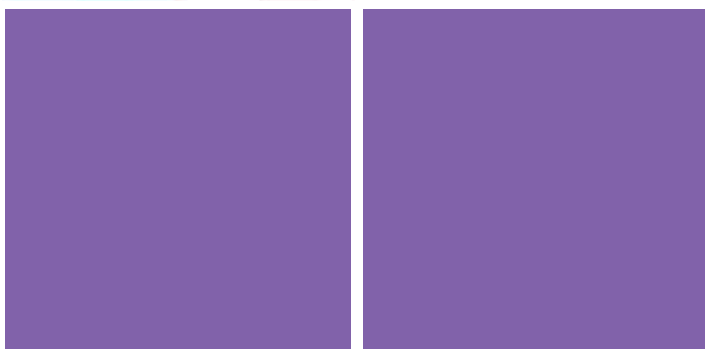


Teilhabe abhängigkeitskranker Menschen sichern

Stellungnahme zu den Anforderungen an die Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen durch die Deutsche Rentenversicherung



Positionspapier des Diakonischen Werkes der EKD und des Gesamtverbandes für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD



Inhalt

- 3 **Zusammenfassung**
- 4 **Vorwort**
- 5 **Einführung**
 - 5 Evangelische Grundlage und diakonische Praxis
 - 5 Mehrdimensionales Suchtverständnis und medizinische Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen aus diakonischer Sicht
 - 6 Gleiche Zugangschancen, Inklusion und Teilhabe
 - 6 Versorgungsverantwortung und differenziertes, bedarfsgerechtes Angebot
 - 6 Teilhabe und Kultur der Mitwirkung
- 7 **Allgemeine Aspekte zu Strukturanforderungen in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter**
 - 7 Wirksamkeit und Qualität sind belegt
 - 7 Qualitätsentwicklung ist auf Ressourcen angewiesen
 - 7 Interdisziplinarität ist maßgeblich
 - 7 Ressourcen für Personalentwicklung
 - 7 100-Betten-Normorientierung ist problematisch
 - 8 Somatische Indikationsperspektive ist nicht zielführend
 - 8 Vorbehalte gegen modularisierte Therapiebausteine und entsprechend manualisierte Therapien
 - 8 Hochkomplexe Rehabilitationsbedarfe und Zielgruppenorientierung
- 9 **Spezifische Aspekte zu Strukturanforderungen in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter: Alkoholrehabilitation**
 - 9 Überschaubare Behandlungseinheiten („Kleinere“ Alkoholeinrichtungen)
 - 9 Multiprofessionalität und therapeutische Haltung
 - 9 Kleinere Einrichtungen (unter der 100-Betten-Normorientierung) haben spezifische Wirkqualitäten
- 11 **Spezifische Aspekte zu Strukturanforderungen in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter: Drogenrehabilitation**
 - 11 Stellenwert der Wirkprinzipien der Therapeutischen Gemeinschaft
 - 11 Wertschätzender und persönlich bedeutsamer therapeutischer Kontext
 - 12 Teilhabeorientierung
 - 12 Behandlungsverbund
- 13 **Abschließende Bewertung**
 - 13 Sicherstellungsauftrag der Rehabilitationsträger und Rechtsansprüche der Versicherten
 - 13 Partnerschaftliches Verhältnis zwischen den Akteuren
 - 13 Dem einzelnen Menschen gerecht werdende Rehabilitation
 - 13 Welche Trends setzen und verstärken die Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung?
- 15 **Impressum**

Zusammenfassung

Das Diakonische Werk der EKD und der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD nehmen zu den von der Deutschen Rentenversicherung formulierten Anforderungen an die Strukturqualität von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Stellung. Vor dem Hintergrund des fachlichen und politischen Profils der diakonischen Sucht-

rehabilitation legt die Diakonie Wert darauf, dass Strukturvorgaben auch in Zukunft den Besonderheiten dieser Indikation Rechnung tragen und eine an den individuellen und komplexen Bedarfen abhängigkeiterkrankter Menschen ausgerichtete medizinische Rehabilitation ermöglichen.

Vorwort

Die Beratung, Unterstützung und Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen ist der Diakonie ein besonderes Anliegen. Mit ihren ambulanten und stationären Einrichtungen und Diensten setzt sich die Diakonie dafür ein, dass Suchtkranke fachlich und menschlich die Hilfe erhalten, die sie brauchen.

Mit dem vorliegenden Positionspapier nehmen das Diakonische Werk der EKD und der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS) im Diakonischen Werk der EKD nicht nur zu den Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung zur Strukturqualität von stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Stellung, sondern stellen zugleich das Profil der diakonischen Suchtrehabilitation vor.

Die medizinische Rehabilitation ist generell darauf ausgerichtet, Menschen zu befähigen, am sozialen Leben möglichst nach ihren Wünschen teilzuhaben. In den diakonischen Diensten und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe sind dies oftmals Menschen mit einem sehr spezifischen und komplexen Hilfebedarf. Sie werden in der Diakonie so, wie sie sind, mit ihren Schwächen und Stärken anerkannt.

Unabhängig von wirtschaftlichen Nutzenerwägungen muss das System der medizinischen Rehabilitation für alle in ihrer Teilhabe eingeschränkten, zumeist chronisch kranken Menschen zugänglich, interdisziplinär orientiert und auf den individuellen Teilhabebedarf bezogen sein. Dazu gehört auch, dass die Rehabilitation in enger Verbindung zu vor- und nachgelagerten Angeboten steht, für die die diakonische Suchtkrankenhilfe in vielen Sozialräumen Versorgungsverantwortung übernimmt. Standardisierungen sind nur in beschränktem und vor allem reflektiertem Maße sinnvoll. Sie dürfen eine rehabilitative Praxis, die Zeit und Raum auch für biografische Fragen und Gespräche hat, auf Mitwirkung und Selbsthilfe baut und die individuelle Verwirklichungschancen und Gemeinschaft zusammen denkt, nicht gefährden.

Die Diakonie gibt mit diesem Positionspapier Impulse zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation – nicht nur – abhängigkeitserkrankter Menschen.

Oberkirchenrat Johannes Stockmeier
Präsident des Diakonischen Werkes der EKD

Einführung

Das Diakonische Werk der EKD und der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS) im Diakonischen Werk der EKD nehmen mit diesem Positionspapier Stellung zu grundlegenden Elementen der von der Deutschen Rentenversicherung formulierten Strukturanforderungen an die medizinische Rehabilitation (Strukturqualität von Rehabilitations-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung, Mai 2010). Die Grundlage dieses Handelns ist das evangelische Selbstverständnis von Diakonischem Werk der EKD und GVS, aus dem sich die diakonische Praxis der medizinischen Rehabilitation und das politische Engagement zur Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen begründen. Die Diakonie ist in vielen Hilfebereichen tätig, ist mit großem Engagement in der Suchtrehabilitation beteiligt und äußert sich aus dem unmittelbaren Kontakt mit den betroffenen Menschen heraus.

Evangelische Grundlage und diakonische Praxis

Das Diakonische Werk der EKD und der GVS sind dem Evangelium von Jesus Christus verpflichtet. Auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes akzeptieren sie jeden Menschen in seiner Ganzheit, nehmen jeden Menschen so an, wie er ist und fördern jeden Menschen in seinen Möglichkeiten, respektieren aber auch seine Grenzen. Die Diakonie nimmt Partei für Menschen, deren Leben von sozialer Ausgrenzung, Isolation und Leid bedroht ist. Die Befähigung von Menschen, am sozialen Leben gleichberechtigt und selbstbestimmt teilzunehmen, ist ein zentrales Anliegen der Diakonie. Die medizinische Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen kann einen wichtigen Beitrag zur sozialen Inklusion von Menschen leisten, deren (funktionale) Gesundheit eingeschränkt ist. Für die diakonische Suchtkrankenhilfe und medizinische Rehabilitation ergeben sich daraus weitreichende rehabilitations- und gesundheitspolitische Schlussfolgerungen (Vergleiche hierzu: Diakonie Text 02.2007, „Forderungen der Diakonie zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation“ sowie „Handlungsnotwendigkeiten in der Rehabilitation

Abhängigkeitskranker zur Sicherung eines hochwertigen Leistungsangebots“ und „Suchthilfe im regionalen Verbund“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen – DHS).

Mehrdimensionales Suchtverständnis und medizinische Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen aus diakonischer Sicht

Für die medizinische Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen ist ein mehrdimensionales Krankheits- beziehungsweise Suchtverständnis fachlicher Standard, da bei einer Abhängigkeitserkrankung – wie sich mit der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) gut veranschaulichen lässt – immer Wechselwirkungen zwischen den Körperfunktionen und -strukturen, den Handlungsmöglichkeiten (Aktivitäten) und der sozialen Partizipation bestehen können. Die diakonische Erfahrung ist, dass Abhängigkeitserkrankungen oftmals mit schweren biografischen Lebenskrisen verbunden sind, in denen sich die Rehabilitanden Fragen nach einem sinnhaften Leben stellen. Diakonische Dienste und Einrichtungen versuchen auch auf diese – oft, aber nicht immer – spirituell-religiös gestellten Fragen mit den Rehabilitanden ins Gespräch zu kommen. Für die Praxis bedeutet dies, dass in der medizinischen Rehabilitation Raum und Zeit für die Reflexion biografischer Fragen, das Gespräch und unter Umständen seelsorgerliche Beratung sein muss.

Das Diakonische Werk der EKD und GVS weisen auf vier Aspekte hin, die aus ihrer Sicht bei der Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen oftmals vergessen werden:

1. Ein wichtiges Element der medizinischen Rehabilitation muss es sein, die Rehabilitanden für ein selbstverantwortetes Leben zu befähigen. Für die Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen ist es ganz wesentlich, Raum für Begegnungen, strukturiertes Miteinander, lebendige

Erfahrungen mit der Möglichkeit, dass Neues entsteht, zu schaffen. Auch aus diesem Grunde ist die mit der ICF gegebene konzeptionelle Grundlage der medizinischen Rehabilitation für die Suchtrehabilitation wichtig, denn sie stellt nicht die Krankheit, sondern Beteiligung am sozialen Leben in den Mittelpunkt.

2. Es wird zu Recht argumentiert, dass die medizinische Rehabilitation einen großen volkswirtschaftlichen Nutzen schafft, Investitionen in die Rehabilitation sind Investitionen in die Zukunft der Gesellschaft. Diakonie weist aber auch darauf hin, dass Teilhabeansprüche individuelle Rechtsansprüche unabhängig von Wirtschaftlichkeits-erwägungen darstellen. Im Einzelfall und vielleicht auch bezogen auf einzelne Klientengruppen kann es sein, dass sich Rehabilitation nicht monetär rechnet. Dennoch hat jeder Mensch einen Anspruch darauf, darin gefördert zu werden, nach seinen individuellen Möglichkeiten am sozialen Leben teilzuhaben.
3. Das Sozialrecht unterscheidet aus guten Gründen zwischen akutmedizinischer Behandlung und medizinischer Rehabilitation. Für die medizinische Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen ist jedoch auch zu beachten, dass sie einen besonders starken Stellenwert in der Versorgungskette einnimmt. Denn ohne sie würden die Rehabilitanden oftmals sofort in eine akutmedizinische Krise zurückfallen. Deshalb ist Vernetzung und Interdisziplinarität in der Suchtrehabilitation besonders geboten.
4. In der multidisziplinär ausgerichteten Suchtrehabilitation ist die medizinisch-ärztliche Kompetenz unverzichtbar, jedoch nur ein Mosaikstein im rehabilitativen Kompetenzprofil. Deshalb kann eine Medikalisierung der Suchtrehabilitation auf Kosten nichtärztlicher Berufsgruppen der Sache nicht dienlich sein. Darauf ist auch im Zusammenhang mit Leitungs- beziehungsweise Steuerungsaufgaben hinzuweisen. Hier ist ärztliche Verantwortung nicht mit ärztlicher Leitung zu verwechseln.

Gleiche Zugangschancen, Inklusion und Teilhabe

Ein Anliegen, auf das die Diakonie ausdrücklich hinweist, ist die Schaffung gleicher Zugangschancen zur medizinischen

Rehabilitation und damit verbunden gleicher Teilhabechancen für alle von einer Abhängigkeitserkrankung betroffenen Menschen: Alter, Geschlecht, Bildungs- und Einkommensverhältnisse oder ein Migrationshintergrund dürfen keine Hürde für die Verwirklichung eines Rehabilitations- beziehungsweise Teilhabeanspruchs sein. Dazu bedarf es passender Rahmenbedingungen. Für die Praxis der medizinischen Rehabilitation bedeutet dies, dass Rehabilitationsträger und Leistungserbringer in besonderem Maße verpflichtet sind, Bedarfe wahrzunehmen, Angebote zu entwickeln und auszugestalten, die Menschen offenstehen, die bislang wenig Rehabilitationschancen hatten. Dies gilt auch für Menschen, die in schwierigen Lebensbedingungen leben und bei denen sich oftmals eine Vielzahl von Problemen bündeln. Auch diesen Menschen muss die Rehabilitation offenstehen.

Versorgungsverantwortung und differenziertes, bedarfsgerechtes Angebot

Auch aus der Verantwortung für als besonders „schwierig“ wahrgenommene Menschen heraus ist die diakonische Suchtkrankenhilfe bereit, Versorgungsverantwortung zu übernehmen: Diakonische Einrichtungen und Dienste sind bereit – und leisten dies oftmals bereits –, sich gemeinsam mit den anderen Akteuren auf regionaler und überregionaler Ebene an Verbundsystemen zur Versorgung abhängigkeitskranker Menschen – auch über die eigenen Verbandsgrenzen hinaus – zu beteiligen. Die diakonische Suchtkrankenhilfe bringt dabei Kompetenzen unterschiedlicher Bausteine des Versorgungssystems und unterschiedliche rehabilitative Angebotsprofile von Einrichtungen ein.

Teilhabe und Kultur der Mitwirkung

Teilhabe ist Ziel medizinischer Rehabilitation, sie ist aber auch ein Element der Kultur diakonischer Einrichtungen und Dienste. Nur mit den Rehabilitanden zusammen ist es möglich, vereinbarte Rehabilitationsziele auch tatsächlich zu erreichen. Dies gilt für den rehabilitativen Prozess, kann sich aber auch in der Organisationsgestaltung ausdrücken. Im Sinne einer Kultur der Teilhabe haben deshalb zahlreiche diakonische Einrichtungen Patientenräte verankert. Auch die Kooperation mit der Selbsthilfe ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal guter rehabilitativer Praxis.

Allgemeine Aspekte zu Strukturanforderungen in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter

Wirksamkeit und Qualität sind belegt

Die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ist vielfältig nachgewiesen. So leben etwa 50 Prozent der ehemaligen Rehabilitanden nach einem Jahr abstinent. 90 Prozent der Rehabilitanden sind zwei Jahre nach der Rehabilitation im Erwerbsleben verblieben, 59 Prozent weisen lückenlose Beitragszahlungen auf. Rehabilitationsleistungen für Abhängigkeitskranke sind äußerst komplexe, personalintensive und auf den jeweiligen Rehabilitanden zugeschnittene individuelle interdisziplinär erbrachte Dienstleistungen, die auf eine notwendige und hinreichende Strukturqualität angewiesen sind.

Hohe Qualität mit passgenauen Behandlungskonzepten und -angeboten mit unterschiedlichen personellen Anforderungen in den jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen sind zentrales Merkmal aller Rehabilitationsleistungen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in der Diakonie.

Qualitätsentwicklung ist auf Ressourcen angewiesen

Ein effektives Qualitätsmanagement sorgt für weitere Verbesserung der Behandlung. Hier ist allerdings zukünftig darauf zu achten, dass der Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand nicht weiter ansteigt.

Interdisziplinarität ist maßgeblich

Die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter muss durchgängig teilhabeorientiert sein und als langfristiger, auf Nachhaltigkeit zielender und begleitender Prozess verstanden werden. Die interdisziplinäre Ausrichtung dieses Prozesses muss in allen Bereichen gestärkt werden, die Vielfalt der Disziplinen in einer Rehabilitationseinrichtung muss auch auf der Leitungsebene abgebildet werden. Alle im Rehabilitationsteam tragen ihre professionelle Verantwortung. Eine

ärztlich-medizinische Dominanz, so wie in den somatischen Bereichen der medizinischen Rehabilitation sichtbar, ist zurückzunehmen. Interdisziplinäre Teamarbeit legt Verantwortungen fest und führt zu abgestimmten Rehabilitationskonzepten.

Ressourcen für Personalentwicklung

Der Personalgewinnung und -entwicklung sind im Rahmen der Strukturanforderungen ein besonderes Augenmerk zu widmen. Attraktive Arbeitsplätze mit angemessener Personalausstattung und Honorierung, Fortbildung und Supervision sind dafür grundlegend und in den Strukturanforderungen deutlicher zu verankern. In der Praxis stehen viele Einrichtungsträger zunehmend vor dem Problem „mehr Leistung für weniger Vergütung“ zu erbringen. Hilfreiche Strukturanforderungen berücksichtigen dieses Dilemma und sorgen für eine auskömmliche Personalausstattung, bei elf Therapeuten für 100 Patienten in Einrichtungen der stationären Rehabilitation Sucht ist dies zweifelhaft. Die Praxis zeigt, gerade vor dem Hintergrund kleinerer Einrichtungen, dass zwölf bis zwölfteils Vollzeitkräfte dringend erforderlich sind.

Darüber hinaus sind die Vorgaben der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger vom 4. Mai 2001 für die Personalbemessungen unverzichtbare Anhaltspunkte.

100-Betten-Normorientierung ist problematisch

Grundsätzlich ist eine Vergleichbarkeit schaffendes hinreichend allgemeines Anforderungsprofil für die Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen zu begrüßen. Allerdings bedeutet die Orientierung an einer 100-Betten-Einrichtung ein Verlust an ausreichender Flexibilität für die Entwicklung spezifischer Einrichtungskonzepte. Die Möglichkeiten zur

speziellen Differenzierung werden so eingeschränkt, zumal es Beispiele dafür gibt, dass bei kleineren Einrichtungsgrößen linear-mathematische Anpassungen vorgenommen werden. Einheitlichkeit in der Orientierung mit einer ausreichenden Würdigung von kleineren Einrichtungsgrößen für spezifische Rehabilitationsangebote wäre hier ein angemessenes Vorgehen.

Somatische Indikationsperspektive ist nicht zielführend

Weiterhin leitet sich die Vereinheitlichung der Strukturanforderung zu stark aus der somatischen Indikationsstellung ab. Die Diakonie denkt hier zum Beispiel an die Vorgaben für die ärztliche Leitungsebene, an den überproportionalen Einsatz von Pflegekräften, an die geringe Würdigung von Arbeitstherapie und berufsbezogenen Maßnahmen, an die Rücknahme von Angeboten, die den Alltagsbezug der Rehabilitanden stärken (Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft, Angehörigenarbeit und anderes), an den überproportionalen Einsatz von Diätassistenten und Physiotherapeuten, an das Verhalten von exklusiven medizinischen Gerätschaften und an die 24-Stunden-Präsenz eines medizinisch-orientierten Bereitschaftsdienstes.

Durch die 100-Betten-Orientierung wird die Bildung eines familiär-überschaubaren Einrichtungsklimas, das insbesondere für die Rehabilitation von jungen Menschen mit Drogenabhängigkeit förderlich ist, stark eingeschränkt. Hier haben sich in den letzten Jahren hochwertige Behandlungskonzepte bewährt, die auf verbindliche Rahmenbedingungen weiterhin angewiesen sind.

Insgesamt drängt sich der Eindruck auf, dass die Weiterentwicklung von Rehabilitationskonzepten durch administrative Vereinheitlichungen in ihrer Wirksamkeit unterlaufen werden könnte.

Vorbehalte gegen modularisierte Therapiebausteine und entsprechend manualisierte Therapien

Die Ausrichtung der Strukturanforderungen an Leitlinien der evidenzbasierten Medizin für substanzbezogene Störungen mit einer Therapie-Modularisierung stärkt in diesem Zusam-

menhang technokratische Elemente der Praxis. Wenn sich der individuelle Therapiebedarf an das vorgegebene Konzept (ETM-Module) anpassen muss und nicht, wie es wünschenswert wäre, in umgekehrter Wirkrichtung, verlieren Therapiekonzepte ihre einzelfallbezogene Orientierung, Personenzentrierung wird so infrage gestellt. Gerade manualisierte Therapiestrategien in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker können individuelle Zugänge erschweren. Das gesichtete Wirkwissen, das den Modulen und Manualen zugrunde liegt, ist im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen in Vergleich zum somatischen Bereich sehr viel kleiner als angenommen. Dazu existieren große Grauzonen.

Hochkomplexe Rehabilitationsbedarfe und Zielgruppenorientierung

Jeder Mensch hat ein Recht auf die für ihn notwendige Hilfe, besonders die von Ausgrenzung und mangelnden Teilhabemöglichkeiten bedrohten oder bereits ausgegrenzten Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Die Hilfe muss passgenau auf den individuellen Bedarf bezogen sein und Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben fördern. Die Anforderungen an die Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen müssen sich diesem Grundsatz unterwerfen. Eine vielfältige und differenzierte „Landschaft“ von Rehabilitationsangeboten ist dafür erforderlich.

Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und weiteren komplexen Hilfebedarfen (Sinnesbehinderungen, körperliche Behinderungen, geistige Behinderungen oder psychiatrische Komorbidität) sind auf flexible, individualisierte Hilfen dringend angewiesen. Rehabilitationskonzepte bei Abhängigkeitserkrankungen brauchen einen klaren Zielgruppenbezug (Gender, Migrationshintergrund, Elternschaft). Insbesondere Menschen mit Suchterkrankungen und weiteren hochkomplexen Teilhabeeinschränkungen brauchen hoch individualisierte Rehabilitationskonzepte, die die vorgegebenen vereinheitlichten Strukturmerkmale und modularisierten Therapiestandards überschreiten.

Eine klare Zielgruppenorientierung und Individualisierung von Rehabilitationsleistungen sind durch entsprechende Strukturvorgaben zu ermöglichen. Genderbezogene, migrationshintergrundbezogene und elternschaftbezogene Ausrichtungen von Rehabilitationskonzepten für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen seien hier beispielhaft genannt.

Spezifische Aspekte zu Strukturanforderungen in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter: Alkoholrehabilitation

Überschaubare Behandlungseinheiten („Kleinere“ Alkoholeinrichtungen)

Historisch hat die stationäre Suchtkrankenhilfe zunächst in kleineren Einrichtungen mit überschaubaren Rahmenbedingungen und nahezu ausnahmslos in konfessionell akzentuierten Einrichtungen begonnen. Mit der Zeit haben sich immer häufiger größere Einrichtungen gebildet, die neben einer unter Umständen höheren Wirtschaftlichkeit auch mehr Behandlungsangebote in Modulen und manualisierter Form vorhalten können.

Die Vielfalt der Angebote und der Einrichtungsgrößen charakterisiert die aktuelle Situation der stationären Entwöhnungseinrichtungen für alkoholabhängige Menschen in Deutschland.

Gerade innerhalb der Diakonie haben sich mehr kleinere und mittlere Einrichtungen etabliert, dies auch aufgrund des bewusst christlichen und therapeutisch dichten Behandlungsklimas, das im Sinne der Traditionen und Wirkmechanismen therapeutischer Gemeinschaften den Wirkfaktor „therapeutische Beziehung“ im Fokus behält. Kleinere Einrichtungen bieten für besondere Zielgruppen sichere Bindungen in überschaubarem Setting. Kleinere und mittlere Einrichtungen verknüpfen diese Beziehungsdimension mit standardisierten Angeboten innerhalb der ETMs (evidenzbasierten Therapiemodule). Vom therapeutischen Ansatz her werden hier oft auf der Basis tiefenpsychologischer Vorgehensweisen verhaltenstherapeutische Methoden und Intervention verknüpft und im Behandlungsprozess vielschichtig eingesetzt und bearbeitet. So kann gerade in kleineren Einrichtungen zielgruppenorientiert und störungsspezifisch mehrdimensional beobachtet, reagiert und behandelt werden.

Multiprofessionalität und therapeutische Haltung

Defizite und Ressourcen finden in multiprofessionellen Teams, in denen Aspekte aus allen relevanten sozialmedizinischen

Ebenen zusammenfließen, Beachtung. Familienähnliche, überschaubare Strukturen, haben hohe Selbstheilungspotenziale, die durch annehmende und respektvoll-wertschätzende Haltungen das diakonische Profil erlebbar machen. Die Einrichtungen sichern zugleich auf allen Ebenen fachliche Qualität und lassen sie durch Zertifizierungen überprüfen.

Ein Blick auf die arbeitsbezogenen Maßnahmen kann dies verdeutlichen: Die Ergo- und Arbeitstherapeuten und -therapeutinnen arbeiten in Teams eng mit Psychotherapeuten und Sozialmedizinerinnen zusammen, um Diagnostik und Behandlung optimal und zielgerichtet durchzuführen. Die Leitungen der Häuser verstehen sich in kleineren Einrichtungen auch als Elemente eines übergreifenden Behandlungsprozesses, als Projektionsfläche für spezifische Beeinträchtigungen (Autoritätskonflikte, Identifikationsstörungen, Orientierungshilfe oder ähnliches) und als konkretes Gegenüber. Kurze Wege und ein Kommunikationskonzept, das auf direkte Interaktion ausgerichtet ist, kennzeichnen kleinere Einrichtungen und zeigen deren Vorteile.

Kleinere Einrichtungen (unter der 100-Betten-Normorientierung) haben spezifische Wirkqualitäten

Die skizzierten Merkmale kleinerer Einrichtungen wirken vor allem für Menschen mit besonderen Behandlungsaufträgen und besonderen Bedarfen positiv und zielführend.

Gerade kleinere Einrichtungen in der Diakonie haben immer „Besonderheiten“ im therapeutischen Angebot (Suchterkrankung „Plus“):

- Rehabilitanden mit (geistiger) Behinderung
- Angebote für mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte
- Angebote für traumatisierte Rehabilitanden

- Angebote für Menschen, die zusätzliche psychiatrische Diagnosen erfordern
- Langzeitarbeitslose Rehabilitanden mit fehlenden beruflichen Qualifikationen
- Rehabilitanden mit hohem Nachsorgebedarf
- Rehabilitanden mit einem hohen Maß an Bindungsstörungen
- Angebote für Menschen aus der Nichtsesshaftenhilfe
- Behandlungsplätze für Suchtkranke, die ihr Tier in die Einrichtung mitbringen (müssen).

Kleinere Einrichtungen bieten also neben der obligatorisch geprüften Qualität gerade auch für spezifische Rehabilitandengruppen besondere individuelle Settings, in denen neben einer hohen sozialen Kontrolle wesentliche Aspekte therapeutischer Gemeinschaften umgesetzt und gelebt werden – dies alles trotz reduzierter Behandlungszeiten und ergänzender manualisierter Standards. Kleine Einrichtungen „würzen“ gewissermaßen die Landschaft der Suchtkrankenhilfe. Ohne sie erlitten bedürftige Suchtkranke, aber auch Leistungsträger und die Gruppe der Leistungserbringer einen erheblichen Qualitätsverlust.

Spezifische Aspekte zu Strukturanforderungen in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter: Drogenrehabilitation

Stellenwert der Wirkprinzipien der Therapeutischen Gemeinschaft

Wie in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde formuliert, stellt die behandlungsorientierte Therapeutische Gemeinschaft einen wesentlichen Bestandteil abstinenzorientierter Drogentherapie dar.

Das Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft als besonderer Wirkfaktor ist zwar kennzeichnend für viele kleinere Einrichtungen, ist aber nicht unbedingt an einer bestimmten Klinikgröße festzumachen, sondern kann sich grundlegend auf Strukturregeln berufen, die Drogenabhängige in der Therapie in eine Mitverantwortung für die Patientengemeinschaft und die Behandlungskultur eines Hauses einbinden. Deshalb gilt es, organisationale Einheiten in den (größeren) Fachkliniken zu schaffen, die Bindung und Bezogenheit ermöglichen als Grundlage für ein tragfähiges, therapeutisches Arbeitsbündnis und als ein sicheres, überschaubares Lernfeld für die Zukunft. Berücksichtigt werden muss, dass die Einbindung von Rehabilitanden in die alltägliche Versorgung einer therapeutischen Einrichtung nicht zu Lasten der Anwendung spezifischer therapeutischer Leistungen gehen darf. Somit kann eine Zuteilung von Rehabilitanden in Arbeitsaufgaben der Einrichtung zur Personaleinsparung und Strukturhaltung nicht als Arbeitstherapie gewertet werden. Allerdings reicht eine einfache Summation von evidenzbasierten Modulen und individuellen Leistungen nicht aus, um den komplexen Problemlagen von Personen mit einer Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen in der Drogentherapie gerecht zu werden. Die bisher vorliegenden Ergebnisse der Suchtforschung reduzieren die komplexen Prozesse therapeutischer Interaktionen häufig auf eng gefasste Outcome-Effekte und sind damit nicht geeignet, die tatsächliche Strukturqualität einer Einrichtung der medizinischen Drogenrehabilitation abzubilden, die sich der Realisierung eines integrierenden, heilsamen Behandlungsklimas verpflichtet fühlt.

Wertschätzender und persönlich bedeutsamer therapeutischer Kontext

Grundsätzlich braucht jeder Mensch eine persönlich bedeutsame und wertschätzende Lebensgrundlage, um komplexe Alltags- und Krisenerfahrungen produktiv meistern zu können. Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung weisen in ihren Biografien hingegen wissenschaftlich belegt in außerordentlichem Ausmaß Erfahrungen von körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt vor dem Hintergrund von massiven Bindungstraumatisierungen auf. Daraus ergeben sich neben der Entwicklung einer Drogenabhängigkeit Begleitstörungen auf

- einer somatischen Ebene: unspezifische Schmerzsyndrome, Dissoziationen, psychosomatische Beschwerden, gestörtes Essverhalten und anderes,
 - einer psychischen Ebene: Störungen im Selbstbild und der Identität, mangelnde Affektregulierung, Angst und anderes
- und
- einer sozialen Ebene: selbstverletzendes Verhalten, Bindungsstörungen, aggressives Verhalten, Störungen der Sexualität und anderes.

Die Patientengruppe der Drogenabhängigen wirkt außerdem dergestalt, als ob sie in einem Adoleszentenstatus fixiert wäre. Zumeist liegt der Beginn der Suchterkrankung in der Adoleszenz und der Drogenkonsum behindert die Bewältigung von altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben in der Pubertät, insbesondere vor dem Hintergrund von Kindheitstraumatisierungen und Bindungsstörungen. Nach dem Drogenentzug reagieren die Erkrankten häufig emotional instabil, zeigen defizitäre Ich-Funktionen und verhalten sich schwankend in Bezug auf ihre Bereitschaft, Verantwortung für ihre weitere Lebensplanung und die Gemeinschaft in einer Klinik zu übernehmen. Umso bedeutsamer ist es, Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in ihren Erwachsenenanteilen anzusprechen

und mitverantwortlich für das Gelingen der stationären Therapie zu machen.

Teilhabeorientierung

Die erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen der meisten Rehabilitanden lassen sich nur begrenzt in ICD-10-Diagnosen (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) abbilden, der alltagspraktische Teilhabebedarf muss auf der Grundlage der ICF erfasst werden. Nur mit ausreichenden interdisziplinären Personalressourcen, die eng verzahnt und gemeinsam mit den Rehabilitanden „auf Augenhöhe“ Defizite in der Aktivität und Teilhabe klären und bearbeiten sowie vorhandene Ressourcen fördern, ist Teilhabeorientierung umsetzbar. In diesem Prozess wird die Selbstverantwortung der Abhängigkeitserkrankten für ihren Rehabilitationsprozess gefördert. Diese Vorgehensweise erfordert eine passende Organisation des Kliniksystems, die nicht von einer starren Hierarchie geprägt

sein darf, sondern von einer patientenzentrierten Teamarbeit von verschiedenen Professionen aus den gleichwertigen Feldern Medizin, Psychotherapie, arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation (Arbeitstherapie und Beratungsleistungen zur beruflichen Wiedereingliederung) und Sozio-/Milieuthherapie.

Behandlungsverbund

Die stationäre Drogenrehabilitation darf nicht isoliert und abgekoppelt von dem Gesamthilfesystem für suchtmittelmissbrauchende und -abhängige Menschen betrachtet werden. Sie bildet einen Baustein in einem Netzwerk von Hilfsangeboten mit niedrigschwelligen und abstinenzorientierten, kurz- und langfristigen sowie therapievorbereitenden, nachsorgenden und berufsintegrierenden Leistungen. Die Diakonie fühlt sich zuständig für die Etablierung und Aufrechterhaltung von differenzierten Versorgungsnetzwerken, die den unterschiedlichen Notlagen und Hilfebedarfen von drogenabhängigen Menschen gerecht werden.

Abschließende Bewertung

Sicherstellungsauftrag der Rehabilitationsträger und Rechtsansprüche der Versicherten

Das SGB IX stattet die Rehabilitationsträger bekanntlich mit einem umfassenden Sicherstellungsauftrag aus, sie sind in der Pflicht, die „fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung“ (§ 19 Abs. 1 SGB IX) zu stellen. Gleichzeitig haben die Versicherten einen auf ihren individuellen Bedarf bezogenen Anspruch auf Teilhabeleistungen. Sicherstellungsauftrag und Anspruch der Versicherten sind nur durch ein differenziertes Leistungsangebot zu gewährleisten, das den unterschiedlichen Bedarfslagen der Rehabilitanden gerecht wird.

Partnerschaftliches Verhältnis zwischen den Akteuren

Der Diakonie ist an einem partnerschaftlichen und vertrauensvollen Verhältnis zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern gelegen. Dies ist ohne Transparenz, die Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen und Mitbestimmung nicht zu realisieren. In ihren rehabilitationspolitischen Positionen hat die Diakonie Vorschläge für eine Neujustierung des Verhältnisses von Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern formuliert (Forderungen der Diakonie zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation, Diakonie Texte 02.2007).

Jenseits dieser das Leistungserbringungsrecht berührenden Fragen weist die Diakonie auf ein mit den Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung verbundenes Problem hin: Einerseits formuliert die Deutsche Rentenversicherung eindeutige Strukturanforderungen für die Kliniken. Auf Kritik hin – etwa hinsichtlich der „Normgröße“ der Kliniken (100 Betten) – wird diese sachlich nicht bestritten und eine einzelfallorientierte flexible Anwendung der Strukturanforderungen versprochen. So begrüßenswert diese Flexibilität auch ist, sie stärkt die Interpretationsmacht der Deutschen

Rentenversicherung, macht die Kliniken vom Goodwill der Deutschen Rentenversicherung abhängig und verführt zu Willkür und Intransparenz.

Dem einzelnen Menschen gerecht werdende Rehabilitation

Die Diakonie legt besonderen Wert darauf, auf den jeweiligen Menschen zugeschnittene Rehabilitationsleistungen zu erbringen, um seine weitestgehend selbstbestimmte Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen. Strukturanforderungen, die sich an Normgrößen mit linear-mathematischen Anpassungen und modularisierten Therapiestandards orientieren, können die notwendige Vielfalt, den zielgruppenbezogenen Differenzierungsgrad und die im Einzelfall erforderliche Flexibilität begrenzen. Auch können diese Strukturanforderungen sinnvolle Weiterentwicklungen von Rehabilitationskonzepten behindern. Es darf nicht sein, dass sich der Mensch mit seinen spezifischen Teilhabebeeinträchtigungen einem vereinheitlichten Konzept fügen muss. Die Rehabilitation muss den individuellen Bedarfen gerecht werden.

Welche Trends setzen und verstärken die Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung?

Die Diakonie stellt mit diesem Positionspapier kritische Fragen zur weiteren Entwicklung der medizinischen Rehabilitation, insbesondere zur Rehabilitation suchtkranker Menschen. Die Diakonie streitet für eine qualitativ bestmögliche Versorgung und Rehabilitation und sorgt sich darum, ob alle suchtkranken Menschen in ihrer Unterschiedlichkeit angenommen, behandelt und mit ihren zur Suchterkrankung verbundenen Teilhabehindernissen Zugang finden zu Rehabilitationsleistungen. Diakonisches Werk der EKD und GVS fragen, ob die Leistungen der Einrichtungen und Kliniken durch die gesetzten Strukturanforderungen der Leistungs- und Kostenträger noch auf die individuellen Bedarfe zugeschnitten werden

können. Die von der Diakonie formulierten Anforderungen an Rehabilitationseinrichtungen der Suchtkrankenhilfe wurden oben dargestellt. Folgende Trends beobachtet die Diakonie mit Sorge und vermutet, dass die Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung sie verstärken:

- Der Fachkräftemangel verschärft sich durch fachgruppenbezogene, eingrenzende Vorgaben.
- Die Übernahme tradierter, kostenintensiver und wenig effizienter medizinisch ausgerichteter Strukturen wird dem komplexen Bild der Abhängigkeitserkrankung nicht gerecht.
- Rehabilitationseinrichtungen werden solitär definiert und nicht als Bestandteil eines Behandlungsverbundes mit den entsprechenden Versorgungsressourcen wahrgenommen.
- Strukturqualitätsanforderungen ergeben sich eher aus der Systematik und Praxis der allgemeinen, somatisch-orientierten

Rehabilitation und nicht aus der bisher praktizierten Suchtrehabilitation.

- Modularisierte und manualisierte Therapiebausteine stehen in erheblicher Spannung zum individuellen Rehabilitationsbedarf, die methodische Wirksamkeit ist kaum nachgewiesen.
- Das vorliegende Anforderungsprofil zielt zwangsläufig auf die Bildung von großen Rehabilitationseinrichtungen (100 Betten +) ab. Vor allem kleinere Einrichtungen, die den Wirkprinzipien Therapeutischer Gemeinschaften folgen, geraten ins Abseits.

Das Diakonische Werk der EKD und der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe erwarten eine fachlich geleitete und rehabilitationspolitisch kreative Diskussion über die im Positionspapier formulierten Überlegungen.

Auszug Diakonie Texte 2009/2010/2011

- 10.2011 Einrichtungstatistik zum 1. Januar 2010
 09.2011 Altenarbeit im Gemeinwesen
 Demografisch geboten – politisch notwendig – verlässlich finanziert
 08.2011 Prozesse interkultureller Öffnung konkretisieren, kommunizieren, kultivieren
 07.2011 Kommunikation von Qualität in der stationären Altenhilfe
 06.2011 Mitarbeitendenstatistik zum 1. September 2008
 05.2011 Chancen für Kinder eröffnen – Teilhabe durch Kinder- und Jugendrehabilitation
 04.2011 Der Tod gehört zum Leben
 03.2011 Abschiebungshaft in Deutschland – Positionen und Mindestforderungen der Diakonie
 02.2011 Migrationsberatung für erwachsene Zugewanderte 2009
 01.2011 Prävention in der Schuldnerberatung der Diakonie
 12.2010 Gerechte Teilhabe an Arbeit
 11.2010 Diakonie und Bildung
 10.2010 Sozialarbeiterisches Case-Management für Menschen mit Behinderungen in der Eingliederungshilfe nach SGB XII/SGB IX
 09.2010 Erwartungen der Diakonie an die Reform der Grundsicherung
 08.2010 Raus aus dem Abseits
 Diakonisches Plädoyer für eine gerechte Jugendpolitik
 07.2010 Deutsche aus der ehemaligen Sowjetunion – auf der Suche nach einer verlorenen Familienvergangenheit
 06.2010 Das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Europa
 05.2010 Perspektiven zur Mitarbeitengewinnung in der Diakonie
 04.2010 Das Freiwillige Soziale Jahr (FSJ) und sein Beitrag zur Personalgewinnung
 03.2010 Es sollte überhaupt kein Armer unter Euch sein
 „Tafeln“ im Kontext sozialer Gerechtigkeit
 02.2010 Interkulturelle Öffnung
 Zusammenstellung von Stellungnahmen und Arbeitshilfen
 01.2010 Bildung, Erziehung und Betreuung in der Kindheit
 16.2009 Pflegestatistik zum 15.12.2007
 15.2009 Einrichtungstatistik – Regional, Stand 1. Januar 2008
 14.2009 Vorstandsbericht:
 Gemeinsam in die Zukunft: „Weil wir es wert sind“

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank im Voraus.
 Ihr Diakonisches Werk der EKD

Impressum

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
 Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
 Karlsruher Straße 11
 70771 Leinfelden-Echterdingen
 Telefon: +49 711 21 59-777
 Telefax: +49 711 797 75 02
 Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen.

Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de
www.diakonie.de

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
 Staffenbergstraße 76
 70184 Stuttgart

Verantwortlich für die Reihe:
 Andreas Wagner
 Zentrum Kommunikation
 Postfach 10 11 42
 70010 Stuttgart
 Telefon: +49 711 21 59-454
 Telefax: +49 711 21 59-566
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
 Dr. Theo Wessel
 Geschäftsführer
 GVS Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD e.V.
 Altensteinstraße 51
 14195 Berlin
 Telefon: +49 30 843 123 57
 Telefax: +49 30 844 183 36
wessel@sucht.org

Dr. Tomas Steffens
 Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
 Medizinische Rehabilitation, Prävention und Selbsthilfe
 Telefon: +49 30 830 01-361
 Telefax: +49 30 830 01-444
steffens@diakonie.de

Layout: A. Stiefel

Druck: Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
 Karlsruher Straße 11
 70771 Leinfelden-Echterdingen

**Diakonisches Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e.V.**

Stafflenbergstraße 76

70184 Stuttgart

Telefon: +49 711 21 59-0

Telefax: +49 711 21 59-288

diakonie@diakonie.de

www.diakonie.de