

Chancen und Herausforderungen zunehmender Flexibilisierung der Suchtrehabilitation

(aus Sicht der stationären Rehabilitation,
am Beispiel der FK Weinböhla)

Dr. Christine Neuberg
Ev. Fachkliniken Heidehof gGmbH
FK Weinböhla



Fachklinik Weinböhl

Träger: Evangelische Fachkliniken Heidehof gGmbH

Federführender Leistungsträger:

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Behandlungsplätze: 160, davon ca. 110 für Alkohol- und Medikamentenabhängige und 50 für Drogenabhängige

Indikationsbereich: Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit sowie Drogenabhängigkeit als Erstdiagnose, weitere Abhängigkeiten, wenn sekundär.

Diversifizierung der Therapie

- Eröffnung der Klinik 1998 – Behandlung von Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigen
- Sukzessive Einführung von Konzepten zur Behandlung verschiedener Subgruppen:
 - Depressive Rehabilitanden
 - Russischsprachige Rehabilitanden
 - Kognitiv eingeschränkte Rehabilitanden
 - Behandlung von Vater/Mutter mit Kind/ern mit sozialpädagogischer Förderung der Kinder
- 2012 Beginn der Behandlung von Abhängigen von illegalen Drogen (in gemischten Gruppen)
- Verstärkte Beachtung des Schwerpunktes der Wiedereingliederung ins Arbeitsleben durch das BORA-Konzept (Berufsorientierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker)

Flexibilisierung der Zugangswege (I)

- Direktverlegungen aus psychiatrischen Kliniken (von S1-Regelbehandlungen):
 - inzwischen ca. 60-70% unserer Rehabilitanden,
 - oft Abholung durch Klinikfahrzeug,
 - gute Zusammenarbeit mit Sozialdienst der Psychiatrien,
 - weniger Rehabilitanden „gehen verloren“,
 - trotzdem gelingende Einbindung in Suchthilfesystem

Flexibilisierung der Zugangswege (II,1)

- Beantragung durch Arbeitsämter/Jobcenter:

(Empfehlungen der

Deutschen Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund,

der Bundesagentur für Arbeit,

des Deutschen Landkreistages und

des Deutschen Städtetages

zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitssuchender abhängigkeitskranker Menschen vom

1. Juli 2018)

Flexibilisierung der Zugangswege (II,2)

- Eher selten
- Für Zusammenarbeit mit Landkreis Meißen ist „Laufzettel“ für die an der Behandlung der Rehabilitanden Beteiligten geplant (AA/JC, SBS, Psych. Klinik, Reha-Klinik)
- d. h. AA/JC schicken bei Auffälligkeiten der Kunden bezüglich eines möglichen Suchtproblems in SBS usw.

Flexibilisierung der Zugangswege (III)

- Beantragung durch Hausärzte:
kaum wahrgenommen

Flexibilisierung der Reha-Formen (I)

- Verkürzung/Verlängerung der stationären Rehabilitation
 - Verlängerung häufig wahrgenommen
- Kombinationsmöglichkeiten:
 - Stationäre Rehabilitation mit anschließender Adaption in eigener Adaption (Adaption Pirna) in anderen Adaptionen
 - Stationäre oder ganztags-ambulante Rehabilitation mit anschließender Nachsorge ist die Regel

Flexibilisierung der Reha-Formen (II)

- Verkürzung der stationären Rehabilitation mit anschließender ambulanter Rehabilitation
sehr selten
- Stationäre Rehabilitation ohne Verkürzung mit anschließender ambulanter Rehabilitation
ist sinnvolle Ergänzung, aber noch zu wenig wahrgenommen
- Ganztags-ambulante Rehabilitation
nicht existent in Sachsen
- Kombitherapie

Unsere Erfahrungen mit Flexibilisierung

- **Kombi-Therapie** schon seit ca. 10 Jahren (6-8 Wochen stationärer Teil, dann 6 Monate ambulanter Teil)
 - Eigens dafür erstelltes Konzept in Zusammenarbeit mit der SBS der Caritas Dresden
 - Rasche Erweiterung der Zusammenarbeit auch mit anderen SBS
 - Anfangs einige Kombi-Rehabilitanden, dann jahrelang sehr wenige (3-4/Jahr), im letzten Jahr wieder zunehmend (in einer Gruppe 2-3 Kombi-Therapie-Rehabilitanden regelmäßig)
 - Bleibt aber kleine Gruppe von Rehabilitanden

Kombi-Therapie

- Zum Teil gut geeignete Rehabilitanden (strukturierter, besser sozial integriert)
- Zum Teil gelingt SBS zunächst nur die Motivation für die kürzere stationäre Zeit (Angst vor langem Reha-aufenthalt, Ungewissheit des Rehabilitanden, ob er die Rehabilitation überhaupt möchte)→dann auch Umwidmung bei uns zu vollständiger stationärer Therapie, wenn erforderlich

Chancen

- Individuellere Therapieplanung möglich entsprechend den individuellen Voraussetzungen
- Mehr Rehabilitanden können erreicht werden mit dem individualisierten Angebot

Herausforderungen

- Unterschiedliche Rehabilitandengruppen
 - Veränderung des Therapiekonzeptes (z. B. durch Verkürzung der stat. Therapiezeit), Wegfall der Aufnahmewoche, keine THF, sofortige Integration in Indikativgruppen
 - Zusätzlicher zeitlicher Aufwand (z. B. durch Übergabegespräche bei Kombitherapie)
 - Zusätzliche Antragstellungen (z. B. bei anschließender ambulanter Rehabilitation)
 - Motivation des Rehabilitanden zu anderer Therapieform

Danke für Ihre
Aufmerksamkeit