

**Arbeitshilfe
für die Rehabilitation
und Teilhabe von
Menschen mit
Abhängigkeitserkrankungen**



Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Heft 12

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Walter-Kolb-Straße 9–11, 60594 Frankfurt am Main
 0 69 / 60 50 18 -0
E-Mail: info@bar-frankfurt.de
Internet: www.bar-frankfurt.de
– Ausgabe 2006 –
ISSN 0933-8462

Technische Gesamtherstellung:
Druckhaus Strobach GmbH
Hanauer Landstraße 226, 60314 Frankfurt am Main
Telefon (0 69) 90 43 97-0, Fax (0 69) 90 43 97 35
E-Mail: druckerei.strobach@t-online.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
1. Einleitung.....	6
1.1 Zielgruppen der Arbeitshilfe.....	6
1.2 Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	7
1.2.1 Bio-psycho-soziales Modell (ICF).....	8
1.2.2 Sozialrechtliche Voraussetzungen	10
1.2.3 Rehabilitationsbedürftigkeit	12
1.2.4 Rehabilitationsfähigkeit	14
1.2.5 Rehabilitationsprognose.....	14
1.2.6 Rehabilitationsziele	14
2. Substanzbezogene Risiken und Störungen.....	16
2.1 Schädlicher Gebrauch.....	20
2.2 Abhängigkeitserkrankungen.....	21
2.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen sowie komorbide Erkrankungen	23
3. Grundlagen der Rehabilitation und Teilhabe bei Abhängigkeitserkrankungen	25
3.1 Diagnostik im Vorfeld der medizinischen Rehabilitation	25
3.2 Auswahl der Leistungsform (ambulant/stationär)	27
3.3 Rehabilitationsdiagnostik (zu Beginn und während der Rehabilitationsleistung) ..	30
4. Ziele der Rehabilitation und Teilhabe	37
4.1 Krankheitsbewältigung	38
4.2 Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	39
4.3 Wiedereingliederung in das Leben in der Gemeinschaft	42
4.4 Erhalt selbständiger Lebensführung und Verhinderung von Pflegebedürftigkeit ..	43
5. Wichtige Handlungsprinzipien der Rehabilitation und Teilhabe.....	44
5.1 Frühzeitigkeit.....	44
5.2 Bedarfsgerechte und individuell angepasste Leistungen zur Teilhabe	45
5.3 Zugänglichkeit der Angebote.....	47
5.4 Einbeziehung des sozialen Umfelds.....	48
5.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	49
6. Ausgestaltung und Organisation des Hilfesystems für abhängigkeitskranke Menschen.....	51
6.1 Möglichkeiten der Kontaktaufnahme, Beratungsstellen und -dienste	54
6.1.1 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen.....	55
6.1.2 Gesundheitsämter	56
6.1.3 Sozialpsychiatrische Dienste.....	56
6.1.4 Soziale Dienste in Krankenhäusern	57
6.1.5 Betriebliche Suchtkrankenhilfe	57
6.1.6 Beratung durch Rehabilitationsträger	58
6.1.7 Niedrigschwellige Angebote	58
6.2 Krankenbehandlung: Berufsgruppen und Einrichtungen	59
6.2.1 Niedergelassene Ärzte	59
6.2.2 Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	60
6.2.3 Psychiatrische Institutsambulanzen	61
6.2.4 Allgemeinkrankenhäuser	61
6.2.5 Psychiatrische Kliniken.....	63

6.3	Entwöhnungsbehandlung: Angebote und Einrichtungen der Rehabilitation	
	Abhängigkeitskranker	64
6.3.1	Ambulante Entwöhnung in Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachambulanzen und ambulanten rehabilitativen Einrichtungen.....	67
6.3.2	Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation.....	68
6.4	Nachgehende Hilfeangebote	70
6.5	Komplementäre Einrichtungen	72
6.6	Selbsthilfegruppen.....	73
7.	Einrichtungen und Dienste zur Teilhabe am Arbeitsleben	76
7.1	Integrationsämter	76
7.2	Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke	78
7.3	Integrationsfachdienste und begleitende Hilfe im Arbeitsleben	78
7.4	Integrationsprojekte	80
7.5	Berufliche Trainingszentren.....	81
7.6	Werkstätten für behinderte Menschen.....	81
8.	Verfahren zur Einleitung von Entwöhnungsbehandlungen	83
8.1	Auskunft und Beratung	84
8.2	Antragstellung und Einleitung von Leistungen.....	85
9.	Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen	88
9.1	Überblick SGB IX, Teil 1	89
9.2	Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V).....	93
9.3	Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) und Alterssicherung der Landwirte (ALG).....	95
9.3.1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	96
9.3.2	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	96
9.3.3	Ergänzende Leistungen.....	97
9.3.4	Sonstige Leistungen	97
9.4	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII).....	98
9.5	Bundesagentur für Arbeit (SGB III).....	99
9.5.1	Allgemeine Leistungen	101
9.5.2	Besondere Leistungen	101
9.5.3	Weitere Leistungen	102
9.6	Sozialhilfe (SGB XII).....	102
9.6.1	Rechtliche Grundlagen der Leistungserbringung	104
9.6.2	Hilfen nach den Kapiteln 5 – 9 des SGB XII.....	105
9.7	Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)	107
9.8	Soziale Pflegeversicherung (SGB XI).....	108
9.8.1	Leistungsvoraussetzungen.....	109
9.8.2	Leistungen der Pflegeversicherung	109
9.9	Überblick SGB IX, Teil 2.....	110
10.	Zuzahlungsregelungen	114
10.1	Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung.....	114
10.2	Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung	116
11.	Anhang	118
11.1	Glossar	118
11.2	Literatur	124
11.3	Adressen	129
11.3.1	Verbände der Suchtkrankenhilfe	129

Inhaltsverzeichnis

11.3.2	Selbsthilfe- und Abstinenzgruppen.....	130
11.3.3	Bundesministerien und - behörden.....	131
11.4	Vereinbarungen, Empfehlungen und Richtlinien	132
11.5	Sozialbericht.....	134
11.6	Verzeichnis der Mitwirkenden an der Erarbeitung der Arbeitshilfe	139

Vorwort

Abhängigkeitserkrankungen und übermäßiger Substanzkonsum stellen ein epidemiologisches und gesundheitliches Problem ersten Ranges dar. In Deutschland rechnet man allein unter den Erwachsenen mit

- 1,6 Mio. Menschen, die alkoholabhängig sind,
- 2,7 Mio. mit einem schädlichen Alkoholkonsum (Missbrauch),
- 1,5 Mio. Medikamentenabhängigen und
- 150.000 – 250.000 Menschen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen.

In Deutschland hat sich seit dem Urteil des Bundessozialgerichts im Jahr 1968¹, mit dem Abhängigkeit als Krankheit anerkannt wurde, ein qualitativ hochwertiges und flexibles Behandlungs- und Beratungssystem für Abhängigkeitserkrankungen entwickelt. Das Suchthilfesystem gilt als eines der am besten ausgebauten Unterstützungs- und Behandlungsnetzwerke für chronisch kranke Menschen in der Bundesrepublik. Abhängigkeitserkrankungen und ihre gesundheitlichen und sozialen Folgen nehmen in der Rehabilitation einen hohen Stellenwert ein. Allein die Rentenversicherung führte im Jahr 2004 ca. 52.536 ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen für Betroffene im Erwerbsalter durch. Entwöhnungsbehandlungen sind aufwendig und benötigen eine vergleichsweise lange Behandlungszeit. Dass sich die Investition in die Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen lohnt, wird durch verschiedene Untersuchungen zur Effektivität und Effizienz von Entwöhnungsbehandlungen belegt. So zeigen beispielsweise

- klinikübergreifende katamnestische Studien zur Effektivität der stationären Rehabilitation alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen des Fachverbandes Sucht e.V., dass über 50 % der Rehabilitanden ein Jahr nach der Entwöhnungsbehandlung abstinent leben,²
- Ergebnisse der Rentenversicherung zum sozialmedizinischen Verlauf zwei Jahre nach medizinischer Rehabilitation 1999, dass 59 % der Rehabilitanden in diesen zwei Jahren lückenlos Beiträge zur Rentenversicherung und weitere 32 % lückenhaft Beiträge geleistet haben. Somit stehen insgesamt 91 % der Rehabilitanden nach zwei Jahren noch im Erwerbsleben.³

¹ BSGE 28, 114.

² Vgl. Zobel, M. et. al., 2004.

³ Vgl. Klosterhuis, H. et. al., DRV 2004, S. 287ff.

Die Arbeitshilfe soll einen Überblick über die allgemeinen Grundsätze und Grundlagen von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, substanzbezogenen Störungen und Abhängigkeitserkrankungen (inkl. Diagnostik, Rehabilitationsziele, Handlungsprinzipien, Indikationsstellung), die Ausgestaltung und Organisation des Suchthilfesystems für abhängige Menschen, die vorhandenen Rehabilitationsangebote und die sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen gewährleisten. Sie soll als Orientierungs- und Entscheidungshilfe dienen, um bei der Rehabilitation der betroffenen Menschen zielgerichtet, planvoll und abgestimmt handeln zu können.

Geschäftsführer

B. Steinke U. Vömel

1. Einleitung

1.1 Zielgruppen der Arbeitshilfe

Die Arbeitshilfe wendet sich an alle an der Rehabilitation abhängigkeitskranker und abhängigkeitsgefährdeter Menschen beteiligten Personen.

Die Kontaktaufnahme zum Suchthilfesystem erfolgt bei der betroffenen Person in der Regel, wenn der innere oder äußere Druck hinsichtlich der Folgen der Erkrankung so groß wird, dass Veränderungen unumgänglich sind. Sie findet meist über Suchtberatungsstellen, ambulante Suchtbehandlungsstellen oder die betriebliche Suchtkrankenhilfe statt, welche in der Regel die Vermittlung in das weitere Hilfesystem vornehmen und auch den Kontakt zu den Rehabilitationsträgern herstellen. Häufig sind dem Besuch der Beratungsstellen ärztliche Konsultationen und/oder Krankenhausaufenthalte vorausgegangen.

Daher wendet sich diese Arbeitshilfe insbesondere an:

- Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen* und in Krankenhäusern tätige Ärzte/Ärztinnen
- Mitarbeiter in Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation und nachgehenden Betreuung (Ärzte, Krankenpflegefachkräfte, Ergotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen usw.)
- Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern
- Mitarbeiter der Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger
- Mitarbeiter der Rehabilitationsträger (insbesondere Kranken-, Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit) sowie deren medizinische Dienste (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Sozialmedizinischer Dienst der Rentenversicherung sowie Ärztlicher und Psychologischer Dienst der Bundesagentur für Arbeit)
- Mitarbeiter in Beratungsstellen, auch außerhalb des Suchthilfesystems, z.B. Ehe- und Familienberatung oder Schuldnerberatung
- Freiwillige Mitarbeiter der Suchtselbsthilfeverbände

* Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen, wird im weiteren Verlauf die maskuline Form der Berufsbezeichnungen gewählt. Es sind aber immer Männer und Frauen gemeint.

- Arbeitnehmervvertretungen einschließlich Schwerbehindertenvertretungen sowie Vorgesetzte
- Mitarbeiter in Sozialdiensten der Krankenhäuser
- Mitarbeiter im Maßregelvollzug, die nach § 64 StGB untergebrachte, abhängigkeitskranke Straftäter behandeln

Ziel dieses Leitfadens ist es jedoch auch, den betroffenen Menschen selbst und deren Angehörigen Informationen zu vermitteln über Möglichkeiten, Zielsetzungen und Verlauf der Rehabilitation von Abhängigkeitskranken. Darüber hinaus stellt die Arbeitshilfe auch ein Hilfsmittel für die Fortbildung aller bei den Sozialleistungsträgern tätigen Rehabilitationsfachkräfte sowie für die Ausbildung freiwilliger und hauptamtlicher Suchtkrankenhelfer dar.

1.2 Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sind darauf gerichtet, eine gesundheitlich bedingte Gefährdung oder Beeinträchtigung von Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu beheben oder zu reduzieren. Zu diesen Leistungen gehören die medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft. Es gelten dabei folgende Grundsätze:

- Frühzeitigkeit
- Individualität
- Komplexität
- Interdisziplinarität
- Zielgerichtetheit
- Einheitlichkeit der Leistungserbringung
- Nahtlosigkeit und Zügigkeit
- Bedarfsgerechtigkeit – entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalles unter Berücksichtigung des Vorrangs
 - ambulanter vor stationären Hilfen (Wohnortnähe),
 - Rehabilitation vor Rente und
 - Rehabilitation vor Pflege

- Qualitätsgesicherte Angebote und indikationsgeleitete Auswahl der Leistungsform

Insbesondere für den Personenkreis, bei dem aufgrund einer eingetretenen oder drohenden Chronifizierung der Erkrankung eine Beeinträchtigung der Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und der Erwerbsfähigkeit gegeben ist oder einzutreten droht, ist eine Rehabilitation wichtig. Bei diesem Personenkreis tritt die Bewältigung der Krankheitsfolgen in den Vordergrund.

1.2.1 Bio-psycho-soziales Modell (ICF)

Für die Auswahl der im Einzelfall notwendigen Behandlungs- und Interventionsprogramme sind neben der (Grund-) Erkrankung Art und Ausmaß der Funktionsstörungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe als Folgen eines Krankheitsprozesses vor dem Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) des betroffenen Menschen maßgeblich (finale Orientierung). Dieser umfassenden Betrachtung trägt die von der WHO entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) Rechnung.⁴ Im Sinne der ICF ist Behinderung eine negative Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren und weiter gefasst als der Behinderungsbegriff gemäß SGB IX, der sich vor allem auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe bezieht.

⁴ Die vorläufige Fassung der deutschsprachigen Übersetzung der ICF (Stand Oktober 2004) wurde von DIMDI (Deutsches Institut für medizinischen Dokumentation und Information) herausgegeben. Diese Version ist unter www.dimdi.de abrufbar.

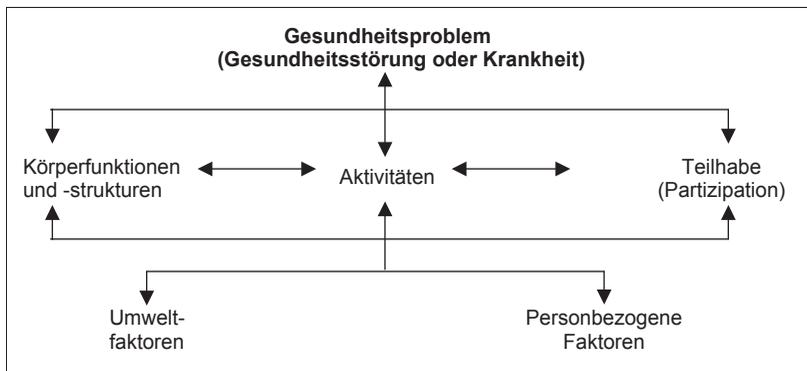


Abb. 1: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit

Hilfreich zum Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells der ICF ist der Begriff der **funktionalen Gesundheit (functioning)**. Danach ist eine Person funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der **Kontextfaktoren**: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereiches, dies schließt auch psychische Funktionen mit ein) und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (**Konzept der Körperfunktionen und -strukturen**),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (**Konzept der Aktivitäten**),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (**Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen**).

Die **Kontextfaktoren** stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar, also alle umwelt- und personbezogenen Faktoren, die Einfluss auf die Funktionsfähigkeit bzw. funktionale Gesundheit der Person haben können. Zu den Umweltfaktoren gehört alles, was sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Lebenswelt des betroffenen Menschen bezieht, z.B. Technologien; natürliche und von Menschen veränderte Umwelt; soziale Unterstützung und Beziehungen; Einstellungen, Werte, Überzeugungen und Dienstleistungen. Personbezogene Faktoren sind Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf, Erfahrung, Persönlichkeit, andere Gesundheitsprobleme, Lebensstil, Gewohn-

heiten usw. Kontextfaktoren können positiv (Förderfaktoren) oder hemmend (Barrieren) wirken.

Das Bemühen der Rehabilitation ist darauf gerichtet, den durch Krankheit und Behinderung der betroffenen Menschen bedingten Einschränkungen zu begegnen und ihm ein möglichst eigenständiges Leben zu ermöglichen. Dabei sind insbesondere auch die individuell relevanten Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

1.2.2 Sozialrechtliche Voraussetzungen

Nach dem Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) – gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (siehe § 2 SGB IX). Das SGB IX basiert bezüglich Modell und Begrifflichkeit auf der ICF. Leistungen zur Teilhabe (§ 4 SGB IX) „umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“

Vor diesem Hintergrund ist Rehabilitation als Prozess zu verstehen, in dem unterschiedlichste Hilfen für die betroffenen Menschen auch unter Einbezie-

hung der Angehörigen – zeitlich parallel oder in zeitlicher Folge – jeweils so kombiniert werden, wie es dem individuellen Hilfebedarf neben der ggf. weiter erforderlichen Behandlung entspricht.

Der umfassende Rehabilitationsgedanke wird im gegliederten System der sozialen Sicherung umgesetzt. Dabei sind besondere Anstrengungen und eine enge Kooperation aller Beteiligten erforderlich, um die Folge oder Kombination der im Einzelfall erforderlichen Hilfen (bzgl. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leben in der Gemeinschaft) sicherzustellen.

Allgemeines Ziel der **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der im Einzelfall gebotenen Leistungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext üblich) erachtet werden.

Ziel der **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** ist, die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Bei Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder vergleichbaren Einrichtungen umfasst die Zielsetzung auch, die Persönlichkeit dieser Menschen weiterzuentwickeln und ihre Beschäftigung zu ermöglichen oder zu sichern. Vorrangiges Ziel ist die Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, wenn dieses nicht bzw. noch nicht erreicht werden kann, die Eingliederung auf einem besonderen Arbeitsmarkt.

Die **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** zielen darauf, behinderten Menschen die Teilhabe am allgemeinen sozialen Leben zu ermöglichen oder zu sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen. Dabei ist es Aufgabe und Ziel, die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, die die Pflege familiärer und anderer sozialer Kontakte sowie die Beteiligung am kulturellen, sportlichen und politischen Ge-

schehen umfasst. Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bedeutet, dass der betroffene Mensch unter Wahrung der Chancengleichheit, entsprechend seinen Neigungen und Fähigkeiten, in alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens einbezogen ist und sich daran beteiligen kann.

Zusätzlich werden **unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen** erbracht. Durch sie sollen die Zielerreichungen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zum Leben in der Gemeinschaft unterstützt sowie eine selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe der betroffenen Menschen am Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden.

Für alle genannten Leistungsgruppen gilt, dass diese nur in Betracht kommen, wenn die individuelle

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit und
- positive Rehabilitationsprognose

festgestellt und auf dieser Grundlage ein konkretes Rehabilitationsziel formuliert werden kann.

Wichtig ist dabei die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der Mitwirkungspflicht des Patienten. Sind Maßnahmen, z.B. wegen mangelnder Mitarbeit des Patienten, absehbar erfolglos, so dürfen sie nicht durchgeführt werden.

1.2.3 Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der Rehabilitation erforderlich macht. Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die Schädigungen und die Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren. Der Bedarf an Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist unter Bezugnahme auf die ICF (vgl. Kap.1.2.1) insbesondere abhängig von:

- den Körperfunktionen (einschließlich psychischer Funktionen) und Körperstrukturen. Hierzu gehören z.B.:
 - Globale mentale Funktionen (z.B. Bewusstsein, Orientierung, psychische Energie, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Emotionen, Denken, Verhaltensmanagement, Möglichkeiten zur Konsumkontrolle)
 - Strukturen des Nervensystems (Gehirn, sympathisches und parasympathisches Nervensystem etc.)
 - Sinnesfunktionen und Schmerz
 - Funktionen und Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und Atmungssystems
 - Funktionen des Stoffwechsels, Verdauungs- und endokrinen Systems und damit im Zusammenhang stehende Strukturen
 - Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems und damit im Zusammenhang stehende Strukturen
 - Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen und damit im Zusammenhang stehende Strukturen
- den Aktivitäten und der Teilhabe (Partizipation). Hierzu gehören z.B.:
 - Lernen- und Wissensanwendung
 - Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. mit Stress und psychischen Anforderungen umgehen, eigene Ziele und Interessen verfolgen)
 - Kommunikation (z.B. verbal, nonverbal)
 - Mobilität
 - Selbstversorgung
 - Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (z.B. zur Familie, intime Beziehungen)
 - Erziehung/Bildung
 - Arbeit und Beschäftigung
 - Gemeinschaftliches, soziales und staatsbürgerliches Leben (z.B. Erholung, Freizeitgestaltung)
- den Umweltfaktoren. Hierzu gehören z.B.:
 - Unterstützung und Beziehungen (z.B. durch Familie, Freunde, Bekannte, Vorgesetzte, Mitarbeiter)
 - Einstellungen (z.B. zur Familie, zu Angehörigen, Freunden)

- Dienste und Systeme (z.B. Angebote zur sozialen Sicherheit, des Gesundheitswesens)
- Produkte und Technologien (z.B. zur Kommunikation, zur Bildung/Ausbildung, zur Mobilität, für die Erwerbstätigkeit)

1.2.4 Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des betroffenen Menschen (z.B. Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Inanspruchnahme einer geeigneten Leistung zur Teilhabe.

1.2.5 Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistungen zur Teilhabe

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotenzial einschließlich psychosozialer Faktoren)
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Teilhabeziels durch eine geeignete Leistung zur Teilhabe
- in einem notwendigen Zeitraum

Der Rehabilitationserfolg lässt sich dabei insbesondere an dem Ausmaß beurteilen, in dem jemand arbeiten, häusliche und familiäre Verantwortung übernehmen sowie seine Freizeit sinnvoll nutzen kann, und so Zufriedenheit mit seinem Leben erreicht.

1.2.6 Rehabilitationsziele

Unter Würdigung der Rehabilitationsfähigkeit und einer positiven Rehabilitationsprognose werden individuelle Rehabilitationsziele aus den Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabestörungen abgeleitet, die den betroffenen Menschen in

der selbständigen Bewältigung und Gestaltung seiner Lebensbereiche beeinträchtigen.

2. Substanzbezogene Risiken und Störungen

Im Folgenden werden exemplarisch Substanzen dargestellt, deren Konsum in Deutschland eine herausragende Rolle spielt.⁵

Alkohol

In Deutschland konsumiert eine Vielzahl von Menschen alkoholische Getränke in einem Umfang, der als schädlich für die Gesundheit gilt. Von den 18 bis 59-Jährigen konsumieren 4,4 Millionen Menschen riskant (9,3 % der Männer, 6,3 % der Frauen). Als riskanter Konsum werden bei Männern täglich mehr als 30 Gramm reinen Alkohols und bei Frauen mehr als 20 Gramm gewertet (Ein Standardgetränk – bspw. 0,25 l Bier, 0,15 l Wein oder 0,04 l Spirituosen – enthält zwischen 8 und 12 Gramm Alkohol). Eine weitere Teilgruppe von 2,7 Millionen Menschen konsumiert Alkohol in einer Menge, die bereits deutliche gesundheitliche und soziale Schäden zur Folge hat. Bei der letzten Teilgruppe von 1,6 Millionen ist eine Alkoholabhängigkeit zu diagnostizieren. In allen Gruppen stellen die Männer ca. 65 bis 75 % der Betroffenen.

Medikamente

Die Zahl der behandlungsbedürftigen Medikamentenabhängigen wird in Deutschland auf 1,5 Millionen geschätzt, zwei Drittel davon sind Frauen. Hinzu kommt noch eine ähnlich hohe Zahl von Menschen, die zu oft bzw. zu viele Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial einnehmen. Ein besonderes Merkmal von Menschen mit behandlungsbedürftigem Medikamentenkonsum besteht darin, dass sie diesen häufig nicht als eigenständiges Problem erkennen, da sie diese aufgrund eines Beschwerdebildes einnehmen und die Medikamente oftmals auch ärztlich verordnet werden. Klinische Krankheitsverläufe zeigen, dass Patienten mit einem risikoreichen Medikamentenkonsum unter vielfältigen Symptomen leiden, die meist körpernah erlebt werden wie z.B. allgemeine Niedergeschlagenheit, rasche Ermüdbarkeit, Nachlassen der Leistungsfähigkeit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Angstzustände oder allgemeine psychosomatische Symptome. Der Konsum von Medikamenten erfolgt meist im Verborgenen und unauffällig.

⁵ Zu den dargestellten Zahlen und Fakten siehe: Kraus, L.; Augustin, R., März 2005.

Besonders problematisch ist der immer noch von vielen Ärzten praktizierte unsachgemäße Umgang mit Benzodiazepinen. Benzodiazepine führen schon nach kurzer Verschreibungsdauer zu einer körperlichen Abhängigkeit. Auch das psychische Abhängigkeitspotenzial ist erheblich. Beim Absetzen kann es zu heftigsten Entzugserscheinungen kommen, die oft nur stationär beherrschbar sind. Bei älteren Menschen gehören Benzodiazepine zu den am häufigsten verordneten Medikamenten. Neben dem hohen Abhängigkeitspotenzial ist relevant, dass Benzodiazepine die Aufmerksamkeit vermindern, den Muskeltonus schwächen und damit die Sturzgefahr erhöhen. Kommt es dabei bei den älteren Menschen (vermeidbar) zu Frakturen (z.B. des Hüftgelenkes), so werden die Betroffenen, die bedingt durch die Benzodiazepine auch im Antrieb gemindert sind, nicht selten dauerhaft pflegebedürftig.

Gerade im Falle der Benzodiazepine bedarf es noch erheblicher weiterer präventiver Anstrengungen, ggf. unter Zuhilfenahme einer Änderung des Verschreibungsmodus (Verschreibung nur auf BtM-Rezept), um die Problematik zu vermindern.

Drogen

Unter Drogen werden in der Regel die psychotrop wirkenden Substanzen verstanden, deren Verkehr durch das Betäubungsmittelgesetz (BtmG) eingeschränkt oder verboten ist. Die mit Abstand am meisten konsumierte illegale Substanz ist Cannabis (Haschisch, Marihuana). Mehr als ein Drittel der Bevölkerung hat im Laufe ihres Lebens irgendwann Erfahrungen mit Cannabis-Produkten gemacht. In Deutschland wird mit ca. 150.000 bis 250.000 Menschen gerechnet, die aufgrund des Konsums illegaler Drogen (Heroin, Kokain) abhängig sind. Der Anteil der Frauen liegt hier zwischen 25 – 30 %. Zu den illegalen Drogen gehören u.a.: Heroin, Kokain, Crack, synthetische Drogen (Amphetamine/Methamphetamine, Ecstasy) und LSD. Es gibt weitere illegale Drogen wie z.B. Khat oder Rauschmittel aus psilocybinhaltigen Pilzen, die aber in Deutschland bisher nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Bei der Gruppe der 18 bis 59-Jährigen lag der Anteil der Missbraucher von illegalen Drogen im Jahr 2000 bei 0,3 %, der Anteil der Abhängigen bei 0,6 %. Allein 32 % der Jugendlichen zwischen 12 – 25 Jahren haben in ihrem Leben einmal illegale Drogen konsumiert, in den letzten 12 Monaten waren es 13 %.⁶

⁶ Vgl.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2004.

Hierbei handelt es sich vorrangig um den Konsum von Cannabis. Der aktuelle Suchtsurvey ergab, dass im Jahr 2003 5,2 % der 18 bis 20-Jährigen und 3,3 % der 21 bis 24-Jährigen eine Cannabisabhängigkeit aufweisen.⁷

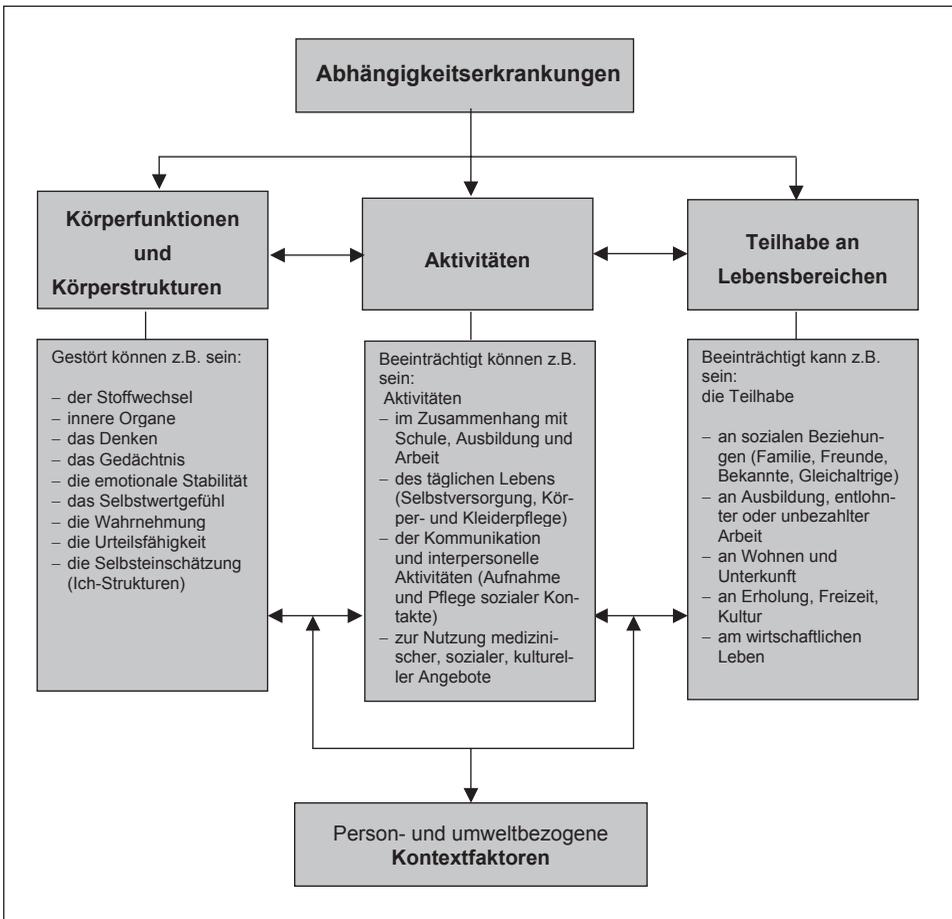
Substanzbedingte Erkrankungen/Störungen weisen ein breites Spektrum an organischen, psychischen und sozialen Störungen und Folgeproblemen auf. Bei Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen kann es im Laufe der Zeit zu schwerwiegenden Veränderungen der Persönlichkeit, des Arbeits-, Gesundheits- und Sozialverhaltens kommen. Somit sind alle Aspekte der Teilhabe (vgl. Kap. 1.2.2) bei Abhängigkeitskranken massiv betroffen. Der Abhängigkeit liegt in der Regel ein Ursachenbündel zugrunde, das sich aus körperlichen, psychischen und sozialen Elementen zusammensetzt.

Nicht selten haben psychische Störungen, die neben der Abhängigkeit bestehen (z.B. Angststörungen, Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, Depressionen) aber auch vorliegende somatische Störungen selbst Krankheitswert oder stellen eine erhebliche zusätzliche Belastung für die betroffenen Menschen dar. Dies wird als **Komorbidität** bezeichnet.

Bei schädlichem Gebrauch und Substanzabhängigkeit kommt es im Verlauf von mehreren Jahren in der Regel zu einer Vielfalt körperlicher, psychischer und sozialer Folgen. Bestehen neben dem Abhängigkeitssyndrom zusätzlich mehrere erhebliche körperliche und/oder psychische Beeinträchtigungen, sei es als Folge der Abhängigkeitserkrankung oder unabhängig davon, liegt **Multimorbidität** vor. Bei Alkoholkranken sind toxisch bedingte Leberzirrhose sowie Polyneuropathien, Bauchspeicheldrüsenerkrankungen, hirnorganische Abbauerscheinungen und Krankheiten des Verdauungstraktes häufig. Viele Drogenabhängige leiden an chronisch aktiven Verläufen einer Hepatitis B und/oder C oder einer HIV-Infektion.

Folge- und Begleiterkrankungen stellen in der medizinischen Rehabilitation daher wichtige Behandlungsaspekte dar.

⁷ Weitergehende Informationen zu den einzelnen Substanzen und ihren Wirkweisen finden sich u.a. in der von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) herausgegebenen Faltblattserie (siehe Kap. 11.2 und www.dhs.de), auf der Internetseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga.de und www.drugcom.de) sowie auf der Internetseite des Fachverbandes Sucht e.V. (www.sucht.de).



Diese Abbildung veranschaulicht unter Bezugnahme auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beispielhaft die unterschiedlichen möglichen Auswirkungen von Abhängigkeitserkrankungen und lässt die Wechselwirkung zwischen den Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen erkennen. Sie verdeutlicht damit, dass es sich um ein komplexes Geschehen handelt, bei dem stabilisierende und/oder belastende Situationen in den verschiedenen Lebensbereichen durch Rückkopplungseffekte miteinander verbunden sind. Die Ermittlung des Hilfebedarfs erfordert daher eine genaue Kenntnis des erkrankten Menschen, insbesondere der vorhandenen und beeinträchtigten Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie des sozialen Umfeldes mit den vielfältigen Wechselwirkungen.

Abb. 2: Abhängigkeitserkrankungen unter Bezugnahme auf die ICF

2.1 Schädlicher Gebrauch

Die internationalen Klassifikationssysteme ICD-10⁸ und DSM-IV⁹ definieren „Schädlichen Gebrauch“ als ein Konsumverhalten, welches schädliche Auswirkungen hat, ohne dass bereits ein Abhängigkeitssyndrom vorliegt. In der ICD-10 ist „Schädlicher Gebrauch“ wie folgt definiert:¹⁰

„Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung, z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.“

Ein wichtiger Gesichtspunkt beim schädlichen Gebrauch (nach DSM-IV) ist aus lerntheoretischer Sicht die Funktion, die die Einnahme der psychotropen Substanz haben kann. Schädlicher Gebrauch kann z.B. dann gegeben sein, wenn die psychische Wirkung des Mittels gesucht wird, als Mittel zur Affektregulation. So sollen negativ getönte Gefühlszustände, wie sie bei der Bewältigung schwieriger Lebenssituationen oder in Krisen auftreten, gemildert oder beseitigt werden. Das Mittel soll Erleichterung verschaffen, Hemmungen lösen, seelische Spannungen abbauen, Angst mindern oder ein Hochgefühl bzw. einen Rauschzustand erzeugen. Es handelt sich somit um eine spezielle Form von Vermeidungsverhalten. Durch das chemisch verursachte Wohlbefinden entfällt die Notwendigkeit, andere, angemessenere Formen der Lebensbewältigung zu entwickeln. Gehäufte oder regelmäßiger Missbrauch kann auf diese Weise zu psychischen Folgeschäden führen. Insbesondere erlahmt die Fähigkeit zu einer adäquaten Lebensbewältigung. Es besteht die Gefahr, dass sich eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt.

Vorbeugende Maßnahmen, Früherkennung und Frühintervention sind bei risikantem und schädlichem Gebrauch notwendig. Hier haben z.B. Ärzte die Aufgabe, die Patienten auf ihren Konsum anzusprechen.

⁸ Die Abkürzung ICD-10 steht für "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems", 10. Revision. Diese Klassifikation wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt.

⁹ Ebenso wie die ICD-10 ist das mit ihr weitgehend übereinstimmende Klassifikationssystem DSM-IV ein deskriptiv ausgerichtetes operationalisiertes Instrument, bei dem möglichst präzise erfasst wird, welches Kriterium über welchen Zeitraum erfüllt ist. DSM-IV steht für „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition“.

¹⁰ Vgl.: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2003. www.dimdi.de.

2.2 Abhängigkeitserkrankungen

Eine stoffgebundene Abhängigkeit ist gegeben, wenn ein Mensch über längere Zeit einem zwanghaften Drang nach dem Konsum einer psychotropen Substanz, der er nicht widerstehen kann, die sein ganzes Leben wesentlich bestimmt und die für ihn zum Suchtmittel wird, folgt. Es handelt sich hierbei um eine bio-psycho-soziale Störung mit häufig zyklischem Verlauf, der oft eine lange Zeit des schädlichen Gebrauchs psychotroper Substanzen vorausgeht.

In der ICD-10 wird das Abhängigkeitssyndrom wie folgt beschrieben:¹¹
„Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und infolge dessen eine Erhöhung der Dosis und manchmal auch ein körperliches Entzugssyndrom.“

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe, z.B. opiatähnliche Substanzen oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.

Für die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms werden nach ICD-10 mindestens drei Kriterien von insgesamt sechs, die im Verlauf der vorangegangenen 12 Monate aufgetreten sein müssen, gefordert. Diese Kriterien sind:

1. Ein starker Wunsch oder Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Ein körperliches Entzugssymptom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden

¹¹ Vgl.: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2003.

4. Nachweis einer Toleranz, im Sinne erhöhter Dosen, die erforderlich sind, um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutig schädlicher Folgen

Mehrfachabhängigkeit (Polytoxikomanie) liegt vor, wenn über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten wiederholt psychotrope Substanzen aus wenigstens drei Kategorien konsumiert werden, aber keine psychotrope Substanz für sich allein dominiert.

In der Regel werden verschiedene Suchtmittel mit sich ergänzenden bzw. überschneidenden Wirkungen konsumiert.¹² Viele Suchtmittel substituieren sich gegenseitig, vor allem nach erworbener Toleranz und bei drohender Entzugssymptomatik. Ein großer Teil der betroffenen Menschen ist polytoxikoman und konsumiert neben den aktuell erreichbaren Drogen überwiegend auch Alkohol und Nikotin.

Die Zeichen körperlicher Abhängigkeit treten bei Reduzierung oder Absetzen des Suchtmittels auf. Sie bestehen aus Unruhe, Gereiztheit, Schweißausbrüchen, Gliederschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen und Übelkeit. Beim Alkoholverbrauch kann es zu Delirien und lebensgefährlichen Komplikationen (wie Herz- Kreislauf- und Stoffwechselstörungen) kommen. Es handelt sich um komplexe neurochemische und neurophysiologische Reaktionen, die immer gleichzeitig körperlich und seelisch sind.

Eine Abhängigkeitserkrankung bleibt im latenten Stadium, auch wenn der Betroffene abstinent lebt.

Die Grundzüge des Phänomens einer Abhängigkeitserkrankung können durch alle abhängigkeiterzeugenden Stoffe hervorgerufen werden. Das Erscheinungsbild variiert aber stark je nach missbrauchten Substanzen und den individuellen Voraussetzungen sowie den Kontextfaktoren.

¹² Nach der ICD-10 auch als **multipler Substanzgebrauch** bezeichnet (F 19).

2.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen sowie komorbide Erkrankungen

In der ICD-10 sind die Abhängigkeitserkrankungen unter F1x kodiert; die verursachenden Substanzen werden durch die dritte Stelle gekennzeichnet. Es wird zwischen 10 psychotropen Substanzen bzw. Substanzgruppen, bei denen es zu Verhaltensänderungen (auch im Sinne einer Abhängigkeit) kommen kann, unterschieden.

ICD-10: Übersicht über die Abhängigkeitserkrankungen

- F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
- F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
- F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
- F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
- F14.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
- F15.- Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
- F16.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
- F17.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
- F18.- Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
- F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Entsprechend der ICD-10 wird bei psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zwischen der akuten Intoxikation (F1x.0), dem schädlichen Gebrauch (F1x.1), dem Abhängigkeitssyndrom (F1x.2), dem Entzugssyndrom (F1x.3), dem Entzugssyndrom mit Delir (F1x.4), der psychotischen Störung (F1x.5), dem anamnestischen Syndrom (F1x.6), dem Restzustand und verzögernd auftretender psychotischer Störung (F1x.7), den sonstigen psychischen und Verhaltensstörungen (F1x.8) und den nicht näher bezeichneten psychischen Verhaltensstörungen (F1x.9) unterschieden.

Die Behandlung Abhängigkeitskranker kann durch komorbide psychische/psychosomatische Störungen sowie körperliche Erkrankungen erheblich beeinflusst werden. Der Rehabilitationsverlauf wird nicht selten durch diese Be-

gleiterkrankungen geprägt. Bei den häufig mit Abhängigkeit kombinierten Störungen handelt es sich um:

- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F6)
- Psychische und Verhaltensstörungen infolge des Konsums psychotroper Substanzen (ICD-10: F1x.0, F1x.1, F1x.3-F1x.9) oder durch nicht abhängigkeiterzeugende Substanzen (F55)
- Psychosen, z.B. aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F2)
- Affektive Störungen, z.B. Depressionen verschiedener Schweregrade und verschiedener Ätiologie, bipolare affektive Störungen (ICD-10: F3)
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, z.B. Angststörungen und verschiedenste psychosomatische Störungen (ICD-10: F4, F52, F54)
- Somatische Erkrankungen, z.B. Krankheiten des Verdauungssystems (ICD-10: K-Diagnose), des Nervensystems (ICD-10: G-Diagnose), des Stoffwechsels (ICD-10: E-Diagnose) und des Herz-Kreislaufsystems (ICD-10: I-Diagnose) oder auch Krebserkrankungen (ICD-10: C-Diagnose)
- Essstörungen (ICD-10: F50)
- Impulskontrollstörungen, z.B. pathologisches Spielen (ICD-10: F63)

Personen mit den genannten Nebendiagnosen müssen entsprechende Behandlungsangebote erhalten (vgl. Kap. 5.2) und den psychischen Störungen muss gleichermaßen Beachtung geschenkt werden wie der Behandlung der Abhängigkeitserkrankung selbst. Eventuelle Zusammenhänge müssen aufgezeigt werden.

3. Grundlagen der Rehabilitation und Teilhabe bei Abhängigkeitserkrankungen

Da Abhängigkeitserkrankungen ein breites Spektrum an organischen, psychischen und sozialen Störungen sowie Folgeproblemen aufweisen (vgl. Kap. 2 Abb. 2), umfasst die Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen immer eine gleichzeitig auch auf somatische, psychische und soziale Problemlagen ausgerichtete Behandlung und Beratung. Die Schwerpunkte werden, abgestellt auf die Therapieziele und den Verlauf des Rehabilitationsprozesses, jeweils individuell entsprechend der Bedürfnisse des Rehabilitanden gesetzt.

Grundvoraussetzung für die Durchführung von Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe abhängigkeitskranker Menschen ist eine umfassende Diagnostik.¹³

3.1 Diagnostik im Vorfeld der medizinischen Rehabilitation

Mit der Diagnostik im Vorfeld der medizinischen Rehabilitation sind verschiedene Stellen und Personen befasst, dies sind insbesondere:

- Behandelnde Ärzte, einschließlich der Ärzte in Krankenhäusern
- Niedergelassene approbierte Psychotherapeuten
- Dipl.-Sozialarbeiter, -pädagogen, Dipl.-Psychologen oder Ärzte in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke¹⁴
- Ärzte und Berater in Betrieben oder bei den Gesundheitsämtern
- Sozialmedizinisch begutachtende Ärzte beim MDK, beim Rentenversicherungsträger, beim betriebsärztlichen Dienst, in der JVA, im Maßregelvollzug und bei der Arbeitsverwaltung

Die Diagnostik im Vorfeld zielt darauf ab festzustellen, welches Störungsbild mit welchen Beeinträchtigungen vorliegt. Enthalten sein sollen Aussagen zu:

¹³ Vgl. Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund (www.deutsche-rentenversicherung-bund.de); Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) für den akutmedizinischen Bereich bei Abhängigkeitserkrankungen (www.dg-sucht.de); Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“, beschlossen auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (www.bar-frankfurt.de); Richtlinien über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, erlassen vom Gemeinsamen Bundesausschuss (www.g-ba.de).

¹⁴ Je nach Bundesland werden diese Stellen unterschiedlich benannt.

Grundlagen der Rehabilitation und Teilhabe bei Abhängigkeitserkrankungen

- Art, Ausprägung und Funktion des Substanzgebrauchs
- Schädigungen, Einschränkungen oder Störungen der Körperfunktionen und -strukturen (einschließlich psychischer Störungen)
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten
- Beeinträchtigungen der Teilhabe an Lebensbereichen
- Aussagen zu umweltbedingten Kontextfaktoren
- Aussagen zu personbezogenen Kontextfaktoren, insbesondere zur Motivation

Die individuell relevanten Kontextfaktoren sind im Rahmen der Diagnostik angemessen zu berücksichtigen, da z.B. ungünstige lebensfeldbezogene Faktoren wie Arbeitslosigkeit oder Unzufriedenheit in der Partnerbeziehung die Wiedereingliederung in die für den betroffenen Menschen wichtigen Lebensbereiche erschweren können. Andererseits können günstige Kontextfaktoren die Wiedereingliederung betroffener Menschen positiv beeinflussen.

Für die Diagnostik im Vorfeld von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist eine gründliche medizinische Untersuchung erforderlich, die akute oder chronische Krankheiten sowie körperliche und psychische Behinderungen und Beeinträchtigungen festzustellen bzw. auszuschließen hat. Art und Grad der festgestellten Störungen bestimmen maßgeblich mit, welche Arten von Teilhabeleistungen geeignet sind und in die Planung einbezogen werden müssen. Diese diagnostischen Feststellungen sind Grundlage für die Entscheidung, ob eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation (ambulant oder stationär oder in Kombination) durchgeführt werden soll und welche indikativ passgenauen Einrichtungen für die Behandlung geeignet sind.

Die Diagnostik bei Abhängigkeitserkrankungen kann sich verschiedener Instrumente bedienen, z.B. Screening-Verfahren, Checklisten oder strukturierter und standardisierter Interviews. Bei den Screening-Verfahren ist zwischen psychologischen Tests und biochemischen Verfahren (z.B. Drogenschnelltests) zu unterscheiden. An Screening-Tests stehen verschiedene Verfahren, z.B. der Münchner Alkoholismustest (MALT) oder der „Lübecker Alkoholismus-Screening-Test“ (LAST) zur Verfügung. Bezüglich biochemischer Screening-Verfahren sind für die verschiedenen Substanzen Nachweisverfahren gängig, mit denen sowohl anamnestisch als auch aktuell der Konsum psychotroper Substanzen nachgewiesen werden kann. Bei den Checklisten handelt es sich

Grundlagen der Rehabilitation und Teilhabe bei Abhängigkeitserkrankungen

um klinische, halbstrukturierte, strukturierte oder standardisierte Interviews, z.B. den „Addiction Severity Index“ (EuropASI).

Nach Abschluss der Diagnostik lassen sich Feststellungen treffen zu:

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- Rehabilitationsprognose
- Rehabilitationsziele, unter Einbezug der Wünsche der Betroffenen (vgl. Kap.1.2.3 – 1.2.6)

Aus den getroffenen Feststellungen lässt sich der Hilfebedarf konkretisieren. Es ist grundsätzlich schwierig, vor Beginn einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke eine weitgehend abschließende Diagnostik durchzuführen und eine Therapieplanung zu entwerfen. Deshalb erfolgen eine weitergehende kontinuierliche Evaluation und ggf. eine Ergänzung der Diagnostik zu Beginn und während der medizinischen Rehabilitation (vgl. Kap. 3.3).

Leistungen zur Teilhabe können über einen längeren Zeitraum, ggf. wiederholt oder mit Unterbrechungen, erforderlich sein. Junge abhängigkeitskranke Menschen z.B. benötigen oft mehrere Anläufe, um eine Therapie zu beginnen und durchzuhalten. Ein „Rückfall“ muss nicht zwangsläufig eine negative Rehabilitationsprognose für die nächste Leistung zur Teilhabe bedeuten. Vielmehr stellt sich hier die Frage, ob andere Therapieangebote für den Rehabilitationsprozess sinnvoller und geeigneter erscheinen.

3.2 Auswahl der Leistungsform (ambulant/stationär)

Für die **Indikationsstellung** der geeigneten Leistungsform bei Abhängigkeitserkrankungen (ambulant/stationär) wurden von den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern gemeinsame Kriterien erstellt. Diese finden sich in der Anlage 3 der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04. Mai 2001.¹⁵ Danach kommt eine **ambulante** Rehabilitation¹⁶ insbesondere in Betracht, wenn folgende Kriterien zutreffen:

¹⁵ Die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ kann unter www.dhs.de (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.) abgerufen werden.

¹⁶ Dies beinhaltet ebenso die „tagesklinischen“ Angebote.

Grundlagen der Rehabilitation und Teilhabe bei Abhängigkeitserkrankungen

- Die Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet sind so ausgeprägt, dass eine ambulante Behandlung Erfolg versprechend erscheint und eine stationäre Behandlung nicht oder nicht mehr erforderlich ist.
- Das soziale Umfeld des/der Abhängigkeitskranken hat (noch) stabilisierende/unterstützende Funktion. Soweit Belastungsfaktoren bestehen, müssen diese durch bedarfsgerechte therapeutische Leistungen aufgearbeitet werden. Es ist nicht ausreichend, dass die ambulante Behandlungsstelle allein die Funktion des intakten sozialen Umfeldes übernimmt.
- Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht oder nicht mehr erforderlich, da hiervon keine maßgeblichen negativen Einflüsse auf den therapeutischen Prozess zu erwarten sind.
- Der/die Abhängigkeitskranke ist beruflich (noch) ausreichend integriert. Jedoch schließen Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit eine ambulante Entwöhnung nicht aus. Die sich abzeichnende Notwendigkeit zur Reintegration in das Erwerbsleben wird durch eine wohnortnahe Rehabilitation unterstützt.
- Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung vorhanden ist.
- Der/die Abhängigkeitskranke ist bereit und in der Lage, abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm regelmäßig teilzunehmen.
- Auch bei einem langen oder intensiven Suchtverlauf kann die Indikation für eine ambulante Entwöhnung bestehen.
- Ausreichende Mobilität ist vorhanden, d.h. die tägliche An- und Abfahrt z.B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist möglich. Der/die Abhängigkeitskranke muss in der Lage sein, innerhalb einer angemessenen Zeit (ca. 45 Minuten) die Einrichtung zu erreichen bzw. nach Hause zurück zu kehren.

Grundlagen der Rehabilitation und Teilhabe bei Abhängigkeitserkrankungen

Bei der Indikationsstellung für **stationäre** Rehabilitation sind folgende Kriterien zu beachten:

- Es bestehen schwere Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet, die eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation in Frage stellen.
- Die Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld (z.B. bei massiven familiären Konflikten oder destruktiven Partnerbeziehungen) ist erforderlich, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.
- Das soziale Umfeld des/der Abhängigkeitskranken hat keine unterstützende Funktion. (Anmerkung: Die Behandlungsstelle allein kann die Funktion des intakten sozialen Umfeldes nicht übernehmen.)
- Der/die Abhängigkeitskranke ist beruflich nicht integriert und bedarf infolgedessen spezifischer Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung, die ambulant nicht erbracht werden können.
- Eine stabile Wohnsituation ist nicht vorhanden.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme oder zur Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung nicht ausreichend vorhanden ist.
- Der/die Abhängigkeitskranke ist nicht bereit oder nicht in der Lage, während der ambulanten Entwöhnung abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen.
- Ein langer oder intensiver Suchtverlauf kann insbesondere vor dem Hintergrund der vorgenannten Kriterien eine Indikation für eine stationäre Entwöhnung darstellen.

Die Auswahl der Leistungsform wird aufgrund der sozialmedizinischen Notwendigkeit getroffen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die mit gleicher Erfolgsaussicht sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können, werden grundsätzlich ambulant durchgeführt.

Ein Wechsel zwischen den Leistungsformen während des Rehabilitationsverlaufs sowie Kombinationstherapien bzw. -behandlungen sind ebenfalls möglich. Im Rahmen der aktuellen Konzeptdiskussion bezeichnet der Begriff der Kombinationstherapie/ -behandlung, deren Zielsetzung darin liegt, die Vorteile der einzelnen Leistungsformen patientenorientiert entsprechend den individuellen Erfordernissen optimal zu nutzen, eine stationär-ambulante Behandlung in zwei verschiedenen Unterformen:

- Zum einen als primär ambulante Rehabilitation mit einer stationären Eingangs- und intermittierenden Phase im Sinne von Vertiefung oder Krisenintervention und
- zum anderen als verkürzte primär stationäre Behandlung mit einer ambulanten Abschlussphase.¹⁷

3.3 Rehabilitationsdiagnostik (zu Beginn und während der Rehabilitationsleistung)

Die Diagnostik während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation besteht aus der Eingangs- und der Verlaufsdagnostik. Die bereits vor der Leistung vorgenommenen diagnostischen Erhebungen werden vertieft und erweitert. Neben der Anwendung der üblichen diagnostischen Methoden besteht hier die Möglichkeit einer längerfristigen Verhaltensbeobachtung unter den verschiedensten Belastungssituationen. Oft ist es erst im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung möglich zu entscheiden, ob beobachtbare psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten eigenen Störungswert haben oder aber ob sie direkte Folge des Konsums sind. Während der Vorbehandlung gestellte Verdachtsdiagnosen können ausgeschlossen oder verifiziert werden.

Rehabilitationsdiagnostik begleitet den gesamten Rehabilitationsprozess, um den noch erforderlichen Leistungsbedarf festzustellen und ggf. in bedarfsgemessene Behandlungsformen zu überführen. Auch hier gilt, dass nicht nur die Abhängigkeit selbst Beachtung finden darf, sondern auch diejenigen körperlichen und seelischen Gegebenheiten in ihrem sozialen Kontext, die einerseits als Entstehungsbedingung der Abhängigkeitserkrankung in Frage kommen können und andererseits auch als Folge der Abhängigkeitserkrankung berücksichtigt werden müssen.

Unbedingt sind hier auch die zur Verfügung stehenden Kompensationsmöglichkeiten und Ressourcen zu beachten. Diagnostik umfasst damit sowohl die Störungsperspektive als auch die Ressourcen- und die Veränderungsperspektive:

¹⁷ Vgl. Stähler, T.; Wimmer, D., DRV 2002, S. 58ff.

Grundlagen der Rehabilitation und Teilhabe bei Abhängigkeitserkrankungen

- Die Störungsperspektive erfasst die Abhängigkeitserkrankung selbst sowie die weiteren Defizite und Störungen im somatischen und psychosozialen Bereich
- Die Ressourcenperspektive dagegen betrachtet die persönlichen, sozialen und materiellen Ressourcen einschließlich des Umfeldes
- Die Veränderungsperspektive bezieht sich vor allem auf die angestrebten Rehabilitationsziele sowie die Motive, Beweggründe und Fähigkeiten, diese Ziele zu erreichen, auch unter dem Blickwinkel möglicher ggf. neuer umweltbedingter Förderfaktoren. Sie ermöglicht prognostische Aussagen über voraussichtliche Verläufe

Fremdanamnestic Angaben und Diagnosen aus vorangegangenen, unterschiedlich indizierten Vorbehandlungen können bei der Diagnostik wichtige Ergänzungen bilden, z.B. auch um in der aktuellen Situation des abhängigkeitskranken Menschen möglicherweise vorhandene Abwehr- und Verleugnungsprozesse und problematische Einstellungen berücksichtigen zu können. Deshalb sollten Berichte von Vorbehandlungen regelhaft angefordert werden. Zudem erweist es sich als günstig, Angehörige der betroffenen Person soweit wie möglich von Beginn an in den diagnostischen Prozess mit einzubeziehen.

Persönliche, berufliche und soziale Auswirkungen der Abhängigkeitserkrankung werden von der modernen Rehabilitationsdiagnostik konkret durch diagnostische Instrumente einbezogen. Für die erforderliche **bio-psycho-sozial ausgerichtete Diagnostik** bietet die ICF einen wesentlichen Orientierungsrahmen, der eine Betrachtung der Verknüpfung von Beeinträchtigungen auf den unterschiedlichen Ebenen (Funktion – Aktivität – Teilhabe) ermöglicht und dabei auch personbezogene und umweltbedingte Kontextfaktoren berücksichtigt.

Bio-psycho-soziale Aspekte der Rehabilitationsdiagnostik

Eine mehrdimensionale Diagnostik umfasst verschiedene bio-psycho-soziale Ebenen:

SOMATISCHE DIAGNOSTIK

- Akute und chronische Erkrankungen und Behinderungen

PSYCHISCHE DIAGNOSTIK, u.a.:

- Persönlichkeitsstörungen, Intelligenzminderungen, Entwicklungsstörungen
- Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, neurotische, Belastungs- und somatoforme (einschließlich psychosomatischer) Störungen
- Anpassungsstörungen
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (einschl. Essstörungen)
- Affektive Störungen
- Störungen der Impulskontrolle

SOZIALE DIAGNOSTIK, u.a.:

- Soziale Beeinträchtigung
- Gegenwärtige soziale Situation
- Finanz- und Wohnsituation
- Lebensplanung

DIAGNOSTIK DER FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN, u.a.:

- Unterstützung durch Familie
- Soziales Netzwerk, Erfahrung
- Handlungswille, Motivation, Selbstwirksamkeitseinschätzung
- Mut
- Genetische Faktoren

ENTWICKLUNGS- UND URSACHENBEZOGENE DIAGNOSTIK, z.B.:

- Funktion der konsumierten Substanz
- Krankheitsverarbeitung
- Persönliche Entwicklung und Psychogenese (einschl. sexueller Entwicklung)
- Psychodynamik
- Systemische Zusammenhänge
- Analyse früherer Therapien

DIAGNOSTIK DER BEEINTRÄCHTIGUNGEN DER AKTIVITÄTEN UND TEILHABE AN LEBENSBEREICHEN z.B. im Hinblick auf

- die Teilhabe am Arbeitsleben
- die Erfüllung beruflicher Anforderungen
- die Ausfüllung sozialer Rollen und zur sozialen Eingliederung
- die Alltagsbewältigung
- die Selbstversorgung
- den Aufbau und die Pflege sozialer Kontakte
- die Inanspruchnahme medizinischer, psychotherapeutischer und Selbsthilfemöglichkeiten
- die Nutzung sozialer und kultureller Angebote

Abb. 3: Bio-psycho-soziale Diagnostik substanzbezogener Störungen

Feststellung der Motivation und Kooperation

Zu Beginn einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist die Motivation des Rehabilitanden aufgrund chronifizierter eingefahrener Mechanismen, Denk- und Verhaltensmuster nur schwer abzuschätzen. Sie ist oftmals zunächst schwankend und wird von vielen äußeren Faktoren beeinflusst. Die ambivalente Einstellung zur Abstinenz ist am Anfang einer Entwöhnungsbehandlung eher die Regel als die Ausnahme, und die Stabilisierung der Motivation ist Bestandteil des Gesamtprozesses der Rehabilitation. Es ist immer wieder zu überprüfen, inwieweit beim Rehabilitanden ausreichende Abstinenz, Behandlungs- und Veränderungsmotivation vorliegen, um sie ggf. mit Leistungen gezielt fördern und die richtige Hilfestellung geben zu können.

Nicht immer können alle Therapie- und Rehabilitationsziele gleich stark verfolgt und erreicht werden. Aufgabe der Leistung zur Teilhabe wird es sein, auch die für den betroffenen Menschen zu Beginn nicht verständlichen Therapieziele zu vermitteln sowie seine Wünsche und Erwartungen, sofern sie realistisch umsetzbar sind, zu beachten und zu würdigen. Inhalt der Diagnostik ist es aufzuzeigen, wo Verständnis, Einsicht und Motivation (noch) fehlen und welche Wünsche des betroffenen Menschen mit einzubeziehen sind. Hieraus können Therapie- und Rehabilitationsziele erarbeitet werden, die es dem abhängigkeitskranken Menschen erlauben, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Gleichzeitig sollte überprüft werden, ob die aus fachlicher Sicht notwendigen Rehabilitationsschritte auch bei nur begrenzter Mitarbeit und Änderungsbereitschaft umgesetzt werden können.

Somatische Diagnostik

Während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist eine umfassende somatische Diagnostik vorzunehmen und festzustellen, welche akuten und chronischen Krankheiten vorliegen. Zum Teil handelt es sich um Folgen eines langjährigen Substanzkonsums, nicht selten mit irreversiblen Schäden. Chronische körperliche Erkrankungen und Behinderungen erfordern zusätzlichen Rehabilitationsbedarf und Multimorbidität liegt bei Abhängigkeitskranken häufig vor. Deshalb kann Rehabilitation sich nicht nur auf eine spezielle Krankheit oder Behinderung beziehen, sondern muss immer das Gesamtspektrum der Beeinträchtigungen berücksichtigen.

Psychische Diagnostik

Psychische Diagnostik ist ein zentraler Bestandteil der Diagnostik während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Oft sind es psychische Konflikte, erlebte Defizite oder psychische Störungen, die den Substanzkonsum zur Kompensation oder zur Erleichterung subjektiver Missempfindungen erstrebenswert machen. Zur psychischen Diagnostik gehört u.a. die Beschreibung der Persönlichkeitsstruktur, die das habituelle Verhalten wesentlich bestimmt. Bei Abhängigkeitskranken lassen sich häufig Persönlichkeitsstörungen, Anpassungsstörungen, neurotische Störungen, nicht selten auch Psychosen oder psychosenahes Erleben diagnostizieren. Auch zusätzliche psychosomatische Störungen treten öfter auf. Sie werden gerade nach Beendigung des Konsums der psychotropen Substanz manifest. Besonders als Folge langjähriger Alkoholeinnahme finden sich auch hirnorganische Veränderungen unterschiedlichster Ausprägung, die den Rehabilitationsprozess erheblich erschweren können. Es ist darauf zu achten, dass leichtere, aber klinisch relevante Hirnabbausyndrome nicht übersehen werden.

Soziale Diagnostik

Die soziale Diagnostik ist von großer Bedeutung, denn eine Abhängigkeitserkrankung spielt sich immer vor einem bestimmten sozialen Hintergrund als Kontextfaktor ab, und es bestehen vielfältige Wechselwirkungen zwischen sozialer Situation und abhängigem Verhalten. Die soziale Befunderhebung richtet sich auf Erfassung und Beschreibung der gegenwärtigen sozialen Situation und der manifesten sozialen Beeinträchtigungen, z.B. auch auf den ethnischen Hintergrund des betroffenen Menschen und seiner Sozialisation. In der Hilfe für Abhängigkeitskranke haben sich psychosoziale und ressourcenorientierte Diagnostiksysteme¹⁸ bewährt.

Arbeitsbezogene Diagnostik

Arbeitsbezogene Diagnostik spielt im Therapieverlauf vor allem während des stationären Aufenthaltes in der Einrichtung eine erhebliche Rolle, um die tatsächlich vorhandenen arbeitsbezogenen Ressourcen erfassen und in die Behandlungsplanung für die zu ergreifenden arbeitsbezogenen Maßnahmen ein-

¹⁸ Als suchtspezifisches Instrument z.B. PREDI (= Psychosoziales Ressourcenorientiertes Diagnose Instrument).

fließen zu lassen. Sie sind entscheidend dafür, Trainingseinheiten, Unterweisungen, Erprobungen oder interne bzw. externe Praktika planen, durchführen und auswerten zu können. Hierzu stehen spezifische Instrumente zur Verfügung.¹⁹

Erfassung der Vorstellungen zur Lebensperspektive

Sinnfragen spielen in der Behandlung Abhängigkeitskranker eine große Rolle. Sinnverlust bzw. das Nichtvorhandensein einer Lebensperspektive sind häufig eine wesentliche Begleiterscheinung der Erkrankung. Sinnfindung ist dann ein ausschlaggebender Schritt in der Behandlung. Die Diagnostik erfasst deshalb auch die Lebenseinstellung und die Einstellung zu Wertefragen.

Die Vorstellungen zur Lebensplanung sind ebenfalls zu erheben, sie können realistisch oder illusionär sein. Aus Letzterem ergibt sich diagnostisch ein Teilziel für die Rehabilitation in Bezug auf die Erarbeitung einer realistischen Lebensplanung.

Entwicklungs- und ursachenbezogene Diagnostik

Für die Therapieführung und die Erarbeitung diagnosegestützter psychotherapeutischer Interventionen ist über die beschreibende Diagnostik hinaus eine verstehende Diagnostik notwendig. Auf theoriegeleiteter Basis werden so Zusammenhänge über Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Symptome und bestimmter Verhaltensweisen hergestellt und damit verständlich gemacht.

Bei abhängigkeitskranken Menschen steht immer auch die Frage im Mittelpunkt, welche Funktionen der Konsum der psychotropen Substanz zur Regulierung der Beziehungen zu sich selbst und zur Umwelt und damit zur Regulierung des eigenen Wohlbefindens hatte. Zur Diagnostik gehört die Erfassung psychogenetischer Zusammenhänge, d.h. das Verstehen der Entstehung bestimmter psychischer Symptome und Strukturen aus der Biographie des betroffenen Menschen. Zunächst unerklärliche Verhaltensweisen, insbesondere auch Rückfälle, können bestimmte Konditionierungen als Ursache haben oder durch systemische Fixierung aufrechterhalten werden bzw. haben ihre Ursa-

¹⁹ Zum Beispiel MELBA (Psychologische Merkmalsprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit). Ein Instrument, mit dem ein Förderbedarf analysiert und ermittelt werden kann ([siehe www.melba.de](http://www.melba.de)).

che in bestimmten Arten der Krankheitsverarbeitung. Dies gilt es diagnostisch zu erfassen.

Verlaufsdagnostik

Die Verlaufsdagnostik begleitet den Rehabilitationsprozess. Es werden Ergänzungen und Korrekturen an den Eingangsbefunden vorgenommen und die therapiebedingten Veränderungen festgestellt. Therapie- und Rehabilitationsplanung werden kontinuierlich an die aktuellen Befunde angepasst. Wesentlich ist, dass sämtliche diagnostisch erhobene Ergebnisse gleichwertig und fortlaufend dokumentiert, in die therapeutische Planung einbezogen und für die Abschlussberichterstattung bzw. die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung berücksichtigt werden.

4. Ziele der Rehabilitation und Teilhabe

Ziel von Leistungen zur Teilhabe ist, den (abhängigkeits-) kranken oder behinderten Menschen zur aktiven Teilhabe am Leben und in der Gesellschaft zu befähigen. Dazu gehören:²⁰

- Erreichen und Erhaltung von Abstinenz
- Behebung oder Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen
- Möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft

Dazu sollen Hilfen beitragen, um

- die vorhandenen Fähigkeiten optimal zu nutzen,
- beeinträchtigte Fähigkeiten wieder oder kompensatorische Fertigkeiten neu zu entwickeln bzw. sich fehlende Fähigkeiten anzueignen und
- soziale Benachteiligungen auszugleichen.

Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker befasst sich mit der Realisierung befriedigender sozialer Rollen, die auch mittel- bis langfristig dazu beitragen, Rückfälle zu vermeiden. Deshalb wird nicht nur dem Phänomen „Abhängigkeitserkrankung“ und der Vermittlung von Fähigkeiten zur Beendigung des Suchtgeschehens Beachtung geschenkt, sondern es wird ebenso die Behandlung der dieser Erkrankung zugrunde liegenden Störungen sowie ihrer Folgewirkungen in den Mittelpunkt gestellt. Dabei bedient die Rehabilitation sich medizinischer Behandlungsmaßnahmen, psychotherapeutischer und sozialtherapeutischer Methoden, sozialer Beratung und der Einleitung sozialer Hilfenmaßnahmen.

Theoretische Grundlagen zum Verständnis der Abhängigkeit und ihrer biopsychosozialen Bedingtheiten wurden u.a. aus psychiatrischer, psychoanalytisch-tiefenpsychologischer, verhaltensmedizinischer und systemischer Sicht entwickelt.

²⁰ Vgl. Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“, abrufbar unter www.dhs.de (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.).

4.1 Krankheitsbewältigung

Die Abhängigkeitserkrankung verläuft meist chronisch. Wie bei allen chronischen Erkrankungen ist es Ziel, die Krankheit frühestmöglich und effektiv zu behandeln.

Zur Krankheitsbewältigung gehört die Entwicklung von Fähigkeiten, die eine abstinentere Lebensführung (also ein Leben ohne das Suchtmittel) ermöglichen. Dazu müssen Voraussetzungen wie

- Krankheitseinsicht,
- emotionale Akzeptanz, abhängigkeitskrank zu sein und
- Aufbau der Motivation für eine Entwöhnungsbehandlung

hergestellt werden.

Zusätzlich gilt es, Risikosituationen für einen Rückfall zu erkennen und diese zu vermeiden oder zu bewältigen. Der Betroffene muss über Strategien verfügen, die ihn in die Lage versetzen, im Falle eines Rückfalls Sofortmaßnahmen zu ergreifen, die verhindern, dass sich aus dem episodischen Rückfallgeschehen ein dauerhafter Rückfall entwickelt. Die Krankheitsbewältigung ist ein lebenslanger Prozess. Dabei geht es nicht allein um die Einsicht abhängigkeitskrank zu sein, sondern vielmehr auch darum, die Fähigkeit zu einer zufriedenstellenden Lebensführung in einem aktiven selbstbestimmten Leben zu entwickeln bzw. zu behalten.

Abhängigkeitskranke bringen je nach Grad der sozialen Desintegration eine Fülle von sozialen Problemen mit in den Rehabilitationsprozess. Die Probleme liegen z.B. in Bereichen wie Schulden, ungeklärte Unterhaltsverpflichtungen, schlechte Wohnverhältnisse oder Wohnungslosigkeit, Beziehungsproblematiken, offene Gerichtsverfahren und gerichtliche Auflagen. Diese sozialen Existenzfragen sind für die betroffenen Menschen und damit auch für den Rehabilitationsprozess belastend. Zur Krankheitsbewältigung sind daher für die Klärung der persönlichen Angelegenheiten eine Sozialberatung und zum Teil auch konkrete Hilfestellungen erforderlich. Die Unterstützung bei der Regelung sozialer Angelegenheiten im Prozess der Rehabilitation dient der Hilfe zur Selbsthilfe.

Ein wichtiges Rehabilitationsziel ist, dass der abhängigkeitskranke Mensch selbst aktiver wird und wieder mehr Verantwortung übernimmt.

Die benötigte Zeit, um solche tiefgreifenden Veränderungen zu verwirklichen, ist individuell sehr unterschiedlich. Das Gelingen des Rehabilitationsprozesses ist u.a. von dieser Aufgabe abhängig.

4.2 Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben

Arbeit und strukturierte Beschäftigung sind insbesondere für Menschen im erwerbsfähigen Alter von zentraler Bedeutung. Keine andere einzelne Aktivität ist so vielfältig und komplex in ihrer psychologischen, sozialen und materiellen Bedeutung.

Arbeit vermittelt

- ein Gefühl für persönliche Leistung und Können durch erfolgreiche Bewältigung äußerer Anforderungen und die Erfüllung der Erwartungen anderer,
- eine Möglichkeit, sich in einer normalen Rolle zu betätigen und damit einen Gegenpol zur Rolle des Kranken zu bilden,
- ein einfach zu erkennendes Kriterium für Genesung von Krankheit,
- ein Gefühl für sozialen Status und Identität,
- soziale Kontakte und Unterstützung,
- Struktur für den Tages- und Wochenablauf (Arbeit/Freizeit, Wach- und Schlafrythmus) und
- Entlohnung und damit finanzielle Anerkennung sowie Handlungsspielräume durch eigenes Geld.

Dieser vielschichtigen und weitreichenden Bedeutung von Arbeit ist auch bei verminderter oder eingeschränkter Leistungsfähigkeit durch Rehabilitationsangebote unter der Perspektive des Erhalts oder der Erlangung eines Arbeitsplatzes – möglichst auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – Rechnung zu tragen.

Unter dem Aspekt, dass durchschnittlich 36 % der Alkoholabhängigen und 55 % der Drogenabhängigen, die eine stationäre Entwöhnungsbehandlung anstreben, ohne Beschäftigung sind²¹, zeigt sich die Bedeutung von arbeitsbezogenen Angeboten während und in der Entwöhnungsbehandlung sowie von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Ein Ziel der Entwöhnungsbehandlung (medizinische Rehabilitation) ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Nach einer ausführlichen Leistungsdiagnostik wird unter Berücksichtigung der Erwartungen des betroffenen Menschen ein Leistungsbild erstellt, in dem die Stärken und Schwächen sowie Barrieren und Förderfaktoren, soweit sie bisher erkennbar sind, aufgeführt werden. Im Anschluss daran werden konkrete individuelle und realisierbare Ziele gemeinsam mit dem abhängigkeitskranken Menschen festgelegt. Die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bildet die Voraussetzung dafür, den Anforderungen des Arbeitsplatzes und Arbeitsmarktes gewachsen zu sein. Deshalb sollten bereits während der medizinischen Rehabilitation auch weiterführende Ziele zur Förderung der beruflichen (Re)Integration verfolgt werden. Hierbei ist die frühzeitige Zusammenarbeit mit den zuständigen Leistungsträgern (Agenturen für Arbeit, Arbeitsgemeinschaften, Jobcentern, Rentenversicherungsträgern, Integrationsämtern) von Bedeutung, damit entsprechende Perspektiven entwickelt und Schritte für die Zeit nach der Entwöhnungsbehandlung eingeleitet werden können. Gegebenenfalls sind im Anschluss an die medizinische Rehabilitation auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich. Die Ziele der **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** (berufliche Rehabilitation) sind je nach Lage des Einzelfalles:

- auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
 - der Erhalt des Arbeitsplatzes (z.B. durch begleitende Hilfen, arbeitsplatzhalterndes Case-Management bzw. betriebliches Eingliederungsmanagement (vgl. Kap. 9.9)),
 - die Beschäftigung auf einem anderen Arbeitsplatz (z.B. berufliche Anpassung, Weiterbildung),
 - die Wiedereingliederung oder
 - die Eingliederung in einen Arbeitsplatz, ggf. bei behinderungsgerechter Gestaltung des Arbeitsplatzes;

²¹ Vgl. Sonntag, D.; Welsch, K. (2004): Deutsche Suchthilfestatistik 2003. Sucht 50, Sonderheft 1.

Ziele der Rehabilitation und Teilhabe

- auf dem besonderen Arbeitsmarkt (z.B. in einer Werkstatt für behinderte Menschen)
 - die Aufnahme einer Beschäftigung oder
 - der Erhalt der Beschäftigung.

Die individuell erforderlichen Hilfen und Leistungen sind auszurichten an

- der Eignung und Neigung des abhängigkeitskranken Menschen,
- der schulischen Bildung,
- dem aktuellen beruflichen Status und den Vorerfahrungen sowie
- der Art und Schwere der Behinderung, insbesondere der Folge- und Begleiterkrankungen.

Bei manchen abhängigkeitskranken Menschen, insbesondere aber bei Jugendlichen oder jungen erwachsenen Menschen mit stoffgebundener Abhängigkeit, die noch keinen Schul- oder Berufsabschluss erreicht haben, stellt das Erlangen oder zumindest das Ziel eines Abschlusses einen wichtigen Teil der Rehabilitation dar. Den Anstrengungen zur Eingliederung und Teilhabe in das Arbeitsleben kommt in Anbetracht der zunehmenden Jugendarbeitslosigkeit, der Umstrukturierung der Arbeits- und Berufswelt und den hohen Anforderungen an Flexibilität, Mobilität und der Erwartung des „lebenslangen Lernens“ besondere Bedeutung zu.

Für diejenigen Menschen, deren Berufstätigkeit so weit zurückliegt, dass nicht unmittelbar daran angeknüpft werden kann, sind ggf. berufsvorbereitende Hilfen (wie Förderungslehrgänge oder Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge) erforderlich. Liegen keine ausreichend gesicherten Erkenntnisse vor, welche Leistungen geeignet sind, das Ziel der beruflichen Rehabilitation zu erreichen, können ggf. Arbeitserprobung, Trainingsmaßnahmen oder Maßnahmen der Eignungsabklärung weiterhelfen. Diese Maßnahmen haben teils diagnostische, teils vorbereitende Funktionen. An ihrem Ende steht die Beurteilung des Leistungsvermögens aufgrund der praktischen Erprobung und die Formulierung für das weitere Vorgehen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind auf Grund des gegliederten Sozialleistungssystems in der Bundesrepublik rechtlich und vom Verfahren her getrennte Vorgänge, mit z.T. unterschiedlich zuständigen Rehabilitationsträgern. Um die Kontinuität des Rehabilitationsprozesses zu gewährleisten, muss deshalb darauf geachtet

werden, dass Aktivitäten zur schulischen und beruflichen Wiedereingliederung möglichst frühzeitig parallel zur medizinischen Rehabilitation oder während der medizinischen Leistung eingeleitet werden. Besonders bei berufsqualifizierenden Leistungen sind die Vorlaufzeiten bis zum Antritt der Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung sehr lang, und es entstehen z.T. längere Wartezeiten. Hier sollte rechtzeitig ein Teilhabeplan erstellt werden, in dem die vorgesehenen und erforderlichen Leistungen sowie deren zeitliche Abfolge mit dem betroffenen Menschen und den beteiligten Rehabilitationsträgern sowie Leistungserbringern abgestimmt und festgehalten werden. In diesem Zusammenhang wird auf die Gemeinsamen Empfehlungen „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ sowie „Teilhabeplan“ der Rehabilitationsträger, die auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vereinbart wurden, hingewiesen.²²

4.3 Wiedereingliederung in das Leben in der Gemeinschaft

Maßnahmen zur **Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** zielen auf Feststellung und Ausbau von Schlüsselqualifikationen (u.a. als Grundvoraussetzung für die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit), die insbesondere von Personen, die lange ohne feste Tagesstruktur gelebt haben, z.T. erst (wieder) erlernt werden müssen. Dazu zählen Fähigkeiten wie:

- Grundarbeitsfähigkeit, d.h.: Ausdauer, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Sorgfalt, Flexibilität, Arbeitstempo, Konzentration und Merkfähigkeit
- Soziale Fähigkeiten, d.h.: Zusammenarbeit, Kritikfähigkeit, Umgang mit Autoritäten, Umgang in der Gruppe
- Selbstbild, d.h.: Selbstständigkeit, Eigenverantwortung, Selbsteinschätzung, Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeit

Durch geeignete Trainingsmaßnahmen sind diese Fähigkeiten zu vermitteln und einzuüben.

Weiter führt eine Abhängigkeitserkrankung häufig zu einer zunehmenden sozialen Isolation, die bei Beginn der Rehabilitation meist schon weit fortgeschritten ist. Dies wird dem betroffenen Menschen nicht selten erst im Laufe des Rehabilitationsprozesses bewusst. Hilfe und Unterstützung bei der schwieri-

²² Abrufbar unter www.bar-frankfurt.de (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation).

Ziele der Rehabilitation und Teilhabe

gen Aufgabe des Aufbaus eines sozialen Netzwerkes sind ein wichtiger Teil der Rehabilitation und Voraussetzung für die Krankheitsbewältigung.

Ziele von Leistungen zum Leben in der Gemeinschaft sind z.B.:

- Sicherung der Wohnsituation
- Stabilisierung vorhandener sozialer Kontakte bzw. Aufbau eines neuen sozialen Netzwerkes
- Schuldenregulierung
- Befriedigende Freizeitgestaltung

4.4 Erhalt selbständiger Lebensführung und Verhinderung von Pflegebedürftigkeit

Bei den meisten Menschen mit stoffgebundener Abhängigkeit ist die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit bzw. die Wiedereingliederung ins Berufsleben ein wichtiges Rehabilitationsziel. Dagegen ist für den im Folgenden aufgeführten Personenkreis das übergeordnete Rehabilitationsziel der weitestgehende Erhalt einer selbständigen Lebensführung:

- Menschen, die aus Altersgründen nicht mehr ins Berufsleben integriert werden können
- Menschen mit zusätzlichen Funktionsstörungen und Behinderungen, die Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben (zum Teil sind diese Erkrankungen und Behinderungen Folgen des langjährigen Substanzkonsums, bspw. ein fortgeschrittenes hirnorganisches Psychosyndrom aufgrund langjährigen Alkoholkonsums)

In diesen Fällen steht unter Umständen nicht mehr die Zielsetzung der beruflichen und gesellschaftlichen Wiedereingliederung im Vordergrund, sondern die Verhinderung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit, wie es das SGB IX im §8 Abs. 3 auch vorsieht. Weiteres Ziel ist es, die Fähigkeit zu einer autonomen Lebensführung zu erhalten oder wieder herzustellen. Wo auch dies nicht mehr möglich ist, wird angestrebt, den abhängigkeitskranken Menschen soweit zu rehabilitieren, dass er vorübergehend oder dauernd in einer beschützten Wohngemeinschaft oder einem Heim leben kann.

5. Wichtige Handlungsprinzipien der Rehabilitation und Teilhabe

Als Grundsätze für die Ausgestaltung und Organisation von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe gelten folgende Handlungsprinzipien:

5.1 Frühzeitigkeit

Eines der Hauptanliegen und gleichzeitig einer der am schwersten zu verwirklichenden Grundsätze ist die frühzeitige Inanspruchnahme des Suchthilfesystems durch die betroffenen Menschen. Durch frühes Erkennen und frühzeitige Intervention, Behandlung und Rehabilitation könnte ein großer Teil der gravierenden Folgeschädigungen eines länger währenden Abhängigkeitsprozesses vermieden werden.

Um jemanden in einem frühen Stadium der Abhängigkeitserkrankung erreichen zu können, eignet sich bspw. die Intervention am Arbeitsplatz. Hilfreich ist eine entsprechende Schulung von Vorgesetzten, damit sie betroffene Mitarbeiter gezielt ansprechen können. Großbetriebe können hierzu häufig auf ihre betriebliche Suchtberatung zurückgreifen, für klein- und mittelständische Unternehmen bieten viele ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen Kooperationsmöglichkeiten, Schulungen und Präventionsveranstaltungen.

Eine weitere wichtige Rolle kommt dem niedergelassenen Arzt und dem medizinischen Personal in Allgemeinkrankenhäusern zu.

80 % aller Alkoholabhängigen suchen während eines Jahres ihren behandelnden Arzt wegen körperlicher Erkrankungen mindestens einmal auf. 24 % der Alkoholkranken und eine hohe Zahl Drogenabhängiger werden im Laufe eines Jahres in Allgemeinkrankenhäuser eingewiesen.²³

Deshalb sind vor allem die Ärzte in Praxen und Krankenhäusern dafür zuständig, die hinter den körperlichen Beschwerden und Krankheiten stehende Abhängigkeitserkrankung zu erkennen und entsprechend zu intervenieren, z.B. indem sie die Betroffenen konsequent auf eine mögliche Abhängigkeitserkrankung hinweisen.

²³ Vgl. Rumpf, H. J. et al., 2000.

kung ansprechen, ihnen die nötige Aufklärung erteilen und sie auf entsprechende Hilfeangebote hinweisen.²⁴

Daneben sind z.B. auch Agenturen für Arbeit, Jobcenter, Schulen, Aus- und Weiterbildungsstätten gefordert, das Thema Frühintervention substanzbezogener Störungen aufzugreifen.

5.2 Bedarfsgerechte und individuell angepasste Leistungen zur Teilhabe

Bedarfsgerecht heißt, dass Leistungen zur Teilhabe grundsätzlich nach den Erfordernissen des Einzelfalles auszurichten sind.

Die Ausrichtung und Auswahl der Behandlungsangebote orientiert sich am spezifischen Behandlungsbedarf und damit an Faktoren wie individuelle Lebensgeschichte, personbezogene und umweltbedingte Kontextfaktoren, Verlauf und Dauer der Abhängigkeitserkrankung, Art der psychotropen Substanz, ggf. vorliegende psychische Komorbidität, Folge- und Begleiterkrankungen u.v.m.

Daraus folgt, dass für bestimmte Personengruppen aufgrund ihrer spezifischen Probleme häufig Einrichtungen oder Abteilungen mit speziellem Behandlungssetting oder besonderen indikativen Angeboten erforderlich sind.²⁵ Für Personen mit der Diagnose „Sucht und Psychose“ bspw. gibt es spezifische Fachkliniken mit psychiatrischer Kompetenz oder Therapieverbünde, in denen Einrichtungen der psychiatrischen Akutversorgung mit denen der Rehabilitation psychisch Kranker sowie Entwöhnungseinrichtungen eng zusammenarbeiten.

Besondere Behandlungsbedarfe von **Frauen** sind zu berücksichtigen, u.a. da diese eine andere Rolle in der Familie und im Berufsleben haben als Männer.

²⁴ In diesem Zusammenhang wird u.a. auf die Broschüren „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen – Ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis“, herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie „Substanzprobleme am Arbeitsplatz“ herausgegeben von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) hingewiesen. Diese und andere Informationsmaterialien zum Thema Früherkennung können kostenfrei unter www.bzga.de und www.dhs.de abgerufen werden.

²⁵ Entsprechende Einrichtungen sind u.a. über das bundesweite Verzeichnis des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK Suchtinfo) zu ermitteln. Auch über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (www.dhs.de) können bundesweit Einrichtungen recherchiert werden. Weiter sind differenzierte indikationsspezifische Angaben zu stationären Einrichtungen im Internet unter www.sucht.de und www.suchthilfe.de zu finden.

Sie haben häufig auch andere Erfahrungen (z.B. Gewalterfahrungen in der Partnerschaft) gemacht. Die Abhängigkeit wird insbesondere bei nicht berufstätigen Frauen oft erst in einem sehr späten Stadium für die Außenwelt bemerkbar. Frauen benötigen spezifische Hilfe und Therapie in speziellen Einrichtungen ausschließlich für Frauen oder in gemischtbelegten Einrichtungen mit geschlechtsspezifischem Setting. Entscheiden sich alkohol- oder drogenabhängige Frauen während der Schwangerschaft für eine Entwöhnungsbehandlung, sind hier ebenfalls besondere Therapieangebote notwendig. Häufig stellen sich Probleme während der Therapie auch nach der Schwangerschaft ein, da die ohnehin mit ihrem Krankheits- und Rehabilitationsprozess beschäftigte Frau zusätzlich mit der neuen Rolle und Aufgabe als Mutter konfrontiert wird.

Ein spezifischer Behandlungsbedarf besteht auch für **Kinder und Jugendliche** mit einer Abhängigkeitssymptomatik. Dabei ist der Blick nicht allein auf therapeutische, sondern auch auf pädagogische Aspekte (Nachreifung/ Sozialisation) zu richten. Weiter ist zu beachten, dass sich das Konsummuster bei abhängigkeitskranken Kindern und Jugendlichen ggf. von demjenigen erwachsener Abhängigkeitskranker wesentlich unterscheiden kann.

Besondere Behandlungsaspekte ergeben sich ebenso bei der Rehabilitation abhängigkeitskranker **Migranten**. Eine Vielzahl von Menschen aus unterschiedlichen Kulturen lebt, teilweise seit Jahrzehnten, dauerhaft in Deutschland. Dies gilt v.a. für mehrere Millionen Mitbürger aus beinahe allen Anrainerstaaten des Mittelmeeres, insbesondere aus der Türkei, aber auch aus Russland. Obwohl eine aussagekräftige Erfassung des problematischen Substanzgebrauchs dieser Bevölkerungsgruppen bislang nicht möglich war, wird nach langjähriger Erfahrung von einer mindest gleich hohen Problematik wie unter den Deutschen ausgegangen. In der Vergangenheit sind dabei die Angebote der ambulanten und stationären Hilfe wie auch der Suchtselbsthilfe in der Regel an sprachlichen und kulturellen Barrieren gescheitert. Durch die Entwicklung muttersprachlicher und kultursensibler Konzepte konnten jedoch in den letzten Jahren Versorgungslücken geschlossen werden.²⁶

²⁶ Die weitere Entwicklung und Finanzierung muttersprachlich und kultursensibel ausgerichteter Behandlungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund sind eine wesentliche gesundheitspolitische Aufgabe. Muttersprachliche Informationsbroschüren können u.a. unter www.dhs.de (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.) abgerufen werden.

Wichtige Handlungsprinzipien der Rehabilitation und Teilhabe

Bei weiteren speziellen Zielgruppen wie älteren Menschen, Personen mit geringem Bildungsniveau oder auch vereinsamten Menschen, die nur selten Kontakt zum Hilfesystem finden, gelten ebenfalls besondere Erfordernisse hinsichtlich der Erreichbarkeit.

Für fast jeden Rehabilitationsprozess sind regionale Angebote zur Förderung der Teilhabe als Ergänzung, Teil der Leistung oder ausschließliche Leistung notwendig. Grundsätzlich gilt für alle regional orientierten Einrichtungen, dass sie bessere Möglichkeiten zur Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Behandlung und zur Nutzung der sozial stützenden Institutionen in der Region haben. Andererseits stellt die stationäre Behandlung heute einen Therapiebaustein in einem vernetzten Behandlungsangebot dar. Einer der Vorteile einer stationären Entwöhnungsbehandlung ist die Möglichkeit des HerauslöSENS des betroffenen Menschen aus seinem pathogenen Umfeld, um einen Veränderungsprozess einzuleiten. Bei Vielen ist für eine begrenzte Zeit ein Abstand von den alltäglichen Belastungen notwendig.

5.3 Zugänglichkeit der Angebote

Grundsätzlich gilt, dass jedem Abhängigkeitskranken in jeder Phase seiner Gefährdung und Erkrankung ein schneller und angemessener Zugang zum Hilfesystem zuteil werden soll.

Dieser Grundsatz drückt aus, dass in einem vernetzten Hilfesystem flexibel auf die unterschiedlichen individuellen und sozialen Erfordernisse reagiert und entsprechend gehandelt werden kann.

Neben den niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern sind die psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen erste Anlaufstellen für Abhängigkeitskranke. In einem funktionierenden Verbundsystem der Suchthilfe sollten insbesondere für drogenabhängige Menschen zusätzlich niedrigschwellige Angebote wie aufsuchende Arbeit, Überlebenshilfe und Suchtbegleitung bei Substitution (vgl. Kap. 6.1.7) vorhanden sein.

Insgesamt ist aufgrund der Komplexität der sozialen und gesundheitlichen Probleme eine Vernetzung und Koordination der einzelnen Hilfeangebote sowie die Kooperation der Beteiligten dringend erforderlich. Dies gelingt vor al-

lem dann besonders gut, wenn die Angebote wohnortnah und regional vernetzt vorgehalten werden. Deshalb sind Initiativen und Projekte für integrierte Angebote der Suchthilfe zu fördern. So hat sich z.B. gezeigt, dass stationäre Entwöhnungsbehandlungen erfolgreicher verlaufen, wenn zuvor bereits ein regelmäßiger Kontakt zu einer Beratungsstelle und möglichst auch an eine Selbsthilfegruppe besteht. In diesen Fällen werden auch nachgehende begleitende Hilfemaßnahmen zu einem wesentlich höheren Prozentsatz angenommen. Daher kann es z.B. Ziel einer (stationären) Entwöhnungsbehandlung sein, den Kontakt zu einer nachgehenden ambulanten Therapie-Einrichtung (ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle) und/oder einer Selbsthilfegruppe herzustellen.

5.4 Einbeziehung des sozialen Umfelds

Die Abhängigkeitserkrankung entsteht im Kontext des sozialen Umfelds. Deshalb sollte dieses immer mit in den Rehabilitationsprozess einbezogen werden. Vom sozialen Lebensumfeld können u.U. entscheidende Impulse zur Aufrechterhaltung des Abhängigkeitsverhaltens ausgehen (bspw. indem Angehörige den Leidensdruck vom abhängigkeitskranken Menschen fernhalten und so sein Verhalten ungewollt unterstützen oder indem vorhandene pathogene Strukturen krankheitsverstärkende Wirkungen haben). In diesem Fall kann eine vorübergehende Herausnahme aus diesem notwendig sein, um bei den betroffenen Menschen Verhaltensänderungen und damit letztendlich die Therapie- und Rehabilitationsziele erreichen zu können. Andererseits haben häufig auch Angehörige Unterstützungsbedarf, da sie bspw. mit der Abhängigkeitserkrankung ihres Partners/ihrer Kindes überfordert sind. Hierzu bieten stationäre Entwöhnungseinrichtungen Angehörigenseminare und die ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen im Rahmen der ambulanten Therapie Gespräche mit Bezugspersonen an. Weiter gibt es zahlreiche Selbsthilfegruppen für Angehörige.²⁷

²⁷ Adressen hierzu findet man z.B. unter www.bvek.com (Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher e.V.) und www.al-anon.de (Selbsthilfegruppen für Angehörige und Freunde von Alkoholikern).

Der Patient muss und soll in der Regel wieder zurück in sein familiäres, gesellschaftliches und berufliches Umfeld. Die Einbeziehung der wichtigsten Bezugspersonen in den Rehabilitationsprozess und die Einwirkung auf die umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne von Abbau von Barrieren und Aufbau möglicher Förderfaktoren sind deshalb notwendiger Bestandteil der Rehabilitationsbehandlung.

Bei Menschen, die bereits sozial weitgehend ausgegliedert sind bzw. die ihre alte soziale Umgebung bewusst verlassen wollen oder sollten, stellt die Vorbereitung auf die Eingliederung in ein neues Lebensumfeld eine wichtige Aufgabe im Rehabilitationsprozess dar.

5.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Rehabilitation und Behandlung abhängigkeitskranker Menschen muss sich mit den körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren der Erkrankung und Behinderung auseinandersetzen. Diesen komplexen Zusammenhängen wird durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit Rechnung getragen, in der insbesondere psychiatrische, somatische, milieu- und soziotherapeutische sowie psychotherapeutische Vorgehens- und Verfahrensweisen von Bedeutung sind.

Die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden insbesondere erbracht von

Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder Ärzten für Psychotherapeutische Medizin,

- psychologischen Psychotherapeuten,
- Dipl.-Sozialarbeitern/ -pädagogen (teilweise mit suchtttherapeutischer Weiterbildung),
- Krankenpflegekräften,
- Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (Ergotherapie) und
- Physio- und Bewegungstherapeuten.

Wichtige Handlungsprinzipien der Rehabilitation und Teilhabe

Diese Berufsgruppen bringen jeweils ihre spezifische Fachkompetenz in den Prozess der Rehabilitation ein, in welchem – je nach den Besonderheiten des Einzelfalles – das Zusammenwirken von

- medizinischen,
- psychologischen,
- pädagogisch und/oder pflegerisch aktivierenden und
- sozial beratenden und begleitenden

Hilfen erforderlich ist.

Wichtig sind gegenseitige Information und Abstimmung über Therapieinhalte und -verläufe sowie enge Kontakte zwischen den beteiligten Ärzten, Therapeuten und anderen Fachkräften.

6. Ausgestaltung und Organisation des Hilfesystems für abhängigkeitskranke Menschen

Abhängigkeitsgefährdeten und -kranken sowie ihren Angehörigen steht ein breit gefächertes Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangebot zur Verfügung. Es umfasst ambulante²⁸, stationäre sowie kombinierte Therapieangebote und die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. Kap. 7). Nachgehende Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten sowie komplementäre Einrichtungen und Selbsthilfe ergänzen dieses umfassende Angebot.

Welche Leistungen oder welche Kombinationen von Leistungen/Hilfeangeboten zum Erfolg führen, ist individuell sehr verschieden. So haben z.B. etwa 30 % aller Selbsthilfegruppen-Mitglieder nie eine ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen und trotzdem das Ziel der Abstinenz erreicht. Der Prozess der Rehabilitation verläuft in Art, Dauer und Umfang sehr unterschiedlich. Es ist wichtig, auf die individuellen Bedürfnisse einzugehen, um diesen Prozess erfolgreich zu steuern. Auf der Angebotsseite ist es notwendig, eine Vielzahl von unterschiedlichen, leicht zugänglichen Hilfen und Einrichtungen bereitzustellen. Dabei sind die Leistungen sinnvoll zu koordinieren und flexible Übergänge zu schaffen. Wünschenswert hierzu ist ein Fallmanagement oder ein Fallmanager, der die Übergänge begleitet und unterschiedliche Leistungen koordiniert. Er sollte für einen möglichst nahtlosen Übergang Sorge tragen und die entsprechenden Antragsverfahren bei eventuell unterschiedlich zuständigen Rehabilitationsträgern leiten.

Eine abschließende Planung des Gesamtrehabilitationsprozesses ist wegen der Unvorhersehbarkeit des Verlaufs in der Regel schwierig. Ist aber bei Antragstellung oder zu einem späteren Zeitpunkt erkennbar, dass mehrere Leistungen verschiedener Leistungsgruppen erforderlich werden oder mehrere Rehabilitationsträger zu beteiligen sind, müssen erste Schritte für die Erstellung eines Teilhabeplans (vgl. Gemeinsame Empfehlungen „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ und „Teilhabeplan“)²⁹ eingeleitet werden. In jedem Fall setzt eine Entwöhnungsbehandlung eine Therapieplanung voraus.

²⁸ Dies schließt „tagesklinische“ (früher „teilstationäre“) Angebote ein.

²⁹ Abrufbar unter www.bar-frankfurt.de (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation).

Ausgestaltung und Organisation des Hilfesystems für abhängigkeitskranke Menschen

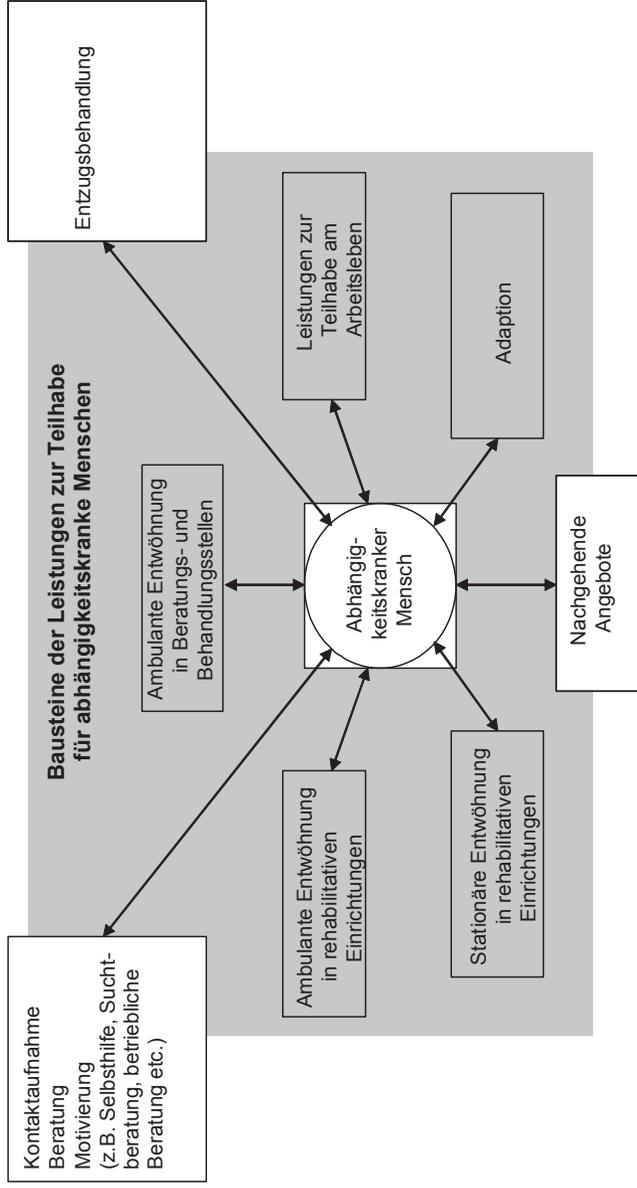
Rehabilitations- und Therapieplanung sind flexibel an den individuellen Verlauf und Bedarf anzupassen. In die Planung ist der betroffene Menschen aktiv einzubeziehen.

Der Rehabilitationsverlauf besteht in der Regel aus drei Phasen:

1. Kontakt- oder Vorphase
2. Rehabilitationsphase (medizinische, berufliche und soziale Reintegration)
3. nachgehende Hilfe- und Stützangebote

Nicht jeder Betroffene durchläuft alle diese Phasen, vielmehr hängt die Inanspruchnahme vom Grad der körperlichen, psychischen und sozialen Störungen, von der Mitwirkungsbereitschaft des abhängigkeitskranken Menschen, aber auch von vielen Kontextfaktoren ab. Das Rehabilitationsziel kann in jeder Phase erreicht werden. Durch wiederkehrende Rückfälle, durch andere Erkrankungen oder Behinderungen oder auch durch Wegfall fördernder Kontextfaktoren (z.B. Unterstützung durch Bezugspersonen) kann es zu Wiederholungen einzelner Phasen, zu langen Pausen im Rehabilitationsprozess oder auch zu Rückschritten kommen. Ein geradliniger Verlauf ist eher die Ausnahme. Gerade bei Übergängen von stationärer Behandlung in ambulante Therapie bzw. Betreuung und damit Rückkehr in das bisherige soziale Umfeld können alte Verhaltensmuster wieder hervortreten. Grundsätzlich sollte daher der therapeutisch begleitete Prozess seinen Schwerpunkt auf ambulante Leistungen – sofern hierzu eine ausreichende Abstinenzfähigkeit gegeben ist – legen.

Bausteine des Hilfesystems für abhängigkeitskranke Menschen



S E L B S T H I L F E

S E L B S T H I L F E

S E L B S T H I L F E

Abb. 4: Bausteine des Hilfesystems für abhängigkeitskranke Menschen

6.1 Möglichkeiten der Kontaktaufnahme, Beratungsstellen und -dienste

Die Kontaktaufnahme zum Suchthilfesystem erfolgt bei betroffenen Menschen in der Regel dann, wenn der innere oder äußere Druck hinsichtlich der Folgen der Erkrankung so groß wird, dass Veränderungen unumgänglich sind. Gleichzeitig muss beim Abhängigen noch Veränderungsbereitschaft bestehen.

Der erste Kontakt findet überwiegend über Suchtberatungsstellen statt, die in der Regel die Vermittlung in Rehabilitationseinrichtungen vornehmen und den Kontakt zu Selbsthilfegruppen herstellen. Häufig sind dem Besuch der Beratungsstellen ärztliche Konsultationen vorausgegangen (vgl. Kap. 6.2.1).

Die Kontaktaufnahme zum Suchthilfesystem ist zum Teil schwierig. Sie ist häufig mit Angst und Scham verbunden. Deshalb ist es wichtig, Möglichkeiten zu schaffen, welche die Kontaktaufnahme erleichtern, z.B. indem sie von Betroffenen für Betroffene geschaffen werden. Eine wichtige Rolle spielen hier Selbsthilfegruppen (vgl. Kap. 6.6) und niedrighschwellige Angebote (vgl. Kap. 6.1.7).

Persönliche Unsicherheiten, Ängste und Vorbehalte gegenüber Suchtmittelfreiheit und Therapie müssen im Rahmen der Beratung herausgearbeitet und thematisiert werden. Nicht selten stellt diese Beratungsphase eine Form der Hilfebegleitung dar, die erst nach längerer Zeit in die Bereitschaft und Motivation mündet, Leistungen zur Teilhabe in Anspruch zu nehmen und aktiv an ihnen mitzuwirken. Eine tragfähige Beziehung zum Berater ermöglicht die Nutzung weiterer Hilfeangebote.

Grundsätze der Beratung sind Freiwilligkeit und Anonymität. Ziel ist, die Bereitschaft zur Veränderung zu wecken, positive Kontextfaktoren zu fördern und Wege aufzuzeigen, wie es zu Veränderungen kommen kann.

6.1.1 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen³⁰

Bei der Beratung und Betreuung Abhängigkeitskranker und -gefährdeter sowie ihrer Angehörigen kommen psychosozialen Beratungsstellen sowie Suchtberatungs- und Behandlungsstellen zentrale Aufgaben zu. Sie bieten vielfältige Hilfen an und dienen den betroffenen Menschen und ihren Angehörigen als wichtige Anlaufstellen.

Zu den Aufgaben der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen zählen neben Aktivitäten auf präventivem Gebiet insbesondere die

- Stabilisierung aufgenommener Kontakte,
- umfassende Beratung,
- Diagnostik und Anamnese unter Mitwirkung von Arzt, Dipl.-Psychologe und Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagogin,
- Motivationsklärung und Motivierung für eine Leistung zur Teilhabe,
- begleitende Hilfen im sozialen Umfeld (z.B. Sicherung des Arbeitsplatzes),
- Krisenintervention,
- Einbeziehung und Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten sowie Vermittlung in Selbsthilfegruppen,
- Einbeziehung von Bezugspersonen,
- Vorbereitung und Vermittlung einer ambulanten oder stationären Entwöhnung, ggf. mit vorheriger Entzugsbehandlung und
- Erstellung des Sozialberichts (vgl. Kap. 8.1).

In diesen Stellen stehen Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagoginnen ggf. auch Ärzte, Dipl.-Psychologinnen und Mitarbeiter anderer Professionen zur Verfügung.

Eine große Anzahl der Beratungs- und Behandlungsstellen führen neben Beratung und Betreuung auch ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlungen, vgl. Kap. 6.3.1) durch.

³⁰ Die Bezeichnungen sind je Bundesland unterschiedlich, sie reichen z.B. von „Psychosoziale Beratungsstellen“, „Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke“ über „Fachstellen für Suchtprävention“ und „Suchtrehabilitation“ bis hin zu „Fachambulanzen Sucht“. Eine stetig aktualisierte Liste findet sich unter www.bzga.de (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). Weitere Informationen sind auch unter dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eingerichteten Informationstelefon zur Suchtvorbeugung erhältlich (siehe Kapitel 11.3.3), Tel: 0221/ 892031.

6.1.2 Gesundheitsämter

Gesundheitsämter sind Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens. Sie leisten im Rahmen ihrer sozialmedizinischen Aufgaben u.a. Gesundheitshilfe für abhängigkeitskranke und -gefährdete Menschen, z.B. durch präventive Aufklärung, Beratung und aufsuchende Hilfe, aber auch durch konkrete Hilfe für abhängigkeitskranke Menschen.

Die Aufgaben der Gesundheitsämter im Bundesgebiet sind unterschiedlich ausgerichtet und werden durch Ländergesetze geregelt.

6.1.3 Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste sind bezogen auf abhängigkeitskranke Menschen primär für solche mit schweren Störungsbildern – hierzu gehören u.a. auch die, bei denen eine psychische Begleiterkrankung besteht – zuständig. Die Aufgaben dieser Dienste sind in der Bundesrepublik unterschiedlich, vielfach sind es Betreuung und Versorgung Betroffener, vor allem aber die Koordination der Hilfeangebote im Versorgungssystem.

Zu den zentralen Aufgaben gehören vorsorgende und nachgehende Hilfen, auch durch Hausbesuche sowie Krisenintervention. Insbesondere sollen Abhängigkeitskranke erreicht werden, die wegen mangelnder Eigeninitiative nicht die erforderliche Hilfe in Anspruch nehmen können. Die Kontakte mit den betroffenen Menschen dienen dem Ziel, geeignete Einrichtungen und Hilfen zu vermitteln.

Sozialpsychiatrische Dienste verfügen in der Regel über ein multiprofessionelles Team (Facharzt, Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagog, psychiatrische Pflegekräfte, Dipl.-Psychologen). Vereinzelt fungieren sie zusätzlich auch als Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, einige führen auch ambulante Entwöhnungsbehandlungen (vgl. Kap. 6.3.1) durch.

6.1.4 Soziale Dienste in Krankenhäusern

Die Krankenhausbehandlung umfasst auch die soziale Beratung und Betreuung des Patienten. Sie sollte durch Inanspruchnahme interner und externer sozialer Dienste sichergestellt werden. Bei Feststellung einer Abhängigkeitsproblematik kann der Sozialdienst über die vielfältigen Möglichkeiten der Betreuung, Behandlung, Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe aufklären und den Patienten motivieren, diese in Anspruch zu nehmen. Insbesondere soll der Sozialdienst im Krankenhaus enge Kontakte zu psychosozialen Beratungsstellen, ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen und stationären Entwöhnungseinrichtungen pflegen, um den Patienten ggf. direkt an diese Stellen vermitteln zu können. Dies schließt auch die Kontaktaufnahme mit örtlichen Selbsthilfegruppen ein.

Bei Fällen, in denen ein nahtloser Übergang in eine Entwöhnungsbehandlung indiziert ist, kann der Sozialdienst während einer Entzugsbehandlung bei bestehender Motivation des Betroffenen mit auf eine nahtlose Verlegung in eine entsprechende Einrichtung hinwirken. Der für das Verfahren benötigte Sozialbericht (vgl. Kap. 11.5) kann dann vom Sozialdienst des Krankenhauses erstellt werden.

6.1.5 Betriebliche Suchtkrankenhilfe

Die betriebliche Suchtkrankenhilfe versteht sich als Teil eines integrierten Konzeptes, das neben der allgemeinen Information, Aufklärung und Beratung schwerpunktmäßig ein betriebsbezogenes Interventionsprogramm umfasst. Dieses kann abhängigkeitsgefährdeten und -kranken Beschäftigten in Betrieben und Dienststellen eine möglichst frühzeitige Inanspruchnahme von geeigneten und qualifizierten Hilfeangeboten sowie betriebsnahe Formen der nachgehenden Begleitung und Betreuung ermöglichen.

Vor dem Hintergrund, dass die Betriebsangehörigen eine klar abgegrenzte und damit sehr konkret ansprechbare Zielgruppe darstellen und beschäftigte abhängigkeitskranke Menschen gegenüber arbeitslosen eine wesentlich bessere Prognose aufweisen, eröffnet gerade die betriebliche Suchtkrankenhilfe gute Möglichkeiten zur Einleitung einer besonders wirksamen Rehabilitation.

Insbesondere große Betriebe und Konzerne können eine innerbetriebliche Suchtberatung anbieten. Der betrieblichen Beratung liegen häufig Dienst- bzw. Betriebsvereinbarungen zu Grunde, die für sämtliche Mitarbeiter und Vorgesetzte verpflichtend sind. Für kleine und mittelständische Betriebe ist eine enge Zusammenarbeit mit außerbetrieblichen Institutionen erforderlich (z.B. mit örtlichen Suchtberatungsstellen, betriebsärztlichen Diensten sowie der haupt- und nebenamtlichen/freiwilligen Suchtkrankenhilfe).

6.1.6 Beratung durch Rehabilitationsträger

Alle Rehabilitationsträger sowie deren Gemeinsame Servicestellen informieren und beraten über Leistungen zur Teilhabe sowie das Antragsverfahren (vgl. Kap. 8). Für die Beratung stehen speziell für diese Aufgabe vorgesehene Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagogen oder Rehabilitationsfachberater zur Verfügung. Ziel der Beratung bei abhängigkeitskranken Menschen ist, sie zu einer Behandlung zu motivieren, ihnen geeignete Behandlungsangebote aufzuzeigen und sie zu unterstützen, einen Behandlungsplatz zu erhalten. Grundsätzlich ist dabei das Ziel, die betroffenen Menschen in das Suchthilfesystem – z.B. an eine Suchtberatungs- und Behandlungsstelle – zu vermitteln, damit von dort die Motivierung und Vorbereitung für ggf. erforderliche Leistungen zur Teilhabe erfolgen kann.

6.1.7 Niedrigschwellige Angebote

Niedrigschwellige Angebote spielen in der Behandlung abhängigkeitskranker Menschen – insbesondere drogenabhängiger Menschen – eine wichtige, das Hilfesystem in notwendiger Weise ergänzende Rolle. Einerseits bieten sie eine erste Kontaktmöglichkeit von der aus sich weitere Schritte entwickeln können. Dies ist bspw. bei aufsuchender Hilfe wie Streetwork oder Kontaktläden mit sozialpädagogischer Betreuung der Fall. Ein Teil der Abhängigen von harten Drogen oder chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken nimmt aus verschiedensten Gründen die Möglichkeit nicht wahr, selbst Hilfe aufzusuchen. Insbesondere relativ „hochschwellige“ Angebote wie Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation werden von ihnen oftmals nicht genutzt.

Andererseits muss gerade bei der genannten Gruppe schwer abhängigkeitskranker Menschen oftmals erst das grundlegende Bedürfnis des Überlebens gesichert werden. Ist dies gewährleistet, kann – falls möglich – Hilfe zum „Ausstieg“ gegeben werden. Niedrigschwellige Angebote beruhen theoretisch auf der „Hierarchie der Hilfe“ wie sie u.a. von Schwoon³¹ entwickelt wurde. An erster Stelle steht die Überlebenshilfe, später können zusätzliche Grundbedürfnisse befriedigt werden und weitergehende Hilfemaßnahmen in Betracht kommen. Niedrigschwellige Angebote zur Überlebenshilfe sind unter anderem Übernachtungsmöglichkeiten, Hilfen und Unterstützung bei der Hygiene (Möglichkeiten zum Duschen, Angebot von Waschmaschinen) sowie im Drogenbereich Spritzentausch und Konsumräume. Weiter haben sich hier so genannte Teestuben, Angebote der medizinischen Grundversorgung sowie Suchtbegleitung bei der Substitution etabliert.

6.2 Krankenbehandlung: Berufsgruppen und Einrichtungen

6.2.1 Niedergelassene Ärzte

Niedergelassene Ärzte sind vielfach die erste Anlaufstelle für Abhängigkeitskranke bzw. -gefährdete, insbesondere im Zusammenhang mit körperlichen und/oder seelischen Erkrankungen. Dem Arzt kommt ein hohes Maß an Glaubwürdigkeit und Kompetenz in allen Fragen der Gesundheit und Krankheit zu. Daher hat er im Rahmen von informierenden und beratenden Gesprächen hohe Einflussmöglichkeiten auf das gesundheitliche Verhalten des Patienten.

Dem Arzt fällt bei der Früherkennung und Frühintervention einer drohenden oder bestehenden Abhängigkeitsproblematik eine besondere Rolle und Verantwortung zu.

Bei der Behandlung seiner Patienten sollte der Arzt den Blick verstärkt auf Verhaltensauffälligkeiten, Befindensstörungen und Krankheiten richten, die im Zusammenhang mit der Einnahme von psychotropen Substanzen stehen können.

³¹ Vgl. Schwoon, D. R., 1992.

Es ist Aufgabe des Arztes, im Rahmen der Diagnostik und Therapie einer Krankheit eine festgestellte Abhängigkeitsproblematik und ihre Folgen anzusprechen und den Patienten durch eine gezielte Beratung zur Inanspruchnahme geeigneter Hilfen, z.B. einer Suchtberatungsstelle hinzuweisen und diese ggf. zu vermitteln.

Ein niedergelassener Arzt kann die für eine Entwöhnungsbehandlung (vgl. Kap. 6.3) erforderliche Entzugsbehandlung (auch „Entzug“ oder „Entgiftung“ genannt) ggf. auch ambulant durchführen, sofern dies nach seiner Auffassung indikationsbedingt möglich ist. Sinnvoll ist in dieser Zeit die Kooperation mit einer Beratungsstelle und der Selbsthilfe.

Den Inhalten und Zielen einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung kann eine ambulante ärztliche Heilbehandlung durch niedergelassene Ärzte allein in der Regel nicht Rechnung tragen, da die integrierte Mitwirkung von Dipl.-Sozialarbeitern/-pädagogen und Dipl.-Psychologen fehlt.

6.2.2 Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Niedergelassene Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin führen die ambulante Behandlung psychisch Kranker durch. Diese Krankheitsgruppe schließt vom Grundsatz her auch Kranke mit Abhängigkeitssyndrom ein. Zur Psychotherapie berechnete Ärzte sind Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für psychotherapeutische Medizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Die Durchführung einer Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie) kann nach dem Psychotherapeutengesetz auch durch niedergelassene, approbierte psychologische Psychotherapeuten (Dipl.-Psychologen mit der jeweils entsprechenden Zusatzqualifikation) erfolgen. Die Klienten können diese direkt konsultieren. Zu Beginn können einige vorbereitende (probatorische) Sitzungen durchgeführt werden. Dies sind meist bis zu fünf, bei der analytischen Psychotherapie bis zu acht Sitzungen. Erst anschließend wird die weitere Kostenübernahme unter Beifügung des Konsiliarberichtes des behandelnden Vertragsarztes mit der Krankenkasse geklärt.

Für die Behandlung von Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, stehen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Verfügung.

Psychotherapie allein wird aber nicht den Anforderungen an eine umfassende qualifizierte ambulante Versorgung gerecht. Daher müssen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung von abhängigkeitskranken Menschen flankierend auch psychosoziale Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten, z.B. in Kooperation mit Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, sichergestellt werden.

6.2.3 Psychiatrische Institutsambulanzen

Institutsambulanzen sind in der Regel an psychiatrischen Krankenhäusern, und z.T. auch an psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern angesiedelt. Sie zeichnen sich durch die multiprofessionelle Zusammensetzung des Mitarbeiterteams (z.B. Arzt, Dipl.-Psychologe, Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagogin, Krankenpflegekraft) aus. Neben der Behandlung chronisch Abhängigkeitskranker, die vom niedergelassenen Arzt im Hinblick auf den umfassenden Behandlungs- und Betreuungsbedarf nicht ausreichend versorgt werden können, bieten sie schwer kranken, nicht wartezimmerfähigen Abhängigkeitskranken häufig auch die erforderliche beratende, intervenierende, versorgende und nachgehende, aber kurativ orientierte Hilfe, die auch aufsuchende Tätigkeiten (Hausbesuche) einschließen kann. Hier können abhängigkeitskranke Menschen mit fortgeschrittenen (auch hirnganischen) Störungen und schweren psychiatrischen Begleiterkrankungen Hilfe finden.

6.2.4 Allgemeinkrankenhäuser

Grundsätzlich ist zwischen einer reinen Detoxikation (Entgiftung/Entzugsbehandlung) und einer „qualifizierten“ Entzugsbehandlung mit weiteren Hilfeangeboten zu unterscheiden. Die „qualifizierte“ Entzugsbehandlung wird i.d.R. aufgrund der dazu notwendigen Personalstruktur nur von psy-

chiatrischen Abteilungen mit Besetzung nach PsychPV³² gewährleistet (vgl. Kap. 6.2.5).

Entzugsbehandlungen/ Entgiftungen werden vorwiegend stationär in Krankenhäusern durchgeführt. Sie kommen bei Abhängigkeitskranken in Betracht, bei denen aufgrund einer Toleranzentwicklung bei Substanzabsetzung mit relevanten Entzugserscheinungen zu rechnen ist (z.B. drohende komatöse Zustände, Delir, Krampfanfälle), sowie mit erheblichen psychiatrischen Komplikationen (z.B. Derealisation und Depersonalisation im Benzodiazepinentzug).

Entzüge erfolgen bspw. im Vorfeld einer bereits geplanten Entwöhnungsbehandlung, sie können aber auch im Zusammenhang mit Krankenhausbehandlungen oder mit durch Suchtmittelmissbrauch verursachten somatischen Krankheiten und Unfällen (Notfallbehandlung) auftreten. Daher sollte der Krankenhausarzt bei der Diagnostik und Therapie seinen Blick auf eine evtl. substanzbezogene Störung richten. Es ist wichtig, dass in Krankenhäusern noch stärker als bisher bei der Behandlung von Kranken auf eine mögliche Abhängigkeitsproblematik geachtet wird und eine enge Zusammenarbeit mit anderen Stellen der Suchtkrankenhilfe einschließlich der Selbsthilfe vorhanden ist.

Eine Entzugsbehandlung soll durchgeführt werden, um die Rehabilitationsfähigkeit zu erreichen. Entzugsbehandlungen dauern indikationsbezogen von wenigen Tagen bis zu drei Wochen. Während der Entzugsbehandlung wird das Suchtmittel abgesetzt, und der Patient steht in dieser Zeit in ständiger ärztlicher Behandlung und pflegerischer Betreuung. Daran soll sich bei entsprechender Motivation des Abhängigkeitskranken eine erforderliche Entwöhnungsbehandlung anschließen.

Sobald die Kriterien für Krankenhausbehandlung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhausbehandlung vom 24. März 2003 nicht mehr erfüllt sind, endet die Krankenhausbehandlung und es muss ggf. eine (möglichst nahtlose) Verlegung in weiterführende Angebote (z.B. Entwöhnungseinrichtungen) erfolgen.

³² Psychiatrie-Personalverordnung

6.2.5 Psychiatrische Kliniken

20 bis 50 % aller Aufnahmen in psychiatrischen Einrichtungen der Regelversorgung entfallen auf Personen mit substanzbezogenen Störungen.³³

Psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkliniken spielen somit eine wichtige Rolle im Versorgungssystem für abhängigkeitskranke Menschen. Das Angebot der psychiatrischen Einrichtungen ist vielseitig. Es reicht von „qualifizierter“ Entzugsbehandlung bis zu Behandlungen für Abhängigkeitskranke mit psychiatrischen Zusatzstörungen. Längerfristige Unterbringung und Behandlung mehrfachgeschädigter chronisch Abhängigkeitskranker (CMA) hingegen fällt in der Regel nicht in die Zuständigkeit von psychiatrischen Krankenhäusern, sofern sie nicht über einen angegliederten soziotherapeutischen Heimbereich und/oder Rehabilitationsbereich verfügen. In einigen Einrichtungen werden auch kurz- und mittelfristige psychotherapeutisch ausgerichtete Entwöhnungsbehandlungen angeboten.

Qualifizierte Entzugsbehandlungen

Eine „qualifizierte“ Entzugsbehandlung zeichnet sich dadurch aus, dass die Entgiftung von motivierenden und psychosozialen Leistungen begleitet wird. Sie findet in speziellen Abteilungen von Fachkrankenhäusern oder besonderen Einrichtungen statt, wo die Besonderheiten des psychophysischen Entzuges von Alkohol und psychotropen Substanzen entsprechend Berücksichtigung finden. Insbesondere werden die Motivation zu einer abstinenten Lebensweise und die Bereitschaft zu einer Entwöhnungsbehandlung gefördert.

Hierzu bedarf es der Beteiligung von qualifiziertem Fachpersonal, z.B. Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagogen und Dipl.-Psychologen. Die ärztliche Behandlung bezieht entzugerleichternde medizinische Behandlungsmethoden wie z.B. Balneologie oder Akupunktur mit ein. Gruppen- und Einzelgespräche fördern eine Auseinandersetzung mit der vorliegenden Abhängigkeitserkrankung und eine Motivationsbildung für weitere Behandlungsschritte. Beschäftigungstherapie und Freizeitbeschäftigung ermöglichen eine sinnvolle Gestaltung des Tagesablaufes, wodurch die subjektiv erlebten Entzugssymptome wesentlich

³³ Vgl. Wienberg, G. et al., 1992.

vermindert werden können. Es bestehen Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen.

Die Ziele lauten im Einzelnen:

- Körperlicher Entzug vom Suchtmittel
- Motivation zur Inanspruchnahme spezifischer Hilfen für abhängigkeitskranke Menschen
- Hilfe bei der Überwindung des körperlichen Entzugssyndroms und bei der Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit, auch im Sinne der Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
- Hilfe bei der Auseinandersetzung mit den psychischen Folgen des Entzuges
- Erkennen und Akzeptieren der Abhängigkeit und Entwicklung eines angemessenen Krankheitsverständnisses, Motivierung zur Übernahme eigener Verantwortung für den Prozess der Gesundung
- Festigung der Entscheidung zur Abstinenz

Eine stationäre Entzugsbehandlung kann im Einzelfall bei sozial gut integrierten, motivierten abhängigkeitskranken Patienten auch ohne weiterführende Entwöhnungsbehandlung sinnvoll sein. Umgekehrt muss nicht stets der Entwöhnungsbehandlung eine Entzugsbehandlung vorgeschaltet sein. Bei Konsumenten von Stimulanzien oder von Cannabis kann ggf. unmittelbar eine Aufnahme in die Entwöhnungsbehandlung erfolgen.

6.3 Entwöhnungsbehandlung: Angebote und Einrichtungen der Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation gehören:

- ambulante Entwöhnungsbehandlungen
- Entwöhnungsbehandlungen in stationären Fachkliniken
- Adaption

Die medizinische Rehabilitation beinhaltet Gruppentherapie, Einzeltherapie, Angehörigenarbeit in Form von Paar- und Familiengesprächen oder Semina-

Ausgestaltung und Organisation des Hilfesystems für abhängigkeitskranke Menschen

ren, indikative Gruppenangebote sowie nonverbale Therapieformen (Gestaltungs- und Musiktherapie). In Einrichtungen mit ambulantem Setting und im stationären Bereich wird dies ergänzt durch Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sport- und Bewegungstherapie und weitere indikative Behandlungsangebote. Soziale Beratung und Vorbereitung auf die nachgehenden Hilfeangebote (z.B. „Nachsorge“) sind immer Bestandteil einer Entwöhnungsbehandlung. Neben den somatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen umfasst das Spektrum der medizinischen Rehabilitation bei Bedarf auch arbeitsbezogene Leistungen. Es werden unspezifische arbeitsbezogene wie auch spezifische arbeitstherapeutische Leistungen angeboten.

Die medizinische Rehabilitation ist zeitlich begrenzt, die Therapiezeit der einzelnen Behandlungsformen wird individuell festgelegt. Ob die Entwöhnungsbehandlung ambulant oder stationär bzw. in Kombination mehrerer Formen erfolgt, richtet sich nach den Erfordernissen des Einzelfalles. Voraussetzung ist ein wissenschaftlich fundiertes, Leitlinien berücksichtigendes Gesamtkonzept, in dem die Einzelleistungen aufeinander abgestimmt und auf die allgemeinen und individuellen Therapieziele bezogen angeboten werden.

Um die Wirksamkeit der Behandlung gewährleisten zu können, müssen die Einrichtungen über einen hohen **Qualitätsstandard** verfügen. Der Gesetzgeber verpflichtet Leistungsträger und Leistungserbringer im Rahmen der Sozialgesetze zur Qualitätssicherung (s. z.B. § 137 d SGB V und § 20 SGB IX). Für den Bereich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation liegen

- die Vereinbarung der Leistungsträger und Leistungserbringer zur Umsetzung des § 137 d Abs. 1 und 1 a SGB V für die stationäre Vorsorge und Rehabilitation vom 1. April 2004³⁴ sowie
- die auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation geschlossene Gemeinsame Empfehlung der Rehabilitationsträger zur Qualitätssicherung nach § 20 SGB IX vom 27. März 2003³⁵ vor.

Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet, sich an einem externen Qualitätssicherungsprogramm zu beteiligen und ein einrichtungsinternes Qualitäts-

³⁴ Siehe www.qs-reha.de (Qualitätssicherung medizinische Rehabilitation).

³⁵ Siehe www.bar-frankfurt.de (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation).

management vorzuhalten. Eine hohe Qualität wird bspw. durch die Erfüllung folgender Qualitätsstandards gewährleistet:

- Konzeptqualität, z.B. theoretisch-wissenschaftliches Konzept, einheitliches Störungs- und Behandlungsmodell
- Programmqualität, z.B. adaptives Indikations- und Verweildauermodell, Differenzierung der Behandlungsangebote, spezielle Programme zur beruflichen und sozialen Reintegration
- Personalstandards, z.B. entsprechende personelle Ausstattung und Qualifikation der Mitarbeiter
- Prozessqualität, z.B. Entwicklung von Therapiezielen, Verfahren der Therapiesteuerung, Supervision, Einsatz einer Routinebasisdokumentation, Auswertung von Expertenbefragungen zur Prozessqualität (Peer Review), Patientenbefragungen
- Ergebnisqualität, z.B. empirische Absicherung der Wirksamkeit, Nachweis des sozialmedizinischen Rehabilitationserfolges
- Internes Qualitätsmanagementsystem, welches entsprechende Gütekriterien erfüllt

In Entwicklung befindet sich die Einführung eines externen Qualitätssicherungsprogramms der Leistungsträger für den Bereich der ambulanten Rehabilitationsangebote. Routinemäßig wird in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen eine Basisdokumentation eingesetzt. Darüber hinaus existieren teilweise verschiedene interne Qualitätsmanagementprogramme.

Alle Rehabilitationsfachkliniken, die von den Leistungsträgern belegt werden, sind in ein externes Qualitätssicherungsprogramm eingebunden und erhalten somit regelmäßig z.B. Rückmeldungen zur Behandlungsqualität und zur Patientenzufriedenheit. Darüber hinaus hat eine Vielzahl von stationären Einrichtungen ein internes Qualitätsmanagementverfahren bereits eingeführt. Routinemäßig wird in den Fachkliniken eine Basisdokumentation erhoben, i.d.R. wird ferner in den Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige eine Vollerhebung zur Ergebnisqualität (ein Jahr nach Behandlungsende) durchgeführt.³⁶

³⁶ Klinikübergreifende Behandlungsergebnisse publiziert beispielsweise der Fachverband Sucht e.V. (www.sucht.de) seit dem Erlassjahrgang 1996.

6.3.1 Ambulante Entwöhnung in Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachambulanzen und ambulanten rehabilitativen Einrichtungen

Für die Durchführung ambulanter Entwöhnung in Suchtberatungs- und Behandlungsstellen bzw. Fachambulanzen steht ein Team aus Dipl.-Sozialarbeitern/-pädagogen, Dipl.-Psychologen mit entsprechender Zusatzausbildung in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen und einem (Honorar-)Arzt zur Verfügung. Die Beratungsstelle hält zusätzlich, unabhängig von der im Rahmen der ambulanten Entwöhnung finanzierten Leistungen, ein integriertes Programm zur Betreuung Abhängigkeitskranker (einschließlich Prävention und Motivation) bereit und arbeitet auf Grundlage eines wissenschaftlichen Therapiekonzepts.³⁷

Bis 30. Juni 2001 war Grundlage der Konzeptionen die „Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Suchtkranker (EVARS)“ der Spitzenverbände der Renten- und Krankenversicherung, welche Dauer und Umfang von ambulanten Therapiegesprächen regelte. Wenn diese auch mit dem 1. Juli 2001 außer Kraft getreten ist, gilt die bisherige Praxis für ambulante Entwöhnungsbehandlungen in Suchtberatungs- und Behandlungsstellen weiter. Ein Einzelgespräch dauert danach 50 Minuten, ein Gruppengespräch 100 Minuten. Die Regel-Therapiezeit beträgt bis zu zwölf Monate mit bis zu 80 Einzel- oder Gruppengesprächen, zusätzlich können zwölf Gespräche mit Bezugspersonen erfolgen. Bei Bedarf ist die Verlängerung der ambulanten Entwöhnung auf 18 Monate (= bis zu 120 Therapieeinheiten) möglich. Schließt die ambulante Behandlung an eine vorherige stationäre Entwöhnung an, ist die Dauer in der Regel auf sechs Monate begrenzt.

In einzelnen Regionen gibt es sowohl für alkoholabhängige als auch für drogenabhängige Menschen ganztägige ambulante Therapieangebote. Neben dem interdisziplinären Team und einem wissenschaftlich begründeten Therapiekonzept richtet sich die Möglichkeit der Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung im ambulant rehabilitativen Setting u.a. nach dem Angebot in der Region, der Stabilität des betroffenen Menschen insbesondere in Bezug auf Abstinenzfähigkeit außerhalb der Therapiezeiten, dem sozialen Umfeld des betroffenen Menschen (Kontextfaktoren, die hier stützend und stabilisierend

³⁷ Die Einzelheiten für die Voraussetzungen zur Durchführung ambulanter Entwöhnungsbehandlungen ergeben sich aus der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen, Anlage 1.

fungieren müssen) sowie nach den sonstigen medizinischen und psychosozialen Behandlungserfordernissen.

Die Dauer der Therapie richtet sich nach den Erfordernissen des Einzelfalles. Aufgrund der regionalen Einbindung der Einrichtung können hier – wie auch bei ambulanter Entwöhnung in Suchtberatungs- und Behandlungsstellen – aktuelle Problematiken aus dem sozialen Umfeld sowie Angehörige in den Therapieprozess mit einbezogen werden.

6.3.2 Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Rehabilitationseinrichtungen

In stationären Rehabilitationseinrichtungen (Fachkliniken) werden auf der Grundlage wissenschaftlich gesicherter Therapiekonzepte stationäre Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt. Zu den therapeutischen Standardangeboten bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker gehören neben der ärztlichen Behandlung insbesondere einzel- und gruppentherapeutische Maßnahmen, sozialtherapeutische Betreuung, Arbeitstherapie und Bewegungstraining. Die Einrichtung steht unter ärztlicher Leitung und Verantwortung.

Die stationären Rehabilitationseinrichtungen (Fachkliniken) verfügen über ein qualifiziertes Behandlungsteam, bestehend aus

- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin,
- psychologischen Psychotherapeuten,
- Dipl.-Sozialarbeitern/-pädagoginnen,
- Krankenpflegekräften,
- Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (Ergotherapie) und
- weiteren Fachkräften u.a. für die arbeitstherapeutischen Bereiche (z.B. Tischlermeister o.ä.).

Die Dauer der Entwöhnungsbehandlung richtet sich nach dem individuellen Rehabilitationsbedarf des Rehabilitanden. Die jeweilige Therapiezeit soll indikationsbezogen individuell bestimmt werden. Die Renten- und Krankenversi-

Ausgestaltung und Organisation des Hilfesystems für abhängigkeitskranke Menschen

cherungsträger als die größten Leistungsträger für (stationäre) Entwöhnungsbehandlungen haben sich im Jahr 1996 darauf geeinigt, dass stationäre Entwöhnungsbehandlungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige in der Regel maximal 16 Wochen und für Drogenabhängige einschließlich einer evtl. erforderlichen Adaptionphase max. zehn Monate betragen sollen. In Einzelfällen soll nur eine „Kurzzeittherapie“ (im Alkohol- und Medikamentenbereich in der Regel bis zu acht Wochen maximal und im Drogenbereich je nach Indikation zwischen drei bis neun Monaten) erfolgen – z.B. bei abhängigkeitskranken Menschen, die bereits eine oder mehrere stationäre Therapien durchlaufen haben. Die Rehabilitationsträger entscheiden im Einzelfall über die Verlängerung der Behandlung.

Neben den vorgenannten Therapiemöglichkeiten bieten einzelne Fachkliniken zwischenzeitlich auch „Festigungsbehandlungen“ für abstinent lebende alkohol- und drogenabhängige Menschen an sowie kurzzeitige stationäre Aufenthalte von weit unter acht Wochen, z.B. als „Initialbehandlung“, wenn diese Teil einer Gesamtbehandlung mit ambulanten Therapiebausteinen darstellen.

Adaptionseinrichtungen

Die stationäre medizinische Rehabilitation kann bei einer bestimmten Gruppe von Rehabilitanden eine so genannte Adaptionphase einschließen bzw. es kann eine entsprechende Phase folgen. Diese wird ebenfalls im stationären Rahmen durchgeführt.

Während der Adaptionphase treten die therapeutischen Behandlungsangebote zu Gunsten einer Erprobung und Übung der eigenverantwortlichen Lebensführung und Anforderungen des Erwerbslebens unter realen Alltagsbedingungen zurück.

Die Adaptionphase findet meist in kleineren Wohneinheiten statt und die Behandlungsdauer beträgt – je nach Indikation und Erfordernis – in der Regel bis zu 4 Monate. Das multidisziplinäre Behandlungsteam arbeitet auf der Grundlage wissenschaftlicher Behandlungskonzepte.

Diese Phase der Rehabilitation dient sowohl der Ablösung vom stationären Therapieprozess als auch der weiteren Stabilisierung der Abstinenz unter er-

höhten Belastungsbedingungen. Einzel- und Gruppengespräche konzentrieren sich vorwiegend auf die alltagsbezogenen Problemstellungen und auf die soziale und berufliche Wiedereingliederung. Durch zu absolvierende Praktika, die therapeutisch zu begleiten sind, kann eine Erprobung und Stabilisierung von Veränderungsprozessen erfolgen. Gleichzeitig treten die noch vorhandenen Unsicherheiten und Schwächen hervor, die eine gezielte Prozessarbeit ermöglichen. Insbesondere für Drogenabhängige ist vielfach eine Adaptionsphase angezeigt.

6.4 Nachgehende Hilfeangebote

Nachgehende Hilfeangebote nach beendeter Entwöhnungsbehandlung sind ein wichtiger Bestandteil der Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen. Mit ihr können die Rehabilitationsziele gefestigt und der Erfolg der Rehabilitation gesichert werden.

Der berufliche und soziale Wiedereinstieg soll unterstützt und gefördert werden. Durch die nachgehende Betreuung kann eine Rückfallprophylaxe angeboten werden, sie kann außerdem als Stabilisierung bei drohenden oder akuten Krisen wirken.

Nachgehende Hilfeangebote nach beendeter Leistung zur Teilhabe stehen in unterschiedlichster Form zur Verfügung. Einzelne Rehabilitationsträger übernehmen nach Ende einer (stationären) Entwöhnungsbehandlung noch sozialtherapeutische Gespräche in Suchtberatungsstellen im Rahmen einer „Nachsorge“. Diese sind nicht identisch mit der ambulanten Weiterbehandlung nach erfolgter stationärer Entwöhnung.

Auch der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe stellt ein nachgehendes Hilfeangebot dar. Vielfach besteht der Kontakt zur Selbsthilfegruppe aber schon vor oder während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Ausgestaltung und Organisation des Hilfesystems für abhängigkeitskranke Menschen

Zur Unterstützung der Selbständigkeit und der sozialen und beruflichen Teilhabe in Lebensbereichen können z.B. folgende Hilfen indiziert sein:

- Aufsuchende Nachsorge
- Gruppengespräche
- Einzelbetreuung bei Kriseninterventionen
- Gesundheitsberatung bzw. Vermittlung in medizinische Beratung
- Vermittlung spezifischer Psychotherapie
- Vermittlung an andere Beratungsdienste oder Einrichtungen (z.B. Erziehungsberatung, Eheberatung, Übergangsheim, betreutes Wohnen)
- Unterstützung bei Familienkrisen (z.B. Scheidung)
- Tagesstrukturierende Maßnahmen
- Hilfe bei schulischer und beruflicher Qualifikation
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Unterstützung bei beruflicher Eingliederung
- Unterstützung bei Wohnungssuche
- Unterstützung im Umgang mit Behörden
- Unterstützung bei Freizeitgestaltung
- Unterstützung bei anstehenden Strafverfahren
- Unterstützung bei der Regulierung finanzieller Probleme (Schuldnerberatung)

Auch die vorgenannten nachgehenden Hilfeangebote sind Teil der Rehabilitation und insbesondere zur Sicherung des Rehabilitationserfolges in vielen Fällen notwendig. Kostenübernahmen für die o.g. Leistungen erfolgen durch die Rehabilitationsträger aber nur im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Gerade Kriseninterventionen fallen in die allgemeine Tätigkeit der Beratungsstellen.

6.5 Komplementäre Einrichtungen

Für die weitaus überwiegende Zahl abhängigkeitskranker Menschen steht ein bedarfsgerechtes Angebot ambulanter und stationärer Behandlungseinrichtungen zur Verfügung.

Für eine kleinere Gruppe Betroffener, insbesondere der mehrfachgeschädigten abhängigkeitskranken Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe, mit schlechter Prognose und fehlender Motivation bzw. Behandlungsbereitschaft und -eignung, können diese therapeutischen Angebote nicht greifen.

Hier kommen insbesondere folgende ergänzende (komplementäre) Betreuungsangebote in Betracht:

- Wohngemeinschaften
- Betreutes Wohnen
- Übergangseinrichtungen
- Soziotherapeutische Heime
- Wohnheime

(Vgl. hierzu auch „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)).³⁸ Daneben gibt es Maßregelvollzugskliniken, die nach Maßgabe des § 64 StGB abhängigkeitskranke Straffällige behandeln.

Die bestehenden Angebote ermöglichen insbesondere ein alltagsähnliches, aber beschützendes bzw. gestütztes Wohnumfeld. Für die Betreuung stehen überwiegend pädagogische und pflegerische Kräfte zur Verfügung.

Bei vorgenanntem Personenkreis können folgende langfristige Hindernisse bestehen:

- Fehlende Bereitschaft oder Fähigkeit zur freiwilligen Behandlung trotz bestehender Behandlungsangebote

³⁸ Abrufbar unter www.bar-frankfurt.de (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation).

Ausgestaltung und Organisation des Hilfesystems für abhängigkeitskranke Menschen

- Schwere Selbst- und/oder Fremdgefährdung durch oder infolge der Erkrankung (z.B. schwere körperliche, seelische und soziale Störungen, häufig auch Dissozialität) und in der Regel mehrere gescheiterte Behandlungsversuche

Aufgrund dessen ist häufig eine auf die längerfristig individuell eingeschränkte Selbsthilfefähigkeit ausgerichtete Hilfeplanung erforderlich, bei der soziale Hilfen sowie tagesstrukturierende Angebote mit dem Ziel der Entwicklung eines möglichst selbständigen Lebens im Vordergrund stehen. Diese Hilfeangebote können auch zur Sicherung des Rehabilitationserfolges als nachgehende Leistungen („Nachsorgemaßnahmen“) in Betracht kommen.

In Frage kommen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft wie vor allem die Sicherung geregelter Wohnverhältnisse sowie Stabilisierung vorhandener sozialer Kontakte bzw. Aufbau eines neuen sozialen Netzwerkes (vgl. Kap. 4.3). Die Hilfen werden durch pädagogisch und/oder pflegerisch versierte Kräfte erbracht. Notwendige medizinische Leistungen richten sich nach SGB V, soweit nicht vollstationäre Pflegeleistungen nach SGB XI unter Einschluss der Behandlungspflege in Anspruch genommen werden.

6.6 Selbsthilfegruppen

Neben den ambulanten und stationären (professionellen) Therapie- und Betreuungsangeboten fungiert die Selbsthilfe als gleichwertige dritte Säule im Hilfesystem der Suchtkrankenhilfe.

Etwa 7.500 Selbsthilfegruppen für Abhängigkeitskranke gibt es in Deutschland. Selbsthilfe lebt aus der Freiwilligkeit ihrer Mitglieder, aus der Unabhängigkeit der Gruppe und darf nicht zum Bestandteil oder zur Voraussetzung professioneller Hilfen gemacht werden. Selbsthilfegruppen wirken und helfen ohne Zuweisung und ohne Kontrolle. Im Rahmen des Behandlungsverbundes Abhängigkeitskranker arbeiten sie mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten. Sie betreuen Betroffene sowie Angehörige. Allen gemeinsam ist, dass sie sich für Erstkontakte anbieten, Beratungsaufgaben übernehmen und motivieren, Hilfe anzunehmen. Auch nach der Beendigung der Entwöhnungsbehandlung ist für abhängigkeitskranke Menschen der Anschluss an eine Selbsthilfe-

Ausgestaltung und Organisation des Hilfesystems für abhängigkeitskranke Menschen

gruppe hilfreich, da hier der Austausch mit anderen betroffenen Menschen zeitlich unbegrenzt erfolgen kann.

Das entscheidende Merkmal der Mitglieder aller Selbsthilfegruppen im Bereich der Suchthilfe ist die Selbstbetroffenheit. Dies schließt auch die Angehörigen abhängigkeitskranker Menschen ein, da diese durch die Folgen und Auswirkungen der Erkrankung und den damit zusammenhängenden Beziehungsstörungen ebenfalls betroffen sind. Die gleiche Problemstellung aller Gruppenmitglieder bewirkt in der Regel eine leichtere Kontaktherstellung, da das Bekenntnis der eigenen Betroffenheit beim Gegenüber Ängste abbaut und Verständnis erwarten lässt. Alle Gruppenmitglieder sind Gleiche unter Gleichen; alle verfolgen das gleiche gemeinsame Ziel: Die Bewältigung der Abhängigkeitsproblematik mit den damit zusammenhängenden Problemen. Selbsthilfe wirkt vor allem in der Gruppe; zunächst für den Einzelnen (im Selbst), dann in der Gruppe (Hilfe zur Selbsthilfe) und als Gruppe nach außen (Selbsthilfegruppe). Es gibt keine Verantwortlichkeit (und damit Einmischung) professioneller bzw. hauptamtlicher Helfer.

Ziel aller Gruppenarbeit ist es, die Mitglieder in ihrer Selbständigkeit zu fördern. Selbsthilfegruppen müssen Möglichkeiten bieten, hineinzuwachsen und die Notwendigkeiten aufzeigen, wieder herauszuwachsen. Gleichzeitig sind sie offen für eine Rückkehr in die Gruppe, bspw. bei einem Rückfall und dem erneuten Bedarf einer Hilfestellung. Selbsthilfegruppen bieten z.B. an: Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der evangelischen Kirche, Guttempler, Kreuzbund oder Freundeskreise (Adressen siehe Kap. 11.3.2).

Weiter haben sich in den letzten dreißig Jahren eine Reihe **Selbsthilfeprojekte** entwickelt. Das sind Organisationen und Gruppen wie Synanon in Berlin, die Suchthilfe Fleckenbühl in Hessen oder Elrond in Niedersachsen.³⁹ Sie bieten eine stationäre Aufnahme in eigenen Einrichtungen und Häusern an. Auch sie bilden eine ausschließlich aus Betroffenen bestehende Gemeinschaft und verwalten und organisieren sich selbst. Der Aufenthalt in diesen Einrichtungen ist grundsätzlich unbefristet. Der Hilfesuchende entscheidet selbst, wie lange er die Hilfe der Gemeinschaft in Anspruch nehmen möchte. Auch gibt es keine Altersbeschränkung und es wird keine Kostenübernahme eines Rentenversi-

³⁹ Informationen unter: www.synanon.de (Synanon in Berlin), www.suchthilfe.org (Suchthilfe Fleckenbühl) und www.elrond-osnabrueck (Elrond in Niedersachsen).

Ausgestaltung und Organisation des Hilfesystems für abhängigkeitskranke Menschen

cherungsträgers o.ä. verlangt. Üblicherweise findet die Aufnahme zu jeder Zeit statt, d.h. es gibt keine Wartezeiten, sondern die Hilfe kann sofort in Anspruch genommen werden.

Jeder der ein Abhängigkeitsproblem – egal ob Alkohol, illegale Drogen, Medikamente usw. – hat, kann aufgenommen werden. In allen Gemeinschaften ist absolute Abstinenz und Gewaltfreiheit Voraussetzung des Zusammenlebens. Abhängigkeitskranke Eltern können ihre Kinder mitbringen. Für die Betreuung und Versorgung der Kinder sind eigens dafür eingerichtete Kindergärten und Tagesgruppen vorhanden.

7. Einrichtungen und Dienste zur Teilhabe am Arbeitsleben

Für die Ausführung der Leistungen gilt der Grundsatz „So normal wie möglich, so speziell wie nötig“. Vorrangig werden die Leistungen deshalb in Betrieben oder durch wohnortnahe Dienstleister/Bildungsträger ausgeführt, zu denen die regional zuständigen Stellen der Rehabilitationsträger engen Kontakt halten. Die Leistungen werden gem. § 35 SGB IX durch Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen ausgeführt, soweit Art und Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Erfolges die besonderen Hilfen dieser Einrichtungen erforderlich machen; diese Einrichtungen verfügen deshalb u.a. über begleitende medizinische und psychologische Fachdienste. Die Entscheidung über die Ausführung der Leistungen trifft der zuständige Rehabilitationsträger einzelfallbezogen unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten.

Um die berufliche und soziale Teilhabe sicherzustellen, kann ein zeitlich begrenzter Aufenthalt in sozialtherapeutischen Wohnheimen (vgl. Kap.6.5) notwendig oder in betreuten Wohnformen sinnvoll sein.

7.1 Integrationsämter

Mit dem SGB IX sind die Hauptfürsorgestellen – bezogen auf ihre Leistungen aus der Ausgleichsabgabe – in Integrationsämter umbenannt worden. Die Erhebung und Verwendung der Ausgleichsabgabe ist in § 102 SGB IX sowie in der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung gesetzlich festgelegt. Sie darf nur zur Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben eingesetzt werden, einschließlich der Durchführung von Aufklärungs-, Schulungs- und Bildungsmaßnahmen. Vorrangig wird sie für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben verwendet, mit der schwerbehinderten Menschen ein angemessener Platz im Arbeitsleben gesichert werden soll. Die Integrationsämter sollen darauf hinwirken, dass schwerbehinderte Menschen in ihrer sozialen Stellung nicht absinken und auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können. Weiter sollen sie durch Leistungen der Rehabilitationsträger und Maßnahmen der Arbeitgeber befähigt werden, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit nichtbehinderten Menschen behaupten zu können. Die begleitende Hilfe im Arbeitsleben umfasst auch die nach den Umständen des

Einzelfalls notwendige psychosoziale Betreuung schwerbehinderter Menschen.

Im Rahmen der begleitenden Hilfen werden sowohl Leistungen an schwerbehinderte Menschen als auch an Arbeitgeber erbracht. Bei den individuellen Leistungen an schwerbehinderte Menschen bilden technische Arbeitshilfen den größten Posten. Bei Leistungen an Arbeitgeber spielen die Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen, die behindertengerechte Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen sowie Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen (Lohnkostenzuschüsse) eine zentrale Rolle.

Das Integrationsamt kann bei der Durchführung der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben Integrationsfachdienste einschließlich psychosozialer Dienste freier gemeinnütziger Einrichtungen und Organisationen beteiligen.

Bei abhängigkeitskranken Menschen, die schwerbehindert sind, stehen die persönliche Beratung und Betreuung sowie die Unterstützung der Betriebe und Dienststellen bei den innerbetrieblichen Folgeproblemen der Abhängigkeitserkrankung im Vordergrund. Diese Hilfen können sich im Einzelfall vorübergehend bis zur Klärung des Schwerbehinderten- oder Gleichstellungsstatus auch auf Mitarbeiter erstrecken, die abhängigkeitskrank geworden, aber noch nicht als Schwerbehinderte anerkannt bzw. diesen noch nicht gleichgestellt sind.

Das Integrationsamt bemüht sich um eine Sicherung des Arbeitsverhältnisses, u.a. durch Motivation zur Therapie. Hierzu erfolgt z.B.:

- Begleitung schwerbehinderter Jugendlicher während ihrer betrieblichen Ausbildung
- Hilfe im Einzelfall durch Gespräche mit dem Alkoholkranken und dem Betrieb
- Beratung von Vorgesetzten und Mitarbeitern über den richtigen Umgang mit dem Abhängigkeitskranken

sowie zum Teil auch:

- Beratung von Betrieben beim Aufbau einer betrieblichen Suchthilfe
- Ausbildung betrieblicher Helfer

- Beratung über arbeitsbezogene Leistungen im Sinne der Prävention von Abhängigkeitserkrankungen

7.2 Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke

Berufsbildungswerke (BBW) sind im Schwerpunkt auf berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen und Maßnahmen der Berufsausbildung für behinderte junge Menschen ausgerichtet. Sie bieten eine auf die jeweiligen Belange ausgerichtete kontinuierliche ausbildungsbegleitende Betreuung durch Ärzte, Dipl.-Psychologen, Sonderpädagogen und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Sie befähigen so zu einem Ausbildungsabschluss nach dem Berufsausbildungsgesetz und dadurch zur Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Berufsförderungswerke (BfW) sind im Schwerpunkt auf Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung/Qualifizierung einschließlich Umschulung für behinderte Erwachsene ausgerichtet und dabei überregional und überbetrieblich organisiert. Die Einrichtungen verfügen neben den Ausbildungsstätten über begleitende medizinische, psychologische und soziale Dienste.⁴⁰

7.3 Integrationsfachdienste und begleitende Hilfe im Arbeitsleben

Bei den Integrationsfachdiensten handelt es sich um einen noch relativ neuen „Baustein“ im institutionellen Gefüge der Einrichtungen und Dienste, dessen Aufgaben im SGB IX erstmals gesetzlich geregelt worden sind (§§ 109 ff SGB IX). Integrationsfachdienste sind Dienste Dritter, die bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben beteiligt werden. Sie können auch für behinderte Menschen tätig werden, die nicht schwerbehindert sind. Die Integrationsfachdienste werden im Auftrag der Integrationsämter oder der Rehabilitationsträger tätig, die für die Ausführung der Leistungen verantwortlich bleiben.

Sie sind insbesondere für schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung da. Dies sind auch Menschen, deren

⁴⁰ Adressen der Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke, auch sortiert nach Ausbildungsberufen, können unter www.rehadat.de (Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation) eingesehen werden.

Behinderung durch oder infolge der Abhängigkeitserkrankung eingetreten ist, wenn sich diese im Arbeitsleben besonders nachteilig auswirkt und die Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erschwert.

Die Aufgabenstellung der Integrationsfachdienste umfasst sowohl die Beratung, Unterstützung und Vermittlung schwerbehinderter Menschen als auch die Information und Beratung von Arbeitgebern. Zu den Aufgaben gehören im Einzelnen:

- Die Fähigkeiten der zugewiesenen schwerbehinderten Menschen zu bewerten und einzuschätzen und dabei ein individuelles Fähigkeits-, Leistungs- und Interessenprofil zur Vorbereitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erarbeiten
- Geeignete Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erschließen
- Die schwerbehinderten Menschen auf den vorgesehenen Arbeitsplatz vorzubereiten und sie – solange erforderlich – am Arbeitsplatz oder beim Training der berufspraktischen Fähigkeiten am konkreten Arbeitsplatz zu begleiten
- Mit Zustimmung des schwerbehinderten Menschen die Mitarbeiter im Betrieb oder der Dienststelle über Art und Auswirkung der Behinderung und über entsprechende Verhaltensregeln zu informieren und zu beraten
- Eine Nachbetreuung, Krisenintervention oder psychosoziale Betreuung durchzuführen
- Als Ansprechpartner für den Arbeitgeber zur Verfügung zu stehen, über die Leistungen für die Arbeitgeber zu informieren und für die Arbeitgeber diese Leistungen abzuklären
- In Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern und den Integrationsämtern die für die schwerbehinderten Menschen benötigten Leistungen zu klären und bei der Beantragung zu unterstützen

Seit dem Inkrafttreten des SGB IX sind vielerorts die früher eigenständigen berufs begleitenden Dienste in die Integrationsfachdienste integriert worden. Hingewiesen sei hier auf die „Gemeinsame Empfehlung nach § 113 Abs. 2 SGB IX zur Inanspruchnahme der Integrationsfachdienste durch die Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit und zur Finanzierung der Kosten, die dem Integra-

tionsfachdienst bei der Wahrnehmung der Aufgaben der Rehabilitationsträger entstehen“.⁴¹

7.4 Integrationsprojekte

Integrationsprojekte sind rechtlich und wirtschaftlich selbständige Unternehmen (Integrationsunternehmen), unternehmensinterne oder von öffentlichen Arbeitgebern geführte Betriebe (Integrationsbetriebe) oder Abteilungen (Integrationsabteilungen) zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, deren Teilhabe an einer sonstigen Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf Grund von Art und Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger Umstände voraussichtlich trotz Ausschöpfens aller Fördermöglichkeiten auf besondere Schwierigkeiten stößt.

Integrationsprojekte sind Angebote für schwerbehinderte Menschen, die prinzipiell dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, aber trotzdem keinen Arbeitsplatz finden. Die Arbeitsbedingungen sind hinsichtlich der Arbeitszeit, des Arbeitsklimas und der Arbeitsorganisation so gestaltet, dass sie den spezifischen Bedürfnissen des Personenkreises entsprechen.

Integrationsprojekte bieten Arbeitsplätze des allgemeinen Arbeitsmarktes, die sich im Wesentlichen über die am Markt erzielten Erlöse für erbrachte Dienstleistungen oder produzierte Waren finanzieren. Daneben kommen Förderungen durch die Integrationsämter in Betracht für Investitionskosten, Ausgleichszahlungen bei verminderter Leistungsfähigkeit der behinderten Menschen und den Betreuungsaufwand.

Wesentliche Voraussetzung für die Aufnahme einer Beschäftigung in einem Integrationsprojekt ist die Fähigkeit des betroffenen Menschen, mit seiner Arbeit einen gewissen Mindestlohn zu erwirtschaften, da diese Firmen marktorientiert und wirtschaftlich arbeiten müssen. Die Bezahlung orientiert sich an den in der jeweiligen Branche üblichen Tariflöhnen. Insgesamt hat sich ein breites Spektrum von Firmen mit vielfältigen Arbeitsangeboten entwickelt.

⁴¹ Siehe www.bar-frankfurt.de (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation).

7.5 Berufliche Trainingszentren

Berufliche Trainingszentren (BTZ) sind regionale Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Insbesondere für abhängigkeitskranke Menschen mit schweren psychischen Störungen können die BTZ für den Wiedereinstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt genutzt werden.

Dies geschieht über

- die Abklärung vorhandener Kompetenzen,
- die Wiederauffrischung früherer beruflicher Kenntnisse und Kompetenzen,
- die Erarbeitung beruflicher Anpassungen und, wenn notwendig und
- den Erwerb von Teilqualifikationen.

Außerdem wird in geringerem Umfang an manchen Orten Berufsfindung durchgeführt oder Vorbereitung auf Umschulung oder Ausbildung angeboten. Die Einrichtungen verfügen über Berufsfachkräfte sowie Pädagogen, Ergotherapeuten und weitere Mitarbeiter (z.B. Dipl.-Psychologen, Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagogen), die in einem interdisziplinären Team arbeiten und den behinderten Menschen bis zur Integration in eine Arbeitsstelle und Übergabe an Integrationsfachdienste begleiten. Als regionale Einrichtungen kooperieren sie eng mit den vorbehandelnden klinisch-medizinischen und den begleitenden gemeindepsychiatrischen Hilfeangeboten.

Berufliche Trainingszentren sind bestrebt, die betriebliche Realität nachzubilden und nutzen betriebliche Praktika als integralen Bestandteil des bis zu 15 Monate dauernden Trainings.

7.6 Werkstätten für behinderte Menschen

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sind Einrichtungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben.

Für Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können,

- bieten sie eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt aus dem Arbeitsergebnis und
- ermöglichen sie, die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei die Persönlichkeit weiterzuentwickeln.

Die Werkstätten führen Eingangsverfahren und Leistungen im Berufsbildungsbereich durch und bieten Beschäftigungen. In der Regel verfügen sie über ein breites Angebot unterschiedlicher Arbeitsmöglichkeiten und Arbeitsplätze – auch ausgelagert in Betriebe – sowie über Gelegenheiten zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit.

Die Leistungen im Eingangsverfahren werden für drei Monate erbracht und dienen zur Feststellung, ob die Werkstatt die geeignete Einrichtung für die Teilhabe des behinderten Menschen am Arbeitsleben ist, welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den behinderten Menschen in Betracht kommen und für die Erstellung eines Eingliederungsplans. Wenn während des Eingangsverfahrens festgestellt wird, dass eine kürzere Leistungsdauer ausreichend ist, kann die Leistungsdauer auf bis zu vier Wochen verkürzt werden. Die Leistungen im Berufsbildungsbereich werden erbracht, wenn die Leistungen erforderlich sind, um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit des behinderten Menschen so weit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen und wenn erwartet werden kann, dass der behinderte Mensch nach Teilnahme an diesen Leistungen in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen. Die Leistungen können bis zu maximal zwei Jahre erbracht werden. Sie werden in der Regel zunächst für ein Jahr bewilligt. Sie werden für ein weiteres Jahr bewilligt, wenn die Leistungsfähigkeit des behinderten Menschen weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.

8. Verfahren zur Einleitung von Entwöhnungsbehandlungen

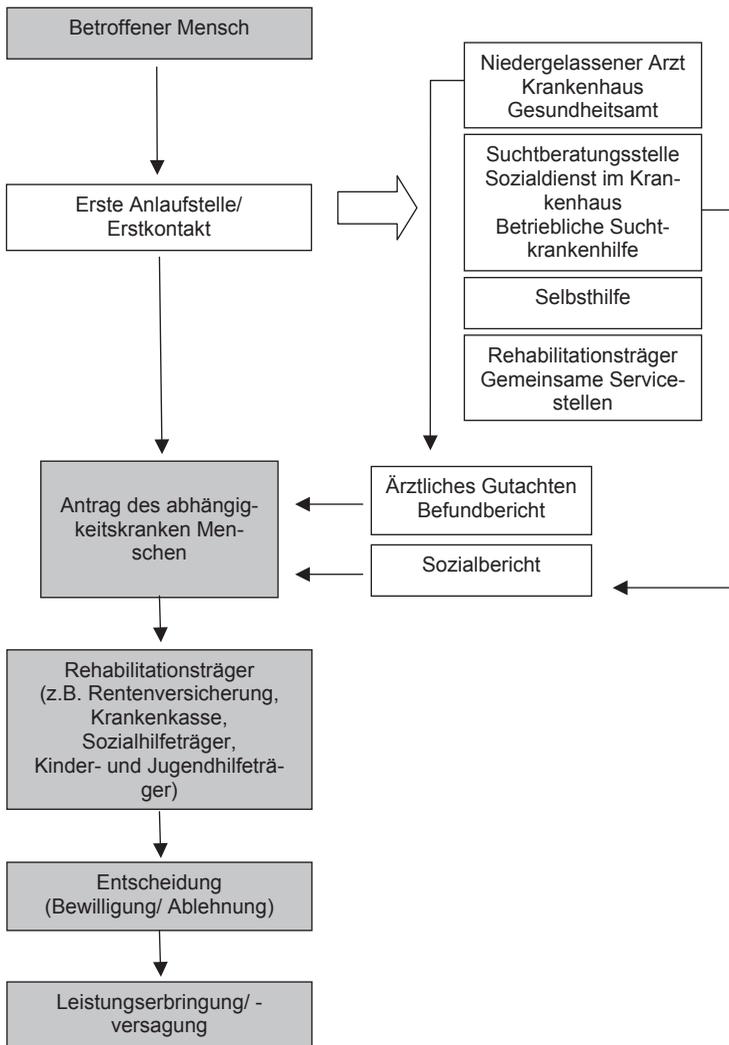


Abb. 4: Antragsverfahren für ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bei Abhängigkeitskranken

Nachstehend wird das Verfahren erläutert.

8.1 Auskunft und Beratung

Die Rehabilitationsträger und ihre Gemeinsamen Servicestellen stehen allen Menschen, die Leistungen zur Teilhabe beantragen möchten, als Anlaufstelle zur Verfügung. Außerdem erfüllen die Krankenkassen im Rahmen ihrer Auskunft- und Beratungsaufgaben die Funktionen einer Anlauf- und Steuerungsstelle.

Alle Rehabilitationsträger informieren über bestehende Leistungsmöglichkeiten sowie über die Zuständigkeiten anderer Träger und Stellen einschließlich des Verfahrens zur Einleitung ambulanter oder stationärer Entwöhnungsbehandlungen.

Erste Anlaufstellen sind u.a.:

- Suchtberatungs- und Behandlungsstellen
- Betriebliche Sucht-
krankenhilfe
- Sozialdienste in
Krankenhäusern
- Selbsthilfe
- Rehabilitationsträger
- Gemeinsame
Servicestellen

Da für die Entscheidung über eine Entwöhnungsbehandlung immer auch ein Sozialbericht⁴² erforderlich ist, der grundsätzlich von den Suchtberatungs- und Behandlungsstellen oder der betrieblichen Suchthilfe erstellt wird, gelten insbesondere diese beiden Stellen auch als Anlaufstellen. Sie prüfen die Motivation, helfen den betroffenen Menschen bei der Aufnahme des Antrages und leiten die Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger weiter. Aber auch Sozialdienste in Krankenhäusern können den Sozialbericht erstellen und erste Schritte hin zu einer Entwöhnungsbehandlung einleiten. Daneben sind die Selbsthilfegruppen Anlaufstellen. Da der Sozialbericht nicht von diesen erstellt werden kann, werden diese den Kontakt zu Suchtberatungs- und Behandlungsstellen grundsätzlich empfehlen oder herstellen. Kann der betroffene Mensch im Einzelfall eine Beratungs- und Behandlungsstelle nicht aufsuchen, sollte in Absprache mit dem zuständigen Rehabilitationsträger geklärt werden, von wem der Sozialbericht zu erstellen ist.

⁴² Das Formular des Sozialberichts, auf den sich die Renten- und Krankenversicherungsträger geeinigt haben, ist unter Kap. 11.5 abgedruckt und unter www.deutsche-rentenversicherung-bund.de abrufbar.

8.2 Antragstellung und Einleitung von Leistungen

Wie bei allen Leistungen zur Teilhabe ist auch bei Entwöhnungsbehandlungen ein Antrag des betroffenen Menschen – bzw. bei minderjährigen und noch nicht handlungsfähigen (vor Vollendung des 15. Lebensjahres) des gesetzlichen Vertreters – oder ggf. des eingesetzten Betreuers erforderlich.

Die Bundesagentur für Arbeit kann einen Arbeitslosengeldbezieher nach § 125 SGB III, bei dem sie eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vermutet, zur Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe beim zuständigen Rentenversicherungsträger auffordern. Auch die Krankenkasse hat gem. § 51 SGB V die Möglichkeit, Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben aufzufordern. Kommen die Betroffenen der Aufforderung zur Antragstellung nicht nach, kann die Arbeitslosenleistung bzw. das Krankengeld versagt werden.

Aber auch jeder andere Rehabilitationsträger, bei dem Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht werden, ist verpflichtet zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind (vgl. § 8 SGB IX). Entsprechendes gilt, wenn durch Leistungen zur Teilhabe Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden, vermindert oder deren Verschlimmerung verhütet werden kann.

Im SGB I sind die grundsätzlichen Mitwirkungspflichten des Antragstellers genannt. Dazu gehören auch Teilnahme und Inanspruchnahme einer Heilbehandlung – dies schließt Entwöhnungsbehandlungen ein – nach § 63 SGB I bzw. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 64 SGB I.

Anträge nehmen die Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger oder die Rehabilitationsträger direkt auf. Darüber hinaus können Anträge auf Sozialleistungen, d.h. auch Anträge auf Entwöhnungsbehandlungen, von allen Gemeinden entgegengenommen werden (vgl. § 16 SGB I).

Wird ein Antrag bei einem unzuständigen Rehabilitationsträger gestellt, hat dieser den Antrag innerhalb von zwei Wochen an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten (§ 14 SGB IX). Nach Ablauf der 2-Wochen-Frist oder wenn der Antrag bereits einmal weitergeleitet wurde, muss der Rehabilitationsträger, auch wenn er dem Grunde nach nicht zuständig ist, selbst über den Antrag entscheiden. Es sei denn, bei der beantragten Leistung handelt es sich nicht um eine Leistung seines Leistungskataloges (z.B. wenn ein Antrag auf Entwöhnungsbehandlung bei der Bundesagentur für Arbeit eingereicht wurde). Grundsätzlich muss die Entscheidung über den Antrag innerhalb von drei Wochen nach Eingang beim erstangegangenen bzw. bei Weiterleitung nach Eingang beim zweitangegangenen Träger erfolgen. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfes ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen.

Für die medizinische Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen sind in den meisten Fällen entweder die Krankenkassen oder die Rentenversicherungsträger zuständig. Dabei werden die Kosten für die Entzugsbehandlung grundsätzlich von den Krankenkassen und – sofern es sich um eine Leistung zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit handelt – die Kosten für die anschließende Entwöhnungsbehandlung in den meisten Fällen von der Rentenversicherung übernommen. Vor diesem Hintergrund regelt die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“, die zwischen den Renten- und Krankenkassen geschlossen wurde, das nähere Verfahren.⁴³ Danach kommt eine Entwöhnung bei Vorliegen der Motivation, der Freiwilligkeit und der Bereitschaft zur Nachsorge in Betracht. Dabei wird vorausgesetzt, dass eine erforderliche Entzugsbehandlung bereits erfolgt ist und eine positive Erfolgsprognose besteht.

⁴³ Abrufbar unter www.dhs.de (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.).

Als Antragsunterlagen werden benötigt:

- Rehabilitationsantrag des abhängigkeitskranken Menschen
- Ärztlicher Befundbericht⁴⁴ und/oder ärztliches Gutachten
- Sozialbericht der Suchtberatungsstelle bzw. eines vergleichbaren sozialen Dienstes
- Ggf. sozialmedizinisches Gutachten (wird durch den jeweiligen Sozialleistungsträger eingeholt)

Bei einer notwendigen Eileinweisung, die sich z.B. im Rahmen einer Entzugsbehandlung ergibt, können ggf. besondere mit den Rentenversicherungsträgern abgesprochene Verfahren genutzt werden. Hier sollte der Krankenhaussozialdienst bzw. die Beratungsstelle, die im Rahmen der Entzugsbehandlung im Krankenhaus Beratungen durchführt, Kontakt zum zuständigen Rehabilitationsträger aufnehmen und das weitere Verfahren abstimmen.

Soweit in einzelnen Bundesländern Arbeitsgemeinschaften zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker bestehen, sind besondere Verfahrensregelungen bei der Einleitung der Entwöhnung zu beachten. Das gilt in den Bundesländern Hessen und Nordrhein-Westfalen, in denen folgende Arbeitsgemeinschaften gegründet wurden:

- Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Lande Hessen mit Sitz in Frankfurt
- Rheinische Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker (RAG) mit Sitz in Düsseldorf
- Westfälische Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker (WAG) mit Sitz in Münster

⁴⁴ Im Bereich der GKV „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ (Muster 61).

9. Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen

Mit dem zum 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – wurden die Rechtsvorschriften zur Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen zusammengefasst, die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen und der Katalog der zu erbringenden Leistungen in den vier Leistungsgruppen (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gem. §§ 26 ff SGB IX, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gem. §§ 33 ff SGB IX, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen gem. §§ 44 ff SGB IX sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gem. §§ 55 ff SGB IX) weitgehend harmonisiert. So gelten die nachstehend dargestellten Vorschriften des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe für alle Rehabilitationsträger, soweit sich aus den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt (auf die zu berücksichtigenden Besonderheiten wird in der Darstellung zu den verschiedenen Rehabilitationsträgern ab Kap. 9.2 jeweils hingewiesen).

Für abhängigkeitskranke Menschen kommen als Träger für Leistungen zur Teilhabe je nach Zielsetzung und Inhalt der einzelnen Leistungen und den Anspruchsvoraussetzungen die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger, die Alterssicherung der Landwirte, die Unfallversicherungsträger, die Sozialhilfeträger, die Träger der Jugendhilfe und die Bundesagentur für Arbeit in Betracht.

Das soziale Entschädigungsrecht (Bundesversorgungsgesetz – BVG – und das BVG für anwendbar erklärende Gesetze) spielt bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker nur eine untergeordnete Rolle und kann deshalb hier vernachlässigt werden.

Unabhängig oder in Verbindung mit den Leistungen zur Teilhabe der vorgenannten Rehabilitationsträger können

- Leistungen der Krankenbehandlung, insbesondere Entzugsbehandlungen, bei der gem. § 27 SGB IX ebenfalls die Ziele des § 26 Abs. 1 SGB IX zu beachten sind,
- Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI),
- Hilfen nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2),

- Leistungen der Eingliederungshilfe (§ 54 SGB XII) und
- Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII

in Betracht kommen.

Über die benannten sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen hinaus kommen – demgegenüber nachrangig – als weitere gesetzliche Grundlage zur Erbringung von Hilfen für Abhängigkeitskranke insbesondere die Landesgesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG) in Betracht. Sofern kein PsychKG besteht, kann die Verpflichtung zur Erbringung entsprechender Hilfen ggf. aus dem als Landesrecht fortgeltenden Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens sowie die in den Kommunalverfassungen der Länder verankerte Aufgabe der Daseinsvorsorge der Gemeinden für ihre Bürger abgeleitet werden.

Bei der Erbringung von Leistungen sind zum Einen die Zuständigkeiten der einzelnen Leistungsträger, zum Anderen die Erfüllung der jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen im Einzelfall zu beachten.

9.1 Überblick SGB IX, Teil 1

Es folgt ein Überblick über die Leistungen nach dem SGB IX, Teil 1 sowie über die Rehabilitationsträger und ihre Leistungszuständigkeiten.

Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen (Übersicht)			
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	Sonstige, unterhaltssichernde und andere ergänzenden Leistungen zur Teilhabe
<p>Insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden - Zahnärztliche Behandlung - Arznei- und Verbandmittel - Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie - Hilfsmittel sowie Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel - Belastungserprobung und Arbeitstherapie - medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen - Früherkennung und Frühförderung - stufenweise Wiedereingliederung - Förderung der Selbsthilfe <p>Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden in ambulanter oder stationärer Form erbracht.</p>	<p>Insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen - Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung - berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen - berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden - Überbrückungsgeld - sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten - medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen - Kraftfahrzeughilfe - Arbeitsassistenten - Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen - Eingliederungszuschüsse - Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb - teilweise oder volle Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung - Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen 	<p>Insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hilfsmittel und Hilfen, die nicht in den §§ 31, 33 SGB IX genannt sind - heilpädagogische Leistungen - Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten - Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt - Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung - Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten - Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben - weitere Leistungen der Eingliederungshilfe 	<p>Insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld - Beiträge und Beitragszuschüsse zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie zur Bundesagentur für Arbeit - Rehabilitationssport in Gruppen einschließlich Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen - Funktionstraining in Gruppen - Fahr- und andere Reisekosten - Betriebs- oder Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten - nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe - Kraftfahrzeughilfe - stationäre medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende Beschäftigung ausüben - Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen - stationäre Heilbehandlung für Kinder - Zuwendungen für Einrichtungen der Rehabilitationsforschung - Wohnungshilfe

Tab. 1: Leistungen zur Teilhabe nach SGB IX, Teil 1

Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) können sein:

Rehabilitationsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
Gesetzliche Krankenkassen	X	-	-
Bundesagentur für Arbeit	-	X	-
Gesetzliche Unfallversicherung	X	X	X
Gesetzliche Rentenversicherung	X	X	-
Alterssicherung der Landwirte	X	-	-
Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden	X	X	X
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	X	X	X
Träger der Sozialhilfe	X	X	X

Tab. 2: Rehabilitationsträger und ihre Zuständigkeiten.

Mit dem SGB IX wurde die bisher nur in der Krankenversicherung ausdrücklich vorgesehene Möglichkeit der **stufenweisen Wiedereingliederung** als Leistung für alle Träger der medizinischen Rehabilitation eingeführt.⁴⁵ Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung erbracht werden (§28 SGB IX).

⁴⁵ Ein Informationsschreiben zu „Fragen und Antworten zur stufenweisen Wiedereingliederung“ ist unter www.deutsche-rentenversicherung-bund.de abrufbar.

Die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer schweren Erkrankung mit langandauernder Arbeitsunfähigkeit ist oftmals für gerade genesende oder behinderte Menschen mit erheblichen Belastungen verbunden. Dies kann zu einem Hinauszögern der Arbeitsaufnahme oder auch zu Rückschlägen führen, welches sowohl im medizinischen Sinne als auch unter arbeitsphysiologischen und psychologischen Aspekten problematisch sein kann. Um durch einen "ungeschützten" Arbeitsbeginn missglückte Versuche der Arbeitsaufnahme – und dies kann bei Abhängigkeitskranken auch ein Misslingen des gesamten Rehabilitationsgeschehens bedeuten – eine vorzeitige Berentung oder die Notwendigkeit kostenintensiver Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu vermeiden, gibt es die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess.

Bei der stufenweisen Wiedereingliederung wird der Betroffene im Rahmen eines Stufenplanes schrittweise an die Belastungen des alten Arbeitsplatzes herangeführt. Je nach Krankheitsbild, bestehenden Funktionseinschränkungen, Belastungsfähigkeit, bisheriger Dauer der Arbeitsunfähigkeit und den organisatorischen Möglichkeiten des Betriebes wird der betroffene Arbeitnehmer zunächst nur stundenweise pro Woche beschäftigt, bis nach einigen Wochen oder Monaten die volle Arbeitsfähigkeit erreicht wird.

Ein Wiedereingliederungsplan kann, nach Zustimmung des Betroffenen, in Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt, dem zuständigen Rehabilitationssträger und dem Arbeitgeber erstellt werden. Für den Arbeitgeber besteht allerdings keine Verpflichtung, eine stufenweise Wiedereingliederung in seinem Betrieb zu ermöglichen.

Während der stufenweisen Wiedereingliederung durch einen Träger der medizinischen Rehabilitation gilt der betroffene Arbeitnehmer als arbeitsunfähig im Sinne der Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihm steht eine Entgeltersatzleistung (Krankengeld, Übergangsgeld) unter Anrechnung des ggf. vom Arbeitgeber gezahlten Teilarbeitsentgeltes zu.

Nähere Informationen enthält die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation herausgegebene Arbeitshilfe „Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“.⁴⁶

⁴⁶ Abrufbar unter www.bar-frankfurt.de (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation).

9.2 Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) festgeschrieben. Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur

- Verhütung von Krankheiten und Vermeidung von deren Verschlimmerung oder von Pflegebedürftigkeit (§§ 20 bis 24b SGB V),
- Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V) und
- Behandlung von Krankheiten (§§ 27 bis 52 SGB V).

Die Krankenbehandlung umfasst:

1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung
2. Zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
4. Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe
5. Krankenhausbehandlung
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen

Die Krankenkassen übernehmen die Entzugsbehandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung oder als Krankenbehandlung nach § 39 SGB V.

Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) ist die gesetzliche Krankenversicherung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und den damit verbundenen ergänzenden Leistungen zuständig, jedoch nur nachrangig gegenüber den Trägern der Unfall- und Rentenversicherung (siehe § 40 Abs. 4 SGB V).

Bei der Ausgestaltung der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.

Diese Auflage ist auch bei der Krankenbehandlung von Abhängigkeitskranken zu berücksichtigen, da die Erkrankung durch psychische und körperliche Abhängigkeit vom Suchtmittel geprägt ist.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Reicht bei Versicherten eine Krankenbehandlung nicht aus, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen erbringen (§§ 11, 27, 40 und 41 SGB V).

Außerdem können die Krankenkassen ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) erbringen, die unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern. Die Krankenkassen erbringen nur Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur von Einrichtungen erbracht werden, mit denen die Krankenkassen Versorgungsverträge nach § 111 SGB V abgeschlossen haben.

Für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker kommen von ihrer Aufgabenstellung her vorrangig die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung als zuständige Rehabilitationsträger in Betracht. Aus dieser gemeinsamen Verantwortung heraus haben die Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger die „Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker“ geschlossen.⁴⁷

⁴⁷ Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 abrufbar unter www.dhs.de (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.).

9.3 Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) und Alterssicherung der Landwirte (ALG)⁴⁸

Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung haben das Ziel, den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch den Versicherten in das Erwerbsleben einzugliedern. Damit soll nicht zuletzt die Erbringung von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vermieden oder zumindest hinausgeschoben werden.

Deshalb ist für Leistungen zur Teilhabe der Rentenversicherung zu beachten, dass eine überwiegende Wahrscheinlichkeit gegeben sein muss, dass der Rehabilitationserfolg im Sinne einer wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit eintreten wird.

Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen gemäß § 10 SGB VI bzw. § 8 ALG erfüllt,

1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder psychischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
2. bei denen voraussichtlich durch die Leistungen
 - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann,
 - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
 - c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann (§ 10 SGB VI).

Die persönlichen Voraussetzungen haben Versicherte auch erfüllt, die im Bergbau vermindert berufsfähig sind und bei denen voraussichtlich durch die Leistungen die Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder bei denen der Eintritt von im Bergbau verminderter Berufsfähigkeit droht und bei denen voraussichtlich durch die Leistungen der Eintritt

⁴⁸ Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte

der im Bergbau verminderten Berufsfähigkeit abgewendet werden kann (§ 10 SGB VI).

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen richten sich nach der vorausgegangenen Erwerbstätigkeit. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation reichen z.B. 6 Monate mit Pflichtbeiträgen aus einer versicherten Beschäftigung oder Tätigkeit in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung aus (Einzelheiten vgl. § 11 SGB VI⁴⁹).

Für die Alterssicherung der Landwirte gelten die vorangegangenen Ausführungen entsprechend, soweit nichts Anderes bestimmt ist.

9.3.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt gemäß § 15 SGB VI im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Leistungen nach den §§ 26 – 31 SGB IX, ausgenommen Leistungen nach § 26 Abs.2 Nr.2 und § 30 SGB IX.

9.3.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 16 SGB VI i.V.m. §§ 33 – 38 SGB IX sowie im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 40 SGB IX.

Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese im Einzelfall erforderlich sind, um die Rehabilitationsziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 33 Abs. 6 SGB IX). Leistungen zur beruflichen Anpassung, Aus- und Weiterbildung (Qualifizierungsleistungen) werden in der Regel für zwei Jahre erbracht. Je nach Einzelfall können kürzere oder länger dauernde Leistungen angemessen sein.

⁴⁹ Siehe Gesetzestext unter www.bmgs.de (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung)

Die Alterssicherung der Landwirte kann keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen.

9.3.3 Ergänzende Leistungen

Als ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben werden unter bestimmten Voraussetzungen außer dem Übergangsgeld

- Beiträge zu den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung und Beitragszuschüsse (letzteres ist nur für die Kranken- und Pflegeversicherung möglich),
- Rehabilitationssport und Funktionstraining,
- Reisekosten und
- Betriebs-⁵⁰ oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten

erbracht (§ 10 Abs. 1 ALG bzw. § 28 SGB VI i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 2 – 6 und Abs. 2 SGB IX, §§ 53 und 54 SGB IX).

Anstelle von Übergangsgeld kann die Alterssicherung der Landwirte Betriebs- und Haushaltshilfe zur Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft erbringen.

9.3.4 Sonstige Leistungen

Die Rentenversicherungsträger können darüber hinaus sonstige Leistungen zur Teilhabe erbringen. Dies sind u.a. Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben und insbesondere nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolges von Leistungen zur Teilhabe. Derartige Leistungen setzen voraus, dass die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Sie werden außerdem nur aufgrund gemeinsamer Richtlinien der Träger der Rentenversicherung erbracht, die im Benehmen mit dem zuständigen Bundesministerium erlassen werden.

⁵⁰ Wird nur aus der Alterssicherung der Landwirte erbracht.

9.4 Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)

Die gesetzliche Unfallversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Leistungen zur Teilhabe in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen, wenn ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ursächlich für die Erkrankung ist.

Gegenüber der gesetzlichen Unfallversicherung ergeben sich zwei Fallgestaltungen, die für eine rechtliche Beurteilung im Zusammenhang mit Suchtmitteln von Bedeutung sein können:

- Intoxikation als Unfallursache,
- Abhängigkeitserkrankung als Unfallfolge.

Nach dem in der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Kausalitätsprinzip genügt nicht ein irgendwie gearteter bloßer Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall, vielmehr ist es erforderlich, dass die versicherte Tätigkeit den Unfall wesentlich mitbedingt hat. Erleidet ein unter dem Einfluss von psychotropen Substanzen stehender Versicherter einen Unfall im Betrieb (z.B. an einer Maschine oder auf einer Baustelle) oder auf dem Weg von oder nach dem Ort der Tätigkeit (Wegeunfall), so ist im Einzelfall zu prüfen, inwieweit das Suchtmittel für den Unfall ursächlich war. Ist z.B. der Alkohol oder der Genuss eines anderen Suchtmittels allein die wesentliche Ursache des Unfalls, so liegt kein Arbeitsunfall vor. Sprechen jedoch die Umstände im Einzelfall dafür, dass sich der Unfall auch ohne Beeinträchtigung durch das Suchtmittel nicht hätte vermeiden lassen, so ist die Anerkennung eines Arbeitsunfalls nicht generell ausgeschlossen. Zum Problem Arbeitsunfall und Trunkenheit liegt eine Anzahl von Urteilen des Bundessozialgerichts (BSG) vor.

Das in der gesetzlichen Unfallversicherung geltende Kausalitätsprinzip hat auch für die Entschädigungspflicht eine wesentliche Bedeutung: Entschädigt werden die Gesundheitsstörungen, die im ursächlichen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit stehen.

Es ist allerdings auch hier nicht erforderlich, dass der Arbeitsunfall für den Gesundheitsschaden die alleinige Ursache ist; es reicht vielmehr aus, wenn er eine wesentliche Ursache von anderen ist. Im ursächlichen Zusammenhang

stehen nicht nur die sofort beim Unfall aufgetretenen Gesundheitsschäden, sondern auch später auftretende Gesundheitsschäden, die durch den Arbeitsunfall wesentlich mit verursacht sind (Unfallfolgen). Eine Abhängigkeitserkrankung kann deshalb durchaus Folge eines Arbeitsunfalls sein, wenn dieser eine wesentliche Ursache für ihr Entstehen bildet. Folgende Beispiele sind denkbar:

- Ein Versicherter wird durch einen Unfall stark entstellt, er wird mit den Folgen nicht fertig und entwickelt eine substanzbezogene Störung
- Ein Versicherter mit schweren Verletzungen wird lange Zeit mit schmerzstillenden Mitteln behandelt und dadurch abhängig

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind die Berufsgenossenschaften sowie die Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Unfallverletzter entsprechen im Wesentlichen denen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung zur Teilhabe sind detailliert in den §§ 27 bis 43 SGB VII wie folgt geregelt:

- §§ 27 bis 34 SGB VII Heilbehandlung
- §§ 35 bis 38 SGB VII Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- §§ 39 bis 43 SGB VII Leistungen zur Teilhabe in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen

9.5 Bundesagentur für Arbeit (SGB III)

Die Bundesagentur für Arbeit erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen. Ob für diese Leistungen die Zuständigkeit der Rentenversicherung oder der Arbeitsverwaltung besteht, ist abhängig von der individuellen Versicherungszeit oder dem Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bzw. davon, ob sich das Erfordernis von Leistungen zur Teilhabe direkt aus der Leistung zur medizinischen Rehabilitation heraus ergibt.

Die Bundesagentur für Arbeit kann gemäß § 97 SGB III als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Hilfen erbringen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit der behinderten Menschen entsprechend ihrer Leistungsfä-

higkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Dabei sind Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes angemessen zu berücksichtigen (§§ 4 und 33 SGB IX i.V.m. § 97 SGB III).

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesagentur für Arbeit haben das Ziel, den Versicherten in das Erwerbsleben einzugliedern.

Laut Handlungsempfehlung/Geschäftsanweisung der BA vom 20. November 2004⁵¹ soll schon während der medizinischen Rehabilitation (z.B. von abhängigkeitskranken Menschen) eine Kontaktaufnahme, ggf. mit terminierten Beratungsgespräch, zu der örtlich zuständigen Agentur erfolgen und so die Integration in Arbeit einschließlich evtl. notwendiger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben möglichst nahtlos gestaltet werden.

Bei behinderten Menschen, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können und die deshalb Leistungen in einer Werkstatt für behinderte Menschen benötigen, sind die Leistungen darauf gerichtet, die Leistungsfähigkeit so weit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen (vgl. § 136 Abs. 1 SGB IX).

Die Bundesagentur für Arbeit tritt mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nur dann ein, wenn kein anderer Träger für die Erbringung entsprechender Leistungen zuständig ist.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen die allgemeinen Leistungen und die besonderen Leistungen, die nur dann erbracht werden, soweit eine berufliche Eingliederung nicht durch die allgemeinen Leistungen erreicht werden kann (§ 98 SGB III).

Bestandteil der Leistungen sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen gem. § 33 Abs. 6 SGB IX.

⁵¹ Geschäftszeichen PP51-6530, zitiert in SUCHT AKTUELL 1/2005, S.61f.

9.5.1 Allgemeine Leistungen

Die allgemeinen Leistungen umfassen nach § 100 SGB III:

Leistungen zur

1. Unterstützung der Beratung und Vermittlung (u.a. Berufsberatung und Arbeitsvermittlung, §§ 29 ff SGB III),
2. Verbesserung der Aussichten auf Teilhabe am Arbeitsleben (u.a. durch Trainingsmaßnahmen, §§ 48 ff SGB III),
3. Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung (u.a. Mobilitätshilfen, Arbeitnehmerhilfe, §§ 53 ff SGB III),
4. Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (§ 57 SGB III),
5. Förderung der Berufsausbildung (einschließlich berufsvorbereitender Bildungsmaßnahmen, §§ 59 ff. SGB III) und
6. Förderung der beruflichen Weiterbildung (§§ 77 ff SGB III).

9.5.2 Besondere Leistungen

An Stelle der allgemeinen Leistungen werden die besonderen Leistungen erbracht, wenn

1. Art oder Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Eingliederungserfolges die Teilnahme an
 - a) einer Maßnahme in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen oder
 - b) einer sonstigen auf die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen ausgerichteten Maßnahmeunerlässlich machen oder
2. die allgemeinen Leistungen die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlichen Maßnahmen nicht oder nicht im erforderlichen Umfang vorsehen (§ 102 SGB III).

Besondere Einrichtungen für behinderte Menschen sind Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen (z.B. Berufliche Trainingszentren, Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation) sowie Werkstätten für behinderte Menschen (vgl. Kap 7.6).

9.5.3 Weitere Leistungen

Neben bzw. teilweise in Verbindung mit den vorstehend genannten Leistungen kommen zur beruflichen Eingliederung kranker und behinderter Menschen je nach Situation des Einzelfalls auch andere Leistungen der Arbeitsförderung in Betracht. Hierzu gehören insbesondere

- Übernahme der mit der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Kosten (Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Übernahme der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Fahrkosten und Haushaltshilfe, Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, §§ 102 ff SGB III),
- Unterhaltsgeld (§ 153 SGB III) und Übergangsgeld (§ 44 SGB IX i.V.m. § 160 SGB III),
- Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen (§ 34 SGB IX i.V.m. § 236 SGB III),
- Zuschüsse zu den Arbeitsentgelten (Eingliederungszuschüsse, § 34 SGB IX i.V.m. §§ 217 ff SGB III),
- Zuschüsse zu Arbeitshilfen im Betrieb (§ 34 SGB IX i.V.m. § 237 SGB III),
- die teilweise oder volle Erstattung der Kosten einer bis zu drei Monaten befristeten Probebeschäftigung behinderter Menschen (§ 34 SGB IX i.V.m. § 238 SGB III) und
- die Förderung von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (§§ 260 ff SGB III).

9.6 Sozialhilfe (SGB XII)

Leistungen der Sozialhilfe werden grundsätzlich nachrangig gegenüber Leistungen der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 - 5 SGB IX erbracht.

Leistungen nach § 55 SGB IX in Verbindung mit den Leistungsgesetzen der hierfür zuständigen Sozialleistungsträger sowie Leistungen zur Pflege nach SGB XI und ergänzend SGB XII kommen dann in Betracht, wenn die eigenen Mittel des betroffenen Menschen nicht ausreichen.

Nach § 8 SGB XII umfasst die Sozialhilfe:

1. Hilfe zum Lebensunterhalt
 2. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
 3. Hilfen zur Gesundheit
 4. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
 5. Hilfe zur Pflege
 6. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten
 7. Hilfe in anderen Lebenslagen
- sowie die jeweils gebotene Beratung und Unterstützung.

Die Leistung soll den Leistungsberechtigten so weit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben; hierauf hat auch der Leistungsberechtigte nach seinen Kräften hinarbeiten (§ 1 Satz 2 SGB XII).

Liegen bei betroffenen Menschen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten vor, kommen Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten nach dem 8. Kapitel des SGB XII in Betracht.

Für Sozialhilfeempfänger werden die Aufwendungen für Krankenbehandlung nach den gleichen gesetzlichen und leistungsrechtlichen Grundsätzen, die für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gelten (vgl. Kap. 9.2), übernommen.⁵² Dies schließt die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – und damit die Entwöhnungsbehandlungen – ein. Sozialhilfeempfänger sollen unverzüglich eine Krankenkasse wählen und dies dem Sozialhilfeträger mitteilen. Der zuständige Sozialhilfeträger erstattet der Krankenkasse ihr entstandene Aufwendungen sowie eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe von bis zu 5 % der abgerechneten Leistungsaufwendungen.

⁵² Ab 1. Januar 2004 sind die Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt und von Hilfe in besonderen Lebenslagen sowie die Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die bisher nicht gesetzlich krankenversichert waren, leistungsrechtlich den GKV-Versicherten gleichgestellt (§ 264 SGB V).

9.6.1 Rechtliche Grundlagen der Leistungserbringung

Nach § 2 SGB XII werden Leistungen der Sozialhilfe nur nachrangig erbracht. Hat der abhängigkeitskranke Mensch Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe oder andere Leistungen gegen andere Sozialleistungsträger, insbesondere gegen die Sozialversicherungsträger, so muss er diese in Anspruch nehmen. Auch gehen Soll- und Kann-Leistungen anderer Leistungsträger den Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe vor.

Soweit die abhängigkeitskranke Person keine solchen Ansprüche hat, kann sie die erforderlichen Hilfen vom Sozialhilfeträger erhalten, wenn sie oder ihre unterhaltspflichtigen Angehörigen (Ehegatten, Kinder, Eltern) nicht über hinreichendes Einkommen und Vermögen verfügen, um die notwendige Hilfe in zumutbarer Weise selbst finanzieren zu können. Bezüglich der sozialhilfrechtlichen Vorschriften über den Einsatz von Einkommen und Vermögen bei Hilfen zur Gesundheit, der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfen in anderen Lebenslagen gelten die Sonderregelungen nach §§ 85 – 89 und 92 SGB XII.

So sind dem behinderten Menschen sowie seinem nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartner bei

- Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX),
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 SGB IX),
- Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 41 SGB IX und in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten (§ 56 SGB XII),
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen, soweit diese Hilfen in besonderen teilstationären Einrichtungen für behinderte Menschen erbracht werden,

nur die Aufbringung der Kosten des Lebensunterhalts zuzumuten (§ 92 Abs. 2 SGB XII). Bei den vorstehend genannten Leistungen erfolgt also weder eine Bedürftigkeitsprüfung noch eine Heranziehung zu deren Kosten.

Die Leistungen der Sozialhilfe richten sich nach den Besonderheiten des Einzelfalles, insbesondere nach der Art des Bedarfs, den örtlichen Verhältnissen und den Kräften und Mitteln der Person oder des Haushalts (§ 9 Abs. 1 SGB XII). Formen der Sozialhilfe sind persönliche Hilfe, Geldleistung oder Sachleistung (§ 10 Abs. 1 SGB XII). Wünschen der Leistungsberechtigten soll entsprochen werden, wenn sie angemessen und nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind. Im Übrigen soll Wünschen nach teilstationärer oder stationärer Deckung des Bedarfs nur bei Erfordernis entsprochen werden (§ 9 Abs. 2 SGB XII).

9.6.2 Hilfen nach den Kapiteln 5 – 9 des SGB XII

- Hilfen zur Gesundheit

Entsprechend den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung werden Leistungen zur Erkennung, Heilung, Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit oder zur Linderung von Krankheitsbeschwerden sowie Leistungen zur Krankenbehandlung erbracht. Dabei gehen ab dem 1. Januar 2004 die Regelungen zur Krankenbehandlung gem. § 264 SGB V diesen Leistungen vor (§ 48 SGB XII).

- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen (§ 53 Abs. 3 SGB XII).

Die einzelnen Leistungen der Eingliederungshilfe sind in § 54 SGB XII aufgeführt. Neben den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX), den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 SGB IX), den Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen (§ 41 SGB IX) und den Leistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX) sind dies insbesondere:

1. Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, insbesondere im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu,
2. Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule,
3. Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit,
4. Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten nach § 56 SGB XII,
5. nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit.

- Hilfe zur Pflege

Sofern Pflegebedürftigkeit besteht, wird Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 ff SGB XII geleistet, soweit diese nicht bereits Bestandteil einer Maßnahme der Kranken- oder der Eingliederungshilfe ist. Die Regelungen der Hilfe zur Pflege entsprechen grundsätzlich denen des SGB XI, dies betrifft insbesondere die Definition der Pflegebedürftigkeit und des Hilfebedarfs sowie die Höhe des Pflegegeldes.

Zu den wichtigen Unterschieden gehört, dass Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII – soweit sie notwendig und nach Art und Umfang angemessen ist – auch dann geleistet wird, wenn der Hilfebedarf

- voraussichtlich weniger als sechs Monate besteht,
- geringer ist als der für die Zuordnung zur Pflegestufe I nach dem SGB XI,
- für andere als die im SGB XI (bzw. § 61 Abs. 5 SGB XII) genannten Verrichtungen besteht.

9.7 Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe erbringen für seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie weitere Leistungen der Eingliederungshilfe.

Leistungen der öffentlichen Jugendhilfe unterliegen wie auch die Leistungen nach dem SGB XII dem Grundsatz des Nachrangs: Sie werden nur erbracht, wenn für die Leistungen kein anderer Träger zuständig ist. Außerdem sind auch hier etwaige Verpflichtungen von unterhaltspflichtigen Angehörigen zu berücksichtigen.

Gemäß § 35 a Abs. 3 SGB VIII richten sich Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen nach § 53 Abs. 3 und 4 Satz 1 und den §§ 54, 56 und 57 des SGB XII, soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden.

Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn

- ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und
- daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 35 a Abs. 1 SGB VIII).

Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

- eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder
- eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, einzuholen (§ 35a Abs. 1a SGB VIII).

Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

- in ambulanter Form,
- in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
- durch geeignete Pflegepersonen und
- in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie in sonstigen Wohnformen

geleistet (§ 35 a Abs. 2 SGB VIII).

Für abhängigkeitskranke junge Menschen gehen die Leistungen nach dem SGB VIII den Leistungen nach dem SGB XII vor.

Auch für Kinder von abhängigkeitskranken Menschen können Leistungen nach dem SGB VIII in Betracht kommen.

Für die Heranziehung der Kinder, Jugendlichen und ihrer Eltern zu den Kosten gelten die §§ 91 ff. SGB VIII.

9.8 Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)

Als fünfte Säule der Sozialversicherung hat die Pflegeversicherung die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind (§ 1 SGB XI). Die Pflegeversicherung gehört nicht zum Kreis der Rehabilitationsträger und umfasst keine Leistungen zur Rehabilitation. Vielmehr haben Leistungen zur Rehabilitation durch die anderen Leistungsträger ausdrücklich Vorrang vor Leistungen der Pflegeversicherung (§ 5 SGB XI). Gleichwohl liegt ihr auch eine im fachlichen Sinne rehabilitative Zielorientierung zugrunde, indem die Hilfen darauf auszurichten sind, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten (§ 2 Abs. 1 SGB XI).

9.8.1 Leistungsvoraussetzungen

Für Leistungen der Pflegeversicherung müssen wie auch bei anderen Zweigen der Sozialversicherung persönliche (§§ 14, 15 SGB XI) und versicherungsrechtliche (§ 33 SGB XI) Voraussetzungen erfüllt sein.

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

Die bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigenden gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen sind im Gesetz abschließend aufgezählt und umfassen die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität (Bedarf an Grundpflege) sowie den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 Abs. 4 SGB XI). Bei diesen Verrichtungen muss ein Hilfebedarf in Form von Beaufsichtigung, Anleitung, teilweiser oder vollständiger Übernahme bestehen. Abhängig vom Umfang des Hilfebedarfs wird einer pflegebedürftigen Person eine der drei Pflegestufen zuerkannt.

Die Zuordnung zu einer dieser Pflegestufen kommt vor allem für deprivierte Alkoholabhängige oder Abhängigkeitskranke mit weiteren schweren Beeinträchtigungen und einem Hilfebedarf bei den gewöhnlichen regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens in Frage.

9.8.2 Leistungen der Pflegeversicherung

Für die Erbringung von Leistungen der Pflegeversicherung ist die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen (erhebliche Pflegebedürftigkeit, Schwerpflegebedürftigkeit, Schwerstpflegebedürftigkeit, § 15 SGB XI) erforderlich.

Die Leistungen der Pflegeversicherung umfassen nach §§ 36 – 45b SGB XI:

- Pflegesachleistungen
- Pflegegeld
- Kombination von Geld- und Sachleistung,
- Verhinderungspflege,
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen,
- Tages- und Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- vollstationäre Pflege,
- Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen,
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen,
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Personen,
- Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 45 b SGB XI).

Die Leistungen der Pflegeversicherung stellen eine Teilabsicherung dar und sind im Wesentlichen in Abhängigkeit von der Pflegestufe budgetiert.

9.9 Überblick SGB IX, Teil 2

Das Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2 – Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen) bietet auch abhängigkeitskranken (schwer-) behinderten Menschen – unabhängig von Leistungen zur Teilhabe – Hilfen und Nachteilsausgleiche insbesondere im Arbeitsleben.

Schwerbehinderte sind Personen, bei denen ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 vorliegt (§ 2 Abs. 2 SGB IX). Beträgt der GdB mindestens 30, kann bei der Agentur für Arbeit die Gleichstellung mit Schwerbehinderten beantragt werden, wenn anders kein geeigneter Arbeitsplatz erlangt oder erhalten werden kann (§ 2 Abs. 3 SGB IX).

Leistungsvoraussetzungen

Voraussetzung für Leistungen nach dem Schwerbehindertenrecht ist die Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft durch das Versorgungsamt. In

der Regel erfolgt der Nachweis der Schwerbehinderteneigenschaft durch den Schwerbehindertenausweis.

Die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft erfolgt im Rahmen eines ärztlichen Begutachtungsverfahrens anhand der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachterfähigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht". Dabei kann auf eine Untersuchung verzichtet werden, wenn bereits entsprechende ärztliche Unterlagen vorgelegt werden können, die in überzeugender Weise ein ausreichendes Bild von der Art und dem Ausmaß aller geltend gemachten Behinderungen vermitteln. Während bei den meisten Körperbehinderungen gestufte und messbare körperliche Funktionseinbußen für die Ermittlung des GdB zu Grunde gelegt werden, richtet er sich bei psychischen Behinderungen vor allem nach der Ausprägung der „sozialen Anpassungsschwierigkeiten“. Dementsprechend ist für eine zutreffende Beurteilung eine genaue Kenntnis der im Einzelfall bestehenden sozialen Auswirkungen der Erkrankung bzw. Behinderung erforderlich.

- Hilfen und Nachteilsausgleiche

Das Schwerbehindertenrecht regelt als Schutzgesetz das Verhältnis zwischen Arbeitgeber und dem schwerbehinderten Arbeitnehmer. Es enthält dabei allgemeine Regelungen, z.B. zur Verpflichtung von Arbeitgebern, ab einer Mindestzahl an Arbeitsplätzen auf einem vorgegebenen Anteil dieser Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen (Pflichtquote) oder andernfalls für jeden nicht besetzten Platz eine Ausgleichsabgabe zu zahlen (§§ 71 ff SGB IX).

Hilfen von besonderer Bedeutung für abhängigkeitskranke behinderte Menschen sind:

- Begleitende Hilfe im Arbeitsleben

Die Durchführung der begleitenden Hilfe ist eine Pflichtaufgabe der Integrationsämter (§ 102 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX) mit dem Ziel, dass der schwerbehinderte Mensch im Arbeitsleben keine Nachteile aufgrund seiner Behinderung erleidet.

- Finanzielle Hilfen

Bedeutsamer für den Personenkreis der abhängigkeitskranken Menschen sind finanzielle Hilfen zur Übernahme von Betreuungskosten oder die Gewährung von finanziellen Hilfen an den Arbeitgeber zum Ausgleich für eine wesentliche Leistungsminderung.

Betreuungskosten sind dabei Kosten, die dem Arbeitgeber durch die notwendige Betreuung des beschäftigten schwerbehinderten Menschen im Betrieb durch Vorgesetzte, Kollegen oder Fachkräfte entstehen. Zu den Voraussetzungen für die Finanzierung von Betreuungskosten gehört u.a., dass eine psychische Behinderung mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 vorliegt und die Beschäftigung des schwerbehinderten Menschen nicht nur vorübergehend mit ungewöhnlichen Aufwendungen für den Arbeitgeber verbunden ist.

Für eine finanzielle Hilfe als Ausgleich für eine wesentliche Leistungsminderung gelten die soeben genannten Voraussetzungen und eine Arbeitsleistung, die mindestens 30 % unter der Durchschnittsleistung einer vergleichbaren Arbeitsgruppe liegt.

Technische Hilfen zur behinderungsgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes kommen für abhängigkeitskranke behinderte Menschen selten in Frage.

Weitere Regelungen betreffen einen bezahlten zusätzlichen Urlaub von fünf Arbeitstagen im Jahr (bei Fünf-Tage-Woche) und einen besonderen Kündigungsschutz für schwerbehinderte Menschen.

Nähere Informationen über das Anerkennungsverfahren, Anerkennungsvoraussetzungen, Hilfen und Nachteilsausgleiche sind bei den Integrationsämtern⁵³ erhältlich.

- Betriebliches Eingliederungsmanagement

Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs.2 SGB IX dient dazu, Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Es ist nicht nur für schwerbehinderte Arbeit-

⁵³ Weitere Informationen unter www.integrationsaemter.de (Homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)).

nehmer vorgesehen, sondern gilt für alle Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind.

Das betriebliche Eingliederungsmanagement läuft in folgenden Schritten ab:

1. Frühzeitiges Erkennen des gesundheitlich eingeschränkten Arbeitnehmers
2. Kontaktaufnahme mit dem betroffenen Arbeitnehmer
3. Beteiligung der betrieblichen Arbeitnehmervertretung
4. Planung und Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements mit der Zielsetzung, eine schnelle Rückkehr des Arbeitnehmers in den Betrieb zu erreichen⁵⁴

Das betriebliche Eingliederungsmanagement ist eine Aufgabe, zu der die Arbeitgeber gesetzlich aufgefordert sind. Auch die Rehabilitationsträger einschließlich ihrer Gemeinsamen Servicestellen und die Integrationsämter stehen als Ansprechpartner zur Verfügung.

⁵⁴ Weiterführende Informationen finden sich in dem Faltblatt „Hilfestellung für Unternehmen zur Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements“, welches unter www.bar-frankfurt.de (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) abgerufen werden kann.

10. Zuzahlungsregelungen

Bei Krankenhausbehandlung (Entzugsbehandlung) und bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – diese schließt Entwöhnungsbehandlungen ein – ist von dem Betroffenen unter bestimmten Voraussetzungen eine Zuzahlung zu leisten, wenn die Leistungen von einer gesetzlichen Krankenkasse oder einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht wird.

10.1 Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Bei Krankenhauspflege oder bei Maßnahmen, die der Krankenhauspflege vergleichbar sind, hat der Versicherte, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage einen Betrag von 10,- Euro je Kalendertag an das Krankenhaus zu zahlen (§ 39 Abs. 4 SGB V). Dieser Betrag ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.

Bei ambulanten Rehabilitationsleistungen ist seit dem 1. Januar 2004 eine Zuzahlung von 10,- Euro je Behandlungstag zu leisten. Gleiches gilt für die Dauer stationärer Rehabilitationsleistungen. Schließt sich die Rehabilitationsleistung unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung an (Anschlussrehabilitation), gilt die für eine Krankenhausbehandlung maßgebende Zuzahlungsregelung. Als unmittelbar gilt der Anschluss auch dann, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.

Eine innerhalb des Kalenderjahres geleistete Zuzahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI sowie nach § 39 Abs. 4 und § 40 Abs. 5 und 6 SGB V geleistete Zuzahlungen sind auf die zu leistende Zuzahlung bei ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen anzurechnen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben am 16. Oktober 1997 Indikationen für die Erhebung der verminderten Zuzahlung gem. § 40 Abs. 7 SGB V bei ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen herausgegeben, die aufgrund der Neuregelungen durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) mit Wirkung ab 1. Januar 2004 redaktionell angepasst wurden. Danach ist bei Entwöhnungsbehandlungen wegen einer Alkohol-, Medikamenten- und

Drogenabhängigkeit die verminderte Zuzahlung von 10,- Euro für längstens 28 Tage zu leisten. Darüber hinaus gelten folgende **Härtefallregelungen (Belastungsgrenze nach § 62 SGB V)** bei Inanspruchnahme zuzahlungspflichtiger Leistungen: Ab 1. Januar 2004 hat jeder Versicherte in jedem Kalenderjahr Zuzahlungen bis zu höchstens 2 % seiner Bruttoeinnahmen zu leisten. Chronisch Kranke, die an einer schwerwiegenden Erkrankung leiden, zahlen höchstens 1 % Eine Person gilt als schwerwiegend chronisch krank, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal, ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel des SGB XI vor
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität aufgrund der ständig behandlungsbedürftigen Gesundheitsstörung zu erwarten ist

Näheres zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten i.S. des § 62 SGB V ist der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu entnehmen.⁵⁵ Für Drogenabhängige, die einer dauerhaften Substitutionsbehandlung bedürfen, sind die o.g. Voraussetzungen im Regelfall erfüllt.

Die Verringerung auf die Belastungsgrenze von 1 % wird mit Beginn des Kalenderjahres wirksam, in dem der Versicherte die einjährige Dauerbehandlung erreicht.

Für Versicherte, die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII erhalten, ist nach § 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung (Höhe in den Bundesländern unterschiedlich) als Bruttoeinnahmen für die Berechnung der Belastungsgrenze anzusetzen.

⁵⁵ Weitere Informationen unter www.g-ba.de (Gemeinsamer Bundesausschuss).

Auf Familien wird bei der Berechnung der persönlichen Belastungsgrenze durch Freibeträge besondere Rücksicht genommen. Für den Ehepartner gilt im Jahr 2005 ein Freibetrag von 4.347,- Euro, für jedes Kind beträgt der Freibetrag 3.648,- Euro, um den sich die Bruttoeinnahmen verringern. Bei Alleinerziehenden ist für das erste Kind der höhere Freibetrag von 4.347,- Euro in Abzug zu bringen, für jedes weitere Kind der Kinderfreibetrag.

Für das Erreichen der Belastungsgrenze werden sämtliche Zuzahlungen berücksichtigt. Wer die persönliche Belastungsgrenze erreicht, wird für den Rest des Kalenderjahres von Zuzahlungen freigestellt. Hierfür erhält er von seiner Krankenkasse eine entsprechende Befreiungsbescheinigung.

Alle Leistungserbringer sind verpflichtet, Quittungen und Nachweise für Versicherte kostenfrei zu erstellen. Es empfiehlt sich, Zuzahlungsbelege zu sammeln. Die Krankenkassen stellen ihren Versicherten auch Quittungshefte zur Verfügung, in denen die Leistungserbringer die gezahlte Zuzahlung quittieren können.

10.2 Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung

Die Zuzahlung gemäß § 32 SGB VI beträgt für jeden Kalendertag der stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation 10,- Euro. Bei Anschlussrehabilitation ist eine Zuzahlung in Höhe von 10,- Euro für längstens 14 Kalendertage innerhalb eines Kalenderjahres zu leisten. Bereits geleistete Zuzahlungen nach § 32 Abs. 1 SGB VI sowie nach § 39 Abs. 4 SGB V und § 40 Abs. 5 und 6 SGB V werden angerechnet. Die Zuzahlungsregelungen der Anschlussrehabilitation gelten ebenfalls bei Entwöhnungsbehandlungen, die sich unmittelbar an eine stationär durchgeführte Entzugsbehandlung anschließen. Im Unterschied zur Krankenversicherung sind ambulante Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung nicht zuzahlungspflichtig.

Die Dauer der Zuzahlung ist auf längstens 14 Tage bei Anschlussrehabilitation bzw. 42 Behandlungstage im Kalenderjahr bei den anderen stationären Leistungen begrenzt.

Eine Zuzahlungspflicht besteht nur, solange keine Entgeltersatzleistungen gezahlt werden. Bei Bezug von Übergangsgeld entfällt somit eine Zuzahlung. Von der Zuzahlungspflicht ebenfalls befreit sind Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. von Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII oder von Leistungen zur Grundsicherung nach dem SGB II sowie Versicherte, die das 18. Lebensjahr bei Antragstellung noch nicht vollendet haben.

Gem. § 32 Abs. 4 SGB VI können die Träger der Rentenversicherung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen von der Zuzahlung abgesehen werden kann. Nach den derzeit geltenden Befreiungsrichtlinien der gesetzlichen Rentenversicherung können Versicherte auf Antrag von der Zuzahlung vollständig befreit werden, wenn die Zuzahlung zu einer unzumutbaren Belastung führen würde (im Jahre 2005 bei Nettoeinkommen unter 967,- Euro). Für Versicherte und Rentner, die mindestens ein Kind unter 18 Jahren haben oder aber pflegebedürftig sind bzw. einen pflegebedürftigen Ehegatten haben, ergeben sich – je nach Höhe des Einkommens – gestaffelte Zuzahlungsbeträge.

Für die Träger der Alterssicherung der Landwirte gelten die in den Richtlinien über die Durchführung zur Rehabilitation⁵⁶ geregelten Voraussetzungen für eine Befreiung von der Zuzahlung.

Es wird empfohlen, gleichzeitig mit der Beantragung medizinischer Rehabilitationsleistungen den Antrag auf teilweise bzw. vollständige Befreiung von der Zuzahlung unter Beifügung der Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers oder einer behördlichen Bescheinigung beim zuständigen Rentenversicherungsträger zu stellen.

⁵⁶ „Richtlinien über die Durchführung von Leistungen zur Rehabilitation und Betriebs- und Haushaltshilfe zur Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft – Allgemeine Richtlinien“

11. Anhang

11.1 Glossar

Abusus: Zu Deutsch: Missbrauch. Nicht scharf definierter Begriff, meist synonym verwendet mit schädlichem Gebrauch

Abhängigkeitspotenzial: Fähigkeit einer Substanz, eine körperliche oder psychische Abhängigkeit zu erzeugen

Abhängigkeitssyndrom: Zusammenfassende Beschreibung der Symptome, die mit einer Abhängigkeitserkrankung einhergehen

Abstinenz: Vollkommene Enthaltensamkeit von bestimmten (Sucht-)Mitteln

Addiction Severity Index (Europ ASI): Halbstandardisiertes Interview zur Erfassung des Schweregrades einer Abhängigkeitserkrankung auf unterschiedlichen Ebenen

Affektregulation: Fähigkeit zur Steuerung von Gefühlserleben und Gefühlsäußerungen

Akute Intoxikation: Unmittelbar vorliegende Vergiftung; manche Autoren bezeichnen jede Einnahme von Suchtmitteln als Intoxikation, andere nur solche Zustände, bei denen vitale Gefährdung dadurch besteht

Amphetamine/ Methamphetamine: Amphetamin ist eine synthetische Substanz, die eine aktivierende Wirkung auf das zentrale Nervensystem hat. Methamphetamine ist eine weitere synthetische Variante. Von der Wirkung auf die Psyche her ist Methamphetamine kaum von Amphetamin

zu unterscheiden ist, aber ihre Wirkung kann wesentlich länger andauern.

Anamnese: Krankheitsgeschichte

Angststörungen: Überbegriff für psychische Erkrankungen, bei denen Angst das führende Symptom ist

Balneologie: Lehre von der Anwendung der natürlichen Heilmittel wie z.B. Heilwässern, Heilgasen oder Heilpeleoiden (Torf, Moor, Schlamm)

Behandlungssetting: Gesamtheit der räumlichen, personellen und inhaltlichen Konstellation, die in einer Behandlung zur Anwendung kommt

Benzodiazepin: Gruppe von rezeptpflichtigen psychoaktiven Stoffen mit beruhigend-sedierender und/oder entängstigender Wirkung und hohem Abhängigkeitspotenzial

Cannabis: Cannabis gehört zur Gattung der Hanfgewächse und besitzt eine Vielzahl von psychoaktiven, meist halluzinogenen Wirkstoffen. Die stärkste Wirksubstanz ist

Tetrahydrocannabinol (THC); der Konsum als Rauschdroge ist strafbar

Case-Management: Bezeichnung für die gezielte, individuumbezogene Steuerung von Behandlungsverläufen

Delir: Bei Abhängigkeit von bestimmten Suchtmitteln, z.B. Alkohol, kann ein plötzliches Absetzen der Substanz zum Delir führen. Kennzeichnend dafür sind neben psychoseähnlichem Erleben mit Verwirrheitszuständen u.a.

vegetative Fehlregulationen mit Zittern (Delirium Tremens), Kreislaufentgleisungen, starkem Schwitzen und Durchfall. Es kann akute Lebensgefahr bestehen. Delire sind nicht auf den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen beschränkt; es gibt sie auch nach

Einnahme bestimmter Medikamente und bei hirnganischen Störungen

Demenz: Hirnorganisch bedingte Minderung der Hirnleistungsfunktionen, die alle Bereiche, z.B. Merkfähigkeit, Gedächtnis sowie Urteils- und Kritikvermögen, betreffen kann

Depersonalisation: Entfremdungsgefühl dem eigenen Ich gegenüber

Derealisation: Entfremdungsgefühl der Umgebung gegenüber

Designerdrogen: Bezeichnung für psychotrop wirksame, chemisch hergestellte Substanzen, bei denen durch gezielte Veränderung der molekularen Struktur eine Umgehung des Betäubungsmittelgesetzes erreicht werden soll (mit der Folge eines straflosen Gebrauchs)

Detoxikation: Entgiftung des Körpers von potenziell schädlichen Stoffen

Diagnostik: Durchführung von Untersuchungen zur Erkennung von Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen, einschließlich der psychischen Schädigungen, als Grundlage jeder therapeutischen Maßnahme

DSM-IV-TR: Abk. von **D**ia**S**ta**T**istic and **M**anual of **M**ental **D**isorders – Fourth Edition, Textrevision; ein US-amerikanisches Manual zur standardi-

sierten Erfassung psychischer Krankheitsbilder. In Deutschland insbesondere im Zusammenhang mit wissenschaftlichen Veröffentlichungen benutzt. Die inhaltliche Ausrichtung ist ähnlich wie die des Kapitel V der ICD10

Ecstasy: Szeneausdruck für halluzinogen wirkende, chemisch hergestellte Substanzen, bekanntester Inhaltsstoff ist MDMA (3,4-Methylenedioxy-N-methylamphetamin). Der Konsum von Ecstasy ist illegal

Entwöhnung: Form der Rehabilitationsbehandlung, die zum Ziel hat, Abhängigkeitserkrankte durch Umstellung ihrer Lebensführung auf eine abstinenten Lebensführung oder, wo das im ersten Schritt nicht möglich scheint, zumindest zu einer Reduktion ihrer Trinkgewohnheiten hinzuführen. Wenn eine körperliche Abhängigkeit zusätzlich zur psychischen vorliegt, wird in der Regel der Entwöhnung eine Entzugsbehandlung vorgeschaltet

Entzug/Entgiftung: Ausschleichen des Suchtmittels aus dem Körper. Wenn der Entzug im Rahmen von Krankenbehandlung stattfindet, spricht man auch von Entzugsbehandlung, ansonsten vom Selbstentzug

Entzugserscheinungen: Bei Vorliegen einer körperlichen Abhängigkeit führt das Absetzen der Substanz zu Entzugserscheinungen. Die Intensität und Gefährlichkeit der Entzugssymptome sind je nach psychotroper Substanz und konsumierter Dosis unter-

schiedlich. Das Entzugssyndrom kann u.a. gekennzeichnet sein durch Schweißausbrüche, Zittern, Schwächegefühl, Gliederschmerzen, Magenkrämpfe, Kreislaufstörungen, massive Temperaturschwankungen bis hin zu lebensbedrohlichen Zuständen. Psychische Entzugserscheinungen sind u.a. gekennzeichnet durch Unruhezustände, Angst, depressive Verstimmungen und dem Verlangen nach weiterem Konsum

Epidemiologie: Teilgebiet der Medizin, der sich mit der Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten innerhalb einer Population befasst. Der Ansatz ist also nicht individuumsbezogen sondern bevölkerungsbezogen. Die Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Epidemiologie ist Grundlage von gesundheitspolitischer Planung einschließlich Prävention

Ergotherapie: Fachausdruck für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie

Halluzinogene: Unter der Bezeichnung Halluzinogene werden sehr unterschiedliche psychoaktive Substanzen zusammengefasst, die sich in der Wirkung ähneln. Halluzinogene rufen tiefgreifende psychische Veränderungen hervor wie bspw. ein stark verändertes Erleben von Raum und Zeit und optische (häufig), akustische, olfaktorische oder taktile Halluzinationen. Der Übergang in eine Psychose ist möglich. Zu den Halluzinogenen zählen bspw. LSD, Cannabis und psilocybinhaltige Pilze

Haschisch: Illegale Droge, auch Dope und Shit genannt. Wird aus dem Harz der Blütenstände der Cannabis-Pflanze hergestellt

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision. Ein Manual zur weltweit standardisierten, kriteriengeleiteten Verschlüsselung von Krankheitsbildern, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Vorläufige Endfassung der deutschen Version abrufbar unter

www.dimdi.de/static/de/klassi/ICF

Illegale Drogen: Bezeichnung für psychoaktiv wirksame Verbindungen, deren Besitz unter Strafe gestellt ist

Indikationsstellung: Kriteriengeleitete Feststellung, dass ein bestimmter Behandlungsbedarf vorliegt

Interdisziplinär: Zwischen unterschiedlichen Fachgebieten; im Bereich der Suchthilfe ist damit z.B. das Zusammenarbeiten von Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Ergotherapeuten gemeint

Intoxikation: Fachausdruck für Vergiftung; manche Autoren bezeichnen jede Einnahme von Suchtmitteln als Intoxikation, andere nur solche Zustände, bei denen vitale Gefährdung dadurch besteht

Irreversibel: Unumkehrbar

Katamnestiche Studien: Studien, die ihre Ergebnisse aus der Auswertung von Krankheitsverläufen mit Verlaufskontrollen nach Abschluss der Behandlung beziehen

Khat: Abk. für eine stimulierende Droge, gewonnen aus den Blättern von *Catha edulis*. Wirkstoff ist Cathin, welches mit dem Amphetamin eng verwandt ist

Kognition: Sammelbegriff für jeden dem Bewusstsein zugänglichen psychischen Vorgang, z.B. Erkennen, Denken, Vorstellen, Erinnern, Bewerten und Urteilen

Kokain: Illegale Droge. Kokain wird aus den Blättern des Coca-Strauchs hergestellt. Durch ein chemisches Verfahren wird daraus Kokainhydrochlorid gewonnen, das als weißes, kristallines Pulver bekannt ist und als illegale Droge weltweit konsumiert wird

Komorbidität (auch Comorbidität): Gleichzeitiges Auftreten verschiedener Erkrankungen; bei Abhängigkeitserkrankungen z.B. kann als Komorbidität eine Hepatitis oder eine Persönlichkeitsstörung vorliegen

Konditionierung: Verhaltensänderung aufgrund von Lernprozessen

Konsiliarbericht: Fachärztliche Beurteilung, die im Auftrag eines anderen behandelnden Arztes oder Therapeuten oder eines Leistungsträgers erstellt wird

Korsakowsyndrom: Folgezustand nach Hirnschädigung durch Alkoholkonsum mit Störungen von Konzentra-

tion, Merkfähigkeit, Kritikfähigkeit und Orientierung

LAST: Abk. von Lübecker Alkoholismus-Screening-Test, einem Fragebogen zur Einschätzung, ob der Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit besteht

Leberzirrhose: Lebererkrankung. Geennzeichnet durch narbigen Gewebebau und erhebliche Funktionsstörungen bezüglich der unterschiedlichen Leberfunktionen, insbesondere der Entgiftung des Körpers

LSD: Illegale Droge. Abk. von Lysergsäure-Diäthylamid. Lysergsäure ist natürlicher Wirkstoff des Mutterkorns, einem Pilz, der auf Getreideähren zu finden ist. Durch Hinzufügung einer Diäthylamid-Gruppe entsteht das hochpotente Halluzinogen LSD

MALT: Münchner Alkoholismustest, Kurztest zur Erfassung der Alkoholabhängigkeit mit Fremd- und Selbstbeurteilung

Marihuana: Illegale Droge, auch Gras genannt. Es handelt sich um die getrockneten Blüten und Blätter der Cannabis-Pflanze

MELBA: Abk. von Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit, einem Instrument zur Analyse des Förderbedarfs, u.a. angewandt bei arbeitsbezogenen Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation

Motivation: Beschreibung von Überzeugungen und Einstellungen, die im Vorfeld von Handlungen entscheidend dafür sind, ob die Handlung ausgeführt wird oder nicht. Im Bereich Abhängig-

keitserkrankung ist mit Motivation i.d.R. die Bereitschaft gemeint, das eigene Verhalten in Richtung Abstinenz umstellen zu wollen

Multidisziplinarität: Bezeichnung für das Zusammenwirken bestimmter Berufsgruppen

Multimorbidität: Gleichzeitiges Auftreten verschiedener Erkrankungen, z.B. von Alkoholabhängigkeit, Korsakow-Syndrom und Leberzirrhose

Organisches Psychosyndrom: Sammelbegriff für psychische und Verhaltensstörungen, die auf organische Störungen der Hirnfunktionen zurückzuführen sind

Pilze, psilocybinhaltige: Rauschverursachende Pilze, auch „magische Pilze“ genannt. Die chemische Struktur der Hauptwirkstoffe Psilocybin und Psilocin ist eng mit der von LSD verwandt, weshalb sie auch ähnliche psychoaktive halluzinogene Wirkungen entfalten

Prävention: Vorbeugung

PREDI: Psychosoziales Ressourcenorientiertes Diagnose Instrument, ein System zur Erfassung von Ressourcen in verschiedenen Lebensbereichen

Polyneuropathie: Bezeichnung für die gleichzeitige Erkrankung mehrerer Nerven mit Missempfindungen, Gefühlsstörungen, Schmerzen und Lähmungen. Eine Polyneuropathie entsteht typischerweise bei bestimmten Störungen des Stoffwechsels, u.a. bei Alkoholabhängigkeit oder Diabetes

Polytoxikomanie: Bezeichnung für die Abhängigkeit von mehreren psychotropen Substanzen

Prognose: Voraussage einer Krankheitsentwicklung aufgrund der Erkenntnisse aus der vorausgegangenen Krankheits- und Sozialvorgeschichte unter Einbeziehung der gegenwärtigen Befunde und Daten

Psychose: Begriff für eine Gruppe schwerer psychischer Erkrankungen mit Verlust des Realitätsbezugs. Es werden Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, affektive Psychosen und organisch bedingte Psychosen (z.B. im Rahmen eines Delirs oder einer Intoxikation) unterschieden. Typische Symptome sind z.B. Wahn oder Halluzinationen

Psychotrop/psychoaktiv: Bezeichnung für Substanzen, die psychische Prozesse über eine Wirkung auf das zentrale Nervensystem beeinflussen

Qualifizierter Entzug: Bezeichnung für eine besonders dichte Form der Entzugsbehandlung in psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäusern, bei der der körperliche Entzug von Psychotherapie, psychosozialer Betreuung und motivierenden Maßnahmen begleitet wird. Ziel ist die Heranführung an weiterführende rehabilitative Maßnahmen bzw. eine bessere Reintegration in den Alltag nach Abschluss des Entzuges

Ressourcen: Hilfsmittel, Hilfsquelle, Reserve; im Bereich der Therapie sind

damit meist die Fähigkeiten und Stärken des Patienten gemeint

Schizophrenie: Psychisches Krankheitsbild aus der Gruppe der Psychosen; die Symptome bestehen insbesondere in Denkstörungen (Wahn), Wahrnehmungsstörungen (Halluzinationen), Affektbeeinträchtigungen und Schlafstörungen

Screening Tests/ Screening Verfahren: Instrumente, die breit gestreut eingesetzt werden mit dem Ziel, aus einer größeren Gruppe von Menschen diejenigen herauszufiltern, die ein bestimmtes Krankheitsbild, z.B. eine Abhängigkeitserkrankung, aufweisen

Substitution: Hier: Ersatz von Suchtmitteln, z.B. Ersatz des Opiates Heroin durch das Opiat Methadon

Suchtpotenz: Fähigkeit eines Mittels, Abhängigkeit auszulösen

Synthetische Drogen: Chemisch hergestellte Rauschmittel

Systemische Therapie: Psychotherapieverfahren, bei dem versucht wird, nicht nur den Patienten sondern das ganze System (z.B. die Familie), in dem der Patient sich bewegt, positiv zu beeinflussen. Im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie nicht anerkannt

Toleranzentwicklung: Hier: Bezeichnung für die Umstellung von Stoffwechselprozessen, mit dem der Körper auf chronische Zuführung von Suchtmitteln reagiert, indem er z.B. die Enzyme, die zum Abbau benötigt werden, vermehrt produziert oder aber indem er die Rezeptordichte so verändert, dass das Suchtmittel seine Wirkung nicht mehr voll entfalten kann

Transmitter: Botenstoff, der zur Erregungsüberleitung zwischen zwei Nervenzellen dient, z.B. Serotonin

Zerebral: Das Hirn betreffend

11.2 Literatur

BASDEKIS-JOZSA, R.; KRAUSZ, M. (2002): Komorbidität bei Abhängigkeitserkrankungen. In: Sucht aktuell, 9(1), S. 63-67

BÖHME, K. (1990): Niedrigschwelliger Entzug – Eine neue Chance für Heroinabhängige? In: Schwoon, D.R.; Krausz, M. (Hrsg.): Suchtkranke: Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Enke. S. 145-152

BUNDEARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.) (2005): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hg.) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE; LANDESVERSICHERUNGSANSTALTEN; BUNDESKNAPPSCHAFT; SEEKASSE IM VERBUND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER (2000): KTL-Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.) (2004): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband: Illegale Drogen. Köln

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE REHABILITATION (DEGEMED); FACHVERBAND SUCHT (Hg.) (2005): Internes Qualitätsmanagement: Audit-Checkliste für den Bereich Abhängigkeitserkrankungen (stationäre Einrichtungen). 2. Aufl. Bonn

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (Hg.) (2005): Jahrbuch Sucht 2005. Geesthacht: Neuland

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (Hg.) (o.J.): Die Sucht und ihre Stoffe – Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe. Hamm (Faltblatt-Serie)

DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (DIMDI) (Hg.) (2004): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Deutschsprachige Fassung: www.dimdi.de

DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (DIMDI) (2003): ICD-10-GM. Systematisches Verzeichnis. Version 2004. Nürnberg: Verl. Videel

DIAGNOSTISCHES UND STATISTISCHES MANUAL PSYCHISCHER STÖRUNGEN DSM-IV (1998). Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Henning Saß; Hans-Ulrich Wittchen; Michael Zaudig (Bearb.). 2., verbesserte Aufl. Göttingen (u.a.): Hogrefe

DILLING, H.; MOMBOUR, W.; SCHMIDT, M.H. (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostischer Leitfa-den. 5., durchges. u. erw. Aufl. Bern: Huber

EGNER, U.; GRÜNBECK, P. (2003): Analyse der Rehaverlaufsdaten zu den Folgen der Sucht und zum Verlauf nach der Rehabilitation. In: Sucht aktuell, 2, S. 29-33

FACHVERBAND SUCHT (o.J.): Arbeitsbezogene Leistungen in der Sucht-Rehabilitation – Konzept des Fachverbandes Sucht e.V. (pdf-Datei unter www.sucht.de)

FACHVERBAND SUCHT (Hg.) (2004): Basisdokumentation 2003. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V. Rudolf Bachmeier (Bearb.) Bonn (Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung; 12)

FACHVERBAND SUCHT (Hg.) (2004): Sucht macht krank! Von der Akutmedizin zum Disease-Management. Geesthacht: Neuland

FACHVERBAND SUCHT (2004): Wolfsburger Resolution zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben von suchtkranken Menschen vom 04.12.2003. In: Sucht aktuell, 1, S. 74-75

FENGLER, J. (Hrsg.) (2002): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie – Prävention. 100 Schlüsselbegriffe. Landsberg/Lech: Ecomed

FEUERLEIN, W.; KÜFNER, H.; SOYKA, M. (1998): Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung, Folgen, Therapie. 5., überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart; New York: Thieme

GASTPAR, M.; MANN, K.; ROMMELSPACHER, H. (Hrsg.) (1999): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart; New York: Thieme

GERKENS, K.; HÜLLINGHORST, R.; WIMMER, D. (2004): Handbuch Sucht. Sankt Augustin: Asgard

GÖLZ, J. (Hrsg.) (1999): Der drogenabhängige Patient. München: Urban und Schwarzenberg

HOLLSTEIN, H. (1998): Rehabilitation von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen. In: Dellbrück, H.; Haupt, E. (Hrsg.): Rehabilitationsmedizin. Ambulant – Teilstationär – Stationär. 2.Auflage. München; Wien; Baltimore: Urban & Schwarzenberg, S. 678 – 713

JELLINEK, E.M. (1946): Phasis in the Drinking History of Alcoholics. Analysis of a Survey Conducted by the Official Organ of AA. In: Quarterly Journal on Studies of Alcohol, 7, pp. 1-4

JULIEN, R.M. (1997): Drogen und Psychopharmaka. Heidelberg (u.a.): Spektrum, Akademischer Verlag

KLOSTERHUIS, H., ZOLLMANN, P., GRÜNBECK, P.: Verlaufsorientierte Auswertungen zur Rehabilitation – Aktuelle Ergebnisse aus der Reha-Statistik. Datenbasis-, DRV 5/2004, S. 287 ff.

KÖRKEL, J.; LAUER, G. (1988): Der Rückfall des Alkoholabhängigen. Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand. In: Körkel, J. (Hg.): Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht? Berlin: Springer. S. 6-122

KRAUS, L.; AUGUSTIN, R. (2005): Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland: Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. Sucht, 51, Sonderheft 1

KRAUSZ, M.; HAASEN, C. (Hrsg.) (2004): Kompendium Sucht. Stuttgart; New York: Thieme

MANN, K.; BUCHKREMER, G. (Hrsg.) (1996): Sucht. Grundlagen, Diagnostik und Therapie. Stuttgart (u.a.): G. Fischer

MATTHESIUS, R.-G.; JOCHHEIM, K.-A.; BAROLIN, G.S.; HEINZ, C. (1995): ICIDH. Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Berlin; Wiesbaden

MOGGI, F.; DONATI, R. (2004): Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Göttingen (u.a.): Hogrefe (Fortschritte der Psychotherapie: Manuale für die Praxis)

NOWAK, M.; SCHIMFAN, R.; BRINKMANN, R. (Hrsg.) (1996): Drogensucht. Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis. 2. Aufl. Stuttgart; New York: Schattauer

ROST, W.D. (2001): Psychoanalyse des Alkoholismus. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta

RUMPF, H.-J.; MEYER, C.; HAPKE, U.; BISCHOF, G.; JOHN, U. (2000): Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und –missbrauchern. Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. In: Sucht 46(1), S. 19-36

SCHLÖSSER, A. (1985): Gemeindenahe Versorgung Suchtkranker. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 15(3), S. 19-36

SCHNEIDER, R. (1985): Suchtverhalten aus lerntheoretischer und verhaltenstheoretischer Sicht. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Süchtiges Verhalten. Hamm: Hoheneck. S. 48-65

SCHWOON, D.R. (1992): Motivation – ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkrankter. In: Wienberg, G. (Hg.): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 170-182

SCHWOON, D.R.; KRAUSZ, M. (Hrsg.) (1992): Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze. Freiburg i.Br.: Lambertus

SINGER, M.V.; TEYSSEN, S. (Hrsg.) (1999): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Berlin (u.a.): Springer

SONNTAG, D.; WELSCH, K. (2004): Deutsche Suchthilfestatistik 2003. In: Sucht, 50, Sonderheft 1

SOYKA, M. (2000): Drogenabhängigkeit und Medikamentenabhängigkeit. Stuttgart: Wissenschaftl. Verl.-Ges.

STÄHLER, T.P.; WIMMER, D. (2002): Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker vom 4. Mai 2001. In: Deutsche Rentenversicherung, (1), S. 58-74

STIMMMER, F. (Hrsg.) (2000): Suchtlexikon. München; Wien: Oldenbourg

THOMASIIUS, R. (Hrsg.) (2000): Psychotherapie der Suchterkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart; New York: Thieme

TREECK, B. VAN (2003): Drogen. 2. Aufl. Berlin: Schwarzkopf & Schwarzkopf

TREECK, B. VAN (2004): Drogen- und Sucht-Lexikon. Drogen, Rausch und Recht. Das ABC der psychoaktiven Substanzen. 4. Aufl. Berlin: Schwarzkopf & Schwarzkopf

TRETTNER, F.; MÜLLER, A. (Hrsg.) (2001): Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Göttingen: Hogrefe

UCHTENHAGEN, A.; ZIEGLGÄNSBERGER, W. (Hrsg.) (2000): Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München; Jena: Urban & Fischer

VELTRUP, C.; DRIESSEN, M. (1993): Erweiterte Entzugsbehandlung für alkoholabhängige Patienten in einer psychiatrischen Klinik. In: Sucht 39(3), S. 168-172

VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER (Hrsg.) (2000): Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation – Instrumente und Verfahren. Frankfurt am Main. (DRV-Schriften; 18)

VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER (Hrsg.) (2001): Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen – Hinweise zur Begutachtung. Frankfurt am Main

VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER (Hrsg.) (2003): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Berlin (u.a.)

VOGELGESANG, M. (2004): Was hat sich bewährt? – Zum State of the Art bei der Behandlung von Suchterkrankungen. In: Fachverband Sucht (Hrsg.): Sucht macht krank! Von der Akutmedizin zum Disease-Management. Geesthacht: Neuland. S. 15-27

WEISSINGER, V. (2004): Entwicklungen in der Suchtbehandlung: Ein aktueller Überblick. In: Sucht aktuell, 11(1), S. 33-36

WIENBERG, G.; DRIESSEN, M. (Hrsg.) (2001): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn: Psychiatrie-Verlag

WIENBERG, G.; Pörksen, N.; Wessel, T.; Zechert, C. (1992): Die Behandlung Abhängigkeitskranker in der Psychiatrischen Klinik. Zwischen Drehtür und qualifiziertem gemeindenahem Behandlungszentrum. In: Wienberg, G. (Hrsg.): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 82-113

WIENBERG, G. (Hrsg.) (1992): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S.12-60

WIENBERG, G. (1992): Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik – ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: Wienberg, G. (Hrsg.): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag

ZENKER, C.; BAMMANN, K.; JAHN, I. (2003): Ursachen und Differenzierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. In: Sucht aktuell, 2, S. 15-20

ZOBEL, M.; MISSEL, P.; BACHMEIER, R.; BRÜNGER, M.; FUNKE, W.; HERDER, F.; KLUGER, H.; MEDENWALDT, J.; WEISSINGER, V.; WÜST, G. (2004): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation: FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2001 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In: Sucht aktuell, (11)1, S. 11-20

11.3 Adressen

11.3.1 Verbände der Suchtkrankenhilfe

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)
Westenwall 4
59065 Hamm
Tel. 02381 / 9015-0
Fax 02381 / 9015-30
Internet: www.dhs.de

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)
Ulmenstr. 7
59069 Hamm
Tel. 02381 / 417998
Fax 02381 / 9015-30
Internet: www.dg-sucht.de

Akzept e.V. – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik
Südwestkorso 14
12161 Berlin
Tel. 030 / 82706946
Fax 030 / 8222802
Internet: www.akzept.org

Deutscher Caritasverband e.V. Referat Basisdienste und besondere Lebenslagen
Karlstraße 40
79104 Freiburg
Tel. 0761 / 200-0
Fax 0761 / 200-350
Internet: www.caritas.de

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)
Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Tel. 0228 / 6685-0
Fax 0228 / 6685-209
Internet: www.awo.org

Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK) Generalsekretariat
Carstenstr. 58
12205 Berlin
Tel. 030 / 85404-298
Fax 030 / 85404-6298
Internet: www.rotkreuz.de

Arbeitsgemeinschaft Katholischer Fachkrankenhäuser für Suchtkranke e.V.
Karlstr. 40
79104 Freiburg
Tel: 0761/ 200-0
Fax 0761/ 200-350
Internet: www.akf.caritas.de

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR)
Odeonstraße 14
30159 Hannover
Tel. 0511 / 18333
Fax 0511 / 18326
Internet: www.fdr-online.info

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. „buss“
Wilhelmshöher Allee 273
34131 Kassel
Tel. 0561 / 779351
Fax 0561 / 102883
Internet: www.suchthilfe.de

Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Tel. 0228 / 261555
Fax 0228 / 215885
Internet: www.sucht.de

*Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im
Diakonischen Werk der Evangelischen Kir-
che in Deutschland e.V. (GVS)*

Altensteinstr. 51
14195 Berlin
Tel. 030 / 843 123 55
Fax 030 / 844 183 36
Internet: www.sucht.org

*Verband ambulanter Behandlungsstellen für
Suchtkranke/Drogenabhängige e.V. (VABS)*

Karlstraße 40
79104 Freiburg
Tel. 0761 / 200-363
Fax 0761 / 200-350
Internet: www.vabs.caritas.de

*Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamt-
verband e.V. -*

Referat Gefährdetenhilfe
Oranienburger Str. 13-14
10178 Berlin
Tel. 030 / 24636-433
Fax 030 / 24636-110
Internet: www.paritaet.org

11.3.2 Selbsthilfe- und Abstinenzgruppen

*Al-Anon Familiengruppen – Selbsthilfegrup-
pen für Angehörige von Alkoholikern und
Alateen – Selbsthilfegruppen für Kinder und
jugendliche Angehörige von Alkoholikern*

Emilienstr. 4
45128 Essen
Tel. 0201 / 773007
Fax 0201 / 773008
Internet: www.al-anon.de

Blaues Kreuz in Deutschland e.V.

Freiligrathstr. 27
42289 Wuppertal
Tel. 0202 / 62003-0
Fax 0202 / 62003-81
Internet: www.blaues-kreuz.de

*Anonyme Alkoholiker (AA) – Interessen-
gemeinschaft e.V.*

Lotte-Branz-Str. 14
80939 München
Tel. 089 / 3164343 oder 3169500
Fax 089 / 3165100
Internet: www.Anonyme-Alkoholiker.de

*Bundesverband der Elternkreise dro-
gengefährdeter und drogenabhängiger Ju-
gendlicher e.V (BVEK)*

Ansbacher Str. 11
10787 Berlin
Tel. 030 / 556702-0
Fax 030 / 556702-1
Internet: home.snafu.de/bvek

*Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche –
Bundesverband e.V.*

Julius-Vogel-Str. 44
44149 Dortmund
Tel. 0231 / 5864132
Fax 0231 / 5864133
Internet: www.blaues-kreuz.org

*Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bun-
desverband e.V.*

Untere Königsstr. 86
34117 Kassel
Tel. 0561 / 1780413
Fax 0561 / 711282
Internet: www.freundeskreis-sucht.de

Guttempler in Deutschland
Adenauerallee 45
20097 Hamburg
Tel. 040 / 245880
Fax 040 / 241430
Internet: www.guttempler.de

*Kreuzbund e.V. – Selbsthilfe- und Helfer
gemeinschaft für Suchtkranke und deren
Angehörige* Münsterstraße 25
59065 Hamm
Tel. 02381 / 67272-0
Fax 02381 / 6727233
Internet: www.kreuzbund.de

Selbsthilfeprojekte

Elrond e.V.
Tannenburgstr. 65
49084 Osnabrück
Tel. 0541 / 725-77
Fax 0542/ 725-91
Internet: www.elrond-osnabrueck.de

Suchthilfe Hof Fleckenbühl
Hof Fleckenbühl
35091 Cölbe-Schönstadt
Tel. 06427 / 9221-0
Fax 06427 / 9221-50
Internet: www.suchthilfe.org

Stiftung Synanon
Bernburger Straße 10
10963 Berlin
Tel. 030 / 55000-0
Fax 030 / 55000-220
Internet: www.synanon.de

11.3.3 Bundesministerien und - behörden

Bundesministerium für Gesundheit
Wilhelmstr. 49
10117 Berlin
Tel. 01888 / 441-0
Fax 01888 / 441-2254
Internet: www.bmg.bund.de

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Mohrenstr. 62
10117 Berlin
Tel. 01888 / 527-0
Fax 01888 / 527-4900
Internet: www.bmas.bund.de

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklä-
rung (BZgA)*
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
Tel. 0221 / 8992-0
Fax 0221 / 8992-300
Internet: www.bzga.de und
www.drugcom.de
Informationstelefon zur Suchtvorbeugung:
Tel. 0221 / 892031
täglich von 10.00 - 22.00 Uhr

11.4 Vereinbarungen, Empfehlungen und Richtlinien

- Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker – Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001
- Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel vom 5. Februar 2001
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 23. August 2001
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 19. Oktober 2003
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bewertung ärztlicher Untersuchung und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) in der Fassung vom 1. Dezember 2003, Anlage A Nr. 2 „Substitutionsgestützte Behandlung“
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) in der Fassung vom 16. März 2004
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V i.d.F. vom 16. März 2004
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhausbehandlung in der Fassung vom 24. März 2003

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR):

- Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation – Allgemeiner Teil – vom 22. Januar 2004
- Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27. März 2003

- Gemeinsame Empfehlung zur Ausgestaltung des in §14 SGB IX bestimmten Verfahrens (Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“) vom 22. März 2003 i. d. F. vom 8. November 2005
- Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22. März 2004
- Gemeinsame Empfehlung über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistungen zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 – 3 i.V.m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX (Gemeinsame Empfehlungen „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“) vom 22. März 2004
- Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlungen „Begutachtung“) vom 22. März 2004
- Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX vom 22. März 2004
- Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ vom 16. Dezember 2004
- Gemeinsame Empfehlung zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe („Frühzeitige Bedarfserkennung“) vom 16. Dezember 2004
- Gemeinsame Empfehlung nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX, dass Prävention entsprechend dem in § 3 SGB IX genannten Ziel erbracht wird (Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“) vom 16. Dezember 2004
- Gemeinsame Empfehlung nach § 113 Abs. 2 SGB IX zur Inanspruchnahme der Integrationsfachdienste durch die Rehaträger zur Zusammenarbeit und zur Finanzierung der Kosten, die dem Integrationsfachdienst bei der Wahrnehmung der Aufgabe der Rehaträger entstehen (Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“) vom 16. Dezember 2004

11.5 Sozialbericht

Name der Beratungsstelle/Einrichtung	
Anschrift	
Telefon (mit Durchwahl)	Telefax
E-Mail	

Sozialbericht
- Psychosoziale Grunddaten -

erstellt am

Versicherungsnummer der Rentenversicherung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versicherten-Nummer der Krankenkasse	Name der Krankenkasse

1 Alkohol
 2 Medikamente
 3 illegale Drogen _____

 Sonstiges: _____

1 Angaben zur Person

Name		Vorname	
Geburtsname		Familienstand	
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
Straße, Hausnummer		Aufenthaltsgenehmigung bis	
Postleitzahl	Wohnort	Telefon (mit Vorwahl)	
derzeitiger Aufenthaltsort			
(erlernter) Beruf	zuletzt ausgeübte Tätigkeit	arbeitslos seit	nicht erwerbstätig seit

Erziehungsberechtigte/r, Betreuer/in

Name	<input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte/r <input type="checkbox"/> Betreuer/in
------	--

Anhang / Sozialbericht

Anschrift		Telefon (mit Vorwahl)
Art des Betreuungsverhältnisses		
Betreuung eingeleitet am	durch	Aktenzeichen

Behandelnde Ärzte

Name, Fachrichtung, Anschrift, Telefon (mit Vorwahl)

2 Kinder

Anzahl	Alter	davon im Haushalt lebend
--------	-------	--------------------------

3 Wohnsituation und finanzielle Verhältnisse

(Ausfüllhinweis: Die Daten sind nur zu erheben, soweit sie für die Rehabilitation erforderlich sind)

--

4 Vorbehandlung der Abhängigkeitserkrankung

4.1	Entzugsbehandlungen			
	Gesamtzahl	letzte in (Einrichtung)	von	bis
4.2	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation			
	Gesamtzahl	davon in den letzten vier Jahren		reguläre Entlassung Ja Nein
	in ambulanter Rehabilitationseinrichtung (Name)	von	bis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	in ambulanter Rehabilitationseinrichtung (Name)	von	bis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	in stationärer Rehabilitationseinrichtung (Name)	von	bis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	in stationärer Rehabilitationseinrichtung (Name)	von	bis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bemerkungen (z. B. zu einer durchgeführten Adaption)				

5 Anamnese der Abhängigkeitserkrankung

5.1	Suchtmittelanamnese		
	Suchtmittel	Beginn/Dauer	Dosis, Verlauf und Gewohnheiten
5.2	Körperliche und psychische Auffälligkeiten in der Vorgeschichte (Krampfanfälle, Delir, Psychose, Suizidversuche u.a.)		
5.3	Von der Antragstellerin / dem Antragsteller beschriebene Verhaltens- und/oder Wesensveränderungen im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung		
5.4	Abstinenzphasen (Dauer, Bedingungen, Lebenssituation)		
5.5	aktuell abstinent <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	abstinent seit	
	ggf. seit wann und mit welchem Mittel substituiert		

6 Sozialanamnese

6.1	Elternhaus und persönliche Entwicklung			
6.2	Soziales Umfeld und wichtige Bezugspersonen			
6.3.	Schulischer Werdegang, Arbeits- und Berufsanamnese (beruflicher Werdegang)			
6.3.1	Schulbildung			
	letzter Schulabschluss (Art der Schule), Jahr		ohne Schulabschluss abgegangen im Jahr	
6.3.2	Berufsausbildung (auch wenn kein Abschluss erworben wurde)			
	von	bis	Beruf	Abschluss
	<input type="checkbox"/> Berufsausbildung nie angestrebt <input type="checkbox"/> Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss			
6.3.3	Zeiten der Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit			
	von	bis	beschäftigt als	bei Arbeitgeber, Ort
				arbeitslos <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

				<input type="checkbox"/>
6.4	Mögliche Hinderungsgründe für Antritt und Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation (z.B. Angaben über laufende Strafverfahren, Angaben zum voraussichtlichen Zeitpunkt für eine Zurückstellung, Angaben über Aussetzung oder Unterbrechung der Strafvollstreckung)			

7 Verlauf der bisherigen Vorbetreuung/Beratung

7.1	Beginn der Vorbetreuung/Beratung im Vorfeld der beantragten Leistung zur medizinischen Rehabilitation am <input type="text"/> Beratungsstelle/Einrichtung
7.2	Art und Umfang (Anzahl) der Einzelkontakte
7.3	Art und Umfang (Anzahl) der Gruppenkontakte
7.4	Einbindung der Familie und/oder sonstiger wichtiger Bezugspersonen (in welcher Form?)
7.5	Anschluss an eine Selbsthilfegruppe und Häufigkeit der Teilnahme

8 Behandlungsbereitschaft und individuelle Rehabilitationsziele

8.1	Ist Behandlungsbereitschaft erkennbar und wodurch wird sie bestimmt (Eigen- und/oder Fremdmotivation)?
8.2	Welche persönlichen Rehabilitationsziele benennt die Antragstellerin / der Antragsteller?
8.3	Bei erneuter Entwöhnungsbehandlung: Hat sich zwischenzeitlich die Einstellung zum Suchtmittel geändert? Wenn ja, in welcher Weise?

9 Hinweise zur Leistungsform und zur Art der Rehabilitationseinrichtung

9.1	Schwerpunktsetzung für die medizinische Rehabilitation aus Sicht der Beraterin / des Beraters (z. B. notwendige Behandlungsangebote, spezifische Einrichtungsmerkmale, Leistungsform)
9.2	Angaben zu weiteren voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen (z. B. andere Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Adaption, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Betreutes Wohnen, ambulante Psychotherapie)

9.3 Ggf. Wünsche der Antragstellerin / des Antragstellers zur Leistungsform und/oder zur Art der Rehabilitationseinrichtung und Begründung der Wünsche

9.4 Sind bei der Auswahl der Einrichtung persönliche, religiöse oder geschlechtsspezifische Besonderheiten zu beachten?

10 Zusammenfassende Stellungnahme im Hinblick auf die beantragte Leistung

Die Einverständniserklärung SB2 der Antragstellerin / des Antragstellers zur Weiterleitung an den Leistungsträger und an die Entwöhnungseinrichtung liegt vor.

11 Name und Beruf der/des Aufnehmenden

Ort, Datum

Unterschrift

11.6 Verzeichnis der Mitwirkenden an der Erarbeitung der Arbeitshilfe

Bettina Dudenhöffer, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt am Main

Klaus Gerkens, Verband der Angestellten-Krankenkassen/ AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Siegburg

Doris Habekost, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Rolf Hüllinghorst, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm

Dr. med. Joachim Köhler, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Anja Neupert-Schreiner, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Wolfram Schuler[†], Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V., Kassel

Dr. jur. Thomas Stähler, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt am Main

Dr. med. Bernhard van Treeck, MDK Nordrhein, Düsseldorf

Dr. phil. Volker Weissinger, Fachverband Sucht e.V., Bonn

Trägerübergreifende Zusammenarbeit - Koordinierung und Kooperation

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der Rehabilitationsträger, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.