

Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e. V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen

(Bonn 2006, 2. überarbeitete Version) Fachverband Sucht e. V.
Autoren: Dr. Volker Weissinger, Peter Missel

	Seite		Seite
Inhaltsverzeichnis	44		
1. Zielsetzung des Gesamtkonzeptes	45		
2. Ausgangslage	45		
2.1 Alkohol	46		
2.2 Illegale Drogen	46		
2.3 Medikamente	47		
2.4 Gesundheitspolitische Zielsetzungen	47		
3. Angebote der Suchtkrankenhilfe	49		
3.1 Selbsthilfegruppen für suchtkranke Menschen	50		
3.2 Entgiftung und qualifizierter Entzug	50		
3.3 Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen	50		
3.3.1 Zur ökonomischen Situation von ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen	51		
3.3.2 Indikationsstellung für die ambulante Behandlung	51		
3.3.3 Leistungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke	51		
3.3.4 Qualität der ambulanten Behandlung Suchtkranker	52		
3.4 Stationäre Behandlung von Abhängigkeits- erkrankungen	53		
3.4.1 Indikationsstellung für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung	53		
3.4.2 Einsparungen in der medizinischen Rehabilitation und deren Auswirkungen	54		
3.4.3 Reduktion der Behandlungszeiten	54		
3.4.4 Überprüfung der Zugangsvoraussetzungen	54		
3.4.5 Qualität, Preis und Belegung von Einrichtungen	55		
3.4.5.1 Grundsätzliche Erwägungen zum Thema Preisvergleich	56	3.4.5.6 Arbeitslosigkeit und Rückfall	60
3.4.5.2 Qualitätskriterien zur Beurteilung von stationären Einrichtungen	56	3.4.5.7 Berufliche Reintegration: Behandlungsangebote und strukturelle Anforderungen	61
3.4.5.3 Reha-Bewertungssystem: Qualitäts- vergleiche und -berichte	57	3.5 Gantztägige ambulante (teilstationäre) Angebote für Abhängigkeitserkrankungen	61
3.4.5.4 Strukturverantwortung und Zuweisungssteuerung	59	3.5.1 Entwicklungsstand gantztägig ambulanter Behandlungsangebote	61
3.4.5.5 Förderung der Teilhabe am Arbeits- leben und berufliche (Re-) Integration	60	3.5.2 Effektivität der gantztägig ambulanten Behandlung	62
		3.5.3 Indikationsstellung für die gantztägig ambulante Behandlung	62
		3.5.4 Strukturelle Aspekte und alternative Angebote der Gantztagsbetreuung von Suchtkranken	62
		3.6 Komplementäre Angebote für suchtkranke Menschen: Adaption, Betreutes Wohnen und soziotherapeutische Einrichtungen	62
		3.6.1 Adaptive Maßnahmen	63
		3.6.2 Betreutes Wohnen	63
		3.6.3 Soziotherapeutische Einrichtungen	63
		4. Planung und Vernetzung der Angebotsstrukturen für suchtkranke Menschen	64
		4.1 Vernetzung und Abstimmung suchtspezifischer Angebote	64
		4.2 Frühintervention und Fallmanagement bei Abhängigkeitserkrankungen	65
		4.2.1 Die Rolle des Arztes im Kontext von Sucht- erkrankungen	65
		4.2.2 Kooperation der Suchtkrankenhilfe mit Allgemeinkrankenhäusern (z. B. durch Liaison-/Konsiliardienste)	66
		4.2.3 Strukturelle Anforderungen	66
		5. Evidenzbasierung und Leitlinienentwicklung	66
		6. Prävention und Behandlung von Abhängigkeits- erkrankungen: Empfehlungen und Forderungen	67
		7. Schlusswort	70
		Literaturliste	70

1. Zielsetzung des Gesamtkonzeptes

In den vergangenen Jahrzehnten wurde in Deutschland von Leistungs- und Einrichtungsträgern ein hochwertiges Beratungs- und Behandlungssystem für abhängigkeitskranke Menschen entwickelt. Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) hat mit seinen Mitgliedseinrichtungen zum Aufbau dieses – auch im internationalen Vergleich – effektiven Behandlungssystems wesentlich beigetragen und zahlreichen Innovationen, insbesondere im Bereich der stationären Rehabilitation, den Weg bereitet (Kurzzeittherapie, Untersuchungen zur Effektivität der Behandlung, Individualisierung und Qualitätsförderung in der Rehabilitation etc. vgl. Fachverband Sucht e.V. 1990, 1992, 1993, 1994, 1995a, 1995b, 1995c, 1996, 1997a, 1997b, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, Zobel et. al. 2005a, b)

Angesichts struktureller Veränderungen des Arbeitsmarktes, einer hohen und andauernden Arbeitslosigkeit in Deutschland und der öffentlichen Finanzkrise ist auch das Beratungs- und Behandlungsangebot für suchtkranke Menschen in eine tiefe Krise geraten, obwohl Sucht als Krankheit anerkannt ist und die gesundheitsschädigenden und lebensgefährdenden Auswirkungen einer chronischen Abhängigkeit ebenso bekannt sind wie die massiven Beeinträchtigungen und Teilhabeprobleme auf beruflichem, familiärem und sozialem Gebiet. Aufgrund der beschränkten Ressourcen wird sich zukünftig die Diskussion darüber verschärfen, welche Leistungen im Gesundheitsbereich solidarisch erbracht werden können und wie unser Sozialstaat konkret ausgestaltet werden soll. Zunehmend geraten die Prüfung der Angemessenheit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von personenbezogenen Gesundheitsleistungen in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Betrachtung. Dies liegt insbesondere an dem Zusammenhang zwischen demographischer Alterung der Bevölkerung, längerer Lebenserwartung und einem drastischen Geburtenrückgang in den Industrienationen. Damit verbunden wird längerfristig eine Abnahme des erwerbstätigen Potentials sein. Dieses wird nach den aktuellen Prognosen – bei Fortschreibung bestehender Verhältnisse – bis zum Jahr 2040 von 37 Mio. auf 24 Mio. Menschen abnehmen. Es wird von daher ein zentrales Ziel der Politik sein, dass zukünftig Arbeitnehmer/innen länger am Arbeitsleben teilnehmen, Frühberentungen möglichst vermieden werden und Beiträge für die Sozialversicherungsträger geleistet werden. Aktuell trägt insbesondere die hohe Anzahl arbeitsloser Menschen dazu bei, dass die Finanzierungsgrundlagen unseres solidarisch geprägten Sozialversicherungssystems brüchig geworden sind.

Während auf der einen Seite der Kostendruck angesichts gedeckelter Budgets und Einnahmeprobleme der Sozialversicherungsträger wächst, wird auf der anderen

Seite der Bedarf an Rehabilitationsleistungen zunehmen. Ebenso wie die Prävention gehört nach Ansicht des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/1) die Rehabilitation zu den großen Unterversorgungsbereichen. Gerade die moderne Rehabilitation eröffnet wie kaum ein anderer Behandlungsansatz die Chance für eine umfassende und multidimensionale Versorgung chronisch erkrankter Menschen.

Die zentrale Herausforderung für die Rehabilitation besteht deshalb darin, wie bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Rehabilitationsleistungen angesichts der begrenzt bereitgestellten finanziellen Ressourcen zukünftig gewährleistet werden können und eine fachgerechte Behandlung sichergestellt werden kann.

Wir werden erleben, dass angesichts der knappen Ressourcen der sozialen Sicherungssysteme in unserem Gesundheitswesen zunehmend eine Zieldiskussion zu führen sein wird.

Vor dem Hintergrund der Festlegung von prioritären Gesundheitszielen wird ein zentrales Thema der Zukunft die psychische Gesundheit der Menschen in einer sich dynamisch verändernden Welt sein, deren gesamtes Wissen sich mittlerweile alle 5-7 Jahre verdoppelt.

Im Zeitalter der Globalisierung, in welchem die Zeittakte kürzer werden, die Informationsdichte größer wird und der internationale Wettbewerb zunimmt, wird es beispielsweise von entscheidender Bedeutung sein, mit den zunehmenden mentalen Belastungen und Herausforderungen der Lebens- und Arbeitswelt oder auch Unsicherheiten des Arbeitsplatzes umgehen zu können. Es ist davon auszu-

gehen, dass psychische Erkrankungen in den Industrienationen weiterhin dramatisch zunehmen (DAK 2005, BKK 2005).

Angesichts dieser Entwicklungen ist davon auszugehen, dass der Konsum und Missbrauch psychotroper Substanzen auch in unserer Gesellschaft von Morgen von Bedeutung sein wird.

Angesichts dieser Rahmenbedingungen wird eine grundsätzliche Positionsbestimmung umso notwendiger. Der Fachverband Sucht liefert mit dem Gesamtkonzept eine Diskussionsgrundlage zur ökonomischen Bedeutung, zum gegenwärtigen Stand, zur Effektivität sowie zu den erforderlichen Entwicklungen des Behandlungssystems für abhängigkeitskranke Menschen. Wir möchten damit einen Anstoß für einen kritischen Dialog mit Politikern, Vertretern der Leistungsträger, anderen Organisationen und Verbänden, Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Fachleuten und Experten sowie dem Selbsthilfesystem geben.

2. Ausgangslage

Wenn wir die Frage nach der aktuellen Priorität einzelner Gesundheitsziele aufgreifen, so können wir feststellen, dass Suchterkrankungen und übermäßiger Substanzkonsum ein epidemiologisches, sozial- und gesundheitspolitisches Problem ersten Ranges darstellen. In Deutschland rechnet man in der Altersgruppe der 18 – 69jährigen Erwachsenen mit (Kraus und Augustin 2001):

Ca. 4 Mio. suchtkranken Personen, davon sind

- ca. 1,7 Mio. alkoholabhängig
- ca. 1,9 Mio. medikamentenabhängig und

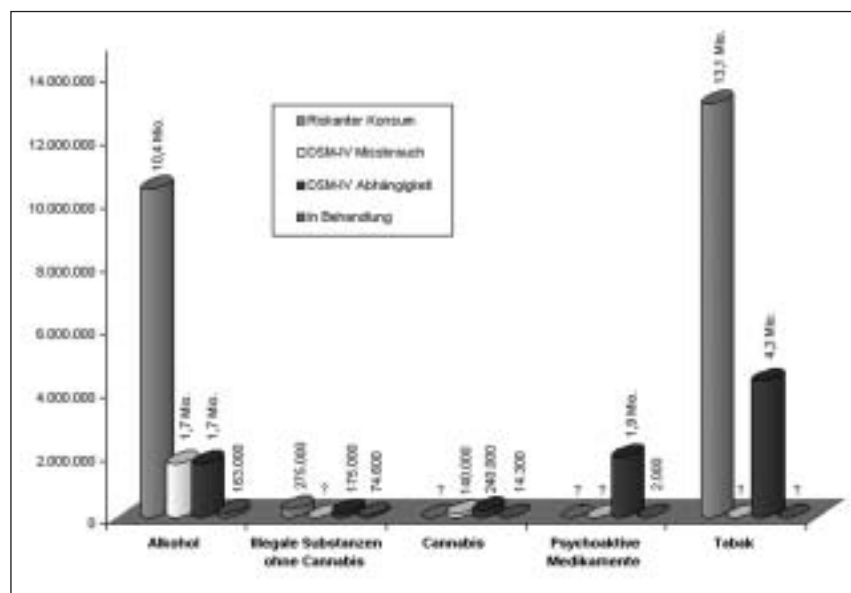


Abb. 1: Umfang riskanten Konsums, substanzbezogene Störungen und jährliche Behandlungsfälle in Deutschland
 Rita Augustin, Ludwig Kraus, Gerhard Bühringer (zuletzt aktualisiert am 01.05.2005)
 (Quelle: www.ift.de)

- ca. 175.000 drogenabhängig (ohne Cannabis)
- ca. 240.000 cannabisabhängig.

Darüber hinaus sind 4,3 Mio. nikotinabhängig.

Ein Überblick über den riskanten Konsum, substanzbezogene Störungen und jährliche Behandlungsfälle in Deutschland bietet Abb. 1.

Eine Abhängigkeit liegt nach ICD 10 (Internationale Klassifikation der psychischen Störungen) (Weltgesundheitsorganisation, 2000) vor, wenn 3 oder mehr der folgenden Kriterien zutreffen:

Abhängigkeit nach ICD 10
1) Der starke und gelegentlich übermächtige Wunsch, Suchtmittel zu konsumieren.
2) Verminderte Kontrolle bezüglich Konsumstil und -menge.
3) Fortgesetzter Konsum zur Verhütung von Entzugserscheinungen, Entwicklung eines körperlichen Entzugssyndroms.
4) Entwicklung von Toleranz gegenüber dem Suchtstoff und daraus resultierende Dosissteigerung.
5) Zunehmende Ausrichtung des Verhaltens auf den Substanzkonsum. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen.
6) Fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen körperlicher, psychischer oder sozialer Art.

Im Unterschied dazu wird ein schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen im ICD 10 wie folgt beschrieben:

Schädlicher Gebrauch nach ICD 10
<ul style="list-style-type: none"> • Dieser liegt vor, wenn das Konsummuster psychotroper Substanzen zu einer Gesundheitsschädigung führt. Dies kann eine körperliche Störung (z.B. Hepatitis durch Selbstinjektion von Substanzen) oder eine psychische Störung (z.B. depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum) sein.
<ul style="list-style-type: none"> • Schädliches Konsumverhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat häufig unterschiedliche soziale Folgen. Allerdings ist die Ablehnung des Konsumverhaltens oder einer bestimmten Substanz von anderen Personen oder einer ganzen Gesellschaft allein kein Beweis für den schädlichen Gebrauch.

Bei pathologischem Spielen bestehen z. T. Analogien zu den stoffgebundenen Suchtformen. Hier ist allerdings eine differen-

zierte Diagnosestellung erforderlich, um beispielsweise eine Behandlung im Kontext einer Suchttherapie oder einer psychosomatischen Behandlung einzuleiten.

2.1 Alkohol

Alkohol stellt in Deutschland ein herausragendes Suchtmittel dar. Nach Untersuchungen zum Alkoholgebrauch in der Bevölkerung ist bei 10,4 Mio. Bundesbürgern von einem riskantem Konsum auszugehen (IFT 2005). Allein bezogen auf Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol rechnet man mit ca. 42.000 Todesfällen pro Jahr (Bergmann und Horch 2002). Nach derzeitigem Forschungsstand sind 12,7 % der Krankenhauspatienten alkoholabhängig, weitere 4,6 % missbrauchen Alkohol. 7,2 % der Patienten/innen in der allgemeinärztlichen Versorgung werden als alkoholabhängig, weitere 3,5 % als alkoholmissbrauchend eingeschätzt (vgl. John et.al. 1996). Bundesweit wird die volkswirtschaftliche Belastung allein durch alkoholbedingte Folgekosten auf 20,6 Mrd. Euro jährlich beziffert.

Eine Reduktion dieser gesellschaftlichen Folgekosten, welche durch Arbeitsunfähigkeit, Lohnfortzahlung, Unfälle, inadäquate Behandlung im akutmedizinischen Bereich, Mortalität etc. verursacht werden, wäre durch verzahnte Strategien, die von der Primärprävention und Gesundheitsförderung über Interventionen bei schädlichem Konsum bis hin zur fachgerechten Beratung und Behandlung abhängigkeitskranker Menschen reichen, möglich.

Das hohe Chronifizierungsrisiko suchtgefährdeter bzw. -abhängiger Personen zeigt

sich auch darin, dass bei etwa der Hälfte der alkoholabhängigen Patienten die Grunderkrankung bereits mehr als 12 Jahre andauert, bevor eine zielgerichtete Intervention in Form einer stationären Entwöhnungsbehandlung beginnt (vgl. Bachmeier et. al. 2005). Im Jahr 2004 wurden im Bereich der Rentenversicherung 28.884 stationäre und 10.739 ambulante Rehabilitationsleistungen aufgrund von Alkoholabhängigkeit durchgeführt.

2.2 Illegale Drogen

Bei drogenabhängigen Menschen sind häufig polyvalente Konsummuster, mehrfach fehlgeschlagene Versuche zur Bewältigung der Abhängigkeit und eine Häufung existentieller Probleme (gravierende körperliche und/oder seelische Schäden, Beschränkung sozialer Kontakte auf die Drogenszene, Beschaffungskriminalität, Verschuldung, Arbeitslosigkeit, (drohende) Wohnungslosigkeit) festzustellen.

Im Jahr 2004 wurden ca. 283.708 Rauschgiftdelikte registriert, ca. 21.100 erstaufrichtige Konsumenten harter Drogen wurden von den Strafverfolgungsbehörden erfasst und es gab 1.385 Rauschgifttote (vgl. Stempel 2006). Insbesondere für drogenabhängige Menschen sind in den letzten Jahren neben abstinenzorientierten Behandlungsangeboten auch andere Maßnahmen getreten, wie z.B. niedrigschwellige Hilfsangebote oder Substitutionsmaßnahmen.

Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über die differenzierten Zielsetzungen und Maßnahmen für drogenabhängige Menschen. Entsprechende Ziele

Übergeordnete Ziele				
1. Wiederherstellung bzw. Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit und der sozialen Integration				
2. Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Fähigkeit zum Leben in Abstinenz				
Zielbereich 1	Zielbereich 2	Zielbereich 3	Zielbereich 4	Zielbereich 5
1. Kontakt aufbauen 2. Kontakt halten 3. Missbrauchsbedingte Risiken/Folgen reduzieren	Veränderungsbereitschaft für Maßnahmen zur Erreichung der eines risikoarmen Konsums bzw. Abstinenz fördern	Elementare materielle und soziale Lebensbedingungen außerhalb der Drogenszene aufbauen bzw. wiederherstellen	Substitution ohne riskanten Beikonsum aufbauen (zumindest langfristig Abstinenz anstreben)	Abstinenz und zufriedene Lebensführung, Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft
Maßnahmen	Maßnahmen	Maßnahmen	Maßnahmen	Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Aufsuchende Arbeit ♦ Praktische Hilfsangebote (Übernachtung Essen und Waschen, medizinische Behandlung) ♦ Prävention von (weiteren) Infektionsrisiken (z.B. Spritzenaustausch, geschützter Sexualverkehr) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Motivationsfördernde Verfahren (motivationales Interview, Abwägung der Vor- und Nachteile in verschiedenen Handlungsfeldern) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Schul-/Arbeitsmöglichkeit ♦ Selbstversorgung und Zukunftsplanung ♦ Finanzielle Selbstständigkeit ♦ Freizeitgestaltung ♦ Soziale Kontakte 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Substitution mit psychosozialer Begleitung und individueller Therapieplanung ♦ Motivationsfördernde Verfahren 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Qualifizierter Entzug ♦ Entwöhnungsbehandlung ♦ Rückfallprävention und -behandlung ♦ Adaption und Nachsorge

Abb. 2: Ziele für die Behandlung Drogenabhängiger (Bühringer 1997, in Abänderung)

gelten auch für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen.

Schätzungen zufolge befinden sich von ca. 175.000 drogenabhängigen Menschen ca. 60.000 in einer substitions-gestützten Behandlung (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005), ca. 8.600 befanden sich im Jahr 2004 in einer durch die Rentenversicherungsträger finanzierten ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung aufgrund von Drogenabhängigkeit (stationär: 7.613, ambulant: 1.020 Leistungen). Hinzu kommen 3.359 stationäre und 446 ambulante Leistungen aufgrund von Mehrfachabhängigkeit.

Nach Beendigung des „Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger“, in dessen Rahmen die Gruppe Schwerstabhängiger injizierbares Heroin erhielt bleibt abzuwarten, inwieweit eine heroingestützte Behandlung zukünftig für diese eingeschränkte Zielgruppe zu einem Regelaangebot werden wird. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Heroinvergabe für sich genommen keine Suchtbehandlung darstellt und diese eingebettet sein muss in eine Gesamtbehandlung. Von daher ist beispielsweise die Frage der Finanzierung der psychosozialen Betreuung bereits vor einer möglichen Überführung in die Regelversorgung zu klären.

Auch sind klare Ein- bzw. Ausschlusskriterien für die heroingestützte Behandlung (Definition von „Schwerstabhängigkeit“) festzulegen. Ferner darf die Finanzierung eines zusätzlichen Angebotes für die Gruppe der schwerstabhängigen Opiatabhängigen nicht dazu führen, dass an die Angebote der Suchtkrankenhilfe bzw. der Substitutionsbehandlung aufgrund begrenzter Mittel reduziert oder gar gestrichen werden.

2.3 Medikamente

Eine eher unauffällige Gruppe, die nur in geringem Maße Leistungen der Suchtkrankenhilfe in Anspruch nimmt, stellen medikamentenabhängige Menschen dar. Von den in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige behandelten Patienten des FVS waren im Jahr 2004 lediglich 1,3 % primär von Medikamenten abhängig. Die Gesamtzahl der ambulanten Rehabilitationsleistungen durch die Rentenversicherungsträger betrug im Jahr 2004 lediglich 372 stationäre und 83 ambulante Leistungen. Nur ein äußerst geringer Teil der medikamentenabhängigen Menschen in Deutschland werden damit vom Suchtbehandlungssystem erreicht. Eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit und der auffallend niedrigen Behandlungsprävalenz ist festzustellen (vgl. Soyka et al. 2005).

Hinsichtlich der Prävention und Verhinderung einer Medikamentenabhängigkeit kommt insbesondere den Ärzten eine Schlüsselrolle zu.

Etwa 4 – 5 % aller häufig verordneten Arzneimittel besitzen ein entsprechendes Suchtpotential, das bei der Verordnung (Dauer, Dosierung, Indikation) sorgfältig berücksichtigt werden sollte.

Schätzungen zufolge werden 25 – 30 % dieser Mittel nicht wegen akuter medizinischer Probleme, sondern zur Vermeidung von Entzugerscheinungen und damit langfristig zur Suchtunterhaltung verschrieben (vgl. Glaeske, 2006).

2.4 Gesundheitspolitische Zielsetzungen

Im Zusammenhang mit Missbrauch und Abhängigkeit in unserer Gesellschaft lassen sich unterschiedliche gesundheitspolitische Zieldimensionen (vgl. Aasland 1996, Edwards 1997) aufstellen.

Hierzu gehören Globalziele wie:

- Senkung der Mortalität (Sterblichkeit)
- Senkung der Morbidität (Krankheitshäufigkeit)
- Senkung der Prävalenz (Häufigkeit einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt)
- Senkung der Inzidenz (Neuerkrankungsrate pro Jahr)

von Suchterkrankungen, Suchtfolgeerkrankungen und Sucht-assoziierten Erkrankungen.

Da die Ursachen von Sucht vielfältiger Natur sind und diese aus der Wechselwirkung zwischen

- dem Individuum (z. B. mit seiner Disposition, Vulnerabilität, Lebensgeschichte),
- dem Suchtmittel (z. B. Griffnähe, Verfügbarkeit, Wirkungsweise der Suchtmittel) und
- der Umwelt/Milieu (z. B. soziokulturelle Bedeutung des Suchtmittels, Konsumgewohnheiten in der Gesellschaft bzw. in sozialen Bezugsgruppen)

entstehen, müssen unterschiedliche Wege beschritten werden, um diese Globalziele zu erreichen. Zu den Wegen und Handlungsbereichen gehören:

1. Primärprävention und Gesundheitsförderung
 - Reduktion des Konsums von Suchtmitteln in der Gesamtbevölkerung (z. B. durch Preisgestaltung, Werbe- und Zugänglichkeitsbeschränkungen, Aufklärung)
 - Stärkung von allgemeinen Bewältigungskompetenzen und spezifischer Fähigkeiten im Umgang mit Suchtmitteln in unserer Gesellschaft
 - etc.
2. Sekundärpräventive Ansätze
 - Frühzeitiges Erkennen von Missbrauch und einer beginnenden Abhängigkeit
 - Begrenzung des Chronifizierungsrisikos durch eine möglichst frühzeitige Intervention (im Sinne von Beratung bzw. Frührehabilitation)
 - etc.

3. Beratung, Behandlung und weiterführende Hilfen für Suchtkranke

- Stabilisierung der gesundheitlichen, sozialen und persönlichen Situation abhängigkeitskranker Menschen
- Überlebenshilfe für existenziell bedrohte suchtkranke Menschen
- Frühzeitige Vermittlung abhängigkeitskranker Menschen an fachspezifische Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe
- Förderung der Teilhabe und persönlicher Ressourcen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation
- Verminderung der Rückfallhäufigkeit und Rückfalldauer
- Wiedereingliederung in berufliche, familiäre und soziale Bezüge
- Förderung der Selbstheilungskräfte und einer dauerhaften Abstinenz
- etc.

Einige zentrale Zielsetzungen für Primär-, Sekundärprävention und Behandlung lauten:

Ziel 1: Primärprävention stärken

Suchtprävention ist integraler Bestandteil der Gesundheitsförderung und kann nicht losgelöst von gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen betrachtet werden.

Für ihre Entwicklung benötigen junge Menschen alters- und entwicklungs-spezifische Anreize und Bedingungen, Anerkennung, Erfolgserlebnisse, berufliche Perspektiven, soziale Einbindung, die Orientierung an Werten und Normen ebenso wie entsprechende Freiräume zur Lebensgestaltung.

Um der Entstehung von Sucht wirksam begegnen zu können, sind darüber hinaus auch spezifische primärpräventive Ansätze in Kindergärten, Kindertagesstätten, Schulen, in der Jugendhilfe und der Arbeitswelt erforderlich und nachhaltig zu verstärken.

Zentraler Bestandteil ist neben der Reduktion von Risikofaktoren die Förderung von Kompetenzen zur Bewältigung allgemeiner Lebensprobleme und im Umgang mit Suchtmitteln im Rahmen von Life-skills-Programmen. Personalkommunikative Maßnahmen müssen von massenmedialen Kampagnen wie auch strukturellen Ansätzen (z.B. zur Preisgestaltung für alkoholische Getränke, gezielte Werbeverbote etc.) begleitet werden, um insgesamt eine gesundheitsorientierte Lebensweise in unserer Gesellschaft zu fördern. Primärprävention muss frühzeitig einsetzen, langfristig angelegt sein und sie hat kontinuierlich zu erfolgen (vgl. Weissinger 1989, 1991; Künzel-Böhmer et.al. 1993). In einer neuen Meta-Analyse zur Prävention des Substanzgebrauchs (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2006) wird die Wirksamkeit entsprechender Maßnahmen untersucht. „Wirksamkeit“ ist dabei definiert als präventive Effekte auf das Konsumverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, das heißt aufgrund der Maßnahmen kommt es zu einer Verhinde-

rung, Verzögerung und/oder Reduktion des Substanzkonsums. Mit unterschiedlichem Evidenzgrad von A (→ Meta-Analyse mit hochwertigen Studien) über B (systematischer → Review mit hochwertigen Studien) und C (Meta-Analyse oder systematischer Review mit allen Studien) bis D (unsystematischer Review) kann Folgendes empfohlen werden:

- In der Familie: umfassende Maßnahmen, das heißt kombinierte Eltern-, Kinder- und Familientrainings (vor allem Alkohol, Evidenzgrad C).
- In der Schule: interaktive, auf dem Modell des sozialen Einflusses oder der Lebenskompetenz aufbauende Programme (alle Substanzen, Evidenzgrad A).
- In der Schule: keine alleinige Informationsvermittlung, keine alleinige affektive Erziehung oder anderweitige nicht interaktive Maßnahmen (alle Substanzen, Evidenzgrad A).
- Einsatz von Medienkampagnen als flankierende Maßnahmen und nicht als alleinige Maßnahme zur Verhaltensänderung (Tabak, Evidenzgrad C).
- Gesetzgeberische Maßnahmen zur Beeinflussung des Preises von Substanzen (Tabak, Alkohol, Evidenzgrad C, D) und der legalen Altersgrenze des Konsums (Alkohol, Evidenzgrad B).

Für die Umsetzung vorhandener Konzepte zur Suchtprävention sind entsprechende personelle Ressourcen und die Etablierung von Fachstellen für Suchtprophylaxe erforderlich. Zu deren Aufgaben gehören z.B. die Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren, die Durchführung von Projekten, Aktionen, fachliche Beratung und Öffentlichkeitsarbeit. Auf eine praxisnahe Evaluation suchtpreventiver Maßnahmen sollte im Rahmen der Qualitätsförderung zukünftig verstärkt Wert gelegt werden (vgl. Franzkowiak, Hallmann, Weissinger 1996).

Suchtprävention muss im Kontext der Gesundheitsförderung gesehen werden, die eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt und das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure erfordert.

Ziel 2: Sekundärprävention ausbauen

Inhaltlich und organisatorisch eng verknüpft mit der Primärprävention sind weiterführende bzw. spezifische Angebote der Sekundärprävention. Im Sinne der Sekundärprävention muss die Frühintervention deutlich verstärkt werden, um dem schädlichen Konsum von Suchtmitteln und der Entwicklung einer Abhängigkeit sowie deren Chronifizierung entgegenzuwirken. Neben Ansätzen zur engen Verzahnung des akutmedizinischen Bereichs und der Suchtkrankenhilfe sind hierbei auch Ansätze im betrieblichen oder schulischen Umfeld zu fördern. Zielsetzungen sind hierbei:

- eine Entstigmatisierung der Erkrankung zu erreichen
- die Bereitschaft, Menschen mit Suchtproblemen gezielt anzusprechen

- niedrigschwellige Angebote für Menschen mit riskantem und schädlichem Konsum zu etablieren und
- Menschen mit riskantem und schädlichem Konsum entsprechend zu beraten und Abhängigkeitskranke zur Inanspruchnahme einer Behandlung zu motivieren.

Es sollten auch zielgruppenspezifische Programme zur Ansprache von Konsumenten legaler und illegaler Suchtmittel (z.B. Ecstasy, Cannabis), die noch nicht abhängig geworden sind, in entsprechenden „sensiblen“ Phasen weiterentwickelt werden und stärkere Verbreitung finden. Für schädliche Konsumenten von Alkohol und solche, die am Beginn einer Abhängigkeit stehen, können beispielsweise Angebote zum „Kontrollierten Trinken“ (Körkel 2003, Funke und Schneider 2001) hilfreich sein.

Ziel 3: Frühzeitige Inanspruchnahme der suchtspezifischen Hilfen und Behandlung fördern

Im Mittelpunkt dieses Konzeptes steht die Behandlung von abhängigkeitskranken Menschen. Bislang werden über das System der Suchtkrankenhilfe (z.B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Fachambulanzen, Tageskliniken, Fachkliniken, komplementäre Einrichtungen) sowie die psychiatrischen Einrichtungen nur ein kleiner Teil der abhängigkeitskranken Menschen in Deutschland erreicht. Der weitaus größte Teil Suchtkranker hat hingegen Kontakt zum Bereich der medizinischen Basisversorgung, d.h. niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern (vgl. Wienberg 1992).

Während in Deutschland mit mehr als 4 Mio. abhängigkeitskranken Menschen gerechnet wird, haben im Jahr 2004 lediglich 52.536 ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen (1,3%) im Be-

reich der gesetzlichen Rentenversicherung, welche in über 80% der Fälle als Leistungsträger für die Behandlung zuständig ist, stattgefunden. Nach Schätzungen der Krankenkassen werden jährlich zweistellige Milliardenbeträge für somatische und nicht ursachenbezogene Behandlungen der Grunderkrankung Sucht in der Primärarztpraxis und im Krankenhaus ausgegeben. Eine Bevölkerungsstudie in Norddeutschland (Rumpf et. al. 2000) zeigt, dass im letzten Jahr 80% der Alkoholabhängigen einen Hausarzt oder Internisten aufgesucht hatten, 24,5% hatten einen Krankenhausaufenthalt hinter sich. Somit hatte der Großteil der alkoholabhängigen und -missbrauchenden Menschen zwar Kontakt zum medizinischen Versorgungssystem, jedoch hatten über zwei Drittel (70,9%) der aktuell Alkoholabhängigen keinerlei Kontakt zu suchtspezifischen Hilfen.

Eine Vielzahl abhängigkeitskranker Menschen wird im akutmedizinischen Bereich (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser) allerdings aufgrund der somatischen Folgeerkrankungen und nicht aufgrund der zugrunde liegenden Suchterkrankung behandelt.

Um einer Chronifizierung der Abhängigkeit entgegenzuwirken, ist allerdings die frühzeitige Einleitung einer fachgerechten Beratung und Behandlung suchtblasteter bzw. -abhängiger Patienten erforderlich.

Diese Notwendigkeit zeigt sich unter anderem anhand des hohen Ressourcenverbrauchs der im akutmedizinischen Bereich infolge substanzbezogener Störungen erfolgt und der zu keinen nachhaltigen Veränderungen der Situation der betroffenen Menschen führt. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes liegen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ bei den Männern mit 215.936 Fällen

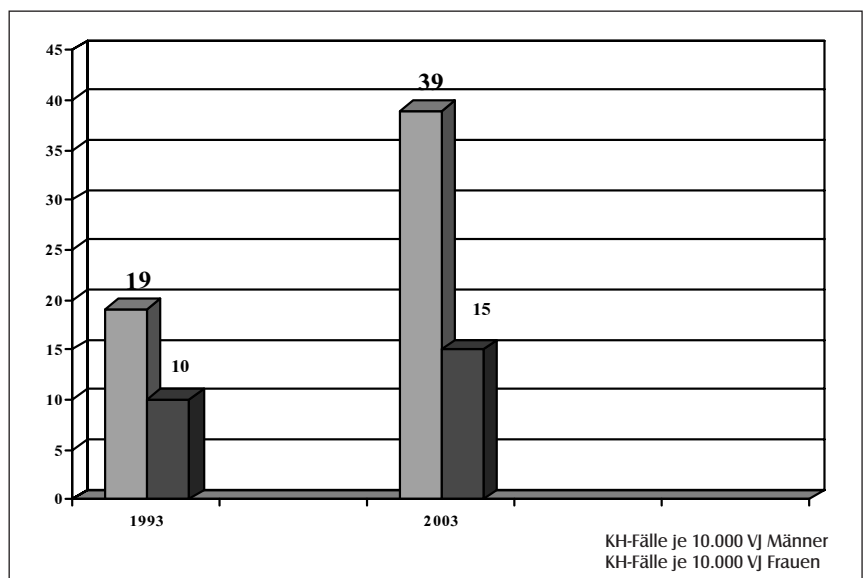


Abb. 3: Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen je 10.000 Versicherungsjahre 1993 und 2003 mit der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (Grobe et. al. 2004)

Wiederholte Einweisung F10-Diagnose (2000–2003) innerhalb			
Diagnose der Ersteinweisung 2000 F10 (incl. Untergruppen) N = 2.158	...eines Jahres 32,7 %	...von 2 Jahren 42,8 %	... von 3 Jahren 47,3 %

Abb. 4: Rehospitalisierungsraten nach Krankenhausbehandlungen unter F10-Diagnose – Gmünder Ersatzkasse: Gesundheitsreport 2004 (Grobe et. al. 2004)

im Jahr 2003 an 2. Stelle von allen Diagnoseklassen im Krankenhausbereich.

Auch der Gesundheitsreport 2004 der Gmünder Ersatzkasse ergab, dass in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg der entsprechenden Krankenhausbehandlungen stattfand (Grobe et. al. 2004). Von 1993 bis 2003 verdoppelte sich deren Anzahl bei Männern mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose (s. Abb. 3).

Patienten mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose wiesen gegenüber einer Referenzgruppe von GEK-Versicherten auch eine dreifach erhöhte Behandlungshäufigkeit außerhalb der F10-Diagnosen auf.

Besonders erhöht waren „Psychische und Verhaltensstörungen“ (ohne F-10-Diagnosen), „Verletzungen“ und „Krankheiten des Verdauungssystems.“

Untersucht wurde des weiteren, ob es sich um wiederholte Einweisungen bei Patienten mit F10-Diagnosen handelt. Hierbei wurde ein Zeitraum von drei Jahren zugrunde gelegt (2000–2003, s. Abb. 4).

Den hohen Ressourcenverbrauch im Krankenhausbereich und deutlich erhöhte Arbeitsunfähigkeitszeiten infolge einer Alkoholabhängigkeit weist auch eine Studie zu den Krankheitsverläufen von Versicherten der DAK nach (Zielke 2006).

Diese Ergebnisse machen insgesamt deutlich, dass es wichtig ist, zukünftig „Dreh-türeffekte“ möglichst zu vermeiden und die Patienten möglichst frühzeitig einer qualifizierten Suchtbehandlung zuzuführen. Damit sind auch Kosteneinsparungen für die Krankenkassen verbunden.

Im Vergleich zu den Kosten im Akutbereich stellen die Behandlungskosten für Abhängigkeitserkrankungen, welche für den Bereich der Rentenversicherung bei ca. 524,6 Mio. € im Jahr 2004 lagen, eine vergleichsweise geringe Größe dar.

Die Effektivität und Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen belegen neueste Forschungsergebnisse aus der stationären Behandlung von alkoholabhängigen Menschen:

- In der jährlich erhobenen klinikübergreifenden Nachuntersuchung zeigte die letzte Ein-Jahres-Katamnese 2003 des Fachverbandes Sucht e. V. eine katamnestiche Erfolgsquote hinsichtlich der Abstinenz nach einem Jahr bei den Ka-

tamneseantwortern von 74,7 % (N = 3.819) und bezogen auf den Gesamtentlassjahrgang von 43,4 % (N = 7.266, Nichtantworter werden hier als rückfällig gewertet). Es ist davon auszugehen, dass der „wahre“ Wert zwischen diesen Unter- und Obergrenzen liegt und über 50 % beträgt (vgl. Zobel et. al. 2005 a, b).

- In einer Untersuchung des sozialmedizinischen Behandlungserfolgs reduzierten sich im poststationären 5-Jahres-Zeitraum im Vergleich zum Zeitraum von 2 Jahren vor Antritt der Entwöhnungsbehandlung bei suchtbedingten Erkrankungen die Arbeitsunfähigkeitsfälle um 83,1 %, die Arbeitsunfähigkeitstage um 75,3 %, die Krankenhausfälle um 63,4 % und die Krankenhaustage um 76,7 % (vgl. Klein et.al. 1997).
- 87 % der Rehabilitanden sind zwei Jahre nach einer stationären Suchtrehabilitation noch im Erwerbsleben verblieben, im ambulanten Bereich sind es sogar 92 %. Allerdings ist der Verbleib im Erwerbsleben und die Beitragszahlung für die Rentenversicherung nicht gleichzusetzen mit Erwerbstätigkeit, da auch für Arbeitslose entsprechende Beitragszahlungen geleistet werden. Ein Vergleich der stationären und ambulanten Rehabilitation kann übrigens nicht vorgenommen werden, da die beiden Gruppen aufgrund differentieller Zuweisung nicht miteinander vergleichbar sind. Ferner haben 79 % nach erfolgter Suchtrehabilitation im Jahr 1996 im Verlauf der weiteren fünf Jahre keine weitere Such-

trehabilitation in Anspruch genommen. Auch dies spricht für die hohe Wirksamkeit der Behandlung (Egner und Grünbeck 2004).

- Eine Expertise zur Sucht-Rehabilitation in Deutschland der ehemaligen Humboldt-Universität Berlin belegt den ökonomischen Nutzen der Sucht-Rehabilitation für die Rentenversicherung, der sich durch die Verhinderung von Frühberentungen ergibt. Die ca. 5.300 wegen ihrer Alkoholkrankheit jährlich Frühberenteten kosten die gesetzliche Rentenversicherung bis zum Erreichen einer Altersgrenze demnach ca. 550 Mio. €; das entspricht einem Pro-Kopf-Kostenanteil von ca. 103.000 €. Dies übersteigt die gesamten Ausgaben der Rentenversicherung für die Rehabilitation aller Abhängigkeitskranker von 524,6 Mio. € im Jahr 2004 mit 52.536 Leistungen (vgl. Müller-Fahnow 2002).

Das Fazit der Deutschen Rentenversicherung, dass das vom Gesetzgeber vorgegebene Rehabilitationsziel einer wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit in der Suchtrehabilitation also offensichtlich in einem größeren Umfang erfüllt wird und sich die Investition in die Suchtrehabilitation lohnt (vgl. Reimann 2002), hat sich durch eine Vielzahl von Untersuchungen somit bestätigt. Von daher sollte die Inanspruchnahme von nachgewiesenermaßen effektiven Behandlungsformen für abhängigkeitskranke Menschen nicht nur aus ethischen und sozialpolitischen, sondern auch ökonomischen Gründen heraus gefördert werden.

3. Angebote der Suchtkrankenhilfe

In den vergangenen Jahrzehnten wurde in Deutschland im Zusammenwirken von Politik, Leistungs- und Einrichtungsträgern ein differenziertes Beratungs- und Behandlungssystem für suchtkranke Menschen entwickelt. Zielsetzung muss es sein, die verschiedenen Beratungs- und

1) Selbsthilfegruppen	7.500
2) Suchtberatungsstellen	934
3) Plätze in Tageskliniken	400
4) Stationäre Therapieplätze für Drogenabhängige	5.200
für Alkohol- und Medikamentenabhängige	9.500
5) Plätze für qualifizierte Entgiftung	5.100
6) Plätze in komplementären Einrichtungen (Betreutes Wohnen, Übergangseinrichtungen, soziotherapeutische Heime etc.)	7.600
7) Therapieplätze Regelvollzug für Drogenabhängige	750
für Suchtkranke (gesamt)	2.100
8) Niedrigschwellige Angebote (Anzahl)	
– Notschlafstellen	45
– Tagestreffs	403
– Drogenkonsumräume	26

Abb. 5: Suchtkrankenhilfe in Deutschland (vgl. Hüllinghorst, 2006)

Behandlungsangebote indikationsbezogen, bedarfsgerecht, patientenorientiert und mit einer hohen Qualität zu erbringen.

Derzeit umfasst die Suchtkrankenhilfe in Deutschland folgende Angebote (Abb. 5):

Die letzten Jahre und Jahrzehnte sind durch eine zunehmende Professionalisierung und Flexibilisierung der Behandlungsangebote gekennzeichnet. Beispielsweise entwickelte sich mit der Verabschiedung der „Empfehlungsvereinbarung Ambulante Reha Sucht“ (inzwischen: Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001) durch die Leistungsträger im Jahr 1991 sukzessive der Bereich der ambulanten Rehabilitation für Abhängigkeitskranke (s. Abb. 6).

Neben ambulanten und stationären Angeboten gewinnen auch Modellprojekte mit Kombinationsbehandlungen (mit ambulanten und stationären Anteilen) an Bedeutung und in Ballungsgebieten werden zunehmend teilstationäre bzw. ganztägig ambulante Angebote aufgebaut.

Aus der Flexibilisierung des Angebotsspektrums resultieren erhöhte Anforderungen an die Behandler und die zuweisenden Stellen, z. B. hinsichtlich der Differenzierung der Diagnostik und Indikationsstellung, der Auswahl der Behandlungsangebote oder der Abstimmung von Angebotssegmenten.

3.1 Selbsthilfegruppen für suchtkranke Menschen

Das Spektrum der Selbsthilfegruppen ist vielfältig. Nach Schätzungen besuchen pro Jahr ca. 120.000 Menschen mit Problemen im Zusammenhang mit Sucht die ca. 7.500 Selbsthilfegruppen in Deutschland. Selbsthilfegruppen arbeiten selbständig, sie leisten mit ihrer Arbeit einen wertvollen Beitrag für die Betroffenen und stellen ein wichtiges Glied im Behandlungsverbund für suchtkranke Menschen dar. Ihrer Tätigkeit ist auch gesundheitspolitisch ein hoher Stellenwert einzuräumen. Selbsthil-

fegruppen sind zudem Ansprechpartner für Beratungsdienste, Behandlungseinrichtungen, Ärzte, Krankenhäuser, Betriebe etc. Neben der Prävention, Motivationsarbeit und der Begleitung mitbetroffener Angehöriger liegt ein weiterer Schwerpunkt auf der Nachsorge nach der Behandlung (vgl. Selbsthilfe- und Abstinenzverbände 1997). Selbsthilfe und professionelle Hilfen können sich gegenseitig nicht ersetzen, sondern sind als ergänzende Angebote für suchtkranke Menschen zu werten. Das ehrenamtliche Engagement wie auch die Zusammenarbeit des Selbsthilfesystems mit den professionellen Angeboten zu fördern, stellt ebenso auch die Entwicklung von Selbsthilfeangeboten für spezifische Zielgruppen für die Zukunft eine wichtige Aufgabe dar. Die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Selbsthilfegruppen müssen sichergestellt werden, hierzu gehört z.B. neben der finanziellen Unterstützung durch öffentliche Mittel auch die Fort- und Weiterbildung auf Bundes- und Landesebene oder die Zurverfügungstellung geeigneter Räumlichkeiten.

3.2 Entzug und qualifizierter Entzug

Grundsätzlich ist zu prüfen, ob ein Entzug ambulant oder stationär durchgeführt werden sollte. Sind schwere Entzugssymptome (z.B. Delire) aus der Vorgeschichte bekannt und ist die Compliance des Patienten nur gering ausgeprägt, dann stellt sich dringend die Notwendigkeit eines stationären Entzugs. Dieser wird in der Regel in psychiatrischen Kliniken oder in Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt. Im Rahmen des 2-3-wöchigen qualifizierten Entzugs, der aus körperlicher Entgiftung und einer Motivationstherapie besteht, werden dem Patienten Informationen über seine Suchtproblematik gegeben, und seine Motivation gefördert, weiterführende suchtspezifische Behandlungsangebote zu nutzen. Die Zielsetzungen der qualifizierten Entgiftung unterscheiden sich damit deutlich von der Entwöhnungsbehandlung.

Zukünftig sollten Entzugsbehandlungen auch verstärkt in entsprechend ausgestat-

teten Rehabilitationsfachkliniken durchgeführt werden, wenn sie als Voraussetzung für eine Entwöhnungsbehandlung erforderlich sind und die Bewilligung der nachfolgenden Rehabilitationsmaßnahme vorliegt. Dafür spricht, dass in den Fachkliniken die erforderlichen Kompetenzen im Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen vorhanden sind und ein nahtloser Übergang von der Entgiftung in die Entwöhnungsbehandlung gewährleistet ist. Von daher sollte die Durchführung von Entzugsbehandlungen unmittelbar vor Antritt einer bewilligten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in dafür geeigneten Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen stationärer Kompaktleistungen als eine Form der Regelbehandlung eingeführt werden. Die Evaluation eines erfolgreichen Modellprojektes liegt hierzu vor (vgl. Klein et. al. 2006).

Derzeit gelangt nur ein geringer Teil der Patienten aus der Entgiftung bzw. dem Entzug in eine weiterführende Therapie. Von daher ist die Motivationsförderung in dieser sensiblen Phase eine wichtige Aufgabe, da die Krankheitseinsicht in der Regel erst gewonnen werden muss.

Die Finanzierung des qualifizierten Entzugs durch die Krankenversicherung ist sicherzustellen.

3.3 Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen

In Deutschland existiert ein breites Angebot mit ca. 934 ambulanten Beratungs- und Anlaufstellen für Suchtkranke. Darin sind Haupt- und Nebenstellen wie auch Sozialpsychiatrische Dienste enthalten. Rechnet man die EBIS-Daten von 689 ambulanten Beratungsstellen hoch, so kommt man auf 334.000 Klienten mit substanzbezogenen Störungen in diesem Bereich. Hauptdiagnose ist Alkohol (58 %), gefolgt von Opiaten (20 %), Cannabis (11 %) sowie Kokain und Stimulanzien (2 %) (Sonntag 2005).

Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen leisten einen wichtigen Beitrag zur Suchtkrankenhilfe. Hinsichtlich der regionalen Verteilung der Beratungsstellen, der personellen Besetzung wie auch des Angebotspektrums bestehen allerdings erhebliche Unterschiede.

Die Beratungsstellen befinden sich zum überwiegenden Teil in Trägerschaft der Verbände der freien Wohlfahrtspflege oder anderer gemeinnütziger Organisationen, lediglich 9 % der Einrichtungen in den alten und 12 % in den neuen Bundesländern haben einen kommunalen bzw. öffentlich-rechtlichen Träger und nur ein kleiner Teil (1 %) befindet sich in privater Trägerschaft.

Das Leistungsspektrum von Suchtberatungsstellen ist in der Regel umfangreich und umfasst u. a. Kontaktaufnahme, Beratung, Betreuung, Nachsorge, Unterstützung der Selbsthilfe, Prävention, Vernet-

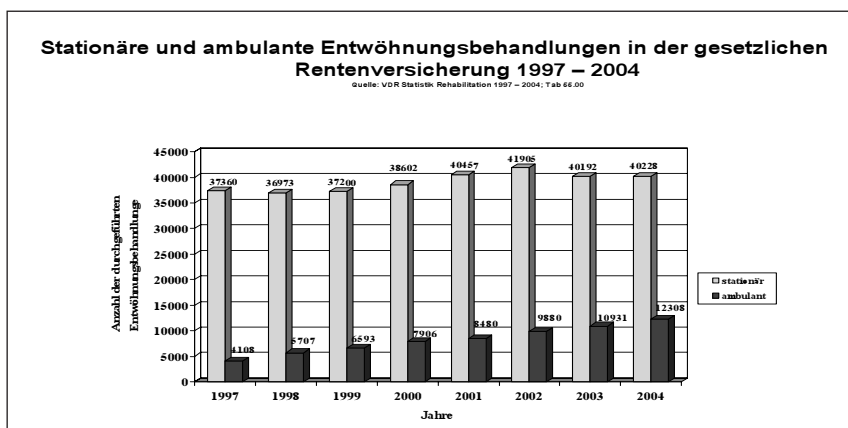


Abb. 6: Stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlungen in der gesetzlichen Rentenversicherung 1997 – 2004

zung und Kooperation, Dokumentation und Statistik.

Darüber hinaus ist ca. ¼ der ambulanten Stellen auch im Zuge der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (früher „Empfehlungsvereinbarung Ambulante Reha Sucht“) als Behandlungsstelle für ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen zugelassen. Während die Behandlung von suchtkranken Menschen in der Vergangenheit nahezu ausschließlich in den Händen von Fachkliniken lag, hat in den letzten Jahren die Bedeutung der ambulanten Rehabilitation deutlich zugenommen.

3.3.1 Zur ökonomischen Situation von ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen

Insgesamt stellt sich auch die Finanzierung ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen zunehmend als schwieriger heraus.

Ambulante Beratungsstellen werden insbesondere über kommunale, Landes- und Eigenmittel finanziert. Das durchschnittliche Budget einer Beratungs- und Behandlungsstelle lag in den alten Bundesländern im Jahr 2004 bei ca. 296.000 € und bei ca. 178.000 € in den neuen Bundesländern (Sonntag 2005). Der Anteil der Landesmittel betrug in den alten Ländern 24 %, in den neuen 27 %, der Anteil der kommunalen Mittel lag in den alten Bundesländern bei 49 %, in den neuen bei 54 %. Der Bereich der ambulanten Rehabilitation wird derzeit über die Sozialversicherungsträger leistungsbezogen vergütet. Der finanzielle Anteil lag bei 8,8 % in den alten Ländern und betrug in den neuen Ländern 3,7 % (Sonntag 2005). Zunehmend geraten ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen durch die Finanznöte der Länder, Städte und Kommunen in Schwierigkeiten. Zwar gibt es einen Rechtsanspruch auf Beratung und Behandlung für den einzelnen Menschen, jedoch keinen Rechtsanspruch auf das Vorhalten der notwendigen Hilfseinrichtungen durch die Kommunen. Von daher ist die finanzielle Basis der einzelnen Beratungsstellen ungesichert, da keine rechtlich verbindliche Absicherung ihrer Arbeit vorliegt. Der Fachverband Sucht e. V. wendet sich ausdrücklich gegen die zunehmende Tendenz, qualifizierte Beratungs- und Betreuungsangebote durch Kürzung der öffentlichen Fördermittel einzuschränken und fordert mit Nachdruck, die Finanzierung von diesen Beratungs- und Betreuungsangeboten durch den Erhalt der öffentlichen Mittel zu sichern. Hierzu gehören niedrigschwelliger Kontakt, Beratung und Aufbau von Compliance, Betreuung und Vermittlung, Case-Management und Prävention. Diese Kernaufgaben sind als Leistungen der Grundversorgung zu werten. Aufgrund der bereits heute den Bedarf nicht ausreichend abdeckenden personellen und finanziellen Ausstattung von Beratungsstellen bestehen erhebliche Lücken in den Angebotsstrukturen, wie z. B. hinsichtlich

- niedrigschwelliger Angebote für gezielte Motivationsarbeit (z. B. in Krankenhäusern),
- spezifischer Angebote für bestimmte Zielgruppen (z. B. chronisch Mehrfachgeschädigte, ältere Abhängigkeitskranke, Medikamentenabhängige, Tabakabhängige, alleinerziehende Mütter, Angebote für Missbraucher verschiedener Substanzen)
- sozialer und beruflicher Reintegrationsleistungen
- der systematischen Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Betreuung
- von Angeboten am Abend und am Wochenende.

Ambulante Beratungsstellen sollten sich angesichts knapper Ressourcen nicht vorrangig auf den Anteil motivierter Patienten konzentrieren und beispielsweise versuchen Finanzierungslücken durch den Ausbau von Rehabilitationsangeboten zu schließen. Vielmehr sollte in Absprache mit den weiteren gemeinde- bzw. regional orientierten Angeboten (Sozialpsychiatrische Dienste, Psychiatrische Institutsambulanzen und weitere suchtmittelmedizinische Angebote) ein bedarfsgerechtes und niedrigschwelliges Betreuungs- und Beratungsangebot vorgehalten werden, welches sich an den differenzierten Bedürfnissen und Lebenslagen von suchtkranken Menschen in einer überschaubaren Region orientiert und ihnen einfache Zugangsmöglichkeiten eröffnet. In der Gestaltung der Zusammenarbeit von verschiedenen Stellen vor Ort und der Abstimmung von Zuständigkeiten und Angeboten liegt sicherlich noch eine Entwicklungsaufgabe. Hierzu gehört z. B. auch im Rahmen der Hartz-Gesetze die Zusammenarbeit mit den Jobcentern, Agenturen für Arbeit und Arbeitsgemeinschaften aufzubauen. Auch ist die Gewährleistung der psychosozialen Begleitung bei Substitutionsbehandlungen ein wichtiger Beitrag von Suchtberatungsstellen. Für entsprechende Leistungen, die essentieller Bestandteil der Substitutionsbehandlung sind, sollte die Krankenkasse die entsprechenden Kosten übernehmen.

3.3.2 Indikationsstellung für die ambulante Behandlung

Grundsätzlich ist eine Differenzierung des Behandlungsspektrums und entsprechender -Angebote zu begrüßen. Im Einzelfall ist zu prüfen, welche Behandlungsform für welchen Patienten am geeignetsten erscheint. Ambulante, teilstationäre und stationäre oder kombinierte Behandlungsangebote richten sich an unterschiedliche Zielgruppen (Arend 1999, Fachverband Sucht e. V. 2000, Kulick 1999, Schneider et. al. 1999, Veltrup 2001).

Die empirische Absicherung von Indikationskriterien hinsichtlich der Entscheidung darüber, welche Behandlung für welchen abhängigen Menschen am effektivsten ist, ist noch eine Zukunftsaufgabe, jedoch haben sich auf Expertenebene be-

reits entsprechende Anhaltspunkte herausgebildet.

Eine ambulante medizinische Rehabilitation kommt demnach insbesondere dann in Betracht, wenn absehbar ist, dass die Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet im Rahmen einer ambulanten Maßnahme erfolgreich behandelt werden können. Hierzu gehört, dass das soziale Umfeld des Abhängigkeitskranken noch eine unterstützende Funktion ausüben kann, eine stabile Wohnsituation vorhanden ist, die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit und regelmäßigen Teilnahme sowie zur Einhaltung des Therapieplans besteht und der Abhängigkeitskranke bereit und dazu in der Lage ist, während der ambulanten bzw. teilstationären Behandlung abstinent zu bleiben. Tritt während der ambulanten Behandlung mehrfache Rückfälligkeit auf, ist eine stationäre Entwöhnungstherapie indiziert. Für welche drogenabhängigen Patienten eine abstinentorientierte ambulante Entwöhnungsbehandlung erfolgreich verlaufen kann, ist erst durch entsprechende Untersuchungen noch zu belegen. Darüber hinaus sollten auch ambulante Behandlungsstellen die Wirksamkeit der erbrachten Reha-Leistungen durch regelmäßige Katamneseerhebungen überprüfen.

Angesichts des ökonomischen Drucks, der auf den Leistungsträgern lastet, darf es nicht dazu kommen, dass aus rein ökonomischen Gründen eine - vordergründig gesehen - preiswertere ambulante oder kombinierte Reha-Maßnahme anstelle einer stationären „verordnet“ wird, wenn damit geringere Erfolgsaussichten verbunden sind. Langfristig gesehen wären damit keine Kosteneinsparungen, sondern im Gegenteil deren Ausweitung die Folge.

3.3.3 Leistungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke

Die ambulante medizinische Rehabilitation gehört zu den fakultativen Leistungen der ambulanten Beratungsstellen. Diese wird auch von anderen Stellen (z. B. Fachambulanzen für Suchtkranke in privater Trägerschaft) erbracht. Grundlage ist, dass die entsprechenden Anforderungen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (Anlage 1) erfüllt werden. Für Leistungen der ambulanten Rehabilitation liegt eine leistungsrechtliche Grundlage in den entsprechenden Sozialgesetzbüchern vor.

Nachfolgende Leistungsformen werden im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker durchgeführt:

- ambulante medizinische Rehabilitation und
- poststationäre ambulante medizinische Rehabilitation.

Von diesen Leistungen sind Nachsorgeleistungen ausdrücklich abzugrenzen.

Ambulante Rehabilitation ist auch nicht gleichzusetzen mit ganztägiger tagesklinischer Rehabilitation. Ambulante oder poststationäre ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen (nicht Nachsorgeleistungen) können auch im Rahmen von Kombinationsbehandlungsmodellen durchgeführt werden.

Ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen können in Einrichtungen durchgeführt werden, die gemäß Anlage 1 zur „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 durch die zuständigen Renten- und/oder Krankenversicherungsträger anerkannt sind.

Der Fachverband Sucht e.V. vertritt die Auffassung, dass zu den integralen Bestandteilen qualifizierter ambulanter medizinischer Rehabilitation u. a.

- die Diagnostik und Indikationsstellung,
- Motivierung,
- therapeutische Einzel- und Gruppengespräche,
- Beteiligung der Bezugspersonen,
- begleitende Hilfen im sozialen Umfeld,
- Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Reintegration und
- Krisenintervention

gehören. Für diese ambulanten Reha-Leistungen ist eine angemessene Finanzierung ebenso sicherzustellen wie für die Vernetzungsleistungen in einem Behandlungsverbund, der ambulante Rehabilitationsleistungen erbringt. Die Bildung von Trägerverbänden aus Fachkliniken, Beratungsstellen und Fachambulanzen zur Durchführung ambulanter Rehabilitationsleistungen hat sich in entsprechenden Modellregionen bewährt.

Aus Sicht des Fachverbandes Sucht e. V. ist es deshalb zweckmäßig, dass ambulante Rehabilitationseinrichtungen auch auf die sachlichen und personellen Ressourcen stationärer Rehabilitationseinrichtungen bzw. kooperierender ärztlicher oder psychotherapeutischer Praxismgemeinschaften zurückgreifen können, um Synergieeffekte fachlich und wirtschaftlich nutzen zu können. Ausschließlich ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen sollten einen Vergütungsanspruch im Rahmen der ambulanten Rehabilitation auslösen dürfen. Von diesem Vergütungsanspruch sind konventionelle Beratungs-, Motivierungs- und Betreuungsleistungen, die im Rahmen der Grundversorgung erbracht werden, grundsätzlich auszunehmen.

Auch die Erstellung eines Sozialberichtes würde demnach keine ambulante medizinische Rehabilitationsleistung darstellen. Der bisherige Sozialbericht im ambulanten Bereich sollte sich darüber hinaus stärker an der ICD-10 und der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) der WHO (Weltgesundheitsorganisation) orientieren, um auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Behandlungsparadigmas entsprechende Rückschlüsse auf den jeweiligen

Schweregrad und Behandlungsbedarf zu ermöglichen.

Bisher werden durch die Leistungsträger nur Einzel- und Gruppengespräche im Rahmen ambulanter medizinischer Rehabilitationsleistungen einzelfallbezogen vergütet. Hier sind strukturelle Veränderungen vorzunehmen.

Zentrale Forderungen des FVS sind u. a.:

- Motivationsprüfung des Antragsstellers durch die ambulante Rehabilitationseinrichtung ohne Vorgabe einer spezifischen Dauer einer Motivierungsphase durch den Leistungsträger ‚in spe‘
- Sicherstellung der Nahtlosigkeit durch eine schnellstmögliche Bearbeitung der Antragstellung des Versicherten auf ambulante Rehabilitationsleistungen und zügige Antragsbescheidung durch den Leistungsträger (innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen Unterlagen, vgl. SGB IX)
- Gewährung ausreichender Leistungseinheiten sowie ausreichender Leistungsdauer bei Bescheidung des Erstantrages (z.B. mindestens 80 Therapieeinheiten und mindestens zwölfmonatige Rehabilitationsdauer bei ambulanter Rehabilitation), um unnötige interkurrente Verlängerungsanträge vermeiden zu können
- Vereinfachung des Verlängerungsverfahrens (z. B. keine Forderung nach mehrseitiger Verlängerungsbegründung bei Verlängerung des Bewilligungszeitraumes ohne Ausweitung der bewilligten Leistungseinheiten)
- Vereinbarung von Probebehandlungen im Rahmen ambulanter medizinischer Rehabilitation mit begrenztem Leistungskontingent (z. B. 10 Therapieeinheiten)
- Überprüfung der derzeitigen Vergütungshöhe (in Höhe von 46,00 € je Einzel- und Gruppengespräch in den alten Bundesländern), Anhebung der Vergütungssätze, Angleichung der Vergütungssätze in den neuen Bundesländern, Entfall unterschiedlicher Vergütungssätze für Nachsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen und
- Vergütung aller erbrachten Reha-Einzelleistungen (u. a. auch der medizinischen und sozialtherapeutischen Leistungen).

Außerhalb der rehabilitativen Versorgung haben einzelne ambulante Rehabilitationseinrichtungen bzw. ärztliche ‚Schwerpunktpraxen Sucht‘ die Durchführung ambulanter Motivations-, ambulanter Entzugs- bzw. ambulanter Reha-Abklärungsmaßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen im Rahmen entsprechender Modellvereinbarungen vereinbart. Der Abschluss derartiger Kooperationsvereinbarungen zur Ausgestaltung und Förderung der Rehabilitationsvorphase wird grundsätzlich begrüßt. Einzelne Krankenkassen nutzen derartige Modellvereinbarungen – die es auch im stationären Bereich gibt („stationäre Motivierungs-

phase“) – im Rahmen ihrer Case-Management-Programme zur Abklärung des individuellen Rehabilitationsbedarfes ihrer Versicherten sowie zur Verbesserung der Überleitung von medizinischer Krankenbehandlung zur Rehabilitation.

3.3.4 Qualität der ambulanten Behandlung Suchtkranker

Im Interesse des suchtkranken Menschen ist zu fordern, dass die Entscheidungsprozesse so gestaltet werden, dass fachliche und inhaltliche Aspekte über die Auswahl der jeweiligen Behandlungsform entscheiden. Die Bewusstheit über die eigenen Stärken und Grenzen der unterschiedlichen Behandlungsformen stellt eine zentrale Voraussetzung für eine gelungene Kooperation und Vernetzung dar (s. 3.3.2, 3.4.1). Zielsetzung der Behandler muss es sein, eine möglichst hohe Qualität im Interesse der Patienten zu erbringen. Derzeit befindet sich die Entwicklung eines gemeinsamen Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen für die ambulante Rehabilitation Suchtkranker in der Entwicklung, welches zukünftig routinemäßig eingesetzt werden soll. Vom Gesetzgeber wird im Rahmen des § 137d SGB V und des § 20 SGB IX gefordert, dass Rehabilitationseinrichtungen neben der Teilnahme an einem externen Qualitätssicherungsprogramm auch über ein internes Qualitätsmanagement verfügen müssen. Hier sollten adäquate Verfahren zum Einsatz kommen, welche gezielt den Anforderungen des ambulanten Bereiches entsprechen. Der Fachverband Sucht e. V. entwickelt hierzu zusammen mit der DEGEMED eine Audit-Checkliste für ambulante Rehabilitationseinrichtungen im Bereich der Abhängigkeitskerkrankungen.

Wesentliche Entwicklungsleitlinien und Forderungen hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der ambulanten medizinischen Rehabilitation sind:

• Strukturqualität der ambulanten Behandlung

Die ambulante Behandlung muss im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung dazu in der Lage sein, auf die unterschiedlichen sozialen, somatischen und psychischen Problembereiche des Patienten einzugehen.

Häufig finden sich bei Patienten beispielsweise neben der Suchterkrankung auch Depressionen, Ängste, Suizidalität, psychosomatische Störungen und suchtmittelbedingte Folgeerkrankungen (vgl. Frank und Tauscher 1996).

Daraus leiten sich hohe Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiter wie auch an die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten oder dem akuten medizinischen Bereich ab.

• Prozessqualität

Um den Behandlungsprozess optimal steuern zu können, ist der Einsatz einer

Routinediagnostik einschließlich entsprechender Indikations- und Prognoseverfahren erforderlich.

Um eine stärkere Individualisierung der Therapie zu erreichen, sollten Patienten auch mehr Entscheidungskompetenz bei der inhaltlichen Planung ihrer Behandlung erhalten (Verhandlungsparadigma), wie dies bei anderen chronischen Erkrankungen bereits stärker realisiert wird.

Behandlungszeiten sollten individuell gemäß einer adaptiven Indikationsstellung angepasst werden. Die Möglichkeit zur Durchführung von Einzeltherapie ist neben den gruppentherapeutischen Sitzungen Voraussetzung für ein individualisiertes Angebot.

Für bestimmte Patientengruppen sollten spezifische Programmprofile entwickelt werden, beispielsweise für Abhängigkeitskranke mit komorbiden Störungen (Suchtkranke mit psychosomatischen Störungen), jugendliche Mehrfachabhängige, suchtmittelbelastete bzw. -aufällige Personen (Frührehabilitation).

Im Rahmen des übergeordneten Behandlungsziels „Förderung von Abstinenz“ muss auch die Rückfallprävention und -bewältigung als Therapiemodul Berücksichtigung finden. Für Patienten mit schädlichem Konsum/Missbrauch können bei strenger und sorgfältiger Indikationsstellung darüber hinaus Angebote zum kontrollierten Trinken erprobt werden.

Kombinierte Behandlungsansätze mit ambulanten/teilstationären und stationären Behandlungselementen mit gezielten Behandlungsaufträgen (z.B. Initialbehandlung, Rückfallbehandlung) für den stationären Bereich stellen ein weiteres Behandlungssegment dar. Auch für kombinierte Behandlungsangebote muss aber die Wirksamkeit und Praktikabilität durch entsprechende Modellprojekte und deren Evaluation erst nachgewiesen werden.

Über eine verbindliche Supervision und Fachaufsicht hinaus können auch institutionsübergreifende Qualitätszirkel oder Konsensuskonferenzen zu spezifischen Fragestellungen einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Behandlungsqualität liefern.

• **Ergebnisqualität der ambulanten Behandlung**

Um die Ergebnisse der eigenen Arbeit überprüfen zu können, benötigt man Rückmeldungen über deren Wirkungen. Dies stellt für den ambulanten Bereich noch eine große Herausforderung dar. Katamnestiche Erhebungen liegen bislang nur in Einzelfällen vor (vgl. Brenner et. al. 2006) und sollten weitere Verbreitung finden. Diese sind detailliert auszuwerten, da im katamnesticen Zeitraum häufig auch eine stationäre Behandlung liegt, wodurch eine Effektivitätszuschreibung deutlich erschwert wird. Insgesamt ist die Wirksamkeit der ambulanten medizinischen Rehabilita-

tion Suchtkranker in Deutschland aufgrund der geringen Anzahl von Studien noch nicht sicher abschätzbar. Dies sollte bei Vorhaben eines weiteren Ausbaus ambulanter Rehabilitationsangebote kritisch in Betracht gezogen werden.

An die ambulante Rehabilitation müssen mit Dringlichkeit auch aufgrund der gesetzlichen Vorgaben (z.B. §137d SGB V, §20 SGB IX) vergleichbare Qualitätsgrundsätze wie im stationären Bereich gestellt werden.

Eine zunehmende Vernetzung von ambulanten Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen und stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist dringend geboten. In diesem Zusammenhang sollte auch die Einrichtung ambulanter Rehabilitationszentren an Fachkliniken gefördert und der Einsatz personeller Ressourcen aus Fachkliniken in den Klinikambulanzen ermöglicht werden.

Die normative Vorgabe der Inanspruchnahme einer festgelegten Zahl ambulanter Motivierungsangebote bzw. einer sogenannten ambulanten Motivierungsphase als regelhafte Zugangsvoraussetzung für stationäre Maßnahmen wird als nicht patientenzentriert abgelehnt. Diese Vorgehensweise widerspricht im übrigen auch dem Prinzip der Nahtlosigkeit bei vernetzten Gesundheitsleistungen (z. B. Entgiftung/Entzug und Entwöhnung). Je nach Einzelfall kann die ausschließliche Gewährung einer ambulanten Rehabilitationsleistung ebenso indiziert sein, wie die direkte Aufnahme in eine Rehabilitationsfachklinik im Rahmen einer „Eilfallregelung“.

3.4 Stationäre Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen

In Deutschland werden ca. 14.700 stationäre Therapieplätze für alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Patienten vorgehalten. Während in der Vergangenheit häufig Wartezeiten mit dem Eintritt in eine stationäre Behandlung verbunden waren, hat sich das Bild mittlerweile insbesondere bei Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige deutlich geändert, eine kurzfristige Aufnahme in einer entsprechenden Einrichtung kann in der Regel problemlos erfolgen.

3.4.1 Indikationsstellung für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation haben sich in den vergangenen Jahren unterschiedliche stationäre Behandlungsangebote (Kurzzeittherapie, mittelfristige und Langzeitbehandlung für spezifische Patientengruppen) bzw. individualisierte Behandlungsformen herausgebildet.

Eine stationäre Rehabilitation (Entwöhnung) kommt insbesondere in Betracht, wenn eines oder mehrere der folgenden Kriterien zutreffen. (vgl. Kulick 1999, Schneider et. al. 1999, Fachverband Sucht e. V. 2000, Veltrup 2001):

1. Es bestehen erhebliche Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet, so dass eine erfolgreiche ambulante oder teilstationäre Rehabilitation in Frage zu stellen ist.
2. Die Herausnahme aus einem pathogenen bzw. problemstabilisierenden Milieu (z.B. bei massiven familiären Konflikten oder destruktiven Partnerbeziehungen) ist erforderlich, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.
3. Das soziale Umfeld des Abhängigkeitskranken hat keine ausreichend unterstützende Funktion oder die ambulante bzw. teilstationäre Behandlung würde allein die Funktion des intakten sozialen Umfelds übernehmen müssen.
4. Eine stabile bzw. angemessene Wohnsituation ist nicht vorhanden.
5. Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit und zur regelmäßigen Teilnahme oder zur Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten bzw. teilstationären Entwöhnung nicht ausreichend vorhanden ist.
6. Der Abhängigkeitskranke ist nicht bereit oder in der Lage, während der ambulanten bzw. teilstationären Entwöhnung abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei an Sitzungen teilzunehmen.
7. Ein langer und/oder intensiver Suchtverlauf und eine langjährige berufliche Desintegration kann insbesondere vor dem Hintergrund der Kriterien 1 – 6 ein Indikationskriterium für eine stationäre Entwöhnung darstellen.

Darüber hinaus kann bei Erforderlichkeit einer Mitbehandlung anderer somatischer oder gravierender psychischer Störungen eine stationäre Behandlung angezeigt sein.

Hinsichtlich der Erstellung eines differenzierten patientenbezogenen Behandlungsprogramms und der Festlegung der Dauer für eine stationäre Behandlung bildet eine adaptive Indikationsstellung die Entscheidungsgrundlage. Als übergeordnete Dimensionen bieten sich hierbei u. a. (Zemlin und Herder, 1994) an: Bewältigungskompetenzen, Ausmaß der Abhängigkeitsproblematik, medizinische Befundlage, soziale Stabilität, vorhandene Abstinenz- und Behandlungsbereitschaft, Arbeitslosigkeit und deren Dauer, Teilhabebedarf.

Darüber hinaus werden verstärkt kombinierte Behandlungen mit ambulanten/teilstationären und stationären Elementen entwickelt. Hierbei eignen sich z.B. die Bausteine „Einüben rückfallpräventiver Strategien“ oder „Techniken zur konstruktiven Bewältigung von Rückfällen“ angesichts der geschützten Rahmenbedingungen für eine stationäre Behandlung besonders gut. Die Auseinandersetzung mit der Alltagsrealität kann auf diesem Wege systematisch vorbereitet werden.

3.4.2 Einsparungen in der medizinischen Rehabilitation und deren Auswirkungen

Zur Umsetzung der sog. Spargesetze (Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz) aus dem Jahr 1996 hatten die Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger im Bereich der Rehabilitation von Suchtkranken gemeinsame Aussagen formuliert. Darin wurde u. a. betont, dass bei dem Verfahren der Zugangssteuerung zu Einrichtungen das Preis-Leistungs-Verhältnis der Einrichtungen berücksichtigt werden müsste. Einsparungen sollten derart realisiert werden, dass eine möglichst hohe Qualität der Maßnahmen gesichert bleibt. Als Zielsetzung wurde formuliert, zu einer Fortentwicklung der Angebotsstrukturen zu kommen, beispielsweise über eine Beteiligung der Kliniken an teilstationären und ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten oder die Schaffung von Verbundsystemen, wobei nicht die Absicht bestand, über diese Strukturveränderungen zu einer ausschließlich regionalisierten Versorgung zu kommen. Neben der Forderung nach einer Überprüfung der Zugangskriterien zu einer Rehabilitationsmaßnahme für Suchtkranke fokussieren die „gemeinsamen Aussagen“ auf Maßnahmen zur Verkürzung der Dauer der stationären Entwöhnungsbehandlung. Für den Bereich „Alkohol-/Medikamentenabhängige“ wird eine zeitliche Budgetierung für die Kliniken auf „bis zu 16 Wochen“ empfohlen, die Behandlungsdauer für Drogenabhängige soll einschließlich der zur Therapie gehörenden Adaptionphase (zeitliches Verhältnis von 6 : 4 zwischen Behandlung und Adaption) 10 Monate nicht überschreiten. Bei erneuter Rehabilitationsleistung für Alkohol- und Medikamentenabhängige (sog. Wiederholungsbehandlungen) soll eine Behandlungsdauer von „bis zu 8 Wochen“ angestrebt werden.

Die Umsetzung der in den „Gemeinsamen Aussagen“ gemachten Empfehlungen erfolgte durch die Kosten- und Leistungsträger (insbesondere einzelne Landesversicherungsanstalten und Krankenversicherungen) höchst unterschiedlich. Insgesamt gesehen reduzierte sich in der Folge die Behandlungszeit im stationären Bereich und ambulante Leistungen wurden ausgebaut.

Im weiteren wird auf die einzelnen Umsetzungsvorschläge und deren konkrete Ausgestaltung differenziert eingegangen.

3.4.3 Reduktion der Behandlungszeiten

Die durchschnittliche Behandlungszeit für die stationäre Behandlung bei Alkoholabhängigkeit reduzierte sich vom Jahr 1996 bis zum Jahr 2003 von 108 auf 86 Behandlungstage. In der Drogenrehabilitation zeigt sich eine Reduktion der Pflegetage im Vergleichszeitraum von 149 Tagen auf 115 Tage. Auch führten unterschiedliche Vorgaben der Leistungsträger hinsichtlich dieser Behandlungszeiten in der Praxis dazu, dass abhängig vom Wohnort des

Versicherten und dem zuständigen Leistungsträger unterschiedliche Vorgaben hinsichtlich der Rehabilitationszeiten bestehen. Vor dem Hintergrund, dass die Behandlungsdauer auch einen entscheidenden Einfluss auf die Wirksamkeit hat, sind damit auch unterschiedliche Rehabilitationschancen verbunden.

Klinikübergreifende Untersuchungen des FVS belegen, dass die katamnestic Erfolgsquote bei einer Behandlungsdauer von 13–16 Wochen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit am günstigsten ist, Behandlungszeiten bis zu 12 Wochen schneiden am schlechtesten ab (Zobel et al. 2005 a, b). Grundsätzliche Forderung des Fachverbandes Sucht e. V. ist, dass sich die Verweildauer an der medizinischen Notwendigkeit des Einzelfalls orientieren muss und von daher flexibel angelegt sein sollte. Unter dieser Prämisse ist die Bemessung der Behandlungszeiten am Modell der „Verweildauerbudgetierung“ mit einem klinikbezogenen Zeitbudget zu favorisieren.

Eine derartige Regelung entspricht einem adaptiven Indikations- und Verweildauermodell, das dem Störungsverlauf und dem individuellen Behandlungsbedarf von Abhängigkeitskranken gerecht wird. Demgegenüber ist eine feste Vorgabe der Verweildauer bei Abhängigkeitserkrankungen ebenso wenig indiziert wie eine gesonderte zeitliche Budgetierung bei Wiederholungsmaßnahmen und deren extreme Beschränkung – bei entsprechender Chronifizierung der Patienten – auf „in der Regel bis zu 8 Wochen“ oder die generelle Reduktion auf die verbleibende Restbehandlungszeit bei irregulärer Beendigung der Erstbehandlung. Eine differenzierte Analyse zum Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und -erfolg sollte die Grundlage für die Bemessung der zeitlichen Rahmenbedingungen durch die Leistungsträger bilden.

Eine Metaanalyse zum Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten (Künzel, J., Sonntag, D., Bühringer, G. 2001) kommt zu folgenden Ergebnissen:

- Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg.
- Die optimalen Zeitfenster für die Behandlung liegen wahrscheinlich zwischen drei und sechs Monaten bei Alkoholabhängigen und vier bis neun Monaten bei Drogenabhängigen.
- Diese Aussagen gelten nur für Gruppen mit durchschnittlicher Störungsausprägung. Ungünstige Patientencharakteristika können eine längere Behandlungszeit erfordern. Wegen des Einflusses solcher Patientenvariablen wird die Individualisierung und Flexibilität der Behandlung im Hinblick auf Schweregrad der jeweiligen Störung und der Veränderungsbereitschaft im Einzelfall befürwortet.

Zemlin (2000 a, b) bestätigt diese Ergebnisse und weist negative Effekte der Therapieverkürzung infolge des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (1996) für prognostisch ungünstige Therapiewiederholer nach.

Die Behandlungszeit von Adaptionenmaßnahmen (Entwöhnungsphase II) bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen sollte zumindest für bis zu 4 Monate gewährleistet sein (Verstege 2000), darüber hinaus müssen reibungslose Übergänge zu weiterführenden Angeboten (z.B. in Form des Betreuten Wohnens), welche in Kostenträgerschaft der Sozialhilfe stehen, gewährleistet sein.

3.4.4 Überprüfung der Zugangsvoraussetzungen

Zu einer Verschärfung der Zugangsvoraussetzungen zur stationären Abhängigkeitsrehabilitation, um Patienten mit geringeren prognostischen Chancen von einer Rehabilitationsleistung auszuschließen, darf es auch angesichts schwieriger finanzieller Rahmenbedingungen nicht kommen. Hierzu ist festzustellen:

1. Im § 9 bzw. 10 SGB VI wird der Rehabilitationsauftrag der Rentenversicherung auf einen Personenkreis beschränkt, bei dem eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorliegt bzw. bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Auch zukünftig muss die individuelle Erwerbstätigkeitsprognose des Versicherten vorrangig auf die Wiederherstellung bzw. Stabilisierung der „Erwerbsfähigkeit“ (und nicht Erwerbstätigkeit) ausgerichtet sein, da die eingeschränkte Zielsetzung des tatsächlichen Wiedereintritts in das Erwerbsleben („Erwerbstätigkeit“) angesichts struktureller Massenarbeitslosigkeit zum Ausschluss eines großen Personenkreises von den Rehabilitationsleistungen führen könnte. Darüber hinaus weist das SGB IX auf den umfassenden Teilhabebedarf, dem Leistungen zur Rehabilitation dienen, hin. Demnach zielen Leistungen zur Teilhabe darauf ab,
 - eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder die Folgen zu mildern,
 - Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (....)
 - die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
 - die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbst bestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Auch für chronifizierte Abhängigkeitskranke sollten entsprechende Angebote vorgehalten werden, die ihnen die bestmöglichen Chancen zur Förderung der Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen bieten.

- Über die Definition von starren Prognosekriterien für eine erfolgreiche Rehabilitation Abhängigkeitskranker vor Antritt der Behandlung, also gleichsam eine „Prognosematrix“, könnte versucht werden, die Bewilligung von Anträgen zu reduzieren bzw. Zuständigkeiten zwischen Sozialleistungsträgern zu verschieben. Zuständigkeitsfragen dürfen allerdings nicht auf dem Rücken des Patienten ausgetragen werden. Deshalb ist im Sinne des SGB IX eine rasche Klärung der Zuständigkeiten herbeizuführen und es hat ein nahtloses Zusammenwirken der verschiedenen Leistungen zu erfolgen. Auch würde ein strikte Handhabung von starren Kriterien der individuellen Prüfung und Gewichtung des Einzelfalls widersprechen, des weiteren sind eindeutige Prognosen (z. B. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) im Einzelfall auch nicht möglich. Der FVS empfiehlt den Leistungsträgern von daher bei der Regelung von Zugangsvoraussetzungen für die stationäre Abhängigkeitsrehabilitation keine starren normativen Verfahrensregelungen zu treffen (z.B. festgelegte Prognosekriterien mit möglichst eindeutigen Vorhersageergebnis, Inanspruchnahme einer Mindestzahl ambulanter Motivierungsangebote in definierten Zeiträumen). Ein derartiges Verfahren steht auch im Gegensatz zum Erkenntnisstand der Suchtforschung und klinischen Praxis. Abhängigkeitserkrankungen verlaufen beispielsweise ebenso wie therapeutische Veränderungsprozesse in der Regel nicht linear.
- Hinsichtlich des möglichen Prognosekriteriums „Motivation“ steht beispielsweise fest, dass die Abstinenzentscheidung des Patienten ein prozessorientiertes Behandlungsziel sein muss und nicht bereits Behandlungsvoraussetzung sein kann. Interventionen bei Suchtkranken müssen sich auf deren Veränderungsmotivation (vgl. Behandlungsplanung nach dem STAGE-Modell von Prochaska und DiClemente, 1983) beziehen und frühzeitig einsetzen können. Die Veränderungsmotivation ist kein statischer Zustand, sondern stellt eine Prozess- und Zielvariable der Interventionen dar. Dies widerspricht in keiner Weise der Mitwirkungspflicht des Patienten am Rehabilitationsauftrag der Leistungsträger. Selbstverständlich ist bei Behandlungsbeginn von Seiten des Patienten eine grundlegende Bereitschaft, sich einer Behandlung zu unterziehen, erforderlich. Rehabilitationsprognosen sollten vom Grundsatz her adaptiv, also prozessorientiert und behandlungsbegleitend angelegt sein.

Der FVS empfiehlt den Leistungsträgern von daher, die initiale Behandlungsmotivation als Kriterium für die Rehabilitationswilligkeit und nicht die Veränderungs- bzw. Abstinenzmotivation des Suchtkranken zum Prüfkriterium für die Bewilligung von Rehabilitationsleistungen zu machen.

Die Ablehnung von Anträgen durch die Leistungsträger darf sich auch zukünftig nicht am jeweils vorgegebenen Finanzvolumen orientieren. Vielmehr muss die sozialmedizinische Beurteilung des Einzelfalls ausschlaggebend sein. Von Seiten der Leistungsträger sollte – falls es angesichts knapper Finanzbudgets und eines steigenden Rehabilitationsbedarfes in der Bevölkerung zu einer höheren Ablehnungsquote kommen sollte – transparent dargestellt werden, worauf die Ablehnungen beruhen. Darüber hinaus sollte nachvollziehbar sein, was aus den abgelehnten Antragstellern geworden ist, ob beispielsweise die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers vorlag oder die Frühberentung eingeleitet wurde.

3.4.5 Qualität, Preis und Belegung von Einrichtungen

Insgesamt verfügt die stationäre Behandlung von Abhängigkeitskranken in Deutschland über einen hohen Qualitätsstandard (Fachverband Sucht 1995 a, b, c, 2003). Die Effektivität der stationären Behandlung wurde durch eine Vielzahl von Untersuchungen bereits belegt (Süß 1995, Kufner, Feuerlein und Huber 1998, Kufner 1998, Sonntag und Künzel 2000, Künzel et al. 2001, Zobel et. al. 2005 a, b).

Angesichts der zu erwartenden verstärkten Diskussion um die Priorisierung der Gesundheitsleistungen, u. a. auch um Behandlungszeiten vor dem Hintergrund der begrenzten finanziellen Ressourcen, ist es von entscheidender Bedeutung, die Wirksamkeit der medizinische Rehabilitation kontinuierlich nachzuweisen. Hier nimmt der Suchtbereich eine Vorreiterrolle ein, denn es liegen eine Vielzahl von Katamneseuntersuchungen vor. Der FVS publiziert beispielsweise seit dem Entlassjahrgang 1996 regel-

mäßig klinikübergreifende Erhebungen. Wie steht es nun um die Wirksamkeit der stationären Behandlung (s. Abb. 7) (Zobel et. al. 2005).

Die klinikübergreifende Erhebung des FVS zeigt, dass eine hohe Erfolgsrate hinsichtlich des Therapieziels Abstinenz erreicht wird. Die Erfolgsquote nach einem Jahr betrug bei den Antwortern mit planmäßiger Entlassung 74,7 %, bezogen auf alle entlassenen Patienten lag sie bei 43,4 % (Nichtantworter werden hier als rückfällig eingestuft, Ausschöpfungsquote 2003: 59,9 %). Der wahre Wert liegt irgendwo dazwischen, man kann davon ausgehen, dass über 50 % der Patienten nach einem Jahr abstinent leben.

Aus der Katamneseuntersuchung des FVS (Zobel et. al. 2005 a, b) geht hervor, dass verschiedene Variablen einen bedeutsamen Einfluss auf den Behandlungserfolg haben. Negativ wirken sich hierbei aus: unplanmäßige Entlassung, Wiederholungsbehandlung, keine feste Partnerschaft, Erwerbslosigkeit, mindestens ein Entzug vor der Entwöhnung und eine Behandlungszeit von weniger als 12 Wochen bzw. von über 16 Wochen.

Es ist zu vermuten, dass es sich bei den Wiederholern mit einer kurzen Behandlungszeit und den länger Behandelten um stärker chronifizierte Patienten handelt.

Der FVS weist darauf hin, dass im „Qualitätsdreieck“ von Vergütungssatz, Verweildauer und Behandlungsqualität sich nicht gleichzeitig die Behandlungsqualität und deren Wirksamkeit steigern, die Behandlungsdauer verkürzen und an den Kosten für qualifiziertes Personal sparen lässt (s. Abb. 8).

Auch der Ausbau ambulanter Behandlungsangebote und von Kombinationsbehandlungen kann nur in begrenztem Maße zu Kosteneinsparungen führen, zumal mit diesen Angeboten andere Patienten angesprochen werden, deren Wirksamkeit unzureichend belegt und eine indikative Zuweisung zum jeweiligen Behandlungssetting erforderlich ist (s. 3.2.2, 3.4.1).

	DGSS 1 (N= 3.819)	DGSS 4 (N= 7.266)
Katamnestiche Erfolgsquote	74,7	43,4
Abstinent	65,2	37,8
Abstinent nach Rückfall	9,5	5,6
Rückfall	25,3	56,6

Abb. 7: Ergebnisqualität in der Entwöhnungsbehandlung – Klinikübergreifende Katamnese des FVS (Zobel et. al. 2005 a, b) (Bereich: Alkohol/Medikamente), Entlassjahrgang 2003
Abstinenzquoten nach DGSS 1 und 4 * (in %)

* Berechnungsform DGSS 1: alle Katamneseantworter mit planmäßiger Entlassung
Berechnungsform DGSS 4: alle entlassenen Patienten, Nichtantworter werden als rückfällig gewertet.

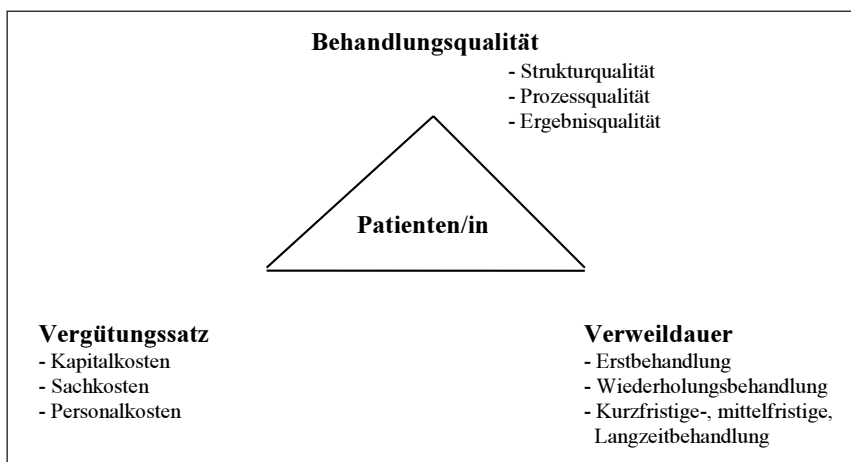


Abb. 8: Qualitätsdreieck der stationären Rehabilitation

3.4.5.1 Grundsätzliche Erwägungen zum Thema „Preisvergleich“

Die Vergütungssätze von stationären Einrichtungen lassen sich nicht direkt miteinander vergleichen, da zwischen diesen Unterschiede hinsichtlich der Strukturqualität – dies betrifft z.B. die Arzt/Patienten- oder Therapeuten/Patienten-Dichte (Löschmann, Brünger, Koch 1996; Koch 1997) – bestehen. Ein hoher Standard der Kliniken und eine entsprechende personelle Ausstattung im medizinischen und therapeutischen Bereich ist erforderlich, um eine entsprechende Qualität im Interesse der Patienten erbringen zu können. Vergütungssätze in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke liegen im übrigen unter denen vergleichbarer anderer Indikationen im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Auch bestehen zwischen den verschiedenen stationären Einrichtungen strukturelle Unterschiede. Diese betreffen die Ausstattung, die personellen Ressourcen, die Behandlungsangebote sowie auch die Lage der Einrichtung. So können kleinere Einrichtungen tendenziell eher wohnortnahe Angebote unterbreiten und sich als Bestandteil eines regionalen Therapieverbundes verstehen, größere Einrichtungen hingegen verfügen über breitere personelle Ressourcen und damit über differenzierte Behandlungsangebote.

Besonders für Patienten, bei denen neben der Abhängigkeitserkrankung noch weitere Störungen (z.B. körperlicher Art, psychische Komorbidität) vorliegen, müssen spezifische Leistungen im diagnostischen bzw. medizinisch-therapeutischen Bereich vorgehalten werden. Aber selbst bei strukturgleichen bzw. -ähnlichen Kliniken lassen sich die Vergütungssätze nicht direkt miteinander vergleichen, da sich auch die Kapitalkosten zwischen den Einrichtungen deutlich unterscheiden (z.B. haben neuere Einrichtungen in der Regel einen höheren Kapitaldienst, verschiedene Einrichtungen wurden über öffentliche Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) finanziell unterstützt). Darüber hinaus müsste eine ökonomische Betrachtung

auch die Bausubstanz und evtl. erforderliche Investitionen in Renovierungsarbeiten bei älteren Einrichtungen berücksichtigen.

Von daher sind detaillierte, klinikbezogene Analysen erforderlich, um Aussagen hinsichtlich des Preis-Leistungs-Verhältnisses treffen zu können. Einfache Preisvergleiche sind von daher nicht zulässig, zumal die Vergütungssätze auf der Grund-

lage entsprechender Kalkulationen mit dem Leistungsträger vereinbart worden sind.

Beispiele für Kosten-Ergebnis-Berechnungen (vgl. Missel et.al. 1997) zeigen, dass auch unter Kostengesichtspunkten die Betrachtung des Vergütungssatzes zu kurz greift. Innerhalb strukturgleicher Einrichtungen mit vergleichbarem Patientenkollektiv müssten die Fallkosten miteinander verglichen werden. Unter Qualitätsgesichtspunkten wiederum sind die jeweiligen Fallkosten – vor dem Hintergrund einer Risikoadjustierung – in Relation zu Kriterien der Ergebnisqualität zu stellen. Bei der Belegung von Einrichtungen sollten die Leistungsträger auch unter Kostengesichtspunkten der Qualität und Effektivität der Behandlung einen hohen Stellenwert einräumen.

3.4.5.2 Qualitätskriterien zur Beurteilung von stationären Einrichtungen

Hinsichtlich der Belegung von stationären Einrichtungen im Bereich Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit empfiehlt der FVS eine Orientierung an definierten Qualitätsstandards (Fachverband Sucht 1995 a, 1995 b, 1995 c). Eine Übersicht hierzu wird in der nachfolgenden Abbildung (s. Abb. 9) gegeben.

Konzeptqualität:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Theoretisch-wissenschaftliches Konzept 2. Einheitliches Störungs- und Behandlungsmodell 3. Verbindlichkeit des Behandlungsansatzes für alle Mitarbeiter
Programmqualität:	<ol style="list-style-type: none"> 4. Individueller Gesamtrehabilitationsplan 5. Adaptives Indikations- und Verweildauermodell 6. Einsatz von Routinediagnostik und Indikations- und Prognoseverfahren 7. Differenzierung der Behandlungsangebote als Voraussetzung für variable Therapiedauern 8. Psychoedukative und psychotherapeutische indikative Curricula 9. Einzelpsychotherapie als Regelangebot 10. Weiteres Programmspektrum: Medizinische Versorgung, Gruppenpsychotherapie in der Bezugsgruppe, familientherapeutische Angebote, Ergo- und Bewegungstherapie, Physiotherapie/Krankengymnastik, Soziotherapie und Nachsorgeplanung 11. Programme zur Rückfallprävention, Rückfallbewältigung und -behandlung 12. Spezielle Programme zur beruflichen und sozialen Reintegration (Arbeitsbelastungserprobung) 13. In die Fachklinik integrierte bzw. externe Adaptionsbehandlung 14. Fachambulanz für Suchtkranke an der Fachklinik (ambulante und poststationäre Rehabilitation, Nachsorge) 15. Regionale Vernetzung im Verbund der Suchtkrankenhilfe 16. Bedarfsweise Sonderprogramme: z.B. Integrierte Entgiftung, Motivierungsbehandlung, Behandlung von Glücksspielern, Psychosomatische Abteilung 17. Flexibilisierung von Hausordnungsregelungen 18. Therapeutische Angebote am Wochenende

Personalstandards:	<p>19. Fachärztliche (z.B. psychiatrische, neurologische und internistische) Versorgungsqualität</p> <p>20. Weiterbildungermächtigung (z.B. Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin) des/r Leitenden Arztes/Ärztin</p> <p>21. Qualifizierter Supervisor-Status des/r Leitenden Arztes/Ärztin, des/r Leitenden Psychologen/Psychologin</p> <p>22. Schlüssel Patient: Arzt/Therapeut</p> <p>23. Kriterium „Abgeschlossene psychotherapeutische bzw. suchtherapeutische Weiterbildung bzw. in Weiterbildung“ für alle ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiter</p> <p>24. Beteiligung der Fachklinik an einem regionalen Weiterbildungsverbund und Fortbildung der Mitarbeiter</p>
Prozessqualität:	<p>25. Im Behandlungsteam abgestimmte Planung der Therapieziele</p> <p>26. Qualifizierte interne Fachaufsicht</p> <p>27. Sicherstellung eines fördernden therapeutischen Milieus (z.B. „Therapiesprache“, Patientenmitverwaltung, klinikinternes Beschwerdesystem)</p> <p>28. Beteiligung am Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung</p> <p>29. Qualität des ärztlichen Reha-Entlassungsberichtes</p> <p>30. Angebot an und Kombination von therapeutischen Leistungen (KTL)</p> <p>31. Einsatz einer Routinebasisdokumentation für alle Patienten (z.B. Angaben zur Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme/Entlassung oder Angaben zur Arbeitssituation bei Aufnahme/Entlassung)</p> <p>32. Angaben zur durchschnittlichen Verweildauer: - für Entlassjahrgang - für planmäßig entlassene Patienten</p> <p>33. Angaben zu den durchschnittlichen Fallkosten: - für Entlassjahrgang - für planmäßig entlassene Patienten</p> <p>34. Quote planmäßiger Entlassungen</p> <p>35. Leitlinienorientierte Behandlung</p>
Ergebnisqualität:	<p>36. Einsatz einer Routinekatamnese für alle Patienten</p> <p>37. Empirische Absicherung der Wirksamkeit: Katamnese Erfolgsquote bei 1-Jahres-Katamnesen (z.B. Abstinenzquoten, Erwerbsstatus und Lebenszufriedenheit bei Katamneseantwortern)</p> <p>38. Nachweis des sozialmedizinischen Rehabilitationserfolges</p> <p>39. Differentielle Evaluation des Programmes</p>
Qualitätsverständnis:	<p>40. Gemeinsames Qualitätsverständnis in der Einrichtung</p> <p>41. Messung der Behandlungszufriedenheit der Patienten vor/am Behandlungsende</p> <p>42. Kontinuierliches klinikinternes Verbesserungsmodell (z.B. über klinikinterne Qualitätszirkel)</p> <p>43. Vorhalten eines qualifizierten Qualitätsmanagements</p> <p>44. Transparente Darstellung der Ausstattungsmerkmale, Behandlungsangebote und -ergebnisse (in Form von Jahresberichten, Qualitätsberichten etc.)</p>

Abb. 9: Qualitätsstandards bei stationärer Abhängigkeitsrehabilitation

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass eine umfassende Formulierung von Qualitätsstandards laufender Überarbeitung und Ergänzung bedarf und diese – angesichts von spezifischen Angebotsprofilen einzelner Einrichtungen – nicht für alle Institutionen gleichermaßen verbindlich sein können. Mittlerweile haben eine Vielzahl der Rehabilitationseinrichtungen ein internes Qualitätsmanagement aufgebaut,

welches durch externe Auditoren beurteilt wird (DEGEMED/FVS 2005, IQMG 2004).

Der FVS fordert die Leistungsträger dazu auf, ein qualitätsorientiertes hochwertiges Behandlungssystem für suchtkranke Menschen aufrechtzuerhalten und zu verbessern. Die Eröffnung einer Preisspirale nach unten mit der Dynamik, dass die verschiedenen Anbieter versuchen würden, die

Pflegesätze der jeweiligen Konkurrenten zu unterbieten (Einführung von sog. „Dumping-Preisen“) würde die Qualität des gesamten Behandlungssystems gefährden.

Eine Absenkung der Vergütungssätze bzw. deren dauerhaftes Stagnieren bei steigenden Kostenentwicklungen wirkt sich langfristig auf den Personalbestand, die Strukturqualität, die Angebotsdichte und die erzielte Ergebnisqualität einer Einrichtung aus. Von zentraler Bedeutung ist, dass die Innovationsfähigkeit der Einrichtungen erhalten bleibt und eine adäquate Vergütung der – sicherlich nicht einfachen Arbeit – der Mitarbeiter möglich ist. Die Anforderung einer Planungssicherheit einer Einrichtung muss auch vor dem Hintergrund gesehen werden, dass der Vergütungssatz von Einrichtungen auf der Basis einer 95 % Belegung ausgehandelt wird. Angesichts der geringen Steigerungsrate der Vergütungssätze seit dem Jahr 1996 geraten Fachkliniken heutzutage bereits durch kurzfristige Belegungseinbußen in eine existenzielle Krise.

Eingehend geprüft werden sollte, ob neue Vergütungssysteme (z.B. Fallpauschalen; ergebnisorientierte Vergütungssysteme) angesichts der gegebenen finanziellen Rahmenbedingungen eine Verbesserung oder eher das Gegenteil bewirken würden. Generell sollte die Belegungssteuerung von Einrichtungen dem Grundsatz folgen: Die Einrichtung ist die 'beste', „die unter einem eindeutigen theoretischen Modell Verfahren anwendet, deren Wirksamkeit bewiesen sind, die die Effekte ihrer eigenen Therapie gründlich überprüft, die Effizienz ihrer Indikationsstellung nachweist und gleichzeitig in der Lage ist, eine therapeutische Atmosphäre aufzubauen, in der Patienten sich aufgehoben fühlen können.“ (Böner, 1997, S. 24 f.).

3.4.5.3 Reha-Bewertungssystem: Qualitätsvergleiche und -berichte

Zukünftig werden Qualitätsvergleiche zwischen Rehabilitationseinrichtungen an Bedeutung gewinnen.

Zielsetzung ist hierbei zunächst, Qualitätsindikatoren bei der Belegungssteuerung verstärkt zu berücksichtigen. Längerfristig könnten auch Ansätze einer stärker qualitätsorientierten Vergütung erprobt werden.

Vom Grundsatz her ist es zu begrüßen, wenn die Qualität der Behandlung bei der Belegung von Einrichtungen eine zentrale Rolle spielen soll. Denn die vorrangige Orientierung der Belegung und Vergütung an den durchschnittlichen Kosten aller Einrichtungen würde insgesamt zu einer Absenkung der Qualität des Behandlungssystems und zu einer Nivellierung bestehender Qualitätsunterschiede (z. B. hinsichtlich Ausstattung, personeller Ressourcen bzw. des Behandlungsspektrums) der Einrichtungen führen. Ferner sollten im Reha-System Anreize gesetzt werden,

	Qualitätsstufen		
	Gute	Mittlere	Schlechte
E-Berichtslaufzeiten, max. 14 Tage nach Entlassung, Anteil der Berichte	> 70 %	≥ 30 % – 70 %	< 30 %
Beschwerdehäufigkeit (ggf. indikations-spezifisch auszurichten)	< 1 %	1 – 2 %	> 2 %
Patientenbefragung Gesamturteil	≤ 2	≤ 2 – 3	> 2 – 3

Weitere Kriterien

Peer-Review-Verfahren

Verlauf nach der Rehabilitation (Routinedaten zum Verbleib im Erwerbsleben)

Leitliniengerechte Behandlung (evidenzbasierte Therapiemodule, KTL-Auswertungen)

Ergebnisse der Visitationen (Visitationsprojekt)

Abb. 10: Rehabilitationsbewertungssystem (RBS)
Vorschläge der BfA vom 14.04.2005

die Qualität der Behandlung zu verbessern und entsprechende Bemühungen der Einrichtungen sollten auch honoriert werden. Die DRV Baden-Württemberg hatte hierzu erste Überlegungen angestellt und erprobt.

Des weiteren hat auch die DRV-Bund (ehemals BfA) erste Vorschläge zur Entwicklung eines Rehabilitationsbewertungssystems zur Diskussion gestellt (s. Abb. 10). Die Basis bilden hierbei insbesondere Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsprogramm, ergänzt um weitere Aspekte wie Beschwerdehäufigkeit oder Ergebnisse der Visitationen.

Grundsätzlich ist bezogen auf ein Rehabilitationsbewertungssystem zu fordern, dass Qualitätsvergleiche auf einer „gesicherten“ Basis erfolgen müssen.

Hierzu gehören:

- Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Verfahrens
- Sicherstellung der Objektivität, der Verlässlichkeit der Instrumente und der Gültigkeit der Ergebnisse (inkl. fairer Vergleiche)
- Einbeziehung der Ergebnisqualität – insbesondere im Indikationsbereich Sucht (Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit)
- Einbezug des internen Qualitätsmanagements
- Gewichtung der einzelnen Instrumente im Rahmen eines Rehabilitationsbewertungssystems (schlüssige Gesamtbewertung)

Dies bedeutet zum einen, dass die zugrunde liegenden Daten und Informationen einen tatsächlichen Rückschluss über die Qualität einer Einrichtung erlauben müssen und zum anderen eine Risikoadjustierung der Rehabilitanden vorgenommen

wird, um überhaupt realistische Einrichtungvergleiche zu ermöglichen. Es sollte vermieden werden „Äpfel mit Birnen“ zu vergleichen.

Im Rahmen eines Bewertungssystems lassen sich nach derzeitigem Entwicklungsstand der Instrumente und Verfahren zunächst wohl eher grobe Qualitätskategorien (z. B. erfüllt/nicht erfüllt) bilden, die in der weiteren Zukunft verfeinert werden können. Auf der Basis der Annahme, dass die mehrdimensionalen Qualitätsergebnisse auch die Qualität der Einrichtungen widerspiegeln, ist auch die Konsistenz der Ergebnisse (Dauerhaftigkeit und verfahrenübergreifend ähnliche Qualitätsergebnisse einer Einrichtung) nachzuweisen und der Indikationsbezug zu prüfen. Schwankungen der QS-Ergebnisse können vielfältige Ursachen haben (z. B. Personalwechsel, Schwankungen aufgrund einer kleinen Patientens Stichprobe, aktuelle Probleme einer Einrichtung (z. B. Umbau und dadurch verursachte Lärmbelästigung)) und können möglicherweise nur vorübergehender Natur sein.

Von daher ist es grundsätzlich erforderlich, einen Qualitätsdialog mit den Einrichtungen (u. a. auch im Rahmen der Visitationen) zu führen und diesen auch die Möglichkeit zur Beseitigung von festgestellten Qualitätsmängeln innerhalb bestimmter Zeitkorridore einzuräumen. Auch ist eine Ausweitung der Basis der vergleichenden Bewertung durch den erheblich stärkeren Einbezug der Ergebnisqualität und hinsichtlich des Vorhandenseins eines qualifizierten internen Qualitätsmanagement-Systems zu fordern. Insgesamt besteht hier noch erheblicher Diskussions- und Entwicklungsbedarf, insbesondere sollte nicht zuletzt unter Kostengesichtspunkten die unzureichende

Berücksichtigung von Dimensionen der Ergebnisqualität im Qualitätssicherungsprogramm der Leistungsträger bei der Entwicklung eines Rehabewertungssystems vermieden werden.

Es ist davon ausgehen, dass auch die Veröffentlichung und Verbreitung von Qualitätsergebnissen, z. B. in Form von Qualitätsberichten im Internet noch deutlich an Bedeutung in der medizinischen Rehabilitation gewinnen wird.

Krankenhäuser sind bereits ab dem Jahr 2005 dazu verpflichtet, alle 2 Jahre strukturierte Qualitätsberichte zu veröffentlichen (§ 137 SGB V).

Auch in der medizinischen Rehabilitation gibt es erste Modellprojekte und Gespräche zwischen den Leistungsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer zu dieser Thematik. Im Mittelpunkt steht hierbei, neben Strukturdaten auch die jeweiligen Qualitätsstärken von Rehabilitationseinrichtungen im Vergleich zu anderen darstellen zu können. Hierzu werden auch Ergebnisse aus den externen QS-Programmen sowie Angaben zum internen Qualitätsmanagement Verwendung finden. Bisherige Meinungsäußerungen von Vertretern der Leistungsträger und -erbringerverbände gehen dahin, dass es notwendig ist, die allgemeinen „Spielregeln“ hierzu festzulegen. Dies betrifft z. B. Fragen wie „Welche Daten müssen verpflichtend genannt werden? Welche optionalen Teile können mit freien Texten versehen werden (z. B. Risikokonstellation)? Wie geht man mit dem Einfluss von Confoundern (d. h. nicht von der Einrichtung zu beeinflussenden Faktoren wie Risikomerkmale von Patienten) um, damit faire Vergleiche ermöglicht werden?“ Strukturierte Qualitätsberichte dienen verschiedenen Zielen, wie (Spyra et. al. 2005) ausführen:

- Entscheidungshilfe für Zuweiser
- Orientierungshilfe für verschiedene Zielgruppen (Patienten, Kooperationspartner)
- Präsentation der eigenen Qualitätsmerkmale und -ergebnisse
- Motivation zur Qualitätsoptimierung und Anlass zur Reflexion der bislang erbrachten Leistungen

Auch stellt sich die Aufgabe, die Ergebnisse für die verschiedenen Adressaten (z. B. Leistungsträger, Behandler, Patienten) so aufzubereiten, dass sie deren Wünschen und Informationsbedürfnis genügen. Dabei wird es notgedrungen zu einer Reduktion der Komplexität der Daten kommen.

Hier besteht wiederum die Gefahr, dass vereinfachende Darstellungen entstehen (z. B. in Form von Rangreihen von Einrichtungen), welche unterschiedliche Ausgangsbedingungen, methodische Probleme und Begrenzungen der Interpretationsmöglichkeiten nicht genügend berücksichtigen.

3.4.5.4 Strukturverantwortung und Zuweisungssteuerung

Früher sind die Leistungsträger in der Regel den Vorschlägen der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen oder anderer Zuweiser hinsichtlich der Auswahl einer Fachklinik gefolgt. Seit dem Jahr 1997 machen sie verstärkt von ihrem Zuweisungsrecht Gebrauch. Die rechtlichen Rahmenbedingungen hierzu finden sich für die Rentenversicherungsträger in § 13 SGB VI: „Demnach bestimmt der Träger der Rentenversicherung im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.“ Einzelne Leistungsträger sind dazu übergegangen, die Beratungsstellen dazu aufzufordern, nicht mehr Fachkliniken namentlich vorzuschlagen, sondern vielmehr strukturelle Aspekte von stationären Einrichtungen zu benennen, die für die Auswahl – in Bezug auf die spezifischen Erfordernisse für den jeweiligen Patienten – ausschlaggebend sein können. Mit der Übernahme der Strukturverantwortung und stärkeren Belegungssteuerung durch die Leistungsträger kann einer denkbaren Tendenz, dass ambulante Stellen möglicherweise nur noch oder vorrangig Kliniken vorschlagen, die sich in identischer Trägerschaft befinden, um deren Existenz zu sichern, entgegengesteuert werden.

Die Auswahl des suchtspezifischen Behandlungsangebotes sollte sich grundsätzlich am individuellen Bedarf und damit an Art, Schweregrad, Erkrankungsverlauf sowie den weiteren Begleitumständen – und somit an fachlichen Aspekten – ausrichten. Im Vorfeld der Behandlung ist von daher eine indikationsrelevante Diagnostik erforderlich, welche ein bio-psycho-sozial orientiertes Behandlungsmodell zugrunde legt.

Die ICD-10 als Klassifikationssystem von Erkrankungen wird ergänzt um das ICF-Modell der Weltgesundheitsorganisation (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) auf dessen Grundlage Aussagen zur Funktionsfähigkeit, den Aktivitäten und zur Partizipation getroffen werden können.

- Diagnosestellung und Differentialdiagnostik
- Art, Ausprägung und Funktion des Substanzgebrauchs
- Schädigungen, Einschränkungen oder Störungen der Körperfunktionen und -strukturen (einschließlich psychischer Störungen)
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten (z. B. Arbeit, tägliches Leben, Kommunikation)
- Beeinträchtigung der Teilhabe an Lebensbereichen (z. B. soziale Beziehungen, Arbeit, Wohnen, Freizeit, finanzielle Situation)
- Aussagen zu weiteren Kontextfaktoren (z. B. Motivation, Sichtweise des Arbeitgebers, der Angehörigen)

Abb. 11: Diagnostik im Vorfeld der Behandlung (ICD-10 und ICF orientiert)

Dieser umfassende Ansatz ist für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen nicht neu, entsprechende Angaben finden sich z. B. bereits – wenn auch nicht in der differenzierten Form eines Klassifikationssystems – im Sozialbericht, der Bestandteil von Anträgen auf entsprechende Rehabilitationsleistungen ist. Auch sei darauf verwiesen, dass derzeit die Komplexität der ICF ein Problem für deren Handhabbarkeit als Klassifikationssystem darstellt. Offen ist deshalb, inwieweit in den nächsten Jahren die ICF als Klassifikationsinstrument Eingang in die Versorgungspraxis finden wird. Wichtig ist, dass das diagnostische Verfahren im Vorfeld der Behandlung auf der einen Seite handhabbar bleibt und nicht durch überhöhte Anforderungen die Eingangs- und Zugangswege zu einem Nadelöhr zur Suchtbehandlung verengt werden, andererseits aber auch aussagekräftige Informationen vorliegen, die eine zielgerichtete Zuweisung erst ermöglichen.

Die diagnostischen Feststellungen sind von erheblicher Relevanz, denn sie sind Grundlage für die Entscheidung, ob eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ambulant, ganztägig ambulant, stationär oder ggf. in Kombination durchgeführt werden soll und auch dafür, welche Behandlungseinrichtung (Ausstattung, Behandlungsangebote, personelle Voraussetzungen) für den jeweiligen Behandlungsbedarf eines Patienten besonders geeignet ist.

Der Fachverband Sucht tritt für eine Pluralität der Angebotsformen in der gesamten Suchtkrankenhilfe, insbesondere aber auch im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ein. Auf diesem Hintergrund muss auch konstatiert werden, dass größere Fachkliniken für Abhängigkeitskranke aufgrund der in ihnen behandelten Patientenzahlen eher in der Lage sind, differenziertere Behandlungsprogramme, insbesondere für co- und multimorbide Patienten vorzuhalten. Eine entsprechende über Fallhäufigkeit und Fallschwere operationalisierte Fallkompetenz in überregionalen stationären Suchthilfeszentren würde auch eine entsprechende Strukturierung von Angeboten bei Disease-Managementprogrammen entsprechen.

Eine leistungsbezogene Patientenklassifikation und damit verbundene Fallgruppenbildung und eine steuerungswirksame Umsetzung von unterschiedlichen Reha-Bedarfsgruppen innerhalb einer Indikation verfolgt unter Beteiligung von Einrichtungen des FVS insbesondere auch das Projekt zu Rehabilitanden-Management-Kategorien bei stationären Entwöhnungsbehandlungen von Alkoholabhängigen („RMK-Sucht“) im Rahmen des BMBF/GRV-Förderungsschwerpunktes unter Koordination des Lehrstuhls für „Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung in der Rehabilitation“ der Humboldt-Universität zu Berlin (jetzt: Charité Berlin).

Neben derartigen Suchtkompetenzzentren sollte aber aus Sicht des FVS auch die regionalisierte und vernetzte Suchtkrankenversorgung ausgebaut werden. Dabei können Kombinationsbehandlungsmodelle im Sinne einer einrichtungsübergreifend festgelegten Gesamtbehandlung als dritte Säule neben einer vorrangig ambulant oder stationär ausgerichteten Entwöhnungsbehandlung gesehen werden, ohne diese Angebotsformen ersetzen zu können. Kombinationsbehandlungsmodelle sollten somit nicht den Anspruch auf eine Regelbehandlungsform erheben. Ihre Wirksamkeit muss vor dem Hintergrund einer indikativen Zuweisung geprüft werden (vgl. Kulick 2006).

Im regionalen Versorgungsverbund kann neben der ausschließlich stationären medizinischen Rehabilitation oder ausschließlich ambulanten medizinischen Rehabilitation sowie der Kombinationsbehandlung auch Bedarf für ein zeitlich extensives Reha-Fallmanagement, z. B. über einen Zeitraum von 18 oder 24 Monaten, in der Behandlung Abhängigkeitskranker mit spezifischer Krankheitsschwere bestehen.

Ein derartiges zentrales Case-Management böte auch die Möglichkeit der modellhaften Implementierung ergebnisorientierter Vergütungsformen als Fallpauschalen.

Aus Sicht des FVS ist aber darauf hinzuweisen, dass regionalisierte Modellvorhaben ihre jeweilige Effektivität und Effizienz im Rahmen wissenschaftlicher Begleitforschung nachweisen müssen. Die beteiligten Kooperationspartner, bei möglichst zentralem Reha-Fallmanagement, müssen zudem jeweils einzeln die von der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ geforderten Qualitätsstandards erfüllen und sich möglichst am externen Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung beteiligen. Eine schleichende Einführung von „Therapie light“ – Angeboten durch die Hintertür vorgeblicher Vernetzung würde die Qualitätsanstrengungen in der Rehabilitation Suchtkranker geradezu konterkarieren.

Um überhaupt aussagefähige Untersuchungen zur Versorgungsrealität und zur Wirksamkeit von Angeboten der Suchtkrankenhilfe machen zu können, unterstützt der FVS mit Nachdruck die im „Deut-

schen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2006) ausgesprochene Empfehlung für stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, neben einer Basisdokumentation eine prospektiv geplante routinemäßige (kontinuierlich) durchgeführte Katamnese (1-Jahreskatamnese) als Vollerhebung durchzuführen. Der benannte Kerndatensatz wurde unter Beteiligung des Fachverbandes Sucht entwickelt.

Zu berücksichtigen ist auch, dass die Zuweisungssteuerung in enger Kooperation mit den Fachkliniken erfolgt, um eine individuelle Passung von Problemlagen des Patienten mit differenzierten Angeboten der Einrichtung zu ermöglichen. Für den Fortbestand des Behandlungssystems würde es darüber hinaus keinen Sinn machen, einen möglichen Antragsrückgang für stationäre Entwöhnungsbehandlungen ungezielt über alle Einrichtungen zu streuen. Durch eine gezielte Steuerung sollte dann versucht werden, anhand von definierten Qualitätskriterien den Fortbestand von Kernstrukturen im stationären Abhängigkeitsbereich nach stationären Gesichtspunkten zu gewährleisten.

Auf der anderen Seite stellen sich mit einer stärkeren Zuweisungssteuerung durch die Leistungsträger auch Probleme. So könnte Folge davon sein, dass beispielsweise tradierte Formen der Zusammenarbeit von einzelnen Einrichtungen nicht mehr fortgeführt werden können, die Abstimmung von Konzepten zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen im Einzelfall erschwert wird, vorgeschlagene Einrichtungen von einzelnen Leistungsträgern aus unterschiedlichen Gründen nicht belegt werden und Landesgrenzen über die Belegung einer Einrichtung etc. entscheiden.

Langfristig gesehen wird eine patienten- und kundenorientierte Verfahrensweise bei der Belegungspraxis verstärkt zum Tragen kommen. Diese wird durch das im SGB IX verankerte Wunsch- und Wahlrecht (§ 9) gestärkt. Voraussetzung für die Inanspruchnahme des Wunsch- und Wahlrechts ist eine möglichst objektive Information der Betroffenen durch den Berater über die Art und Qualität der Behandlungsangebote. Dazu gehört nicht nur, dass die Beratung nicht von Trägerinteressen geleitet ist, sondern auch die Kenntnis einer genügenden Zahl von Fachkliniken und von deren jeweiligen Behandlungsangeboten. Auch die gemeinsamen Servicestellen der Leistungsträger sind gefordert, sich über entsprechende Behandlungsangebote zu informieren und entsprechende Informationen zu nutzen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006).

3.4.5.5 Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und berufliche (Re-)Integration

Die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben ist im Indikationsbereich Abhängig-

Arbeitslosigkeit und Rückfall (Lindenmeyer 2005) N = 183	
	innerhalb von 3 Monaten
arbeitslos bei Entlassung	60,8 % aller Rückfälle
erwerbstätig bei Entlassung	36,5 % aller Rückfälle

Abb. 12

keitserkrankungen von zentraler Bedeutung, da ein hoher Anteil von Patienten am Ende der Behandlung arbeitslos ist (Basisdokumentation des FVS: Stationäre Rehabilitation Alkohol-/Medikamentenabhängiger, Entlassjahrgang 2004 – Anteil der Arbeitslosen: 47,4 %) (Bachmeier et al. 2005).

Einrichtungen in den neuen Bundesländern mit einem besonders hohen Anteil Erwerbsloser und schwierigen strukturellen Rahmenbedingungen sind hier vor besondere Herausforderungen gestellt. Neben entsprechenden Angeboten für arbeitslose Patienten (s. u.) sollte bei Patienten mit einem vorhandenen Arbeitsplatz auf dessen Erhalt im Rahmen der medizinischen Rehabilitation besonderer Wert gelegt werden.

3.4.5.6 Arbeitslosigkeit und Rückfall

Die Katamneseuntersuchungen des FVS belegen, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen Rückfall und Arbeitslosigkeit bzw. Erwerbstätigkeit besteht. Dieses Ergebnis wird durch vielfältige weitere Untersuchungen bestätigt.

Das ARA-Projekt, welches von der Fachklinik Wilhelmsheim in Zusammenarbeit mit dem Institut für Suchtforschung an der Fachhochschule Frankfurt a. Main durchgeführt wurde (Henkel, Zemlin und Dornbusch 2003, 2004) zeigt, dass Arbeitslose nicht nur erheblich häufiger, sondern auch in gravierenderer Form rückfällig werden.

Auch verdeutlicht diese Studie, wie auch eine Untersuchung von Lindenmeyer (Lindenmeyer 2005), dass arbeitslose Patienten signifikant früher rückfällig werden als erwerbstätige Personen (s. Abb. 12).

Von daher ist es gerade bei der Gruppe arbeitsloser Patienten erforderlich, in dieser kritischen Phase verstärkt soziale Stützs-

teme und die Perspektive auf berufliche Wiedereingliederung zu organisieren.

Im Vergleich zu den rückfälligen Erwerbstätigen ist die psychosoziale Lage der rückfälligen Arbeitslosen deutlich ungünstiger (s. Abb. 13).

Generell ergab die ARA-Studie, dass rückfällige Patienten bereits zu Behandlungsbeginn mit ihrer Lebenssituation und speziell ihrer Gesundheit, Freizeitgestaltung und dem Umgang mit Suchtmitteln weniger zufrieden waren. Sie erlebten sich als weniger selbstwirksam, wiesen ein niedrigeres Selbstwertgefühl auf, zeigten negativere Abstinenzserwartungen und sahen sich stärker versucht in bestimmten Situationen Alkohol zu konsumieren.

Auch erwies sich, dass die Nachhaltigkeit der Behandlungseffekte (z. B. zur Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeit, Depressivität) bei den Rückfälligen in vielerlei Hinsicht deutlich schwächer waren. Die zahlreichen und erheblichen Probleme und Teilhabedefizite zeigen, dass die Behandlung arbeitsloser Suchtkrankener einem breiten Zielspektrum folgen muss. Hierzu gehören Angebote zum Abbau der Demoralisierung, zur Stärkung des Selbstwertgefühls, Schuldenregulierung, Förderung der sozialen Fähigkeiten und Maßnahmen zur Verbesserung der Chancen am Arbeitsleben und an der Gemeinschaft teilzuhaben. Entsprechende Zielsetzungen müssen in einen umfassenden Behandlungsplan einfließen. Dazu sind entsprechende Verfahrensweisen in den Einrichtungen erforderlich, um den besonderen Behandlungsbedarf zu erfassen, Reha-Ziele aufzustellen, die Behandlungsleistungen entsprechend zu organisieren und deren Wirksamkeit zu überprüfen. Hierbei sollte eine Abschätzung der Chancen vorgenommen werden, ange-

Bei den Arbeitslosen zeigte sich:

- niedrigere Zufriedenheit in allen Lebensbereichen
- gravierende finanzielle Probleme
- geringere soziale Unterstützung
- geringere Selbstwirksamkeit
- stärkere Wertlosigkeitsgefühle
- höhere Depressivitätswerte
- schwächere soziale Integration
- seltener regelmäßiger Kontakt zu Selbsthilfegruppen

Abb. 13 Psychosoziale Lage der konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen vor und nach der Entwöhnungsbehandlung (ARA-Studie, Zemlin 2005)

- Infoseminare zu den „Gesetzen zu Reformen am Arbeitsmarkt“ (rechtliche Rahmenbedingungen, Auswirkungen)
- Einschätzung der Arbeitsmarktchancen und der individuellen Perspektiven (Profiling, berufsbiografische Potentialanalysen)
- Einrichtungsinterne Fallmanager zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Bezugstherapeut, Reintegrationsberater)
- Arbeitsbelastungserprobung in Betrieben
- Kompetenztrainings mit Realitätsbezug (Arbeitsbelastungserprobung, Stellensuche etc.)
- Schnittstellenmanagement (nachstationäre Kontaktaufnahme fördern, Schritte vorbereiten, Begleitung des Reintegrationsprozesses)
- Adaptionstherapie nutzen
- Persönliche Kontaktaufnahme zum Fallmanager der Agentur für Arbeit/ARGE, Jobcenter, Sozialämter während der Reha
- Thematische Ausrichtung der Therapieorganisation und -angebote

Abb. 14 Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben: Empfehlungen an die Behandlungseinrichtungen (vgl. Zemlin 2005)

sichts der bestehenden Arbeitsmarktprobleme, einen regulären Arbeitsplatz erhalten zu können bzw. inwieweit auch das Tätigsein jenseits der Erwerbsarbeit oder im Rahmen unterstützter Beschäftigung eine angemessene Zukunftsperspektive darstellt.

3.4.5.7 Berufliche Reintegration, Behandlungsangebote und strukturelle Anforderungen

Zu fordern ist, dass für diese Patienten mit vergleichsweise ungünstiger Prognose adäquate Behandlungsangebote mit entsprechender Intensität und Dauer vorzuhalten sind. Sie benötigen besonders intensive Unterstützungs- und Fördermaßnahmen, um das Rückfallrisiko zu reduzieren und – soweit möglich – die beruflichen Reintegrationschancen zu verbessern. Falls die Integration in den ersten Arbeitsmarkt keine realistische Perspektive darstellt, sollten die Teilhabechancen z. B. über die Schaffung von Arbeitsgelegenheiten, das Vorhalten von Arbeitsplätzen in Integrationsfirmen, Beschäftigungsinitiativen, geschützten Tätigkeiten oder das Heranführen an den zweiten Arbeitsmarkt und sinnstiftende Tätigkeiten jenseits der Erwerbsarbeit gefördert werden.

Abbildung 14 zeigt was Behandlungseinrichtungen tun können, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu fördern.

Von zentraler Bedeutung ist es aber auch ein träger- und einrichtungsübergreifendes Rehabilitations- und Eingliederungsmanagement zu realisieren. Hierzu benötigen die Behandler Kooperationspartner um passgenau, nahtlos und zügig weiterführende Angebote zur beruflichen Reintegration nutzen zu können.

Zusammenfassend lässt sich für die Zukunft fordern, dass folgende Aspekte bereits während der medizinischen Rehabilitationsphase Berücksichtigung finden sollten (s. Abb. 15):

Es bleibt zu befürchten, dass eine Förderung von Nicht-Leistungsbeziehern und Arbeitslosengeld II-Beziehern in Form von Qualifizierungsmaßnahmen oder Umschulungen zukünftig zunehmend schwieriger wird, zumal auch die Anforderungen an die Zumutbarkeit der Arbeit im SGB II deutlich verschärft wurden.

Dringend erforderlich sind insbesondere auch klare Regelungen und Zuständigkeiten im Rahmen der Umsetzung der Hartz-Gesetze.

- Integriert in die Phase der Entwöhnungsbehandlung:**
- Beratung durch die Arbeitsvermittler und Reha-Berater der Leistungsträger (individuelles Case-Management)
 - Beurteilung der Reintegrationsmöglichkeiten in den Arbeitsmarkt sowie des Qualifizierungsbedarfs und der -möglichkeiten
 - Bewilligung von Qualifizierungsmaßnahmen bzw. von Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung
 - Entwicklung von Perspektiven, falls eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nicht möglich erscheint
 - frühzeitige Bewilligung der Adaptionstherapie (Phase II der medizinischen Rehabilitation) bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen
 - Einschalten von privaten Arbeitsvermittlern

Abb. 15 Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben nach SGB IX

Vor dem Hintergrund einer hohen Sockelarbeitslosigkeit (s. Abb. 16), ist die berufliche Reintegration von arbeitslosen Suchtpatienten alles andere als einfach. Gleichwohl zeigt sich, dass es sich bei der Arbeitslosigkeit um ein dynamisches Geschehen handelt. Es ist eine wesentliche Aufgabe der Rehabilitationseinrichtungen, die Chancen der Rehabilitanden zu erhöhen, in diesem Prozess einen Arbeitsplatz zu finden.

Erwerbstätige:	ca. 38,8 Mio.
Arbeitslose	4,8 Mio. (11,6%)
davon: langzeitarbeitslos	1,8 Mio.
Zugang Mai	502 000
Abgang Mai	- 663 000
Gemeldete Stellen	442 000

Abb. 16 Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit (Mai 2005)

Hierbei darf den Einrichtungen das Arbeitsmarktrisiko allerdings nicht übertragen werden, denn der Erfolg der Bemühungen hängt gerade in diesem Bereich ganz wesentlich von den gesellschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen ab. Von daher ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, welche die Voraussetzung für die berufliche (Re-) Integration darstellt, eine zentrale Aufgabe der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen.

Weiteres gleichrangiges Ziel in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranke ist der Erhalt bestehender Arbeitsplätze bei den betroffenen Rehabilitanden. Hierbei spielt insbesondere auch eine flächendeckende praktische Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zum betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement nach erfolgter Rehabilitation durch den Arbeitgeber eine wesentliche Rolle (gemäß § 84 SGB IX)

3.5 Ganztagig ambulante (teilstationäre) Angebote für Abhängigkeitserkrankungen

Das ganztägig ambulante Behandlungsangebot für Abhängigkeitserkrankte ist bislang nur in geringem Maße ausgebaut worden. Im Jahr 2004 existierten lediglich ca. 400 entsprechende Behandlungsplätze in Deutschland. In den neuen Bundesländern war in der Vergangenheit die tagesklinische Behandlung von Suchtkranken ein etablierteres Angebot, welches nach der Wiedervereinigung mit wenigen Ausnahmen fast vollständig verschwunden ist.

3.5.1 Entwicklungsstand ganztägig ambulanter Behandlungsangebote

Bei den bestehenden tagesklinischen Einrichtungen für Suchtkranke gibt es – trotz bestehender Gemeinsamkeiten – erhebliche

che Unterschiede hinsichtlich der Finanzierungsart wie des Therapiekonzeptes. So liegt der Schwerpunkt bei einzelnen Tageskliniken

- auf dem qualifizierten Entzug und der Motivationsbehandlung
- auf der teilstationären Nachsorge
- auf der tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung.
- Ausschlaggebend für die geringe Angebotsdichte an Tageskliniken dürften verschiedene Gründe sein:
- Trennung von Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung und die damit verbundene getrennte Kostenübernahme durch Krankenkassen und Rentenversicherungsträger (vgl. Wagner 1996a, Wagner et al. 1996b)
- Probleme hinsichtlich des Aufbaus und der Finanzierung neuer Behandlungsangebote angesichts der ökonomischen Krise bereits bestehender und etablierter Behandlungsformen für Suchtkranke
- zu geringe Inanspruchnahme teilstationärer Angebote außerhalb von Ballungsräumen.

3.5.2 Effektivität der ganztägig ambulanten Behandlung

Bislang sind die Effekte der teilstationären Behandlung noch wenig evaluiert worden. So sind Studien über tagesklinische Suchtbehandlungen auch im internationalen Raum bislang rar (vgl. Wagner 1996b). Die Überprüfung der Effektivität der teilstationären Behandlung und die Entwicklung spezifischer Indikationskriterien für diese Behandlungsform stellen eine Zukunftsaufgabe dar und sind Voraussetzung dafür, dass sich diese Zwischenform zwischen ambulanter und stationärer Behandlung verstärkt etablieren kann.

3.5.3 Indikationsstellung für die ganztägig ambulante Behandlung

Indikationskriterien für eine teilstationäre Rehabilitation müssen zukünftig noch weiter entwickelt und empirisch abgesichert werden (vgl. Zemlin et al. 2002). Nach bisherigen Einschätzungen sind für die teilstationäre Entwöhnungsbehandlung besonders Suchtkranke geeignet, für die folgende Kriterien zutreffen:

1. Die Stabilität des psychosozialen Umfeldes ist so weit erhalten, dass daraus keine negativen Einflüsse auf den therapeutischen Verlauf resultieren.
2. Eine stabile Wohnsituation ist gegeben.
3. Die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplans besteht.
4. Der Abhängigkeitskranke ist dazu in der Lage, während der teilstationären Entwöhnung suchtmittelfrei an der Behandlung teilzunehmen und abstinent zu leben.
5. Besondere soziale Umstände (z.B. Integration von Kindern), sofern sie den therapeutischen Prozess nicht negativ beeinflussen, liegen vor.

Darüber hinaus muss eine ausreichende Mobilität vorhanden sein, d.h. die tägliche An- und Abfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist möglich.

Im Unterschied zu ambulant behandelten Patienten benötigen diese Patienten ein höheres Maß an therapeutischen Angeboten und Hilfen zur Gestaltung des Tagesablaufs. Die teilstationäre Behandlung könnte besonders in frühen Phasen der Abhängigkeit, als teilstationäre Nachsorge im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder für bestimmte Patientengruppen (z.B. Frauen mit Kindern) ein bedarfsorientiertes Angebot darstellen. Zu prüfen ist, inwieweit auch besondere Angebote am Wochenende bzw. Krisenangebote für nachts integriert werden können. Das teilstationäre Rehabilitationsangebot entspricht in den einzelnen Komponenten demjenigen einer vollstationären Rehabilitationsmaßnahme und enthält u. a. ärztliche Diagnostik und Behandlung, Einzel- und Gruppentherapie, Ergotherapie, Sozialarbeit und berufsorientierte Maßnahmen sowie Dokumentation und sozialmedizinische Beurteilung.

Das tagesklinische Angebot muss eine hohe therapeutische Dichte aufweisen und ein der stationären Behandlung vergleichbares Qualitätsniveau. Dies schließt die Beteiligung an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, das Vorhalten eines internen QM-Systems und einer Basisdokumentation sowie katamnestische Erhebungen mit ein.

3.5.4 Strukturelle Aspekte und alternative Angebote der Ganztagsbetreuung von Suchtkranken

Da Tageskliniken für Patienten gut erreichbar sein müssen und eine Mindestkapazität erforderlich ist, damit diese Angebote auch ökonomisch tragfähig sind, werden die Möglichkeiten einer Ausweitung vorrangig auf städtische Ballungsgebiete beschränkt sein.

Ein flächendeckendes Angebot erscheint von daher unrealistisch. Angesichts teurer Mieten bzw. hoher Investitionskosten ist davon auszugehen, dass entsprechend hohe Tagessätze erforderlich sind, um qualitativ hochwertige teilstationäre Angebote vorhalten zu können.

Eine andere Form der Ganztagsbetreuung für bestimmte Patientengruppen besteht in der Ausweitung ambulanter Beratungs- und Behandlungsangebote, die über ein entsprechendes Einzugsgebiet verfügen. Beispielsweise könnten für drogenabhängige Patienten in Form von Tageszentren bzw. Tagesstätten ganztägig Maßnahmen angeboten werden, die weniger strukturiert und verpflichtend als in Tageskliniken sind und über bestehende ambulante Angebote hinaus insbesondere der Tagesstrukturierung (z.B. in Form von ergotherapeutischen und freizeitorientierten Maßnahmen) dienen. Voraussetzung dafür ist, dass für solche zusätzlichen Maßnahmen

die Zuständigkeiten geklärt sind und eine Finanzierungsgrundlage geschaffen wird.

3.6 Komplementäre Angebote für suchtkranke Menschen: Adaption, Betreutes Wohnen und Soziotherapeutische Einrichtungen

Die körperlichen, psychischen, kognitiven und sozialen Folgen einer langjährigen Abhängigkeit lassen sich bei einem Teil der suchtkranken Menschen nicht allein im Rahmen einer ambulanten, teilstationären oder stationären Entwöhnungsbehandlung beheben. Vielfach ist der behandelte Suchtkranke noch nicht stabil genug, um mit den täglichen Belastungen und Anforderungen, z. B. am Arbeitsplatz, im familiären Umfeld oder im sozialen Leben zurechtzukommen. Ambulante Nachsorgemaßnahmen können – wie auch der Besuch einer Selbsthilfegruppe – zur Stabilisierung und Integration nach einer erfolgten Behandlung beitragen.

Ein Teil der suchtkranken Menschen ist auf intensivere Hilfsangebote angewiesen. Diese Patienten haben erhebliche Probleme hinsichtlich der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung und Teilhabe bzw. es bestehen schwere körperliche, seelische und soziale Folgeschäden. Von daher sind sie auf sogenannte komplementäre Angebote angewiesen. Diese können sich auch über längere Zeiträume erstrecken und richten sich an den jeweiligen spezifischen Voraussetzungen und Anforderungen des Abhängigkeitskranken aus. Hierzu gehören:

- Adaptionseinrichtungen (s. 3.6.1)
- Angebote zum Betreuten Wohnen (s. 3.6.2)
- Soziotherapeutische Einrichtungen und weitere
- Langzeitbetreuungsangebote für chronifizierte Suchtkranke.

Weitere Integrationsangebote zur Wiedereingliederung suchtkranker Menschen können Arbeitsprojekte, Unterstützungsangebote für eine sinnvolle Freizeitgestaltung, Angebote zur Schuldenregulierung, sonstige Anlaufstellen, konzentrierte bedarfsorientierte Angebote für Krisenintervention und Rückfallprophylaxe etc. sein.

Generell sind Maßnahmen zur Integration und Nachsorge wegen der Vielfalt der unterschiedlichen Hilfen (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Komplementäre Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, psychologische und ärztliche Psychotherapeuten, betriebliche Suchtkrankenhilfe, spezielle Fachdienste und -berater der Rentenversicherungen (Reha-Fachberater) und Krankenkassen (Rehabilitationsberater), der Agenturen für Arbeit, Arbeitsgemeinschaften und Jobcenter auf eine einzelfallbezogene regionale Zusammenarbeit der unterschiedlichen Institutionen angewiesen.

3.6.1 Adaptive Maßnahmen

Das Angebot von Adaptionseinrichtungen richtet sich an Patienten, bei denen auch nach Abschluss der fachklinischen Entwöhnungsbehandlung ein weiterer Behandlungsbedarf besteht, die weitere gesundheitliche Stabilisierung erforderlich ist und/oder beispielsweise die Erwerbsfähigkeit noch nicht wiederhergestellt ist bzw. deren wiederhergestellte Erwerbsfähigkeit abgesichert werden muss, damit sie nicht sofort wieder gefährdet wird oder verloren geht. Bei drogenabhängigen Patienten geht man hierbei von einem hohen Bedarf aus, während bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen der Anteil auf ca. 5 % der stationär in einer Fachklinik behandelten Patienten geschätzt wird. Die Adaptionphase ist integraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation (Phase II) und kann entweder in gesonderten Adaptionseinrichtungen oder in Adaptionseinrichtungen, die an Fachkliniken für Abhängigkeitskranke angeschlossen sind, durchgeführt werden. In Fortsetzung der Entwöhnungsbehandlung (Phase I) bleibt in der Regel die Zuständigkeit beim entsprechend zuständigen Leistungsträger für die Phase I erhalten. Es sollte vermieden werden, entsprechende Rahmenbedingungen für die Zuständigkeit der Finanzierung von Adaptionsleistungen infrage zu stellen, wie es derzeit durch einzelne Krankenkassen erfolgt.

Die Adaptionphase beinhaltet u.a.

- eine Öffnung nach außen
- Anregungen, den Tagesablauf selbst zu strukturieren
- die Erprobung der Fähigkeiten des Patienten unter Alltagsbedingungen (z.B. betriebliche Arbeitsbelastungsproben)
- die Erarbeitung einer eigenverantwortlichen Lebensführung mit begleitender Hilfe.

Die therapeutischen Einzel- und Gruppengespräche sollen zunehmend im Verlauf der Adaptionphase im Sinne von eher begleitenden und ergänzenden therapeutischen Leistungen reduziert werden.

Einzelziele der Adaptionphase sind u. a.:

- weitere Festigung der Abstinenz bzw. Persönlichkeitsstabilisierung
- gesundheitliche Stabilisierung
- konkretisierte Erarbeitung einer beruflichen Perspektive
- Training beruflicher und sozialer Fertigkeiten
- Arbeitserprobung durch externe Betriebspraktika
- Einleitung eines regulären Arbeitsverhältnisses bzw. von beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen
- Regelung vorhandener Schulden
- Aufnahme tragfähiger sozialer Kontakte vor Ort
- Planung und Einübung eines aktiven Freizeitverhaltens
- Wohnungsbezug vor Ort
- evtl. Übergang in weitere Maßnahmen (z.B. Betreutes Wohnen).

Die Effektivität der Adaptionphase wurde durch vereinzelte Erhebungen bereits belegt (vgl. Verstege, 1997). Im Rahmenkonzept für die Adaptionphase aus dem Jahre 1994 wurde eine Behandlungszeit für Drogenabhängige von bis zu 3 Monaten und für Alkohol- und Medikamentenabhängige von bis zu 3 Monaten, welche im Einzelfall auch auf bis zu 6 Monate verlängert werden kann, zugrunde gelegt. Im Zuge der Umsetzung der sog. Spargesetze wurden diese Vorgaben geändert. Bei drogenabhängigen Patienten soll die Adaptionphase regelhaft mit einer Dauer von bis zu 4 Monaten erfolgen, bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen wurde die Behandlungszeit von einzelnen Leistungsträgern zunächst auf durchschnittlich 3 Monate oder weniger reduziert. Damit eine qualifizierte Hilfestellung möglich ist, muss entsprechend dem jeweiligen Bedarf der Patienten qualifiziertes Fachpersonal für die medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Betreuung, die begleitenden Einzel- und gruppentherapeutischen Leistungen sowie für die arbeitsbezogene Leistungen zur Verfügung stehen.

Nach Einschätzung des FVS sollte die Adaptionphase möglichst in der Nähe des Ortes erfolgen, an dem die berufliche und soziale Integration der häufig sozial entwurzelten Menschen erfolgt.

Die Behandlungszeit sollte sich an der medizinischen Notwendigkeit des Einzelfalls und den einrichtungsbezogenen Spezifika (z.B. Patientenzusammensetzung) orientieren.

Ein zu eng gesetzter Zeitrahmen für die Adaptionphase hat zur Konsequenz, dass durch die konzeptionelle Straffung die Belastung bei vielen Patienten überschritten wird und entsprechende Prozesse zur Förderung der Teilhabe unter erheblichem Zeitdruck erfolgen müssen. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass Patienten bei zu eng gesetzten Rahmenbedingungen mit schwierigen Ausgangsbedingungen nicht mehr in die Adaptionbehandlung vermittelt werden. Die Folge wäre, dass Patienten, deren Erwerbsfähigkeit zwar im Rahmen einer längeren Rehabilitationsleistung wiederhergestellt werden könnte, in Einrichtungen mit anderer Zielsetzung vermittelt würden.

Patienten, die auch nach der Adaptionphase noch nicht selbständig zu leben in der Lage sind, muss ein möglichst nahtloser Übergang zu Leistungen des Sozialhilfeträgers in Form des Betreuten Wohnens ermöglicht werden.

Sinnvoll ist darüber hinaus, dass von Seiten der Adaptionseinrichtungen bei Bedarf eine ambulante oder teilstationäre Nachsorge geleistet werden kann.

3.6.2 Betreutes Wohnen

Das Betreute Wohnen wendet sich an einen Personenkreis, der beispielsweise nach einer erfolgten Behandlung im Rah-

men einer Wohngemeinschaft oder einer Einzelwohnung bereits relativ selbständig leben kann. Über die (Wieder-) Herstellung lebenspraktischer Kompetenzen soll die gesellschaftliche (Wieder-) Eingliederung durch folgende Hilfen gefördert werden:

- Soziale Betreuung und Beratung
- Elemente psychiatrischer Krankenpflege
- Aspekte der hauswirtschaftlichen Versorgung
- ergotherapeutische Maßnahmen
- psychotherapeutische Komponenten.

Für Angebote zum Betreuten Wohnen ist nach dem SGB XII der Sozialhilfeträger zuständig.

Betreutes Wohnen kann mit anderen Angeboten, wie z.B. der ambulanten Rehabilitation Sucht, kombiniert werden. Das Angebot ist zeitlich befristet angelegt, Suchtkranken wird damit in einem geschützten Raum die Möglichkeit zur Klärung, Planung und Umsetzung weiterer Lebensperspektiven eröffnet. Eine enge Koppelung des Betreuten Wohnens an Adaptionsangebote wie auch an Möglichkeiten zur Arbeitsvorbereitung und -aufnahme sind zu realisieren. Betreutes Wohnen wird nicht nur nach einer stationären Behandlung angeboten, sondern auch als Betreuungsform, welche der Orientierung und Stabilisierung von suchtkranken Menschen sowie zur Krisenintervention dient.

Die Angebote zum Betreuten Wohnen sind an den unterschiedlichen Zielsetzungen für die verschiedenen Zielgruppen und deren jeweiligem besonderen Betreuungsbedarf auszurichten. Die Differenzierung der Angebote sollte von daher noch weiter entwickelt werden.

3.6.3 Soziotherapeutische Einrichtungen

Soziotherapeutische Einrichtungen bieten für chronisch mehrfach beeinträchtigt Suchtkranke einen stützenden und schützenden Raum. Nach meist langjährigem Krankheitsverlauf weist diese Personengruppe in der Regel zahlreiche Schädigungen auf. Aufgrund der erheblichen körperlichen, seelischen und sozialen Folgen sind diese Menschen nicht in der Lage, alleine und selbständig den alltäglichen Lebensanforderungen gerecht zu werden (vgl. Heide 1994).

Das Spektrum der behandelten Patienten in den soziotherapeutischen Einrichtungen ist groß. Es reicht von Patienten, die aufgrund ihrer körperlichen, psychiatrisch-neurologischen und sozialen Mehrfachbeeinträchtigungen auf eine dauerhafte und intensive stationäre Behandlung angewiesen sind, bis hin zu Patienten mit entwicklungsfähigen Ressourcen und Kompetenzen für ein weitgehend autonomes Leben. Die Bewohner brauchen unterschiedliche Hilfen, Fördermöglichkeiten und Betreuungsangebote. Diesen Anforderungen wird durch eine zunehmende Spezialisierung und Differenzierung innerhalb der Einrichtungen und der Entwicklung weiter-

führender externer Angebote Rechnung getragen. Hierbei haben sich die Einrichtungen an den besonderen Behandlungsbedarfen ihrer Patienten auszurichten:

- So müssen soziotherapeutische Heime für stark körperlich beeinträchtigte Bewohner behindertengerecht sein und für desorientierte Menschen räumliche Orientierungshilfen bieten.
- Bewohner mit ausgeprägter psychiatrischer Komorbidität benötigen eine intensive Betreuung sowie eine psychiatrisch-neurologisch und medikamentöse Mitbehandlung.
- Ältere Abhängigkeitskranke mit deutlich reduzierten körperlichen und kognitiven Fähigkeiten benötigen viel Unterstützung im Alltag, oftmals auch aktivierende und mobilisierende Pflege sowie Zeit und Raum für persönliche Gespräche. Auch die Sterbebegleitung stellt eine Herausforderung bei älteren und schwer erkrankten Bewohnern dar.
- Für Bewohner, die eine intensive stationäre Betreuung nicht mehr brauchen, existieren Außenwohngruppenangebote, die als Übergang und Vorbereitung zu einem selbstständigen und unabhängigen Leben genutzt werden können. Diese werden zunehmend ergänzt durch weitere Angebote zum betreuten Wohnen oder Tagesstätten.

Generelle Zielsetzung ist es, eine bedarfsgerechte, optimale, qualifizierte und differenzierte Versorgung für chronisch mehrfach beeinträchtigte Patienten zu gewährleisten. Dies erfordert eine individuelle therapeutische Zielplanung, die sich nicht nur an den Defiziten, sondern auch an den vorhandenen Potentialen und Ressourcen ausrichtet und diese gezielt fördert. Die Arbeit in der Soziotherapie ist methoden- und therapieschulenübergreifend, sie ist Lebens- und Überlebenshilfe, handlungsorientiert und auf die Erlangung konkreter Alltagskompetenzen bezogen. Das Zusammenleben dient als Erfahrungs- und Lernfeld und bildet den Ausgangspunkt für eine realistische Orientierung nach außen. Der Therapieansatz umfasst von daher Einzel- und Gruppengespräche, Beschäftigungs-, Sport-, Bewegungs- und Arbeitstherapie sowie freizeitpädagogische Maßnahmen.

Darüber hinaus werden auch neuropsychologische Trainings, medizinische Betreuung, Möglichkeiten zur Selbstversorgung, externe Praktika und externes betreutes Wohnen von verschiedenen Einrichtungen angeboten. Um die Zielsetzung des schrittweisen Aufbaus und der Erweiterung individuell noch vorhandener Ressourcen zur (Wieder-) Erlangung von Alltagskompetenzen zu erreichen und damit die Voraussetzung für eine weitestgehend selbständige Lebensführung zu schaffen, ist ein klientenzentriertes, flexibles Angebot erforderlich.

In den soziotherapeutischen Einrichtungen wird den Betroffenen ein stimulieren-

des, stabilisierendes und abstinentes Umfeld zur Verfügung gestellt, welches Voraussetzung für ein suchtmittelfreies Leben und das Erlernen bzw. Wiedererlernen von Fähigkeiten und lebenspraktischen Fertigkeiten, die zur Lebensführung und -bewältigung notwendig sind, bildet. Die Bewohner sollen über eine mittel- bis langfristig angelegte Perspektive und eine qualifizierte Betreuung und Anleitung zu einer weitgehend autonomen und abstinenten Lebensweise befähigt werden (vgl. Heide, 1994). Im Einzelfall ist auch eine überdauernde stabilisierende und stützende Betreuung in einem soziotherapeutischen Heim erforderlich. Kostenträger von soziotherapeutischen Einrichtungen ist meist der Sozialhilfeträger im Rahmen des SGB XII.

Die Effektivität soziotherapeutischer Maßnahmen konnte durch verschiedene Studien (Steingass und Verstege 1993; Steingass 1994; Lehmann 1998) nachgewiesen werden. Durch gezielte Förderung können auch bei erheblich beeinträchtigten Bewohnern noch nach Jahren, weit jenseits der Spontanerholungsphase, beachtliche Verbesserungen körperlicher, seelischer, kognitiver und sozialer Kompetenzen erreicht werden.

Im Zuge der Festlegung des Hilfebedarfs bei stationären Maßnahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte muss der spezifische Betreuungsbedarf hinsichtlich Inhalt und Umfang für chronisch suchtkranke Menschen entsprechend berücksichtigt werden.

Darüber hinaus muss die möglichst hohe Qualität der soziotherapeutischen Angebote auch zukünftig im Rahmen leistungsbezogener Vergütungssätze ermöglicht werden. Es sei darauf verwiesen, dass für die Gruppe chronisch mehrfach beeinträchtigter Alkoholabhängiger auch intensive, hochstrukturierte ambulante Behandlungsmodelle (ALITA) entwickelt wurden (Ehrenreich et al. 1997).

4. Planung und Vernetzung der Angebotsstrukturen für suchtkranke Menschen

Im weiteren wird auf die Planung und Vernetzung von Angebotsstrukturen für suchtkranke Menschen eingegangen. Hierbei wird unterschieden zwischen

- Vernetzung und Abstimmung suchtspezifischer Angebote (s. 4.1)
- die Rolle des Arztes im Kontext von Abhängigkeitserkrankungen (s. 4.2)
- Bedarfsentwicklung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängigkeitskranke (s. 4.3).

4.1 Vernetzung und Abstimmung suchtspezifischer Angebote

In Deutschland gibt es ein umfangreiches Angebot an Hilfen für suchtkranke Menschen, die unterschiedlich finanziert wer-

den. Ein vielfältiges, den jeweiligen spezifischen Lebensbedingungen einer Region angepasstes und leicht zugängliches Hilfsangebot stellt die Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung dar. Der Fachverband Sucht e. V. spricht sich angesichts der Vielfalt der bestehenden Angebote für suchtkranke Menschen im regionalen bzw. kommunalen Bereich für deren Vernetzung und Koordination aus. Dies bedeutet allerdings nicht, dass auch stationäre Behandlungsangebote ausschließlich regional bzw. gemeindenah vorgehalten werden sollten.

Generelles Ziel kann es nicht sein, Menschen mit Suchtproblemen so lange wie möglich in ihrem sozialem Umfeld zu belassen, wenn dieses einen pathogenen Einfluss ausübt. Gerade in der zeitweiligen Herauslösung aus dem häuslichen bzw. heimatlichen Milieu im Rahmen einer stationären Behandlung kann ein besonderer therapeutischer Nutzen liegen. Von daher ist indikationsbezogen unter Berücksichtigung fachlicher Aspekte und der Wünsche des Betroffenen zu prüfen, ob eher eine wohnortnahe oder wohnortferne Behandlung zweckmäßig und zielführend ist. Forderungen nach einer möglichst gemeindenahen stationären Behandlung können bislang nicht durch empirische Studien gestützt werden. Im Unterschied dazu ist die Effektivität der bestehenden stationären Angebote in Fachkliniken mit übergreifendem Einzugsgebiet durch zahlreiche Evaluationsstudien nachgewiesen. Grundlage für eine fachlich orientierte Indikationsentscheidung – auf dem Hintergrund des vorhandenen Patientenbedarfs – hinsichtlich der Auswahl einer stationären Einrichtung sollte von daher die Behandlungsqualität und damit die Differenziertheit, Flexibilität und Patientenbezogenheit des jeweiligen Behandlungsangebotes darstellen. Von daher sollte dem Patienten grundsätzlich der Zugang zu unterschiedlichen Angeboten ermöglicht werden und eine indikationsbezogene und qualitätsorientierte Prioritätensetzung hinsichtlich der Auswahl einer Einrichtung getroffen werden. Eine Reduktion der Auswahlkriterien unter der einseitigen Hervorhebung des Kriteriums „Wohnortnähe“ und damit auf eine begrenzte Anzahl regionalisierter bzw. gemeindenaher Angebote hält der FVS für fachlich nicht begründet und vertretbar.

Gleichwohl sollten stationäre Entwöhnungseinrichtungen möglichst eng mit den regional orientierten bzw. gemeindenahen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen zusammenarbeiten, um eine Behandlungskontinuität herzustellen und hierfür auch den Einsatz „neuer Medien“ nutzen. Von daher sollte im Rahmen der Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung bzw. sich anschließender ambulanter Beratungs- und Behandlungsleistungen der enge Informations- und Erfahrungsaustausch von stationären mit wohnortnahen ambulanten Angeboten bestehen. Ambulante Stellen sollten ihrerseits dazu

in der Lage sein, entsprechende Koordinationsleistungen erbringen zu können. Hierzu gehört beispielsweise, den Patienten auf den Klinikaufenthalt entsprechend vorzubereiten und im Laufe der Behandlung mit ihm bzw. dem Bezugstherapeuten in Kontakt zu treten. Auch dies wird zukünftig durch den Einsatz neuer Medien sicherlich erleichtert werden. Entsprechende Leistungen (ggf. Übernahme der Fahrtkosten) sollten geregelt sein.

Unter dem Gesichtspunkt der kommunalen und regionalen Vernetzung ist es ein wichtiges Anliegen, die Kooperation wohnortnaher Angebote in der Region zu stärken. Hierbei sollte im Vordergrund stehen:

- Fehl- und Doppelbetreuungen oder die Überschneidung ambulanter Angebote zu verhindern und verbindliche Absprachen zu treffen
- konzeptionelle Kontinuität über die verschiedenen Beratungs- und Behandlungsangebote hinweg anzustreben
- gezielte Angebote für suchtkranke Menschen zu schaffen, die bislang von der Suchtkrankenhilfe noch nicht bzw. zu wenig erreicht werden (z.B. alkoholranke Personen mit komplexen und chronischen Problemlagen, ältere Menschen mit Suchtproblemen)
- niedrigschwellige Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme für Abhängigkeitskranke vorzuhalten (z.B. Tagessstätten, Ruheräume, Notschlafstellen).

Große Teile von Suchtgefährdeten und -kranken nehmen die Angebote der Suchtkrankenhilfe vor Ort nicht oder zu spät in Anspruch und/oder werden in anderen Bereichen des Gesundheits- und Sozialsystems (z.B. Allgemeinkrankenhäuser, Wohnungslosenhilfe und andere soziale Hilfsangebote) behandelt oder versorgt. In den alten Bundesländern ist etwa von 180.000 Menschen ohne Arbeit und ohne Wohnung auszugehen (Henkel, 1996). Etwa ein Drittel dieses Personenkreises ist alkoholgefährdet, ein weiteres Drittel alkoholabhängig. Bei letzteren entwickeln sich häufig massive Alkoholprobleme und insbesondere auch alkoholbedingte körperliche Krankheiten, die – in Verbindung mit den generell schlechten Lebensverhältnissen (– vor allem hinsichtlich der Ernährung, Hygiene und Schlafen –) oftmals lebensbedrohliche Formen annehmen (Henkel, 1996).

Eine stärkere Vernetzung der Suchtkrankenhilfe mit anderen Einrichtungen, die mit Suchtkranken zu tun haben, erfordert ein zielorientiertes Vorgehen auf der Grundlage einer differenzierten Bedarfserhebung und Angebotsplanung.

Hinsichtlich einer regional ausgerichteten Zusammenarbeit sind unter Koordination der Kommunen die in der Region zuständigen kommunalen Ämter, die Kosten- und Leistungsträger, die niedergelassene Ärzteschaft, die Psychotherapeuten, die ambulanten Beratungs- und Behandlungsstel-

len, die örtlichen Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, die psychiatrischen und komplementären Einrichtungen sowie die Krankenhäuser einzubeziehen. Insbesondere sollte auch die Zusammenarbeit zwischen Suchtkrankenhilfe und den Agenturen für Arbeit, Arbeitsgemeinschaften und Jobcentern vor dem Hintergrund der Hartz-Gesetze verbessert und ggf. vertraglich geregelt werden.

Unterhalb dieses umfassenden Ansatzes sollte allerdings versucht werden, bedarfsbezogene Absprachen zwischen einzelnen Anbietern von Leistungen für Suchtkranke zu treffen.

Bezogen auf den Einzelfall sollte zunehmend auch dem niedergelassenen Arzt bzw. Psychotherapeuten die Rolle eines initialen Case-Managers zukommen, der versucht, in Absprache mit dem Betroffenen eine Beurteilung der Problemlage und des Hilfebedarfs vorzunehmen, die Inanspruchnahme des jeweils erforderlichen Hilfsangebotes zu fördern und die weiteren Schritte einzuleiten. Der Suchtberatung fällt die Aufgabe zu, im Sinne einer Clearingstelle die weitere Koordination zu übernehmen und für Behandlungskontinuität über die verschiedenen Behandlungseinrichtungen hinweg zu sorgen.

4.2 Frühintervention und Fallmanagement bei Abhängigkeits-erkrankungen

Von besonderer Bedeutung hinsichtlich der Frühintervention bei Abhängigkeitserkrankungen sind – neben den Betrieben und Schulen, insbesondere der niedergelassene Arzt (s. 4.2.1) und Krankenhäuser (s. 4.2.2).

4.2.1 Die Rolle des Arztes im Kontext von Suchterkrankungen

Ein früher, fachlich wie persönlich bedeutsamer Kontaktpartner von Menschen mit Suchtproblemen ist der niedergelassene Arzt. Er spielt eine entscheidende Rolle, wenn es darum geht, frühzeitig suchtgefährdete und suchtkranke Menschen gezielt anzusprechen. Deshalb wird seine Be-

deutung im Zusammenhang mit Suchterkrankungen nochmals besonders hervorgehoben. Bislang gibt es allerdings noch kein übergreifendes Konzept für den Umgang des Arztes mit abhängigkeitskranken Menschen. Bestandteil eines solchen Konzeptes müsste sein, dass Ärzte mit eigener Praxis, Krankenhausärzte wie auch Pflege- und Sozialdienste in Krankenhäusern dahingehend geschult werden, dass sie in der Lage sind, mittels geeigneter Screening-Verfahren (z.B. CAGE von Mayfield et al. 1974; LAST von Rumpf et al. 1997) suchtgefährdete und abhängige Personen zu erkennen und das Testergebnis als Einstieg in das Gespräch mit dem Patienten zu nutzen. Die nächste Aufgabe besteht darin, die Veränderungsbereitschaft des Betroffenen zu erhöhen (s. Abb. 17). Ärzte sollten in die Lage versetzt werden, Kurzinterventionen durchzuführen. Alkoholmissbraucher sollten von der Sinnhaftigkeit eines moderaten Konsums (z.B. maximal 20 g Alkohol bei Frauen, maximal 30 g für Männer pro Tag bzw. Einhalten von Abstinenzphasen) und abhängige Patienten/-innen hinsichtlich der Einsicht in die Notwendigkeit, abstinenz zu leben, beraten werden (vgl. Veltrup und Lindemeyer 1998, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001).

Die Wirksamkeit derartiger Interventionen bei Problemtrinkern wurde bereits in verschiedenen Untersuchungen belegt (Edwards et al. 1977; Miller und Rollnick 1991; Bien et al. 1993; Fleming et al. 1997). Bei denjenigen Patienten, die einer umfassenderen Beratung und Behandlung bedürfen, sollte eine enge Kooperation von Seiten des Arztes mit den Angeboten der Suchtkrankenhilfe gesucht werden. Die Veränderungsbereitschaft und die Motivation zur Inanspruchnahme spezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote sollte im Gespräch mit dem Patienten gefördert werden. Gestützt auf den Austausch mit Suchtfachleuten muss der Hausarzt in die Lage versetzt werden, begründete Behandlungsempfehlungen auszusprechen.

Um den Anforderungen der Ärzte in der Suchtberatung Rechnung zu tragen, hat die Bundesärztekammer im September

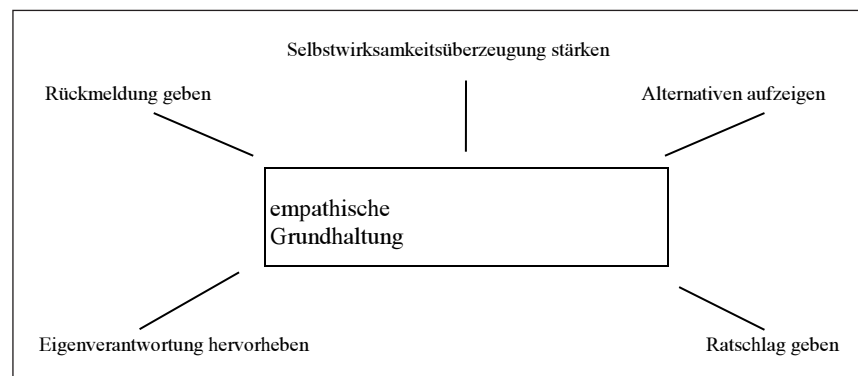


Abb. 17 Handlungsmöglichkeiten des niedergelassenen Arztes (Vgl. Kremer et al. 1997)

1998 die „Fachkunde suchtmmedizinische Grundversorgung“ eingeführt. Allerdings werden hierbei verschiedene Themen, insbesondere auch die Substitution, behandelt. Deshalb sollte geprüft werden, ob für die Ärzte spezifische Schulungen zum Thema „Umgang mit schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit von Alkohol“ angeboten werden sollten, die ausschließlich dieses Thema in einem begrenzten Zeitrahmen aufgreifen. Hierbei können auch entsprechende Materialien eingesetzt werden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat beispielsweise in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer den Beratungsleitfaden „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen“ herausgegeben, der auf Initiative des Fachverbandes Sucht e.V. unter Einbezug der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) entwickelt wurde (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001).

4.2.2 Kooperation der Suchtkrankenhilfe mit Allgemeinkrankenhäusern (z. B. durch Liaison-/Konsiliardienste)

Nach einer Studie von John (1997) entfallen 90,64 % aller stationären Akutaufnahmen Alkoholabhängiger auf Allgemeinkrankenhäuser und lediglich 6,24 % auf psychiatrische Krankenhäuser.

Ein Teil der Patienten mit Alkohol- bzw. Suchtproblemen kommt zur Entgiftung in akutmedizinischen Kliniken.

Grundsätzlich sollte der Entzug qualifiziert erfolgen. Entsprechende Leistungen zur Förderung der Motivation, der psychosozialen Begleitung und Vermittlung sind bei den zukünftigen diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups = DRG) einzukalkulieren, denn sie sind genuiner Bestandteil der Frühmobilisierung (s. Abb. 17).

Ein erheblicher Teil der Krankenhauspatienten mit substanzbezogenen Störungen wird derzeit allerdings aufgrund der somatischen Folgerkrankung behandelt, die Grunderkrankung bleibt häufig unberücksichtigt und eine Ansprache der Patienten auf den schädlichen oder gefährlichen Konsum erfolgt in der Regel nicht. Suchtspezifische Handlungskonzepte und Interventionsstrategien fehlen weitgehend, Vermittlungen in Suchtfacheinrichtungen erfolgen nur zu einem geringen Teil. Ver-

schiedene Modellvorhaben zur Verbesserung der sekundärpräventiven Versorgung von alkoholgefährdeten und -abhängigen Menschen in Lübeck, Bielefeld, Erlangen und Boppard zeigen, dass im Krankenhausbereich durch den Einsatz qualifizierten Personals im Rahmen von Konsiliar-/Liaisondiensten die (Früh-) Erkennung und Inanspruchnahme einer suchtspezifischen Behandlung von alkoholgefährdeten und -abhängigen Patienten deutlich verbessert werden kann (Görgen und Hartmann 2002, Schneider et. al. 2005).

Die Kurzinterventionen beruhen auf dem aktiven Zugehen eines externen Konsiliar-/Liaisondienstes auf den Patienten. Im Vordergrund steht die Motivationsarbeit zur Verhaltensänderung und zur Inanspruchnahme von weiteren Hilfen.

Eine enge Kooperation mit den Stationsärzten der Allgemeinkrankenhäuser ist hierbei erforderlich. Der Konsiliar-/Liaisondienst kann – je nach den strukturellen Voraussetzungen vor Ort – bei einer ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle, einem Krankenhaus, einer Tagesklinik, einer Fachklinik oder Institutsambulanz angesiedelt sein oder auch einrichtungsübergreifend tätig sein. Er sollte wöchentlich zu fest vereinbarten Zeiten am jeweiligen Krankenhaus anwesend sein. Die Identifikationen von Personen mit Alkoholproblemen erfolgt über die ärztlichen Mitarbeiter der jeweiligen Abteilungen des Krankenhauses. Die hohe Vermittlungsquote von ca. 50 % wird durch verschiedene Modellprojekte belegt (Görgen und Hartmann 2002, Schneider et al. 2005).

4.2.3 Strukturelle Anforderungen

Von grundlegender Bedeutung hinsichtlich einer flächendeckenden Umsetzung ist es, dass die Identifizierung frühinterventiver Ansätze in der Arztpraxis und im Allgemeinkrankenhaus verbindlich geregelt wird. Dies könnte z. B. im Rahmen eines Disease-Management-Programms „Alkohol“, bei dem die Behandlungspfade festgelegt sind und das Schnittstellenmanagement entsprechend finanziert wird, erfolgen.

Politiker, Leistungsträger, Ärzteschaft und Suchtkrankenhilfe sind gemeinsam dazu aufgerufen, zur Engerziehung und Verzahnung von medizinischem Akutbereich und der Suchtkrankenhilfe bzw. den entsprechenden Rehabilitationsangeboten beizutragen.

5. Evidenzbasierung und Leitlinienentwicklung

Wissenschaftliche Studien über die Wirksamkeit einzelner Behandlungsformen sollten Grundlage für die weitere Entwicklung des Behandlungssystems und seiner ambulanten, teilstationären, stationären und kombinierten Bausteine sein.

Leistungen und Angebote der Suchtkrankenhilfe müssen insgesamt dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen.

Auf dieser Basis sind auch entsprechende Leitlinien zu entwickeln, die allerdings nur Behandlungskorridore beschreiben können und von daher von Richtlinien klar zu unterscheiden sind. Behandlungsleitlinien werden maßgeblich von Experten und Fachgesellschaften erstellt. Um ihre Akzeptanz zu fördern, und damit sie Wirksamkeit entfalten, ist eine intensive Diskussion in der Fachöffentlichkeit und die Herstellung eines expertengestützten Konsenses erforderlich. Unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) werden seit dem Jahr 2000 verschiedene Leitlinien zu substanzgebundenen Störungen entwickelt (s. Abb. 19).

Für die Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen incl. der Entwöhnungsbehandlung alkoholbezogener Störungen wurde die entsprechende Leitlinie Anfang 2006 publiziert (Geyer et al. 2006). Es ist dieser zu entnehmen, dass auf der Grundlage einer umfangreichen Literatursichtung und deren Bewertung die stationäre Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit bei spezifischer Indikation empfohlen wird. Für die ambulante und ganztägig ambulante Behandlung liegen bislang zwar nur wenige Wirkungsnachweise vor, gleichwohl wird diese vor dem Hintergrund einer entsprechenden Indikationsstellung ebenfalls empfohlen.

Auch die DRV-Bund hat ein Leitlinienprojekt zur stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit ins Leben gerufen. Hierbei geht es darum, auf der Basis einer Literaturstudie und Befragung von Experten und Behandlern verschiedener Berufsgruppen Therapiemodule zu bestimmen, die Bestandteil der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker sein sollen. Hierbei handelt es sich zum einen um evidenzbasierte Therapiemodule und zum anderen um solche, die sich aus der Versorgungspraxis („Expertenkonsens“) oder aufgrund von Trägereaufgaben ergeben, solange diese nicht nachweislich unwirksam oder gar schädlich sind.

Für entsprechende Leistungseinheiten, welche den Therapiemodulen zugeordnet werden, soll jeweils ein wissenschaftlich begründetes bzw. expertengestütztes Soll definiert werden. Die erbrachten Leistungen einer Einrichtung, die nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen im Entlassbericht verschlüsselt werden, wer-

Wesentliche Bestandteile des qualifizierten Entzugs sind

- die Diagnostik des Behandlungsbedarfs
- eine differenzierte, somatisch gut fundierte Behandlung der Entzugssymptome und der körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen
- die Motivierung zur Veränderung im Verhalten und in der Lebensgestaltung sowie zur Inanspruchnahme entsprechender weiterführender suchtspezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote

Abb. 18 Bestandteile des qualifizierten Entzugs

AWMF-Reg.-Nr.	Entwicklungsstufe		akt. Stand	gültig bis
076/001	2	Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen	02/2003	02/2008
076/003	2	Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention	03/2004	03/2009
076/002	2	Akutbehandlung opiodbezogener Störungen	12/2003	12/2008
076/004	2	Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide	03/2004	03/2009
076/005	2	Cannabis-bezogene Störungen	03/2004	03/2009
076/006	2	Tabakbedingte Störungen – „Leitlinie Tabakentwöhnung“	03/2004	03/2009
076/007	2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene	10/2004	10/2009
076/004	2	Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen	05/2006	05/2011
076/009	2	Medikamentenabhängigkeit	05/2006	05/2011

Federführung: DG Sucht (Prof. Dr. L. G. Schmid und DGPPN (Prof. Dr. M. Gastpar)
 Nachlesbar www.sucht.de, www.dg-sucht.de

Abb. 19 AWMF-Leitlinienentwicklung (Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften)

den dann mit dem jeweiligen Soll verglichen, um damit zu prüfen, inwieweit entsprechende Übereinstimmungen bzw. Abweichungen bestehen. Die vorgeschlagenen Therapiemodule wie auch entsprechende Soll-Vorgaben sind allerdings nicht als festgelegte Vorgaben anzusehen und können im weiteren Prozess verändert werden. Durch die Mitwirkung von Experten der verschiedenen Berufsgruppen, Fachverbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften soll die Rehabilitationsleitlinie auf eine breite Erfahrungs- und Wissensbasis gestellt werden. Zu fordern ist aus Sicht der Behandler, dass Spielräume für eine individualisierte Behandlung erhalten bleiben und nicht infolge der Leitlinie ein Normierungs- und Standardisierungsdruck entsteht, der in Richtung „Einheitstherapie“ wirkt.

6. Prävention und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen: Empfehlungen und Forderungen

Im Rahmen der Prävention fordert der Fachverband Sucht:

1. Die Primärprävention ist durch den Ausbau personeller Ressourcen zu stärken. Personalkommunikative Maßnahmen in den Lebensfeldern müssen von gesundheitspolitischen und strukturellen Ansätzen (z.B. gezielte Werbeeinschränkungen, Preisgestaltung für alkoholische Getränke) sowie mas-

senkommunikativen Kampagnen begleitet sein, damit eine gesundheitsorientierte Lebensweise in der Gesellschaft effektiv gefördert werden kann.

2. Sekundärpräventive Ansätze müssen weiterentwickelt werden, welche sich auf spezifische Zielgruppen konzentrieren (z.B. Ecstasy-Konsumenten, Alkohol missbrauchende Menschen, Cannabiskonsumenten). Die Frühintervention und die Frührehabilitation müssen ausgebaut werden.
3. Auf die praxisnahe Evaluation suchtpräventiver Maßnahmen sollte im Rahmen der Qualitätsförderung verstärkt Wert gelegt werden.
4. Suchtprävention muss im Kontext der Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen werden, dies sollte sich auch hinsichtlich der Regelung der Zuständigkeiten im Präventionsgesetz niederschlagen.

Der Fachverband Sucht e.V. hält hinsichtlich der weiteren Entwicklung des Behandlungssystems für Abhängigkeitserkrankungen folgende Perspektiven für sinnvoll und notwendig (vgl. u. a. Missel und Zemlin 1994, Zemlin 1997).

5. Die Inanspruchnahme von nachgewiesenermaßen effektiven Behandlungsformen für suchtkranke Menschen sollte gefördert werden.
6. Auch angesichts von Kosteneinsparungen bei den verschiedenen Leistungs-

trägern sollte ein ganzheitlich orientiertes Denken und die Vermeidung von Brüchen an den Schnittstellen der jeweiligen Zuständigkeiten im Vordergrund stehen. Von daher ist einer möglichen Zergliederung der Abhängigkeitsbehandlung in verschiedene Abschnitte mit verschiedenen Kostenträgerschaften ein einheitliches Krankheitsbild mit nahtlosen Übergängen, zu dem akute Zustände, chronische Verfestigung, Rückfälle und Latenzphasen gehören, im Sinne des SGV IX gegenüberzustellen. Hierzu gehört, den Behandlungserfolg durch eine enge Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger für die berufliche (Re-) Integration/Teilhabe mit den Entwöhnungseinrichtungen zu festigen und über die Entwicklung entsprechender Perspektiven zur Teilhabe am Erwerbsleben und der Gesellschaft zur Stabilisierung des Behandlungserfolges beizutragen.

7. Die Qualität und Pluralität der Behandlungsangebote sowie von Angebotsstrukturen der Suchtkrankenversorgung sollte erhalten und entsprechend den Kriterien „Individualisierung“, „Flexibilisierung“ und „Intensivierung“ weiter ausgebaut werden. Damit werden Standardbehandlungspläne durch variable Gesamtrehabilitationspläne bzw. individualisierte Rehabilitationspläne abgelöst. Auch ambulante und ganztägig ambulante Rehabilitationskonzepte müssen sich verstärkt an individualisierten Behandlungsmodellen orientieren.
8. Unter der Zielsetzung eines indikationsgeleiteten Rehabilitationssystems ist auf der Angebotsseite eine weitere Differenzierung der Behandlung und Spezialisierung der Angebote für bestimmte Patienten erforderlich. Als Beispiele sind differenzierte Rehabilitationsprofile für Patienten mit Komorbidität, stark chronifizierte Patienten, Medikamentenabhängige, Migranten, suchtmittelbelastete bzw. -auffällige Personen sowie geschlechtsspezifische Angebote und Formen der Motivierungsbehandlung zu nennen. Die Einrichtungen stehen allerdings grundsätzlich vor dem Dilemma, einerseits therapeutische Ressourcen, angesichts der gegebenen Rahmenbedingungen und Anforderungen im Rahmen der Qualitätssicherung, des Qualitätsmanagements und der Dokumentation, erheblich straffen zu müssen und andererseits gefordert zu sein, die fachliche Entwicklung weiter voranzutreiben.
9. Um Indikationsentscheidungen in einem differenzierten Rehabilitationssystem treffen zu können, muss die indikationsrelevante Diagnostik (ICD-10) weiter systematisiert werden. Dies beinhaltet die Entwicklung sensibler Screening-Methoden (z.B. zur Er-

fassung von Komorbidität), die Weiterentwicklung des Sozial- zu einem Befundbericht und diagnostischen Inventar, die differenzierte Erfassung des Suchtverhaltens und des Teilhabebedarfs und die Formulierung verbindlicher Standards für eine bedarfsgerechte Rehabilitationsdiagnostik (unter Berücksichtigung der ICF).

Dies ist im Zusammenhang mit dem generellen Trend zu sehen, dass sich die klassische Suchtkrankenhilfe hin zur Psychotherapie bzw. Rehabilitation im Sinne einer zunehmenden Professionalisierung entwickelt hat und u.a. einen Teilbereich der medizinischen Rehabilitation darstellt.

10. Der Ausbau ambulanter bzw. ganztägig ambulanter Angebote und von Kombinationsbehandlungen sollte bedarfsgerecht erfolgen.

Hierzu sind rehabilitationswissenschaftliche Untersuchungen mit differenzierten, Klientelbezogenen Angaben zur Effektivität der jeweiligen Behandlungsangebote erforderlich. Indikationsbezogen muss entschieden werden, ob eine ambulante, teilstationäre oder stationäre bzw. kombinierte Behandlung erforderlich ist. Die Kombinationsbehandlung im Sinne einer einrichtungsübergreifend festgelegten Gesamtbehandlung ist als dritte Säule neben einer vorrangig ambulanten oder stationär ausgerichteten Entwöhnungsbehandlung zu sehen und kann keinesfalls diese Angebotsformen ersetzen. Die Kombinationsbehandlung erhebt somit nicht den Anspruch darauf, die Regelbehandlung zu sein, sondern ist ein zusätzliches Behandlungsmodul. Ihre Wirksamkeit ist vor dem Hintergrund einer indikativen Zuweisung zu prüfen. Auch mit dem Aufbau von Klinik-Fachambulanzen wird der Forderung nach einer Flexibilisierung von Rehabilitationsleistungen Rechnung getragen.

11. Die Rahmenbedingungen für die ambulante Rehabilitation Suchtkranker sind so zu gestalten, dass diese sich finanziell selbst tragen kann. Darüber hinaus müssen für private Anbieter die gleichen Kriterien hinsichtlich der Förderung durch öffentliche Mittel gelten, wie für ambulante Einrichtungen, die sich beispielsweise in Trägerschaft eines Wohlfahrtsverbandes befinden. Die Beteiligung von Rehabilitationsfachkliniken an der ambulanten Rehabilitation Suchtkranker bzw. entsprechende Kooperationsformen, z. B. in Form von Trägerverbänden, zwischen den ambulanten und stationären Einrichtungen sind zu fördern. Ambulante Rehabilitationseinrichtungen müssen vergleichbare Qualitätsstandards wie stationäre Rehabilitationseinrichtungen vorhalten. Eine Beteiligung an Kombinationsbehandlungsmodellen ist nur sinnvoll, wenn

die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen auch über eine Anerkennung zur Durchführung ambulanter Rehabilitationsleistungen gemäß der „Empfehlungsvereinbarung Abhängigkeitskrankheiten“ verfügen. Für ambulante Rehabilitationseinrichtungen ist zeitnah ein externes Qualitätssicherungsprogramm der Leistungsträger zu implementieren.

12. Qualifizierte Entzugsprogramme sollten – bei entsprechenden strukturellen Voraussetzungen (Entzug im Vorfeld einer bewilligten Entwöhnungsbehandlung) – verstärkt auch an Fachkliniken angesiedelt werden.

Die Durchführung von Entzugsbehandlungen unmittelbar vor Antritt einer bewilligten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in dafür geeigneten Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen stationärer Kompaktleistungen sollte absehbar als eine Form der Regelbehandlung eingeführt werden.

13. Hinsichtlich der weiteren Belegung von stationären Einrichtungen sollte von Seiten der Leistungsträger der Qualität und Effektivität der Angebote eine zentrale Rolle eingeräumt werden. Eine adäquate und qualitätsorientierte Steuerung sollte hier Zielsetzung sein, denn es darf nicht dazu kommen, dass vorrangig Preisvergleiche für die Belegung einer Einrichtung ausschlaggebend sind. Denn dies würde eine Qualitätsminderung des gesamten Behandlungssystems nach sich ziehen.

14. Die Zugangsvoraussetzungen zur stationären Abhängigkeitsrehabilitation dürfen nicht verschärft werden.

Abhängigkeitskranken muss der Zugang zu einer fachgerechten Behandlung auch weiterhin eröffnet werden. Die Leistungsträger sollten von daher die Entwicklung der Anträge und Bewilligungen gegenüber den Leistungserbringern und der Politik transparent darstellen. Kriterien, nach denen Anträge beurteilt und ggf. auch abgelehnt wurden, müssen offen gelegt werden. Die sozialmedizinischen Beurteilungsmaßstäbe dürfen nicht den ökonomischen Rahmenbedingungen unterworfen und entsprechend dem jeweils vorhandenen Budget unterschiedlich ausgelegt werden.

15. Die Behandlungszeiten müssen sich grundsätzlich an der medizinischen Notwendigkeit des Einzelfalls orientieren.

Eine weitere pauschale Reduzierung der Behandlungszeiten, ohne Kenntnis und Überprüfung der Auswirkungen auf den Behandlungserfolg, ist abzulehnen.

16. Eine ganzheitlich ausgerichtete Rehabilitation verlangt die gleichrangige und integrierte Berücksichtigung me-

dizinischer, therapeutischer, sozialer und beruflicher Rehabilitations- und Teilhabeziele im Sinne der Wiederherstellung und Sicherung der Erwerbsfähigkeit und der Förderung der beruflichen (Re-) Integration.

Angesichts der hohen Arbeitslosigkeit in Deutschland ist eine enge Verknüpfung von medizinischen und beruflichen (Re-) Integrationsmaßnahmen durch den nahtlosen Anschluss von Angeboten zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung notwendig (vgl. Beyer 1996, Fachverband Sucht e. V. 2004)). Im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung sind indikationsgeleitete, spezifische Formen der Arbeitstherapie (z. B. Belastungsproben, Arbeitserprobungsmaßnahmen, berufliche Orientierungsmaßnahmen) erforderlich. Mit Patienten, bei denen aufgrund der derzeitigen Arbeitsmarktlage kaum Chancen für eine berufliche Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt bestehen, müssen entsprechende Zielsetzungen und Perspektiven zur Teilhabe inklusive einer möglichst zufriedenen Lebensführung – jenseits der Erwerbsarbeit – entwickelt werden.

Weiteres gleichrangiges Ziel in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist der Erhalt bestehender Arbeitsplätze bei den betroffenen Rehabilitanden. Hierbei spielt insbesondere auch eine flächendeckende praktische Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zum betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement nach erfolgter Rehabilitation durch den Arbeitgeber eine wesentliche Rolle (§84 SGB IX).

17. Die Adaptionsbehandlung muss auch weiterhin als Phase zwei der medizinischen Rehabilitation erhalten bleiben. Die Verfahrensabsprache zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger von 1994 sollte auch zukünftig Bestand haben und entsprechende Bewilligungszeiträume sollten von allen Leistungsträgern einheitlich gewährt werden.

18. Die Unterversorgung von chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken und Fehlzusweisungen in nicht fachgerechte Einrichtungen sollten abgebaut werden.

Auch dieser Patientengruppe müssen Angebote auf einem hohen qualitativen Niveau (z.B. im Rahmen von soziotherapeutischen Einrichtungen) zur Verfügung gestellt werden.

19. Eine enge Verknüpfung zwischen medizinischem Akutbereich, der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und den Beratungs- und Behandlungsangeboten der Suchtkrankenhilfe sowie Angeboten der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) sollte hergestellt werden.

Bei Patienten, die einer fachspezifischen Beratung und Behandlung bedürfen, sollte die Zusammenarbeit des niedergelassenen Arztes bzw. Krankenhauses mit der Suchtkrankenhilfe verbessert werden. Die Motivation zur Inanspruchnahme erforderlicher fachspezifischer Behandlungsmaßnahmen sollte im akutmedizinischen Bereich gefördert werden. Eine Regelfinanzierung von Konsiliar-/ Liaisondiensten, die in Krankenhäusern tätig werden, ist anzustreben. Auch ist die Vergütung entsprechender Diagnose-, Gesprächs- und Vermittlungsleistung durch die niedergelassenen Ärzte verbindlich zu regeln.

Die Suchtkrankenhilfe ist aufgefordert, insbesondere auch mit den niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten, den Ärzten mit Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“, den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie verstärkt zu kooperieren.

20. Angebote zum kontrollierten Trinken sollten nur mit entsprechender strenger Indikationsstellung eingesetzt werden, zum Personenkreis gehören ausschließlich Menschen mit schädlichem Konsum bzw. am Beginn einer Abhängigkeitsentwicklung. Suchtkranken Menschen mit Kontrollverlust sollte immer eine abstinenzorientierte Behandlung empfohlen werden.
21. Bei der Behandlung sogenannter nicht stoffgebundener Abhängigkeiten (z.B. pathologisches Spielen, Verhaltenssüchte) sollte eine sorgfältige Indikationsstellung vorgenommen werden. Es sollte dabei geprüft werden, ob der betroffene psychotherapeutisch analog eines „Suchtmodelles“ bzw. psychotherapeutisch analog eines psychosomatischen Behandlungsansatzes behandelt werden sollte.
22. Durch weitere wissenschaftliche Studien ist zu prüfen, ob und für welche Patienten eine adjuvante medikamentöse Behandlung (z.B. mit Acamprosat) eine erfolgreiche Behandlungsstrategie sein kann (Funke 1997). Dabei ist es erforderlich, Untersuchungen im Kontext der Entwöhnungsbehandlung zu konzipieren, die den individuenzentrierten Ansatz berücksichtigen. Eine losgelöste, rein medikamentöse Behandlung wird weder dem ganzheitlichen Verursachungshintergrund von Abhängigkeitserkrankungen noch deren vielfältigen Auswirkungen auf das Leben des suchtkranken Menschen gerecht.
23. Bei der Substitutionsbehandlung von drogenabhängigen Menschen (z.B. mit Methadon) sollten die psychosozialen Begleitmaßnahmen von der Krankenversicherung finanziert werden. Darüber hinaus ist eine enge Zusammenarbeit – gemäß dem Grund-

satz „Hilfe vor Strafe“ – der Drogenhilfe mit Justizvollzugsanstalten sowie Entzugsstationen (z.B. in psychiatrischen Einrichtungen) notwendig, um die Motivation zur Inanspruchnahme einer ambulanten Beratung und Betreuung aufzubauen und ggf. die Vermittlung in eine abstinenzorientierte stationäre Therapie einzuleiten. Hier darf es nicht zum durch Einsparungen öffentlicher Mittel verursachtem Wegfall entsprechender vernetzter Strukturen zwischen Suchtkrankenhilfe und Justizvollzugsanstalten kommen. Drogenabhängigen Menschen, die bereit sind, eine abstinenzorientierte Therapie anzutreten, sollte dies unmittelbar ermöglicht werden (s. Modellprogramme „Behandlung sofort“ bzw. „Therapie sofort“).

Die Möglichkeiten und Grenzen einer abstinenzorientierten ambulanten Behandlung Drogenabhängiger sollten mittels katamnesticer Untersuchungen geprüft werden.

24. Die Einrichtung des nationalen Drogen- und Suchtrates am 27.10.2004, an dem die zuständigen Bundesressorts und Länderministerkonferenzen zusammen mit Vertretern der Bundesärztekammer, Suchthilfeverbänden, Gesetzlichen Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Kommunalen Spitzenverbänden, der Bundesagentur für Arbeit, Selbsthilfe und Wissenschaft an einem gemeinsamen Tisch versammelt werden, ist zu begrüßen. Eine künftige Beteiligung aller Spitzenverbände der Suchtkrankenhilfe wäre zu begrüßen. Über gemeinsame Anstrengungen und Abstimmungsprozesse sollte versucht werden, die Suchtproblematik zu reduzieren und beispielsweise die Prävention durch konzentrierte Aktionen zu stärken oder auch Schnittstellenprobleme der Behandlung zu reduzieren.
25. Der Fachverband Sucht tritt für den Grundsatz „Qualität muss sich lohnen!“ ein. Von daher begrüßt der Fachverband Sucht das Vorhalten eines externen Qualitätssicherungsprogramms durch die Leistungsträger sowie eines internen Qualitätsmanagements von Rehabilitationseinrichtungen. Auf der Grundlage entsprechender Ergebnisse wird derzeit an der Entwicklung eines Rehabilitationsbewertungssystems sowie von Standards für Qualitätsberichte gearbeitet. Hier ist der intensive und partnerschaftliche Dialog zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern gefordert, um die Transparenz und Akzeptanz entsprechender Entwicklungen zu fördern.
26. Eine angemessene Vergütung bildet die Grundlage dafür, dass die hohe Qualität der Entwöhnungsbehandlung auch zukünftig gewährleistet werden kann. Die Rehabilitationsbudgets der Leistungsträger müssen – auch vor-

dem Hintergrund eines zu erwartenden demographisch bedingten steigenden Rehabilitationsbedarfs in unserer Bevölkerung – entsprechend bemessen sein.

27. Die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker lohnt sich auch aus ökonomischen Gründen. Die Effektivität der Behandlung ist belegt, über 50 % der in einer Fachklinik behandelten alkoholabhängigen Patienten/innen sind nach einem Jahr abstinent. Kosteneinsparungen für unsere Gesellschaft entstehen durch die Vermeidung von Frühverrentungen und entsprechenden Beitragszahlungen für die Rentenversicherung, die Reduktion von Kosten im akutmedizinischen Bereich für die Krankenkassen und den Rückgang von Arbeitsfähigkeit und Krankheitskosten für Arbeitgeber. Diese Einsparungen übersteigen die Kosten der Behandlung bei weitem.
28. Alle Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, insbesondere Einrichtungen der ambulanten, ganztägigen ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation, sollten für jeden Entlassjahrgang ein Basisdokumentationssystem einsetzen, eine suchtspezifische und symptomorientierte Standarddiagnostik vorhalten, die Patientenzufriedenheit messen und eine prospektive kontinuierliche 1-Jahres-Katamnese (Routinekatamnese als Totalerhebung – insbesondere für den Bereich der Alkoholbehandlung) durchführen. Die finanzielle Förderung und Unterstützung ausgewählter Forschungsvorhaben durch die Leistungsträger im Sinne einer praxisnahen Versorgungsforschung unter Beteiligung der Rehabilitationseinrichtungen wird mit Nachdruck gefordert.
29. Gegenüber der Politik fordert der Fachverband Sucht, dass medizinische Rehabilitationsleistungen auch zukünftig über die sozialen Sicherungssysteme solidarisch finanziert werden. Die Begrenzung der Ausgaben der Krankenkassen für die stationäre Rehabilitation sollte entfallen, ferner ist die Einbeziehung aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Risikostrukturausgleich zu fordern. Medizinische Rehabilitationsleistungen sollten auch Pflichtleistungen im Standardtarif der privaten Krankenversicherung werden. Der Zugang zur medizinischen Rehabilitation ist zu fördern, insbesondere sollten aufwändige Prüfverfahren reduziert werden. Erstanträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollten nicht mehr vom MDK geprüft werden, sondern in die Zuständigkeit der vertragsärztlichen Versorgung fallen. Eine Erweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses um Vertreter der medizinischen Rehabilitation ist notwendig.

7. Schlusswort

In Deutschland verfügen wir über ein qualitativ hochwertiges Behandlungssystem für abhängigkeitskranke Menschen, dessen Effektivität und Effizienz belegt ist. Von daher sollten zukünftige Bemühungen darauf zielen, das Erreichte zu erhalten und noch zu verbessern. Angesichts eingeschränkter Ressourcen und der Diskussion um die Finanzierbarkeit von gesundheitlichen und sozialen Leistungen ist es umso notwendiger grundsätzliche Ziel- und Positionsbestimmungen vorzunehmen. Wir brauchen hierzu den Konsens der verschiedenen Leistungsträger, der Leistungserbringer und der Politik. In diesem Zusammenhang sei abschließend darauf verwiesen, dass sich die Behandlung von abhängigkeitskranken Menschen nicht nur aus ethischen und sozialpolitischen, sondern auch aus ökonomischen Gründen heraus für die Gesellschaft lohnt. Die Einsparungen durch die Rehabilitation übersteigen die Ausgaben für die Rehabilitation bei weitem. Suchtrehabilitation lohnt sich von daher für alle Beteiligten.

Literaturliste

- Aasland, O.G. (1996): Prävention alkoholbezogener Probleme: Der Public-Health-Ansatz. In: *Sucht* 42, S. 236 – 245
- Arend, H. (1999): Indikationskriterien in der ambulanten Therapie Abhängigkeitskranker. In: *Sucht aktuell* 1/1999, S. 14 – 17
- Bachmeier, R. et. al. (2005): Basisdokumentation 2004 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e. V., Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, Band 11, hrsg. vom Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Bergmann, E., Horch, K. (2002): Kosten alkoholasoziozierter Krankheiten – Schätzungen für Deutschland – Beiträge zur Berichterstattung des Bundes. Hrsg. vom Robert-Koch-Institut, Berlin
- Bien, T., Miller, W.R. & Tonigan, J.S. (1993): Commentary. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, p. 315 – 336
- BKK (2005): Gesundheitsreport 2005. „Krankheitsentwicklungen im Blickpunkt: Psychische Gesundheit“, Essen
- Bönner, K.-H. (1997): Das „Beste“ für den Suchtkranken – Zur Rationalität von Therapieangeboten. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Das „Beste“ für den Suchtkranken – Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 20, S. 15 – 25, Geesthacht
- Bühringer, G. (1997): Geschichte der Methadon-Substitution in Deutschland, Aktuelle Probleme und Lösungsvorschläge. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Tagungsdokumentation: 10 Jahre Methadon-Substitution in NRW, S. 35 – 71, Düsseldorf
- Brenner, R., Funke, W., Garbe, D., Hockelmann-Hettinger, P., Missel, P., Schneider, B. (2006): Komponentenevaluation: Besonderheiten und erste Ergebnisse aus zwei Trägerverbänden der ambulanten Suchtrehabilitation. In: Fachverband Sucht (Hrsg.): Integrierte Versorgung – Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 29, S. 251 – 260, Geesthacht
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitskrankungen, Schriftenreihe der BAR Heft 12, Frankfurt a. Main
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen – Ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis, Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006): Bühler, A. Kröger, C.: Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs, Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“, Bd. 29, Köln
- DEGEMED (Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation), FVS (Fachverband Sucht e.V.) (2005): Internes Qualitätsmanagement: Audit-Checkliste für den Bereich „Abhängigkeitskrankungen“ (stationäre Einrichtungen) DEGEMED/FVS, Bonn
- Deutsche Angestelltenkrankenkasse (2005): DAK Gesundheitsreport 2005, Hamburg
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (2006): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – Definition und Erläuterung zum Gebrauch, 2. überarbeitete Auflage
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2005): Drogen- und Suchtbericht Mai 2005, Berlin
- Edwards, G. et al. (Hrsg.) (1997): Alkoholkonsum und Gemeinwohl – Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung, Stuttgart
- Edwards, G., Orford, J., Egert, S., Guthrie, S., Hawker, A., Hensman, C., Mitcheson, M., Oppenheimer, E. & Taylor, C. (1977): Alcoholism: a controlled trial of treatment advice. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, p. 1004 – 1031
- Egner, U., Grünbeck, P. (2004): Analyse der Reha-verlaufdaten zu den Folgen der Sucht und zum Verlauf nach der Rehabilitation. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Sucht macht krank!, Schriftenreihe des FVS Bd. 27, S. 64 – 73, Geesthacht
- Ehrenreich, H. et. al. (1997): OLITA – An alternative in the treatment of therapy resistant chronic alcoholism. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247, P. 51 – 54
- Fachverband Sucht e.V., Heide, M. (Hrsg.) (1990): Individualisierung in der Suchttherapie – Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 10, Bonn
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (1992): Michael Klein: Klassifikation von Alkoholikern durch Persönlichkeits- und Suchtmerkmale, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 9, Bonn
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (1993): Ambulante und stationäre Suchttherapie – Möglichkeiten und Grenzen, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 12, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (1994): Therapieziele im Wandel, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 13, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (1995a): Qualitätsmanagement in der Entwöhnungsbehandlung, Reihe: „Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung“, Band 1
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (1995b): Qualitätssicherung der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 16, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (1995c): Qualitätsmerkmale in der stationären Therapie Abhängigkeitskranker – Praxisorientierte Beiträge, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 18, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (1996): Sucht und Erwerbsfähigkeit, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 17, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (1997a): „Das ‚Beste‘ für den Suchtkranken – Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien“, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 20, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (1997b): Stellungnahme zur Größe von Fachkliniken für Suchtkranke: (K)ein Qualitätsmerkmal in der Behandlung Abhängigkeitskranker? In: „Sucht aktuell“ 3+4/97, S. 34 – 36
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (1998): „Suchttherapie unter Kostendruck – Entwicklungen und Perspektiven“, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 21, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2002): „Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen“, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Band 25, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2003): „Qualität ist, wenn ...“ – Qualitätsentwicklung in der Suchtbehandlung“, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Band 26, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2004a): „Sucht macht krank!“, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Band 27, Geesthacht
- Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.) (2004b): Wolfsburger Resolution zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben von suchtkranken Menschen vom 04.12.2003 In: *Sucht aktuell* 1/2004, S. 74 – 75
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2005): „Perspektiven für Suchtkranke: Teilhabe fördern, fördern, sichern“, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Band 28, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2006): „Integrierte Versorgung: Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation“, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Band 29, Geesthacht
- Fleming, M.F., Barry, K.L., Manwell, L.B., Johnson, K., London, R. (1997): Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices, in: *JAMA – The Journal of the American Medical Association*, April 2, 1997 – Vol. 277, No. 13, p. 1039-1045
- Frank, P., Tauscher, M. (1996): Daten und Gedanken – Statistik zur ambulanten Suchtrehabilitation der PSB's im Diakonischen Werk Württemberg (1992 – 1995). In: *Diakonisches Werk der evang. Kirche in Württemberg e.V. (Hrsg.): Ambulante Rehabilitation Suchtkranker 1992 – 1995*, S. 14 – 23, Stuttgart
- Franzkowiak, P., Hallmann, H.-J., Weissinger, V. (1996): Qualitätssicherung in der Suchtprävention – Eine Bestandsaufnahme. In: *Sucht Report* 4/96, S. 29-36
- Funke, W., Schneider, B. (2001): Kontrolliertes Trinken als Ziel der Abhängigkeitsbehandlung. „Unkontrollierte Wissenschaft oder unkontrollierte Praxis?“ In: *Sucht aktuell* 1/2001, S. 24 – 31
- Geyer, D., Batra, A. Beutel, M., Funke, W., Görlich, P., Günthner, A., Hutschenreuter, U., Küfner, H., Mann, K., Möllmann, C., Müller-Fahrnow, W., Müller-Mohnssen, M., Soyka, M., Spyra, K., Stetter, F., Veltrup, C., Wiesbeck, G. a. & Schmidt, I. G. (2006): AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht* 52/1, Seite 8 – 34
- Glaeske, G. (2006): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '06*, Geesthacht, S. 87 – 103

- Görger, W., Hartmann, R. (2002): Neue Wege in der Behandlung Suchtkranker in der frühen Sekundärprävention, Geesthacht 2005
- Grobe, Th. G., Dörning, H., Schwartz, F. W. (2004): Stationäre Behandlungen wegen Alkoholmissbrauch in Akutkrankenhäusern: Trends, Risikofaktoren, Rehospitalisierungsraten, Assoziationen zu anderen Erkrankungen, Mortalität In: Sucht aktuell 2/2004, S. 5 – 10
- Heide, M. (1994): Nichts geht mehr!? – Erfahrungen aus 15 Jahren soziotherapeutischer Betreuung von chronisch alkoholabhängigen Frauen und Männern. In: Fachausschuss Soziotherapie (Hrsg.): Nichts geht mehr!? Aspekte der Soziotherapie Alkoholabhängiger, Verhaltensmedizin Heute, Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, Heft 3, S. 10 – 22
- Henkel, D. (1996): Zur epidemiologischen, ätiologischen und rehabilitativen Relevanz der Arbeitslosigkeit für den Alkoholismus: Empirische Fakten, theoretische Reflexionen und politische Forderungen. In: Fachverband Sucht (Hrsg.) (1997): Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag?, S. 307-329, Geesthacht
- Henkel, D., Zemlin, U., Dornbusch, P. (2003, 2004): Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen, Teil I., II, III. In: Sucht aktuell 2/2003, 1/2004, 2/2004
- Hüllinghorst, R. (2006): Zur Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 06, S 154 – 169, Geesthacht
- Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Bundesverband Deutscher Privatkliniken (2004): IQMP-Reha, Integriertes Qualitätsmanagement – Programm – Reha, Berlin
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A., Dilling, H. (1996): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Band 71, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden
- John, U. (1997): Bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung bei Alkoholkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Regionale Suchtkrankenversorgung, Konzepte und Kooperationen, Freiburg, S. 11 – 26
- Klein, W., Missel, P., Braukmann, W. (1997): Effizienz stationärer Abhängigkeitsrehabilitation: Ergebnisse zum langfristigen sozialmedizinischen Rehabilitationserfolg. In: Verhaltensmedizin Heute – Fortschritte in der Rehabilitation, Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, 7, S. 47 – 58
- Klein, W., Knufinke, R. Missel, P. Roeb-Rienas, W. (2006): Ergebnisevaluation zur integrierten stationären Behandlung Abhängigkeitskranker. In: Fachverband Sucht (Hrsg.): Integrierte Versorgung – Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 29, S. 105 – 128, Geesthacht
- Koch, U. (1997): Möglichkeiten der vergleichenden Betrachtung von stationären Behandlungseinrichtungen, Vortrag anlässlich des 10. Heidelberger Kongresses des Fachverbandes Sucht „Suchttherapie unter Kostendruck – Entwicklungen und Perspektiven“ am 12.06.1997 (unveröffentlicht)
- Kraus, L., Augustin, R. (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000, Sucht 47. Jahrgang, Sonderheft 1
- Kremer, G., Dormann, S., Pörksen, N., Wessel, T., Wienberg, G. (1997): Die Umsetzung sekundärpräventiver Strategien bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien in der medizinischen Basisversorgung und Ambulante Entgiftung, S. 60 – 73, Freiburg
- Körkel, J.: Kontrolliertes Trinken: Vom Abstinenzfundamentalismus zur bedarfsgerechten Behandlungsoptimierung. In: Sucht aktuell 1/2001, S. 16 – 23
- Kulick, B. (1999): Warum bewilligen wir genau das? – Indikationskriterien in der Auswahl von Maßnahmen aus Sicht des Leistungsträgers. In: Sucht aktuell 1/1999, S. 8 – 13
- Kulick, B. (2006): Überwindung von Sektorgrenzen in der Suchtbehandlung: Das Kombinationsbehandlungsmodell der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz. In: Fachverband Sucht (Hrsg.): Integrierte Versorgung – Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 29, S. 139 – 250
- Küfner, H. (1998): Ergebnisse der Suchtbehandlung. In: „Sucht aktuell“ 1+2/98, S. 29 – 34
- Küfner, H., Feuerlein, W., Huber, M. (1998): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnese, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung, Suchtgefahren, 34, S. 157 – 172
- Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G., Janik-Konecny, T. (1993): Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs, Baden-Baden
- Künzel, J., Sonntag, D., Bühringer, G. (2001): Über den Zusammenhang zwischen Therapieerfolg bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten In: Sucht aktuell 2/2001, S. 15 – 17
- Lehmann, J. (1998): Die Wirksamkeit der Behandlung mehrfachgeschädigter chronisch Alkoholabhängiger – Eine Langzeitstudie über den Behandlungsverlauf bei 793 Patienten aus soziotherapeutischen Heimen und Therapiezentren. Diplomarbeit. Wuppertal
- Lindenmeyer, J. (2005): Teilhabe von Suchtkranken nach SGB IX – Anspruch und Wirklichkeit In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Perspektiven für Suchtkranke – Teilhabe fördern, fordern, sichern, S. 45 – 60, Geesthacht
- Löschmann, Ch., Brünger, M., Koch, U. (1996): Strukturelle und konzeptionelle Voraussetzungen in Kliniken der stationären Suchtbehandlung als Elemente der Qualitätssicherung. In: Deutsche Rentenversicherung 4/96, S. 247 – 263
- Mayfield, D., McLeod, G., Hall, P. (1974): The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. American Journal of Psychiatry 131, p. 1121 – 1123
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991): Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior. New York
- Missel, P. et.al. (1997): Effektivität und Kosten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker – Ergebnisse einer klinikübergreifenden Katamnese. In: „Sucht aktuell“ 3+4/97, S. 10 – 22
- Missel, P., Zemlin, U. (1994): Neuere Entwicklungen in der Verhaltenstherapeutischen Behandlung von Suchterkrankungen. In: Zielke, M., Sturm, J. (Hrsg.): Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie, S. 141-163, Weinheim
- Müller-Fahmow, W., Spyra, K. (1995): Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation – Das Programm der Rentenversicherung und Rahmenbedingungen für den Bereich der Entwöhnungsbehandlungen. In: Fachverband Sucht (Hrsg.) Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 16, S. 65 – 99, Geesthacht
- Müller-Fahmow, W. et. al. (2002): Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven – Eine Expertise des Lehrstuhls für Versorgungsforschung – Humboldt-Universität zu Berlin, DRV-Schriften, Band 32
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983): Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 390 – 395
- Reimann, A., (2002): Vorwort in: Müller-Fahmow, W. et. al.: Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven – Eine Expertise des Lehrstuhls für Versorgungsforschung, DRV-Schriften, Band 32
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., John, U.: Development of a Screening Questionnaire for the General Hospital and General Practics. In: Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 21, 1997, S. 894 – 898
- Rumpf, H. J. et al. (2002): Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. In: Sucht 46 (1), S. 9 – 17
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. 3, Über, Unter- und Fehlversorgung
- Schneider, B., Buschmann, H. C., Gies, C. (1999): Indikationskriterien für die stationäre Behandlung auch unter Berücksichtigung spezieller Trainingsprogramme. In: Sucht aktuell 1/1999, S. 22 – 24
- Schneider, B., Götz, H., Groos, J. (2005): Kooperation und Vernetzung von Akutbehandlung und Rehabilitation: Auf dem Weg zur Integrierten Versorgung. In: Sucht aktuell 1/2005, S. 28 – 31
- Selbsthilfe- und Abstinenzverbände (1997): Sucht Selbsthilfe. Ein Positionspapier der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände, Hamburg
- Sonntag, D., Künzel, J. (2000): Hat die Therapieerfolg bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Sucht, 46, Sonderheft 2
- Sonntag, D. (2005): Deutsche Suchthilfestatistik 2004, Sucht, Volume 51, Sonderheft 2
- Soyka, M., Queri, S., Küfner, H., Rösner, S. (2005): Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? Nervenarzt, 76, S. 72 – 77
- Spyra, K. et. al. (2005): Strukturierte Qualitätsberichte von Rehabilitationskliniken – Ein softwareunterstütztes Konzept für Rehabilitationskliniken zur Erhebung und Veröffentlichung von qualitätsrelevanten Daten zur medizinischen Rehabilitation. In: Sucht aktuell 2/2005, S. 49 – 55
- Steingass, H.-P. (1994): Kognitive Funktionen Alkoholabhängiger. Geesthacht
- Steingass, H.-P., Verstege, R. (1993): Evaluation in soziotherapeutischen Einrichtungen. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 6, S. 249 – 253
- Stempel, K. (2006): Rauschgiftlage 2004. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 06, S. 104 – 113, Geesthacht
- Süß, H.M. (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau, 46, S. 248 – 266
- Veltrup, C., Lindenmeyer, J. (1998): Behandlungsindikation bei Menschen mit Alkoholproblemen. In: Sucht aktuell 1+2/98, S. 24 – 28

Fachbeiträge

Veltrup, C. (2001): Behandlung von Alkoholabhängigen: Hilfen für selektive Indikationsentscheidungen. In: Sucht aktuell 1/2001, S. 4 – 12

Verstege, R. (1997): Qualität ist die Voraussetzung für effektive Adaption. In: „Sucht aktuell“ 3+4/1997, S. 31 – 32

Verstege, R. (2000): Adaption: Was, wo, wie, für wen, wie lange und warum? In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen, Schriftenreihe des FVS, Band 23, S. 332 – 342, Geesthacht

Wagner, H.-B. (1996a): Zur Situation tagesklinischer Suchtbehandlung in Deutschland. In: Wagner, H.-B., Krausz, M., Schwoon, D.R. (Hrsg.): Tagesklinik für Suchtkranke, S. 9 – 13, Freiburg

Wagner, H.-B. (1996b): Internationale Erfahrungen mit tagesklinischer Suchtbehandlung. In: Wagner, H.-B., Krausz, M., Schwoon, D.R. (Hrsg.): Tagesklinik für Suchtkranke, S. 13 – 18, Freiburg

Wagner, H.-B., Krausz, M., Schwoon, D.R. (Hrsg.) (1996): Tagesklinik für Suchtkranke, Freiburg

Weissinger, V. (1989): Suchtprävention – Eine Studie, Bonn

Weissinger, V. (1991): Thesen zur Prävention. Sucht 3, S. 198 – 204

Weltgesundheitsorganisation (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien, Bern, Göttingen Toronto, Seattle, 4. Auflage

Wienberg, G. (1992): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, Bonn

Zemlin, U., Herder, F. (1994): Ergebnisse der summarischen und differentiellen Evaluation eines individualisierten stationären Behandlungsprogramms für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 27, S. 128 – 192

Zemlin, U. (2000 a): Stationäre Behandlungsdauer und Therapieerfolg. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen, Schriftenreihe des FVS, Band 23, S. 215 – 233, Geesthacht

Zemlin, U. (2000 b): Lohnt sich eine längere Behandlungsdauer bei Therapiewiederholern? In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen, Schriftenreihe des FVS, Band 23, S. 234 – 257, Geesthacht

Zemlin, U., Dornbusch, P. Hähnle, M., Jorda, V., Kolb, W. (2002): Die Tagesklinik Stuttgart der Fachklinik Wilhelmsheim: Indikation und Programmgestaltung einer teilstationären Entwöhnungsbehandlung für Alkoholabhängige – erste Erfahrungswerte, In: Sucht aktuell 2/2002, Seite 31 – 42.

Zemlin, U. (2005): Teilhabe am Arbeitsleben und der Gesellschaft fördern: Empfehlungen und Forderungen aus Sicht der Behandler. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Perspektiven für Suchtkranke – Teilhabe fördern, fordern, sichern, S. 78 – 100, Geesthacht

Zielke, M. (2006): Krankheitsverläufe von Versicherten mit aktuellen alkoholbedingten Intoxikationen auf der Basis von Sekundärdaten der DAK In: Sucht aktuell 1/2006

Zobel, M. et. al. (2005 a): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2002 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige In: Sucht aktuell, 1/2005, S. 5 – 15

Zobel, M. et. al. (2005 b): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2003 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In: Sucht aktuell, 2/2005, S. 5 – 15