

Das Leistungssystem der sozialen und medizinischen Rehabilitation

Peter Schay 2020

Das System der Suchtkrankenhilfe hat sich zwischen dem sozialen und medizinischen Hilfesystem entwickelt, d.h. bis in die frühen 60er Jahre war die Suchtkrankenhilfe eine Domäne der Nervenärzte, in den 70er Jahren bildeten sich Angebote der psychosozialen Behandlung und Begleitung heraus und Maßnahmen im Kontext einer psychiatrischen Behandlung standen die Behandler eher kritisch bis ablehnend gegenüber. Bis weit in die 80er Jahre waren in Deutschland das Abstinenzparadigma und die Leidensdrucktheorie handlungsleitend, als sog. „Königsweg“.

Mit Beginn der 90er Jahre entwickelte sich neben der klassischen Abstinenztherapie eine von verschiedenen Professionen getragene differenzierte Drogenhilfe, die die Komplexität und Vielschichtigkeit von Sucht in ihre Hilfeangebote integriert hat.

Heute sieht sich das klassische Drogenhilfesystem mehr und mehr mit somatischen als auch psychiatrisch-psychologischen Problemen konfrontiert. Begleiterkrankungen wie HIV-Infektion, Hepatitis, Tuberkulose, Thrombose, Abszesse aber auch Depressionen, Ängste etc. führen bei vielen Abhängigen zu schweren körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen.

Angesichts der heterogenen Bedürfnisse und Voraussetzungen der Menschen mit Abhängigkeits- und psychischen Problemen ist eine ganzheitliche und differentielle Angebotsstruktur der sozialen und medizinischen Rehabilitation notwendig, die akzeptierende und drogenfreie Unterstützungsangebote miteinander verbindet und aufeinander abstimmt.

Hier wird die enge Zusammenarbeit von Drogenhilfe und Medizin unabdingbar (bspw. im Kontext der medikamentengestützten Rehabilitation und der Behandlung psychiatrischer Komorbidität).

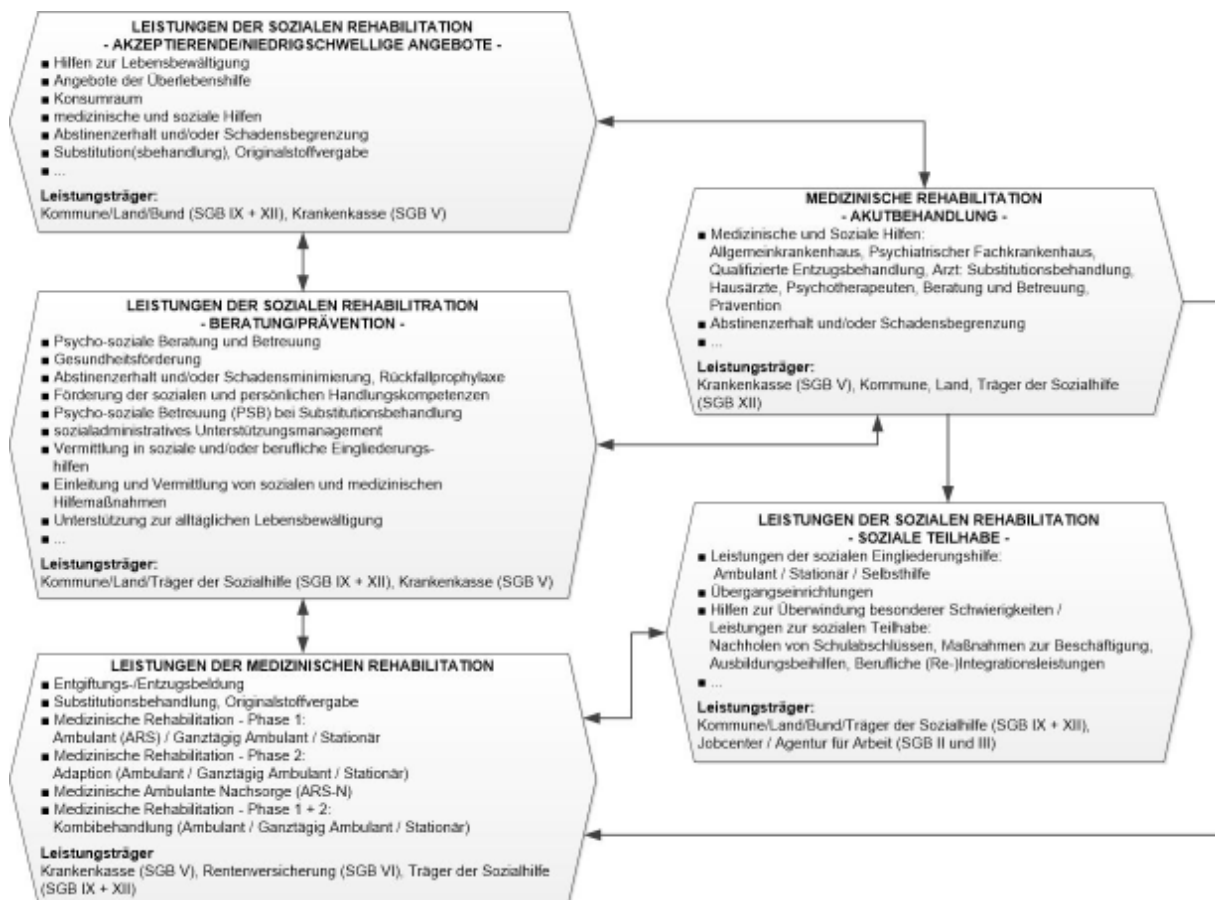


Abbildung: Leistungen der sozialen und medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Schay 2020)

Das Gesundheitsversorgungssystem hat sich auch heute nur bedingt auf die Betroffenenengruppe der Abhängigkeitskranken eingestellt.

Das Faktum der Nichterreichbarkeit und einer fehlenden systematischen Langzeitbegleitung von Abhängigkeitskranken führt zu Problemclustern, auf die andere, neue Antworten gefunden werden müssen, als die der bisher praktizierten und vielfach unverändert „traditionellen“ Behandlungswege, ohne dass diese deshalb in ihrem Wert und ihrer Bedeutung für die für sie geeigneten Zielgruppen geringgeschätzt werden dürfen.

Die Leistungsangebote der sozialen und medizinischen Rehabilitation müssen auf den Rehabilitationsbedarf akut Abhängigkeitskranker, chronisch Abhängigkeitserkrankter oder von Chronifizierung ihrer Erkrankung bedrohter Menschen, von multimorbiden Menschen und von als Folge ihrer Sucht behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen abgestimmt sein (vgl. *DHS* 2008, 5).

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF-Modell)

Die „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ wurde nach einem mehrjährigen Entwicklungsprozess von der 54. Vollversammlung der WHO im Mai 2001 verabschiedet und ist mittlerweile handlungsleitend für die Leistungsträger in der Ausgestaltung der Leistungen zur sozialen und medizinischen Rehabilitation.

Mit dem *ICF-Modell* können Aussagen zur Funktionsfähigkeit, den Aktivitäten und zur Partizipation getroffen werden; womit der gesamte Lebenshintergrund des Patienten berücksichtigt wird und ein festgestellter Zustand der funktionalen Gesundheit eines Menschen vor dem Hintergrund möglicher Barrieren oder Förderfaktoren standardisiert dokumentiert werden kann.

„Den ganzheitlich ausgerichteten Anforderungen der ICF ist der Gesetzgeber u.a. mit der Schaffung des SGB IX zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (2001) nachgekommen. [...] Die sozial-medizinische Beurteilung von (Menschen) mit psychischen Störungen [...] wird erst durch die genaue Kenntnis des Zusammenwirkens störungsbedingter Leistungseinbußen, individueller Dispositionsfaktoren und sozialer Gegebenheiten möglich. [...] Die Erkrankung und deren Folgesymptomatik einschließlich der mentalen Beeinträchtigungen wird als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender pathogener somatischer, psychischer und sozialer Einflussfaktoren verstanden“ (*DRV Bund* 2006, 4ff).

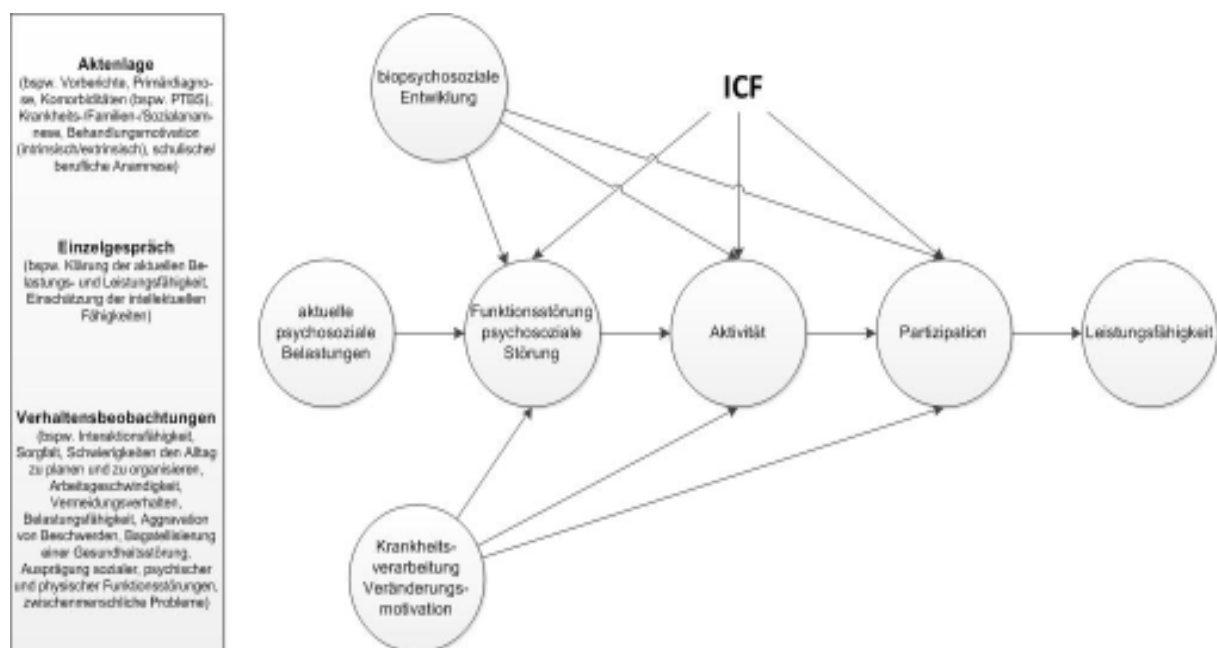


Abb.: ICF-Klassifikation

Merke

„Durch die [...] ICF wird es erstmalig möglich, die Entwicklung der Störung Abhängigkeit von psychotropen Substanzen F10ff als Ausdruck komplexer kontextueller Entstehungsbedingungen im Kontext zu betrachten - und dabei auch die historischen Entwicklungsbedingungen als Teil des Kontextes dieser Störung zu beachten und aus diesen Erkenntnissen eine Perspektive für den Betroffenen als Teil des therapeutischen Handelns zu entwickeln“ (Stachowske, Schiepek 2008, 26ff).

Mit dem *ICF-Modell* können die individuell erlebten krankheitsbedingten funktionalen Probleme diagnostiziert werden, d.h. die negativen Auswirkungen von Krankheit im Lebensalltag des Patienten, d.h. die Möglichkeiten der Effektivität rehabilitativer Maßnahmen sind damit erweitert.

„Mit dem bio-psycho-sozialen Modell wird ein bedeutender Paradigmenwechsel vollzogen [...] und eröffnet ganz neue Perspektiven der Hilfe“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006, 11f).

„Durch die [...] ICF wird es erstmalig möglich, die Entwicklung der Störung Abhängigkeit von psychotropen Substanzen F10ff als Ausdruck komplexer kontextueller Entstehungsbedingungen im Kontext zu betrachten - und [...] aus diesen Erkenntnissen eine Perspektive für den Betroffenen als Teil des therapeutischen Handelns zu entwickeln“ (Stachowske, Schiepek 2008, 26ff).

Körperfunktionen und -strukturen beziehen sich auf den menschlichen Organismus einschließlich des mentalen Bereichs. Körperfunktionen sind physiologische Funktionen von Körpersystemen, Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers. Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur.

Unter *Aktivität* wird die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen verstanden. Beeinträchtigungen einer Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann. Bei Kindern und Jugendlichen muss natürlich beachtet werden, welche Aktivitäten entwicklungsentsprechend und in welchem Umfang erwartet werden können (z.B. selbständiges Essen, Laufen, Sprechen).

Die *Partizipation/Teilhabe* ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation und unterscheidet sich bei Kindern und Jugendlichen altersabhängig und insbesondere von derjenigen bei Erwachsenen erheblich. Beeinträchtigungen der Teilhabe sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt. Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe zeigen sich insbesondere:

- im Verhalten
- in der Kommunikation
- im Bereich des Lernens und der Wissensanwendung
- im Umgang mit Stress
- in der Leistungsfähigkeit
- in der Bildung und Ausbildung (Kindergarten, Schul-/Berufsausbildung)
- in der Beschäftigung (Freizeit, Berufsausbildung)
- in der Selbstversorgung
- in der sozialen Integration

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. Kontextfaktoren können

- einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren)
- einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren)

auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit und somit den Vorsorge- oder Rehabilitationsverlauf haben. Einige negativ wirkende Kontextfaktoren können Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken verursachen, wobei die Wirkmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind. Kontextfaktoren sind indikationsspezifisch unterschiedlich zu werten.

Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind deshalb bei der Indikationsstellung für eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung, deren Durchführung und der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen. Auf diese Weise werden die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil des betroffenen Menschen sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen einbezogen.

Zu den *Umweltfaktoren* gehört alles, was sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Lebenswelt des betroffenen Menschen bezieht, z.B. natürliche und von Menschen veränderte Umwelt, soziale Unterstützung (Familie) und Beziehungen (Freunde), Einstellungen, Werte und Überzeugungen.

Umweltfaktoren stehen in Wechselwirkung mit den Komponenten der Körperfunktionen und -strukturen, den Aktivitäten und der Partizipation (die in Deutschland wegen der Verwendung im SGB IX passender als Teilhabe bezeichnet wird). Art und Umfang dieser Wechselbeziehungen sind nicht festgelegt.

Personenbezogene Faktoren sind der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen und umfassen alle Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil seines Gesundheitsproblems sind. Diese Faktoren können z.B. Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Bildung, Beruf, Erfahrung, Lebensstil, Gewohnheiten sein. Personenbezogene Faktoren sind in der ICF nicht klassifiziert, aber insbesondere bei Kindern und Jugendlichen von herausragender Bedeutung.

Neben den genannten Einflussgrößen berücksichtigt die Integrative Therapie weitere Bereiche des menschlichen Lebens. Das ganzheitliche und differentielle biopsychosoziale Modell der IT basiert auf einem hochkomplexen Prozess der Veränderung auf der biologischen, psychischen, sozialen, ökologischen und geistigen Ebene, der Risikofaktoren, protektive Faktoren und Resilienzen berücksichtigt.

In der therapeutischen Praxis sind hierbei die „*Selbstregulationskräfte des Organismus*“, die „*Selbsteilungskräfte und Entwicklungspotentiale des Subjekts*“ und das „heilende und fördernde Potential der zwischen bzw. mitmenschlichen Beziehung“ wesentliche Wirkfaktoren.

Qualitätssicherungsanforderungen in der sozialen und medizinischen Rehabilitation

Je differenzierter, flexibler und vielfältiger die Angebotsstrukturen der jeweiligen Leistungsträger der sozialen und medizinischen Rehabilitation sind, umso mehr gewinnen allgemein verbindliche, für die Bereiche aller Träger geltende Qualitätsanforderungen für das Rehabilitationsverfahren und den Rehabilitationserfolg an Bedeutung.

Der je nach Art und Umfang der verschiedenen Krankheits- und Behinderungsspektren unterschiedliche Bedarf an Rehabilitationsleistungen erfordert eine flexible Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation. Als Grundlage hierfür müssen bedarfsgerechte, detaillierte indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte und Rehabilitationsleitlinien geschaffen werden.

Diese Leitlinien müssen sowohl für die Art und Dauer der Maßnahmen als auch für die Entscheidung über die Maßnahmeform „Handlungskorridore“ eröffnen.

Stärkung und Verbesserung des gegliederten Systems der Rehabilitation

Nach geltendem Recht sind für die Finanzierung sozialer und medizinischer Rehabilitationsleistungen vor allem die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), Rentenversicherung (SGB VI) und (über)örtliche Träger der Sozialhilfe (SGB IX + XII) zuständig (vgl. auch Abbildung: *Leistungen der sozialen und medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker*).

Diese unterschiedlichen Zuständigkeiten führen für einen großen Teil der Rehabilitanden zu z.T. beträchtlichen Verzögerungen im Rehabilitationsverlauf.

Vor diesem Hintergrund sind daher weniger Art und Umfang erforderlicher Rehabilitationsleistungen, sondern deren zielgerichteter Einsatz, die Harmonisierung und Koordinierung der Leistungen sowie ein nahtloser Rehabilitationsverlauf die wesentlichen Probleme unseres Rehabilitationssystems.

Nur unter der Voraussetzung zielgerichteter und effizienter Zusammenarbeit der Leistungsträger auf der Grundlage harmonisierter Rechtsvorschriften und eines gemeinsamen Verständnisses von Rehabilitation kann das gegliederte System Menschen mit einer eingetretenen oder drohenden Behinderung weitgehende und wirkungsvolle Möglichkeiten der Eingliederung schaffen und sichern.

Eine verstärkte Kooperation zwischen den Rehabilitationsträgern durch den Abschluss von gemeinsam getragenen Vereinbarungen ist dringend erforderlich. Die notwendige Voraussetzung hierfür muss der Gesetzgeber durch eine Weiterentwicklung des Rehabilitationsrechts mit dem Ziel einer Kodifizierung des Sozialgesetzbuches IX schaffen. Dieses muss durch eine Vereinheitlichung der Begriffe und der Abgrenzungskriterien vor allem dazu beitragen, die Rehabilitationsverfahren der verschiedenen Bereiche möglichst nahtlos ineinander greifen zu lassen.

Um diese Zielsetzung erreichen zu können, muss in Anbetracht der steigenden Zahl chronisch Kranker und multimorbider Menschen (\Rightarrow d.h. auch Suchtmittelkonsumenten und Abhängigkeitskranke) als Voraussetzung für einen möglichst erfolgreich gestalteten Rehabilitationsprozess, die

soziale Betreuung/Behandlung, medizinische Rehabilitation, berufliche Eingliederung und soziale Integration als ganzheitliches Geschehen verstanden werden und wirksam ineinander greifen.

Den heute gegebenen Möglichkeiten der (Wieder-)Eingliederung Kranker und Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft durch immer verbesserte Maßnahmen insbesondere der medizinischen Rehabilitation (⇒ medikamentengestützte medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger) stehen jedoch nachhaltige Einschränkungen der Leistungsträger entgegen, hier: drastische Beschneidung des finanziellen Rahmens und das beträchtliche Ausmaß bürokratischer Reglementierung (vgl. ebenda).

„[...] nachhaltig einzufordern ist daher, [...] das ...] zukünftig ausschließlich wieder [soziale und] medizinische Kriterien für die Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen ausschlaggebend sein sollen. [...] Der je nach Art und Umfang der verschiedenen Krankheits- und Behinderungsspektren unterschiedliche Bedarf an Rehabilitationsleistungen erfordert eine flexible Ausrichtung der [sozialen und] medizinischen Rehabilitation“ (ebenda).

Ausrichtung von Rehabilitationsmaßnahmen an medizinischen Kriterien

Um den Rehabilitationsprozess möglichst erfolgreich zu gestalten, müssen soziale und medizinische (Akut-)Betreuung/Behandlung und Rehabilitation als ganzheitliches Geschehen verstanden werden und wirksam ineinander greifen.

Der Gesetzgeber wird nachhaltig aufgefordert, die weiteren, dringend erforderlichen gesetzgeberischen Maßnahmen - zum Erhalt und zur Sicherung eines auch zukünftig leistungsfähigen Rehabilitationssystems zu beraten und zu verabschieden.