Kombi-Nord-Verfahren

Die DRV Braunschweig-Hannover, die DRV Oldenburg- Bremen und die DRV Nord führen gemeinsam „Kombi-Nord“, eine Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitskranke, in Norddeutschland durch. Eine Neuerung im Jahr 2012 wird sein, dass die Übergabegespräche zwischen den beteiligten Einrichtungen auch als Videokonferenz stattfinden können. Darüber hinaus soll es künftig einen einheitlichen Entlassungsbericht geben.

Link: [http://www.deutsche-
rentenversiche-
rung.de/BraunschweigHannover/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Reha/05_Fachinformationen/04_Kombi_Nord/Kombi_Nord_node.html](http://www.deutsche-
rentenversiche-
rung.de/BraunschweigHannover/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Reha/05_Fachinformationen/04_Kombi_Nord/Kombi_Nord_node.html)

Rheinland-Pfalz: Reha-Fallbegleitung

Mit der Reha-Fallbegleitung stellt die DRV Rheinland- Pfalz ihren abhängigkeitskranken Versicherten, die gravierende Störungen in der Erwerbsbiografie aufweisen, einen persönlichen Begleiter zur Seite. Wie der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zeigte, konnte die Antrittsquote durch die Reha- Fallbegleitung erheblich verbessert werden. Zudem schließen die Teilnehmer der Reha-Fallbegleitung die Rehabilitationsmaßnahme erfolgreicher ab als Nichtteilnehmer. 2013 wurde die wissenschaftliche Begleitung fortgesetzt, um die Prozesse der Reha-Fallbegleitung in einem Manual zu konkretisieren. Dabei lag der Schwerpunkt auf der Beschreibung der Schritte zur erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung. In wiederholten Abstimmungsprozessen zwischen den Universitäten Freiburg und Landau/Koblenz, den Reha-Fallbegleitern und der DRV Rheinland-Pfalz wurde ein Manual entwickelt, das eine bedarfsorientierte, alltagsnahe und handlungsorientierte Anleitung für die Durchführung von Reha-Fallbegleitungen darstellt. Die praxisnahe Beschreibung wird insbesondere für neue Reha- Fallbegleiter als hilfreich eingeschätzt. Die Ergebnisse werden im Jahr 2014 veröffentlicht.

Link: [http://www.deutsche-
rentenversiche-
rung.de/cae/servlet/contentblob/276292/publicationFile/52337/01174_Angebote_Abhaengigkeitskranke_Reha-Fallbegleitung_Konzept.pdf](http://www.deutsche-
rentenversiche-
rung.de/cae/servlet/contentblob/276292/publicationFile/52337/01174_Angebote_Abhaengigkeitskranke_Reha-Fallbegleitung_Konzept.pdf)

Rheinland-Pfalz: Berufsorientierungscenter für die Rehabilitation und Integration Suchtkranker (BORIS)

Die DRV Rheinland-Pfalz bietet gemeinsam mit Fachkliniken für Abhängigkeitskranke in der Südpfalz ein spezifisches Assessment an. Es wendet sich an alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Rehabilitanden, deren Erwerbsbiografie gravierend gestört ist. Sofern sie sich mindestens acht Wochen in der Entwöhnungsbehandlung befinden und ausreichend motiviert sind, wird ein eintägiger Aufenthalt in einem Berufsorientierungscenter ermöglicht. Ergänzend zur Routine- und Standarddiagnostik in den Fachkliniken werden arbeitsbezogene Assessmentverfahren und Rollenspiele mit Videomitschnitt durchgeführt. Standardisierte durchgeführte Verhaltensproben zum Sozial- und Kommunikationsverhalten zeigen, wie sich die Person in beruflichen Alltagssituationen verhält.

Link: http://www.sucht.de/tl_files/pdf/veranstaltungen/25.%20Heidelberger%20Kongress%202011/schwehm_f6.pdf

Rheinland-Pfalz: Modulare Arbeitsintegration bei der ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken (MAARS)

Das Modellprojekt „Modulare Arbeitsintegration bei der ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken“ (MAARS) richtet sich an alle alkohol-, medikamenten- und drogenabhängigen Rehabilitanden,

die sich in einer ambulanten Rehabilitation befinden und Hilfe benötigen, wieder im Beruf Fuß zu fassen.

Link:

http://www.rehadat-forschung.de/de/berufsbezug-in-der-medizinischen-rehabilitation/konzepte-und-interventionen/index.html?infobox=/index.html&serviceCounter=1&wsdb=FOR&connectdb=forschung_detail&referenznr=R/FO125226&from=1&anzahl=32&detailCounter=5&suche=index.html?ob=%22Berufsbezug+in+der+medizinischen+Rehabilitation%22&ub=%22Konzepte+und+Interventionen%22

Saarland: Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen – Modell Kombi Saar

Die SHG Fachklinik Tiefental für Abhängigkeitserkrankungen und die IANUA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH haben ein Modell für eine kombinierte stationär-ambulante Rehabilitation entwickelt. Die enge Verzahnung soll einerseits einen stabilen Rehabilitationsbeginn sicherstellen und andererseits eine Integration in Alltag und Berufsleben ermöglichen und damit die Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahme verbessern. Das Modell wendet sich an Versicherte mit Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit – ausgenommen Heroinabhängige und Personen, die an Substitutionsprogrammen teilnehmen.

Link: <http://www.ianua-gps.de/Downloads/IANUA-Konzept%20Kombimodell%20Saar.pdf>

Literatur:

Deutsche Rentenversicherung, Hrsg., Vereinbarungen im Suchtbereich. 2. Auflage. Berlin; 2013.

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Inhalt/5_Services/03_broschueren_magazine/01_broschueren/vereinbarungen_im_suchtbereich.html

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Hrsg., Gemeinsame Empfehlung Reha Prozess, Frankfurt 2014

<http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Broschuere4G.web.pdf>