

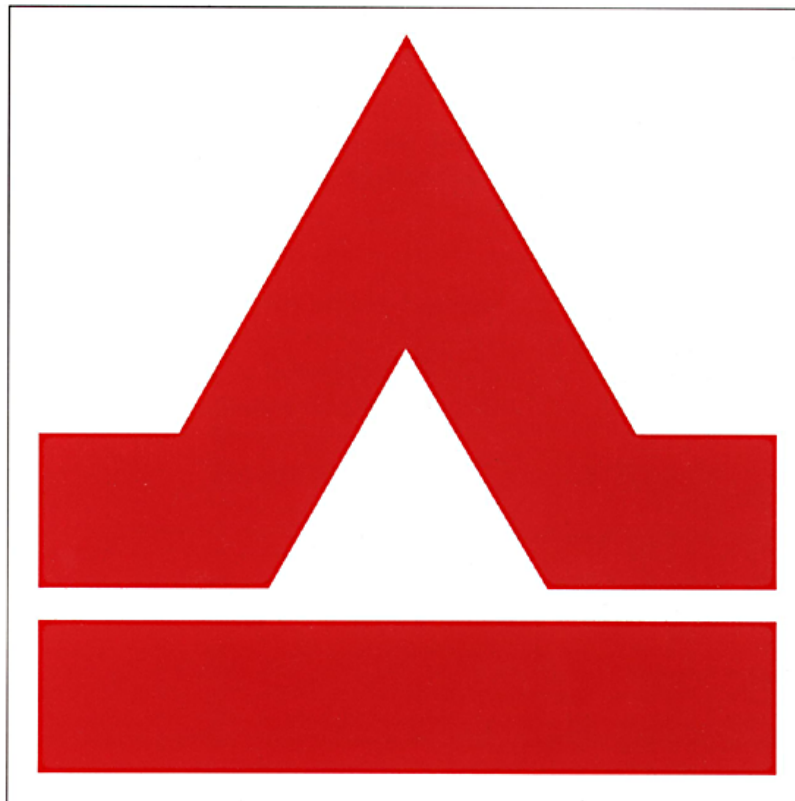
DRV-Schriften Band 32

Sonderausgabe der DRV

Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven

Eine Expertise des Lehrstuhls
Versorgungssystemforschung –
Humboldt-Universität zu Berlin

Januar 2002



Herausgegeben vom
Verband Deutscher
Rentenversicherungsträger

Postverlagsort
Frankfurt am Main

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

PHILOSOPHISCHE FAKULTÄT IV

INSTITUT FÜR REHABILITATIONSWISSENSCHAFTEN

Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation

Prof. Dr. W. Müller-Fahrnow • Luisenstr. 13a • D-10117 Berlin



Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven

**Eine Expertise des Lehrstuhls für Versorgungssystemforschung –
Humboldt-Universität zu Berlin**

Werner Müller-Fahrnow

Ute Ilchmann
Sophie Kühner
Karla Spyra
Simone Stoll

Die Expertise wurde in Auftrag gegeben vom Fachverband Sucht e.V., Bonn.

Vorwort

Abhängigkeitserkrankungen und ihre gesundheitlichen und sozialen Folgen nehmen in der Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung einen hohen Stellenwert ein. Die Rentenversicherung führt jährlich mehr als 40.000 Entwöhnungsbehandlungen für Betroffene im Erwerbsalter durch, was einem Anteil von 5,6 Prozent an den Gesamtleistungen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung entspricht. Entwöhnungsbehandlungen sind aufwändig, benötigen eine vergleichsweise lange Behandlungszeit und nicht selten drohen Rückfälle. Die Rentenversicherungsträger wenden für Entwöhnungsbehandlungen jährlich etwa 460 Mio. € auf, was einem Anteil von rund 15 Prozent der Aufwendungen für die medizinische Rehabilitation entspricht. Um so wichtiger ist es zu wissen, mit welchem Erfolg die Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt werden, ob die entwickelte Versorgungsstruktur eine tragfähige Grundlage für Weiterentwicklungen darstellt und wo Entwicklungspotentiale für Optimierungen liegen.

In einer Situation, in der die Kosten im Gesundheitswesen steigen und in der die Evidenzbasierung von Gesundheitsleistungen generell, aber auch in der Rehabilitation, im Rahmen eines rationalen Ressourceneinsatzes immer wichtiger wird, hat der Fachverband Sucht e. V. in Bonn eine Bestandaufnahme zur Sucht-Rehabilitation in Deutschland durch das Institut für Rehabilitationswissenschaften an der Humboldt Universität zu Berlin durchführen lassen mit dem Ziel, Entwicklungsperspektiven für die Zukunft zu entwickeln. Wegen seiner grundsätzlichen Bedeutung haben wir uns entschlossen, die Expertise in der Schriftenreihe der DRV zu veröffentlichen, um damit die Diskussion zur Weiterentwicklung der Sucht-Rehabilitation zu fördern.

Aus der Sicht der Rentenversicherung erscheint dabei von besonderer Bedeutung, dass sich die Versorgungsstruktur im Rahmen des gegliederten Systems als tragfähige Grundlage für zukünftige Entwicklungen gesehen werden kann. Die Leistungsfähigkeit des Systems sowie der hohe fachliche Standard in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker werden aufgezeigt. So sind insbesondere die kurz- und mittelfristigen Erfolgsquoten der Entwöhnungsbehandlungen und die Wiedereingliederungsraten in das Erwerbsleben bemerkenswert hoch und sollten deshalb in der Öffentlichkeit stärker wahrgenommen werden.

Im einzelnen enthält die Studie neben umfassenden beschreibenden Elementen eine Fülle von Anregungen für die Weiterentwicklung. Danach ist bei der Fortentwicklung der Sucht-Rehabilitation zum einen die Einbindung in das gesamte Gesundheitssystem zu berücksichtigen. Zum anderen sind die Ursachen des Suchtverhaltens insbesondere bei der Stärkung präventiver Ansätze mit zu reflektieren. Auf eine nach wie vor bestehende Versorgungslücke bzw. Unter-Inanspruchnahme wird hingewiesen. Um die Effektivität und die Effizienz weiter zu erhöhen ist eine noch stärkere Ausrichtung an den individuellen Problemlagen notwendig, die eine flexible Ausgestaltung der Behandlungsangebote einschließlich ambulanter Angebote notwendig erscheinen lassen. Einer erhöhten Aufmerksamkeit bedarf die Gruppe von Personen, die trotz erfolgreicher medizinischer Behandlung entweder arbeitslos oder beruflich noch nicht ausreichend integriert sind. Insbesondere in der ambulanten Sucht-Rehabilitation wird ein Forschungsbedarf konstatiert. Insgesamt zeigt die Expertise, dass sich die Investition in die Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen lohnt.

Dr. Axel Reimann
Stellvertretender Geschäftsführer des
Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt am Main

Vorwort des Fachverbandes Sucht e.V.

Suchterkrankungen und übermäßiger Substanzkonsum stellen ein epidemiologisches und gesundheitspolitisches Problem ersten Ranges dar. In Deutschland rechnet man allein in der Altersgruppe der 18 - 59 jährigen Erwachsenen mit:

- 1,5 Mio. (3,1 %) Menschen, die alkoholabhängig sind,
- 2,4 Mio. (5 %) die Alkoholmissbraucher sind,
- 1,5 Mio. Medikamentenabhängigen,
- 120.000 bis 150.000 Menschen mit Drogenabhängigkeit,
- 5,8 Mio. starken Rauchern (mehr als 20 Zigaretten pro Tag), davon 3,9 Mio. mit Tabakabhängigkeit.

In Deutschland hat sich seit dem Urteil des Bundessozialgerichtshofes im Jahr 1968, mit dem Abhängigkeit als Krankheit anerkannt wurde, ein qualitativ hochwertiges und zunehmend flexibles Behandlungssystem für Abhängigkeitserkrankungen entwickelt. Veränderte ökonomische Rahmenbedingungen, insbesondere die Einsparmaßnahmen im Gesamtsystem der Rehabilitation infolge des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes aus dem Jahre 1996, haben die fachlich begründeten Weiterentwicklungen der Suchtrehabilitation in erheblichem Maße ausgerichtet und überformt.

Diese Ausgangsbedingungen bildeten den Hintergrund dafür, dass der Fachverband Sucht e.V. eine umfassende Bestandsaufnahme zu den strukturellen, organisatorischen und ökonomischen Grundlagen wie auch zur Effektivität des deutschen Systems der Suchtkrankenhilfe beim Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung der Humboldt-Universität zu Berlin (Lehrstuhl: Prof. Dr. Werner Müller-Farnow) in Auftrag gegeben hat.

Zielsetzungen waren insbesondere, auf empirischer Basis

- einen Überblick über die Ausgangslage (Verbreitung substanzbezogener Störungen, Beratungs- und Behandlungsangebote, Daten und Fakten zur Sucht-Rehabilitation) zu geben,
- Grundprinzipien der Intervention darzustellen,
- Aussagen zur Effektivität und Effizienz der Sucht-Rehabilitation zu treffen.

Darüber hinaus sollten aktuelle Entwicklungen zum Qualitätsmanagement in der Suchtrehabilitation sowie Perspektiven für die Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe aufgezeigt werden.

Zu manchen Unterpunkten der Expertise gibt es auch andere aktuelle Veröffentlichungen. Das Besondere an der von Herrn Prof. Dr. Müller-Farnow und seinen Mitarbeiterinnen vorgelegten Arbeit ist, dass mit dieser Expertise eine Verknüpfung vieler Einzelbefunde und bisher in der Öffentlichkeit wenig bekannter Daten vorgenommen wurde, die einen gelungenen Überblick über die aktuelle Versorgungssituation, die Bedeutung der Suchtrehabilitation sowie über Perspektiven zur Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe ermöglicht. Die Autoren belegen auch den wirtschaftlichen Nutzen der Suchtbehandlung für die Renten- und Krankenversicherung, für das öffentliche Gemeinwesen sowie für die Arbeitgeber. Die Studie bietet eine Vielzahl von Ansatzpunkten für weiterführende Diskussionen zur Entwicklung des Behandlungssystems und zur Vernetzung der Suchtkrankenhilfe mit dem akutmedizinischen Bereich. Unser Dank geht darüber hinaus an den Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), der es ermöglicht hat, die Expertise im Rahmen der DRV-Schriftenreihe zu veröffentlichen und diese damit einer interessierten Leserschaft zugänglich zu machen.

Ralf Schneider

Vorstandsvorsitzender des
Fachverbandes Sucht

Dr. Volker Weissinger

Geschäftsführer des
Fachverbandes Sucht

Inhalt

1	Einleitung	6
2	Begriffsbestimmung – von der Sucht zu Störungen durch psychotrope Substanzen	8
2.1	Phänomenologie	8
2.2	Klassifikation	11
3	Ausgangslage	15
3.1	Substanzbezogene Störungen im Überblick	15
3.1.1	<i>Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen</i>	15
3.1.2	<i>Prävalenz von Alkoholproblemen</i>	17
3.1.3	<i>Alkohol im Vergleich zu anderen psychoaktiven Substanzen</i>	22
3.1.4	<i>Erwerbssituation alkoholkranker Personen</i>	24
3.2	Beratungs- und Behandlungsangebote	25
3.2.1	<i>Angebotsübersicht</i>	25
3.2.2	<i>Kontaktdichte</i>	28
3.2.3	<i>Gesamtgesellschaftliche Aufwendungen und Kosten</i>	30
3.3	Daten und Fakten zur Sucht-Rehabilitation	33
3.3.1	<i>Ausgabenentwicklung in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen</i>	35
3.3.2	<i>Inanspruchnahme-Entwicklung bei der Rehabilitation von Alkoholabhängigen</i>	43
3.3.3	<i>Entwicklung der Frührenten bei Alkoholabhängigen</i>	64
3.3.4	<i>Entwicklungstendenzen im rehabilitativen Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke</i>	70
4	Grundprinzipien der Intervention	78
4.1	Präventive Perspektive: Public Health Ansatz	80
4.2	Rehabilitative Perspektive	84
5	Strukturelle und organisatorische Grundlagen der Behandlung	90
5.1	Behandlungssystem	90
5.2	Indikationsstrategien	102
6	Effektivität der Sucht-Rehabilitation – reha-wissenschaftliche Grundlagen	113
6.1	Methodologische Anmerkungen zur Effektivitätsbestimmung	113
6.1.1	<i>Das Problem der Stichprobenselektion</i>	117
6.1.2	<i>Erfolgsdefinitionen</i>	118
6.1.3	<i>Berechnungsformen der Erfolgsquote</i>	120
6.1.4	<i>Katamnesezeiträume</i>	121
6.1.5	<i>Globale und differenzielle Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen</i>	122
6.2	Empirische Ergebnisse zur Effektivität der Sucht-Rehabilitation	125
6.2.1	<i>Globaler Behandlungserfolg im internationalen Vergleich</i>	125
6.2.2	<i>Zusammenhang von Patientenmerkmalen und Behandlungserfolg</i>	125
6.2.3	<i>Zusammenhang von Behandlungssettings und Rehabilitationserfolgen</i>	129
6.2.4	<i>Behandlungsdauer bei Alkoholabhängigen als Kriterium für den Therapieerfolg</i>	132

7	Qualitätsmanagement in der Sucht-Rehabilitation	134
7.1	QM in der medizinischen Rehabilitation – rechtliche Rahmenbedingungen	134
7.2	Das 5-Punkte-Programm der Rentenversicherung zur Qualitätssicherung	136
7.3	EFQM-Modell – primäre Orientierung am internen QM	143
7.4	Spezifische QM-Programme von Einrichtungen der Sucht-Rehabilitation	146
7.5	Reha-wissenschaftlicher Ansatz für ein vernetztes QM-System	150
8	Resümee und Perspektiven für die Weiterentwicklung	152
8.1	Priorität für qualitativen Ausbau der Suchtkrankenhilfe anstelle von Systemwechsel	154
8.2	Priorität für Flexibilität und Individualität anstelle von starren Regelungen	158
8.3	Priorität für eine evidenz- und leitlinienbasierte Qualitätsentwicklung	162
8.4	Priorität für die Investition in die Sucht-Rehabilitation zur Vermeidung von Frühberentungs-Ausgaben	166
8.5	Priorität für die soziale und berufliche Partizipation von Abhängigkeitskranken	168
	Abkürzungsverzeichnis	170
	Bibliographie	171

1 Einleitung

Erst dreißig Jahre sind vergangen, seit in der Bundesrepublik Deutschland Sucht durch ihre Anerkennung als Krankheit auch die ihr gebührende sozialrechtliche Würdigung erfahren hat. In dieser Zeit hat sich die Suchtkrankenhilfe im internationalen Vergleich zu einem quantitativ und qualitativ hochentwickelten und differenziert ausgebauten Teilsystem der Gesundheits- und Sozialversorgung entwickelt. Das Spektrum der Hilfen reicht von niedrighschwelligem Kontaktläden oder Beratungsstellen über substitutionsgestützte Angebote bis hin zur abstinentenorientierten stationären oder ambulanten Rehabilitation und der Nachsorge.

Möglicherweise wird eine weitere sozialrechtliche Setzung, das gerade verabschiedete neunte Sozialgesetzbuch, den Startpunkt für eine dynamische Weiterentwicklung des Systems der Suchtkrankenhilfe in den soziodemografischen Problemzonen markieren. Abhängigkeitskranke, insbesondere die am Rande des gesellschaftlichen Wohlstands und in sozialer Isolation lebenden Drogenabhängigen oder chronisch Mehrfachbeeinträchtigten, haben durch ihren überproportionalen Anteil an Beschäftigungslosen, Sozialhilfeempfängern oder Verschuldeten eine hohe Repräsentanz in der „Armutspopulation“. Durch die Einbeziehung der Sozial- wie auch der Jugendhilfe in den Kreis der Rehabilitationsträger und die damit verbundene formale Verpflichtung eröffnen sich gerade für diese Problemgruppen zusätzliche rehabilitative Chancen für die Teilhabe an Beruf und Gesellschaft.

Auf der anderen Seite haben seit Mitte der 90er Jahre im Geltungsbereich des SGB VI erhebliche ökonomische Pressionen auf das System der Rehabilitation eingesetzt, die auch den Bereich der Suchtkrankenhilfe nicht verschont haben. Begleitet war und ist die Auseinandersetzung um die immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen von einem zunehmenden Wettbewerb zwischen den Rehabilitationseinrichtungen, der auch durch steigende externe, nicht zuletzt aber auch interne Anforderungen an die Qualität und deren Management geprägt ist.

Darüber hinaus sind die ökonomischen Rahmenbedingungen selbst auch eine Ursache für Erschwernisse in der individuellen Partizipation in Beruf und Gesellschaft. Diese spiegeln sich in veränderten Zugangskonfigurationen der – verstärkt arbeitslosen – Rehabilitanden ebenso wider wie in der Problematik der Reintegration und der erhöhten Rückfallgefahr nach erfolgter Rehabilitation.

Dieser Hintergrund war Anlass für den Fachverband Sucht e.V., eine umfassende Bestandsaufnahme zu den theoretischen, strukturellen, organisatorischen und ökonomischen Grundlagen wie auch der Effektivität des deutschen Systems der Suchtkrankenhilfe – mit einem inhaltlichen Schwerpunkt auf der Rehabilitation bei alkoholbedingten Krankheiten, die hier nach wie vor $\frac{3}{4}$ aller Indikationen ausmachen, in Auftrag zu geben.

Schwerpunkte der empirischen Analyse sind die Organisations- und Qualitätsentwicklung dieses Versorgungsbereiches, wie auch seine wissenschaftliche Fundierung und Evidenz. Für letztere Problemstellung wurde neben nationalen Veröffentlichungen auch auf meta-analytische internationale Quellen zurückgegriffen; die Versorgungssystem-Analyse beschränkt sich im wesentlichen auf innerdeutsche Datengrundlagen und nutzt für weitergehende Analysen hauptsächlich Prozessdaten der gesetzlichen Rentenversicherung zur Rehabilitation und Frühberentung.

Die Bestandsaufnahme zu den theoretischen und konzeptuellen Fundamenten der Suchtkrankenhilfe bezieht sich ebenfalls schwerpunktmäßig auf Publikationen zum deutschen System. Soweit hier keine evidenzbasierten Belege vorliegen, wird auf Konsensbefunde oder zumindest aus der synoptischen Bewertung gewonnene Übereinstimmungen Bezug genommen.

Eine weitere wesentliche Erkenntnisquelle für die Bestandsaufnahme und die daraus abgeleiteten Perspektiven für die Weiterentwicklung waren Expertengespräche mit Akteuren aus den Praxisfeldern und dem Bereich der Rehabilitationswissenschaft, bei denen wir uns auf diesem Wege herzlich für ihre Unterstützung, Anregungen und kritische Diskussion bedanken möchten.

2. Begriffsbestimmung – von der Sucht zu Störungen durch psychotrope Substanzen

2.1 Phänomenologie

Eine einheitliche wissenschaftliche Begründung des Phänomens „Abhängigkeit“ bzw. „Sucht“ steht nach wie vor aus. Weder ist die Ätiologie eindeutig bestimmt noch die Pathogenese. Es gibt keinen Konsens zur Psycho- oder Soziopathologie von Süchtigen noch gibt es gesicherte Erkenntnisse über genetische Ursachen – und damit zwangsläufig auch keine allgemein verbindlichen diagnostischen oder auch therapeutischen Bestimmungsgrößen.

Die zunehmende Versachlichung der Diskussion um die Ursachen der Abhängigkeitserkrankung vor allem in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts hat – nach einer längeren Phase religiös oder moralisch akzentuierter Positionen oder rassehygienischer Pervertierungen – zu einem komplexen und differenzierten Verständnis dieser Krankheit geführt, welches durch Übereinstimmungen im Hinblick auf deren Multikausalität und Mehrdimensionalität gekennzeichnet ist.¹

Akzeptiert ist heute die Auffassung, es handle sich bei Abhängigkeitserkrankungen um ein dynamisches Bedingungsgefüge, welches durch drei Dimensionen definiert ist: Persönlichkeit, soziale Umwelt und Substanz/Mittel. Wenngleich keine kausalen Beziehungen zwischen Persönlichkeits-, sozialpsychologischen Faktoren sowie der Spezifik von Suchtmitteln und Symptomen süchtigen Verhaltens konstatiert werden können, lassen sich dennoch Gemeinsamkeiten im Erscheinungsbild ausmachen.

Die WHO unterscheidet folgende „Typen“ der Abhängigkeit (vgl. Tab. 2.1); dabei wird nicht auf Mischkonsum eingegangen:²

Tab. 2.1: Substanzbezogenen Formen der Abhängigkeit

Typ	Substanz	Abhängigkeit
Opiat-Typ	Opiate, Betäubungsmittel, Opioide	physisch + psychisch
Barbiturat- / Alkohol-Typ	Barbiturate, Clomethiazol, Benzodiazepine, Alkohol, Lösungsmittel	physisch + psychisch
Amphetamin- / Khat-Typ	Stimulantien, Designer-Drogen	psychisch
Kokain-Typ	Kokain	psychisch
Cannabis-Typ	Cannabis	psychisch (+physisch?)
Halluzinogen-Typ	Halluzinogene	psychisch

¹ Vgl. Feuerlein et al. (1998).

² Nach Payk (1998), S. 243 ff.

Kennzeichnend für die psychische Abhängigkeit sind Drang und Verlangen (craving) die Substanz immer wieder zu konsumieren – trotz damit verbundener negativer Folgen. Zu den Kennzeichen einer körperlichen Abhängigkeit gehören Entzugserscheinungen beim Absetzen der Substanz sowie die Entwicklung einer Toleranz mit der Konsequenz einer sukzessiven Erhöhung der Suchtmitteldosis.

Einen weiteren Versuch, die Phänomenologie einer ausgeprägten Abhängigkeit systematisch zu erfassen, stellt die Annahme eines Abhängigkeitssyndroms dar (vgl. Tab. 2.2).³ Unabhängig von der konsumierten Substanz wird die Abhängigkeitserkrankung definiert als ein Syndrom zahlreicher Störungen:

Tab. 2.2: Abhängigkeits-Syndrom

Körperliche Störungen	<ul style="list-style-type: none">▪ körperliche Abhängigkeit von einer Hauptsubstanz (Toleranz, Entzug)▪ Einnahme anderer Substanzen als Ersatzmittel▪ Begleit- und Folgeerkrankungen (z.B. allg. Abwehrschwäche, Krankheiten an Magen, Darm, Leber, Zähnen, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Infektionskrankheiten wie Aids oder Hepatitis)
Psychische Störungen	<ul style="list-style-type: none">▪ psychische Abhängigkeit (craving)▪ psychische Funktionsstörungen (z.B. Wahrnehmungs-, Denk- und Motivationsstörungen)
Soziale Störungen ⁴	<ul style="list-style-type: none">▪ Beschaffungskriminalität▪ Prostitution▪ dauerhafte Arbeitslosigkeit (fehlende Ausbildung, Arbeitsunfähigkeit)

Die Heterogenität der Ausdrucksformen findet ihre Entsprechung in divergenten Erklärungsmodellen hinsichtlich der Entstehung einer Substanzabhängigkeit – sie reichen von psychodynamisch orientierten Annahmen über lerntheoretische Ansätze bis hin zu in den letzten Jahren vermehrt vorgetragenen neurophysiologischen Begründungen. So wird die Toxikomanie als ein vordringlicher Versuch interpretiert, eine lästige innere Wirklichkeit zu verdrängen und so mittelbar auch die Wahrnehmung sowie das Erleben der Außenwelt radikal zu verändern.⁵ Eine verhaltenstheoretische Begründung für die Ausbildung einer Abhängigkeitserkrankung wurde mit dem Konstrukt des „Suchtgedächtnisses“ formuliert.⁶

„Um ein individualspezifisch erworbenes `Suchtgedächtnis` zu entwickeln und aufrechtzuerhalten, sind verhaltenspsychologische Lern- und Konditionierungsprozesse von Bedeutung. Dies ist dafür verantwortlich, dass selbst nach abgeschlossenem körperlichen Entzug und längerfristiger Entwöhnung mit sicherer Abstinenz die

³ Bühringer (1997), S. 398.

⁴ Besonders bei Drogen.

⁵ Nach Wurmser (2000), auch Kolitzus (1997).

⁶ Vgl. Böning (2001).

‘längst vergessen` geglaubte Verhaltensweise in bestimmten Situationen erneut reaktiviert wird und damit einen Rückfall auslösen kann.’⁷

Risiko- bzw. Schutzfaktoren spielen bei der Ausbildung einer Abhängigkeitserkrankung eine wichtige Rolle. Dabei wird davon ausgegangen, dass nur ein kleiner Teil derer, die „eine bestimmte Substanz probieren oder regelmäßig konsumieren, davon auch abhängig wird.“⁸

Abhängigkeit entwickelt sich in einem komplexen Zusammenwirken von

- Persönlichkeit (z.B. Selbstvertrauen und Selbstsicherheit, Stressverarbeitung und Konfliktverhalten, unterschiedliche Vulnerabilität besonders bei Schmerzzuständen und Schlafstörungen, unterschiedliche Wahrnehmung der physiologischen Wirkung des Alkohols),
- Äußeren Faktoren (z.B. Missbrauchsverhalten in der Familie, Erziehungsstile, Freundeskreis der Kinder, Verfügbarkeit im unmittelbaren Lebensraum) und
- Substanz-immanenten Effekten (spezifische Wirkungsweise, unterschiedliche Formen und Stadien der Chronifizierung).

Finden sich in phänomenologischen Ansätzen eher vereinfachende Erklärungsmuster der Abhängigkeitserkrankungen, so eröffnen deren klassifikatorische Bestimmungen zusätzlich die Möglichkeit einer weitergefaßten und abgestuften Deskription des gesamten Spektrums von Störungen, die mit dem Konsum psychotroper Substanzen verbunden sind.

⁷ Böning (2001).

⁸ Vgl. Silbereisen (1997) und Bühringer (1997).

2.2 Klassifikation

Der Konsum psychotroper Substanzen geht immer mit einer potentiellen Gefährdung der Gesundheit einher. Dabei spielen Menge und Häufigkeit des Konsums eine entscheidende Rolle. Als *riskant* in Bezug auf die Verursachung substanzbezogener Erkrankungen wird beispielsweise Alkoholkonsum im Allgemeinen⁹ eingestuft, wenn er bei Männern mehr als 30-40g reinen Alkohols pro Tag, bei Frauen mehr als 20g pro Tag beträgt.¹⁰

Die Grenzen zu *schädlichem Gebrauch / Missbrauch* und zur *Abhängigkeit* sind schwerer zu bestimmen. Aus diesem Grund wurden und werden in neuerer Zeit zahlreiche Diagnostik- und Klassifikationshilfen entwickelt.¹¹

In Deutschland wie auch international werden hauptsächlich zwei Klassifikationssysteme, die ICD-10¹² der WHO und das DSM-IV¹³ der American Psychiatric Association, verwendet. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Struktur und Logik aber nur wenig.¹⁴ Eingeordnet unter die psychischen Störungen als „Störung durch psychotrope Substanzen“ erfolgt die Klassifikation in zwei Dimensionen, zum einen hinsichtlich der Substanz und zum anderen hinsichtlich des Schweregrades der Störung, wobei zwischen schädlichem Gebrauch / Missbrauch – der weniger schweren Form – und dem eigentlichen Abhängigkeitssyndrom unterschieden wird. Es werden sowohl somatische und psychische als auch soziale Faktoren berücksichtigt. Ätiologische oder pathogenetische Aspekte bleiben zwangsläufig außer Acht.

Beide Klassifikationssysteme legen eine Reihe von Kriterien zu Grunde, von denen für die Diagnose von *Abhängigkeit* mindestens drei innerhalb des letzten Jahres erfüllt sein müssen.

Tab. 2.3: Kriterien für Abhängigkeit nach ICD-10 und DSM-IV

nach ICD-10	nach DSM-IV
Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.	Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien: a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen, b) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.

⁹ Vgl. dazu auch Kapitel 3.

¹⁰ Bühringer (2000), Jahrbuch Sucht (2001).

¹¹ Zur Diagnostik vgl. auch Margraf (1995), John (1996), Lindenmeyer (2000a).

¹² International Classification of Diseases 10th revision. Vgl. Dilling et al. (1991).

¹³ Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 4th revision. Vgl. Saß et al. (1998).

¹⁴ Vgl. dazu auch Freyberger & Stieglitz (2001).

nach ICD-10	nach DSM-IV
Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.	Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern: a) charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz. b) dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden
Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.	Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanzen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden.)	Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.	Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (z.B. Besuch verschiedener Ärzte oder Fahrt langer Strecken), sie zu sich zu nehmen (Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
	Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.
Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutig schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmung infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.	Fortgesetzter Substanzkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde (z.B. fortgesetzter Kokainkonsum trotz des Erkennens kokaininduzierter Depressionen oder fortgesetztes Trinken trotz des Erkennens, dass sich ein Ulcus durch Alkoholkonsum verschlechtert.)

Schädlicher Gebrauch nach ICD-10 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.

Der Konsum wird häufig von anderen kritisiert und hat oft unterschiedliche negative soziale Folgen.¹⁵

Anders als bei der ICD-10 ist im DSM-IV auch eine zeitliche Komponente enthalten. *Missbrauch* liegt dann vor, wenn in einem Zeitraum von 12 Monaten eines der Kriterien zutrifft (vgl. Tab. 2.4).¹⁶

Tab. 2.4: Kriterien für Mißbrauch nach DSM-IV

Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zuhause führt.

Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.

Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz im Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch.

Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer und interpersoneller Probleme, die durch die Auswirkung der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden.

Mit der ICIDH¹⁷ ist unter der Ägide der WHO ein Instrumentarium für die Dokumentation rehabilitationspezifischer Problemstellungen entstanden und erstmals 1980 veröffentlicht worden.¹⁸ Im Mai 2001 soll die inzwischen überarbeitete Version der ICIDH-2 von der Generalversammlung der WHO verabschiedet werden.¹⁹ Die ICIDH-2 umfasst alle funktionalen Aspekte der Gesundheit und Behinderung einer Person, die mit der körperlichen und geistig / seelischen Verfassung (health condition) der Person im Zusammenhang stehen. Hauptziel ist es, eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung der Funktionsfähigkeit zur Verfügung zu stellen und auf diese Weise die Kommunikation zwischen professionellen Akteuren/Fachleuten, besonders im Bereich der Rehabilitation, sowie den Menschen mit Behinderungen zu verbessern. Durch die in der zweiten Version der ICIDH vorgenommene Betonung der für den Rehabilitationsprozess fundamentalen individuellen Ressourcen sowie der außerhalb des Einzelnen angesiedelten Kontextfaktoren weist dieses Instrumentarium eine besondere kategoriale Nähe zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken auf.

¹⁵ ICD-10 weist darauf hin, dass die Ablehnung des Konsumverhaltens oder einer bestimmten Substanz von anderen Personen oder einer ganzen Gesellschaft kein Beweis für den schädlichen Gebrauch ist.

¹⁶ Außerdem gilt, dass die Symptome niemals die Kriterien für eine Substanzabhängigkeit erfüllt haben.

¹⁷ International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.

¹⁸ Vgl. deutsche Fassung 1995.

¹⁹ Informationen über den aktuellen Stand der Überarbeitung finden sich im Internet unter www.who.int/icidh und unter www.ifrr.vdr.de.

An dieser Stelle sei auf eine Terminologiediskussion hingewiesen, die darauf zielt, einer veränderten Sichtweise auch begrifflich Ausdruck zu verleihen. Die im Begriff „Sucht“ implizierte Einengung auf die Gruppe der (schwer) Abhängigen hatte die WHO schon 1965 durch die Einführung des Begriffs „Abhängigkeit“ Rechnung getragen.

Die inzwischen international (vgl. ICD-10, DSM-IV) verwendete Bezeichnung „Störungen durch psychotrope Substanzen“ ermöglicht es, die Zielgruppe für Interventionen und damit auch die Adressaten der Suchtkrankenhilfe treffender zu charakterisieren. Diesem Prinzip wird auch an anderer Stelle mit der Bezeichnung „Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken“ gefolgt.²⁰ Es impliziert eine Abkehr von einer interventionellen Einengung auf den tertiärpräventiven Bereich und umschließt sowohl Personen mit einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen als auch Personen mit schädlichem Gebrauch sowie Personen mit riskantem Konsum.

²⁰ Vgl. DHS (2000a), S. 8.

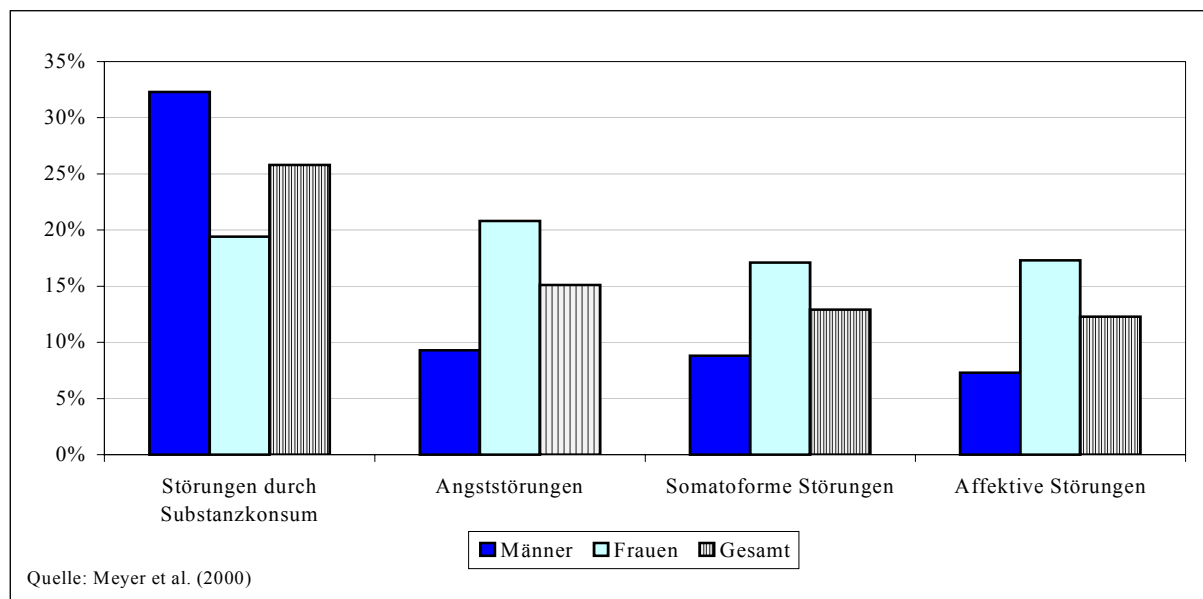
3. □ Ausgangslage

3.1 Substanzbezogene Störungen im Überblick

3.1.1 Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen

Mit einer Lebenszeitprävalenz von 25,8 % stellen Störungen durch Substanzkonsum gemäß einer repräsentativen Erhebung mit 4.075 Personen und einer Ausschöpfung von 70,2% den größten Anteil an psychischen Störungen nach DSM-IV dar, gefolgt von Angststörungen (15,1%), Somatoformen Störungen (12,9%) und Affektiven Störungen (12,3%) (vgl. Abb. 3.1.).²¹ Frauen sind häufiger von nicht-substanzbezogenen psychischen Störungen betroffen, Männer häufiger von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit. Störungen durch Alkoholkonsum (mit einer Lebenszeitprävalenz von 8,3%) betreffen verstärkt Männer (14,0%) und seltener Frauen (2,5 %).

Abb. 3.1: Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung



Zu den Suchtstoffen, die gemäß der Missbrauchs- und Abhängigkeitskriterien des DSM-IV am häufigsten konsumiert werden, gehören in Deutschland – einer für die BRD repräsentativen Studie des Instituts für Therapieforschung (IFT) zufolge – an erster Stelle Tabak, an zweiter Stelle Alkohol, gefolgt von beruhigenden, schmerzstillenden Medikamenten, weiter-

²¹ Meyer, Rumpf, Hapke, Dilling & John (2000).

hin Haschisch, Heroin, Kokain, Ecstasy und Amphetamine.^{22 23} Im Folgenden wird schwerpunktmäßig auf den schädlichen Konsum von Alkohol eingegangen.

²² Repräsentative Bundesstudie des Instituts für Therapieforschung (IFT) über den Konsum von psychoaktiven Substanzen in der erwachsenen Bevölkerung von 18 bis 59 Jahren, München 2001. Im Auftrag des BMG mit einer Datenerhebung aus dem Jahr 2000.

²³ DHS (2000).

3.1.2 Prävalenz von Alkoholproblemen

Ausgehend von neuen Berechnungen des IFT ergibt sich für die Bevölkerungsgruppe der 18- bis 69-Jährigen eine geschätzte Zahl von 1,6 Mio. Abhängigen²⁴. Weitere 2,7 Mio. Personen weisen einen missbräuchlichen Konsum auf (vgl. Abb. 3.2).²⁵ Dabei ist zu beachten, dass hier Missbrauch und Abhängigkeit einander ausschließende Kategorien sind, gleichzeitig jedoch Untergruppen des riskanten Konsums. Insgesamt besteht in der Altersgruppe der 18- bis 69-jährigen bei 9,1 Mio. ein riskanter Alkoholkonsum, darin enthalten sind die bereits genannten 2,7 Mio. Missbraucher und 1,6 Mio. Abhängige. Die Zahlen sind als konservative Schätzungen zu interpretieren. Es wird davon ausgegangen, dass lediglich 40 bis 60% der tatsächlichen Trinkmenge von der befragten Bevölkerung angegeben werden.²⁶

Vergleichbare Zahlen werden auch von zwei aktuellen Langzeitstudien zum Drogenkonsum berichtet, die im Frühsommer 2001 von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Frau Caspers-Merk, vorgestellt wurden: Die im Auftrag des Bundesgesundheitsministerium durchgeführte "Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000" ermittelte - hier für die Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen - bei 11,7% der 8139 befragten Personen einen riskanten Alkoholkonsum, bei 3,9% einen gefährlichen Konsum und bei 0,7% Hochkonsum²⁷. Im Rahmen der zweiten Studie "Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001" ermittelte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), dass der regelmäßige Konsum langfristig rückläufig ist (bei Tabak und Alkohol) bzw. im Wesentlichen unverändert bleibt (bei Drogen). Demnach leben erhebliche Teilgruppen der Jugendlichen mäßig konsumierend bzw. vollkommen abstinent: 34% trinken selten oder nie Alkohol, 73% haben nie Cannabis oder andere illegale Drogen konsumiert. Gleichzeitig zeigt die Studie, dass einzelne Teilgruppen von Jugendlichen zu verstärktem Konsum tendieren. So trinken 30% der Jugendlichen mindestens einmal pro Woche Alkohol, 38% rauchen ständig oder gelegentlich Tabak und 5% konsumieren aktuell illegale Drogen.²⁸

²⁴ gemäß DSM IV.

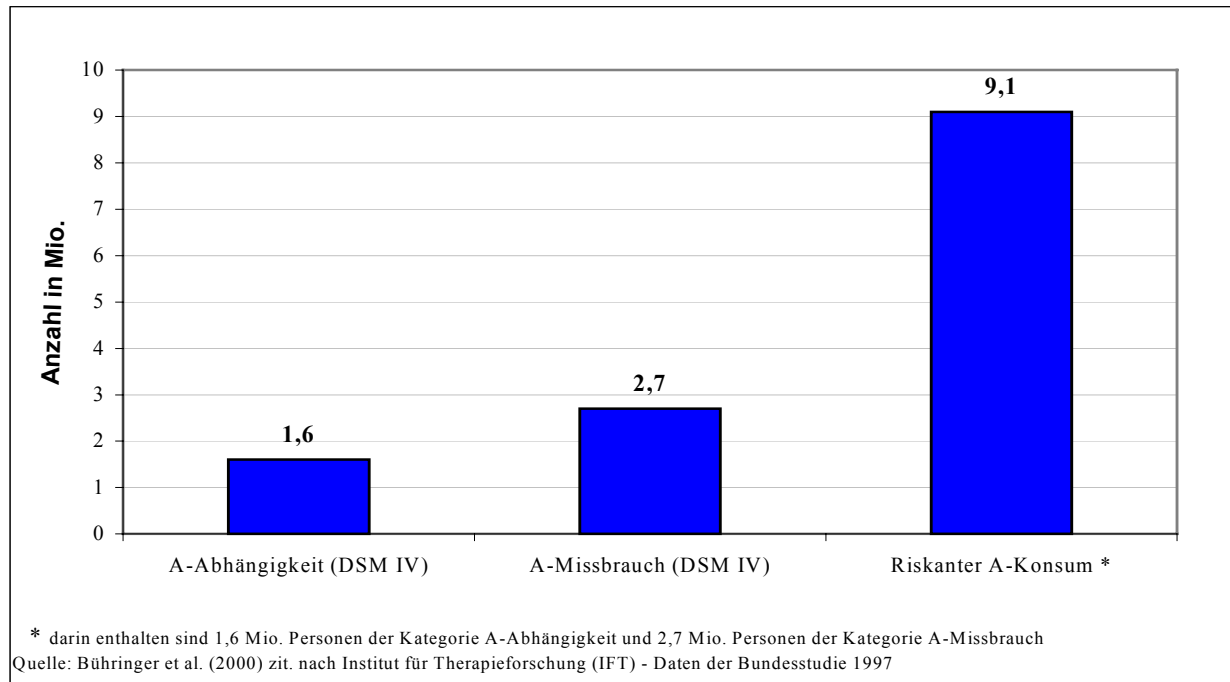
²⁵ Bühringer et al. (2000), zit. nach IFT (2001).

²⁶ Lemmens, Tan & Knibbe in DHS (1999) S. 141.

²⁷ zur Kategorisierung der Konsummengen vgl. Tab. 1

²⁸ Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) zum Konsum psychoaktiver Substanzen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 24 Jahren. Köln, 2001. Im Auftrag des BMG.

Abb. 3.2: Prävalenz von Alkoholproblemen in der Bevölkerung (18-69-Jährige)



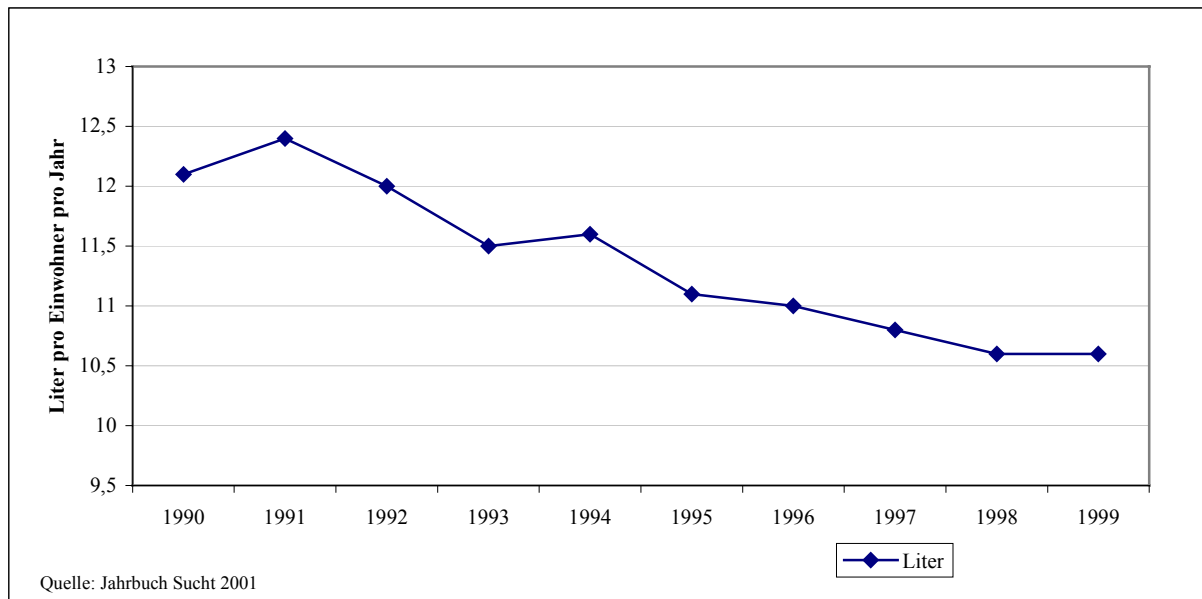
Pro-Kopf-Verbrauch von reinem Alkohol

Betrachtet man den Pro-Kopf-Verbrauch von reinem Alkohol in einer Zeitreihe über 9 Jahre, so zeigt sich in jüngerer Zeit eine Fortsetzung des bereits zu Beginn der achtziger Jahre einsetzenden geringfügigen Rückgangs (vgl. Abb. 3.3). 1999 lag der Verbrauch bei 10,6 Litern pro Kopf, was gegenüber dem Vorjahr keine Veränderung darstellt. Insgesamt verringerte sich der Verbrauch pro Kopf und Jahr damit seit 1990 um 1,5 Liter. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland nach wie vor hinsichtlich des Alkoholkonsums pro Kopf weltweit in der Spitzengruppe.

Im Vergleich zu ausgewählten Industrienationen liegt Deutschland gegenwärtig mit 10,6 Litern pro Einwohner an fünfter Stelle hinter Luxemburg (13,3 Liter), Portugal (11,2 Liter), Frankreich (10,8 Liter) und Irland (10,8 Liter).²⁹

²⁹ DHS (2000).

Abb. 3.3: Verbrauch je Einwohner an reinem Alkohol



Die zugrundeliegende Berechnung des Konsumverhaltens ist allerdings nicht unumstritten: So weisen Bühringer et al. zurecht darauf hin, dass die Berechnung des Pro-Kopf-Verbrauchs an reinem Alkohol je nach verwendetem Umrechnungsfaktor der unterschiedlichen zugrundeliegenden Getränke in Reinalkohol stark divergiere, was wiederum für geringfügige Unterschiede in den Prävalenz-Schätzungen verantwortlich ist.³⁰ Auch hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Zuordnung zu verschiedenen Konsumentengruppen (risikoarmer versus riskanter Konsum) besteht in Teilen keine einheitliche Auffassung: Während die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 40g Reinalkohol / Tag als Schwellenwert empfiehlt, verweisen die British Medical Association (BMA) sowie das Kuratorium der DHS auf 30g / Tag als Gefährdungsgrenze.³¹ Tabelle 3.1 zeigt eine schematische Zusammenfassung, die strittigen Größen sind kursiv dargestellt.

³⁰ Bühringer et al. (2000).

³¹ zit. nach Bühringer et al. (2000).

Tab. 3.1: Definition der Konsumentengruppe nach Reinalkohol pro Gramm und Tag

	Männer	Frauen
Risikoarmer Konsum	<i>Version 1: < 30</i> <i>Version 2: < 40</i>	< 20
Riskanter Konsum	<i>Version 1: > 30 bis 60</i> <i>Version 2: > 40 bis 60</i>	> 20 bis 40
Gefährlicher Konsum	> 60 bis 120	> 40 bis 80
Hochkonsum	> 120	> 80

Geschlechts- und altersspezifischer Alkoholkonsum

Grundsätzlich lassen sich Unterschiede hinsichtlich des Konsumverhaltens bei Männern und Frauen feststellen, ebenso existieren nach wie vor geringe Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern sowie zwischen den Altersgruppen.

Generell konsumieren Frauen weniger Alkohol als Männer, unter den Alkoholmissbrauchern und -abhängigen sind sie ebenfalls deutlich seltener vertreten.³² Einer 1999 an der Freien Universität Berlin abgeschlossenen und im Rahmen des europäischen BIOMED-II-Projektes durchgeführten Studie zum Alkoholkonsum bei Frauen³³ zufolge, nähert sich das Trinkverhalten von Frauen mit zunehmender sozialer und gesellschaftlicher Gleichstellung dem der Männer an. So weisen insbesondere Frauen mit guter Ausbildung einen höheren Alkoholkonsum auf.³⁴

Abb. 3.4 zeigt exemplarisch für die Altersgruppe der 18- bis 39-jährigen die Konsumprävalenz³⁵ verschiedener alkoholischer Getränke. Dabei zeigt sich, dass bei Männern dieser Altersgruppe der Konsum von Bier am höchsten ist, gefolgt von Wein / Sekt und Spirituosen. Frauen hingegen konsumieren Wein / Sekt am stärksten, gefolgt von Bier und Spirituosen. Gefährlicher Alkoholkonsum (bei Männern: > 60 bis 120g/Tag, bei Frauen > 40 bis 80g / Tag) tritt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter häufiger auf. Bei Männern ist er allerdings mit 15,2% ca. doppelt so hoch wie mit 8,4% bei Frauen.³⁶

³² DHS (2000).

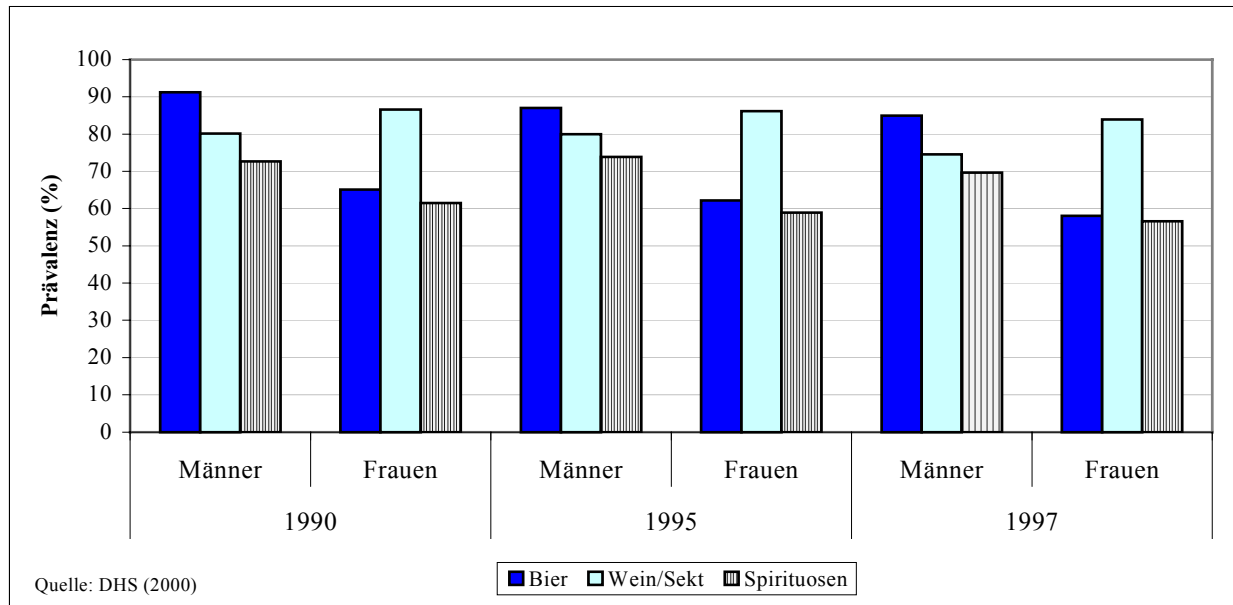
³³ „Alcohol Consumption and Alcohol Problems among Women in European Countries“.

³⁴ BMG (2000).

³⁵ Strenggenommen ist der Begriff *Konsumprävalenz* hier nicht zutreffend, wird aufgrund der Quellentreue jedoch beibehalten.

³⁶ BMG (1999).

Abb. 3.4: Prävalenz des Konsums alkoholischer Getränke 18-39-Jähriger für Männer und Frauen



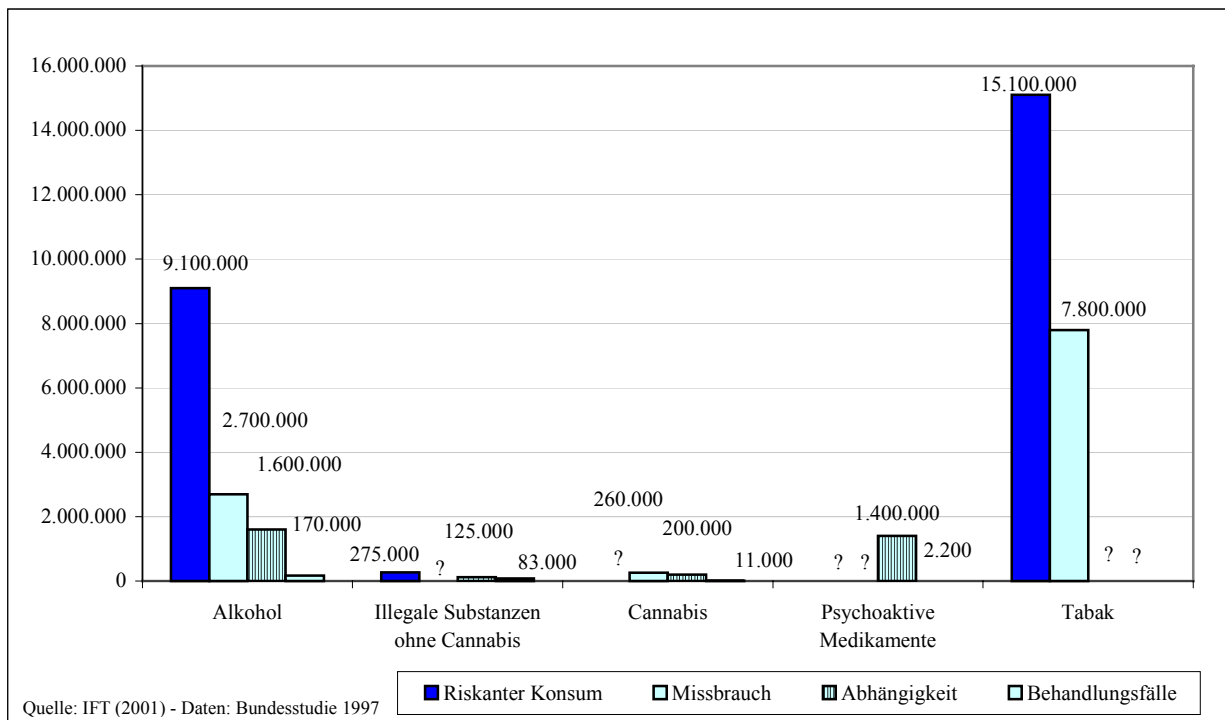
Der Konsum für Bier ist unter westdeutschen Frauen verbreiteter als unter ostdeutschen Frauen, doch in beiden Landesteilen dominieren die Trinkmengen für Wein / Sekt. Weitere Konsummuster lassen sich nicht eindeutig identifizieren.

3.1.3 Alkohol im Vergleich zu anderen psychoaktiven Substanzen

Vergleicht man die Konsumprävalenz von Alkohol mit der anderer psychoaktiver Substanzen, wird die Bedeutung alkoholbedingter Störungen in diesem Zusammenhang deutlich. Abb. 3.5 zeigt einen Gesamtüberblick für den Altersbereich der 18- bis 69-jährigen, zusammengestellt durch das IFT. Es sei darauf hingewiesen, dass sich die genannten Prävalenzen auf Zahlen der Bundesstudie 1997 beziehen, eine entsprechende Zusammenstellung mit Behandlungsfällen unter Berücksichtigung neuerer Prävalenzen ist derzeit noch nicht möglich.

Laut EBIS- bzw. SEDOS-Jahresstatistik stehen den im Kap. 3.1.2 genannten Häufigkeiten von alkoholabhängigen, -missbrauchenden bzw. riskant konsumierenden Personen aus den darin vertretenen Einrichtungen für das Jahr 1999 rund 170.000 stationäre Behandlungsfälle im Akut- und Reha-Bereich gegenüber.

Abb. 3.5: Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen und jährliche Behandlungsfälle -
 Gesamtes Bundesgebiet



Schätzungsweise 275.000 Personen weisen bundesweit einen riskanten Konsum von illegalen Substanzen (ohne Cannabis) auf, darunter sind etwa 125.000 als abhängig bekannt, stationäre oder ambulante Behandlungsfälle kommen laut EBIS/SEDOS in den entsprechenden Einrichtungen in schätzungsweise 83.000 Fällen vor. Zum riskanten Konsum von Cannabis liegen keine verlässlichen Zahlen vor, von einem Missbrauch wird bei zirka 260.000 Personen aus-

gegangen, bei 200.000 Personen von Abhängigkeit. Als Behandlungsfälle sind über die EBIS/SEDOS Statistik 11.000 bekannt.

Eine Abhängigkeit von psychoaktiven Medikamenten wird bei bundesweit 1,4 Mio. Personen angenommen, zu riskantem Konsum und Missbrauch liegen keine verlässlichen Zahlen vor, 1999 befanden sich laut EBIS/SEDOS 2.200 Personen in Behandlung.

Zum Tabakkonsum, der mit 15,1 Mio. riskanten Konsumenten die höchsten Prävalenzzahlen aufweist, liegen aus EBIS/SEDOS keine Behandlungszahlen vor, ein Missbrauch wird bei schätzungsweise 7,8 Mio. Personen angenommen. Neue Zahlen aus der Bundesstudie (vgl. Kap. 3.1.2) berichten von - hochgerechnet auf die 18- bis 59-Jährige Bevölkerung - 16,7 Mio. Rauchern, davon 5,8 Mio. mit starkem Konsum (d.h. im Mittel 20 oder mehr Zigaretten pro Tag) und 4,4 Mio. Tabakabhängigen.

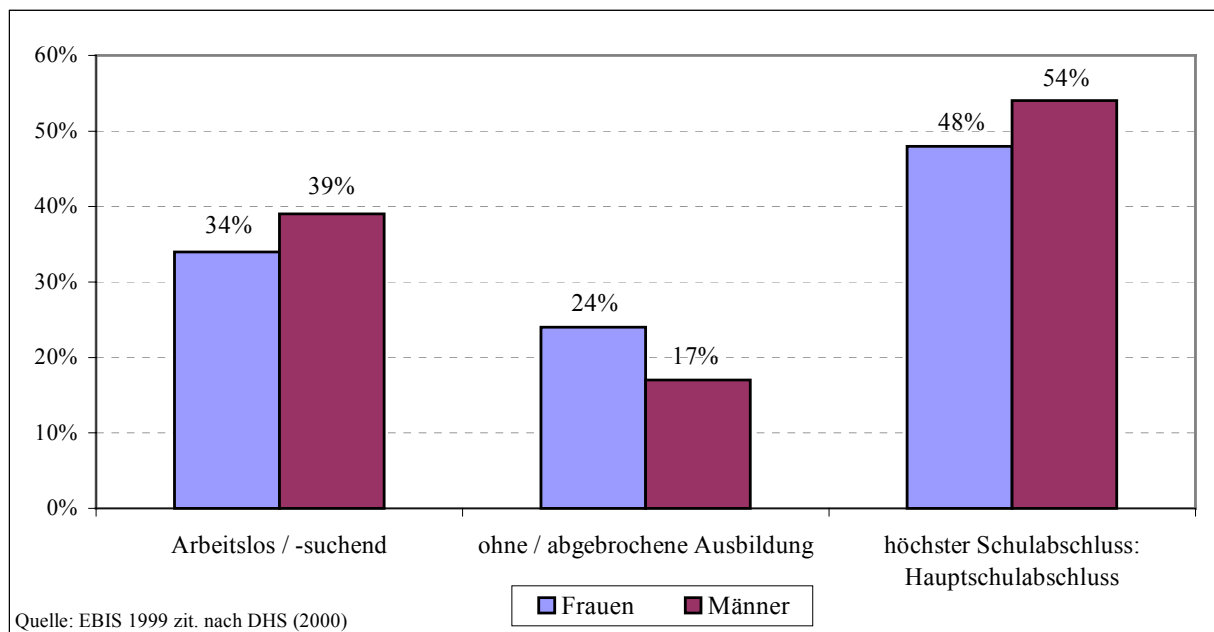
Für weitere Suchtformen, wie beispielsweise die Gruppe der Essstörungen, können ebenfalls Daten aus der EBIS- und SEDOS-Dokumentation herangezogen werden. Danach wiesen in den betreffenden ambulanten Einrichtungen 2,3% der Betroffenen eine Hauptdiagnose "Essstörung" auf, in stationären Einrichtungen waren es 0,3%. Im Bereich der stoffungebundenen Süchte (z.B. Spielsucht) liegen nach Angaben der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren keine ausreichend gesicherten Daten vor. Die Anzahl pathologischer Glücksspieler wird jedoch als zwischen 25.000 und 130.000 liegend angenommen. Etwa 25.000 bis 30.000 dieser Personen erfüllen die Kriterien für pathologisches Spielverhalten laut DSM-IV.³⁷

³⁷ DHS (2000).

3.1.4 Erwerbssituation alkoholkranker Personen

Abb. 3.6 zeigt einen Überblick über den Erwerbsstatus alkoholabhängiger Personen zu Beginn des ambulanten Interventionsprozesses. Die Daten sind der neuesten Auflage des *Jahrbuch Sucht 2001* entnommen und wurden im Rahmen der EBIS Statistik für die daran angeschlossenen Einrichtungen an ambulanten Personen für das Jahr 1999 erhoben. Sie verdeutlichen, vor welchen Herausforderungen eine Rehabilitation mit dem erklärten Ziel der Wiedereingliederung der Betroffenen in das Erwerbsleben steht: Mit 34% sind über ein Drittel der alkoholkranken Frauen und 39% der Männer ohne Arbeit. 24% der Frauen und 17% der Männer weisen keine abgeschlossene Berufsausbildung auf, für 48% der Frauen und 54% der Männer ist der Hauptschulabschluss der höchste erreichte Schulabschluss.³⁸ Vergleichbare Daten zur sozialen Situation Suchtkranker stehen für den stationären Bereich auch aus SEDOS und der Basisdokumentation des Fachverbandes Sucht zur Verfügung.³⁹ Abgesehen von dem Gender-Effekt lassen sich als Risikofaktoren für Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit unter anderem geringeres Einkommen, geringere Bildung sowie Arbeitslosigkeit formulieren, allesamt Faktoren also, die eine Partizipation am Erwerbsleben unter Umständen erschweren dürften.⁴⁰

Abb. 3.6: Erwerbssituation alkoholabhängiger ambulanter Patienten



³⁸ DHS (2000), S. 156.

³⁹ Fachverband Sucht (2000).

⁴⁰ Zielke (2000).

3.2 Beratungs- und Behandlungsangebote

3.2.1 Angebotsübersicht

Abhängigkeitskranke Menschen können in Deutschland auf ein differenziert ausgebautes Versorgungssystem mit ambulanten und stationären Diensten zurückgreifen. Diese Angebote werden in der Regel nach Suchtstoffen differenziert. Tabelle 3.2 listet die zentralen ambulanten, stationären und teilstationären Angebote zur Beratung und Betreuung Abhängigkeitskranker auf. Bei den ambulanten Beratungsstellen, die neben Beratungsdiensten auch Aufgaben der Prävention, Diagnostik, Krisenintervention, Rehabilitation, Nachsorge etc. nachkommen, stellen Menschen mit Alkoholproblemen bzw. deren Angehörige den weitaus größten Teil der Klientel.⁴¹ Von den insgesamt 1.390 Beratungsstellen sind 369 Einrichtungen gemäß der Empfehlungsvereinbarung "Ambulante Rehabilitation Sucht" anerkannt und ermächtigt zur Durchführung ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen. Insgesamt stehen damit 10.417 Plätze für ambulante Entwöhnungen zur Verfügung. In den vergangenen Jahren war ein deutlicher Anstieg der bewilligten ambulanten Entwöhnungsbehandlungen zu verzeichnen: Die Anzahl der bewilligten ambulanten Entwöhnungen bei Alkoholabhängigkeit stieg von 7.904 (1997) auf 9.153 (1998) und schließlich auf 10.285 (1999). Die Menge der bewilligten stationären Entwöhnungsbehandlungen erhöhte sich ebenfalls, anteilmäßig jedoch in geringerem Umfang, von 33.147 (1998) auf 34.669 (1999).⁴²

⁴¹ DHS (2000).

⁴² DHS (2000), VDR Statistik Rehabilitation.

Tab. 3.2: Angebote für Suchtkranke⁴³

Art der Einrichtung	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Betten / Plätze
Beratungsstellen	1.390	275.000 ⁴⁴
Ambulante Behandlungseinrichtungen (Anerkannt nach Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Rehabilitation Sucht“)	369	10.417
Substitutionsbehandlung bzw. Betreuung von Substituierten	171	30.000
niedrigschwellige Angebote	395	
vollstationäre Entwöhnungsbetten (davon 4.930 für Drogenabhängige)		14.550
Entzugsbehandlung ⁴⁵ mit Motivationsanteilen (davon 1.520 für Drogenabhängige)	200	6.200
Einrichtungen für chronisch mehrfach Beeinträchtigte	253	6.450
Tages- und Nachtambulanz		450
Arbeitsprojekte / Qualifizierungsmaßnahmen für Suchtkranke	91	1.450
Selbsthilfegruppen	ca. 8.000	147.000

Bei der Behandlung von Abhängigkeitskranken wirken in Deutschland ambulante, stationäre und in jüngster Zeit auch zunehmend teilstationäre Einrichtungen zusammen.⁴⁶ Bis Anfang der 90er Jahre wurde im deutschen Versorgungssystem der Behandlungsprozess als eine Versorgungskette verstanden, welche beispielsweise die alkoholkranke Person beginnend mit der Kontakt- und Motivationsphase, nachfolgend dem Entzug sowie Entwöhnung und Nachsorge, schließlich zur lebenslangen Abstinenz führen sollte. Diese ideale Therapiekette sah vor, dass am Anfang eine Kontakt- und Beratungsstelle sowie im weiteren Verlauf stationärer Entzug, stationäre rehabilitative Langzeittherapie und schließlich die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe bzw. ambulante Nachbehandlung zu stehen habe.

⁴³ DHS (2000).

⁴⁴ Anzahl der Hilfesuchenden pro Jahr.

⁴⁵ die Bezeichnung für die kurative Phase der Behandlung wird gegenwärtig noch uneinheitlich verwendet. In der Expertise werden - entsprechend der aktualisierten Fassung der Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen" vom 04.05.2001 - durchgängig die Begriffe "Entzugsbehandlung" bzw. "Entzug" anstatt der bislang geläufigen Bezeichnung "Entgiftung" verwendet.

⁴⁶ Bader & Heise (2000).

Diese Auffassung eines fixierten sequenziellen Behandlungsprinzips wurde in der letzten Dekade zunehmend von einem Versorgungsverständnis abgelöst, welches differenziertere und flexiblere Prozesse im Sinne einer vertikalen *und* horizontalen Vernetzung ermöglicht.

Die Rentenversicherungs-träger nehmen seit 1991 verstärkt die Möglichkeit wahr, ambulante oder teilstationäre Angebote der Rehabilitation zu nutzen (vgl. auch Abschnitt 3.3). Adaptions- und (ambulante) Nachsorgephasen gewannen ebenso an Bedeutung für eine nachhaltig wirksame Rehabilitation. Darüber hinaus entwickeln sich zunehmend kombinierte Angebote mit ambulanten und stationären Anteilen. Diese im Ausmaß noch geringe, aber als Tendenz sichtbare Organisationsentwicklung wird nach wie vor ebenso kontrovers diskutiert, wie die damit in Zusammenhang stehende Behandlungsdauer, die sich beispielsweise für Alkoholabhängige von im Durchschnitt 108 stationären Tagen im Jahr 1996 auf 87 Tage im Jahr 1999 verringerte. Die Kritikpunkte beziehen sich hier insbesondere auf die mit kurzfristigen Veränderungen verbundenen Erschwernisse in der individuell angepassten Therapieplanung und damit in Zusammenhang stehenden Rehabilitations-Ergebnissen bei schwerer beeinträchtigten Patienten mit chronifizierten Krankheitsverläufen.^{47 48}

⁴⁷ VDR Statistik Rehabilitation 1996-1999.

⁴⁸ Vgl. im Überblick Zemlin (1999).

3.2.2 Kontaktdichte

Die Kontaktdichte abhängigkeitskranker Menschen zum Versorgungssystem stellt für Prävention und Angebotsstruktur eine wichtige Größe dar. Innerhalb der verschiedenen Versorgungssektoren ist die Kontaktdichte nach wie vor in Sektor III (d.h. Allgemeinkrankenhäuser, niedergelassene Ärzte etc.) am größten. Tabelle 3.3 stellt die Ergebnisse einer bundesweiten Hochrechnung von Wienberg dar, wonach die Kontaktdichte dieser Personen bei niedergelassenen Ärzten mit 80% am höchsten ist, gefolgt von Allgemeinkrankenhäusern (34,5%). Die Kontaktdichte bei Ärzten, die von verschiedenen Autoren ermittelt wurde, weist zwar nach Wienberg eine Variation auf, bewegt sich jedoch zumeist zwischen 70- und 83%. Auch Bühlinger weist darauf hin, dass jährlich zirka 770.000 alkoholabhängige und missbrauchende Personen in Allgemeinkrankenhäusern behandelt werden. Bei weniger als 50% der alkoholabhängigen – ca. 390.000 – wird die Alkoholabhängigkeit tatsächlich diagnostiziert. Im ersten Sektor weisen die Fachberatungsstellen mit 7% die häufigsten Kontakte mit alkoholabhängigen Personen auf, gefolgt von Fachkliniken mit 1,7%. Im zweiten Sektor weisen die Gesundheitsämter mit 5,1% sowie Einrichtungen / Dienste für Wohnungslose mit 4-5% die höchste Kontaktdichte auf, Psychiatrische Krankenhäuser / Abteilungen liegen bei 3,7%.⁴⁹

Die Bedeutung der medizinischen Primärversorgung in der gegenwärtigen Suchtkrankenhilfe wird durch diese Hochrechnungen deutlich. Doch nach wie vor finden sich hier hinsichtlich der Abhängigkeitsproblematik substanzielle Qualifikationsdefizite und eine zu geringe Aufmerksamkeit auf diesen Versorgungssektor im Zuge der Konzipierung einer optimierten Suchtkrankenhilfe (vgl. Kap. 5.1 und Kap. 8). Hier sind neben einem verbesserten Schnittstellenmanagement von Seiten der stationären Krankenhausversorgung insbesondere eine stärkere Qualifizierung niedergelassener Ärzte sowie eine verbesserte Kooperation derselben mit der Suchtkrankenhilfe vordringlich.

⁴⁹ Wienberg (2000).

Tab. 3.3: Kontaktdichte in den Versorgungssektoren⁵⁰

Sektoren		Kontaktdichte
SEKTOR I	Fachberatungsstellen (freie Träger)	7,0%
	Fachkliniken	1,7%
	Selbsthilfegruppen	-
SEKTOR II	Psychiatrische Krankenhäuser/Abteilungen	3,7%
	Institutsambulanzen	?
	Gesundheitsämter SpsD	5,1%
	Einrichtungen / Dienste für Wohnungslose	4-5%
	Heime, betreutes Wohnen (qualifiziert)	0,4-0,6%
	Strafvollzug (einschl. Forensik)	0,3-0,5%
	gesetzliche Betreuer	?
SEKTOR III	Allgemeinkrankenhäuser	34,5%
	niedergelassene Ärzte	80,0%

⁵⁰ Kontakte aktual Alkoholabhängiger in den letzten 12 Monaten (einschließlich Mehrfachnennungen) nach Wienberg (2000).

3.2.3 Gesamtgesellschaftliche Aufwendungen und Kosten

Die Gesamtausgaben für Gesundheit in Deutschland werden für das Jahr 1994 mit 469,6 Mrd. und für 1995 mit 507,1 Mrd. DM angegeben.⁵¹ Reine Aufwendungen für Alkoholabhängigkeit ergeben sich pro Jahr etwa in Höhe von 4,9 Mrd. DM. Dabei werden jedoch die Ausgaben für alkoholbedingte Folgeerkrankungen oder Aufwendungen im Zusammenhang mit Unfällen, Verletzungen etc. nicht berücksichtigt, obwohl rund 65% der Alkoholabhängigen eine solche Folgeerkrankung aufweisen.⁵²

In den vergangenen Jahren wurden verstärkt Versuche unternommen, einzelne Krankheitsbilder isoliert zu betrachten, um ausgabenintensive, verhaltensmedizinisch potentiell beeinflussbare Erkrankungen zu identifizieren. Unter den ICD-bezogenen Diagnosen, denen diese Eigenschaften zugeschrieben werden, finden sich auch Alkohol- und Drogenabhängigkeit.⁵³

Bei einer differenzierten Berechnung des volkswirtschaftlichen Schadens (Kosten) durch Alkoholkonsum wird gemäß dem cost-of-illness Ansatz von Rice⁵⁴ unterschieden zwischen

- direkten Kosten: Bewerteter Verbrauch an Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitswesen, die für die Behandlung einer Erkrankung in Anspruch genommen werden
- indirekten Kosten: Volkswirtschaftlicher Ressourcenverlust, der dadurch entsteht, dass Güter und Dienstleistungen krankheitsbedingt nicht erzeugt werden können → Verlust an menschlicher Arbeitskraft und Produktivität i.S. von Krankheit, Invalidität und vorzeitigem Tod
- intangiblen Kosten: Monetär bewertete Einschränkungen der Lebensqualität, die bei einem durch Krankheit beeinträchtigten Menschen und seinen Angehörigen auftritt.

Für Deutschland wird ein jährlicher Verlust von insgesamt 40 Mrd. DM durch Alkohol geschätzt, wobei davon ausgegangen wird, dass diese Schätzzahl tatsächlich bei weitem übertroffen werden dürfte, da einige Kostenbereiche aufgrund mangelnder Datenlage derzeit nicht in die Berechnung mit einbezogen werden können. Tabelle 3.4 zeigt eine Zusammenstellung der direkten und indirekten Kosten, die durch die gesundheitlichen Folgen von Alkoholkonsum für das Berichtsjahr 1995 entstanden sind. Darin wird deutlich, dass die indirekten Kosten – also der Ressourcenverlust – mit 60% den größten Anteil an den entstehenden Gesamtkosten darstellt. Innerhalb der indirekten Kosten wiederum kann die Mortalität mit knapp 60% als größter Kostenfaktor ausgemacht werden, die Kosten aufgrund Morbidität belaufen sich auf gut 40%.

⁵¹ Zielke (2000).

⁵² John (1997), zit. nach Zielke (2000).

⁵³ Zielke (2000).

⁵⁴ Bergmann & Horch (2000).

Tab. 3.4: Direkte und indirekte Kosten 1995

Direkte Kosten (Ressourcenverbrauch)	in Mio. DM
Krankenhausbehandlung	3.753
Stationäre Rehabilitation	621
Ambulante Rehabilitation	20
Ambulante Behandlung	1.992
Vorbeugende und betreuende Maßnahmen	3.479
Ausbildung und Forschung	819
Verwaltungs- u. Investitionsausgaben	2.093
Krankentransport (nur GKV)	388
Sterbegeld	84
Sachschaden	1.954
Arbeits- und Wegeunfall (Mehrfachzählungen)	1.899
Direkte Kosten insgesamt	15.833
<hr/>	
Indirekte Kosten (Ressourcenverlust)	in Mio. DM
Mortalität ⁵⁵	13.726
Arbeitsunfähigkeit	1.729
Rehabilitation	483
Frühberentung	6.075
Arbeits- und Wegeunfall	1.360
Indirekte Kosten insgesamt	23.373
<hr/>	
Kosten insgesamt	39.205

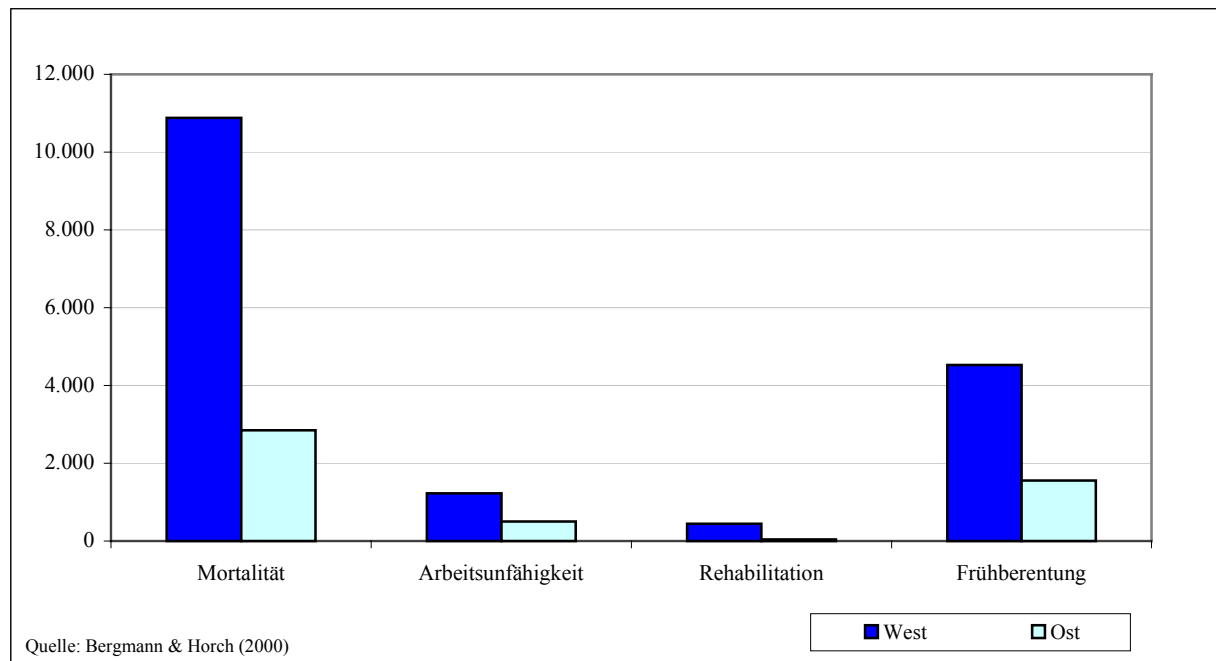
Quelle: Bergmann & Horch (2000)

Ein Vergleich der indirekten Kosten zwischen alten und neuen Bundesländern zeigt (vgl. Abb. 3.7), dass, gemessen an der Einwohnerzahl, für die neuen Bundesländer eine höhere Belastung durch Alkoholkonsum besteht. Lediglich bei den Kosten für die Rehabilitation ist der Ressourcenverlust im Westen deutlich höher als entsprechend der Einwohnerzahl zu erwarten wäre.⁵⁶

⁵⁵ Die hohen Kosten für Mortalität lassen sich auf 42.000 Gestorbene mit 900.000 verlorenen Lebensjahren und 285.000 verlorene Erwerbstätigkeitsjahre zurückführen (Bergmann & Horch, 2000).

⁵⁶ Bergmann & Horch, 2000.

Abb. 3.7: Indirekte Kosten nach Gebiet in Mio. DM



3.3 Daten und Fakten zur Suchtrehabilitation

Für die folgenden Analysen wird auf bundesweit verfügbare Daten der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) bzw. der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) zurückgegriffen. Damit werden schätzungsweise 80-90 Prozent der Grundgesamtheit aller Ausgaben und Leistungen in diesem Bereich abgedeckt. Für die Versorgungssituation in Deutschland besitzen die Daten somit einen hohen Grad an Allgemeingültigkeit. Für den Verantwortungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an den Entwöhnungsbehandlungen liegen Schätzwerte aus zwei unterschiedlichen Datenquellen vor, der Basisdokumentation-Sucht (BADO-Sucht) sowie dem Dokumentationssystem SEDOS. Danach beläuft sich der Anteil der stationären Entwöhnungsbehandlungen, die unter Leistungsträgerschaft der GKV durchgeführt wurden, auf 8-10%. Diese Daten sind allerdings aufgrund der erfolgten Selektion der teilnehmenden Einrichtungen nur eingeschränkt interpretierbar. Für die GRV etwa lassen sich lediglich 1/3 der erfassten Daten auch über SEDOS abbilden. Weiterhin liegen bislang keine Untersuchungen zur Abschätzung der Reichweite der beiden Datenquellen vor.

Methodisch kommen hauptsächlich Zeitreihenanalysen zur Anwendung. Neben den von der GRV veröffentlichten Statistiken konnten zusätzlich solche aus Sonderauswertungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) in die Analyse einbezogen werden.¹

Eine Verteilung nach Maßnahmeart (also differenziert nach Entwöhnungsbehandlung, Suchtmittelspezifität und Setting) wird erst seit 1997 veröffentlicht, so dass diese als Datenbasis nur für kürzere Zeitreihen in Frage kommt. Darüberhinaus gilt diese Restriktion für alle Reha-Inanspruchnahme-Statistiken, für die eine Bereinigung demographischer Effekte vorgenommen worden ist (z.B. altersstandardisierte Inanspruchnahme-Raten).

¹ Für die Unterstützung sei an dieser Stelle insbesondere dem Leiter der Abteilung Volkswirtschaft und Statistik, Herrn Dipl. Volkswirt U. Rehfeld, sowie Herrn Dipl. Informatiker Th. Bütetisch gedankt.

Hinsichtlich der Vergleichbarkeit der diagnose- und maßnahmeartbezogenen Statistiken bedarf es jedoch eines methodischen Hinweises. Für die 90er Jahre werden bis einschließlich 1996 tiefergegliederte Statistiken (Differenzierung nach Alter, Geschlecht, Suchtmittel, Settingform und Bundesland) nur nach dem Ordnungsprinzip der 1. Diagnose ausgewiesen. Die aus dieser Unterscheidung resultierenden Abweichungen seien an einem Beispiel verdeutlicht: 1999 wurden von der GRV 27.474 abgeschlossene stationäre Entwöhnungsbehandlungen (Maßnahmeart) bei Alkoholabhängigkeit durchgeführt.² Für den gleichen Berichtszeitraum wurden in einer Aufschlüsselung gemäß der 1. Diagnose (hier: 303 Alkoholabhängigkeit) 26.245 stationäre medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation erbracht³. Wenn man voraussetzt, dass die maßnahmebezogene Dokumentation der Suchtmittelspezifik eine 100%-ige Messgenauigkeit aufweist, findet sich eine statistische Untererfassung von knapp fünf Prozent. Diese Differenz ist auch für die beiden vorangegangenen Jahre zu beobachten, hier in einer Größenordnung von 3% (1998) bzw. 7% (1997). Die Abweichungen sind somit kategorialer Art und in erster Linie auf durchgeführte Entwöhnungsbehandlungen an Personen, deren 1. Diagnose nicht Alkoholabhängigkeit ist, zurückzuführen.

² VDR Statistik Rehabilitation 1999 Bd. 134; Tab. 55.00 M

³ VDR Statistik Rehabilitation 1999 Bd. 134; Tab. 7.00 M RV

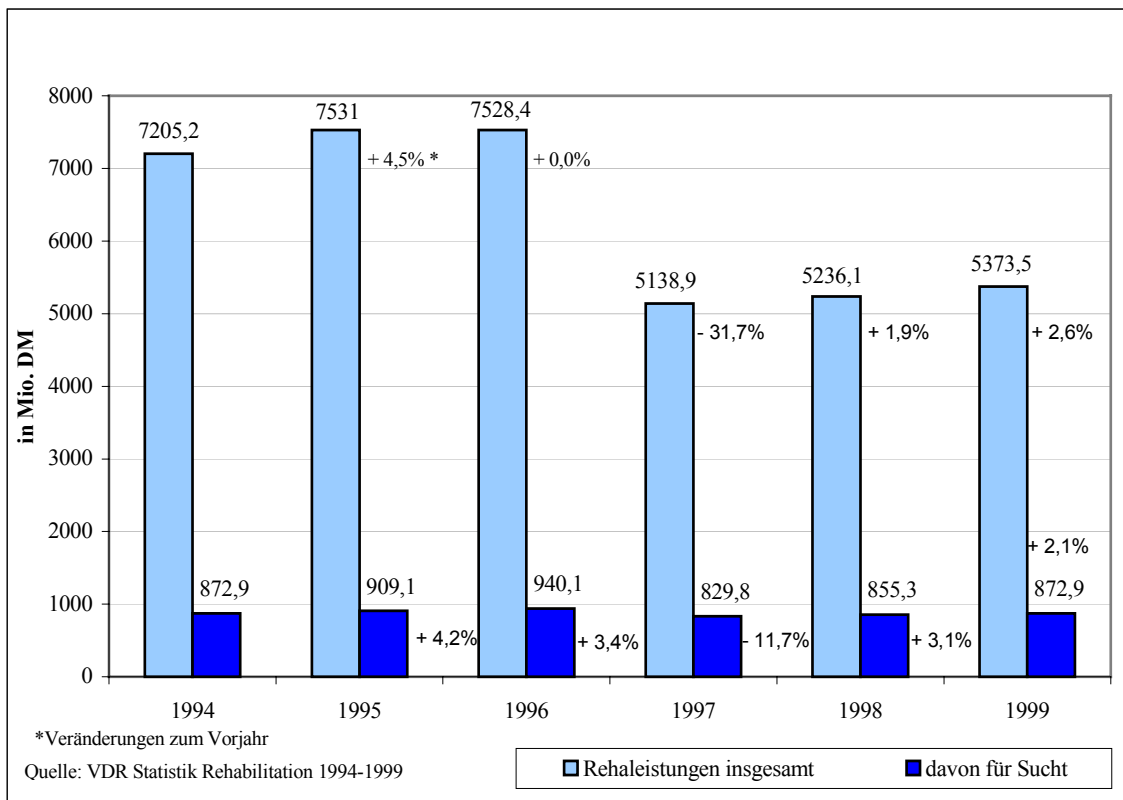
3.3.1 Ausgabenentwicklung in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen

Während sich die Bruttoaufwendungen für Reha-Leistungen *insgesamt* (seitens der GRV) im zeitlichen Verlauf von rund 7,2 Mrd. DM im Jahr 1994 auf 5,4 Mrd. DM im Jahr 1999 und somit um 25% reduzierten, liegen die Aufwendungen für Reha-Leistungen bei *Abhängigkeitserkrankungen* 1999 bei rund 873 Mio. DM und erreichen somit – sieht man von anderen Bedingungen, wie allgemeiner Preisentwicklung, demografischen Veränderungen sowie Prävalenzveränderungen ab – wieder das Niveau von 1994.

Werden brennpunktartig die Jahre 1996 und 1997 zur Abschätzung der kurzfristigen Auswirkungen des 1997 in Kraft getretenen Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) herangezogen – insbesondere im Hinblick auf das Budget sowie flankierender gesetzlicher Maßnahmen wie Verkürzung der Behandlungsdauer, Vergrößerung der Abstände zwischen einzelnen Reha-Maßnahmen und veränderte Zuzahlungsregelung – so zeigt sich bei den Abhängigkeitserkrankungen eine deutlich vom Gesamttrend der Reha-Ausgaben abweichende Entwicklung: Während es insgesamt bei den Reha-Leistungen zu einem Ausgabenrückgang von 32% in den Jahren 1996 bis 1997 kommt und diese Verringerung auch durch leichte Zunahmen um 1,9- bzw. 2,6% in den beiden Folgejahren nur geringfügig wieder ausgeglichen werden konnte, nimmt sich im selben Zeitraum der Ausgabenrückgang bei der Rehabilitation Abhängiger mit rund 12% deutlich geringer aus und kann durch den Wiederanstieg in den Folgejahren um 3,1- bzw. 2,1% bis auf ein Minus von rund 7% verkürzt werden (vgl. Abb. 3.8).

Somit schlagen sich die WFG-bedingten Einsparungen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen wesentlich schwächer nieder als im Bereich der Reha-Leistungen insgesamt.

Abb.3.8: Bruttoaufwendungen für med. und ergänzende Reha-Leistungen - Gesamtes Bundesgebiet

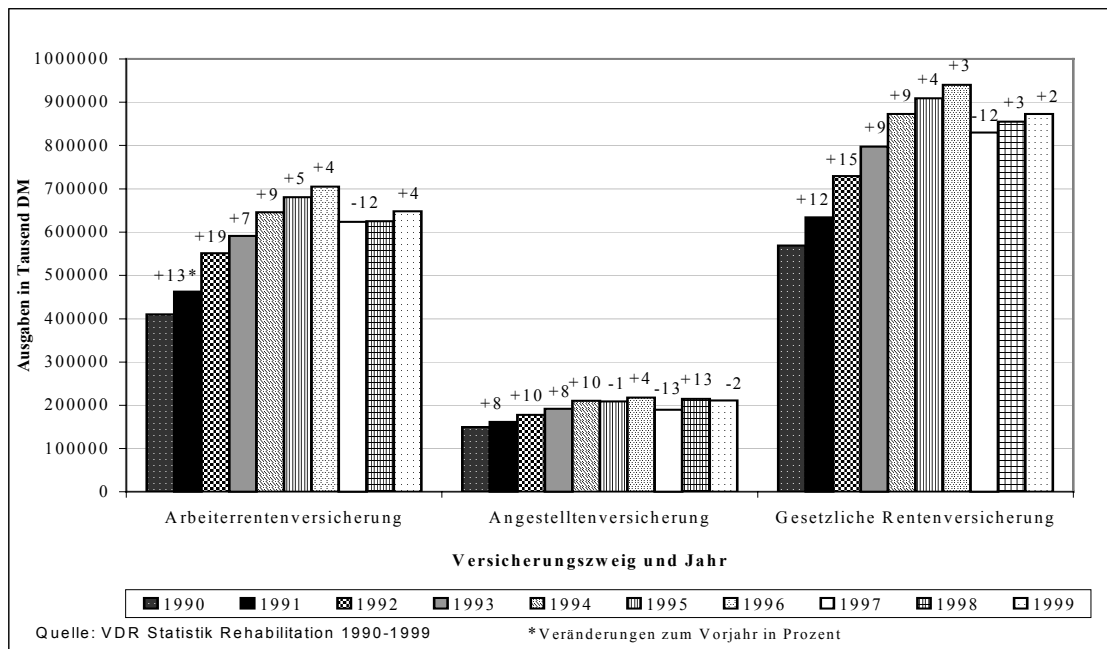


Zur regionalen und versicherungszweigbezogenen Ausgabenentwicklung in der Suchtrehabilitation

Bei einer differenzierten Betrachtung der Ausgabenentwicklung für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker zeigen sich unterschiedliche Ausprägungen dieses Generaltrends in der Arbeiterrentenversicherung (AR) und Angestelltenversicherung (AV) einerseits sowie ursprünglichem und neuem Bundesgebiet andererseits: Für das gesamte Bundesgebiet zeigt sich, dass sich die WFG-bedingte Ausgabenreduktion innerhalb der AR und AV gleichermaßen mit 12- bzw. 13% Rückgang im Jahr 1997 widerspiegelt. Im Unterschied zur AR erreichen die Ausgaben der AV jedoch bereits im darauf folgenden Jahr (1998) das Niveau von vor Inkrafttreten des Gesetzes, womit der initiale Ausgabenrückgang bereits nach einem Jahr wieder ausgeglichen wird. 1999 liegen die Ausgaben nach geringfügigem Rückgang von 1998 auf 1999 insgesamt nur noch 2% unter dem Niveau von 1996.

Innerhalb der AR hingegen werden die Ausgabenrückgänge von 1997 nicht ausgeglichen. Wenngleich sich 1999 mit 4% ein leichter Anstieg abzeichnet, kann bis dahin das Ausgabenniveau von 1994 noch nicht wieder erreicht werden (vgl. Abb. 3.9).

Abb.3.9: Ausgabenentwicklung für medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken - Gesamtes Bundesgebiet



Die rasche Anpassung der AV an das Mitte der 90er Jahre erreichte Ausgabenniveau lässt sich in erster Linie mit einem massiven Anstieg 1998 in beiden Teilen des Bundesgebietes (+11% in den alten bzw. +33% in den neuen Bundesländern) erklären, während im selben Zeitraum innerhalb der AR im ursprünglichen Bundesgebiet sogar ein Rückgang um -2% und im neuen Bundesgebiet lediglich ein Anstieg um +12% erfolgt (vgl. Abb. 3.10, vgl. Abb. 3.11).

Im ursprünglichen Bundesgebiet erfolgt die Reaktion auf die gesetzlichen Veränderungen 1997 im Sinne eines Ausgabenrückgangs durch beide Rentenversicherungsträger in ähnlichem Umfang, nämlich um 15- bzw. 14%.

Ein gänzlich anderer Trend hingegen zeigt sich im neuen Bundesgebiet: Während innerhalb der AR der in den neuen Ländern herrschende Ausgabenanstieg mit +12% nur mäßig gebremst ist, wird der Anstieg innerhalb der AV 1998 auf +1% gedrosselt. Erst 1998 ist hier wieder ein deutlicher Ausgabenanstieg um 33% zu vermerken. Ähnlich wie im Gesamttrend der AV wird der Ausgabenanstieg jedoch auch im neuen Bundesgebiet 1999 gestoppt; hier deutet sich mit einem Rückgang von 3% eine möglicherweise sogar gegenläufige Entwicklung an (vgl. Abb. 3.10, vgl. Abb. 3.11).

Abb.3.10: Ausgabenentwicklung für medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken - Ursprüngliches Bundesgebiet

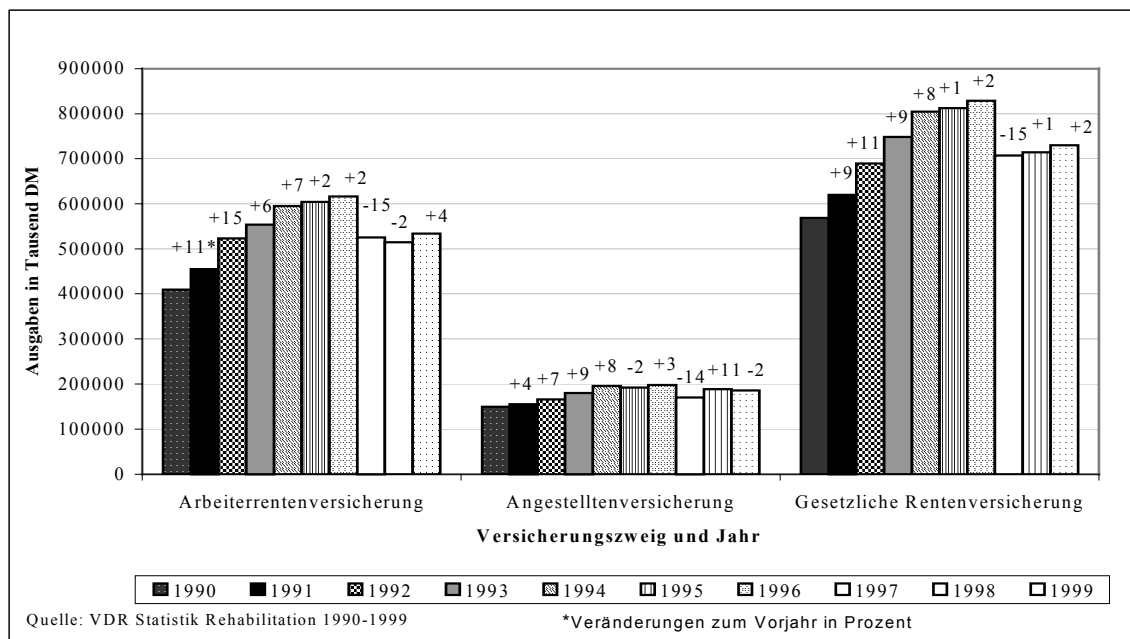
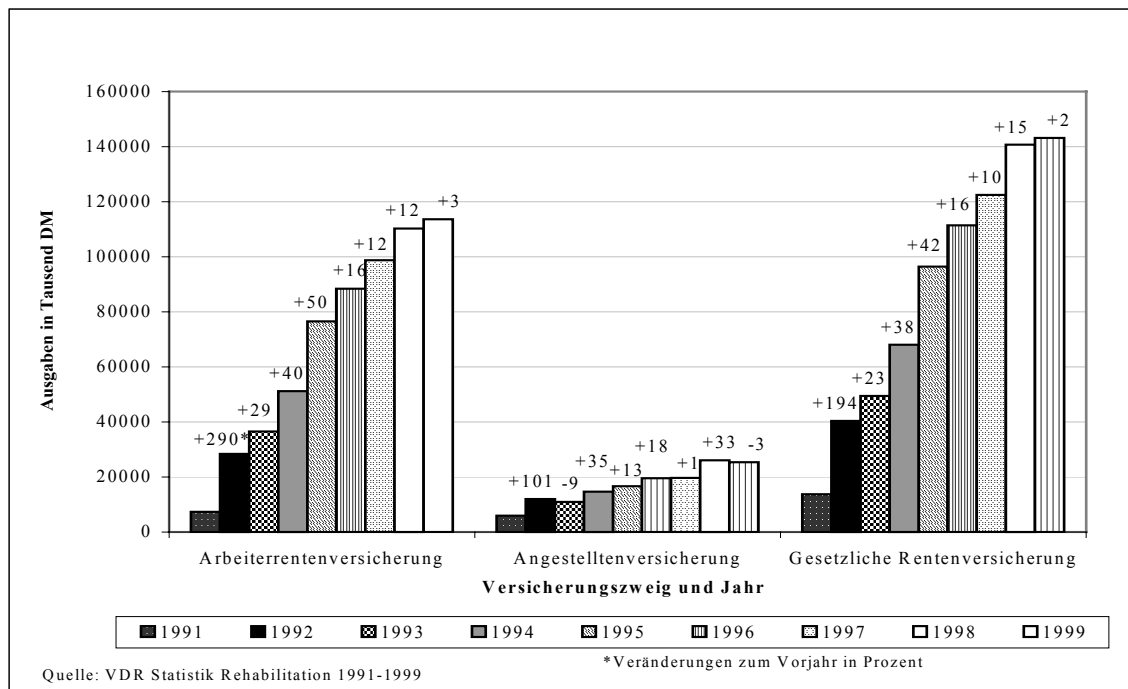


Abb.3.11: Ausgabenentwicklung für medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken - Neues Bundesgebiet

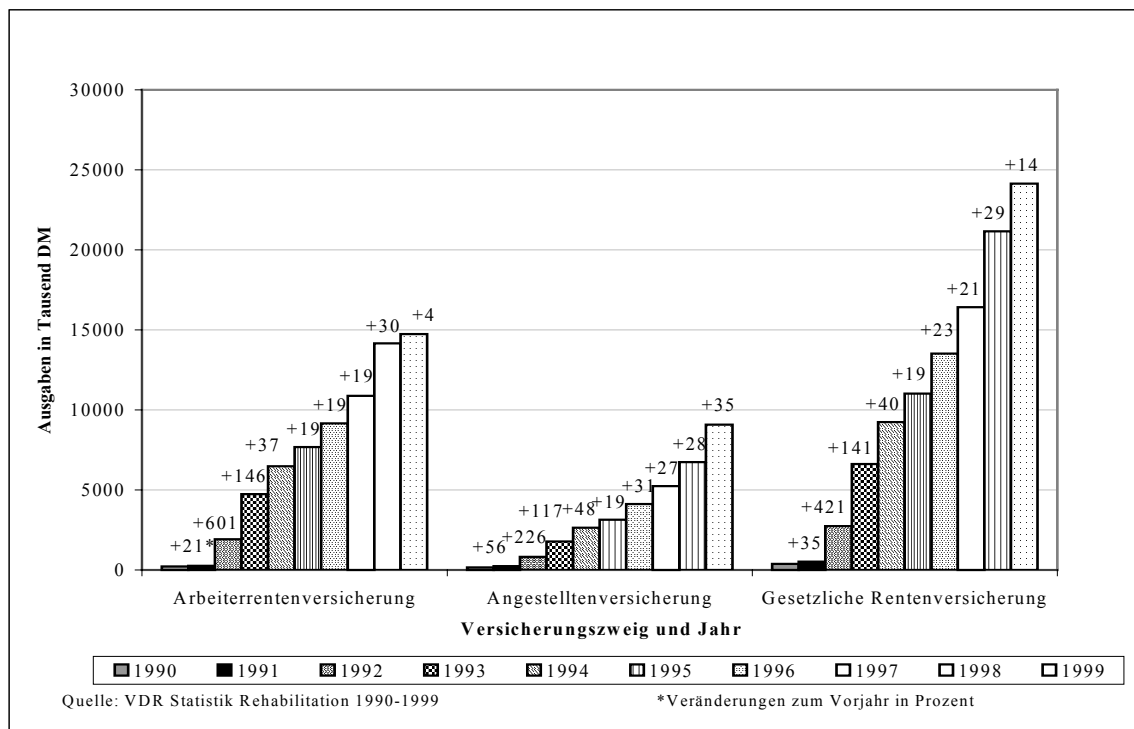


Die Aufwandsreduktion für medizinische und ergänzende Leistungen bei Abhängigkeitserkrankungen zwischen 1996 und 1997 im alten Bundesgebiet belief sich für AR und AV insgesamt auf 121 Mio. DM. Die Ausgaben reduzierten sich damit auf insgesamt 707 Mio. DM. Rund 75% dieser Einsparsumme entfällt hierbei auf die AR, 23% auf die AV. Es zeigen sich nur geringfügige Unterschiede zwischen den Trägern bezüglich der Leistungsarten, an denen die Einsparungen vorgenommen wurden. So werden bei der AR knapp zwei Drittel ihres Gesamt-Einsparvolumens über stationäre Leistungen eingeholt und 26% über eine Verringerung in den sonstigen Leistungen (vor allem Übergangsgeld, aber auch Hilfsmittel, Körperersatzstücke sowie sonstige ergänzende Leistungen). Eine ähnliche Aufteilung zeigt sich für die AV, hier werden allerdings anteilmäßig etwas mehr stationäre Leistungen eingespart.

Zur regionalen und versicherungszweigbezogenen Entwicklung der stationären und ambulanten Ausgaben

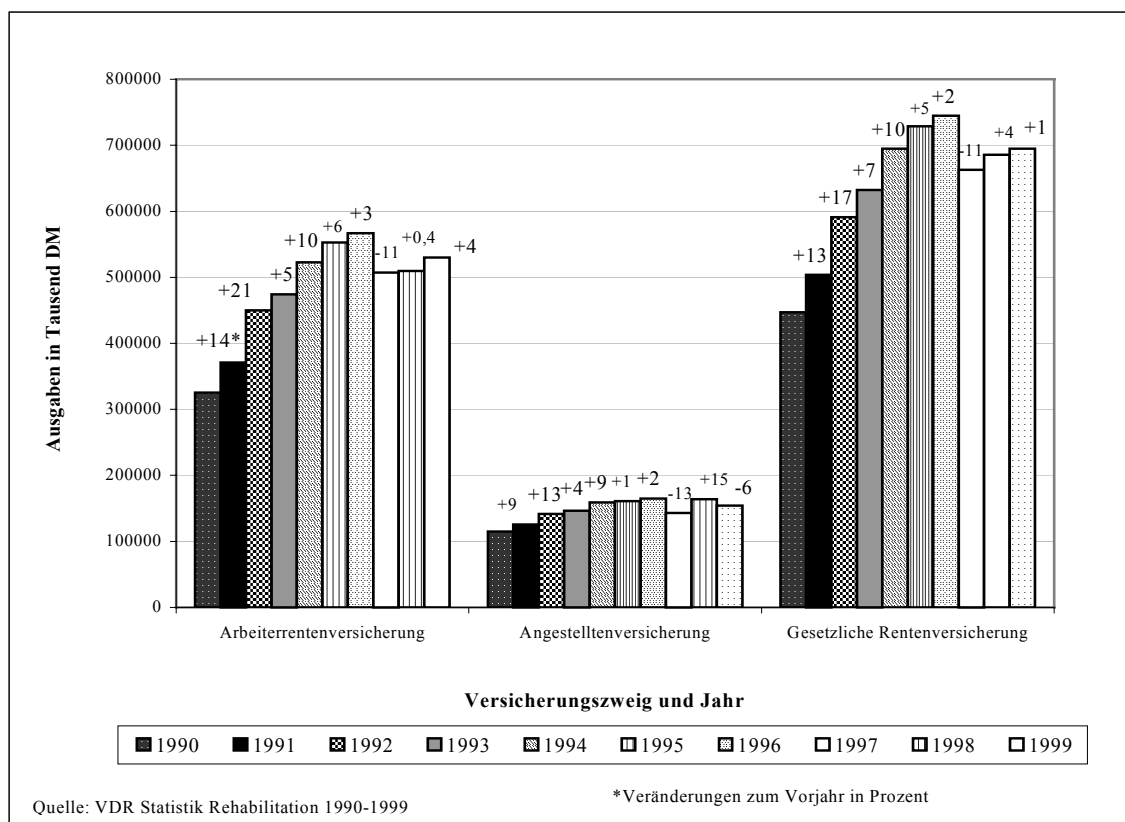
Bei einer Betrachtung der Ausgabenentwicklung im Hinblick auf unterschiedliche Settings fällt auf, dass bundesweit seit Anfang der neunziger Jahre eine deutliche Zunahme der Ausgaben für *ambulante Leistungen* stattfindet. Dazu zählen sowohl Leistungen für ambulante Reha-Maßnahmen als auch für die im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation stattfindende ambulante Nachsorge. Nach einer von der BfA 1997 vorgenommenen Auswertung verteilten sich in diesem Zeitraum die ambulanten Leistungen in etwa gleichmäßig zu jeweils 50% auf ambulante Rehabilitation respektive Nachsorge. Betragen die Ausgaben für ambulante Leistungen 1991 noch 526.347 DM, belaufen sie sich für das Jahr 1999 auf 24.147.008 DM, was einer Steigerung um den Faktor 46 entspricht. Der Anstieg gilt sowohl für AR wie auch für AV. Auch im Zuge des WFG wird diese Entwicklung nicht unterbrochen. Erst 1999 ist für die AR eine deutliche Abschwächung dieser Dynamik zu erkennen, während innerhalb der AV ein erhöhter Anstieg auffällt, was auf unterschiedliche Entwicklungsdeterminanten hinweisen könnte (vgl. Abb. 3.12).

Abb.3.12: Ausgabenentwicklung für medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken - Ambulante Leistungen - Gesamtes Bundesgebiet



Für *stationäre Leistungen* zeigen sich die bereits oben aufgeführten Trends bei AR und AV, wobei innerhalb der AV bereits 1998 das Ausgaben-Niveau von 1996 wieder erreicht ist, während dies bei der AR auch 1999 nicht der Fall ist (vgl. Abb. 3.13). Für das neue Bundesgebiet zeigt sich 1999 erstmals ein leichter Rückgang in den Ausgaben für die AV. Die Reduktion erfolgt dabei lediglich im Bereich der stationären Leistungen, während die Ausgaben für ambulante und sonstige Leistungen weiterhin steigen.

Abb.3.13: Ausgabenentwicklung für medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken - Stationäre Leistungen - Gesamtes Bundesgebiet



Aus der zeitlichen Entwicklung der Ausgaben für ambulante Leistungen und der Relation zu den stationären Kosten lassen sich auch Hinweise für den differentiellen Prozess einer Setting-Flexibilisierung der Suchtrehabilitation finden. Diese betreffen insbesondere unterschiedliche Trends in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten und in den alten und neuen Bundesländern.

Die Landesversicherungsanstalten haben 1999 in den alten Bundesländern ca. 436 Mio. DM für die stationäre Suchtrehabilitation ausgegeben, während der entsprechende Betrag in der BfA sich „nur“ auf ca. 135 Mio. DM belief, d.h. der Betrag in der AR lag ca. um den Faktor 3 über dem Niveau der AV.

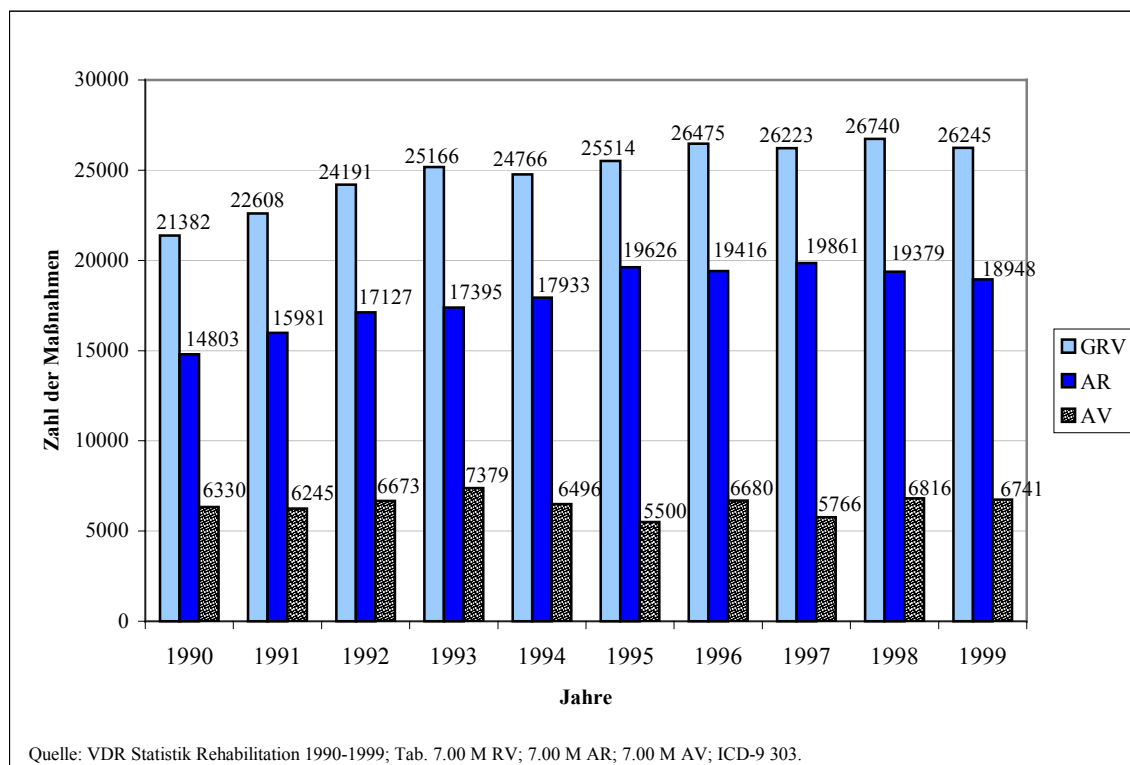
Anders verhält es sich bei den Ausgaben für ambulante Leistungen: Hier sind mit rund 13,5 Mio. DM in den alten Bundesländern die LVA-Kosten nur 1,5mal so hoch wie die der BfA mit knapp 9 Mio. DM. Mit anderen Worten: Die Inanspruchnahme der wohnortnahen Versorgungsorganisation im regionalen Umfeld der Betroffenen ist, gemessen an den Inanspruchnahmepportionen in der stationären Suchtrehabilitation, bei den LVA-Versicherten weniger stark ausgeprägt als bei den denen der BfA.

Auffällig sind auch die Unterschiede in der ambulanten Leistungsentwicklung zwischen den alten und neuen Bundesländern. Der Anteil der Ausgaben für ambulante Leistungen an den Gesamtausgaben für beide Organisationsformen beträgt in den alten Bundesländern ca. 3,8 % (Gesamtkosten 601 Mio. DM / ambulante Ausgaben 22,5 Mio. DM). In den neuen Bundesländern liegt der Vergleichswert für 1999 nur bei rund 1,3 % (Gesamtausgaben 118 Mio. DM / davon ambulant 1,6 Mio. DM). Leider sind die Ausgaben nicht weiter differenziert, so dass sich auf dieser Ebene bis auf die Makro-Aussagen zu den zweig- und bundesländerbezogenen Abweichungen keine weitergehenden Analysen durchführen lassen. Dies bleibt den im Folgenden betrachteten Entwicklungsprozessen bei den ambulanten Leistungen auf der Ebene der in Anspruch genommenen Leistungen vorbehalten (s. a. Kap. 3.3.2).

3.3.2 *Inanspruchnahme-Entwicklung bei der Rehabilitation von Alkoholabhängigen* *Stationäre Leistungen im gesamten Bundesgebiet*

Bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation wegen Alkoholabhängigkeit (ICD-9 303) gab es seit 1990 nennenswerte Zuwächse (vgl. Abb. 3.14): Wurden 1990 in der GRV noch 21.382 Maßnahmen durchgeführt, waren es 1999 bereits 26.245, also 22,7% mehr. Das Wachstum erstreckt sich auf den Zeitraum von 1990 bis 1998, wo ein Stand von 26.740 Leistungen erreicht wurde, und lässt sich in erster Linie durch die zunehmende Etablierung des Systems der medizinischen Rehabilitation in den neuen Bundesländern erklären. Bis 1999 wurde das Leistungsniveau mit einer geringfügigen Einbuße aufrechterhalten. Der Generaltrend wird dabei wesentlich von der Inanspruchnahme-Entwicklung in der Arbeiterrentenversicherung (AR) getragen, während die BfA-Leistungen vergleichsweise unregelmäßige Veränderungen über die Zeit zeigen.

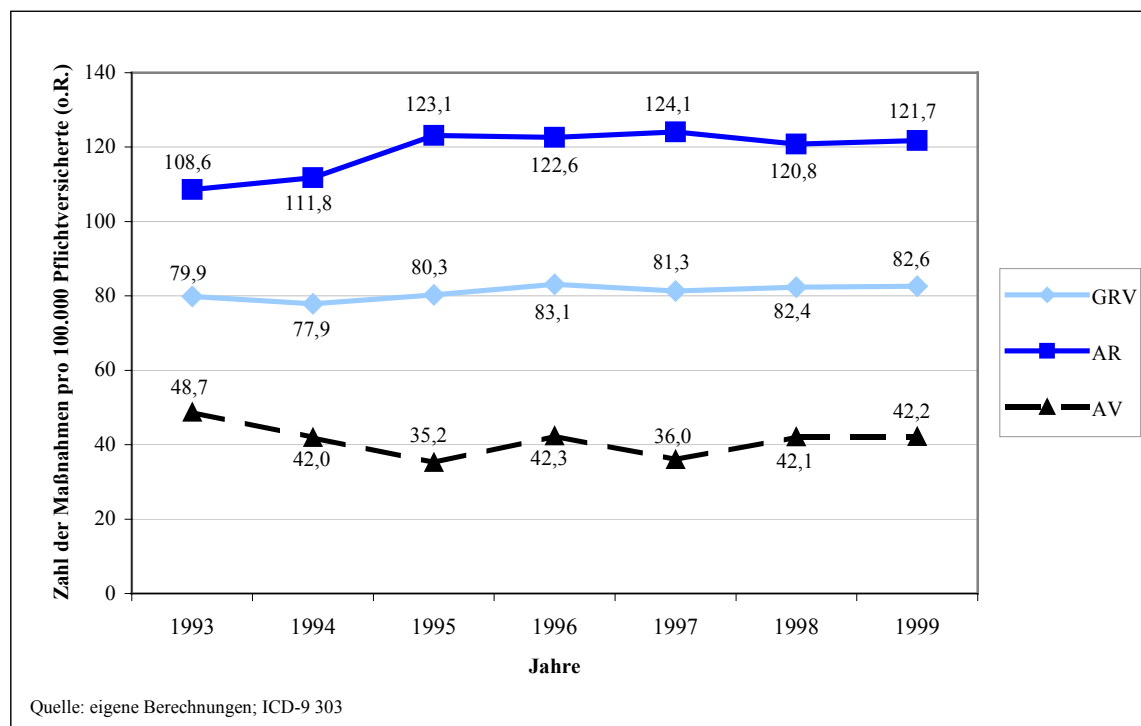
Abb.3.14: Inanspruchnahme von stationären Leistungen zur Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit -
Gesamtes Bundesgebiet



Diese Zahlen sind jedoch nur insoweit interpretierbar, als sie zunächst demografische Veränderungen in der zur Inanspruchnahme berechtigten Versichertenpopulation

unberücksichtigt lassen. Abgesehen von dem „demografischen“ Effekt der neuen Bundesländer finden sich während des Beobachtungszeitraums ebenso für die alten Bundesländer substantielle Veränderungen in der potentiell anspruchsberechtigten Versichertengrundgesamtheit und entsprechende Auswirkungen auf die Inanspruchnahme-Entwicklung: So ist die Zahl der in der GRV Versicherten von 21.439.013 im Jahr 1990 um 46,1% auf 31.323.663 im Jahr 1993 gestiegen und bis zum Jahr 1999 um 6,1% auf den Wert von 29.412.044 wieder gefallen. Ebenso gibt es Verschiebungen in den Altersgruppen, die zu einer veränderten Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation führen können. Um solche Effekte auf die Leistungsentwicklung auszuschließen, wurde hier für den Zeitraum von 1993 bis 1999 eine Altersstandardisierung vorgenommen, wobei die Altersstruktur der Pflichtversicherten ohne Rentenbezug (o. R.) von 1992 zu Grunde gelegt wurde.

Abb.3.15: Inanspruchnahme von stationären Leistungen zur Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit -
Gesamtes Bundesgebiet (Standardisierte Raten)



Beim Vergleich der so bestimmten altersstandardisierten Raten (vgl. Abb. 3.15) für die durchgeführten Maßnahmen pro 100.000 Pflichtversicherte (o. R.) zeigt sich im Zeitraum von 1993 bis 1999 ein Wachstum von 3,4% (von 79,9 auf 82,6). Von 1996 bis

1997 gehen die Inanspruchnahmen um 2,2% zurück, bis 1999 steigen sie annähernd wieder auf das Niveau von 1996 an. Mit anderen Worten: Insgesamt hat sich, berücksichtigt man die zahlenmäßige Entwicklung der potentiellen Nachfrager, in der Zeit von 1993-99 das Inanspruchnahme-Niveau bei den gesetzlich Rentenversicherten nur wenig verändert. Auch das 1997 in Kraft getretene WFG hat danach, bezogen auf das gesamte Bundesgebiet, weder kurz- noch mittelfristig bleibende Spuren hinterlassen. Deutlich abgeschwächt haben sich auch die Veränderungen über die Zeit im Bereich der Angestellten- und Arbeiterrentenversicherung.

Bei einem Geschlechterverhältnis von etwa 3:2 (Männer : Frauen) werden in der GRV für Männer insgesamt ungefähr vier- bis fünfmal mehr Leistungen zur Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit erbracht als für Frauen, was wesentlich auf die höhere Prävalenz von Alkoholerkrankungen bei Männern zurückzuführen ist. Die altersstandardisierten Inanspruchnahme-Raten stiegen von 1993 bis 1999 bei Männern um 6,3% von 112,6 auf 119,7 Maßnahmen pro 100.000 Pflichtversicherte (o. R.), wobei sich nach raschem Wachstum bis 1996 in den folgenden Jahren ein geringer Rückgang abzeichnete. Bei den Frauen lässt sich dagegen kein einheitlicher Trend erkennen. Im Zeitraum von 1993 bis 1999 verändert sich die altersstandardisierte Rate nach wiederholten Einbrüchen und darauffolgenden Zunahmen von 36,4 auf 35,9 Maßnahmen pro 100.000 Pflichtversicherte (o. R.), also insgesamt nur minimal.

Wie bereits angedeutet, finden sich in den Versicherungszweigen wesentliche Unterschiede in der Leistungsentwicklung. So wird das Wachstum der Leistungszahlen in der GRV maßgeblich durch den erheblichen Anstieg bei der AR verursacht. Hier erhöht sich das Leistungsniveau von 14.803 im Jahr 1990 um 28% auf 18.948 durchgeführte Leistungen im Jahr 1999 (vgl. Abb. 3.14). In der AV findet sich auf deutlich niedrigerem absolutem Inanspruchnahme-Niveau im Vergleichszeitraum dagegen nur eine Erhöhung um 6,5%. Bis 1995 macht sich ein rascher Anstieg auf 19.626 Inanspruchnahmen in der AR bemerkbar, während sich für die AV in diesem Jahr mit 5.500 Maßnahmen der niedrigste Leistungsstand der 90er Jahre zeigt. Interessant ist, dass die AV nach Inkrafttreten des WFG im Jahr 1997 zwar im Gegensatz zur AR zunächst starke Einbußen (-13,7%) zu verzeichnen hat, jedoch in der

Folge die Zahl der Leistungen wieder leicht über das Niveau von 1996 steigt, während das Leistungsniveau der AR im Vergleichszeitraum um 2,4% sinkt.

Auch bei den altersstandardisierten Raten der AR (vgl. Abb. 3.15) zeichnet sich von 1993 bis 1999 ein Wachstum ab, 1999 werden 12,1% mehr Leistungen pro 100.000 Pflichtversicherte (o. R.) erbracht. Die AV verzeichnet dagegen 1999 mit einer Maßzahl von 42,2 gegenüber 48,7 im Jahr 1993 eine um 13,3% geringere Inanspruchnahme. Nach einem Rückgang um 14,9% bei der AV im Jahr 1997 gleichen sich die folgenden Jahre an das Niveau von 1996 an, die altersstandardisierte Rate der AR ist dagegen seit 1997 um 1,9% gefallen.

Bei einem Geschlechterverhältnis von etwa 2,8:1 (Männer : Frauen) werden in der AR acht- bis neunmal mehr Leistungen wegen Alkoholabhängigkeit pro Jahr von Männern in Anspruch genommen als von Frauen, bei der AV werden bei einem Verhältnis von 2:3 (Männer : Frauen) in der Versicherten-Grundgesamtheit 1,4mal mehr Leistungen für Männer erbracht. In der AR zeigen die altersstandardisierten Raten für Männer von 1993 bis zum Jahr 1997 einen Anstieg um 12,6%, dem sich in den beiden folgenden Jahren ein Rückgang um 3% anschließt, während bei der AV bei absolut niedrigerer Inanspruchnahme kein einheitlicher Trend erkennbar ist, die Rate jedoch von 1993 bis 1999 um 10,2% sinkt. Bei Frauen steigt in der AR die altersstandardisierte Rate von 1993 bis 1999 um 23,7%, also etwa doppelt so stark wie bei Männern, auch bleibt der Rückgang der letzten Jahre aus. In der AV lässt sich bei wiederum absolut niedrigerer Inanspruchnahme als in der AR auch bei den Frauen kein einheitlicher Trend erkennen, hier fällt die Rate im gleichen Zeitraum um 15,1%, also noch deutlicher als bei Männern.

Die aufgezeigten sozialschicht- und geschlechtsspezifischen Unterschiede in dem Niveau und der Entwicklung der Inanspruchnahme von stationären Leistungen zur Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit stehen im Einklang mit den a. a. O. zitierten Ergebnissen zur Prävalenz und Inzidenz von Alkoholkrankheiten in der Bevölkerung.

Tab. 3.5: Altersspezifische Inanspruchnahme von stationären Leistungen zur Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit - Gesamtes Bundesgebiet

Zahl der Maßnahmen pro 100.000 Pflichtversicherte (o.R.)							
Altersgruppe	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<20	1,2	1,5	1,8	1,5	2,1	2,2	2,1
20-24	11,2	10,1	10,0	11,4	11,1	10,2	11,8
25-29	37,1	33,6	33,5	32,6	32,4	31,7	29,2
30-34	89,6	82,5	82,5	79,9	76,5	73,9	70,2
35-39	133,2	130,5	134,7	136,8	135,8	136,2	131,3
40-44	137,5	139,8	145,4	154,3	154,7	158,1	161,2
45-49	127,5	126,6	137,2	146,6	139,1	143,4	141,3
50-54	94,2	92,8	92,0	100,2	101,9	105,3	112,4
55-59	59,5	57,8	62,0	61,6	55,1	58,6	62,9
60>	29,2	33,1	32,4	36,6	29,0	33,2	39,5
Rohe Rate	79,9	79,1	82,7	87,0	86,0	88,5	89,2

Quelle: VDR Statistik Rehabilitation 1993 bis 1999; Tab. 7.00 M RV (ICD-9 303) / VDR Statistik Aktiv Vers. 1992 bis 1998; Tab. 4.00 V

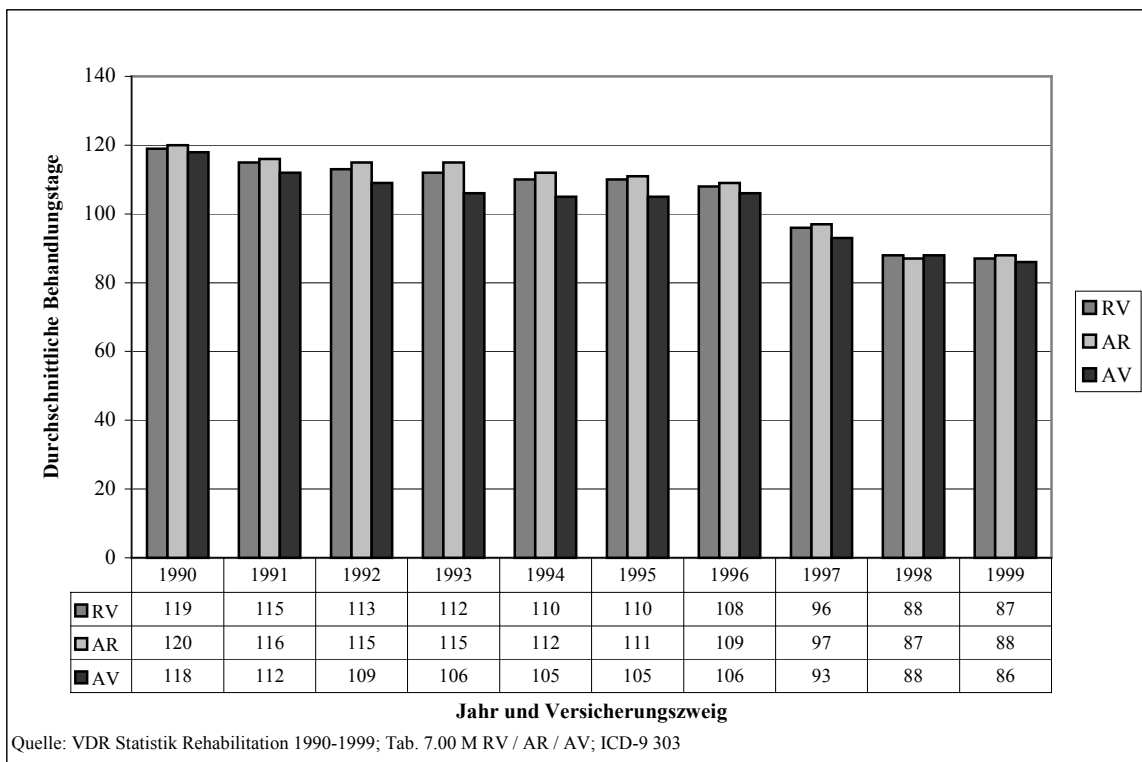
Aus der Altersverteilung der Rehabilitanden im Zeitraum von 1993 bis 1999 ist erkennbar, dass eine deutliche Altersverschiebung stattgefunden hat. Bezieht man die Zahl der Maßnahmen wegen Alkoholabhängigkeit auf die zugrunde liegende Versichertenpopulation, wird deutlich, dass die Angehörigen der höheren Altersgruppen eine vermehrte Inanspruchnahme über die Zeit aufweisen. Wie Tab. 3.5 zeigt, reduzieren sich in der GRV die altersspezifischen Raten der 25- bis 39-Jährigen, während die der 40- bis 54-Jährigen deutlich ansteigen.

Dieser Generaltrend manifestiert sich jedoch in den Versicherungszweigen unterschiedlich. In der AR steigen sowohl die Inanspruchnahme-Raten der ganz jungen Altersgruppen, allerdings mit einem vergleichsweise geringen Gewicht, als auch die der ab 35-Jährigen deutlich an, während die Raten der 25- bis 34-Jährigen sinken. So erfährt beispielsweise von 1993 bis 1999 die altersspezifische Rate der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen ein Wachstum um 33,7%. In der AV ist der Trend weniger einheitlich: Bei insgesamt rückläufigen Raten pro 100.000 Pflichtversicherte (o. R.) einer Altersgruppe sinken besonders die Raten der 25- bis 49-Jährigen.

Entwicklung der durchschnittlichen Behandlungszeiten

Die Behandlungszeiten in der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker zeigen in den 1990er Jahren eine rückläufige Tendenz. Lag die Dauer einer Rehabilitationsmaßnahme wegen Alkoholabhängigkeit in der GRV 1990 noch bei durchschnittlich 119 Tagen, gingen die Behandlungszeiten bis 1996 sukzessive um 9,2% auf 108 Tage zurück (vgl. Abb. 3.16), wobei die Durchschnittswerte allerdings neben regulär beendeten Maßnahmen auch vorzeitig abgebrochene Behandlungen mit einschließen. Eine vergleichsweise abrupte Kürzung erfolgte im Zuge des WFG im Jahr 1997: Hier sank die Anzahl der Behandlungstage auf 96, bis 1999 erfolgte ein weiterer Rückgang auf 87 Tage. Die durchschnittliche Behandlungszeit liegt dabei im Jahr 1999 in der AR bei 88 und in der AV bei 86 Tagen. Damit reduzierte sich innerhalb von drei Jahren übergangslos die durchschnittliche Behandlungsdauer bei den stationären Maßnahmen wegen Alkoholabhängigkeit um knapp 20%, verglichen mit dem behutsamen Absenkungsprozess um knapp 10% innerhalb des vorangegangenen 7-Jahres-Zeitraums ein kurzfristig wirksamer, WFG-bedingter Eingriff in die Behandlungsorganisation der Suchtrehabilitation.

Abb.3.16: Durchschnittliche Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit



Gesamtes Bundesgebiet

Die kurzfristige Veränderung der Behandlungsdauer erscheint insofern von Bedeutung zu sein, als zwei in den letzten Jahren veröffentlichte klinikbezogene Untersuchungen⁴ Hinweise auf negative Auswirkungen auf den Behandlungserfolg insbesondere für die Gruppe der Reha-Wiederholer beziehungsweise solcher Patienten mit einer ungünstigen Prognose ergeben haben. In einer neueren Untersuchung⁵, die sich auf eine Zahl von neun Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige bezieht, jedoch keine Differenzierung der Rehabilitanden nach dem Schweregrad des Ausgangsstatus berücksichtigt, wurde für die Gesamtheit der behandelten Abhängigkeitskranken im Jahr 1998 eine vergleichbare katamnestiche Abstinenzquote wie im Vorjahr konstatiert.

Entwicklung der stationären Leistungen in den alten und neuen Bundesländern

Mit der deutschen Vereinigung ist für die Gesetzliche Rentenversicherung eine regional deutlich vergrößerte Versorgungsverantwortung entstanden. So wurde seit 1991 in den neuen Bundesländern das Rehabilitationssystem vollständig neu aufgebaut, was u. a. zu den weiter oben bereits aufgezeigten globalen Veränderungen geführt hat. Im folgenden wird auf differentielle Entwicklungen in den alten und neuen Bundesländern genauer eingegangen.

Auffällig ist das in den neuen Bundesländern stark anwachsende Leistungsniveau der GRV mit einem prozentualen Anstieg um 142,3 Prozentpunkte von 2.570 Maßnahmen zur Rehabilitation von Alkoholabhängigen im Jahr 1993 auf 6.226 im Jahr 1999 (vgl. Abb. 3.17). Dagegen nimmt im gleichen Zeitraum in den alten Bundesländern die Anzahl der erbrachten Leistungen um 11,4% ab, besonders stark ist der Rückgang mit 6,4% nach Inkrafttreten des WFG im Jahr 1997. Auf die Leistungsentwicklung in den neuen Bundesländern hatte das WFG keine unmittelbaren Auswirkungen; das Niveau erhöht sich sogar vergleichsweise stärker und stabilisiert sich erst ab 1998.

⁴ Zemlin et al. 1999.

⁵ Funke et al. (2001).

Abb.3.17: Stationäre Leistungen zur Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit - Neues Bundesgebiet

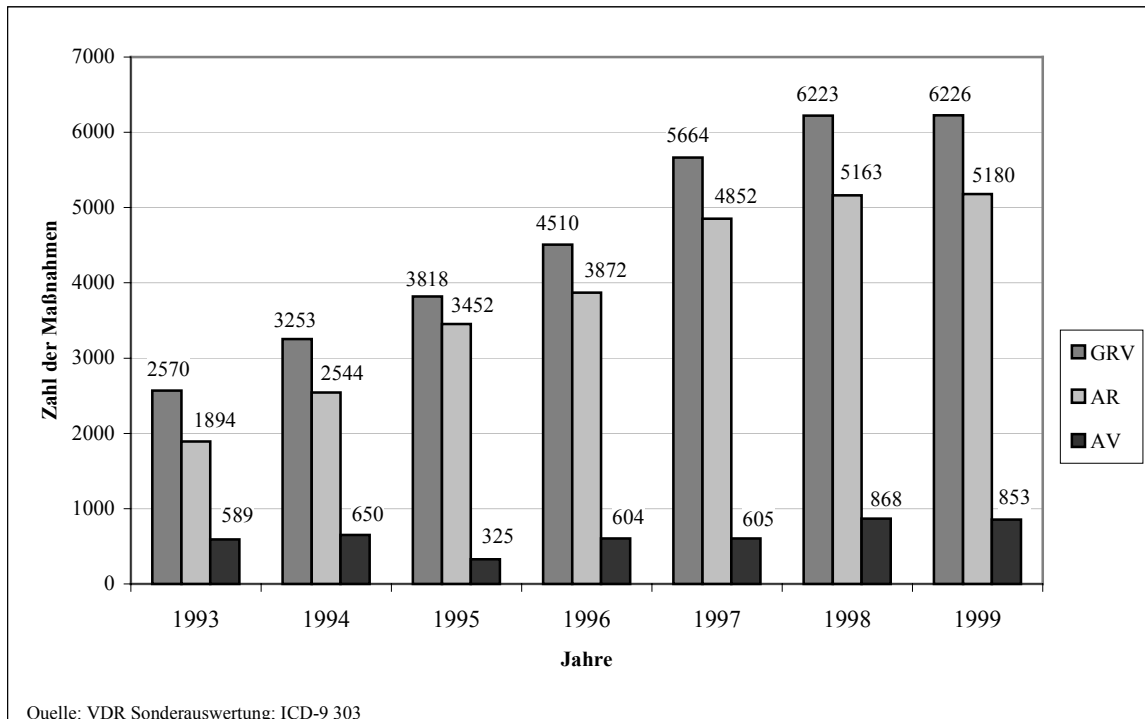
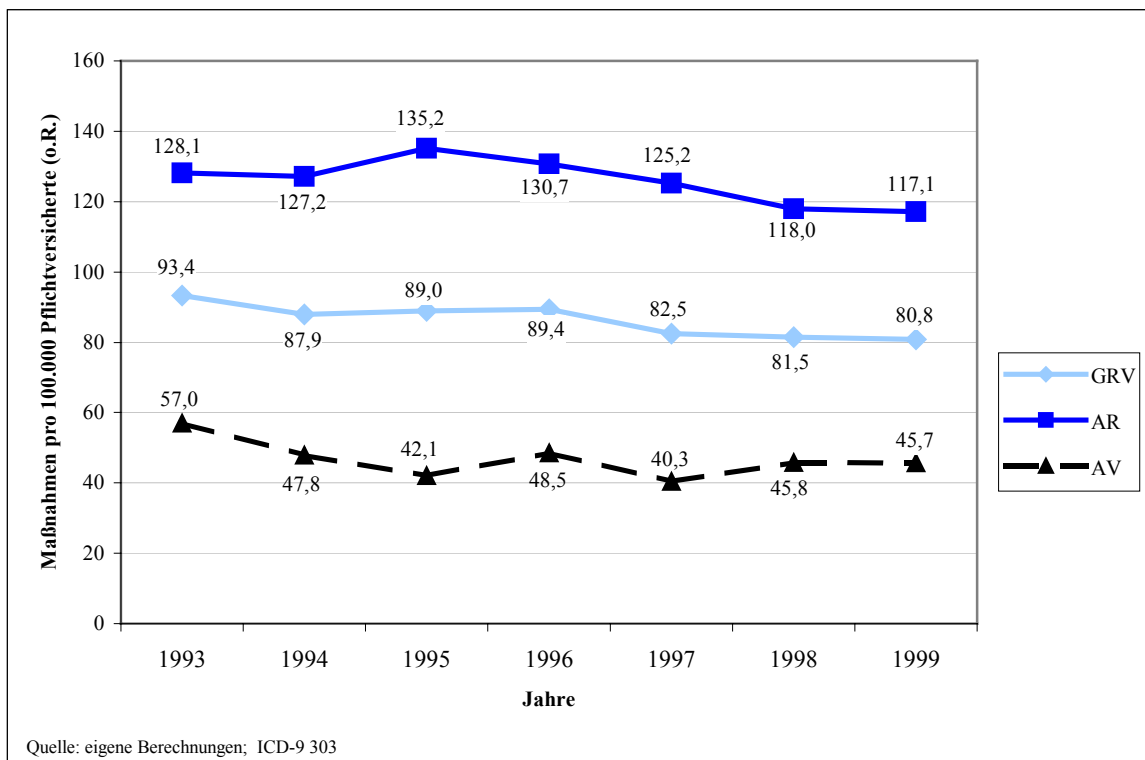


Abb.3.18: Stationäre Leistungen zur Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit : Altes Bundesgebiet (Standardisierte Raten)



Auch in den Versicherungszweigen sind deutliche Unterschiede in der Leistungsentwicklung zu erkennen: In der AR der neuen Bundesländer zeichnet sich ein durchgängiger Anstieg des Leistungsniveaus ab, der sich von 1993 bis 1999 auf 173,5% (von 1.894 auf 5.180 Maßnahmen) beläuft. Dabei ist aber seit 1998 eine Stagnation sichtbar. In der AV zeichnet sich dagegen bei deutlich niedrigerem Leistungsumfang ein uneinheitlicher Trend ab, der jedoch im Zeitraum von 1993 bis 1999 insgesamt zu einer Erhöhung des Leistungsniveaus um 44,8% führt. Der rasante Anstieg der Leistungszahlen in der Rehabilitation von Alkoholabhängigen in der GRV der neuen Bundesländer lässt sich demnach zum größten Teil auf die AR zurückführen.

In den alten Bundesländern sind sowohl AR als auch AV in beinahe gleichem Maße von einem sinkenden Leistungsniveau betroffen, nämlich um 11,2% bzw. 13,3% im Zeitraum von 1993 bis 1999. Dabei ist die Zahl der in der AR erbrachten Leistungen zur Rehabilitation bereits seit 1996 deutlich rückläufig, während sich für die AV kein einheitlicher Trend feststellen lässt. Hier wird der im Zuge des WFG zu beobachtende Einbruch in Höhe von -15,1% im Jahr 1997 im Folgejahr fast vollständig wieder ausgeglichen, während die Maßnahmen der AR weiter abnehmen.

Tab. 3.6: Inanspruchnahme stationärer Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit - Neues Bundesgebiet (Standardisierte Raten)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
RV	35,2	44,1	51,1	60,9	76,1	84,2	88,0
AR	48,2	64,0	85,9	97,0	119,3	127,6	135,2
AV	18,2	19,7	9,7	18,1	18,5	26,5	26,9

Quelle: eigene Berechnungen; ICD-9 303

Die beschriebenen Trends werden auch durch die altersstandardisierten Raten bestätigt: Die Rate der AR nimmt in den neuen Bundesländern von 1993 bis 1999 kontinuierlich um insgesamt 180,5% zu, also fast im gleichen Maße wie die absoluten Leistungszahlen, ebenso die Rate der AV, die einen Zuwachs von insgesamt 47,8 Prozentpunkten verzeichnet (vgl. Tab. 3.6). In den alten Bundesländern zeigen die altersstandardisierten Raten beider Versicherungszweige von 1993 bis 1999 insgesamt eine rückläufige Tendenz, wobei der Rückgang bei der AV mit -19,8% gegenüber -8,6% bei der AR deutlicher ausgeprägt ist (vgl. Abb. 3.18). Im Gegensatz zur AR in den neuen Bundesländern, deren Leistungsumfang sich an den des alten Bundesgebietes

anpasst und diesen im Jahr 1999 mit einem Wert von 135,2 im Vergleich zu 117,1 sogar deutlich übersteigt, liegt die altersstandardisierte Inanspruchnahme pro 100.000 Pflichtversicherte (o. R.) in der AV im Osten mit 26,9 Maßnahmen im Jahr 1999 noch deutlich niedriger als im Westen mit 45,7 Maßnahmen.

In den alten Bundesländern werden bei einem Geschlechterverhältnis von etwa 3:2 (Männer : Frauen) in der Grundgesamtheit der Pflichtversicherten (o. R.) der GRV insgesamt ungefähr viermal mehr Leistungen für Männer erbracht als für Frauen. Dabei ist das Leistungsniveau im Zeitraum von 1993 bis 1999 bei Männern mit -12,5% und bei Frauen mit -7,1% rückläufig. Analysiert man die geschlechtsspezifischen Trends in Abhängigkeit vom Versicherungszweig, so ergeben sich unterschiedliche Entwicklungen: In AR und AV nimmt bei Männern die Anzahl der Maßnahmen in ähnlichem Umfang ab, dagegen bleibt bei den Frauen in der AR das Niveau von 1993 bis 1999 stabil, während sich das der AV um 11% verringert. Die altersstandardisierten Raten pro 100.000 Pflichtversicherte (vgl. Tab. 3.7) zeigen bei Männern im alten Bundesgebiet mit einem Minus von 11% ähnliche Rückgänge wie der absolute Leistungsumfang, während die Raten bei den Frauen mit knapp -15% vergleichsweise deutlich stärker abnehmen. Der Gesamtrückgang bei den Frauen ist in erster Linie auf den Rückgang der Frauen in der AR zurückzuführen. Interessant ist der ausschließlich bei den Frauen der AR zu beobachtende Trend einer relativ stabilen Inanspruchnahme-Entwicklung auf annähernd gleichbleibendem Niveau, während in den anderen Gruppierungen rückläufige Tendenzen zu beobachten sind.

Tab. 3.7: Altersstandardisierte Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit pro 100.000 Pflichtversicherte (o. R.) - Ursprüngliches Bundesgebiet nach Versicherungszeit

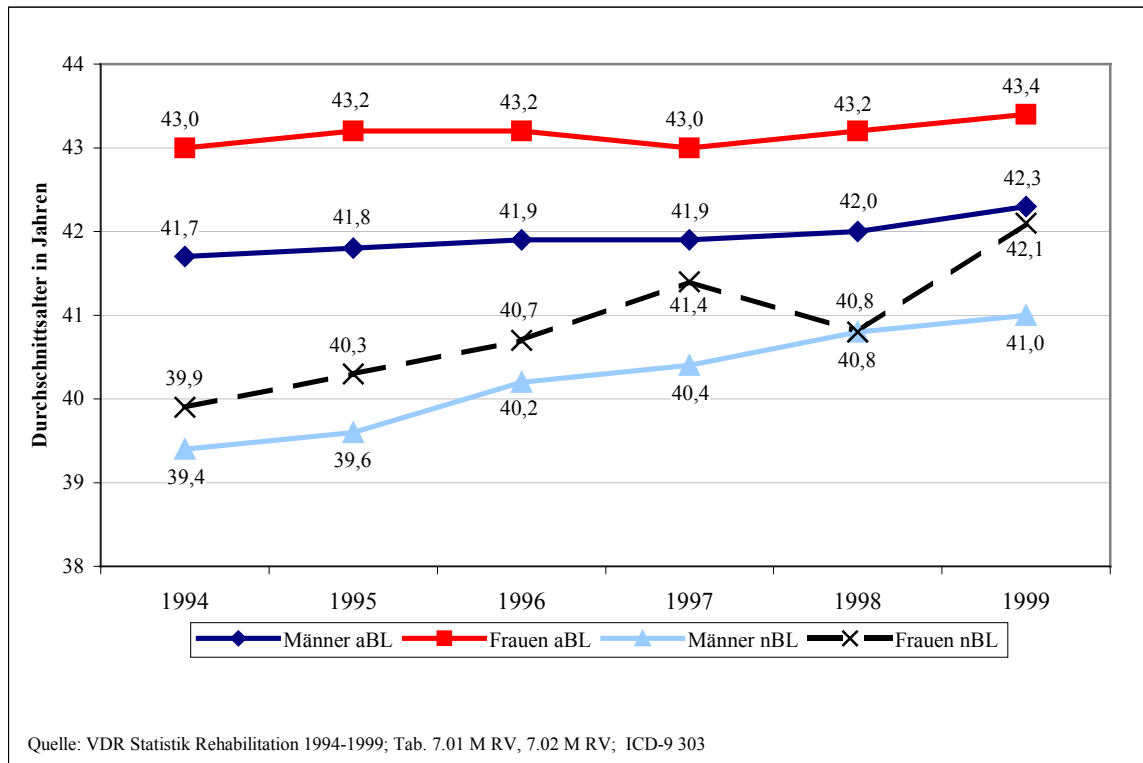
Zahl der Maßnahmen pro 100.000 Pflichtversicherte (o.R.) im alten Bundesgebiet							
Männer	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
GRV	126,5	121,5	123,2	124,4	116,0	112,6	112,2
AR	157,9	157,1	164,6	160,8	153,1	143,6	142,4
AV	70,7	60,1	52,0	61,7	51,9	58,5	59,6
Frauen							
GRV	45,3	39,9	40,0	40,7	36,6	39,2	38,7
AR	50,3	48,3	56,4	51,5	52,4	50,7	51,4
AV	44,8	37,2	33,5	37,5	30,9	35,4	34,4

Quelle: eigene Berechnungen; ICD-9 303

In den neuen Bundesländern werden in der GRV fünf- bis sechsmal mehr Leistungen zur Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit für Männer erbracht als für Frauen. Bei beiden Geschlechtern hat das Leistungsniveau von 1993 bis 1999 erheblich zugenommen, so stieg es bei Männern von 2.169 auf 5.303 und bei Frauen von 401 auf 923 Maßnahmen. Besonders die AR verzeichnete mit +174,3% bei Männern und +167,3% bei Frauen hohe Wachstumsraten, während der Leistungsumfang der AV besonders bei den Männern deutlich weniger zunahm. Die altersstandardisierten Raten pro 100.000 Pflichtversicherte (o. R.) bestätigen die für den gesamten Leistungsumfang beschriebenen Tendenzen im neuen Bundesgebiet.

Vergleicht man das Durchschnittsalter bei der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen bei Alkoholabhängigkeit (vgl. Abb. 3.19), stellt man fest, dass die Rehabilitanden im Westen deutlich älter sind als im Osten. Die Männer sind dabei gleichzeitig jünger als die Frauen. Besonders im neuen Bundesgebiet ist im Zeitraum von 1994 bis 1999 das Durchschnittsalter gestiegen, in den alten Bundesländern ebenfalls, jedoch weit weniger ausgeprägt.

Abb.3.19: Durchschnittsalter der Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeit - Stationäre Leistungen -
 Gesamtes Bundesgebiet



Die für die alten und neuen Bundesländer insgesamt aufgezeigten Trends stellen sich jedoch in den einzelnen Bundesländern teilweise unterschiedlich dar. Das widerspiegeln sowohl die absoluten Leistungszahlen im Zeitverlauf (vgl. Tab. 3.8) als auch die auf die anspruchsberechtigte Versichertenpopulation bezogenen Rohen Raten pro 100.000 Pflichtversicherte (o. R.) für das Jahr 1999 (vgl. Abb. 3.20). In den einzelnen neuen Bundesländern steigt das jeweils sehr unterschiedliche absolute Leistungsniveau im Zeitraum von 1994 bis 1999 kontinuierlich an, erst 1999 sind Rückgänge in Brandenburg und Thüringen zu erkennen. Die Rohen Raten steigen von durchschnittlich 39 auf 98 Maßnahmen pro 100.000 Pflichtversicherte (o. R.), wobei 1999 die relativ wenigsten Rehabilitanden aus Sachsen-Anhalt und die vergleichsweise meisten aus Brandenburg kommen.

Tab. 3.8: Stationäre Leistungen in der GRV bei Alkoholabhängigkeit nach Wohnort des Rehabilitanden

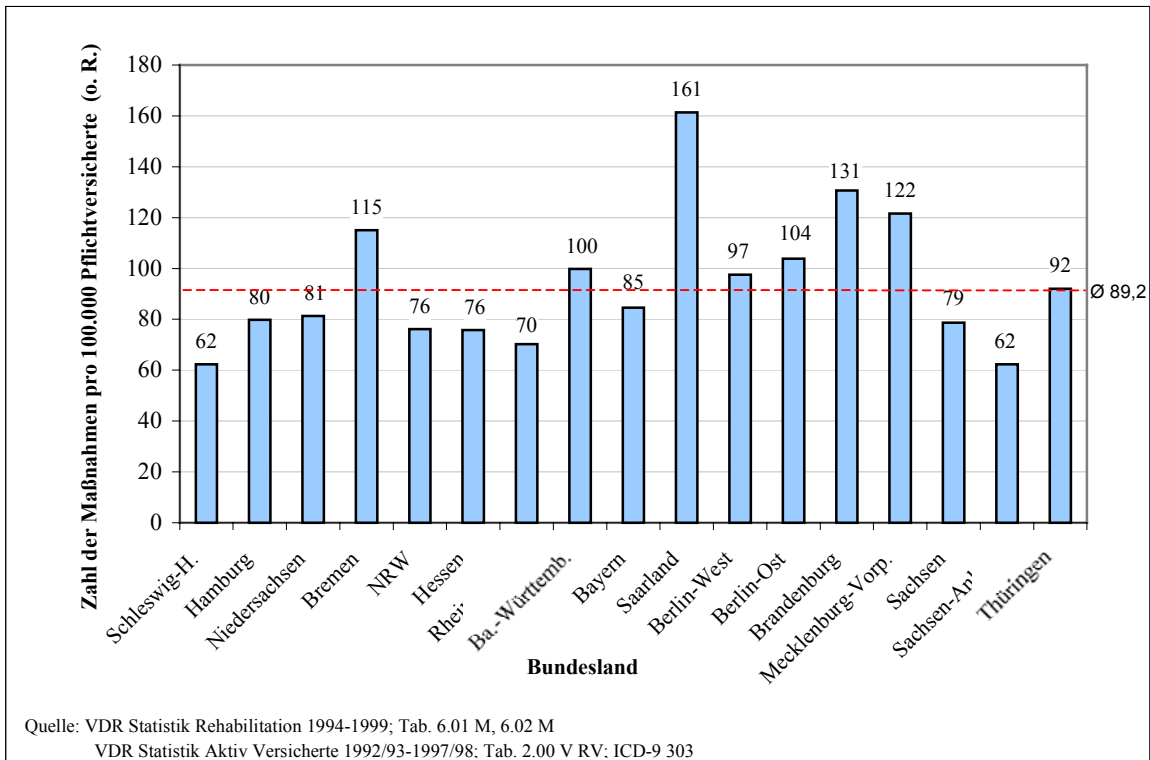
Wohnort der Rehabilitanden	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Schleswig-H.	841	958	1003	937	726	608
Hamburg	542	560	534	530	415	481
Niedersachsen	2258	2363	2447	1979	2391	2241
Bremen	237	295	283	243	272	262
NRW	4841	5632	4926	4795	5054	4698
Hessen	1600	1919	1998	1713	1711	1637
Rheinl.-Pfalz	1089	1143	1232	1121	1123	987
Baden-W.	2920	3461	4058	4159	3517	3816
Bayern	3159	3787	3956	3776	3924	3783
Saarland	352	422	463	501	477	586
Berlin-West	623	660	643	587	723	705
alte BL gesamt	18462	21200	21543	20341	20333	19804
Berlin-Ost	196	229	314	374	488	564
Brandenburg	612	841	1075	1424	1561	1468
Mecklenburg-V.	463	646	738	814	839	960
Sachsen	772	882	1109	1451	1530	1510
Sachsen-Anhalt	313	350	451	669	737	752
Thüringen	477	618	740	871	1045	1016
neue BL gesamt	2833	3566	4427	5603	6200	6270
alte und neue BL	21295	24766	25970	25944	26533	26074
Bundesgebiet *	24766	25514	26475	26223	26740	26245

Quelle: VDR Statistik Rehabilitation 1994-1999; Tab. 6.01 M, 6.02 M; ICD-9 303

* inklusive nicht zuzuordnenden Leistungen der Kategorie "ohne Angaben / keine Aussage möglich" sowie "Ausland"

In den alten Bundesländern gibt es regional ebenfalls große Differenzen in der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen, wobei 1997, außer für Baden-Württemberg und das Saarland, durchgängig wesentlich weniger Leistungen erbracht wurden als noch 1996. Auch die rohen Raten pro 100.000 Pflichtversicherte (o. R.), die hier aufgrund datentechnischer Restriktionen anstelle der altersstandardisierten berechnet wurden, weisen diese Rückgänge auf.

Abb.3.20: Stationäre Leistungen bei Alkoholabhängigkeit nach Wohnort der Rehabilitanden 1999
(Rohe Raten)

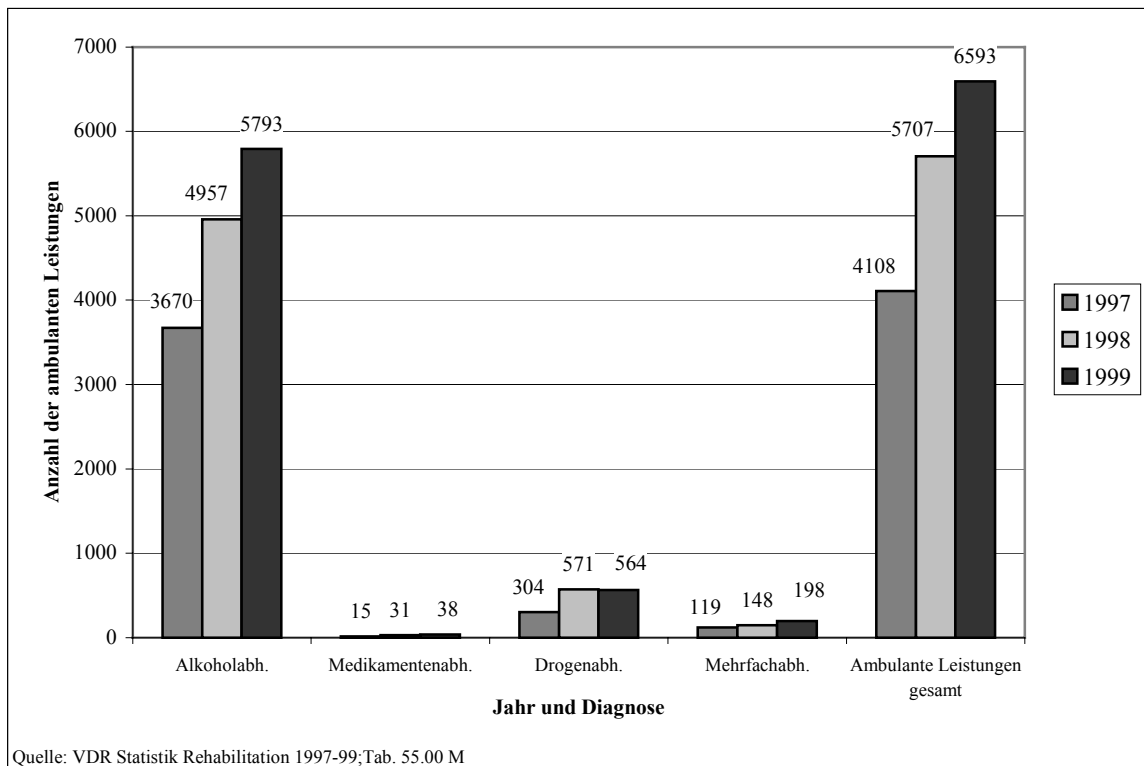


Zur Entwicklung von ambulanten⁶ und stationären Leistungen

An den in der GRV im Jahr 1999 erbrachten 37.200 stationären Entwöhnungsbehandlungen haben Leistungen wegen Alkoholabhängigkeit mit 74% den weitaus größten Anteil; es folgen Leistungen wegen Drogenabhängigkeit mit 19% und wegen Mehrfachabhängigkeit mit 6% bei zunehmender Anzahl von Leistungen. Entwöhnungsbehandlungen wegen Medikamentenabhängigkeit haben dagegen einen verschwindend geringen Anteil. Bei den ambulant erbrachten Leistungen ist der Anteil derer wegen Alkoholabhängigkeit mit 88% wesentlich höher, an zweiter Stelle stehen Leistungen wegen Drogenabhängigkeit mit 9% (vgl. Abb. 3.21).

⁶Aus datentechnischen Gründen können ambulante Leistungen zur Suchtrehabilitation zur Zeit noch nicht nach ambulanten Rehabilitationsleistungen (anstelle von stationären) und solchen der ambulanten Nachsorge (nach einer Suchtrehabilitation) differenziert werden. Nach dem Ergebnis einer BfA-Prozessdatenanalyse aus dem Jahr 1997 verteilen sich die Zahlen für die beiden genannten ambulanten Leistungen jeweils hälftig auf die jeweilige Kategorie.

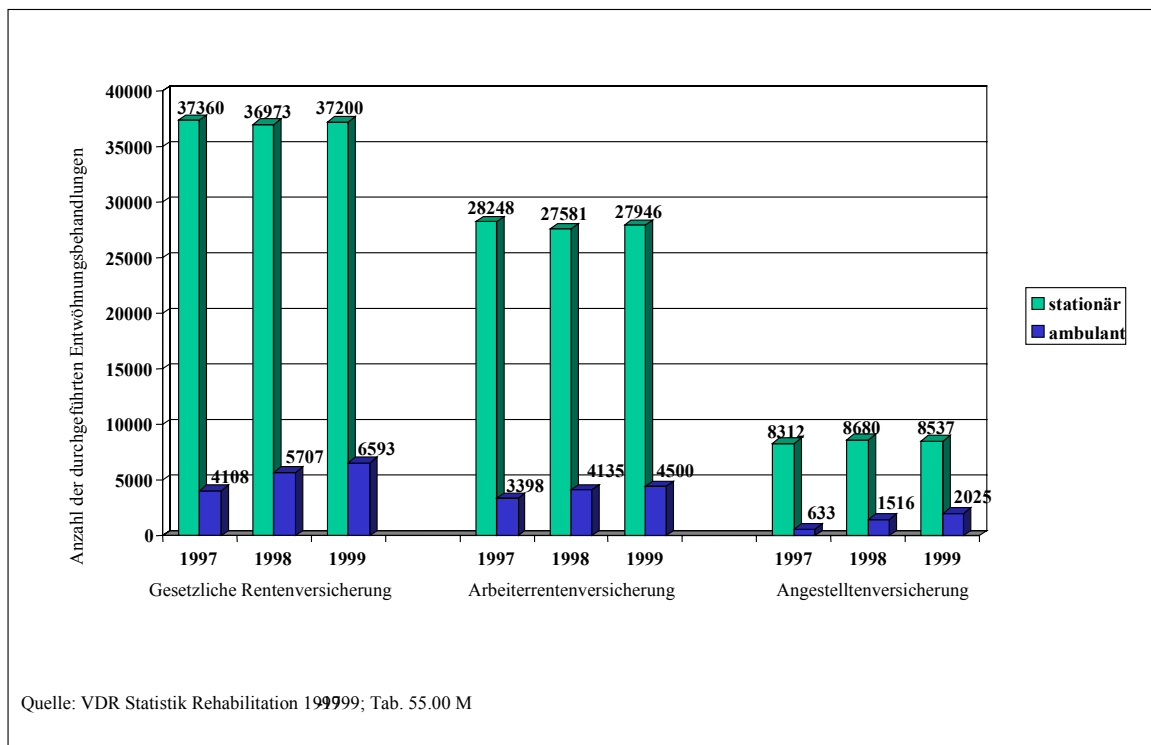
Abb.3.21: Ambulante Leistungen der GRV in der Suchtrehabilitation - Gesamtes Bundesgebiet



In der Bundesrepublik Deutschland werden Leistungen zur Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen in der Regel in einem stationären Behandlungssetting durchgeführt. Wie Abb. 3.22 zeigt, gewinnen aber auch ambulant erbrachte Leistungen immer mehr an Bedeutung. Wurden 1997 in der Gesetzlichen Rentenversicherung noch 4.108 Maßnahmen ambulant erbracht, waren es 1999 mit 6.593 bereits 60,5% mehr, während die Anzahl der erbrachten stationären Leistungen kaum Veränderungen in diesem Zeitraum erfährt. Wenngleich die aufgeführten Statistiken qua definitione keinen Personenbezug haben und somit streng genommen Fallstatistiken darstellen, erlauben sie wegen der begrenzten Möglichkeit des wiederholten oder gleichzeitigen Auftretens der dokumentierten Fälle in einer Berichtsperiode Trendaussagen zu differentiellen Entwicklungen in der Setting-Flexibilisierung. In den Versicherungszweigen erhöhte sich der Anteil ambulanter an den Gesamtleistungen unterschiedlich: In der AR stieg er von 10,7% im Jahr 1997 auf 13,9% im Jahr 1999; die AV zeigt beim Zuwachs ambulanter Leistungen mit einem Anteil von 19,2% im Jahr 1999 eine größere Dynamik (vgl. Tab. 3.9). Zusätzlich ergeben sich Hinweise auf Gender-Effekte: Weibliche Abhängigkeitskranke haben in beiden

Versicherungszweigen – im Vergleich zu Männern – einen relativ hohen Anteil an den ambulanten Leistungen. Diese Unterschiede lassen sich nicht aus der Suchtmittelspezifität erklären, da sie auch innerhalb vergleichbarer Indikationsgruppen auftreten: So machte in der AV 1999 der Anteil ambulanter Leistungen bei Alkoholabhängigkeit 21% aus und hat sich somit, seit 1997 beinahe verdreifacht, in der AR liegt er 1999 bei 16,2%.

Abb.3.22: Stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlungen in der GRV 1997 bis 1999 -
 Gesamtes Bundesgebiet



Tab. 3.9: Stationäre Rehabilitation und ambulante Leistungen⁴ bei Abhängigkeitserkrankungen -
 Gesamtes Bundesgebiet

	GRV Frauen	GRV Männer	GRV ges.	AR Frauen	AR Männer	AR ges.	AV Frauen	AV Männer	AV ges.
1997	9,6%	9,8%	9,9%	13,6%	10,4%	10,7%	7,8%	6,5%	7,1%
1998	14,5%	12,5%	13,4%	17,7%	12,4%	13,0%	16,5%	13,6%	14,9%
1999	16,5%	13,9%	15,1%	18,8%	13,2%	13,9%	20,7%	18,0%	19,2%

Quelle: VDR Statistik Rehabilitation 1997-99; Tab. 55.00 M

Zusammenfassend lässt sich zu den aus der Prozessdatenanalyse abgeleiteten Steueraspekten der Flexibilisierung festhalten, dass die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen im Rahmen der Suchtrehabilitation bevorzugt in den alten Bundesländern

stattfindet, primär die Alkoholabhängigkeit betrifft und die Flexibilisierung vorwiegend von Frauen und Rehabilitanden der Angestelltenversicherung vollzogen wird.

Leistungsentwicklung in der Rehabilitation von Medikamenten- und Drogenabhängigen

Die stationäre Rehabilitation von Medikamenten- und Drogenabhängigen⁷ hat in den 90er Jahren an Bedeutung in der Suchtrehabilitation insgesamt gewonnen. Machte sie 1990 noch 15,7% der Leistungen aus, stieg ihr Anteil seither kontinuierlich und umfasste 1999 bereits 25,1% der Gesamtmaßnahmen (vgl. Abb. 3.23). Die Zahl der in der GRV wegen Medikamenten- und Drogenabhängigkeit erbrachten Maßnahmen lag 1998 bei fast 9.000, während sie 1990 noch bei knapp 4.000 gelegen hatte. Damit liegt in diesem Bereich mit einem Wachstum von +120% eine wesentlich größere Steigerung im Leistungsniveau vor als im Bereich der stationären Alkoholrehabilitation mit knapp +23% im Zeitraum von 1990 bis 1999.

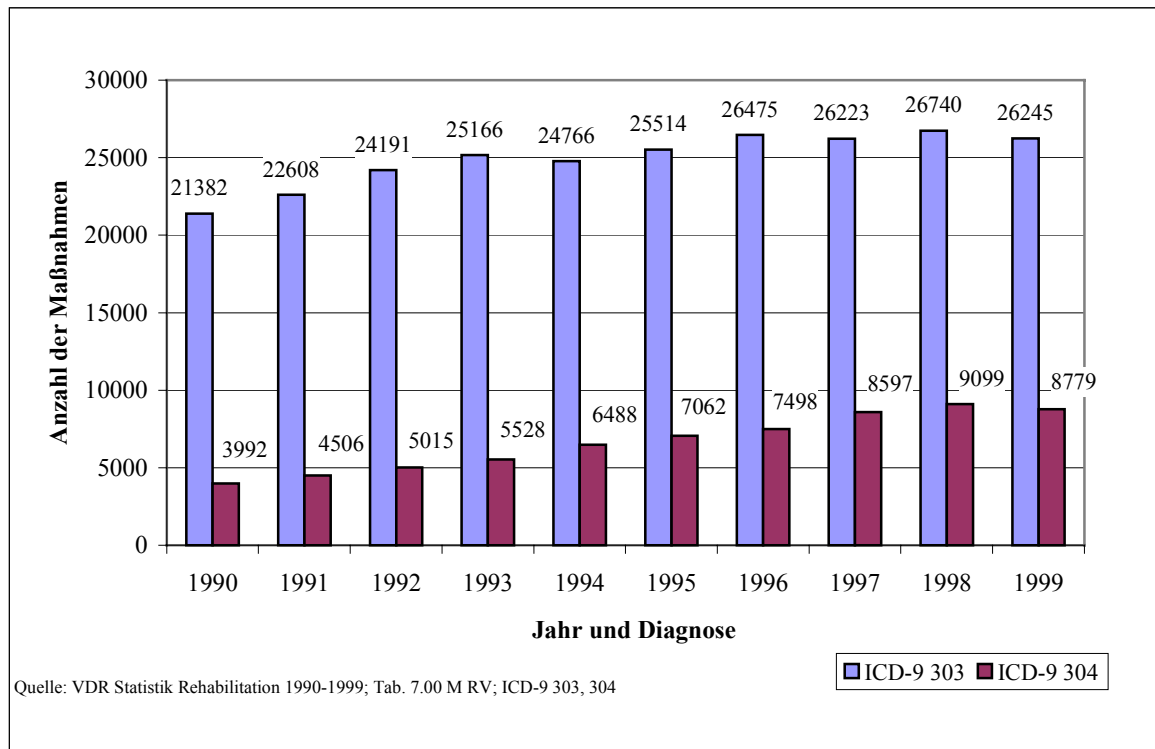
In beiden Bereichen sind 1999 geringe Einbußen erkennbar. Die altersstandardisierten Raten pro 100.000 Pflichtversicherte (o. R.) weisen mit knapp +56% (von 20,9 auf 32,5 Maßnahmen) in der GRV einen deutlich höheren Anstieg im Zeitraum von 1994 bis 1999 (vgl. Abb. 3.24) auf als die Raten bei Alkoholabhängigkeit, die im Vergleichszeitraum nur um 6% zunehmen.

Bei einem Vergleich der Leistungsentwicklung in den Versicherungszweigen stellt man fest, dass in der AR mit 83,5% nicht nur der Hauptanteil der Leistungen wegen Medikamenten- und Drogenabhängigkeit erbracht wird, sondern dass auch der beschriebene Anstieg in der GRV fast ausschließlich auf diese zurückzuführen ist. In der AR zeichnet sich dabei, im Gegensatz zur AV – wo die Entwicklung uneinheitlich verläuft – der Trend eines stetigen Wachstums ab. Auch nehmen von 1994 bis 1999 die Raten der AR mit +65% stärker zu als die der AV mit +47% (vgl. Abb. 3.24). Effekte, die sich auf das WFG zurückführen lassen, finden sich im Bereich der Rehabilitation

⁷ Empirisch verbergen sich unter dem Sammelbegriff der Medikamenten- und Drogenabhängigen (ICD-9 304) in der weitaus größten Zahl der Fälle Rehabilitanden, bei denen eine Abhängigkeit von illegalen Drogen vorliegt. So waren 1999 von den 37.200 erbrachten stationären Entwöhnungsbehandlungen 19,2% Leistungen wegen Drogenabhängigkeit, 6,3% wegen Mehrfachabhängigkeit und nur 0,6% wegen Medikamentenabhängigkeit.

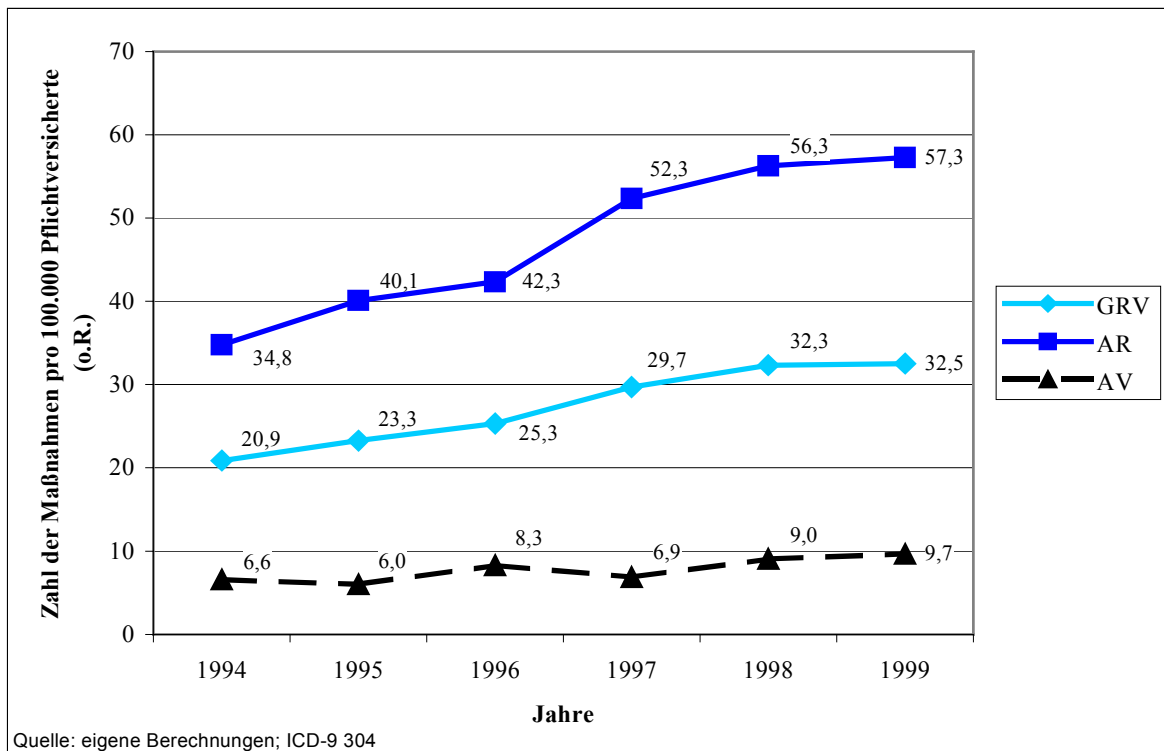
bei Medikamenten- und Drogenabhängigkeit nur in der AV, wo die altersstandardisierte Rate 1997 um 17% abnimmt.

Abb.3.23: Inanspruchnahme stationärer Leistungen zur Rehabilitation bei Alkohol- und Medikamenten-/Drogenabhängigkeit - Gesamtes Bundesgebiet



Die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitation bei Medikamenten- und Drogenabhängigkeit weist eine deutliche Geschlechtsspezifität auf. So werden über 80% der Maßnahmen für Männer erbracht, von denen 90% Mitglieder der Arbeiterrentenversicherung sind (vgl. Tab. 3.10). Die altersstandardisierten Raten im Zeitraum von 1994 bis 1999 zeigen bei Männern in der GRV mit 66% (von 28,9 auf 48,0 Maßnahmen pro 100.000 Versicherte (o. R.)) ein wesentlich höheres prozentuales Wachstum als die der Frauen mit 15%. Bei beiden Geschlechtern verzeichnen AR und AV ähnliche Zuwächse, wobei das Leistungsniveau der AV sowohl absolut als auch bezogen auf die anspruchsberechtigte Versichertenpopulation deutlich niedriger liegt als das der AR.

Abb.3.24: Stationäre Leistungen zur Rehabilitation bei Medikamenten- und Drogenabhängigkeit
 Gesamtes Bundesgebiet (Standardisierte Raten)



Tab. 3.10: Stationäre Leistungen zur Rehabilitation bei Medikamenten- und Drogenabhängigkeit -
 Gesamtes Bundesgebiet

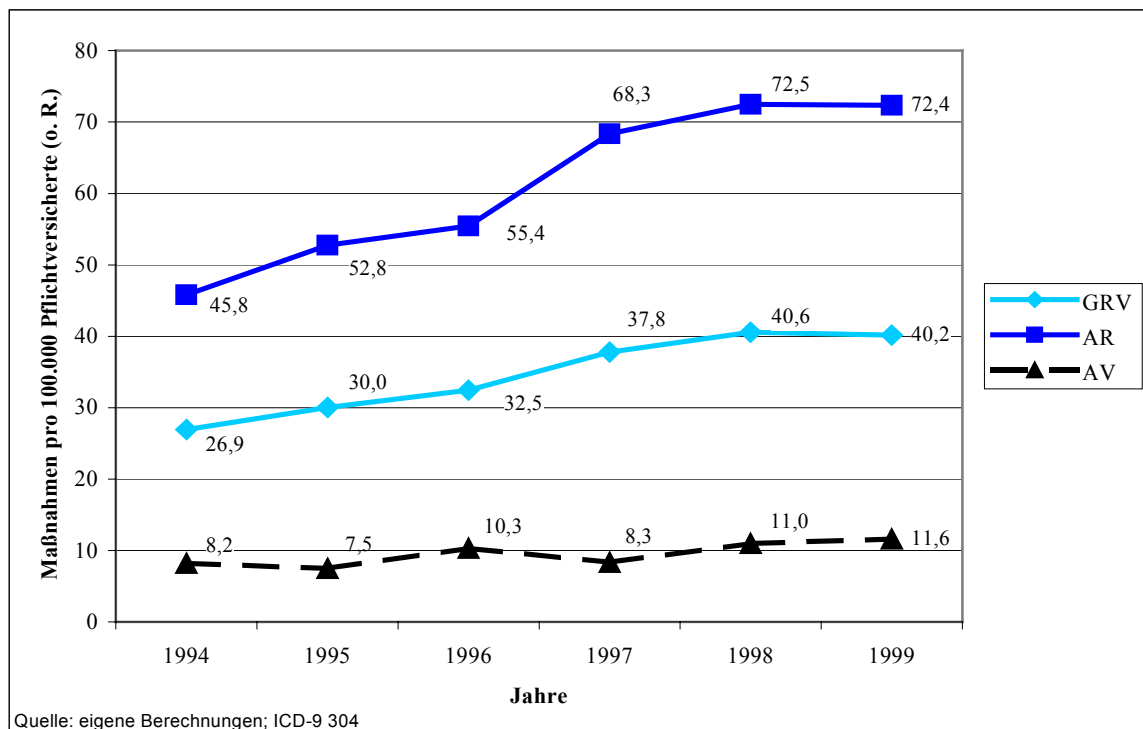
Männer	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
RV	4101	5070	5740	6130	7239	7571	7323
AR	3680	4608	5277	5435	6607	6815	6533
AV	378	424	407	642	500	663	730
Frauen							
RV	1427	1418	1322	1368	1358	1528	1456
AR	814	842	828	773	841	864	796
AV	612	576	494	594	516	660	659

Quelle: VDR Statistik Rehabilitation 1993-1999; Tab. 7.00 M RV / AR / AV; ICD-9 304

Zwischen alten und neuen Bundesländern gibt es beachtliche Unterschiede im Leistungsumfang: Obwohl im neuen Bundesgebiet die Anzahl der Maßnahmen im Zeitraum von 1994 bis 1999 von 49 auf 374 gestiegen ist, stehen diesen 1999 8.370 Leistungen in den alten Bundesländern gegenüber. Das schlägt sich auch in der Inanspruchnahme pro 100.000 Pflichtversicherte (o. R.) nieder: Diese liegt 1999 in der GRV im Osten mit 5,9 Maßnahmen (altersstandardisiert) immer noch weit unter West-Niveau mit 40,2 Maßnahmen. Sowohl die Raten im alten als auch im neuen Bundesgebiet weisen von 1994 bis 1999 ein stabiles Wachstum auf, wobei 1999 ein

minimaler Rückgang im Westen erkennbar ist. Damit unterscheidet sich die Inanspruchnahme-Entwicklung in der Rehabilitation von Medikamenten- und Drogenabhängigen in den alten Bundesländern deutlich von der für die Alkoholrehabilitation beschriebenen: Während die altersstandardisierten Raten in der Alkoholrehabilitation im Vergleichszeitraum deutliche Rückgänge aufweisen (vgl. Abb.3.18), steigen die Maßzahlen in der Rehabilitation bei Medikamenten- und Drogenabhängigkeit in allen Versicherungszweigen an (vgl. Abb. 3.25). Auch WFG-bedingte Effekte bleiben, im Gegensatz zur stationären Alkoholrehabilitation in den alten Bundesländern, hier aus.

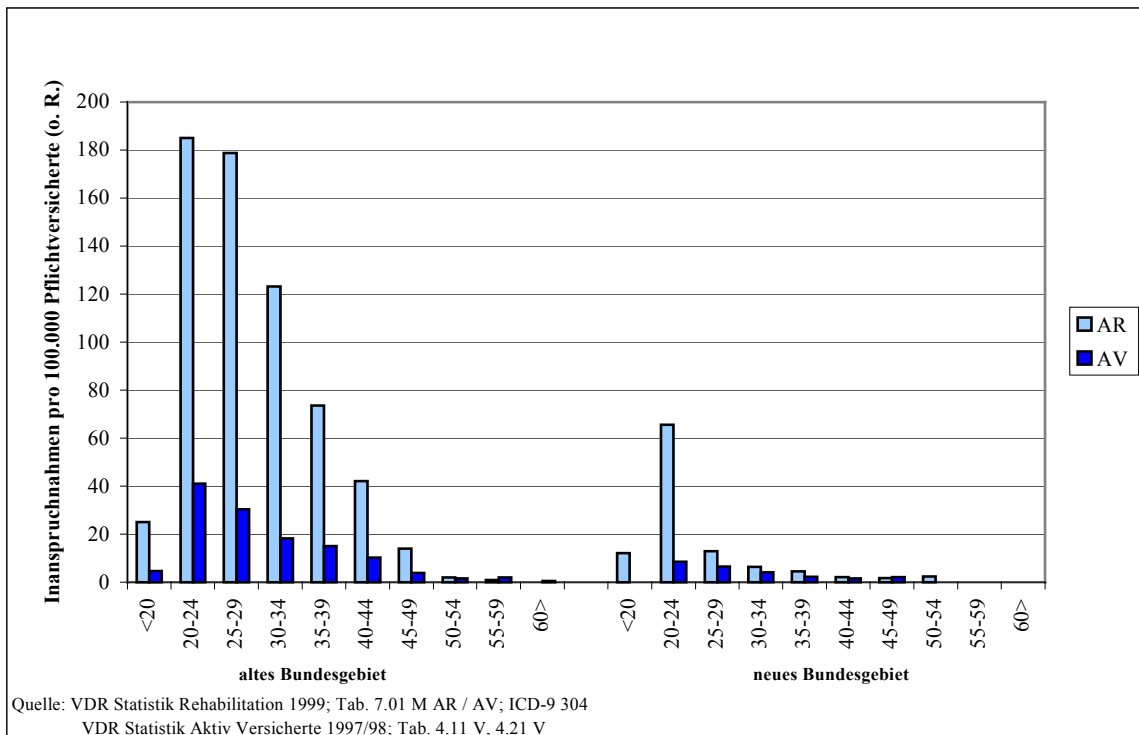
Abb.3.25: Inanspruchnahme stationärer Leistungen zur Rehabilitation bei Medikamenten- und Drogenabhängigkeit - Ursprüngliches Bundesgebiet (Standardisierte Raten)



Mit einem Durchschnittsalter von etwa 30,4 Jahren sind Rehabilitanden mit Medikamenten- und Drogenabhängigkeit in der GRV deutlich jünger als Alkoholabhängige. Männer sind dabei mit 30,0 Jahren jünger als Frauen mit 32,1, was auf den höheren Anteil von – häufig älteren - Medikamentenabhängigen unter Frauen zurückzuführen sein dürfte. Rehabilitanden der AV sind mit durchschnittlich 33,6 Jahren älter als Rehabilitanden der AR mit 29,8 Jahren. Abb. 3.26 zeigt exemplarisch die altersspezifischen Raten männlicher Rehabilitanden mit Medikamenten- und

Drogenabhängigkeit 1999 im alten und neuen Bundesgebiet. Es findet sich eine ausgeprägte Linksverschiebung in die jüngeren Jahrgänge (Abb. 3.26).

Abb.3.26: Stationäre Leistungen bei Medikamenten- und Drogenabhängigkeit: Männer 1999 (Altersspezifische Raten) - Ursprüngliches und Neues Bundesgebiet im Vergleich



Die Behandlungsdauer in der Rehabilitation Medikamenten- und Drogenabhängiger (ICD-9 304) hat sich seit dem WFG auf 119 Tage im Jahr 1999 gegenüber 149 Tagen 1996 verkürzt, was einem Rückgang von 20% entspricht. Die AR ist dabei stärker von den Reduktionen betroffen als die AV.

3.3.3 Entwicklung der Frührenten bei Alkoholabhängigen

Die indirekten Kosten, die gemäß dem cost-of-illness Ansatz im Sinne eines Ressourcenverlusts für Frühberentungen aufgrund von Alkoholabhängigkeit geschätzt werden, belaufen sich auf rund 6 Mrd. DM jährlich.⁸ Für den GRV-Bereich liegen krankheitsbezogene Frühberentungs-Statistiken in Form von Rentenzugangs-Daten in der Differenzierung nach dem Klassifikationssystem der jeweils gültigen ICD-Version⁹ vor. Für ein Berichtsjahr lassen sich jeweils alle Fälle identifizieren, die beispielsweise wegen Alkoholabhängigkeit (ICD 9 303) frühberentet worden sind. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass diese Statistiken zur Frühberentung wegen Alkoholabhängigkeit nur die Spitze des Eisberges darstellen, da zusätzlich mit Frühberentungen durch neurologische, psychiatrische und internistische Erkrankungen gerechnet werden muss, die in ursächlichem Zusammenhang zur Alkoholabhängigkeit zu sehen sind.

In der Bundesrepublik liegt die Anzahl dieser Berentungen wegen Alkoholismus 1999 mit 5.298 Personen nur geringfügig über dem Stand im Jahre 1993 mit 5.007 Zugängen. Während sich die Anzahl der Pflichtversicherten (o.R.) im entsprechenden Zeitraum kontinuierlich verringert, steigen die Rentenzugänge zwischen 1993 und 1995 zunächst deutlich um 29% auf 7.079. Hier erreichen sie den höchsten Stand und nehmen von da an kontinuierlich ab bis sie 1999 den tiefsten Stand seit 1993 erreichen. Der größte Rückgang lässt sich im Jahre 1998 erkennen, wo im Vergleich zum Vorjahr 13% weniger Rentenzugänge zu verzeichnen sind (vgl. Abb. 3.27).

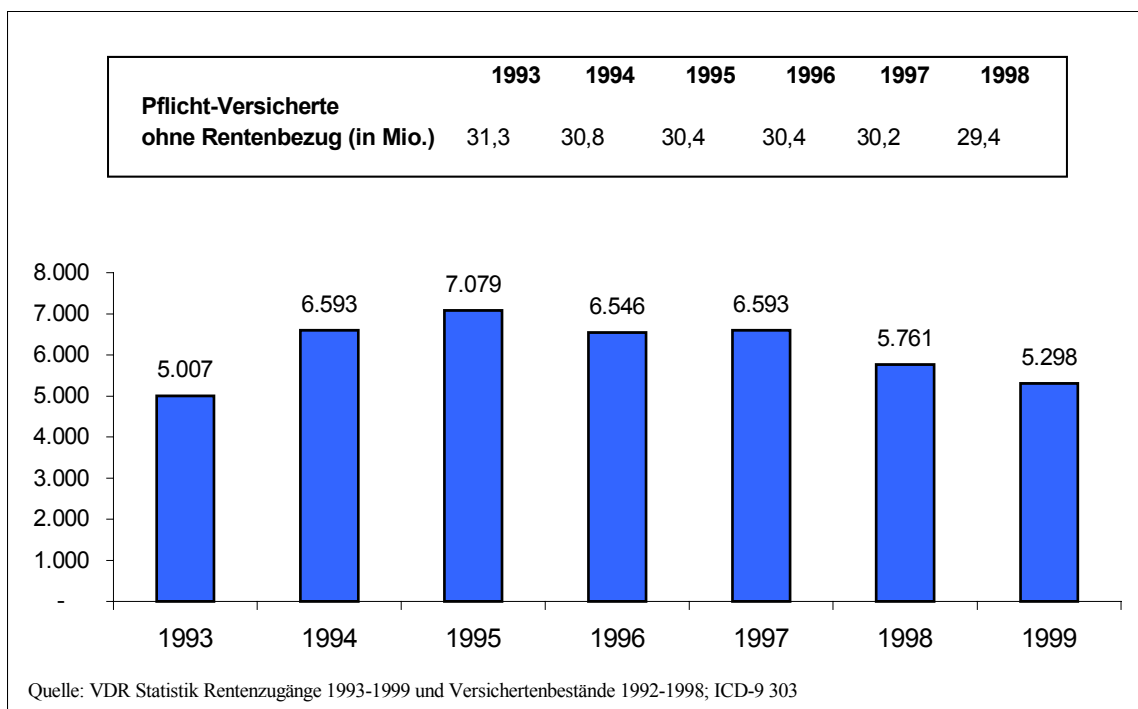
In rohen Raten ausgedrückt, also bezogen auf die Anzahl der zugrundeliegenden anspruchsberechtigten Pflichtversicherten (o.R.), finden sich ebenfalls 1995 die meisten Rentenzugänge aufgrund von Alkoholabhängigkeit pro 100.000 Versicherte. Generell zeigt die Veränderung der rohen Raten im zeitlichen Verlauf, dass der tendenzielle (absolut und anteilig) Rückgang der Rentenzugänge seit 1995 nicht primär auf einen allgemeinen Rückgang der Versichertenzahlen zurückzuführen ist, sondern andere Erklärungen herangezogen werden müssen. Es findet sich zwar eine leicht abgeflachte

⁸ Bergmann & Horch, 2000.

⁹ International Classification of Diseases.

Tendenz, die Abnahme der Frühberentungen von 1995 auf 1999 beläuft sich aber immerhin auf mehr als 20% des Ausgangswertes. Auch die deutliche Zunahme an Rentenzugängen pro 100.000 Pflichtversicherte (o.R.) im Jahr 1994 lässt sich nicht ohne weiteres auf eine Anpassung der Versichertenbestände in den neuen Ländern zurückführen (vgl. Abb. 3.28).

Abb. 3.27: Rentenzugänge (absolute Zahlen) aufgrund von Alkoholabhängigkeit - Gesamtes



Bundesgebiet

Wird das Zugangsalter zur vorzeitigen Berentung wegen Alkoholabhängigkeit als Differenzierungskriterium herangezogen, so zeigt sich, dass die Altersgruppen von 50 bis 59-Jährigen am häufigsten vertreten ist. Des Weiteren wird deutlich, dass der generelle Rückgang der Frühberentungen seit 1995 von altersspezifischen Besonderheiten unterlegt ist: die beiden am stärksten besetzten Altersklassen 50 bis 54 und 55 bis 59 folgen dem allgemeinen Trend, während sich die "Randverteilungen" der ganz jungen und alten Frührentner unregelmäßiger entwickeln. Insbesondere die Gruppe der 40 bis 45-Jährigen bleibt über den gesamten Zeitraum mit Werten zwischen 20 und 25 Fällen pro 100.000 Versicherte derselben Altersklasse relativ stabil (vgl. Abb. 3.29).

Abb. 3.28: Rohe Rate der Rentenzugänge wegen Alkoholabhängigkeit und Medikamenten- und Drogenabhängigkeit - Gesamtes Bundesgebiet

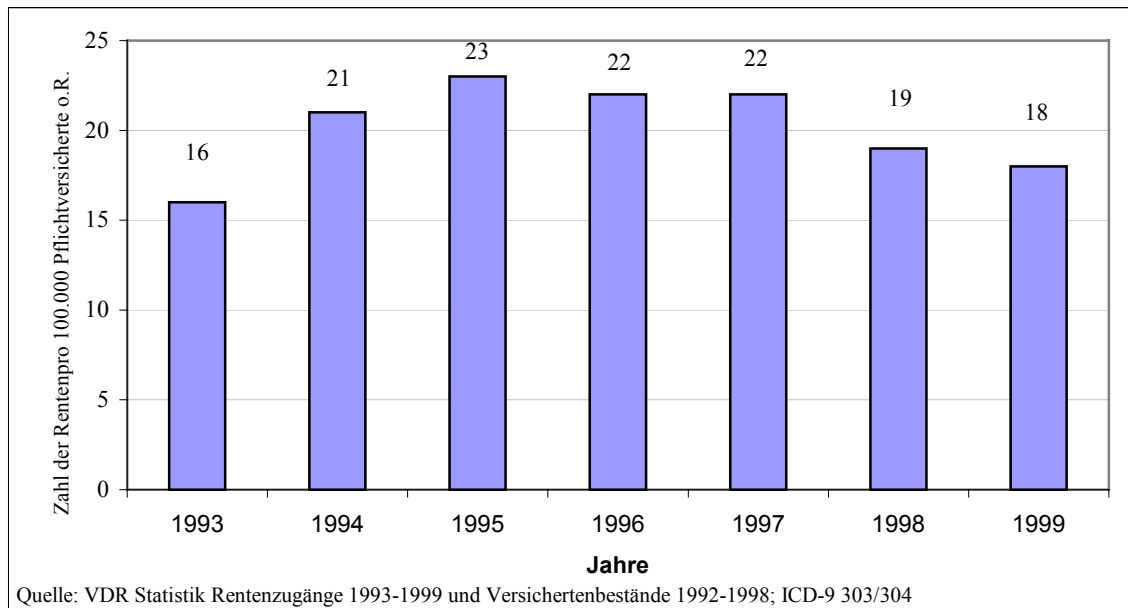
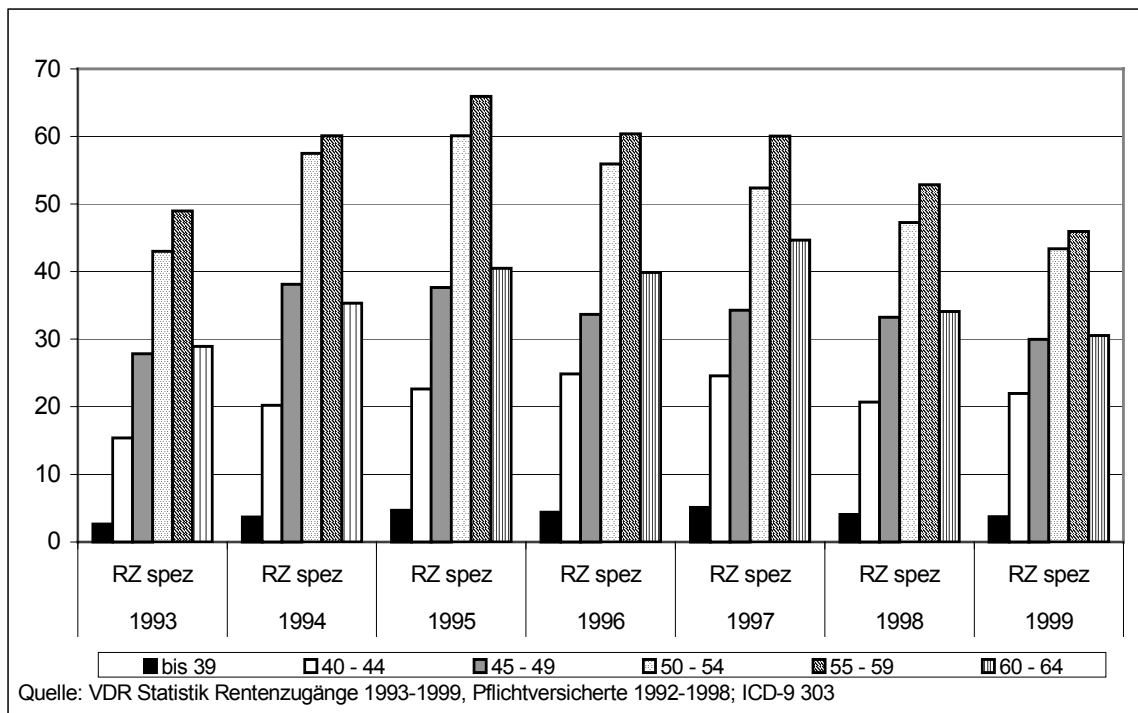


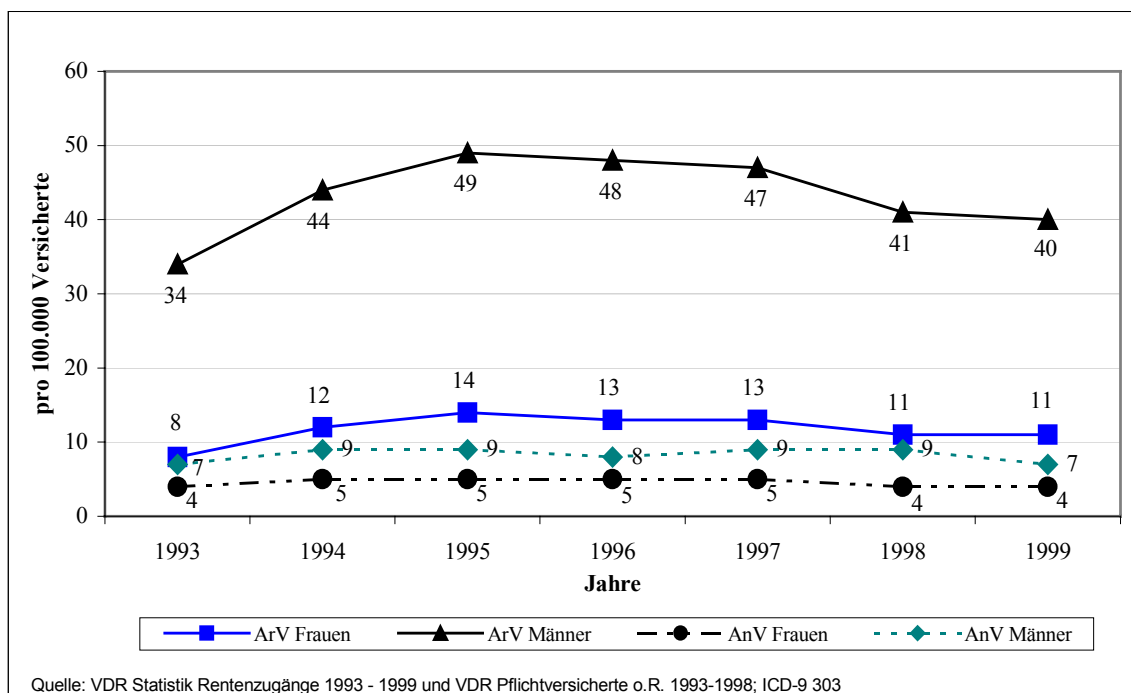
Abb. 3.29: Altersspezifische Rentenzugangsraten wegen Alkoholabhängigkeit - Gesamtes Bundesgebiet



Wegen der aufgezeigten differenziellen Entwicklungen sollten für die Zeitreihenanalyse der Frührenten-Zugänge die altersstandardisierten Rentenzugangs-Raten bevorzugt Verwendung finden. Gleichzeitig muss der unterschiedlichen Verteilung der Rehabilitanden und Versicherten auf die Rentenversicherungsträger Rechnung getragen

werden (vgl. Abb. 3.30): Dabei zeigt sich, dass die Raten für Männer der AR über den gesamten Zeitraum von 1993 bis 1999 am höchsten sind. Von 34 Rentenzugängen pro 100.000 Anspruchsberechtigten 1993 erhöhte sich deren Zahl innerhalb von zwei Jahren um 34% auf 49 Rentenzugänge im Jahr 1995. Danach verringert sich die standardisierte Rate auf schließlich 40 für das Jahr 1999 und zeichnet damit den o. a. Gesamttrend deutlich nach. Einen ähnlichen Verlauf zeigen die Rentenzugänge für Frauen der AR. Auch hier liegt der Wert von 11 pro 100.000 anspruchsberechtigte Versicherte im Jahr 1999 über dem des Jahres 1993 mit 8, aber deutlich unterhalb des 1995 erreichten Wertes von 14. Der in den Abb. 20 und 21 deutlich gewordene Rückgang seit 1995 lässt sich offenbar auf Veränderungen zurückführen, die tendenziell sowohl die AR als auch die AV gleichermaßen betreffen. Bei der AV weisen Männer wie Frauen 1999 die gleiche Rate wie 1993 auf. Im Verlauf zeigt sich ebenfalls ein Rückgang von 1995 bis 1999 um 22% (Männer) bzw. 20% (Frauen) (vgl. Abb. 3.30).

Abb. 3.30: Rentenzugänge wegen Alkoholabhängigkeit - Gesamtes Bundesgebiet (Standardisierte Raten)



Zieht man einen Vergleich der Frühberentungen aufgrund der Diagnose Alkoholabhängigkeit zu Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund *aller Diagnosen*, so zeigt sich für die standardisierten Raten ein den

alkoholspezifischen standardisierten Raten ähnlicher Verlauf (vgl. Abb. 31): Über den gesamten Zeitraum liegt die Anzahl der frühberenteten Männer höher als die der Frauen. Wenngleich die Zeitreihen für beide Geschlechtergruppen einem gemeinsamen Generaltrend folgen, verdeutlichen sich deren Niveauunterschiede in der Weise, dass zum Ende des Beobachtungszeitraumes die Werte für die Frauen prozentual rund 30% unter denen der Männer liegen, während der Unterschied zu Beginn bei rund 13% liegt.

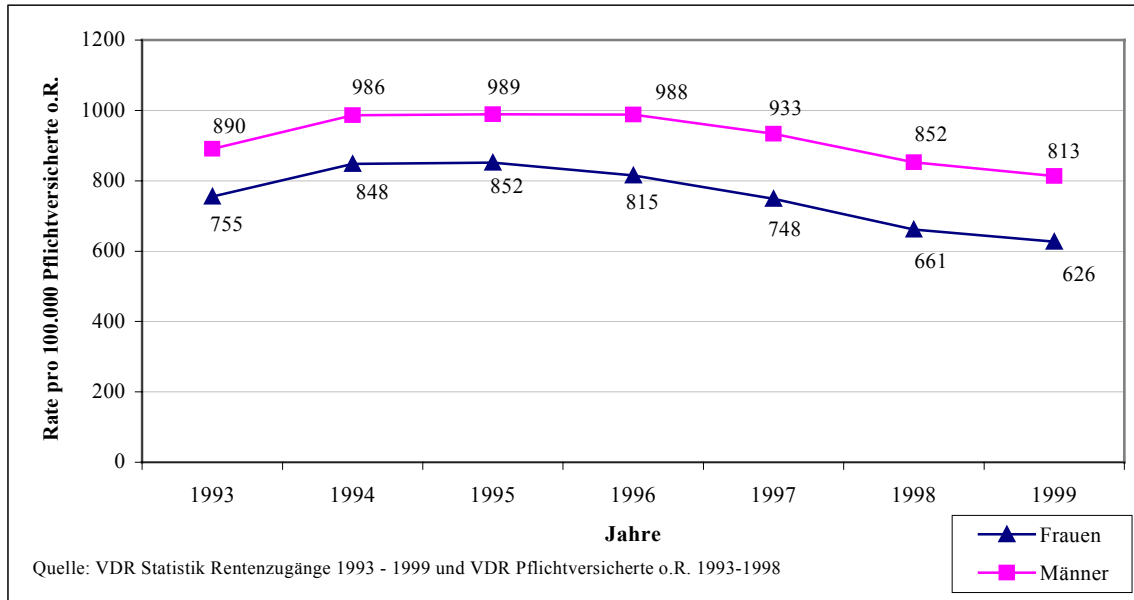
Im Einzelnen ergeben sich folgende Befunde: 1993 wurden 890 Männer pro 100.000 gleichaltrige Pflichtversicherte o. R. wegen verminderter Erwerbsfähigkeit frühberentet. Ihre Zahl steigt bis zum Jahr 1995 auf 989, erreicht hier den höchsten Wert innerhalb des hier berichteten Zeitraums und sinkt von 1995 bis 1999 um insgesamt 176 Fälle auf 813, womit ein Wert noch unterhalb des Wertes von 1993 erreicht wird. Für die Frauen wird in den Jahren 1993 bis 1995 ebenfalls ein Anstieg der Frühberentungen deutlich, von 755 Fällen pro 100.000 Pflichtversicherte o. R. (1993) auf 852 (1995). Auch hier schließt sich ein Rückgang bis zum Jahr 1999 an, in noch deutlicherem Ausmaß als bei den männlichen Versicherten, nämlich um insgesamt 226 Fälle auf 626.

Der Anstieg der Frühberentungen aufgrund der Diagnose 303 (vgl. Abb. 3.30) zwischen 1993 und 1995 – insbesondere deutlich geworden für die männlichen Versicherten der AR – scheint somit nicht primär diagnosespezifisch, sondern folgt, wenngleich mit einer wesentlich ausgeprägteren Dynamik, dem Trend der Frühberentungen insgesamt. Bei differentieller Analyse der Gesamtheit der Frühberentungen fanden sich des Weiteren keine Hinweise auf eine mögliche Besonderheit der Rentenzugänge innerhalb der neuen Bundesländer, womit der starke Anstieg zu Beginn der 90er Jahre hätte erklärt werden können.

Trotz der genannten Gemeinsamkeit unterscheidet sich die Population der Frühberenteten mit der Diagnose 303 insbesondere im Hinblick auf das jeweilige Rentenzugangsalter deutlich vom Durchschnitt der Frühberenteten insgesamt (Tab. 3.11): Bei den Männern liegt das durchschnittliche Rentenzugangsalter (bundesweit) bei Diagnose 303 mit 49,34 Jahren um knapp drei Jahre unter dem Gesamtdurchschnittsalter der Männer mit 52,25 Jahren, die wegen Alkoholabhängigkeit

frühberenteten Frauen sind mit 48,74 Jahren um knapp zwei Jahre jünger als der Durchschnitt der frühberenteten Frauen insgesamt.

Abb.3.31: Rentenzugänge -Gesamtes Bundesgebiet (Standardisierte Raten)



Tab.. 3.11: Durchschnittsalter bei Rentenzugang wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 1999

Diagnosegruppen	ursprüngliches Bundesgebiet	neues Bundesgebiet	gesamtes Bundesgebiet
alle Diagnosen	♂ 52,75	♂ 50,13	♂ 52,25
	♀ 50,80	♀ 49,66	♀ 50,54
303*			♂ 49,34
			♀ 48,74

*Hier liegen nur Aussagen für das gesamte Bundesgebiet vor.
 Quelle: VDR Statistik Rentenzugang 1999

3.3.4 Entwicklungstendenzen im rehabilitativen Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke

Die synoptische Analyse von Entwicklungen der Inanspruchnahme von Maßnahmen der Suchtrehabilitation, deren Kosten und nicht zuletzt auch die Berücksichtigung von Frührenten erlauben eine Einschätzung zu wesentlichen Entwicklungsprozessen des rehabilitativen Versorgungssystems im Bereich der Abhängigkeitskrankheiten. Diese steuerungsrelevanten Problemstellungen beziehen sich insbesondere auf die Weiterentwicklung der Setting-Formen und -Konstellationen, deren soziodemografische, suchtmittelspezifische und regionale Bedingtheit und die ökonomischen Rahmenbedingungen.

Inanspruchnahme und Organisationsentwicklung in der Rehabilitation – Veränderungen bei den Frührenten

Zunächst zu den epidemiologischen Ausgangsbedingungen und deren Bezügen zur Suchtrehabilitation im Bereich der Alkoholabhängigkeit: Ebenso wie in der Grundgesamtheit der bundesrepublikanischen Bevölkerung findet sich in der medizinischen Rehabilitation eine deutliche Dominanz der Männer und der unteren Sozialschichten – hier durch die Zugehörigkeit der Rehabilitanden zur Arbeiterrentenversicherung repräsentiert.

Weiterhin findet sich unter Ceteris-paribus-Bedingungen, hier der alten Bundesländer, analog zum Rückgang des durchschnittlichen Alkoholkonsums in der Bevölkerung, welcher auch als Indikator für die Inzidenz bzw. Prävalenz alkoholbedingter Störungen interpretiert wird, eine Reduktion der Inanspruchnahme von stationären Rehabilitationsmaßnahmen bei Alkoholabhängigkeit. Ausgenommen von dieser rückläufigen Entwicklung sind die Frauen der Arbeiterrentenversicherung, die mit einem relativ stabilen Wert um 50 pro 100.000 Pflichtversicherte von Anfang (1993) bis zum Ende des Analysezeitraumes (1999) verharren (1999: AR / AV-Männer 142 / 60; AV-Frauen = 34).

Korrespondierend mit der Entwicklung der stationären Rehabilitation kommt es auch bei den wegen Alkoholabhängigkeit bewilligten Frührenten, allerdings nur für den Zeitraum von 1995 bis 1999, zu einem Rückgang, der im Bereich der Rehabilitation durch die Arbeiterrentenversicherung verursacht wird. Parallele Trends finden sich bei letzterer auch hinsichtlich einer Zunahme der standardisierten Werte in der stationären Rehabilitation und der Frührente aufgrund von Alkoholabhängigkeit in den Jahren 1993 bis 1995.

Interessant ist auch der Vergleich der standardisierten Raten für die alkoholbedingten und denen der insgesamt zugegangenen Frührenten: Auch hier finden sich, wenngleich mit teilweise unterschiedlicher Dynamik bei den Zunahmen von 1993 bis 1995 und Rückgängen von 1995 – 1999, ähnliche Entwicklungen. Bemerkenswert ist ebenso, dass weder in der Grundgesamtheit der Frührentner noch in der Gruppe der alkoholabhängigen Berenteten Effekte sichtbar werden, die mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz in Verbindung gebracht werden können.

Während sich für den Rückgang der Inanspruchnahme der stationären Rehabilitationsleistungen bei Alkoholkranken epidemiologische Begründungen finden lassen, sind die Veränderungen im Bereich der alkoholbedingten Frühberentungen erklärungsbedürftig: Sowohl die Zunahme der Renten bis zur Mitte der 90er Jahre und deren anschließende Reduktion bedürfen einer weitergehenden wissenschaftlichen Analyse.

Ein hervorzuhebendes Moment in der Versorgungssystem-Entwicklung ist der dynamische Ausbau der ambulanten Angebote der Suchtrehabilitation wie auch der Vernetzung des stationären Settings mit der ambulanten Nachsorge. So haben sich die - aus der Summe der ambulanten Leistungen und der Ausgabenentwicklung geschätzten - Zahlen für die ambulante Rehabilitation von 1994 bis 1999 fast verdreifacht und erreichen zuletzt ein Niveau von knapp 3.000 Maßnahmen bei den Alkoholabhängigen, was einem Anteil der so berechneten Summe aller stationären und ambulanten Leistungen von rund 10% entspricht. Offen bleibt, ob es sich bei den ambulanten Reha-Leistungen um solche handelt, für die sich die Betroffenen anstelle einer stationären Rehabilitation entschieden haben, oder ob es sich hier um ein zusätzliches Nachfragepotential handelt. Im ersten Fall müsste man die bei den stationären

Leistungen beobachteten Rückgänge in der Inanspruchnahme-Entwicklung relativieren. Würde letzteres zutreffen, ergäben sich daraus Hinweise auf eine erwünschte Nachfragesteigerung bei den Rehabilitationsbedürftigen.

Der in den neuen – im Vergleich zu den alten – Bundesländern anzutreffende zögerliche Ausbau des ambulanten Versorgungssystems im Bereich der Abhängigkeits-erkrankungen findet vermutlich auch seine Erklärung in dem noch nicht abgeschlossenen Ausbau der regionalen Beratungs- und Behandlungsstrukturen. Dies ist um so erstaunlicher, als in den neuen Bundesländern die Inanspruchnahme-Entwicklung bei den stationären Maßnahmen eine gänzlich andere Dynamik zeigt und mittlerweile das Niveau der standardisierten Raten für die Rehabilitation bei Alkoholkranken erkennbar über den Werten des Westens liegt.

Auffällig sind auch die anderen Befunde aus der empirischen Analyse zum Ausbau des Versorgungssystems in Richtung flächendeckender und wohnungsnaher ambulanter Angebote und deren Inanspruchnahme-Intensität: Abgesehen davon, dass zur Zeit die ambulanten Leistungen noch prioritär in den alten Bundesländern stattfinden, lässt sich aus der Entwicklung der letzten Jahre ableiten, dass es bevorzugt Alkoholranke sind, die solche Leistungsangebote nachfragen, ebenso wie Frauen und Angehörige der oberen Sozialschichten – hier vertreten durch die Versicherten der Angestelltenversicherung. Letzteres verwundert zunächst insofern, als man vermuten könnte, dass es durch die größere Nähe der Landesversicherungsanstalten zu den regionalen Steuerungsebenen zumindest zu einer vergleichbaren regionalisierten Inanspruchnahme kommen würde, während dem gender- und suchtmittelspezifischen Effekt – hier werden dringend vertiefende rehabilitations-wissenschaftliche Analysen benötigt – eine gewisse Augenschein-Plausibilität in den sozialen Kontextbedingungen bzw. dem Schweregrad der Abhängigkeitserkrankung zugemessen werden kann. Im Hinblick auf die verstärkte Repräsentanz der Angestellten bei den ambulanten Leistungen werden auf der Ebene von Praxis-Experten aus dem Bereich der Suchtrehabilitation Hinweise darauf gegeben, dass möglicherweise auch die ausgeprägtere soziale oder auch kognitiv-sprachliche Mobilität von Abhängigkeitskranken einen verstärkten Behandlungsanreiz für die ambulanten Suchteinrichtungen beinhalten könnte.

Weitergehende Auswirkung auf die Systemsteuerung in der Suchtrehabilitation dürften sich ebenfalls aus der scheinbar unaufhaltsamen absoluten und relativen Zunahme von Patienten mit Drogenabhängigkeit ergeben: Rund jeder vierte Sucht-Rehabilitand gehört zu der Gruppe der Drogen- bzw. Mehrfachabhängigen. Auch die Dynamik der demografiebereinigten Inanspruchnahme-Entwicklung, von 1994 bis 1999 betrug der Zuwachs in der gesamten Bundesrepublik 50%, weist auf große Herausforderungen an das rehabilitative Versorgungssystem hin. Nicht zuletzt deshalb, weil hier im Vergleich zur Rehabilitation von Alkoholabhängigen die Effektivität der Behandlung, beispielsweise im Hinblick auf die Abstinenz oder Haltequote, noch auf erhebliche Entwicklungspotentiale hindeutet¹⁰ und das, obwohl die durchschnittliche Behandlungsdauer bei Drogenabhängigen – einschließlich der Therapieabbrecher bei beiden Gruppierungen – um mehr als 30% höher liegt.

Anders als in anderen Indikationsbereichen in der medizinischen Rehabilitation hat das Versorgungsfeld im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen lange vor dem Inkrafttreten des WFG ohne äußeren gesetzlichen Druck die durchschnittlichen Behandlungszeiten sukzessive reduziert, eine maßgebliche Entwicklung im Bereich der ambulanten Rehabilitation vollzogen, eine Vernetzung mit den stationären / teilstationären Versorgungsformen eingeleitet sowie auch eine längerfristige Nachsorge für die Rehabilitation praktiziert.

Als tragende Bedingung hierfür können zunächst die schon fast traditionellen methodischen und konzeptionell-inhaltlichen Innovationsimpulse aus dem System der stationären Suchtrehabilitation angesehen werden, nicht zuletzt aber auch die schon vor geraumer Zeit installierten regionalen Beratungs- und Betreuungsstrukturen und deren Öffnung für die ambulante Rehabilitation. Allerdings scheint es nicht unproblematisch, diesen kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess, wie durch das WFG geschehen, durch abrupte äußere Eingriffe zu „beschleunigen“. Wenngleich sich keine Hinweise auf negative Auswirkungen der allmählichen Reduktion der Behandlungsdauer der stationären Suchtrehabilitation finden – von 1990 bis 1996 wurde eine Verkürzung der

¹⁰ Sonntag & Künzel (2000).

rehabilitativen Phase um rund 10% des Ausgangswertes erreicht – kann dies im Hinblick auf den abrupt wirksamen WFG-Eingriff zumindest für Teilgruppen von Betroffenen nicht konstituiert werden.

Globale und Pro-Kopf-Ausgaben für die Suchtrehabilitation

Auch der Zusammenhang der ökonomischen und organisatorischen Steuerung des Systems der Suchtkrankenhilfe verdient Beachtung. Die konzeptionelle Klammer der im Folgenden angestellten Überlegungen bildet wiederum die medizinische Rehabilitation und das, worauf sie sich zumindest hinsichtlich des sozialrechtlichen Auftrags der gesetzlichen Rentenversicherung letztendlich gründet, nämlich die Verhinderung einer sozialen Desintegration, hier einer krankheitsbedingten Frühberentung.

Zunächst zu den durch die Suchtrehabilitation entstehenden direkten Kosten der Abhängigkeitserkrankungen mit Bezug auf nachgewiesene globale bzw. geschätzte Pro-Kopf-Statistiken: Obwohl – im Hinblick auf die Inanspruchnahme-Entwicklung in der Bundesrepublik insgesamt – erhebliche Veränderungen qualitativer und quantitativer Art eingetreten sind, haben sich die Ausgaben für die Suchtrehabilitation von 1994 bis 1999 praktisch nicht verändert; sie liegen nahezu punktgenau bei dem Wert von 872 Mio. DM. Gleichzeitig hat sich die Quantität der Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeit von rund 24.750 um knapp 1.500 Fälle auf rund 26.250 erhöht sowie die (geschätzte) Zahl der ambulanten Suchtrehabilitanden um rund 1.800 von rund 1.100 auf 2.900 vergrößert. Dazu kommt eine zunehmende (geschätzte) Anzahl von Alkoholkranken, die im Anschluss an die Rehabilitation eine ambulante Nachsorge erfahren haben. Qualitativ (und ebenso quantitativ) hat sich das System der Suchtrehabilitation im Vergleichszeitraum von 1994 bis 1999 durch eine strukturelle Wandlung des Patientenmix' verändert: Waren es 1994 noch rund 6.500 Drogen- und Mehrfachabhängige, die stationär rehabilitiert wurden, sind es 1999 mit knapp 8.800 bereits rund 2.300 Patienten zusätzlich. Auf der anderen Seite stehen in dieser Zeit Verkürzungen in den Behandlungszeiten für die Alkohol- und Medikamenten- / Drogenabhängigen um gut 20%. Auch ist im Hinblick auf aufwandreduzierende

Systemkomponenten zu berücksichtigen, dass eine (geschätzte) Zahl von rund 3.000 Abhängigkeitskranken ambulant rehabilitiert worden ist.

Errechnet man – ohne Differenzierung der Teilkomponenten (Setting-Modalität, ambulante Nachsorge, Suchtmittelspezifika, Maßnahme- bzw. sonstige Kosten) – aus der Zahl sämtlicher in den jeweiligen Referenzjahren 1994 bzw. 1999 rehabilitierten Fälle und den Gesamtausgaben für die beiden Jahre die Pro-Kopf-Ausgaben, so ergeben sich für 1994 Fallkosten in Höhe von 26.080 DM und für 1999 21.532 DM, entsprechend einer Reduktion von 17,4%. Die Zunahme der insgesamt rehabilitierten Fälle ohne zahlenmäßige Berücksichtigung der ambulanten Nachsorge beläuft sich auf rund 7.000 (1994: 33.436 und 1999: 40.497 Fälle), entsprechend einer prozentualen Steigerung von 21%. Den angestellten Berechnungen liegt unter anderem die Fragestellung zugrunde, wie viele „Köpfe“ der erwerbsfähigen Bevölkerung das System der Suchtrehabilitation pro Jahr und über einen definierten Zeitraum erreicht. Darüber hinaus ist es von Interesse, ob und wie dieser Versorgungssektor auf sich verändernde indikative Bedingungen – sei es die Suchtmittelspezifika oder die organisatorische Ausgestaltung wohnortnaher Angebote oder deren Vernetzung mit den stationären Formen der Rehabilitation – reagiert. Nicht zuletzt ist es unter der Bedingung ständig knapper werdender finanzieller Ressourcen von Belang, welche gesellschaftlichen Kosten entstehen und welche Finanzierungsbedingungen dafür vorgesehen werden.

Zieht man unter den genannten Gesichtspunkten ein Zwischenresümee zu den organisatorischen und ökonomischen Forderungen an das System der Suchtrehabilitation, so lässt sich festhalten, dass dieser Versorgungszweig Antworten auf die sich verändernde Bedarfslage im indikativen und organisatorischen Feld gefunden hat. Es war möglich – für den Bereich der stationären Rehabilitation von Alkoholkranken liegen entsprechende empirische Belege vor – ohne substantielle Veränderungen in der Ergebnisqualität eine, mit gut 20% zusätzlicher Fälle, erhebliche Bedarfssteigerung zu verkraften, ohne dass damit zusätzliche Kosten im Bereich der Rehabilitation verbunden gewesen wären.

Auch finden sich im Vergleichszeitraum keine Hinweise auf zusätzliche Kosten im Bereich der beispielsweise aufgrund von Alkoholabhängigkeit neu zugegangenen

Frührenten. Mit Bezug auf das Verhältnis von indirekten und direkten Kosten von Abhängigkeitserkrankungen im System der sozialen Sicherung erscheint es dennoch angebracht, auf die Ausgaben für Erwerbsunfähigkeitsrenten im Vergleich zu den für die im Bereich der Rehabilitation eingesetzten finanziellen Mittel näher einzugehen.

Direkte und indirekte Kosten im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen – Rehabilitation und Frührente

Im Jahr 1999 sind in Gesamtdeutschland rund 5.300 Mitglieder der Gesetzlichen Rentenversicherung wegen ihrer Alkoholkrankheit frühberentet worden, im Durchschnitt in einem Alter von rund 49 Jahren. Für die 1999 zugegangenen Frührenten betrug der durchschnittliche monatliche Zahlbetrag rund 1.350,- DM. Das arithmetische Mittel des Rentenzugangsalters betrug im selben Zeitraum 62 Jahre – entsprechend einer durchschnittlichen Differenz von 13 Lebensjahren. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass – zumindest was die rehabilitierten Abhängigkeitskranken betrifft – die jährliche Sterbequote in einer Größenordnung von ca. 1,5% liegt. Aus diesen Eckwerten kann man einen empirisch reproduzierbaren Teil der indirekten Kosten von alkoholbedingten Erkrankungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung in Form eines Szenarios bestimmen:

Die GRV ist nach der augenblicklichen Gesetzeslage verpflichtet, nach Vorliegen entsprechender versicherungsrechtlicher Voraussetzungen, ihren Versicherten spätestens mit dem Erreichen des vorgeschriebenen Alters eine Rente zu zahlen. Für die wegen ihrer Alkoholkrankheit Frühberenteten hat sie diese Verpflichtung zur Zeit statistisch rund 13 Jahre früher, als es ohne diese Erkrankung notwendig gewesen wäre. Sie muss also für diesen Zeitraum zusätzliche finanzielle Mittel zur materiellen Lebensabsicherung der Betroffenen bereitstellen. Wegen der beklagenswert hohen Sterblichkeit der Suchtkranken endet diese Rentenzahlung – sieht man von den Aufwendungen für die Hinterbliebenen ab – jedoch für einen Teil der Betroffenen bereits unterhalb der Schwelle von 13 Jahren. Unter Berücksichtigung einer fortlaufenden Berechnung der Verstorbenenanzahlen über den Zeitraum von 13 Jahren ergibt sich als Summe der Rentenzahlungen an die Überlebenden ein Gesamtbetrag von 1.091.523.000 DM (rd. 1,1 Mrd. DM). Dies entspricht durchschnittlichen pro-Kopf

Kosten für Rentenzahlungen in Höhe von 205.947 DM. Stellt man die durchschnittlichen Ausgaben für eine alkoholbedingte Frührente den augenblicklichen, gemittelten Fallkosten für eine Rehabilitationsmaßnahme im Bereich der Abhängigkeitserkrankung gegenüber, so wird deutlich, dass die Frührentenzahlung mit durchschnittlich 206.000 DM die Reha-Fallkosten mit zur Zeit im Mittel knapp 22.000 DM um ein Vielfaches übersteigt, auch dann noch, wenn man die für einen Teil der Rehabilitanden notwendig werdenden Wiederholungsmaßnahmen mit ins Kalkül zieht.

Wenngleich ein solches Ausgabeszenario mit seinen derzeit verfügbaren empirischen Grundlagen nur eine pauschalierende und orientierende Abschätzung eines kleineren Teils der indirekten Kosten der Alkoholkrankheiten ermöglicht, kann der errechnete Kostenrahmen Hinweise auf die ökonomische Bedeutung der Suchtrehabilitation geben. Die Verhinderung einer vorzeitigen Berentung stellt die zentrale Begründung und Zielkategorie für die medizinische und berufliche Rehabilitation der gesetzlich Rentenversicherten dar und ist damit auch zugleich Legitimation der Rehabilitation im Allgemeinen.

Abhängigkeitserkrankungen bergen jedoch im Besonderen eine Behandlungsindikation, die hinsichtlich des potentiell zu erzielenden Ergebnisses eher die Ausnahme als die Regel darstellen: So wird der Alkoholkranke durch eine erfolgreiche Rehabilitation in die Lage versetzt, die mit dem Suchtmittelkonsum verbundenen Begleit- und Folgekrankheiten quasi präventiv zu verhindern. Eine von der Bundesknappschaft und der Fachklinik am Rosenberg in einem Forschungsverbund durchgeführte Evaluation zum langfristigen sozialmedizinischen Rehabilitationsverlauf bei insgesamt 84 Patienten zeigt beispielhaft die volkswirtschaftliche Bedeutung effizienter stationärer Entwöhnungsbehandlungen: Im Vergleich zu einem Zeitraum von zwei Jahren vor Beginn der Entwöhnungsbehandlungen (1990) reduzierten sich bis fünf Jahre nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlungen (1997), bezogen auf suchtbedingte Erkrankungen, die Arbeitsunfähigkeitstage um 75,3% und die Krankenhaustage um 76,7%.^{11 12}

¹¹ Zemlin et al. (1999)

¹² Klein, Missel & Braukmann (1997)

4. Grundprinzipien der Intervention

Angesichts der Vielfältigkeit der Probleme, mit denen die Suchtkrankenhilfe konfrontiert ist, spielen „Grundprinzipien der Intervention“ als Handlungsbasis eine wichtige Rolle. Dabei handelt es sich nicht um unveränderliche, stets gültige Sätze; sie verstehen sich als Ausdruck dessen, schritthaltend mit der Entwicklung des Versorgungssystems, immer wieder auch Fragen nach den Grundlagen des Handelns zu beantworten. In der Diskussion um die Gestaltung der Interventionen werden – das liegt nicht nur in der Heterogenität der Problemlagen begründet – interessengeleitet unterschiedliche Prioritäten gesetzt und z. T. kontroverse Positionen vertreten.¹

Diskussionsstoff bieten Überlegungen zur Problemdefinition selbst und zu den Zielgruppen: Wer wird erreicht? Wem wird geholfen? Welche Rolle spielen soziodemografische Merkmale, wie z.B. Alter, Geschlecht, Nationalität oder soziale Herkunft für die Behandlung?

Damit eng verbunden ist die Frage nach den Zielen des Eingreifens: Was soll erreicht werden, warum wird geholfen? Wie können diese Ziele erreicht werden?

Einen weiteren Themenbereich stellt die Art der Hilfeleistung dar: Selbsthilfe, fremde Hilfe, professionelle Angebote.

Bezogen auf die verschiedenen Suchtmittel (z. B. Alkohol, Drogen, Medikamente) tritt die Intensität des Gebrauchs in den Vordergrund. Die Interventionen unterscheiden sich bei riskantem oder schädlichem Gebrauch sowie bei den einzelnen Graden der Abhängigkeit.

Welches Gewicht hat dabei die Prävention, insbesondere die Frühintervention, was ist bei der Akutversorgung zu beachten, wie unterstützen Rehabilitation und Nachsorgeleistungen die (dauerhafte) Abkehr von der Ausübung süchtigen Verhaltens?

Wie ist vor diesem Hintergrund die Bedeutung von „Grundprinzipien“ einzuordnen? Nahezu einhellig werden sie als „Orientierungs- und Bewertungsrahmen für die Beschreibung der aktuellen Angebotssituation, die Feststellung von Defiziten sowie die Formulierung von Handlungsvorschlägen“ dargestellt.²

¹ Als Beispiele für solche Themen seien hier stellvertretend die Frage nach dem Ort und nach der Art der Behandlung, nach der Interdisziplinarität in den Angeboten oder nach dem Qualitätsmanagement genannt.

² NRW-Programm, S.14.

Damit wird deutlich, dass „Grundsätze für die Intervention“ nicht die jeweilige (Versorgungs-) Realität abbilden können. Im Gegenteil, sie stellen in gewisser Weise Postulate an das Versorgungssystem dar, sie beschreiben besondere Anforderungen und die Aufforderung zu deren Umsetzung.³

³ So wird es im NRW-Programm, S.14, explizit formuliert: „Es wird damit die Erwartung verbunden, dass sich alle ... Beteiligten die Grundsätze ... zu eigen machen.“

4.1. Präventive Perspektive: Public Health Ansatz

Ein übergreifendes und, gemessen an der aktuellen Versorgungsrealität, eher idealistisches Interventionsverständnis findet sich im Public Health Ansatz. Er verlegt die Initiative zur Intervention auf einen Zeitpunkt der frühest möglichen *Wahr*-nehmung des individuellen Abhängigkeitsproblems durch die Gesellschaft und erhebt den – theoretisch – größtmöglichen gesamtgesellschaftlichen Gewinn, und damit auch des Einzelnen, zu einem bestimmenden Prinzip.

So werden wegen der mit Substanzproblemen assoziierten Psychopathologie (Verleugnung, Bagatellisierung etc.) Abhängigkeitserkrankungen zunächst oft gar nicht oder nur zufällig und meistens erst in einem fortgeschrittenen Stadium erkannt. Trotz des – auch im internationalen Vergleich – gut ausgebauten Versorgungssystems der Suchtkrankenhilfe in Deutschland wird nur ein kleiner Teil der Betroffenen durch das Hilfesystem erreicht und adäquat behandelt. Angesichts dieses Missverhältnisses stellt sich die Frage nach den Ursachen und den Chancen, um dies zu ändern.

Bei der Suche nach Antworten bietet der Public Health Ansatz Erklärungs- und Strategieansätze.⁴ Nach Gutzweiler versteht sich Public Health als eine die kurative Medizin ergänzende bevölkerungsbezogene Perspektive von Gesundheit und Krankheit, die – gleichzeitig Wissenschaft und soziale Aktion – multidisziplinär geprägt ist; eine besondere Rolle spielen dabei sozialwissenschaftliche, psychologische, medizinische und epidemiologischen Methoden.⁵

Public Health basiert auf der Erkenntnis, dass die Erfolgchancen der Zukunft in der nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit aller Menschen sowie in einem wirksamen und kostengünstig arbeitenden Versorgungssystem liegen.⁶ Der Public Health Ansatz versteht sich insofern als ein „Gegen-“ bzw. ergänzendes Gesamtkonzept zu einer auf die kurative Versorgungspraxis verkürzten Interpretation der Suchtkrankenhilfe. Diese ist in ihrem Schwerpunkt charakterisiert durch die Entwöhnung von Abhängigen. Ihre spezifischen Angebote, wie Sucht-Beratungsstellen, Fachambulanzen und -kliniken, Rehabilitation und Nachsorge seien zwar therapeutisch unbestritten adäquat, so John,

⁴ Schwartz (1998) mit weiterführender Literatur: Nach dem Verständnis der WHO wurde Public Health 1952 beschrieben als „science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organized efforts of society.“

⁵ Gutzweiler (1999), S. 24.

⁶ Vgl. Schwartz et al. (1999), S. 23.

allerdings nur für entsprechend motivierte Patienten.⁷ Aus der Sicht des Public Health Ansatzes seien sie aber eher „unzulänglich“, besonders wegen ihrer „Komm-Struktur-“ Ausrichtung und der oft hohen Zugangsschwellen. Durch eine konsequente Einbeziehung der Motivationsentwicklung in die Angebote, was mittels (in der Hauptsache sekundär-) präventiver Maßnahmen möglich ist, würde sich die Handlungsbasis verbreitern.

Der bevölkerungsbezogene Ansatz geht von der Annahme aus, dass Probleme des Konsums psychotroper Substanzen und die dadurch auftretenden Störungen nicht nur den Einzelnen betreffen, sondern das gesamte Gemeinwesen. Neben die gesundheitlichen Probleme treten psychische, soziale, finanzielle sowie juristische Schwierigkeiten. Auch die ökonomischen Auswirkungen sind gesamtgesellschaftlich gesehen beträchtlich.⁸ Neben den Kosten für die „eigentliche“ Behandlung stehen z. B. der Verlust an Produktivität, Schäden an Betriebsanlagen, Unfälle sowie häufiges Fehlen am Arbeitsplatz, Kosten der substanzbezogenen Kriminalität und Haft sowie Aufwendungen für Ausbildung und Prävention.⁹

Der Public Health Gedanke manifestiert sich auch in politischen Strategiepapieren. So wird z.B. im „Landesprogramm gegen Sucht“ des Landes Nordrhein-Westfalen betont, dass dieses dynamische Gefüge von Wechselwirkungen zwischen Person, Umfeld und Substanz, mit dem das Krankheitsbild substanzbezogener Störungen beschreibbar ist, auch bereits in den frühen Erscheinungsformen der „besonderen Fürsorge von Staat und Gesellschaft“ unterliege.¹⁰

Bezogen auf die Folgen des Konsums liegt der Fokus des bevölkerungsbezogenen Ansatzes auf Schädigungen, die zukünftig auftreten können. Das bedeutet, dass bei der Verteilung der Ressourcen für die Intervention auch im Bereich der (Primär- und) Sekundärprävention Schwerpunkte gesetzt werden.¹¹

Während man unter Primärprävention substanzbezogene Politik, Information und pädagogische Maßnahmen zusammenfasst,¹² steht bei sekundärpräventiven Maßnahmen die Motivierung zu einer aktiven Auseinandersetzung mit den Substanzproblemen im

⁷ John (1998), S. 478.

⁸ Vgl. auch Kresula (1998) und Kap.3.2.3.

⁹ Mann (2000) spricht in diesem Zusammenhang von 100 Mrd. DM Schaden jährlich. Im Jahrbuch Sucht 2001 geht man von mind. 40 Mrd. DM aus. APA (1995) spricht für die USA von 300 Mrd Dollar jährlich.

¹⁰ NRW-Programm, S. 12.

¹¹ Schwartz (1999), S. 23f., geht davon aus, dass mit Widersprüchen und Konflikten in der Diskussion um eine effizientere Nutzung der Systemressourcen angesichts der angespannten Finanzlage zu rechnen ist.

¹² Nach der Meinung von John gilt nur die substanzbezogene Politik als wirksam und empirisch belegt,

Zentrum der Bemühungen. Dabei bildet das sozialpsychologische Modell der Einstellungsänderung eine theoretische Grundlage für die Interventionen. Das Modell zur „Änderungsabsicht“ unterscheidet folgende Stadien der Änderungsabsicht:

Vorabsicht/Precontemplation:	Person ist mit dem Konsum (noch) einverstanden, Konsum ohne Bereitschaft der Veränderung
Absichtsbildung/Contemplation:	Zweifel am Konsum entstehen, Nachdenken, Unsicherheit, ob Konsum aufrecht zu erhalten sei, evtl. erste Versuche zur Abstinenz
Umsetzung/Preparation-Action:	Entscheidung zu Abstinenz oder Selbsthilfegruppe steht fest, Vorsätze zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten werden realisiert, persönliche Argumente für das neue Verhalten wiegen schwerer als dagegen
Aufrechterhaltung/Maintenance:	Person handelt aktiv für die Aufrechterhaltung des neuen Verhaltens

In der Praxis hat sich dieses Modell bei der Frühintervention bewährt, sowohl was den schädlichen Konsum betrifft zur Verhaltensänderung, als auch bei Abhängigkeit zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen. Für sekundärpräventive Maßnahmen werden vielfältige Formen angedacht: schriftliche Informationen z.B. in Form von Broschüren, Ratschläge, Kurzberatung, Beratung (bis etwa eine Stunde Dauer) sowie Behandlung (=Motivierungsbehandlung zur Aktivierung der eigenen Auseinandersetzung mit der Substanzproblematik). Bis zu diesem Stadium handelt es sich um Interventionen mit vergleichsweise geringem Aufwand und nachweisbarer Wirksamkeit.¹³

Diese Form der Sekundärprävention benötigt einen Berater, der Akzeptanz findet und auf Patienten zugeht. Außerdem findet dieser Ansatz optimale Wirksamkeitsbedingungen, wenn sich für die Betroffenen folgende Zugangswege ergeben: ambulante ärztliche Behandlung, stationäre Behandlung in einem Allgemeinen oder im Psychiatrischen Krankenhaus, Konflikte in Familien- oder Arbeitsleben bzw. Schule oder Ausbildung.

Beim Public Health Ansatz liegt der Fokus auf dem aktuellen Konsumverhalten mit Gesundheitsrisiko, nicht speziell auf der Abhängigkeit. Daraus folgt aber auch, dass schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit spezielle Ausprägungen in einer größeren Zahl von Schäden darstellen. Wenn man nun annimmt, dass beispielsweise ca. 70 bis 80% der Menschen, die in gesundheitsriskanten Mengen Alkohol konsumieren, mindestens

vgl. John (1998), aber auch Botvin (1991).

¹³ Ausführlich dazu John (1998), S. 481 mit Literaturangaben.

einmal im Jahr ihren Hausarzt aufsuchen,¹⁴ bieten sich in Arztpraxen und Krankenhäusern gute Chancen zu Früherkennung und Frühbehandlung. Daraus wäre zu schlussfolgern, dass eine frühzeitige und in die basismedizinische Versorgung eingebettete (Früh-)Intervention bzw. Sekundärprävention bereits zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation in der Gesellschaft beitragen kann.¹⁵ Dies schließt, ebenso wie im Falle einer chronifizierten Abhängigkeitserkrankung, zu der die Primärversorgung bislang keinen erfolgreichen Zugang gefunden hat, die differenzierte Nutzung der spezialisierten Behandlungsangebote der Suchtkrankenhilfe ein.

¹⁴ Wienberg (1998).

¹⁵ Zur Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe in diese Richtung vgl. auch Braun et al. (1999) sowie BMG (1998).

4.2. Rehabilitative Perspektive

Nach Gutzwiller können drei Interventionsprinzipien als grundlegend für die Behandlung angesehen werden.¹⁶ Dabei handelt es sich um *autonomy*, die Respektierung der Autonomie und des Rechts auf Selbstbestimmung; des Weiteren um das (doppelte) Kriterium, keinen Schaden anzurichten und Gutes zu bewirken, *non maleficence and beneficence*, sowie als drittes um *equity*, das Prinzip der Gerechtigkeit und Chancengleichheit.

Ein erweitertes und mehr an der Versorgungspraxis orientiertes Spektrum von insgesamt sieben Grundprinzipien der Intervention findet sich, wenn man die übereinstimmenden Positionen im Bereich der deutschen Suchtkrankenhilfe zu Grunde legt:

Orientierung am Individuum

Da es *die* Suchtpersönlichkeit nicht gibt und die Situation der Betroffenen und ihre Probleme sowie Lebensperspektiven höchst unterschiedlich sind, müssen die Angebote personen-adäquat ausgerichtet sein: Es bedarf einer individuellen Hilfeplanung, abgestimmt auf eine individuelle, indikations-relevante Diagnostik. Dieses Vorgehen richtet sich am Bedarf der Suchtgefährdeten, -kranken und deren Angehörigen aus und bezieht sich auch auf die Ziele, die Dauer und die Art der angewendeten Therapie.

Die Grundfrage lautet: „Was braucht der Patient jetzt?“ Diese Patientenorientierung bedeutet Kooperation und Absprache mit den Betroffenen sowie die Wahrung ihres Selbstbestimmungsrechtes. Sie berücksichtigt außerdem deren Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit. So kann gemeinsam ein Therapieplan¹⁷ ausgehandelt werden, in dem es zuerst um die existenziellen Hilfen geht, mit denen man die Folgen der Krankheit lindern oder heilen will, ehe man später weiterführende Ziele mit dem Betroffenen vereinbaren kann.¹⁸

Eine mögliche Hierarchie der Interventionsziele bei Abhängigkeitskranken haben Schwoon und Wienberg¹⁹ folgendermaßen dargestellt:

- ↓ Sicherung des Überlebens
- ↓ Verhinderung von körperlichen Folgeschäden
- ↓ Sicherung der sozialen Umgebung

¹⁶ Gutzwiller (1999), S. 32.

¹⁷ Zum Modell von Case management vgl. Oliva (2000) und Schu (2001).

¹⁸ Vgl. dazu auch APA (1995).

¹⁹ In: Notdienst sofort, Berlin 1995.

- ↓ Verhinderung sozialer Desintegration
- ↓ Ermöglichung längerer Abstinenzphasen
- ↓ Einsicht in die Grunderkrankung
- ↓ Akzeptanz des Abstinenzzieles
- ↓ Konstruktive Bearbeitung von Rückfällen
- ↓ Individuelle therapeutische Grenzziehung, Selbsthilfe

Frühzeitige Inanspruchnahme und einfache Zugangsmöglichkeiten

Die frühzeitige Inanspruchnahme von Hilfen gehört zu den am schwersten umzusetzenden Grundsätzen. Aus der Public Health Perspektive gesehen, steht an dieser Stelle frühestmögliche Schadensminimierung im Zentrum. Es gilt die Regel „je eher, desto besser“. Je eher das Hilfesystem in Anspruch genommen wird, desto größer sind die verbleibenden Ressourcen, desto geringer sind die bereits eingetretenen Schäden, desto weniger einschneidende Maßnahmen sind erforderlich.

Die sozialen Bedingungen der Abhängigkeitserkrankungen stellen einen wichtigen Faktor für die Erreichbarkeit der Klienten dar: Nicht selten bestärkt das soziale Umfeld den Abhängigkeitskranken ungewollt in seiner Abwehr, indem es z. B. Leidensdruck von ihm fernhält oder andere Maßnahmen ergreift.

Harm Reduction ist nicht allein auf den Kranken gerichtet (s.o.: mit zunächst existenziellen Hilfen, danach weiterführenden Zielen). Schadensminimierung betrifft auch die Gesellschaft. Da Harm-Reduction-Ansprüche der Gesellschaft und des Betroffenen oft nicht übereinstimmen, sind Aushandlungsprozesse zwischen diesen substantieller Bestandteil von Strategien der Frühintervention.

Es geht um die Einleitung fachgerechter Beratung und Behandlung zum frühest möglichen Zeitpunkt; dazu zählt eine zielgerichtete Intervention der Hausärzte und allgemeinen Ärzte in Krankenhäusern ebenso wie eine verstärkte betriebliche Intervention. Es gilt, die hinter den Problemen und körperlichen Beschwerden liegende Suchtkrankheit zu erkennen, gezielt die damit verbundenen Gefahren anzusprechen, und auf Hilfsangebote hinzuweisen. Diese müssen ohne Umwege erreichbar sein, Zugangsschwellen (z. B. Hürden durch Sozialbericht, Motivationsgespräche etc.) müssen niedrig gehalten werden. Niedrigschwellige Angebote beinhalten auch aufsuchende Arbeit und Streetwork, Überlebenshilfe, Kontaktstellen sowie Angebote zur Suchtbegleitung.

Normalitätsprinzip

Mit dem „Normalitätsprinzip“ sind zwei Aspekte angesprochen: Zum einen ist die Suchterkrankung immer auch im alltäglichen Kontext zu sehen. Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, die (Re-)Integration in die Gesellschaft und Arbeitswelt hat besondere Bedeutung. Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes und der Bezugspersonen des Patienten eröffnen den Weg zu einer erfolgreichen Behandlung. Das kann sowohl bedeuten, den Patienten solange wie möglich in seinem angestammten sozialen Umfeld zu belassen, als auch die Eingliederung in eine neue Umgebung als Aufgabe im Rehabilitationsprozess anzusehen.

Normalität meint aber auch noch etwas anderes, nämlich den weitest möglichen Einbezug aller existierenden – sowohl allgemein als auch suchtspezifisch gesehen – medizinischen, psychosozialen und sonstigen Hilfsangebote: *So viel Basisbehandlung wie möglich, so wenig spezielle Behandlung wie nötig.*

Stärkung der Selbstheilungskräfte

Wie in anderen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung auch, sollte die interventionelle Herangehensweise ressourcen- und nicht nur defizitorientiert erfolgen. Die beim Patienten vorhandenen, stützenden Möglichkeiten gilt es bei der Behandlung zu nutzen, zu stärken und auszubauen, um so seine Selbstheilungskräfte zu aktivieren. Dabei heißt „Selbsthilfe vor Fremdhilfe“, dass die professionelle Hilfe – abhängig von Hilfebedarf und Indikation – vor allem als Hilfe zur Selbsthilfe angelegt ist.

Pluralität und Interaktion der Angebotssysteme

Um den Betroffenen in jedem Stadium seiner „Suchtkarriere“ den Einstieg aus dem Ausstieg zu ermöglichen, bedarf es differenzierter, flexibler Angebote. In einem gestuften System der Suchtkrankenhilfe ist es möglich, die verschiedenen Behandlungselemente grundsätzlich an den Erfordernissen des Einzelfalles auszurichten. Die je nach Suchtmittel spezifischen Bedürfnisse erfordern oft auch ein spezielles Behandlungssetting; spezielle Lösungsansätze sind beispielsweise für Mehrfachabhängige, Abhängige mit alters- oder geschlechtsspezifischen Problemen, oder Abhängige mit verschiedenen Zusatzdiagnosen (Psychosen, psychosomatische

Störungen, sonstige psychische Störungen, organische Psychosyndrome, chronische Mehrfachschiädigung) erforderlich.

Bedingt durch die Komplexität der Störungen bei Abhängigkeitskranken ist hierbei eine umfassende interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen erforderlich. Das umfasst sowohl in stationärer wie auch in ambulanter Behandlung Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Physio- und Ergotherapeuten Krankenschwestern sowie Krankengymnasten. Interdisziplinarität beinhaltet aber auch die Zusammenarbeit zwischen suchtspezifischen Spezial-einrichtungen und anderen Institutionen der psychosozialen und medizinischen Basisversorgung.²⁰

Bei der Wahl des Behandlungssettings spielen verschiedene Faktoren eine Rolle. Die American Psychiatric Association formuliert: „Patients should be treated in the least restrictive setting that is likely to prove safe and effective.“²¹ Nach Auffassung der US-amerikanischen Suchtexperten sollten dabei u.a. berücksichtigt werden:

- a) die Fähigkeit und Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit in der Behandlung
- b) seine Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen
- c) sein Bedürfnis nach Struktur, Unterstützung und Überwachung zur Sicherheit und Compliance außerhalb des Umfeldes und der Aktivitäten, die den Substanzgebrauch fördern
- d) die Notwendigkeit spezifischer Behandlungen für komorbide allgemein-medizinische oder psychiatrische Zustände
- e) die Notwendigkeit spezieller oder intensiver Behandlungen, die nur in bestimmten Settings verfügbar sind

„Patients should be moved from one level of care to another on the basis of these factors and the clinician’s assessment of patient’s readiness and ability to benefit from a less intensive level of care.“²² Die verkürzten Formeln *ambulant vor stationär* oder *wohntnah vor wohnortfern* sollten durch Regelungen überschrieben werden, die sicherstellen, dass unter Berücksichtigung persönlicher Umstände und der Wirksamkeit von Leistungen je nach Indikation die Leistungen Priorität haben, die angemessen sind, ohne die o.g. Regeln zum Dogma werden zu lassen.

²⁰ Vgl. dazu auch die US-amerikanische Guideline der APA (1995), S.14: „Successful treatment of substance use disorders may involve the use of multiple specific treatments, which may vary for any one individual, may change over time, and may involve more than one clinician.“

²¹ APA (1995), S. 21.

²² APA (1995), S. 22.

Nahtlosigkeit der Leistungen

Aus dem Postulat der Ganzheitlichkeit einer Behandlung ergibt sich für das Gefüge von Einzelleistungen der Suchtkrankenhilfe eine Reihe von Konsequenzen. Um ein effektives Vorgehen der unterschiedlichen Angebotsformen und Hilfesysteme zu gewährleisten, bedarf es eines hohen Grades an konzeptioneller und personaler Kontinuität und Koordination. Die Vernetzung von Beratung, Betreuung, Behandlung und medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie Reintegration zu einem verbundenen System mit zügigen, reibungslosen Übergängen sollte ihre Entsprechung auch in der Vernetzung der Einrichtungen finden – sowohl institutionell (durch Behandlungsverbünde und Kooperationsvereinbarungen), als auch bei den einzelnen Leistungen der Suchtkrankenhilfe. Die Vernetzung der Interventionsebenen durch neue Medien- und Informationstechnologien eröffnet hier zusätzliche Perspektiven.

Qualität der Behandlung

Die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen kann nicht in einer einmaligen Intervention, sondern nur in einem längeranhaltenden Prozess erfolgen. Um den bereits erreichten hohen Qualitätsstandard des deutschen Hilfesystems zu erhalten und weiter auszubauen, und um die vorhandenen Mittel effektiv und effizient einzusetzen, sind Qualitätsmanagement und Controlling auch aus dem Bereich der Suchtkrankenhilfe heute nicht mehr wegzudenken.

Die anhaltende Diskussion um die Finanzierbarkeit der angebotenen Leistungen und neue Ansätze zum Nachweis der Effektivität haben gezeigt, dass eine weitere wissenschaftliche Fundierung der Angebote, einschließlich einer empirischen Überprüfung hinsichtlich Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit benötigt wird.²³

Abschließend ist die Frage zu stellen, ob die aufgeführten Grundprinzipien der Intervention nicht auch gleichzeitig das Selbstverständnis der professionellen Akteure aus anderen Teilen des Reha-Systems widerspiegeln. Oder anders formuliert: Kann man davon ausgehen, dass die Suchtkrankenhilfe anderen Regeln folgt, als andere Bereiche der Gesundheitsversorgung, deren Aufgabe es ist, chronisch Kranke zu behandeln? Grundsätzlich lässt sich eine ausgeprägte Affinität hinsichtlich der Grundprinzipien

²³ Vgl. dazu auch Kapitel 8.

konstatieren, wenngleich hier zwei Spezifika der Sucht-Rehabilitation hervorgehoben werden sollen:

Zum einen hat die Suchterkrankung in der Bundesrepublik Deutschland im Sozialrecht und damit auch in der Versorgungsrealität eine relativ kurze Geschichte – die Anerkennung der Abhängigkeit als Krankheit erfolgte bekanntlich erst 1968 durch ein Urteil des BSG. Eine Folge davon ist, dass die Sucht-Rehabilitation sich neu konstituieren musste und nicht darauf angewiesen war, überlebte Traditionen zu verarbeiten, sondern von vornherein auf moderne, rehabilitationswissenschaftlich begründbare Konzepte setzen konnte.

Zum anderen weisen die Abhängigkeitserkrankungen Besonderheiten auf, die spezifische Auswirkungen auf das Grundverständnis der Suchtkrankenhilfe haben: Die Mehrdimensionalität der Störungen ist eine kardinale Bedingung der Abhängigkeitserkrankung. Sie definiert sich neben der Suchterkrankung im engeren Sinne durch ein weites Spektrum psychopathologischer Beeinträchtigungen, psychosozialer Problemlagen und nicht zuletzt auch durch kriminologische und ökonomische Aspekte. Insofern ist die Schwellenüberwindung zum Eintritt in das Hilfesystem bis hin zur Aufrechterhaltung eines lebenslang wirksamen gesundheitsförderlichen Prozesses eine hervorgehobene Aufgabe und damit auch Besonderheit, die die Interventionsprinzipien der Sucht-Rehabilitation prägt.

5. Strukturelle und organisatorische Grundlagen der Behandlung

5.1 Behandlungssystem

In Deutschland gibt es ein umfassendes und differenziertes Versorgungssystem für Personen mit substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen, basierend auf einem interdisziplinären und ganzheitlichen Behandlungsansatz und dem Prinzip der Individualisierung. Das Suchtkrankenhilfesystem hat seinen Behandlungsschwerpunkt in der Rehabilitation. Sie wird insbesondere von der Gesetzlichen Rentenversicherung getragen, deren gesetzlicher Auftrag in der Wiederherstellung und Sicherung der Erwerbsfähigkeit liegt. Darüber hinaus beinhaltet die Suchtkrankenhilfe aber noch weitere Angebote von Beratung und Behandlung, Prävention und Überlebenshilfe bis hin zum Betreuten Wohnen.

Übergreifende Regelungen finden sich bei zusammen gehörenden Versorgungsleistungen im Hinblick auf die Durchführungs- und Finanzierungsverantwortung. Beispielsweise übernehmen Krankenkassen die Kosten für den Entzug, die Rentenversicherungsträger vorrangig die Entwöhnungsbehandlung, Sozialhilfe und Jugendhilfe übernehmen Kosten in kleinerem Umfang, vor allem im Drogenbereich. Die Regelungen der Kranken- und Rentenversicherungsträger sind in Empfehlungsvereinbarungen niedergelegt. Dort finden sich auch differenzierte Anforderungen an die Strukturqualität bezüglich Personalschlüssel, Personalqualifikation, baulicher Ausstattung und angewandter Behandlungskonzepte (bis zu konkreten Tagesabläufen). Die Anforderungen an stationäre und ambulante Einrichtungen stehen im Zusammenhang mit den jeweiligen Indikationskriterien und den dazugehörigen Behandlungsprofilen:

- Bewältigungskompetenzen (z. B. in der Kommunikation)
- Abstinenzmotivation – Fähigkeit zur Abstinenz
- soziale Stabilität (Familie, berufliche Situation, Wohnen, Sozialkontakte)
- Suchtverlauf (z. B. Chronifizierung, Folge- und Begleiterkrankungen)
- frühere Entwöhnungsbehandlung (Vorerfahrungen etc.)

In den letzten beiden Jahrzehnten ist es zu einer zunehmenden Differenzierung in den Behandlungsansätzen gekommen.²⁴ Die Behandlung findet nicht mehr ausschließlich stationär, sondern auch ambulant und teilstationär statt. Innerhalb der (stationären) Behandlung können dann je nach individuellen Bedürfnissen Kurz-, Mittel-, oder

Langzeitangebote genutzt werden. Diese Angebote können auch kombiniert werden. Die stationäre Therapie wurde um die Adaption erweitert (mit sozialen und beruflichen Rehabilitationszielen im Vordergrund).

Nach Wienberg (1992) lässt sich das Versorgungssystem in vier Sektoren gliedern: Medizinische Basisversorgung, Psychiatrische Versorgung, Psychosoziale Versorgung, Suchtspezifische Versorgung. Formal unabhängig voneinander, jedoch in Bezug auf den Patienten zunehmend interaktiv arbeitend, setzen sie verschiedene Schwerpunkte bei der Intervention.

Im zeitlichen Verlauf lassen sich bei der Beschreibung des Versorgungssystems drei Phasen²⁵ ausmachen, an denen die einzelnen Institutionen unterschiedlich beteiligt sind (vgl. Tab. 1).²⁶

Tab. 1: Phasen des Versorgungssystems

Vorphase (Kontakt / Beratung)	Rehabilitationsphase	Nachsorgephase
<i>ambulant</i>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ psychosoziale Beratungsstellen für Suchtkranke ▪ Gesundheitsämter ▪ betriebliche Suchtkrankenhilfe ▪ niedergelassene Ärzte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ psychosoziale Behandlungsstellen für Suchtkranke ▪ Praxisgemeinschaften von Ärzten und Psychologen ▪ Klinikambulanzen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ psychosoziale Beratungsstellen für Suchtkranke ▪ Gesundheitsämter ▪ betriebliche Suchtkrankenhilfe ▪ niedergelassene Ärzte ▪ niedergelassene Psychotherapeuten ▪ Klinikambulanzen
<i>stationär</i>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Allgemeinkrankenhäuser ▪ Psychiatrische Kliniken 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachkliniken ▪ Psychiatrische Kliniken ▪ Tages-Nachtkliniken 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachkliniken (Adaption)
<i>komplementärer Bereich</i>		
	Übergangseinrichtungen betreute Wohngemeinschaften <ul style="list-style-type: none"> ▪ beschütztes Wohnen ▪ Heime 	
<i>Selbsthilfe</i>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbsthilfegruppen 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbsthilfegruppen

²⁴ Vgl. auch die Angaben zu den Beratungs- und Behandlungsangeboten im Kapitel 3.2.

²⁵ Feuerlein et al. (1998) unterteilen in vier Phasen: Kontaktphase, Entgiftungs- oder Entzugsphase, Entwöhnungsphase, Weiterbehandlungs- und Nachsorgephase.

²⁶ Nach Hollstein (1998).

Vorphase

In der Vorphase, die auch Kontakt- oder Beratungsphase genannt wird, geht es hauptsächlich um Beratung, Motivation, Frühintervention und Entzug. Diese können ambulant, stationär oder mittels Selbsthilfe erfolgen.

Beratungs- und Behandlungsstellen

Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen werden vorwiegend von gemeinnützigen Verbänden, aber auch durch kommunale Träger betrieben.²⁷ Sie sind personell sehr unterschiedlich besetzt,²⁸ in den neuen Bundesländern befinden sie sich zum Teil noch im Aufbau. Die Beratungsstellen übernehmen wichtige Aufgaben im Vorfeld des Entzugs und der Rehabilitation. Dazu zählen vorbereitende Diagnostik, Indikationsklärung, Motivationsarbeit und Aufklärung.

Sie arbeiten mit teilweise unterschiedlichen Konzepten und Angeboten. Als „Standardangebot“ können Beratungsgespräche mit Angehörigen und Betroffenen gelten, Einzel- und Gruppenangebote, sowie später Einzel- und Gruppentherapie in der Behandlung und Nachsorge. Außerdem gibt es noch in unterschiedlichem Umfang spezielle Konzepte z. B. für Schwangere, Minderjährige, Angehörige. Maßnahmen zur (kurzfristigen) Schadensminimierung bei gesundheitlichen und psychosozialen Problemen bzw. Schädigungen, die durch den Substanzkonsum verursacht wurden, zählen ebenfalls zu den Angeboten. Besonders gut ausgebaut sind diese niedrigschwelligen Angebote in der Drogenhilfe und umfassen u. a. Kontaktläden, kleinere ärztliche Behandlungen sowie Notschlafeinrichtungen.

Um eine effektive Hilfe zu ermöglichen und zu einer effizienten Nutzung der vorhandenen Mittel, Kontakte und Kompetenzen zu gelangen, wird eine aktiv aufsuchende Arbeit sowie eine enge Kooperation mit den sozialpsychiatrischen Diensten, Ärzten, Gesundheitsämtern etc. gefordert. Häufig kritisiert wird nämlich, dass in der Regel keine aufsuchende Arbeit geleistet wird und somit einige Zielgruppen (wie chronisch mehrfachgeschädigte Abhängige) nicht erreicht werden können. Ein anderer

²⁷ Vgl. auch die Angaben zu den Beratungs- und Behandlungsangeboten im Kapitel 3.2.

²⁸ Im Durchschnitt ca. 5 Vollzeitmitarbeiter, vgl. auch die EBIS-Jahresstatistik 1999 (in: Sucht 46,1 (2000)).

Kritikpunkt ist, dass die Begegnung sich meist auf einen oder nur einige wenige Kontakte beschränkt.²⁹

Gesundheitsämter

Gesundheitsämter füllen zum Teil die Lücken im Angebotsnetz. Sie haben manchmal eigene Beratungsstellen und in der Regel sozialpsychiatrische Dienste. Sie übernehmen auch hoheitliche Aufgaben wie die zwangsweise Unterbringung im Zustand der Selbst- und Gemeingefährlichkeit. Gesundheitsämter dürfen im deutschen Gesundheitssystem nur subsidiär tätig werden.

Betriebliche Suchtkrankenhilfe

Wenn man vorsichtigen Schätzungen folgt, muss man davon ausgehen, dass ca. 5% der Mitarbeiter eines Betriebes behandlungsbedürftige Probleme mit Suchtmitteln haben. Da den Betrieben dadurch großer wirtschaftlicher Schaden entsteht, sehen sich vor allem größere Unternehmen veranlasst, eine betriebliche Suchtkrankenhilfe aufzubauen. Hier bestehen wirksame Möglichkeiten für die Früherkennung und Frühintervention. Nicht zuletzt der drohende Arbeitsplatzverlust kann als ein Motivationsfaktor fungieren.

Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen lediglich als Ergänzung zum professionellen Versorgungssystem zu betrachten, würde ihrer Bedeutung und Leistungsfähigkeit nicht gerecht. Sie spielen nicht notwendigerweise erst „nach der Entwöhnungsbehandlung“ eine wichtige Rolle, sondern an unterschiedlichen Stellen des Verbundsystems der Suchtkrankenhilfe, auch im Rahmen der Beratung. Selbsthilfe kann Therapievorbereitung, Therapiebegleitung und gelegentlich auch Therapieersatz sein.

Im Rahmen der Selbsthilfe gibt es verschiedene Modelle der Organisation. Es gibt Gruppen, die sich spontan, ohne Rechtsstatus zusammenfinden, oder als Verein bzw. als Verband (z.B. Kreuzbund, Guttempler, Blaues Kreuz, Anonyme Alkoholiker).

Grundlage ist das Solidarprinzip, die gemeinsame Betroffenheit. Dabei ist die Selbsthilfe bei Drogenproblemen weniger weit und eher in größeren Städten verbreitet. Aus der Tradition hat sie mehr für Menschen mit Alkoholproblemen Bedeutung erlangt.

²⁹ Vgl. auch die EBIS-Jahresstatistik 1999 (in: Sucht 46,1 (2000)).

Es gibt in Deutschland auf Grund der großen Anzahl und der guten Infrastruktur ein weit verbreitetes Angebot von Selbsthilfegruppen, das Betroffenen mit den verschiedensten Problembereichen einen unkomplizierten und niedrighschwelligem Zugang ermöglicht.

Einige Menschen mit Abhängigkeitsproblemen schaffen es, durch den ausschließlichen Besuch einer Selbsthilfegruppe ihre Probleme zu lösen und abstinent zu leben.³⁰ Häufig sind diese Gruppen die ersten Ansprechpartner bei substanzbezogenen Problemen und wirken motivierend auf die Auseinandersetzung mit dem Konsum. Sie leisten außerdem unverzichtbare Hilfestellung bei Aufbau und Festigung der Motivation zu Abstinenz und Behandlung. Auch bei der Vorbereitung auf eine Behandlung sowie in der sozialen (Re-)Integrationsphase bietet die Selbsthilfe gute Möglichkeiten zur Unterstützung. Selbsthilfe setzt jedoch auch ein Mindestmaß an persönlichen Ressourcen voraus.³¹

Im Laufe ihrer langen Entwicklung stand die Selbsthilfe immer wieder vor der Notwendigkeit, sich veränderten gesellschaftlichen Bedingungen anpassen zu müssen. Als Beispiele dafür sei an dieser Stelle auf Folgendes verwiesen: Von den isoliert agierenden Gruppen geht der Trend derzeit hin zur Orientierung auf wechselseitigen Nutzen. Zeitgemäße Innovationen und Konzepte sowie der vermehrte Einbezug junger Menschen mittels Peer-Support-Modellen werden gefördert. Ebenfalls immer aktuell ist die Weiterentwicklung der Beziehung zum System der professionellen Hilfe. Erfolg versprechend und für den Einzelnen hilfreich ist diese Beziehung, wenn die Teilsysteme keinen Ausschließlichkeitsanspruch erheben.

Niedergelassene Ärzte

Niedergelassene Ärzte sind im Rahmen der medizinischen Basisversorgung oft die erste Anlaufstelle in der Suchtkrankenhilfe. Die Zugangsschwelle ist niedrig und die Versorgungskapazität ist beträchtlich. Nach verschiedenen Untersuchungen sucht weit mehr als die Hälfte aller Abhängigkeitskranken innerhalb eines Jahres den

³⁰ Es gibt Hinweise, dass manche Menschen sogar ganz ohne Hilfe ihre Suchtproblematik bewältigen können – die sogenannte „Spontanremission“. Vgl. Veltrup (2001), S. 5, mit Literaturangaben.

³¹ Die DHS (2000a) vermutet dies als Hintergrund für die geringere Verbreitung von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Drogenproblemen.

niedergelassenen Arzt auf.³² Er wird jedoch nicht wegen eines problematischen Substanzkonsums, sondern eher wegen der somatischen Begleit- und Folgekrankheiten aufgesucht. Der Substanzkonsum wird von Seiten der Patienten in der Vorphase meist verleugnet oder bagatellisiert – sei es aus Scham oder Unsicherheit oder aus dem Gefühl des Selbstwertverlustes.

Von ärztlicher Seite wiederum wird das Suchtproblem nicht selten gar nicht erkannt, oder wenn es diagnostiziert wird, nicht fachgerecht angegangen.³³

Die Vorteile, wenn niedergelassene Ärzte die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Intervention nutzen, liegen auf der Hand: Suchtverläufe können frühzeitig unterbrochen, schwere und irreversible Folgeschäden verhindert sowie Rehabilitationsmaßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden. Dazu ist eine enge Zusammenarbeit mit Beratungsstellen und Fachkliniken notwendig. Erprobtes Arbeitsmaterial, auch für psychologische Kurzinterventionen zur Förderung der Motivation, Tests zur Diagnostik, Interviews und Fragebogen sowie erste Handlungs-Leitlinien liegen vor.³⁴

Dem Konzept einer frühzeitigen Intervention durch die niedergelassenen Ärzte liegt der Gedanke zu Grunde, mit Hilfsangeboten nicht auf das Erreichen des „tiefsten Punktes“ zu warten, sondern bereits im Vorfeld in den Kreislauf der Suchtkarriere einzugreifen. Neben Missbrauch und Abhängigkeit rückt daher auch der riskante Konsum in den Vordergrund, der zwar nicht zwangsläufig in die Abhängigkeit münden muss, aber langfristig zur Entstehung von Gesundheitsproblemen führt.

Die Ziele der ärztlichen Intervention bestehen demnach darin, gemeinsam mit dem Patienten eine Beendigung bzw. eine Reduktion des problematischen Konsums zu erreichen, neue, einer gesunden Lebensweise angepasste Verhaltensmuster zu erarbeiten sowie – wenn notwendig – die Zusammenarbeit mit Institutionen mit suchtspezifischen Angeboten und dem Arzt zu initiieren.

³² Vgl. DHS (2000a), S. 21: Bei Alkohol geht man von ca. 70-80% aller Abhängigkeitskranken aus, bei Drogen gehen Schätzungen von 50-60% aus.

³³ Nach Hollstein (1998) sind die Gründe dafür vielfältig. Er macht die ungenügende Aus- und Fortbildung mit dafür verantwortlich. Die Aufnahme der Suchtproblematik durch die Ärztekammern in die Studienpläne zur Fort- und Weiterbildung als „Suchtmedizinische Grundversorgung“ sei nur ein erster Schritt. Einen weiteren Grund sieht er in der Gebührenordnung, die nicht ausreichend an die zeitaufwendige Intervention angepasst sei.

³⁴ Vgl. John (1996), Lindenmeyer (2000, 2000a) sowie Braun et al. (1999).

Allgemeinkrankenhäuser und Psychiatrische Kliniken

Ebenso wie bei niedergelassenen Ärzten bieten sich in psychiatrischen und in Allgemeinkrankenhäusern große Chancen für Früherkennung und Frühintervention.³⁵ Die DHS geht nach Hochrechnungen davon aus, dass die Zahl der behandelten Patienten mit Suchtproblematik in die Millionen geht.³⁶ Sie kommen meist in internistischen oder chirurgischen Abteilungen zur Aufnahme. Es handelt sich einerseits um Kriseninterventionen im Notfall, zur Behandlung von akuter Intoxikation oder Unfallfolgen, andererseits um akute und chronische Begleit- und Folgekrankheiten der Abhängigkeit.

Der dritte Bereich sind die stationären Entzugsbehandlungen. Sie werden in Allgemeinkrankenhäusern in der Regel auf internistischen Stationen, auf psychiatrischen oder toxikologischen Abteilungen von Universitätskliniken oder in Psychiatrischen Kliniken durchgeführt. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Interventionen bei einem akuten Alkohol- oder Drogennotfall oder um solche, die Voraussetzung für eine nachfolgende Entwöhnungsbehandlung bilden.³⁷ Der Entzug erfolgt schrittweise und / oder mit Unterstützung von sedierender Medikation. In einem gewissen Ausmaß findet eine begleitende oder anschließende Motivationsarbeit statt. Der stationäre Entzug dauert ca. 3 bis 14 Tage.

Der „qualifizierte“ Entzug als Erweiterung ist ein noch wenig umgesetztes Konzept und enthält über die medizinischen Maßnahmen hinausgehende psycho- und sozialtherapeutische Anteile und therapeutisch ausgerichtete Motivations- und Informationsarbeit in Gruppen. Motivationsentwicklung und Rückfallprophylaxe in Einzel- und Gruppengesprächen spielen ebenfalls eine Rolle. Dazu kommen Diagnostik und die Planung weiterer Behandlungsschritte. Die Dauer des „qualifizierten“ Entzugs kann zwei bis sechs Wochen betragen.

In verschiedenen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass sich nach einem „qualifizierten“ Entzug die Inanspruchnahme von weiterführenden Behandlungen erhöht.³⁸ Insofern kann das Konzept des „qualifizierten“ Entzuges als eine

³⁵ Es können mehr und andere Menschen mit problematischem Substanzgebrauch erreicht werden.

³⁶ DHS (2000a). Wienberg geht von einer Gesamtprävalenz von 24% aus.

³⁷ Um die außer bei akuten Notfällen in der Regel eher hohen Zugangsschwellen zu senken, werden in letzter Zeit verstärkt Anstrengungen unternommen.

³⁸ Vgl. dazu auch Veltrup (2001).

Verbesserung in der Versorgung von Abhängigkeitskranken angesehen werden, welches in der Lage ist, die Zuweisung in weiterführende Behandlungsangebote zu verbessern.³⁹

Der Vollständigkeit halber sei abschließend erwähnt, dass im Bereich der Opiatabhängigkeit seit einigen Jahren auch der „Turbo-Entzug“ angewendet wird, bei dem unter dem Einsatz von Opiatantagonisten die körperliche Entgiftung beschleunigt wird.⁴⁰ Da diese Behandlung, über die bisher allerdings nur wenige Erfahrungen vorliegen, mit hohen Belastungen für den Betroffenen verbunden ist, wird sie stationär unter Vollnarkose auf der Intensivstation durchgeführt.

Rehabilitationsphase

Die Rehabilitationsphase, in der es schwerpunktmäßig um die umfassende und spezielle Entwöhnungsbehandlung, Reintegration und das Rückfallmanagement geht, sollte sich so nahtlos wie möglich an den Entzug anschließen. Die medizinische Rehabilitation wird derzeit in der Regel in abstinenzorientierten Settings durchgeführt. Sie kann je nach Diagnose und Indikation ambulant in einer Beratungs- und Behandlungsstelle mit integriertem Gesamtangebot und einer Zulassung zur rehabilitativen Versorgung oder stationär in einer spezialisierten Fachklinik bzw. einer spezialisierten Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses erfolgen. Sowohl Fachkliniken wie auch psychiatrische Einrichtungen bieten z. T. teilstationäre oder ambulante Reha-Maßnahmen sowie auch Kombinationsformen an.

Die medizinische Rehabilitation hat zum Ziel, die während des Entzugs erreichte Abstinenz zu stabilisieren und den Konsum langfristig positiv zu beeinflussen. Damit sollen insbesondere auch die Voraussetzungen für eine Wiederherstellung bzw. Sicherung der Erwerbsfähigkeit für die Klienten im erwerbsfähigen Alter geschaffen werden.⁴¹

³⁹ Vgl. DHS (2000a), S. 26 mit Literaturangaben, sowie Veltrup (2001).

⁴⁰ Zum sogenannten „Turbo-Entzug“, bei dem die Dauer auf ca. 6-10h verkürzt werden kann, vgl. auch Küfner et al. (1999).

⁴¹ Für die Zielgruppe der chronisch mehrfach geschädigten Abhängigen, bei denen Motivation nicht aufbaubar ist oder die ohne äußeren Halt nicht abstinent leben können, erweisen sich solche Zielvorgaben als problematisch, wenn nicht gar unrealistisch und es kommt zum „Drehtüreneffekt“.

Ambulante Rehabilitation

Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation werden zwar mit zunehmender Tendenz, aber – absolut gesehen – immer noch mit relativ geringer Behandlungsdichte erbracht. Bei den Institutionen der ambulanten Rehabilitation handelt es sich vor allem um Einrichtungen freier Träger oder um Einrichtungen in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft.

Kosten für erbrachte Reha-Leistungen können nur geltend gemacht werden, wenn die Institution nach der Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Rehabilitation Sucht“ anerkannt worden ist.⁴² Bedingungen hierfür sind:

- ein wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept für die ambulante Rehabilitation
- ein integriertes Programm zur Betreuung von Abhängigkeitskranken, unabhängig vom Leistungsspektrum und der Finanzierung
- qualifizierte und erfahrene Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter /-pädagogen, die dort regelmäßig und verantwortlich mitarbeiten sowie
- mindestens drei hauptamtliche therapeutische Mitarbeiter
- Erfüllung der Anforderungen an Dokumentation und Diagnostik wie in stationärer Rehabilitation
- Bereitschaft zur Teilnahme an Effektivitätskontrollen

Es gelten grundsätzlich die gleichen Rehabilitationsziele und Methoden wie in der stationären Rehabilitation. Die Möglichkeit zur verstärkten unmittelbaren Einbeziehung des sozialen Umfeldes in den therapeutischen Prozess ist eine der zentralen Begründungen für die ambulante Organisationsform der Rehabilitation.

Stationäre Rehabilitation – Fachkliniken

Dieses Behandlungsangebot ist vom Konzept und der Strukturqualität her das umfangreichste. Es ist psycho- und sozio-therapeutisch ausgerichtet und umfasst Einzel- und Gruppentherapie, die medizinische Betreuung, Therapie mit Bezugspersonen, Kunst-, Gestaltungs-, Musiktherapie, Ergo- sowie Sporttherapie u.a.m. Mit der Fülle des Angebotes verbunden sind auch erweiterte Möglichkeiten für die Berücksichtigung selektiver Indikationskategorien.

Spezielle Konzepte (und speziell ausgerichtete Abteilungen bzw. Kliniken) wurden für besondere indikative Gruppen von Abhängigkeitskranken entwickelt. Es gibt beispielsweise Angebote für abhängige Frauen, Eltern mit Kindern, Jugendliche oder Migranten.

⁴² VDR (1999), S. 148ff.

Zu den besonderen Vorteilen einer stationären Behandlung zählen ein sicheres therapeutisches Milieu und die Möglichkeit, ein belastendes und für die Abstinenz-Entwicklung problematisches Umfeld vorübergehend verlassen zu können. Ebenso bietet die ganz eigene „stationäre“ Situation die Möglichkeit eines angemessenen Zugangs zur Förderung und Stabilisierung von Änderungsabsicht und -fähigkeit, wie auch für spezifische Veränderungsprozesse (z.B. für neue zwischenmenschliche Beziehungsmuster). Dem entgegen können nach Auffassung der DHS Vorbehalte gegen diese „unnatürlichen Umfeldbedingungen“ stehen, die u.U. eine Hemmschwelle für einen Therapieantritt bilden. Auch die „ständige Nähe“ wird als mögliche Belastung angenommen.⁴³

Die Dauer einer Entwöhnungsbehandlung kann von wenigen Wochen in Kurzzeit-Therapien bis hin zu 16 und mehr Wochen bei Langzeit-Therapien reichen.⁴⁴

Teilstationäre Rehabilitation

Diese Form der Rehabilitation – dazu zählen u.a. Tageskliniken und Übergangseinrichtungen – stellt eine Orientierung am Konzept der Fachkliniken für den regionalen Einzugsbereich dar. Die Patienten sind nicht oder nicht mehr stationär behandlungsbedürftig; sie werden in der Regel tagsüber behandelt und verbringen die Nacht und das Wochenende zu Hause.

Das Konzept findet seine Begründung zum einen durch die „Wohnortnähe“ zu Rückfallvermeidung und -management. Zum anderen soll durch die verstärkte Einbeziehung alltäglicher Bedingungen in den therapeutischen Prozess die soziale (Re-)Integration gefördert und stabilisiert werden. Die teilstationäre Rehabilitation wird meist anstelle oder ergänzend zu einer stationären Rehabilitation durchgeführt und stellt eine Kombination aus stationären und ambulanten Elementen dar.⁴⁵

Nachsorgephase

In der Nachsorge- oder Weiterbehandlungsphase liegt das Hauptgewicht auf der Stabilisierung erreichter Ergebnisse, auf der dauerhaften (Re-)Integration in den Alltag und auf dem Rückfallmanagement. Um eine stabile Abstinenz bei den Patienten zu

⁴³ Laut DHS (2000a) darf auch das Risiko einer Hospitalisierung nicht übersehen werden.

⁴⁴ Zur Therapiedauer vgl. auch Kapitel 3 bzw. 6.

⁴⁵ Beispiele für Kombinationsmodelle finden sich bei Veltrup (2001).

erreichen, bedarf es häufig neben einer psychischen Stabilisierung vielfältiger Integrationshilfen zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung. Diese können sowohl in ambulanter als auch stationärer Form gewährt werden. Auch die Selbsthilfegruppen spielen hier eine wichtige Rolle.

Das Ziel besteht darin, für die existenzielle Sicherheit der Patienten zu sorgen und sie zu motivieren, sich den Erfordernissen des Alltags zu stellen und sie zu bewältigen, um so zu Erfolgserlebnissen zu gelangen. Dazu zählen Wohnmöglichkeiten, berufliche Integration und Arbeitsprojekte und -praktika, Lebensunterhalt, Überwindung von Vereinzelung, Unterstützung bei der Freizeitgestaltung ebenso wie Selbstversorgung, das Erfüllen familiärer Pflichten sowie das Einhalten sozialer Regeln und Normen. Auch die Lösung rechtlicher und finanzieller Probleme fällt in diesen Bereich; nicht zu vergessen sind Krisenintervention in Notfällen und die Rückfallprophylaxe.

In der Regel handelt es sich um eine längerfristige Betreuung durch ambulante Einrichtungen⁴⁶, Selbsthilfegruppen und / oder in geringerem Umfang niedergelassene Psychotherapeuten und Psychiater.

Komplementäre Einrichtungen

Wenn das Ziel einer autonomen Lebensführung *noch nicht* erreichbar ist, stehen sogenannte „komplementäre“ Einrichtungen zur Verfügung. Dazu gehören Adaptionseinrichtungen und Institutionen des Betreuten Wohnens, bei denen die Intensität der Betreuung und der Grad der benötigten Selbständigkeit variieren. Die therapeutische Betreuung tritt zunehmend hinter eine aktive Auseinandersetzung mit dem Alltag und eine schrittweise berufliche Erprobung zurück. Die Adaption gehört zur medizinischen Rehabilitation und ist als zweite Phase der Entwöhnungsbehandlungs zu verstehen. In dieser Phase werden die bereits erreichten Erfolge erprobt, bei Bedarf durch unterstützende therapeutische Hilfe stabilisiert und so dem Rückfall begegnet. Während dieses Angebot bei den Drogenabhängigen den Regelfall darstellt, trifft die Inanspruchnahme bei Alkohol- und Medikamenten-abhängigen insbesondere auf Patienten mit schweren, psycho-sozialen Schäden zu. In der Regel dauert die Adaption bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen drei, bei Drogenabhängigen vier Monate.

⁴⁶ Zu einem Modellversuch des BMG zum Thema Case Management vgl. Schu (2001).

Betreutes Wohnen eignet sich besonders für unterstützungsbedürftige Patienten, die eine eigenständige Lebensführung erst lernen müssen. Die Dauer ist in der Regel auf zwei Jahre begrenzt.⁴⁷

Wenn eine autonome Lebensführung längerfristig *nicht mehr* erreichbar ist,⁴⁸ bietet sich eine Unterbringung in einem sozio-therapeutischen Heim an. Es wird eine gesicherte Tagesstrukturierung angeboten und eine selbständige Lebensführung angestrebt.

⁴⁷ Die Kosten werden, ebenso wie bei Heimunterbringung, vom Patienten oder vom Sozialamt getragen.

⁴⁸ Das trifft vorrangig auf chronifizierte, mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke zu.

5.2. Indikationsstrategien

Die externe und interne Zugangs- und Prozess-Steuerungs-Funktion für das System der Suchtkrankenhilfe wird repräsentiert durch ein weites Spektrum unterschiedlich kategorisierter indikativer Strategien. Es erstreckt sich von idealisierten und abstrakten systematischen Ansätzen bis hin zu handfesten und eher pragmatisch ausgerichteten Anwendungsregeln.

Das von Zemlin entwickelte Indikations- und Prognoseinventar zur Alkoholismustherapie sieht eine Einschätzung des Patienten über 40 prognostisch bedeutsame Variablen vor, aus der eine Gesamtprognose (günstig - mittel - ungünstig) abgeleitet wird. In Abhängigkeit davon werden Therapiedauer (innerhalb des vom Kostenträger gewährleisteten Zeitrahmens) festgelegt und - zusätzlich zu obligatorischen therapeutischen Maßnahmen - individuelle nach Indikation bestimmte Maßnahmen in den Therapieplan aufgenommen.⁴⁹

Zu den stärker verallgemeinernden Konzepten gehört der vier Dimensionen umfassende Indikationsbegriff von Benesch: Er unterscheidet die optative, distributive, evaluative und selektive Indikation.⁵⁰ Bei der *optativen Indikation* nimmt er eine Unterscheidung in den „Hilfewunsch“ der Patienten und die „Manpower“ der Therapeuten vor. Oder anders ausgedrückt, richtet sich die angebotene Behandlung danach, welche der beiden Optionen – Problembewältigung oder Klärungsperspektive – primär gewählt wird. Mit der *distributiven Indikation* wird die Weichenstellerfrage gestellt: „Bei welchem Patienten mit welcher psychischen Störung ist welche Methode durch welchen Therapeuten zu welcher Zielsetzung wirksam?“ Die *evaluative Indikation* definiert sich durch Treatment-Nützlichkeit, Erfolgsmessung oder auch Qualitätssicherung. Hier findet sich auch die Bezeichnung „differenzielle“ Indikation: „Welche Therapiemethode und welches konkrete Behandlungssetting bei den je gegebenen Problemen eines Patienten versprechen die besten Behandlungseffekte?“ Benesch gibt an dieser Stelle zu bedenken, dass wissenschaftliche Ergebnisse wenig mit dem persönlichen „Qualitätseindruck“ der Klienten zu tun haben müssen (ebd.). Mit *selektiver Indikation*

⁴⁹ Zemlin, Herder & Dornbusch (1999)

⁵⁰ Benesch (1995). In der Zusammenfassung dieser vier Bereiche entstehen 10 Problemkreise für die Indikation: das Zuordnungsproblem, das Therapieproblem, das Störungsproblem, das Klientenproblem,

möchte er den methodischen Rahmen für die Psychotherapie beschrieben wissen und zitiert dazu Schepank, nach dem „nicht alles, was psychogen entstanden ist, auch wieder durch Psychotherapie heilbar sein müsse.“⁵¹

Küfner bringt die formale Struktur von Indikations-Entscheidungen folgendermaßen auf den Punkt: Sie bestehe darin, von psychotropen Substanzen Abhängige „verschiedenen Behandlungsalternativen so zuzuordnen, dass für das Individuum, aber auch für das jeweilige Behandlungssystem der Behandlungserfolg optimiert wird, wie auch immer der im Einzelnen definiert ist.“⁵² Die Schwierigkeiten, diese „einfache“ Formel in eine konkrete Steuerfunktion zu übersetzen, liegen zum einen in der Fülle potenzieller Indikationsmerkmale sowohl seitens der Patienten als auch seitens bestehender Behandlungsmöglichkeiten. Zum anderen liegen sie auf methodischer Ebene wegen des „Interaktionseffektes zwischen Patientenmerkmal und Behandlungsmerkmal auf den Behandlungserfolg (Matching)“ (ebd.).

Küfner beschreibt in Weiterführung von Feuerlein et al. (1998) zwölf indikative Teil-Strategien (vgl. Tab. 2): Die vier Prinzipien der Indikation werden für die Optimierung von Behandlungsergebnissen nach drei globalen (Matching-)Aufgaben differenziert – beim Klienten, beim Behandlungsprogramm sowie beim gesamten Behandlungssystem.

Tab. 2: Indikative Strategien

Globale Matching-Aufgaben	Prinzipien der Indikation			
	Minimale Intervention	Generell erfolgreichste Behandlung	Störungsspezifische Behandlung	Differenzielle Behandlung
Optimale Behandlung für einen Klienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kein Indikationswissen ▪ alle Behandl. gleich ▪ Hierarchie nach Aufwand 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ~gibt es nicht im Zweifel für die relativ erfolgreichere Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuordnung von Störung / Defizit und Therapiebaustein 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuordnungsregeln: Klientenmerkmale * Merkmale der Behandlung * Ergebnis → spezifische Behandlung
Optimierung eines Behandlungsprogramms	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minimierung der Interventionen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientierung an der besten Einrichtung (Benchmarking) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Differenzierung in Therapiebausteine ▪ Wieviele und welche? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswahl von passenden Klienten (Aufnahmekriterien)

das Therapeutenproblem, das Sachlagenproblem, das Effektivitätsproblem, das Prognoseproblem, das Nachweisproblem, das Entscheidungsproblem.

⁵¹ ebd., S. 331.

⁵² Küfner (2000a), S. 41f.

Optimierung eines Behandlungssystems mit unterschiedlichen Therapieeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hierarchie der Interventionen und Programme hinsichtlich des Aufwandes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einheitstherapie? ▪ Kosten-Nutzen-Abwägung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche störungsspezifischen Einrichtungen? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswahl von Therapieformen zur Indikation? ▪ Nach welchen Regeln soll eine Zuordnung erfolgen?
---	--	---	--	---

So gilt für die besonders hervorgehobene Kategorie *generell erfolgreichste* Behandlung, dass diese unabhängig von Patientenmerkmalen oder Kosten theoretisch die beste oder effektivste Behandlung darstellt. Bei der störungsspezifischen Behandlung wird davon ausgegangen, dass jedes Problem seines eigenen Therapiebausteins bedarf. Die differenzielle Indikation engt die Steuerungsfunktion auf den Zusammenhang von Patientenmerkmal, Behandlungscharakteristika und Behandlungserfolg ein. Wegen ihrer grundlegenden und universellen Bedeutung in der Suchtkrankenhilfe wird im Folgenden auf die Indikation nach dem Prinzip der minimalen Intervention sowie nach dem Prinzip der besten Behandlung näher eingegangen.

Prinzip der minimalen Intervention

Die Frage lautet, unter welchen Bedingungen dieses Behandlungsprinzip die beste Regel wäre, um den Behandlungserfolg für den Patienten, das Behandlungsprogramm oder das gesamte System zu optimieren. Grundlage der Überlegung ist die Existenz verschieden (kosten-)aufwendiger, aber gleich erfolgreicher Interventionen, die man nach steigendem Aufwand je nach Erfolg oder Misserfolg sukzessive anwendet. Dabei wird die Annahme zugrunde gelegt, dass kein weitergehendes Indikationswissen zur Verfügung steht.

Bei der Optimierung des Behandlungsprogramms könnte *Minimierung* der Interventionen Verschlankung oder zeitliche Straffung bedeuten, beispielsweise bei der Häufigkeit und Dauer von Therapiekontakten.

Vor der Aufgabe der Optimierung eines Behandlungssystems mit unterschiedlichen Therapieeinrichtungen stehen Planer von Therapieverbänden sowie Leistungsträger. Das Problem ist die Zuordnung von Klienten und Behandlungsprogrammen. Kriterium für die Beurteilung der Optimierung ist einerseits der Nutzen (dem entspricht der Behandlungserfolg). Auf der anderen Seite stehen die (monetären und sonstigen) Kosten. Wiederum unter der Voraussetzung, dass nichts über differenzielle Effekte bei

den jeweiligen Therapien bekannt ist, würde in der Kosten-Nutzen-Analyse die Hierarchie der in Frage kommenden Interventionen nach (monetärem) Aufwand gebildet und nach dem Prinzip der minimalen Intervention entschieden.

Indikation nach dem Prinzip der besten Behandlung

Unter der *besten* will Kufner die *generell erfolgreichste* Behandlung verstanden wissen. Bei der Auswahl einer geeigneten Therapie für den individuellen Fall wird nach den unterschiedlichen Behandlungserfolgen der jeweiligen Therapien gefragt. Voraussetzung ist dabei, dass „keine indikationsrelevante Information über einen Klienten vorliegt.“⁵³ Weiterhin wird vorausgesetzt, dass für die in Frage kommenden Therapien vergleichbare Evaluationsstudien mit zuverlässigen Angaben über (globale) Behandlungserfolge vorliegen.

Unter solchen Umständen können die Therapien hinsichtlich dieses Erfolges hierarchisch geordnet werden. Wenn nun noch monetärer und sonstiger Aufwand keine Rolle spielen und auch die Motivation des Patienten sowie die äußeren Bedingungen vernachlässigbar sind, lässt sich eine Indikations-Entscheidung eindeutig treffen – für die Therapie mit dem größten Behandlungserfolg. Ein solches Angebot kann es aber nicht geben, denn es müsste „für alle Teilgruppen in der Gesamtpopulation von Abhängigen immer zu den größten Behandlungserfolgen führen“ (ebd.). Im besten Falle würden man zu Wahrscheinlichkeitsaussagen gelangen können; das bedeutet für die Praxis, sich im Zweifel für die „relative erfolgreichere“ Therapie zu entscheiden.

Dennoch hält Kufner dieses Entscheidungsprinzip für praxisrelevant. Er gibt zu bedenken, dass in der Realität immer noch ein großes Maß an Unsicherheit und vagen Annahmen über die Wirksamkeit verschiedener Therapien herrsche. Wenn man nun annehme, Geld und Zeit seien unbedeutend, und gleichzeitig annehme, dass eine längere Dauer „tendenziell mit größter Wahrscheinlichkeit zu leicht besseren Ergebnissen“ (ebd.) führe oder im schlechtesten Falle nicht zu schlechteren Resultaten⁵⁴, erscheine die Entscheidung für die effektivste Behandlungsform durchaus vernünftig. Als Beispiel nennt er die Behandlung von Drogenabhängigen, bei der eine längere Therapiedauer einen Erfolg umso wahrscheinlicher macht.

⁵³ Ebd., S. 45.

⁵⁴ Hier verweist er auf die Meta-Analyse von Süß (1995), die zu ähnlichen Ergebnissen kommt.

Bei der Aufgabe, ein Behandlungsprogramm zu optimieren, stößt man mit dem Prinzip der generell besten Behandlung auf Schwierigkeiten. Wie oben bereits angedeutet, kann es zwar die „generell“ erfolgreichste Behandlung nicht geben, aber es lässt sich in jedem Behandlungsbereich eine Rangfolge der Einrichtungen aufstellen und somit „eine Annäherung an die in diesem Bereich erfolgreichste Behandlung“ zu erreichen.⁵⁵ Dieser Benchmarking-Ansatz erfasst systematisch Eigenschaften und Besonderheiten des erfolgreichsten Unternehmens und ermöglicht den Transfer für das eigene Unternehmen. Im Suchtkranken-Hilfesystem erfolgt dieses Benchmarking laut Kufner eher unsystematisch: „Es fehlen Konzepte, wie ein solcher Lerntransfer von der Mustertherapie auf ein anderes Setting erfolgen kann“ (ebd.).

Bei der Optimierung des Behandlungssystems liefere das Prinzip der besten Therapie nach Kufner auf die Einführung einer – für optimal gehaltenen – einheitlichen Behandlung hinaus. Die Alternative wäre die pragmatische Einteilung des gesamten Behandlungssystems in unterschiedliche Bereiche (z.B. Störungstypen, Lang- oder Kurzzeittherapien), in denen dann die jeweils beste Einrichtung eine Art Musterfunktion erfüllen würde.⁵⁶

Indikations-Entscheidungen als Prozess

Nachdem die eher schematische Auffassung einer „Therapiekette“ in der Behandlung von substanzinduzierten Störungen zunehmend durch ein Konzept von differenzierteren und vernetzten Angeboten in Beratung, Betreuung und Behandlung abgelöst wurde, rückt die Frage nach der Umsetzung der theoretischen Überlegungen und die Steuerung der therapeutischen Praxis stärker in den Vordergrund.

So hat sich inzwischen die Ansicht durchgesetzt, Indikations-Entscheidungen als Prozess zu betrachten, und sie ganz pragmatisch als nur vorläufig gültige zu betrachten – bis zusätzliche Erkenntnisse neue Entscheidungen ermöglichen oder erfordern.

Indikations-Entscheidungen müssen im Behandlungsprozess ständig getroffen werden. Es beginnt mit der Entscheidung, ob eine Behandlung nötig ist oder nicht. Wird diese Frage bejaht, folgt die Entwicklung einer Behandlungsstrategie mit den Fragen nach dem Setting, der Dauer und den einzelnen Bausteinen der benötigten Behandlung. Viele Entscheidungen sind implizit, ohne als solche erkannt bzw. reflektiert zu werden. Ein

⁵⁵ Ebd., S. 46.

weiteres aus der Praxis abgeleitetes Charakteristikum der Indikation beschreibt Schneider folgendermaßen: „Für Indikationsentscheidungen stehen zu einem Zeitpunkt t an einem Ort y immer nur begrenzte Möglichkeiten zur Auswahl“.⁵⁷

Funke führt hier eine begriffliche Präzisierung ein:⁵⁸ Antworten auf die Frage „Wer für welche Methode?“ erhält man mittels selektiver Indikation, wobei nochmals zwischen der Auswahl von bestimmten Methoden bei einem Patienten (methoden-selektiv) und der Auswahl von bestimmten Personen für Methoden und Institutionen (personen-selektiv) unterscheidet. Die Frage „Was zu welchem Zeitpunkt?“ beantwortet die adaptive Indikation.

Für eine effektive Nutzung des vorhandenen Behandlungsangebotes ist eine möglichst differenzierte Indikationsstellung unumgänglich. Nach Steffen & Klein müsste idealerweise im ersten Schritt der Patient umfassend über die verschiedenen Behandlungswege informiert sein. Dann müsste in eine erste Betrachtung die (gesamte) Lebens- und Krankheitssituation eingehen (Familie, Beruf, Sozialkontakte, Wohnsituation, Gesundheitszustand, Persönlichkeitsstruktur, Suchtgeschichte). Im dritten Schritt wäre auch ein Bezug herzustellen zu seinen Abstinenz Erfahrungen, der Kooperationsbereitschaft, der Entwicklung von Krankheitseinsicht, Veränderungs- und Behandlungsmotivation, seiner Belastbarkeit und Fähigkeit für eine tragfähige therapeutische Beziehung.⁵⁹ Die von der American Psychiatric Association verantwortete „Practice Guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids“ äußert sich zu dieser Phase der Betreuung so:⁶⁰

„The assessment includes

- a) a detailed history of the patient's past and present substance use and its effects on
- b) cognitive, psychological, behavioral, and physiologic functioning;
- b) a general medical and psychiatric history and examination;
- c) a history of prior psychiatric treatments and outcomes;
- d) a family and social history;
- e) screening of blood, breath, or urine for abused substances; and
- f) other laboratory tests to help confirm the presence or absence comorbid conditions
- g) frequently associated with substance use disorders“

⁵⁶ Eine solche Herangehensweise in systematischer Form hat es nach Küfner bei der Planung des Versorgungssystems bislang noch nicht gegeben.

⁵⁷ Schneider (1999).

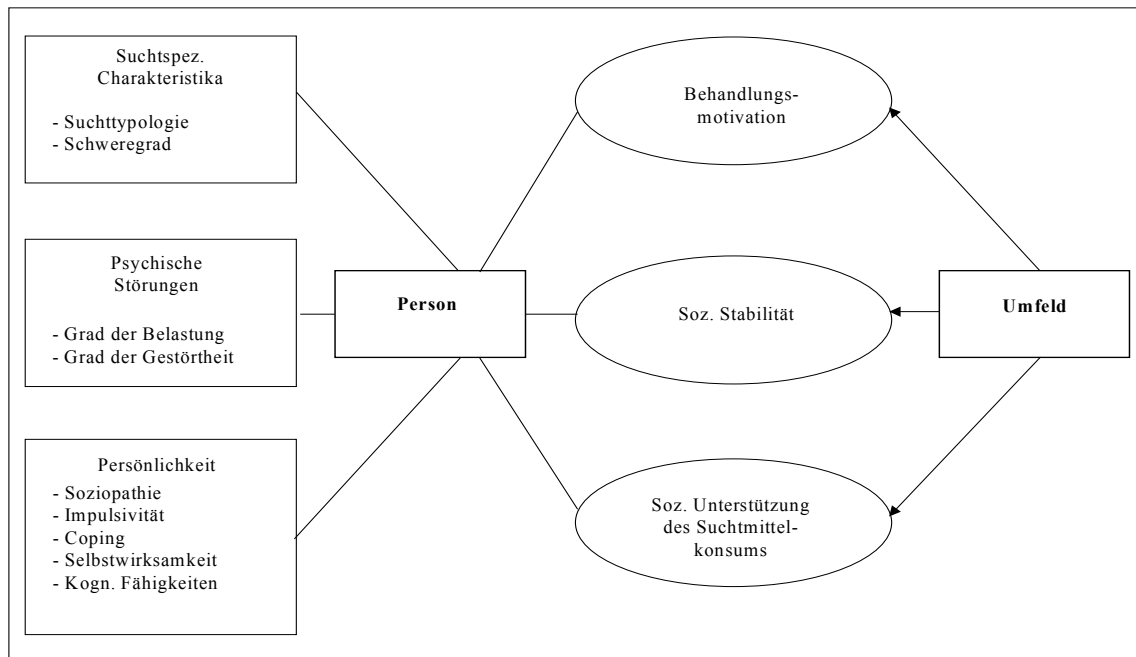
⁵⁸ Funke (2000).

⁵⁹ Steffen & Klein (2000), S. 146f.

⁶⁰ APA (1995), S. 6.

Küfner hat die wichtigsten praxisrelevanten Indikationsmerkmale, die derzeit in der Literatur zur Diskussion stehen und durch empirische Untersuchungen z.T. belegt werden konnten, schematisch zusammengefasst (vgl. Abb. 1):⁶¹

Abb. 1: Übersicht von potenziellen Indikationsmerkmalen



Obwohl die möglichen Indikationsmerkmale ein hohes Maß an Komplexität aufweisen, lassen sich, wie Küfners Modell zeigt, nicht nur einzelne Bereiche schwerpunktartig herauskristallisieren, sondern auch für die alltägliche Praxis nutzbar machen. Die s.E. wichtigsten Fragen bei der Indikation formuliert er wie folgt:

- Ist ein stationärer Entzug nötig?
- Ist eine ambulante oder eine stationäre Therapie angezeigt?
- Wie lang sollte die Behandlung sein?
- Welche Art der Behandlung ist für den Betroffenen am erfolgversprechendsten?
- Ist eine Nachsorge bzw. Nachbehandlung angezeigt?

Kriterien für die Entscheidung, ob ein Entzug ambulant oder stationär erfolgen sollte, hat Veltrup folgendermaßen zusammengestellt:⁶² (vgl. Tab. 3):

⁶¹ Küfner (2000a), S. 50.

⁶² Veltrup (2001), S. 6.

Tab. 3: Kriterien zur Indikation der Entzugsbehandlung

Indikation zur Entzugsbehandlung	
ambulant	stationär
<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine schwerwiegenden körperlichen oder psychiatrischen Erkrankungen ▪ keine Verletzungen an Kopf oder Extremitäten ▪ keine Krampfanfälle in der Vorgeschichte ▪ Patient ist Arzt gut bekannt ▪ Patient ist sozial gut integriert 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ körperliche Erkrankungen ▪ akute Verletzungen ▪ reduzierter Allgemeinzustand ▪ polyvalente Abhängigkeit ▪ psychiatrische Begleiterkrankungen ▪ Krampfanfälle in der Vorgeschichte

Zur Beantwortung der Frage nach dem für die Entwöhnungsbehandlung am besten geeigneten Setting haben die Rehabilitationsträger Kriterienkataloge entwickelt, die eine weitere Konkretisierung beinhalten (vgl. Tab. 4):⁶³

Tab. 4: Kriterien zur ambulanten bzw. stationären Indikation der Entwöhnungsbehandlung

Merkmalsbereiche	Indikation zur Entwöhnungsbehandlung	
	ambulant	stationär
seelische und körperliche Störungen und soziale Probleme	im Rahmen der ambulanten Rehabilitation oder begleitend behandelbar	schwere Störungen, die eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation in Frage stellen
soziales Umfeld	hat unterstützende Funktion	Herausnahme aus pathogenem Milieu erforderlich
berufliche Situation	ausreichend berufliche Integration	berufliche Desintegration, z.B. Langzeitarbeitslosigkeit
Wohnsituation	stabil	nicht stabil
Mitwirkungsfähigkeit und -bereitschaft	Fähigkeit zur aktiven Mitwirkung, zur regelmäßigen Teilnahme und Einhaltung des Therapieplanes gegeben	Fähigkeit zur aktiven Mitwirkung, zur regelmäßigen Teilnahme und Einhaltung des Therapieplanes bei ambulanter Rehabilitation nicht gegeben
Abstinenzfähigkeit	bereit und in der Lage, abstinent zu leben und suchtmittelfrei an der Behandlung teilzunehmen	nicht bereit und nicht in der Lage, bei der ambulanten Rehabilitation abstinent zu leben und suchtmittelfrei an der Behandlung teilzunehmen
Suchtverlauf	langer und intensiver Suchtverlauf schließt ambulante Rehabilitation nicht aus	lang und intensiv

Ebeling differenziert zusätzlich zwischen dem ambulanten, teilstationären und stationären Bereich (vgl. Tab. 5). Die teilstationäre Behandlung ist durch hohe therapeutische Intensität und den stabilen Rahmen bei gleichzeitiger partieller Herausnahme aus der belastenden Umwelt charakterisiert. Sie kommt nach seiner

⁶³ Kulick (1999), S. 12.

Ansicht vor allem für drei Patientengruppen in Frage.⁶⁴ Dabei handelt es sich zum einen um Patienten, die zwar ambulant behandelt werden könnten, aber aus bestimmten Gründen einen festen äußeren Rahmen benötigen. Des Weiteren um Patienten, für die aus bestimmten Gründen eine stationäre Kurzzeit-Therapie nicht in Frage kommt. Zur dritten Gruppe gehören Patienten, bei denen die stationäre Behandlung schon soweit erfolgreich abgeschlossen ist, dass ein teilstationäres Setting angezeigt ist.

Tab. 5: Kriterien zur ambulanten, teilstationären bzw. stationären Indikation der Entwöhnungsbehandlung

	ambulant	teilstationär	(voll)stationär
körperliche Erkrankung	begleitend behandelbar	nicht ambulant behandelbar	nicht ambulant behandelbar
psychiatrische Erkrankung	begleitend behandelbar	nicht ambulant behandelbar	nicht ambulant behandelbar
kognitive Störung	nicht erheblich	mittel bis schwer	schwer
soziales Umfeld	stabil	stabil	nicht stabil
Wohnsituation	stabil	stabil	nicht stabil
Arbeit	stabil	stabil	nicht stabil
Mitwirkungsfähigkeit	hoch	mittel	gering
Abbrüche	keine	häufig	häufig
Rückfallrisiko	gering	mittel	hoch
Krisenmanagement	vorhanden nicht aufwendig	vorhanden	nicht vorhanden
therapeutische Intensität	gering	hoch	hoch

Funke hinterfragt allerdings für die alltägliche Steuerungspraxis die uneingeschränkte konzeptuell-inhaltliche Dominanz: Es „hält sich hartnäckig die Vorstellung, dass eine faire, also rein fachlichen Anforderungen genügende Indikationsstellung möglich sei.“⁶⁵ Ebeling regt in diesem Zusammenhang an, besser nur von „Hinweisen“ oder „Anhaltspunkten“ zu sprechen.⁶⁶ Schneider weist darauf hin, dass empirisch gewonnene Indikationskriterien zur Entwöhnungsbehandlung in der Einzelfallentscheidung nicht immer hilfreich seien. Das hohe Abstraktionsniveau mache die Übertragbarkeit auf den konkreten Fall schwer und es seien weitere Forschungsansätze nötig, um empirische Ergebnisse für spezielle Probleme zu erhalten. Die Ergebnisse, die bei der Arbeit mit dem von Missel & Zemlin erarbeiteten und empirisch validierten Indikations- und Prognoseinventar gewonnen werden konnten, bestärken seiner Meinung nach die Zweifel, dass eindeutige und sichere Indikations-Entscheidungen allein auf solche

⁶⁴ Vgl. Ebeling (2000), ausführlicher S. 153 ff.

⁶⁵ Funke (2000), S. 97.

⁶⁶ Ebeling (2000).

Daten (Schwere der Abhängigkeit, körperliche Probleme, psychische Probleme, soziale Stabilität, Veränderungsmotivation und Compliance) gegründet werden könnten.⁶⁷

Auch in der Praxisebene zeigen sich Begrenzungen, die auf Entwicklungspotentiale hinsichtlich einer rationaleren Steuerung hindeuten: So konnten Steffen & Klein im Rahmen einer nicht repräsentativen Befragung von Institutionen, die Indikations-Entscheidungen treffen und Behandlungsmaßnahmen einleiten, zum Thema Indikationskriterien zur Sucht-Rehabilitation u.a. folgendes feststellen:⁶⁸

- Es herrschte großer Mangel an Kenntnissen über existierende Behandlungsmöglichkeiten
- Inhalt von Empfehlungsvereinbarung zur ambulanten Sucht-Rehabilitation und Leitlinien der Kostenträger waren weitgehend unbekannt
- Es zeigten sich erhebliche Vorurteile bzw. große Unsicherheiten über den Nutzen neuer Behandlungsmöglichkeiten, wie z.B. teilstationäre Angebote
- Aus personeller und zeitlicher Knappheit bestand die Tendenz, lediglich die eingefahrenen, bekannten Wege in Erwägung zu ziehen
- Es zeigte sich ein Defizit an Vernetzung von Institutionen; kaum Kooperation, vorhandene Möglichkeiten wurden nicht genutzt

Ihr Fazit lautet daher, dass Indikations-Entscheidungen zum großen Teil aufgrund struktureller und personeller Besonderheiten der jeweiligen Einrichtung getroffen werden würden. Darüber hinaus gebe es Entscheidungen, die mit sachlichen und fachlichen Kriterien nichts zu tun haben. Vor diesem Hintergrund schlussfolgern Schneider et al., dass

- die Frage nach dem Therapiesetting nur eine Frage unter vielen sei
- die Bedeutung des Settings durch viele andere Variablen beeinflusst werde
- die Settingfrage deshalb eine solche Beachtung erhalte, weil im derzeitigen System verschiedene Anbieter mit verschiedenen Kostenstrukturen verschiedene Interessen verfolgen.⁶⁹

Inhalte und Bedingungen innerhalb einer Behandlung könnten für den Therapieprozess sehr viel bedeutender als das Setting selbst sein. Daher schlagen sie vor, sich nicht zwingend an vorgegebenen Kriterien, die „nur eine trügerische Sicherheit suggerieren“⁷⁰, zu orientieren, sondern anstelle dessen die Indikations-Entscheidungen entlang eines Kontinuums zu treffen (vgl. Abb. 2):

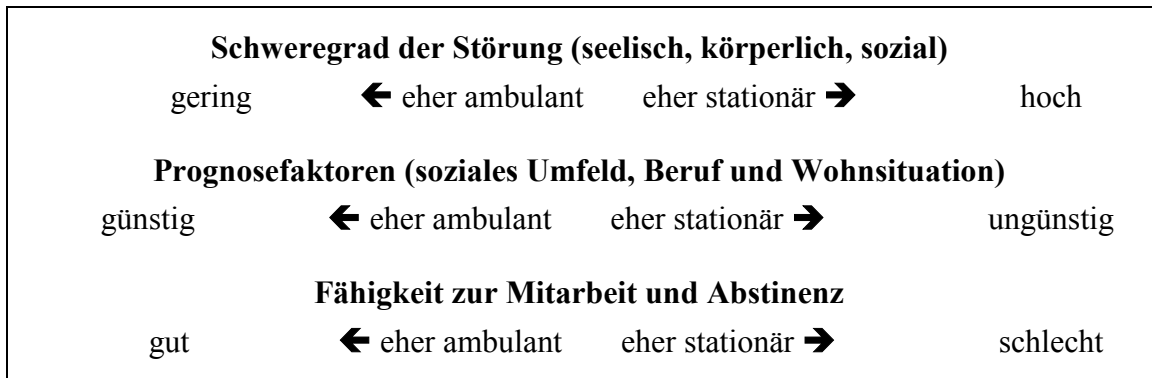
⁶⁷ Schneider (1999) mit Verweis auf Küfner (1997) und (1998); Schneider (2000a), S. 160.

⁶⁸ Steffen & Klein (2000), S. 142f.

⁶⁹ Schneider et al. (1999).

⁷⁰ Schneider (2000a), S. 160.

Abb. 2: Kontinuum



In diesem Modell wird eine große Bandbreite für die indikative Ermessensentscheidung deutlich. Nach Schneider werden in der klinischen Praxis noch andere Kriterien zusätzlich für eine Entscheidung herangezogen. Er nennt zum einen die Rückfallgefährdung⁷¹ und meint hierzu, dass mit der Zahl der vorhandenen Merkmale die Notwendigkeit einer stationären Behandlung steige.

Als ein weiteres Kriterium führt er den Wunsch des Patienten an. Er berichtet von einer Patientenbefragung zu den Vorzügen einer stationären Behandlung. Die potentiellen Stärken einer stationären Behandlung liegen demnach in folgendem:

- Befreiung aus einer belastenden, schwer erträglichen oder lebensbedrohlichen Situation
- Vorübergehende Ausschaltung ungünstiger sozialer Umgebungsbedingungen für Persönlichkeits- und Verhaltensveränderungen
- Umfassende und detaillierte Möglichkeit zur Beobachtung, zum Kontakt und zur Diagnostik
- Der Genesungsprozess wird seltener (als z.B. in der Ambulanz) durch Krisen verzögert oder gefährdet
- Subjektives Sicherheitsbedürfnis der Patienten: Demoralisierung wird gemindert, Erfolgshoffnung verstärkt
- Aktivierung der Wirkfaktoren von Gruppentherapie: Bildung von formellen und informellen Gruppen ist ständig und häufig möglich
- Behandlung von Multimorbidität ist zeitgleich und qualifiziert möglich.
- Freiraum und Hilfestellung für ein notwendiges Experimentieren mit neuen und subjektiv ungewohnten Verhaltensweisen Systematische Hinführung zu Abstinenz bei anfänglich geringer Motivation

Da Indikations-Entscheidungen von vielen am therapeutischen Prozess mittelbar und unmittelbar Beteiligten getroffen werden (Therapeut, Patient, Bezugspersonen, Vertreter von Institutionen) ist es deshalb umso wichtiger, dass Entscheidungen im Dialog mit dem Patienten getroffen werden. Hier spiegelt sich letztendlich auch auf der Patientenebene die (gemeinsame) Aufgabe einer indikativen Steuerung, in der Erkenntnis und dem Bewusstsein, dass es sich nicht um die eine und wahre, sondern nur um die adäquate und wahrscheinlich bessere Behandlung handelt.

⁷¹ Vgl. dazu Schneider (2000a), S. 161 mit weiterführender Literatur.

6. Effektivität der Suchtrehabilitation – reha-wissenschaftliche Grundlagen

6.1 Methodologische Anmerkungen zur Effektivitätsbestimmung

Der Erfolg der Sucht-Rehabilitation im Allgemeinen und die Effektivität der Behandlung im Besonderen sind spätestens seit der institutionellen Etablierung dieser Versorgungsform Gegenstand zahlreicher empirischer und theoretischer Untersuchungen gewesen. Im Zeitalter zunehmender Einsparzwänge einerseits und verstärkter Aufmerksamkeit für die Qualitätssicherung andererseits erhalten diese eine neue Bedeutung.

Insbesondere aus der Sicht der professionellen Akteure wird immer wieder betont, dass „nicht nur die Effizienz, d.h. Wirtschaftlichkeit [...] der Leistungen, sondern auch die Effektivität in Form von körperlicher, psychischer und sozialer Stabilisierung eine Voraussetzung für einen dauerhaften Rehabilitations-Erfolg ist“.⁷² Andererseits beklagt Süß⁷³, dass Therapiemaßnahmen häufig weder theoretisch begründet noch empirisch überprüft sind, sondern eher „gewachsenen, historisch zu nennenden Besonderheiten der jeweiligen Einrichtung“ folgen.⁷⁴

Soll die Weiterentwicklung der Sucht-Rehabilitation nicht nur an den Kosten orientiert sein, ist also eine Evaluation der Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen dringend erforderlich.⁷⁵ Zwar liegt eine Vielzahl von Publikationen, insbesondere zum Erfolg der Sucht-Rehabilitation, vor. Sie lassen sich jedoch angesichts unterschiedlicher Stichproben, Variablen, Messinstrumente und Methoden nicht ohne weiteres vergleichen oder zusammenfassend bewerten. Insbesondere die internationale Vergleichbarkeit von Studien ist deutlich eingeschränkt. In Deutschland sind von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) einheitliche Kriterien für die Durchführung von Studien vorgelegt worden. Auch wenn sich ein großer Teil der Studien bereits an diesen Kriterien orientiert, hat sich diese Praxis noch nicht überall durchgesetzt und bedarf der weiteren Förderung.

Unter verschiedenen Fragestellungen sind dabei bereits in der Vergangenheit Versuche einer meta-analytischen Integration der vorliegenden Befunde unternommen worden. Sie reichen von der ersten systematischen Übersicht Emricks (1975) über die bislang

⁷² Funke et al. (2001), S. 43.

⁷³ Süß (1995), S. 249.

⁷⁴ Schleipers (1984), S. 241.

umfangreichsten narrativen Zusammenfassungen von Miller und Hester (1980, 1986a) bis zu den jüngsten Versuchen einer meta-analytischen Integration der bisherigen Ergebnisse durch Süß (1995) bzw. Sonntag & Künzel (2000).

Die beiden zuletzt genannten Arbeiten verdienen unter dem Aspekt ihrer hohen Aktualität, Vollständigkeit und methodischen Qualität besondere Aufmerksamkeit. Die Arbeit von Süß wird dabei in der späteren Meta-Analyse von Sonntag & Künzel berücksichtigt, ist jedoch angesichts der Spezifik einzelner untersuchter Detailfragen wie auch der Ausdehnung des Analysebereichs auf die nicht-europäische Region von eigenständigem Interesse.

In beiden Meta-Analysen erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit den Grenzen sowohl der bisherigen wie auch der eigenen methodischen Ansätze. Diese reflektieren einerseits die methodischen Probleme einer zusammenfassenden Bewertung der vorliegenden Befunde, wie sie sich auch in dieser Expertise stellen. Andererseits wird der bisher anspruchsvollste Versuch einer methodischen Präzisierung der Anforderungen unternommen, die an die Qualität jeder Einzeluntersuchung – auch künftig – gestellt werden müssen, um vergleichende oder zusammenfassende Bewertungen überhaupt erst zu ermöglichen. Hier sehen auch die Autoren nach wie vor einen weitgehenden Entwicklungsbedarf.

Auf dem zur Zeit gegebenen Stand der empirischen und theoretischen Erkenntnisse kann zur Bewertung der globalen oder differenziellen Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen in der Sucht-Rehabilitation ausschließlich auf Studien und entsprechende Publikationen zurückgegriffen werden, die nur sehr eingeschränkt den Anforderungen an eine Evidenzbasierung entsprechen, wie sie unter anderem von der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung aufgestellt wurden.⁷⁶ Danach ist der höchste Grad der Evidenzbasierung durch mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie und schlüssige Literatur guter Qualität belegt. Sonntag & Künzel ziehen aus der Tatsache, dass „es in Deutschland bzw. in Europa [...] keine bzw. kaum experimentelle randomisierte Studien gab“⁷⁷, die Konsequenz, auf dieses übliche Einschlusskriterium für Meta-Analysen zu verzichten. Süß weist auf die ethischen und juristischen Probleme bei der Durchführung experimenteller Studien im klinischen Bereich und die sich

⁷⁵ Süß (1995).

⁷⁶ Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (1999), S. 12.

⁷⁷ Sonntag & Künzel (2000), S. 19.

daraus ergebenden Einschränkungen für die Repräsentativität der Ergebnisse hin.⁷⁸ Entsprechende Hinweise finden sich auch in den Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Generische Methoden“ des Förderschwerpunktes „Rehabilitationswissenschaften“ zur Analyse, Durchführung und Interpretation von Studien in der Rehabilitationsforschung: „Auch wenn sich eine randomisierte Zuweisung und ein gezielter Eingriff in die Exposition [...] verbieten, lassen sich durchaus andere Techniken zur Vermeidung und Kontrolle von Konfundierungseffekten wie das Matching oder das Konstanthalten [...] zur Sicherung der Validität anwenden“⁷⁹. Für die Meta-Analyse bedeutet das, dass auch nichtexperimentelle Studien einbezogen werden können, wenn sie bestimmten Mindestanforderungen genügen.

Während Süß in seiner Meta-Analyse auch Effektstärken zur Bewertung der differenziellen Wirksamkeit von Behandlungsstrategien berechnet, verzichten Sonntag & Künzel aufgrund der Tatsache, „dass die Ergebnisse nur bei wenigen Studien in Effektstärken umgerechnet werden können [...]“ auch auf dieses Kriterium.⁸⁰

Über die Auswahl der zugrunde zu legenden Studien hinaus ergeben sich weitere methodische Probleme der Meta-Analyse aus den angewandten Methoden.^{81 82 83 84} So lassen sich Unterschiede in den Ergebnissen von systematischen Literatur-Reviews nicht nur auf subjektive Faktoren oder die unterschiedliche Methodik der zu Grunde liegenden internationalen Studien zurückführen, sondern auch auf ein unterschiedliches methodisches Vorgehen bei deren Zusammenfassung und Bewertung. Sonntag & Künzel demonstrieren anhand von zwei Meta-Analysen mit identischen Studien, aber unterschiedlicher Methodik, welche Unterschiede in der globalen Effektivitätsbewertung sich bei unterschiedlicher Definition der Erfolgskriterien ergeben.⁸⁵

Aufbauend auf den Ergebnissen von Süß entwickeln Sonntag und Künzel Gütekriterien und statistische Verfahren für die Meta-Analyse, die die Validität der zusammenfassenden Aussagen weitgehend gewährleisten sollen. Sie beziehen sich auf die Problembereiche Stichprobenselektion, Erfolgsdefinition, Berechnung der Erfolgs-

⁷⁸ Süß (1995), S. 249.

⁷⁹ Faller et al. (1999), S. 20.

⁸⁰ Sonntag & Künzel (2000), S. 19.

⁸¹ Wittmann (1985).

⁸² Fricke & Treinies (1985).

⁸³ Süß (1995).

⁸⁴ Sonntag & Künzel (2000).

⁸⁵ Ebd.

quoten, Katamnesezeiträume bzw. Zeitfenster im Katamnesezeitraum, sowie meta-analytische Auswertungsverfahren.

Auf diese methodischen Probleme soll im folgenden zusammenfassend eingegangen werden. Die Diskussion soll einerseits Defizite in der empirischen und theoretischen Fundierung der zur Zeit vorliegenden reha-wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Behandlung verdeutlichen, andererseits erlauben sie eine methodische Präzisierung der Anforderungen an künftige Einzelstudien sowie zusammenfassende Bewertungen.

6.1.1. Das Problem der Stichprobenselektion

Die Patientenselektion ist in allen z.Z. berichteten Studien sowie den Meta-Analysen kritisch zu bewerten. So werden Zugangs- und Behandlungsmerkmale nicht ausreichend präzise definiert, um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse gewährleisten zu können. Insbesondere der Abgrenzung von Abhängigkeit und Missbrauch wird nicht in allen Ländern gleichermaßen ausreichend Beachtung geschenkt, während die meisten in Deutschland durchgeführten Studien die Selektionskriterien relativ sorgfältig anwenden.⁸⁶ In diesem Zusammenhang weist Süß auch auf das Problem der nach wie vor ausstehenden prognostisch relevanten Unterscheidung zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit hin. Weitere Probleme ergeben sich aus der mangelnden Berücksichtigung von Patientenmerkmalen, deren Einfluss auf den Rehabilitationserfolg aus einigen Studien nachweislich bekannt ist, so u.a. Sozialschicht, Arbeitslosigkeit. So ist beispielsweise eine Identifikation von „high risk“-Patienten, zu denen vor allem Personen mit erheblichen sozialen Problemen zu zählen sind, nur in den wenigsten Studien möglich.

Weitere Probleme der Stichprobenselektion ergeben sich aus den unterschiedlichen Behandlungsmerkmalen, die untersucht werden. So stellt z.B. der Einfluss der Struktur von Behandlungsnetzen (Vorauswahl von Patientengruppen mit unterschiedlichen prognostisch relevanten Merkmalen) eine Einflussgröße dar, die den länderübergreifenden Vergleich erschwert. Aber auch die untersuchten Behandlungsmethoden (Art, Vielfalt, Intensität und Dauer) können unter Umständen die Teilgruppen der selektierten Patienten einschränken, so dass eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse problematisch erscheint.

⁸⁶ Süß (1995), S. 251.

6.1.2 Erfolgsdefinitionen

Sonntag & Künzel bestätigen die Erkenntnis, dass sich die Erfolgsbestimmungen bezüglich der festgelegten Ausprägung der Variablen erheblich unterscheiden. Zwar werden in der Regel die gleichen Ergebnis-Variablen (in unterschiedlicher Menge) verwendet, jedoch mit stark variierenden Definitionen. Für die Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigen finden sich folgende dominante Kriterien⁸⁷: Haltequote, Konsumverhalten, gesundheitliche und psychische Situation (z.B. leberspezifische Laborparameter), soziale Situation (z.B. soziale Integration) und berufliche Situation. Alle weiteren Variablen (Persönlichkeit, familiäre Situation, Zufriedenheit, Besuch von Selbsthilfegruppen, etc.) werden in bisherigen Studien kaum untersucht. Am häufigsten werden dabei Aspekte der gesundheitlichen Situation erhoben. Diese Begrenzung ist insbesondere unter dem Gesichtspunkt der umfassenden Zielsetzung der Rehabilitation, die nicht nur die unmittelbare substanzbezogene Problematik, sondern auch die psychische, soziale und berufsbezogene Dimension einbezieht, kritisch zu bewerten.

Ein umfassendes Verständnis des Rehabilitationsbegriffes kann dabei nach den Untersuchungsergebnissen von Sonntag & Künzel für den gesamten europäischen Raum unterstellt werden, wenngleich sich unterschiedliche Schwerpunktsetzungen finden lassen.⁸⁸ Eine besondere Aufgabe der Sucht-Rehabilitation in Deutschland besteht nach SGB IV in der Definition des Rehabilitationserfolges durch die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Zu diesem Kriterium liegen nur vereinzelt deutsche Studienergebnisse vor (so beispielsweise aus den Bereichen der 5-Jahres-Prognosen der Rehaträger sowie der AHG-Katamnesen), die sich jedoch aufgrund der unterschiedlichen sozialen und gesetzlichen Rahmenbedingungen nur schwer mit den – ohnehin wenigen – Befunden aus anderen Ländern vergleichen lassen. Als vorherrschendes Erfolgskriterium finden Sonntag & Künzel die „absolute Abstinenz, unter der in der Regel ‚keinerlei Konsum im gesamten Katamnesezeitraum‘ verstanden wird“.⁸⁹ Dieses Kriterium eignet sich nach Ansicht der Autoren folglich derzeit am besten für vergleichende oder zusammengefasste Aussagen zum Rehabilitationserfolg, so dass sich ihre zusammengefasste Ergebnisdarstellung des

⁸⁷ Sonntag & Künzel (2000), u.a. S 37 ff, S. 74.

⁸⁸ Ebd., S. 17; S. 33 ff.

⁸⁹ Ebd., S. 38.

derzeitigen reha-wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zum Erfolg der Rehabilitation deshalb auf dieses Kriterium beschränkt.

Neben den bereits oben genannten inhaltlichen Grenzen ergibt sich eine weitere Beschränkung der Aussagekraft dieses reduzierten Ansatzes daraus, dass es in einem „Großteil der Studien [...] keine klar festgelegten Erfolgsdefinitionen gibt, die die Bedingungen und Grenzen markieren, unter denen ein Patient als erfolgreich oder gebessert eingestuft werden kann“ (ebd.). Rückfälle sind in den meisten Fällen zugelassen, jedoch müssen unterschiedliche Kriterien erfüllt sein.

Süß unterscheidet nach der Rückfallgefährdung in seiner Meta-Analyse die beiden Unterkategorien „dauerhafte Abstinenz“ ohne jeden Rückfall und „erhebliche Besserung“, bei der Rückfälle mit variierenden Bedingungen zugelassen sind.⁹⁰ Auch er stellt jedoch fest: „Die Abstinenzraten erlauben als eindeutig operationalisiertes Kriterium direkte Vergleiche zwischen den Ergebnissen der Untersuchungen“.⁹¹ Für zusammengefasste Aussagen ist dies also von besonderer Bedeutung. Zu beachten ist weiterhin, dass sich die Abstinenz oft auf unterschiedliche Zeitfenster bezieht; worauf im weiteren noch eingegangen werden wird.

Mit der Abstinenz wird in der zusammengefassten Bewertung zwar ein „hartes“, jedoch inhaltlich begrenztes Kriterium gewählt. Es kann davon ausgegangen werden, dass so die Erfolge der Sucht-Rehabilitation im allgemeinen und in Deutschland – mit der gesetzlich verankerten ganzheitlichen und erwerbsbezogenen Zielsetzung der Rehabilitation – im besonderen, eher unterschätzt werden. Diese Aussage stützt sich insbesondere auf den meta-analytischen Befund, dass die Ergebnisse desto besser sind, je weiter der Erfolgsbegriff definiert ist.⁹²

⁹⁰ Süß (1995), S. 253.

⁹¹ Ebd.

⁹² Sonntag & Künzel (2000).

6.1.3 Berechnungsformen der Erfolgsquote

Weitere methodische Probleme für den Vergleich von Erfolgsquoten ergeben sich aus den unterschiedlichen Berechnungsformen, hier insbesondere aus den zugrundegelegten Bezugsgruppen. Im wesentlichen werden neun verschiedene Berechnungsformen mit folgenden Bezugsgruppen beschrieben:⁹³

- 1) Alle regulären Beender und Abbrecher, einschließlich Todesfälle (Ausgangsstichprobe)
- 2) Alle regulären Beender und Abbrecher, ohne Todesfälle
- 3) Alle regulären Beender, einschließlich Todesfälle
- 4) Alle regulären Beender, ohne Todesfälle
- 5) Alle regulären Beender und Abbrecher, die zum Katamnesezeitpunkt erreicht wurden, einschließlich Todesfälle
- 6) Alle regulären Beender und Abbrecher, die zum Katamnesezeitpunkt erreicht wurden, ohne Todesfälle
- 7) Alle regulären Beender, die zum Katamnesezeitpunkt erreicht wurden, einschließlich Todesfälle
- 8) Alle regulären Beender, die zum Katamnesezeitpunkt erreicht wurden, ohne Todesfälle
- 9) Alle regulären Beender und Abbrecher, die zum Katamnesezeitpunkt erreicht wurden, einschließlich Todesfälle und Patienten, die die Befragung verweigern, aber von denen verlässlich bekannt ist, dass sie zum Katamnesezeitpunkt Drogen in beträchtlichem Umfang konsumieren

Die Berechnungsformen 1, 3, 5, und 7 entsprechen dabei den Empfehlungen der DGSS.⁹⁴ Sie werden allerdings nach wie vor auch in Deutschland nicht durchgängig angewandt.

Über alle deutschen Studien am besten vergleichbar erscheint z.Z. die Berechnungsform Nr. 1, d.h. der Bezug auf die Ausgangsstichprobe. Sie ergibt die konservativste Schätzung der Erfolgsquoten, d.h. man erhält die schlechtesten Ergebnisse. Die positivsten Ergebnisse zeigen sich dagegen unter Bezug auf die Gruppe der regulären Therapie-Beender, die zum Katamnesezeitpunkt erreicht wurden. Diese Berechnungsform erscheint allerdings für Zusammenfassungen nicht sehr geeignet, weil der Einfluss von Confoundern – u.a. soziale Netze, psychische Patientenmerkmale – nicht ausreichend kontrolliert werden kann. Auch bei der Wahl der Berechnungsform für die Erfolgsquoten der Sucht-Rehabilitation in Deutschland wurde also für die Expertise mit der konservativen Form ein methodischer Zugang gewählt, der die Erfolge im internationalen Vergleich eher unterschätzt.⁹⁵

⁹³ Sonntag & Künzel (2000), S. 22.

⁹⁴ DGSS (1992).

⁹⁵ Die realen Behandlungsergebnisse werden zwischen den DGSS 1 und den DGSS 4 Ergebnissen liegen.

6.1.4 Katamnesezeiträume

In den nationalen und internationalen Studien zum Erfolg der Sucht-Rehabilitation werden die Outcome-Variablen auf sehr unterschiedliche Zeiträume oder Zeitfenster bezogen.⁹⁶ Auch dadurch können methodisch bedingte Unterschiede in den Erfolgsquoten auftreten, die Vergleiche oder Zusammenfassungen erschweren.

Von der DGSS wird die Katamnese ein Jahr nach Behandlungsende als Standardmethode empfohlen. Diese Empfehlung entspricht empirisch und theoretisch fundierten Erkenntnissen, nach denen sich in diesem Zeitraum der Suchtmittelgebrauch in den meisten Fällen stabilisiert. Bei längeren Zeiträumen wird es schwieriger, den Einfluss von extra-therapeutischen Faktoren zu kontrollieren, so dass der Bezug zur ursprünglichen Therapie nicht mehr ausreichend aufgeklärt werden kann. Im Zeitraum bis zu sechs Monaten nach Therapieende finden die meisten Rückfälle statt.⁹⁷ Dieses Zeitfenster wird häufig auch als Katamnesezeitraum gewählt, um bestimmte Outcome-Variablen zu messen.

Angesichts der Vielfalt der Ansätze empfiehlt sich für zusammenfassende Bewertungen, aufgrund der o.g. Argumente der 1-Jahres-Zeitraum, der auch der Analyse von Sonntag & Künzel zugrunde gelegt wurde. Allerdings konnten auf diese Weise nur wenige Studien, und diese überwiegend aus Deutschland, ausgewertet werden. Hier besteht also ein erheblicher Nachholbedarf in der praktischen Umsetzung der Empfehlung der DGSS. Süß hingegen bezieht sich auf einen 6-Monats-Zeitraum und erreicht damit eine höhere Ausschöpfungsquote der verfügbaren Studien.⁹⁸

Mit der 1-Jahres-Katamnese wird ebenfalls wieder der Weg einer konservativen Schätzung der Erfolgsquoten gewählt. Je kürzer der Zeitraum, desto geringer die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen. Insofern kann man davon ausgehen, dass dieser methodische Zugang Erfolge der Sucht-Rehabilitation nicht über-, sondern eher unterbewertet.

⁹⁶ Sonntag & Künzel (2000).

⁹⁷ Sonntag & Künzel (2000), S. 22.

⁹⁸ Süß (1995).

6.1.5 Globale und differenzielle Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen

Sonntag & Künzel stellen fest: „Insgesamt besteht in der Literatur Einigkeit darüber, dass die Frage nach einem globalen Behandlungserfolg geklärt ist⁹⁹, jedoch nicht die der Höhe der Effektgröße sowie der Effektivität der einzelnen Behandlungskomponenten.“¹⁰⁰ Diese Begrenzung wirkt auf die Beurteilung der globalen Effektivität, beispielsweise im Setting-Vergleich, insofern zurück, als diese im strengen Sinne von der Berechnung der Effektgröße mitbestimmt wird.

Methodische Probleme hinsichtlich der Beurteilung der differenziellen Wirksamkeit verschiedener Therapieformen sind unter anderem darauf zurückzuführen, dass es aus den o.g. Gründen kaum randomisierte und kontrollierte Studien gibt. Eine der wenigen Ausnahmen ist die MATCH – Studie aus den USA (Project MATCH Research Group 1997). In ihr werden drei verschiedene Therapieformen für die ambulante Entwöhnung Alkoholabhängiger bzw. für die Nachbehandlung verglichen. Die Studie führte zur Aufklärung einiger indikativer Zusammenhänge zwischen Struktur-, Therapeuten- und Patientenmerkmalen. Im Vergleich der Behandlungsformen ergaben sich jedoch keine klinisch signifikanten Unterschiede.

In der MATCH – Studie wurden die Therapieangebote über ein standardisiertes Manual geregelt. Solche Inventare existieren jedoch in der Regel weder in der deutschen noch in der internationalen Praxis der Sucht-Rehabilitation in einer vergleichbaren Form. Zumeist werden verschiedene Komponenten kombiniert eingesetzt, so dass selbst eine Differenzierung nach verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Konzepten problematisch ist. Süß unterscheidet in seiner Analyse vier Behandlungskonzepte:¹⁰¹

- 1) Eklektische Standardtherapie
- 2) Verhaltenstheoretisch orientierte Breitbandtherapie (VT-B)
- 3) Paar- und Familientherapie
- 4) Disulfiram-Therapie

Er stellt im Ergebnis seiner Meta-Analyse fest, dass die eklektische Standardtherapie dominiert, bei der es sich um Therapieprogramme ohne spezifische theoretische Orientierung handelt. Diese Programme entsprechen sowohl dem Standard in den USA, als auch im wesentlichen dem für die Sucht-Rehabilitation in der BRD typischen

⁹⁹ Vgl. auch Hox et al. (1998); Miller et al. (1995); Süß (1995).

¹⁰⁰ Sonntag & Künzel (2000), S. 52.

¹⁰¹ Süß (1995), S. 254.

Konzept.¹⁰² Auch bei den verhaltens- und familientherapeutisch orientierten Programmen handelt es sich überwiegend um eklektische Therapieansätze, bei denen sich auch mehrere Elemente der eklektischen Standardtherapie finden. Aufgrund dieser methodischen Probleme gelangt Süß zu dem Schluss, dass „Wirksamkeitskennwerte für spezifische Treatments [...] kaum bestimmbar und wenig sinnvoll“¹⁰³ sind. Er löst das Problem letztlich durch eine Grobklassifizierung in:

- 5) Minimaltherapie (Placebo, Kurzberatung, echte Kontrollgruppe)
- 6) Eklektische Standardtherapie
- 7) Verhaltenstheoretisch orientierte Breitbandtherapie (VT-B)
- 8) Disulfiram ohne Zusatztherapie

Auf diese Kategorien beziehen sich dann auch seine Ergebnisse (s. u.). Süß weist jedoch selbst auf die eingeschränkte Interpretierbarkeit hin.

Sonntag & Künzel verzichten aufgrund der genannten methodischen Probleme völlig auf die Effektivitätsbeurteilung der differenziellen Wirksamkeit verschiedener Behandlungsmethoden und beschränken sich in diesem Punkt auf eine Literaturanalyse, die nicht über Süß hinausgeht.

Ein besonderes methodisches Problem in Bezug auf bewertende Aussagen zu Behandlungsmethoden besteht darin, dass als weitere Moderator-Variablen neben dem Verfahren, die Intensität und Dauer der Behandlung sowie Merkmale der Mitarbeitercharakteristik sowie der Therapeut – Patienten – Interaktion wirksam werden, die ebenfalls kaum standardisierten Regeln folgen.¹⁰⁴ Aus vielen Studien ist belegt, dass zahlreiche Faktoren, die mit der Therapie, aber auch den Patienten – Therapeutenmerkmalen assoziiert sind, den Rehabilitationserfolg beeinflussen.

„Nach wie vor fehlen aber integrierte, komplexe und überprüfbare Modelle der Behandlungsprozesse, der Prozesse der Verhaltensänderung und der jeweiligen Einflussfaktoren, die in typischen Behandlungssettings ablaufen. Leider liegen hier die meisten Untersuchungen aus dem angloamerikanischen Sprachraum vor. Es ist aber aus guten Gründen zumindest umstritten, ob die Schlussfolgerungen auch für die [...] Bedingungen in Europa gelten“.¹⁰⁵

Das Problem des Behandlungssettings im weiteren Sinne der Definition von Sonntag & Künzel bzw. im engeren Sinne des Vergleichs ambulanter, teilstationärer und stationärer Angebote bzw. von Nachsorgeprogrammen widerspiegelt damit auf einem aggregierten

¹⁰² Miller und Wester (1986), vgl. a.: Scheipers (1984); Schmidt (1986); Feuerlein (1989); Süß (1995); Sonntag & Künzel (2000).

¹⁰³ Süß (1995), S. 257.

¹⁰⁴ U.a. Süß (1995); Sonntag & Künzel (2000).

Niveau die methodischen Probleme bei der Beurteilung der differenziellen Wirksamkeit verschiedener Behandlungsmethoden. Auch hier sind die Ergebnisse aus verschiedenen Studien nur schwer zusammenfassend zu bewerten, weil die zu Grunde liegenden Behandlungsmerkmale (neben den Patientenmerkmalen u.a.) keinen standardisieren Kriterien folgen. Diese Einschränkung ist bei der nachfolgenden Ergebnis-Interpretation zu berücksichtigen.

¹⁰⁵ Sonntag & Künzel (2000), S. 14.

6.2 Empirische Ergebnisse zur Effektivität der Sucht-Rehabilitation

6.2.1 Globaler Behandlungserfolg im internationalen Vergleich

Übereinstimmend findet sich in allen Studien sowie Meta-Analysen die Erkenntnis, dass Behandlungen für Alkoholabhängige effektiver sind, als keine Behandlung, d.h. der globale Behandlungserfolg gilt als gesichert. Unterschiede in den Erfolgsquoten lassen sich teilweise auf die o.g. methodischen Probleme zurückführen. Auf eine Einzeldarstellung der Ergebnisse wird hier verzichtet. Es sei jedoch an dieser Stelle auf die große Bandbreite an Studien zum globalen Behandlungserfolg sowie auf die großen Schwankungen zwischen diesen Studien bzgl. der Wirksamkeit verwiesen. Die jüngsten Meta-Analysen deuten darauf hin, dass die generelle Wirksamkeit einer psychologisch fundierten Alkoholismustherapie über der Ein-Drittel-Quote liegt, die Emrick (1975) aufgrund seiner Studien postulierte.

Häufig replizierte Erfolgsquoten (nach DGSS 4) liegen bei stationär behandelten Patienten etwa um 50% bei einem Katamnesezeitraum von einem Jahr.¹⁰⁶ Die vom Fachverband Sucht (FVS) bundesweit durchgeführten Katamnesen in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige berechneten für den Entlassjahrgang 1998 bei 5.732 beteiligten Behandlungen Erfolgsquoten von 43,2% abstinenten Patienten ohne Rückfall, weitere 6,7% waren abstinent nach Rückfall (nach konservativer Berechnungsform - DGSS 4). Die im Vergleich zum Vorjahr festzustellende leichte Verschlechterung der Erfolgsquoten lässt sich in erster Linie auf einen geringeren Datenrücklauf zurückführen (vgl. 1997: N=6686 Patienten). Werden nur die Katamneseantworter einbezogen, die die Behandlung planmäßig beendeten (DGSS 1), so ergibt sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 75,8%. Im gesamten Katamnesezeitraum blieben 66,1% der Patienten abstinent, 9,7% abstinent nach Rückfall, die verbleibenden 24,2% wurden als rückfällig eingestuft.¹⁰⁷

Als weitere wichtige Instrumente zur Einschätzung der Effektivität gelten – neben den ergebnisbezogenen FVS-Katamnesen – auch die prozessbezogenen reha-statistischen Verlaufsdaten der Rentenversicherer, die in Katamnesezeiträumen von zwei Jahren nach einer durchgeführten Entwöhnungsbehandlung eine sozialmedizinische Prognose ermöglichen, aus der u.a. hervorgeht, wie groß der im Erwerbsleben verbliebene bzw.

¹⁰⁶ Sonntag & Künzel (2000).

¹⁰⁷ Funke et al. (2001).

ausgeschiedene Personenkreis ist.¹⁰⁸ Nach Angaben der BfA beläuft sich für das Referenzjahr 1996¹⁰⁹ der Anteil der im Erwerbsleben verbliebenen Personen nach zwei Jahren auf 61% lückenlos Erwerbstätige und weitere 29% lückenhaft Erwerbstätige. 5% beziehen zum Katamnesezeitraum BU/EU-Renten, 2% Altersrenten und 3% waren verstorben. Für die AR zeigt sich für den gleichen Zeitraum ein aufgrund der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstruktur leicht divergierendes Bild.¹¹⁰ Zum Katamnesezeitraum befanden sich hier 56% lückenlos und weitere 35% lückenhaft im Erwerbsleben. 5% bezogen BU-EU-Renten, 1% Altersrenten und 2,7% waren verstorben.¹¹¹

Studien aus Deutschland weisen höhere Erfolgsquoten auf als diejenigen aus dem angloamerikanischen und angelsächsischen Raum. Während Süß dieses Ergebnis meta-analytisch empirisch bestätigt, verweisen Sonntag & Künzel angesichts unzureichender empirischer Grundlagen auf den „Augenschein“.¹¹² Die Unterschiede variieren je nach Berechnungsmodus zwischen 7 und 30 %.¹¹³

¹⁰⁸ Müller-Farnow, Löffler, Schuntermann und Klosterhuis (1989).

¹⁰⁹ N=7.290; Alter = 42 Jahre.

¹¹⁰ Quelle: Reader zur Qualitätsmanagement-Tagung der DEQUS Tagung 2001 in Berlin.

¹¹¹ N=18.875, Alter = 38,6 Jahre.

¹¹² Sonntag & Künzel (2000), S. 52.

¹¹³ Süß (1995).

6.2.2 Zusammenhang von Patientenmerkmalen und Behandlungserfolg

Konsens besteht in der Forschung über die prognostische Relevanz verschiedener Patientenmerkmale für die Sucht-Rehabilitation. Ein umfassender Übersichtsartikel zu Matching-Studien bestätigt, dass solche Faktoren wie Geschlecht, Schweregrad, familiäre Belastung, antisoziale Persönlichkeitseigenschaften, Komorbidität und soziale Unterstützung den Behandlungserfolg beeinflussen.¹¹⁴ Spezielle Untersuchungen wurden zu dem Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung in der Sucht-Rehabilitation vorgelegt. Sie weisen darauf hin, dass positive Erfolge bei längerer Therapiedauer insbesondere bei solchen Patienten erzielt werden, die zu Beginn niedrige Selbstwirksamkeitserwartungen aufwiesen.¹¹⁵

Allgemein akzeptiert, jedoch wesentlich weniger untersucht, ist der Einfluss von sozialer Stabilität und Rehabilitationserfolg. Süß findet in mehr als der Hälfte der von ihm untersuchten Studien keine Angaben zu den assoziierten Variablen wie Arbeitslosigkeit, Wohnsituation und Partnerschaft. Trotzdem gelangt er meta-analytisch zu dem eindeutigen Ergebnis, dass die Ergebnisse der Problemgruppen auf statistisch hoch signifikantem Niveau weniger als halb so gut wie die der anderen Gruppe waren. Um so kritischer ist die weitgehende Vernachlässigung dieser Variablen in den meisten Studien zu hinterfragen. Das Problem erhält dabei eine neue Relevanz vor dem Hintergrund ökonomisch bedingter Restriktionen und damit möglicherweise verbundenen Folgen für eine Verschlechterung der Ergebnisqualität bei solchen Problemgruppen.¹¹⁶

Diese Entwicklung scheint besonders problematisch, wenn man empirische Befunde berücksichtigt, wonach die besten Ergebnisse bei niedrigstem Aufwand dort erzielt werden können, wo „high-risk“-Patienten mit sozialen Problemen von der Behandlung ausgeschlossen werden.¹¹⁷ Umgekehrt ist davon auszugehen, dass hohe Risiken durch ein intensiveres und differenzierteres Behandlungsangebot und eine intensive ambulante Nachsorge zumindest zu großen Teilen kompensiert werden können.¹¹⁸

Der Einfluss des Patientenmerkmals „soziale Problemgruppe“ auf den Rehabilitationserfolg wird von Süß meta-analytisch untersucht. Im übernationalen

¹¹⁴ Mattson et al. (1994); Sanchez-Craig et al. (1991).

¹¹⁵ Sonntag & Künzel. (2000), S. 62f.

¹¹⁶ Vgl. auch Zemlin (1999).

¹¹⁷ Costello et al.(1975).

Vergleich der Erfolgsquoten spielt er keine statistisch signifikante Rolle, obwohl die Quoten der behandelten Problemgruppen in der BRD mit fast 30 % um zehn Prozentpunkte höher liegen als in den anderen Ländern (ebd.). Im Einrichtungsvergleich zeigt sich, dass die sozialen Problemgruppen nicht gleichmäßig auf die verschiedenen Settings verteilt sind, wobei Unterschiede eher zwischen Akuteinrichtungen und Reha-Einrichtungen (ambulant und stationär) auftreten, als zwischen ambulanten und stationären Reha-Anbietern (ebd.). Dieser Umstand dürfte jedoch auf die unterschiedliche Zuweisungspraktik in Deutschland zurückzuführen sein,

¹¹⁸ Süß (1995).

6.2.3 Zusammenhang von Behandlungssettings und Rehabilitationserfolg

Vergleich von ambulanter, teilstationärer und stationärer Rehabilitation

Empirische Ergebnisse zu ambulanten Behandlungssettings liegen im Vergleich zur stationären Rehabilitation nur vereinzelt vor. Das erklärt sich unter anderem aus der historisch gewachsenen Dominanz der stationären Therapie in Deutschland. Angesichts des sich abzeichnenden Wandels in Richtung auf eine Zunahme ambulanter Angebote ist der Vergleich von stationärer und ambulanter Versorgung jedoch von besonderem Interesse. Trotz der methodischen Bedenken bezüglich der empirischen Validität soll deshalb auf einige Ergebnisse eingegangen werden. Sie zeigen, dass die Befunde nicht einheitlich sind und verdeutlichen den hier bestehenden weitergehenden Forschungsbedarf. Einige Studien zeigen, dass die ambulanten Therapien geringere Erfolgsquoten als die stationären haben.¹¹⁹

Im Gegensatz dazu gelangen Wester und Miller (1980; 1986) in ihrer Meta-Analyse zu der Schlussfolgerung, dass es keinerlei empirische Belege für die Überlegenheit von stationären gegenüber ambulanten Behandlungsprogrammen gibt. Auch den Nachweis, dass für bestimmte Subgruppen eine stationäre Behandlung erforderlich ist, sehen sie als nicht erbracht an. Allerdings bestehen deutliche Unterschiede hinsichtlich der deutschen und amerikanischen Indikationsregelung und Zuweisungssteuerung sowie bezüglich der Dauer einer stationären Behandlung, was zu Unterschieden im Patientenkontext führt und einen direkten Vergleich deshalb erschwert.

Finney et al. (1996) fassen die Ergebnisse aus 14 Studien dahingehend zusammen, dass sie von leicht günstigeren Ergebnissen bei der stationären Therapie sprechen. Sie weisen allerdings darauf hin, dass die Patientengruppen nicht direkt vergleichbar sind: es ist anzunehmen, dass in Deutschland Patienten in ambulanter Therapie sozial stabiler sind als stationär Rehabilitierte.

Zum Zusammenhang von Patientenmerkmalen und Behandlungssettings liegen einige differenzierte Ergebnisse vor. „So scheint für schwer abhängige Patienten mit einer komorbiden psychischen Störung und einer geringen sozialen Stabilität die stationäre Therapie erfolversprechender zu sein als die ambulante.“¹²⁰

¹¹⁹ Baekeland (1977); Emrick (1994); Kufner (1981); Harrison et al. (1991).

¹²⁰ Sonntag & Künzel (2000), S. 59.

Es gibt auch widersprüchliche Ergebnisse – hier aus den USA – wonach die Überlegenheit der stationären Therapie unabhängig von dem Ausmaß der psychiatrischen Störung ist.¹²¹

Spezielle Untersuchungen gibt es auch zum Einfluss des Besuchs von Selbsthilfegruppen auf den Rehabilitationserfolg in verschiedenen Settings. Tonigan et al. (1996) kommen in ihrer Meta-Analyse zu dem Ergebnis, dass der Einfluss der Teilnahme an Selbsthilfegruppen für den ambulanten Bereich größer ist als für den stationären. „Dieser Sachverhalt wird dadurch erklärt, dass die intensiven stationären Programme die positiven Effekte der Selbsthilfegruppen maskieren.“¹²²

Eine Sonderform des Behandlungssettings stellt die teilstationäre Therapie dar. Tageskliniken, Übergangseinrichtungen und das betreute Wohnen werden dabei zu den teilstationären Angeboten gerechnet. In der Regel werden die Patienten in Anbindung an stationäre Einrichtungen tagsüber behandelt. Randomisierte klinische Studien ergaben keine höhere Therapieeffektivität der stationären gegenüber der tagesklinischen Behandlung. Einschränkend ist jedoch zu bemerken, dass die Studien häufig mit sozial stabilen, aus der Mittelschicht stammenden Personen ohne schwerwiegende komorbide Psychopathologien stammen (ebd.). Insgesamt bleibt festzustellen, dass die Effektivität der stationären Behandlung als belegt gelten kann, während Studien zur ambulanten und teilstationären Behandlung bislang noch nicht in ausreichendem Maß und zufriedenstellender Qualität vorliegen.

Vergleich verschiedener Behandlungskonzepte

Die Meta-Analyse von Süß kommt zu dem allerdings statistisch nicht signifikanten Ergebnis einer größeren Wirksamkeit der Verhaltenstherapie gegenüber anderen Therapieformen.¹²³ Dieser Befund ergab sich unabhängig vom nationalen Kontext und der Therapiephase. Süß betont, dass das Ergebnis „auch im aktuellen Trend der Ergebnisse differenzieller Psychotherapieforschung, die sich nicht auf bestimmte Störungsgruppen beschränkt“, liegt.¹²⁴

¹²¹ Pettinati et al. (1993); Pettinati & Belden (1996).

¹²² Sonntag & Künzel (2000), S. 60.

¹²³ Süß (1995).

¹²⁴ Grawe (1992), zit. nach Süß (1995).

Weiterführende Ergebnisse beziehen sich auf die Effektivität von Einzelkomponenten der Verhaltenstherapie. Sie werden im Allgemeinen als effektiv beschrieben. Die Effektivität von Familientherapien wird hingegen nicht generell bestätigt.¹²⁵

Angesichts der Tatsache, dass es sich bei sämtlichen Behandlungselementen in der Regel um nicht-standardisierte Therapieprogramme handelt, die eklektisch in unterschiedlicher Weise zusammengeführt werden, scheint z.Z. der Bezug auf eine von Süß postulierten „Grundregeln“ sinnvoller als ein Therapie-Komponenten-Vergleich mit ungesicherter Validität: Ein intensiveres und differenzierteres Behandlungsprogramm mit vielen Behandlungskomponenten und intensiver ambulanter Nachsorge führt zu größeren Rehabilitationserfolgen. Mit anderen Worten heißt das: Unabhängig von Kostenaspekten ist die Minimalbehandlung immer schlechter als eine differenzierte Behandlung. Je spezifischer und vielfältiger der Behandlungsansatz, desto größer die Erfolgswahrscheinlichkeit.

In diesem Zusammenhang sind auch Studien zu Kurzinterventionen zu bewerten. Sogenannte Kurzinterventionen werden in jüngster Zeit verstärkt durchgeführt und variieren in der Länge zwischen einigen Minuten bis zu drei Sitzungen. „Obwohl eine ganze Reihe von Studien die Effektivität von Kurzinterventionen nachweist, wird ihre Forschungsmethodik kritisch diskutiert“.¹²⁶ In der Regel werden nur Personen mit der Diagnose „Riskanter Konsum“ und „Schädlicher Gebrauch“ einbezogen, so dass die Ergebnisse nicht zu generalisieren sind.¹²⁷ Für diese Gruppen scheinen sie jedoch effektiv zu sein.

¹²⁵ Sonntag & Künzel (2000).

¹²⁶ Sonntag & Künzel (2000), S. 62.

¹²⁷ Drummond (1997).

6.2.4 Behandlungsdauer bei Alkoholabhängigen als Kriterium für den Therapieerfolg

Die Bedeutung der Behandlungsdauer bei der stationären Therapie Alkoholabhängiger und insbesondere der Einfluss dieser Größe auf den Erfolg einer Behandlung wird seit langem kontrovers diskutiert. Auch neuere internationale Meta-Studien berichten von einer grundsätzlich positiven Korrelation zwischen Therapiedauer und -erfolg, weisen jedoch auch auf verschiedene Einschränkungen dieser Aussage hin.¹²⁸

Behandlungsdauer im internationalen Vergleich

Für Deutschland weisen die Behandlungszeiten in der stationären Rehabilitation Alkoholabhängiger seit Beginn der 90er Jahre eine rückläufige Tendenz auf, von durchschnittlich 119 Tagen im Jahr 1990 auf 87 Tage 1999 (reguläre Beendigung und Abbrüche).¹²⁹ Für regulär entlassene Patienten berichten Funke et al. im Rahmen der FVS-Katamnese (mit einer Gesamtstichprobe von N=5732) für den Entlassjahrgang 1998 von 89,79 Tagen.¹³⁰ Diese Entwicklung mag einerseits gesetzlichen Kürzungen – beispielsweise im Rahmen des WFG – bzw. dem generellen Bemühen um Kostenreduktion geschuldet sein, ließe sich allerdings auch im Sinne einer Effizienzsteigerung verstehen, sofern von gleichbleibender Qualität der Maßnahmen ausgegangen werden könnte.

Wie Süß im Rahmen seiner Meta-Studie zeigen konnte, lag die durchschnittliche Behandlungsdauer bei ausgewählten Studien aus der BRD mit rund 111 Tagen nahezu viermal so hoch wie in den Studien aus anderen Ländern (USA, Kanada, Schottland, GB, Finnland, ehem. DDR), deren Behandlungsdauer bei rund 29 Tagen lag.

Generell gelangt die Meta-Studie von Sonntag & Künzel zum Ergebnis, wonach grundsätzlich die Kostenträger anhand den ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen, die Dauer der Behandlungen bestimmten, ohne dass hierfür eindeutige sozialrechtliche Voraussetzungen zu identifizieren seien.¹³¹ Gleichzeitig werden jedoch auch höhere Abstinenzquoten für Deutschland berichtet: Dieser Eindruck lässt sich allerdings nicht empirisch nachweisen, sondern beruht auf augenscheinlicher Interpretation.¹³²

¹²⁸ Süß (1995); Sonntag & Künzel (2000).

¹²⁹ Vgl. auch Kap. 2.3.

¹³⁰ Funke et al. (2001).

¹³¹ Sonntag & Künzel (2000).

¹³² Süß (1995); Sonntag & Künzel (2000).

Zusammenhang von Behandlungsdauer und -erfolg

Für einen grundsätzlichen, positiven Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg sprechen verschiedene Meta-Studien, die sich auf den Vergleich europäischer und US-amerikanischer Einzelstudien und Übersichtsarbeiten konzentrieren. Es mehren sich jedoch Hinweise auf die Notwendigkeit einer differenzierteren Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Therapieerfolg und den damit in Verbindung stehenden Größen sowie deren unterschiedlicher Gewichtung. So können Patientenmerkmale (v.a. motivationale und soziale Faktoren aber auch Schweregrad der Erkrankung bzw. Ressourcen) zu einer mehr oder minder günstigen individuellen Prognose beitragen. Die Bedeutung der unterschiedlichen Prognosen für die davon abhängige Behandlungsdauer und deren Einfluss auf das Therapieziel konnte mehrfach belegt werden.¹³³ Danach sind Wiederholer, die häufiger eine ungünstige Prognose aufweisen, stärker von Therapiezeitkürzungen betroffen als Erstbehandelte. Für letztere hingegen konnte eine Verkürzung der Behandlungsdauer leichter durch inhaltliche Anpassungen kompensiert werden.

Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangen auch Sonntag & Künzel, wonach der generelle positive Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Erfolg in der Form weiter spezifiziert werden müsste, dass optimale Zeitfenster für Therapiefortschritte bestehen könnten. Allerdings ist hier auch auf die mit korrelativen Zusammenhängen verbundenen Interpretationsschwierigkeiten bzgl. der fehlenden Ursächlichkeit hinzuweisen sowie auf die Tatsache, dass keine Aussagen zur „Minimal-Dauer“ einer erfolgreichen Therapie gemacht werden können. Auch die von Sonntag & Künzel berichteten Zeitfenster sind empirisch noch nicht nachgewiesen. Aufgrund der in die Meta-Analyse eingeflossenen Literatur verdichten sich die Hinweise darauf, dass für Alkoholabhängige die optimale Behandlungsdauer zwischen drei und sechs Monaten liegen dürfte. Nach Überschreiten dieser kritischen Zeitspanne schein eine weitere Behandlung keinen Einfluss mehr auf den Therapieerfolg zu haben. Als wichtige Einschränkung weisen die Autoren allerdings darauf hin, dass diese Zahlen nicht für Einzelpersonen gelten, sondern für Gruppen mit durchschnittlich ausgeprägter substanzbezogener Störung. Die Ergebnisse der Studie weisen des Weiteren darauf hin, dass diese Therapiezeiten nicht einfach anteilig gekürzt werden können, ohne dass Therapieerfolgseinbußen die Folge wären.

¹³³ Vgl. im Überblick Zemlin, Herder & Dornbusch (1999); Bachmeier & Brandl (2000).

7. Qualitätsmanagement in der Sucht-Rehabilitation

7.1. QM in der medizinischen Rehabilitation – rechtliche Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen für das QM in der medizinischen Rehabilitation sind in Deutschland bisher nur relativ global durch gesetzliche Regelungen fixiert. Mit dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) wurde die Qualitätssicherung für bundesdeutsche Leistungsanbieter im Sozialgesetzbuch (SGB V) einheitlich für den Geltungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherungen geregelt und mit Gültigkeit vom 01. Januar 1989 Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zur Qualitätssicherung verpflichtet (SGB V, §§ 135-139). Obwohl im Sozialgesetzbuch VI, welches die Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung regelt, entsprechende Regelungen nicht ausdrücklich aufgenommen wurden, ist davon auszugehen, dass die Anforderungen des SGB V als allgemein gültige Versorgungs- und Qualitätsprinzipien auch für den Gültigkeitsbereich des SGB VI wirksam sind. Spätestens mit der Zusammenfassung des Rehabilitationsrechts in einem neuen Sozialgesetzbuch IX ist zu erwarten, dass auch für die anderen Träger der Rehabilitation entsprechende gesetzliche Regelungen gesetzlich verankert werden.

Eine weitere politische Vorgabe jüngeren Datums wurde im Juni 1999 durch die Konferenz der Gesundheitsminister der Bundesländer mit dem Beschluss zur Entwicklung einer einheitlichen Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen gesetzt. Darin werden eine konsequente Patientenorientierung im Gesundheitswesen und die Durchführung von Patientenbefragungen, die Entwicklung und das Praktizieren ärztlicher Leitlinien und Pflegestandards, eine Stärkung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, eine qualitätsorientierte Leistungs-dokumentation aller Einrichtungen im Gesundheitswesen und die verstärkte Steuerung der Versorgungsplanung nach Qualitätskriterien gefordert. Bis Anfang 2005 wird die flächendeckende Einführung des QM in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens gefordert.

Vor diesem Hintergrund hat es in den letzten zehn Jahren Initiativen verschiedener Reha-Träger und -Anbieter zur Entwicklung von QM-Modellen in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation im allgemeinen und der Sucht-Rehabilitation im besonderen gegeben. Im folgenden soll kurz auf den derzeitigen Entwicklungsstand von institutionalisierten Ansätzen für das QM in der Sucht-Rehabilitation eingegangen

werden. Daneben gibt es weitere Initiativen, die das „Problem der QS eher „theoretisch-fachlich“ behandeln. Dazu gehören im Suchtbereich die Empfehlungsvereinbarungen „Sucht“. In ihnen sind die Anforderungsprofile zur Durchführung ambulanter und stationärer Rehabilitation für Suchtkranke fixiert. Sie werden zur Zeit überarbeitet. Aufgrund dieser Empfehlungen ist ein weiteres Vorantreiben institutioneller Entwicklungen durch Präzisierung der fachlichen Anforderungen an die Qualität der Sucht-Rehabilitation zu erhoffen. Verbindliche Leitlinien für den Gesamtbehandlungsprozess, akut, rehabilitativ und komplementär, sind bisher noch nicht entwickelt worden. Im Sinne eines schnittstellenübergreifenden Managements wäre eine entsprechende Initiative wünschenswert.

7.2 Das 5-Punkte-Programm der Rentenversicherung zur Qualitätssicherung

Das gemeinsame 5-Punkte-Programm der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) für die Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation ist der „älteste“ und zur Zeit umfassendste Ansatz zur QS mit speziellen Anwendungsprozeduren für die großen indikativen Bereiche – so auch für die Sucht-Rehabilitation. Es wurde seit Januar 1994 in allen eigenen und federführend belegten Kliniken der GRV implementiert. Zur Zeit sind 935 Einrichtungen in das Programm integriert, darunter 283 Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen.¹³⁴ Das Programm ist das erste umfassende und am besten evaluierte Programm, welches in einem erweiterten epidemiologischen Ansatz verschiedene Formen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation beinhaltet, und in der Wechselwirkung von externem und internem QM auch organisationssoziologische Fragen integriert. Es zielt im einzelnen auf:

- die Optimierung des Rehabilitationserfolges
- den Aufbau eines klinikvergleichenden Informationssystems
- die Förderung der internen Qualitätssicherung
- die Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens
- die Erschließung von Leistungsreserven

Das Programm wurde zunächst nur für die stationäre Rehabilitation entwickelt. Die Instrumentenentwicklung erfolgte in allen wesentlichen Bereichen getrennt für die somatischen Indikationen und den Bereich der psychosomatischen und Abhängigkeitserkrankungen. Die Instrumente sind dabei in den grundlegenden Dimensionen vergleichbar. Zur Zeit wird an der Adaptation der Instrumente für den ambulanten bzw. teilstationären Bereich in der Sucht-Rehabilitation gearbeitet. Dazu wurden auf einem Workshop der BfA vom Oktober 2000 in Berlin erste Ergebnisse vorgelegt. Sie lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass sich die für den stationären Bereich entwickelten Instrumente grundsätzlich bewährt haben und mit relativ geringfügigen Modifikationen auch für den ambulanten Sektor anwendbar sind.

Zu den Ergebnissen der Instrumentenentwicklung liegt ein ausführliches Manual des VDR vor, ebenso wie erste empirische Analysen.¹³⁵¹³⁶ Im folgenden soll zusammenfassend auf Inhalt und Stand der Instrumentenentwicklung zu den einzelnen Programmpunkten eingegangen werden. Im Mittelpunkt steht dabei die methodische

¹³⁴ Huck-Langner et al. (2000).

¹³⁵ VDR (2000).

¹³⁶ Beckmann et al. (2000); Huck-Langner et al. (2000); Kawski et al. (2000).

Würdigung des jeweiligen Beitrages zur Bestimmung von Kriterien für die Prozess- und Ergebnisqualität, als dem reha-wissenschaftlichen Schlüsselproblem des QM.

Programmpunkt 1: Strukturqualität der Reha-Einrichtungen

Obwohl die Struktur einer Einrichtung keine Qualitätsgarantie für Prozesse und Ergebnisse ist, werden diese doch wesentlich durch sie geprägt. Strukturqualität wird im Programm der Rentenversicherung zum einen in der „*Klinikdokumentation Strukturmerkmale*“, hier speziell für die Psychosomatik und Abhängigkeits-erkrankungen, ermittelt. Erfasst werden Angaben zur personellen, räumlichen und apparativen Ausstattung der Klinik sowie ihren diagnostischen und therapeutischen Leistungsangeboten. Darüber hinaus werden das „Selbstverständnis“ und die therapeutisch-konzeptionelle Ausrichtung der Klinik in der „*Klinikdokumentation Konzepte*“ ermittelt. Auch sie enthält spezielle Fragen für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen. Strukturqualität wird damit umfassender als in traditionellen Ansätzen der „Häuserbeschreibung“ verstanden und in Kombination mit den folgenden Instrumenten hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Qualität der erbrachten Leistungen analysierbar.

Erhebungen zur Strukturqualität werden in größeren zeitlichen Abständen durchgeführt. Die letzte Erhebung fand 1998 statt. Die Ergebnisse wurden einrichtungsübergreifend vorgestellt.¹³⁷ Sie werden hier nicht im einzelnen reproduziert.

Programmpunkt 2: Patiententherapiepläne

Eine Dokumentationshilfe unterstützt unter Rückgriff auf die Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) die standardisierte Beschreibung typischer Patientenfallgruppen mit vergleichbarem Behandlungsbedarf. Die Bildung dieser Patientengruppen konnte bisher noch nicht abgeschlossen werden. Dazu sind weitergehende Forschungsarbeiten erforderlich. Entsprechende Forschungsprojekte werden z.Z. im Rahmen des Förderschwerpunktes Rehabilitation von der Rentenversicherung unterstützt.

¹³⁷ Huck-Langner et al.(2000).

Programmpunkt 3: Qualitäts-Screening

Zur Bewertung der konkreten Behandlungsqualität im Einzelfall wurde ein Verfahren des Qualitäts-Screenings entwickelt. Danach werden in einem *Peer-Review-Verfahren* durch den Rentenversicherungs-Träger zufällig ausgewählte Reha-Entlassungsberichte und therapeutische Angaben aus den Kliniken durch erfahrene und geschulte Ärzte der jeweiligen Fachrichtung bewertet. Grundlage der Prüfung ist eine Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale, deren Bewertungskriterien in einem Manual dargelegt sind. Auch diese Instrumente liegen in einer speziellen Version für die Psychosomatik und die Abhängigkeitserkrankungen vor. Die Checkliste erfasst die Bereiche Anamnese, Diagnostik, Therapieziele und Therapie, sozialmedizinische Stellungnahme, Nachsorgekonzept, Verlauf und Epikrise. Die Bewertung erfolgt nach den Kategorien „keine Mängel“, „leichte Mängel“ bzw. „gravierende Mängel“. Gravierende Qualitätsmängel liegen dann vor, wenn in dem zu beurteilenden Bereich ein erheblicher Anteil der Prozessmerkmale nicht erfüllt ist. Die „Erheblichkeit“ des Anteils definiert sich dabei aus dem Vergleich mit Kliniken des Indikationsbereiches. Die Definition von Kriterien für die Bildung strukturell vergleichbarer Kliniken ist bisher unzureichend gelöst (s.u.).

Ab Herbst 1998 wurde das Peer-Review-Verfahren für den Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen im Rahmen einer ersten Stufe der Routinisierung in 30 freiwillig teilnehmenden Einrichtungen eingeführt. Die empirische Überprüfung auf der messtechnischen Ebene ergab für die bereits bei anderen Indikationen erprobte Methode des Peer-Review auch für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen gute bis zufriedenstellende Kennwerte. „Das Verfahren erlaubt eine differenzierte Beschreibung und Analyse der Stärken und Schwächen bei der Durchführung der rehabilitativen Behandlungsmaßnahmen.“¹³⁸

Kritisch ist – neben den Bedenken gegen einen hohen Zeitaufwand der Peers für das Verfahren sowie für die Dokumentation – sowie auf die notwendigen Modifikationen im Verfahrensablauf, die sich aus den teilweise geringen Fallzahlen pro Einrichtung bei langen Behandlungszeiten ergeben, sowie vor allem auf Grenzen bezüglich der Validität hinzuweisen: Zwar gibt es Hinweise darauf, dass das Peer-Review-Verfahren

¹³⁸ Kawski et al. (2000), S. 135.

Qualitätsunterschiede valide abbilden kann. Der eigentliche Prozess der Validierung steht aber noch aus. Hierzu gehören auch Studien, die andere Zugänge der Prozessbeschreibung vergleichend einbeziehen.

Weiterführende Impulse sind hier auch aus der Weiterentwicklung eines unterstützenden Instrumentes zur Objektivierung der Bewertung der Prozessqualität zu erwarten, das bisher in einer ersten Version als *indikationsspezifischer Therapiezielkatalog* vorgelegt wurde. Er enthält somatische, funktionsbezogene, psychosoziale und edukative Ziele und soll das Reha-Team bei der individuellen Therapieziel-Definition sowie bei der Zielvereinbarung mit dem Patienten unterstützen. Weiter wurde ein Instrument zur Erhebung des *Zielerreichungsgrades* konzipiert. Dieses Instrument, insbesondere die Operationalisierung der Therapieziele, ist noch nicht abgeschlossen und soll im Rahmen des Förderschwerpunktes „Rehabilitationwissenschaften“ weiterentwickelt werden.

Die generelle Einführung des Peer-Review-Verfahrens in allen Kliniken der Indikationsbereiche Psychosomatik/Abhängigkeitserkrankungen, die von der GRV belegt werden, erfolgt planmäßig seit dem 3. Quartal 2000.¹³⁹

Programmpunkt 4: Patientenbefragung

Ausgehend von Untersuchungen zur Bedeutung der Patientenzufriedenheit als wichtigem Prozess- und Ergebnisindikator der medizinischen Rehabilitation wurde ein Fragebogen zu deren Erfassung entwickelt. Er enthält u.a. Fragen zu den durchgeführten Behandlungen und Beratungen, der Zufriedenheit mit dem Rehabilitationsplan und dem Erfolg der Rehabilitation. Für den Bereich der psychosomatischen und Abhängigkeitserkrankungen wurde der somatische Fragekomplex um spezielle indikationsrelevante Items ergänzt. Der Fragebogen wird seit April 1999 rentenversicherungswestweit auch in den Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen routinemäßig eingesetzt. Eine Zufallsauswahl von Patienten wird dabei durch den Rentenversicherungsträger ermittelt und schriftlich nachbefragt.

¹³⁹ Schliehe (2001).

Programmpunkt 5: Qualitätszirkel

Der Auf- und Ausbau klinikinterner und klinikübergreifender Qualitätszirkel soll primär zur Förderung des internen QM in den Reha-Kliniken beitragen. Klinikinterne Qualitätszirkel dienen der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in definierten Arbeitsbereichen und insbesondere der Beschreibung, Analyse und Beseitigung von Schwachstellen. An ihnen sollen sich alle Mitarbeiter eines Arbeitsbereichs auf freiwilliger Basis beteiligen können. Klinikübergreifende Qualitätszirkel setzen sich wesentlich aus Mitarbeitern der Leitungsebene der Rehabilitationseinrichtungen zusammen und sollen der Weiterentwicklung der Rehabilitation dienen. Zu den Qualitätszirkeln liegt ein *Manual* in einer Kurz- und Langfassung vor. Als empirische Arbeitsgrundlage werden den Qualitätszirkeln vom Rentenversicherungsträger u.a. die Ergebnisse der Patientenbefragung zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus können sämtliche Bestandteile der „Berichte zur Qualitätssicherung“ zur Problemidentifikation genutzt werden. Die Arbeit im einzelnen bleibt in der Verantwortung der Kliniken und wird nach Ablauf der Initialphase nicht extern moderiert.

Berichte zur Qualitätssicherung für die Rehabilitationseinrichtungen

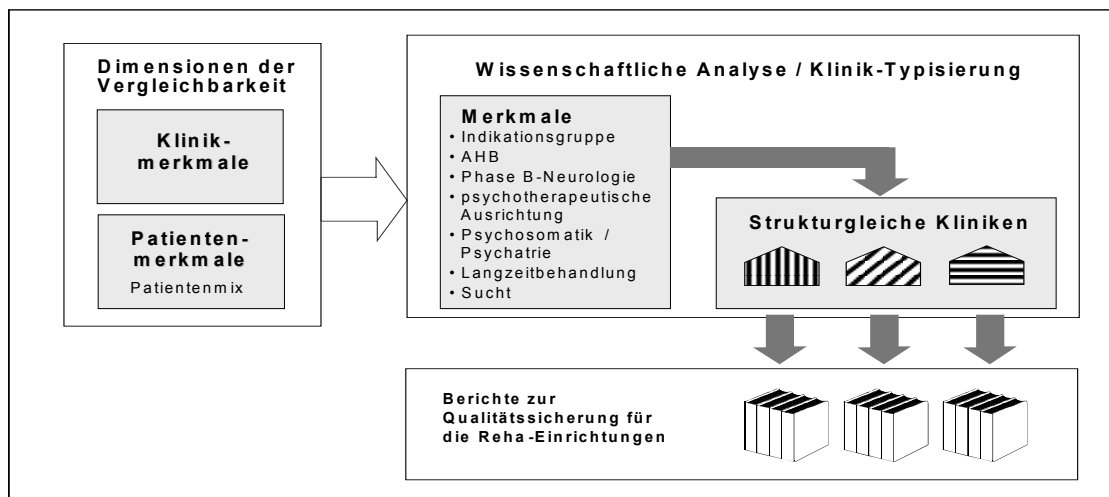
Mit Abschluss der Entwicklung einheitlicher Instrumente und Verfahren wurde mit dem Aufbau eines klinikbezogenen Berichts- und Informationssystems begonnen. Dieses stellt ein zentrales Element des Programms dar. Es soll die empirisch ermittelten Qualitätsaspekte transparent machen und den „Klinikwettbewerb“ durch vergleichende Analysen im Sinne eines Benchmarking unterstützen. Es ist damit sowohl ein Instrument des externen QM wie auch „Impulsgeber“ für die interne Qualitätssicherung. Die z.Z. realisierte Ergebnisberichterstattung der BfA umfasst die Beurteilung der Rehabilitation durch die Rehabilitanden, die Ergebnisse der Beurteilung des Rehabilitationsprozesses im Einzelfall durch das Peer-Review-Verfahren, Auswertungen zu den Laufzeiten der Reha-Entlassungsberichte und den während der Rehabilitation erbrachten therapeutischen Leistungen sowie Daten über die Patientenstruktur und den längerfristigen Erwerbsverlauf nach Rehabilitation.

Ein wesentliches Element der Berichterstattung sind die Ergebnisse der Patientenbefragung. Dabei sollen auch sozialmedizinische und soziodemographische Merkmale aus den Routinedaten der Rentenversicherungs-Träger einbezogen werden

(falls die befragten Rehabilitanden diesem Vorgehen zugestimmt haben), um Co-Faktoren, die Patientenzufriedenheit und das subjektive Behandlungsergebnis beeinflussen können, abzubilden und die Kliniken so bei der Einordnung und Bewertung ihrer eigenen Ergebnisse zu unterstützen.

Ein weitergehender Forschungsbedarf ergibt sich nach ersten Erfahrungen im Hinblick auf die Bildung vergleichbarer Patientengruppen: „Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass für einen fairen Vergleich zwischen den Rehabilitationskliniken die Präzisierung der Vergleichsgruppen durch die Berücksichtigung der Patientenmerkmale, die einen relevanten Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben, erforderlich ist.“¹⁴⁰

Abb. 1: Strukturelle Vergleichbarkeit der Reha-Kliniken – Reha-QS-Programm der Rentenversicherung



Bisher enthält die aggregierte Darstellung neben den Ergebnissen der Klinik auch die der Vergleichsgruppe. Dadurch wird den Kliniken die Möglichkeit gegeben, ihre Ergebnisse im Spektrum strukturähnlicher Kliniken zu bewerten. Mit dem Berichtssystem erhält die einzelne Rehabilitationsklinik die Möglichkeit, ihre Ergebnisse in Bezug auf wesentliche Qualitätsaspekte mit anderen Rehabilitationseinrichtungen zu vergleichen, Stärken und Schwachstellen zu erkennen und ggf. zielgerichtet qualitätssichernde und -verbessernde Maßnahmen einzuleiten. Der Klinikvergleich basiert z.Z. wesentlich auf den Strukturangaben der Kliniken. Hiernach werden nach verschiedenen „qualitätsneutralen Strukturmerkmalen“ Gruppen vergleichbarer Kliniken zusammengefasst. „Qualitätsneutrale Kriterien“ sind u.a. die Klinikgröße, die Indikationsgruppe, hier im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen

¹⁴⁰ Beckmann et al. (2000).

differenziert nach den Merkmalen „Alkohol/Medikamente“, „Drogen“ bzw. „Abhängigkeit allgemein“ sowie weitere indikationsspezifische Merkmale, wie das Angebot von Langzeitbehandlungen im Bereich Abhängigkeitserkrankungen (Abb. 1). Weitergehende Auswertungen haben gezeigt, dass diese Gruppenbildung um weitere Merkmale ergänzt werden muss, sollen Fragen nach einer angemessenen rehabilitativen Versorgung von Patienten mit vergleichbarem Behandlungsbedarf beantwortet werden. Teilweise kann das durch Ergänzung der bisher vorgelegten Berichte erfolgen. Dazu ist perspektivisch vorgesehen: „Die Form der Berichterstattung wird kontinuierlich weiterentwickelt und den Erfordernissen der Rehabilitationspraxis, in deren Mittelpunkt eine konsequente Patientenorientierung steht, angepasst.“¹⁴¹ Gleichzeitig gibt es einen Entwicklungsbedarf, der insbesondere die reha-wissenschaftlichen Grundlagen für den Klinikvergleich wie auch informationswissenschaftliche Fragen der adressaten-spezifischen Aufbereitung der Qualitätsinformationen betrifft (s.u.).

¹⁴¹ Beckmann et al. (2000).

7.3 EFQM-Modell – primäre Orientierung am internen QM

Das EFQM-Modell¹⁴² ist einer der „jüngsten“ nicht reha-spezifischen QM-Ansätze. In der zweiten Hälfte der 90er Jahre haben verschiedene private deutsche Krankenhaus- und Reha-Unternehmen wie die Asklepios-Gruppe oder die Sana-Kliniken-Gesellschaft mbH, damit begonnen, das Programm einzuführen. Obwohl weitere Anwendungserfahrungen abzuwarten sind, scheint das EFQM-Modell in seiner theoretischen Ausrichtung und den ersten Praxiserfahrungen jedoch ein für das deutsche Gesundheitssystem beachtenswerter Ansatz zu sein, der insbesondere die Elemente des klinikinternen QM fördert. Auch spezifische Entwicklungen im Suchtbereich (s.u.) beziehen sich auf EFQM als Baustein. Deshalb wird im folgenden kurz darauf eingegangen.

EFQM steht für „European Foundation for Quality Management“ und ist ein Unternehmensführungsmodell, das ursprünglich aus der Industrie kommt. Um dem Modell zu entsprechen, müssen Unternehmen oder Organisationen zu fünf „Befähiger-“ und vier Ergebniskriterien Stellung nehmen. Die Befähigerkriterien betreffen das Vorgehen der Organisation, die Ergebnis-Kriterien betreffen die erzielten Leistungen. Zusammenfassend können die Kriterien wie folgt beschrieben werden: Das Befähigerkriterium „Führung“ konzentriert sich auf das Verhalten und die Vorbildfunktion aller Kräfte der medizinischen, pflegerischen und administrativen Einrichtungsführung mit Bezug auf eine kontinuierliche und umfassende Qualitätsverbesserung sowie auf die Qualitätskultur inklusive Förderung und Anerkennung des Qualitätsverhaltens. Anhand des Befähigerkriterium „Grundsätze und Strategie“ werden das Wertesystem, das Leitbild und die strategische Ausrichtung der Einrichtung sowie deren Umsetzung bewertet. Die Bewertung von Personaleinsatz, Personalauswahl und -entwicklung, des Führungskonzepts und des Führungsstils sowie unterstützender Führungsinstrumente (z.B. Zielvereinbarung, Personalbedarfsplanung und -evaluation, Personaleinsatzplan, Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote) in der Einrichtung erfolgt anhand des Kriteriums „Mitarbeiterorientierung“. Dem Kriterium „Ressourcen“ wird im Hinblick auf die Selbstbewertung einer Einrichtung der Gesundheitsversorgung die Strukturqualität zu Grunde gelegt, d.h. die finanzielle, räumliche und apparative Ausstattung sowie die medizinische, pflegerische und

¹⁴² European Foundation for Quality Management 1997.

administrative Infrastruktur. Das Befähigerkriterium „Prozesse“ umfasst die Bewertung der medizinischen, pflegerischen und administrativen Tätigkeiten in der Einrichtung, worunter z.B. die Förderung organisatorischer Innovation, der Kreativität der Mitarbeiter, der abteilungsübergreifenden Kooperation sowie die Optimierung von Funktionseinheiten und zentralen Prozessen fallen.

Als Ergebniskriterium wird als „Zufriedenheit der Leistungsempfänger“ nicht nur die Zufriedenheit der Patienten, sondern auch der Kostenträger und angrenzender Leistungserbringer, wie z. B. zuweisender Akutkrankenhäuser für eine Reha-Klinik, bewertet. Das Kriterium „Mitarbeiterzufriedenheit“ erfordert die Beurteilung der jeweiligen Einrichtung durch alle Berufsgruppen, bspw. durch Mitarbeiterbefragungen. Erfragt wird hier auch die Zufriedenheit mit den Beschäftigungsbedingungen und der Entlohnung. Das Kriterium „Gesellschaft und Image“ evaluiert die Sichtweise der Öffentlichkeit als indirekte Betreiber, Nutznießer, Nachbarn und Finanziere von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Das Kriterium „Medizinische, pflegerische und finanzielle Ergebnisse“ erfasst das gesamte Spektrum der Outcome-Qualität sowie betriebswirtschaftliche Kenngrößen, wie z.B. Kosten, Umsätze, Gewinne und Investitionen.

Im Zentrum von EFQM steht die Selbstbewertung mit dem Ziel, dadurch eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu stimulieren. Sie wird ergänzt durch eine externe Bewertung. Zentrale Elemente des Bewertungsprozesses sind die Anfertigung eines internen Ergebnisberichtes durch einzelne Kriterienverantwortliche aus der Einrichtung, die anschließenden externen Einzelbewertungen durch eine Gruppe von ausgebildeten Assessoren und die Konsensfindung bezüglich der Gesamtbewertung der Gruppe. Dieser Bewertungsprozess erfolgt i.d.R. nach dem Konsensusverfahren in Form einer simulierten Bewerbung um den Europäischen Qualitätspreis.

Die bisher vorliegenden Erfahrungen mit dem EFQM-Modell sind positiv. Aus methodischer Sicht ist von besonderem Interesse, dass EFQM Gemeinsamkeiten mit DIN-EN-ISO 9000 aufweist, deren Rahmen jedoch durch eine kontinuierliche Bewertung von Qualität erweitert, wobei insbesondere Kriterien moderner Managementkonzepte wie Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit berücksichtigt werden.

Damit ist die Option eines klinikübergreifenden Einsatzes prinzipiell gegeben. Eine weitere Stärke von EFQM ist in der umfassenden Berücksichtigung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu sehen, sowie in der Offenheit für Ergebnisse aus externen QM-Ansätzen.

Ein Problem stellt jedoch die Ergebnisbewertung dar. Soll sie über formale Kriterien hinausgehen und auch inhaltliche Bezüge thematisieren, ergeben sich reha-wissenschaftlich nicht ausreichend geklärte Fragen, die wiederum die Suche nach vergleichbaren Kriterien für die Prozess- und Ergebnisqualität im allgemeinen und den Klinikvergleich im besonderen betreffen. Die reha-spezifische Ausgestaltung der prinzipiell klinikübergreifend angelegten Struktur bleibt bisher weitgehend der Klinikinitiative überlassen. Für eine stärkere reha-spezifische Ausgestaltung bietet das DEGEMED-Konzept interessante Ansätze.

7.4 Spezifische QM-Programme von Einrichtungen der Sucht-Rehabilitation

FVS / DEGEMED-Konzept

Speziell für den Bereich der medizinischen Rehabilitation wurde von der DEGEMED (Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation) ein Verfahren entwickelt, welches als zentrale Elemente das interne QM und eine Zertifizierung vorsieht. In Zusammenarbeit von DEGEMED und FVS wurde dieser Ansatz weiterentwickelt und indikationsspezifische Besonderheiten im Bereich Abhängigkeitserkrankungen entsprechend berücksichtigt. In diesem Zusammenhang werden entsprechende Qualitätsgrundsätze sowie eine detaillierte Audit-Checkliste erarbeitet. Die Beteiligung an dem Verfahren steht allen interessierten Reha-Einrichtungen im Bereich Abhängigkeitserkrankungen offen.

Eine Zertifizierung beinhaltet die Überprüfung des Erfüllungsgrades operationalisierter Qualitätskriterien einer Reha-Klinik durch einen externen, neutralen Auditor. Sie stellt keine Alternative zur Messung der Ergebnisqualität im Rahmen wissenschaftlicher Studien oder zum Aufbau interner Strukturen des QM dar, sondern ergänzt diese, indem sie die verschiedenen Einzelmaßnahmen und Inhalte der medizinischen Rehabilitation in einen gemeinsamen Rahmen stellt. Aspekte anderer QM-Ansätze, wie z.B. Durchführung wissenschaftlicher Evaluationsstudien, Aufbau von Qualitätszirkeln, die Verwendung von Pflegestandards oder der Einsatz fachspezifischer medizinischer Dokumentationssysteme, finden sich als Einzelkriterien des DEGEMED-Konzeptes wieder.

Kernpunkte des Systems sind eine allgemeine Definition des Rehabilitationsprozesses, ein Audit-Katalog mit Darlegungen zu reha- Standards gemäß den DEGEMED-Qualitätsgrundsätzen und weiteren Programmen der Qualitätssicherung.

Der DEGEMED-Audit-Katalog enthält allgemeine Standards und Richtlinien zur Rehabilitation. Er stellt gleichzeitig eine Spezifikation der DIN-EN-ISO-Normen auf die Bedingungen einer Reha-Klinik dar. Der Rückgriff auf die DIN-EN-ISO-Normen erleichtert klinikübergreifende Auswertungen, weil ihre Vorschriften – obwohl nicht unumstritten – das bisher am häufigsten angewandte Instrument des internen QM sind. Sie beinhalten ein ausführliches und differenziertes Regelwerk zur internen Organisation einer Einrichtung. Die frühere Kritik bzgl. der mangelnden

Ergebnisorientierung und des mechanistischen Charakters der Vorgaben zur Prozessorganisation kann im Hinblick auf die Revision der DIN-EN-ISO 9000, die jetzt vorliegt, relativiert werden. Allerdings bleiben die Normen – dem Gedanken der Allgemeinverbindlichkeit verpflichtet – auf den Bereich der Gesundheitsversorgung im allgemeinen beschränkt. Es fehlt – gewissermaßen konzeptbedingt – eine reha-spezifische Ausgestaltung. Diese „Lücke“ wird von dem DEGEMED-Konzept insofern ausgefüllt, als sie die DIN-EN-ISO-Anforderungen um reha-spezifische Qualitätskriterien ergänzt. Dies sind z.B. strukturelle Standards durch eine indikationsspezifische fachärztliche Leitung und den Einsatz qualifizierten Personals, das bio-psychosoziale Krankheitsmodell als Grundlage von Therapiekonzepten, die Forderung nach überprüfbarer schriftlicher Fassung von Therapiekonzepten u.a.m.

Die Personal- und Organisationsentwicklung wird mit der Forderung nach einem klinikinternen QM-System und dem Aufbau bzw. der Weiterentwicklung der dazugehörigen Strukturen (z.B. Qualitätszirkel) gefördert. Bezüglich der Ergebnisorientierung sind die Kliniken zur Evaluation verpflichtet und müssen zu diesem Zweck eine Basisdokumentation vorhalten. Für die Erfolgskontrolle sollen jeweils anerkannte Assessment-Instrumente verwendet werden. Bezüglich der Ergebnisorientierung und wesentlicher organisatorischer Grundsätze berücksichtigt das DEGEMED-Konzept somit auch die EFQM-„Philosophie“ ebenso wie Ansätze aus externen QM-Programmen, wie dem der GRV. Das interne QM wird insbesondere durch die Prozesse der Vorbereitung der Klinik auf die Erfüllung der Qualitätskriterien unterstützt, weil diese die Chance bieten, ein Qualitätsbewusstsein zu entwickeln und Qualitätsverbesserungen strukturell, prozessual und ergebnisorientiert vorzubereiten.

Auf Basis der nunmehr vorgelegten indikationsspezifischen Ergänzungen des Audit-Kataloges sollen die Zertifizierungs-Audits durch ein zusätzliches indikationsspezifisches Fachaudit ergänzt werden. Gegenstand der wissenschaftlichen Begleitung wird hier u.a. die Erarbeitung methodischer Grundlagen für den Klinikvergleich sein. Reha-wissenschaftlich zu lösen sind weiter die Probleme der Bildung vergleichbarer Klinik- und Rehabilitandenfallgruppen sowie der outcome-Messung.

Buss-Konzept

Das QM-System in der Suchttherapie ist eine Initiative des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe („buss“) e.V., die zur Entwicklung des internen QM in den Einrichtungen gestartet wurde. Träger der Initiative ist die eigens hierfür geschaffene Deutsche Gesellschaft für QM in der Suchttherapie (DQuS) e.V. Sie stellt insbesondere die Organisationsgrundlage zur Umsetzung des einrichtungsbezogenen QM in den teilnehmenden Häusern bereit.

Das suchtspezifische QM-System baut auf den Grundsätzen von DIN-ISO 9000:2000 in der revidierten Fassung des Normentwurfes DIN-EN-ISO 9001 auf. Die in der Praxis vorhandene EFQM-orientierten Programme sollen in das DQuS-System integriert werden. Weiter sollen die „heute erkennbaren Anforderungen des KTQ“ berücksichtigt werden.¹⁴³ Die Dokumentationssysteme EBIS/SEDOS sollen in das System integriert werden. Das Programm ist explizit „institutionszentriert“: es „betrachtet und bewertet Qualität in der jeweiligen Funktionseinheit, die Qualität liefert.“¹⁴⁴ Eine schnittstellenübergreifende Betrachtung ist längerfristig vorgesehen. Das System ist auf Q-Entwicklung im Sinne eines „Total Quality Management“ (TQM) und der „Business Excellence“ in den Einrichtungen angelegt.

Zentrale Elemente sind:

- Qualitätsgrundsätze der DQuS. Aus diesen sollen später die suchtspezifischen Qualitätsanforderungen in Form von Leitlinien und Standards erarbeitet werden.
- Muster-Qualitäts-Handbuch für die Einrichtungen
- Audit-Katalog (Checkliste)
- Beratungs- und Kurskonzept für mindestens einen Mitarbeiter je Einrichtung (Qualitätsbeauftragte), getragen von der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie Baden-Württemberg e.V. (SAMA). Diese leistet ein „Fachcoaching“ (methodische Reflektion der Praxisumgebung) und ein „Prozess-Coaching“ (praktische Begleitung des Umsetzungsprozesses in den Einrichtungen).
- Zertifizierung der einrichtungsbezogenen Systeme. Sie erfolgt durch eine international anerkannte, unabhängige Zertifizierungsgesellschaft und schließt die erste Phase ab.
- Externe Verpflichtung zur Fortschreibung des Systems durch die Einrichtung

Das Programm wird sich in der Praxis erst noch bewähren müssen. Es wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert und konzentriert sich explizit auf das interne QM. Andererseits beinhaltet es bereits heute Elemente, die auch für ein externes QM ausgelegt sind. Sie beziehen sich insbesondere auf die Anforderungen für die Prozess- und Ergebnisqualität in den Einrichtungen (Qualitätsgrundsätze) sowie deren transparente „Darlegung“ (EBIS/SEDOS, Katamnesen u.a.). In diesem Rahmen ist es

¹⁴³ Beutel. (2000).

¹⁴⁴ Buss (2000), S. 16.

erklärter Bestandteil des Konzeptes, mit den verschiedenen Trägern zu kooperieren, so unter anderem auch den Wohlfahrtsverbänden sowie den Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen.

7.5 Reha-wissenschaftlicher Ansatz für ein vernetztes QM-System

Während sich aus bundesweiter Perspektive das Programm der Rentenversicherung im Bereich des externen QM als wissenschaftlich evaluiert, gut dokumentiert, in der praktischen Umsetzung im wesentlichen als „machbar“ sowie in den Grundpositionen als fachlich und organisatorisch tragfähig und zielführend erwiesen hat, besteht für den Bereich des klinikinternen QM nach wie vor ein größerer Entwicklungsbedarf, insbesondere im Hinblick auf die Prozess- und Ergebnisevaluation.

Darüber hinaus fehlt es z.Z. an wissenschaftlich begründeten Ansätzen zur „Integration“ der bereits vorgefundenen Entwicklungen zum externen und internen QM. Diese Integration erscheint „theoretisch“ gerechtfertigt, weil die Begriffe der externen bzw. internen Qualitätssicherung keine abstrakte Gültigkeit haben, sondern vielmehr kontextabhängig definiert sind. Die Abgrenzung ist begrifflich zur Zeit wesentlich definiert durch das Informations- und Gestaltungs- „Monopol“ für die QM-Prozesse. Pragmatisch hat sich z.Z. ein Verständnis eingebürgert, nach dem die Verfahren der externen Qualitätssicherung primär in der Verantwortung der Reha-Träger, die interne Qualitätssicherung dagegen in der „Hand“ der Reha-Einrichtungen gesehen werden. Aus wissenschaftlicher Sicht erscheint es sinnvoll, diese „Abgrenzung“ konzeptuell aufzuheben, indem die Effekte externer und interner Qualitätssicherung wechselseitig funktionalisiert werden: Qualitätsrelevante „Darlegungen“ (s.a. DIN-ISO-Konzept) von Informationen zur Struktur- und insbesondere später auch zur Prozess- und Ergebnisqualität interner Abläufe werden danach nicht nur als Quelle für das interne QM angesehen, sondern ebenfalls extern genutzt. Das Gleiche gilt vice versa für das externe QM. Die Analyse der Programme zum QM hat gezeigt, dass diese zwar unterschiedliche Schwerpunkte im externen bzw. internen QM haben, die geforderte konzeptuelle Durchdringung jedoch praktisch bereits vollziehen. Eine explizite Förderung dieser impliziten Tendenz könnte auf der praktischen Ebene auch zu Effizienzsteigerungen führen.

Die Weiterentwicklung der Instrumente und Verfahren als Basis für die Vernetzung der verschiedenen Ansätze ist vor allem eine Aufgabe der Qualitätsforschung. Das zentrale Problem besteht dabei in der reha-wissenschaftlich begründeten Ableitung vergleichbarer Kriterien für die Prozess- und Ergebnisqualität der Rehabilitation.

Entsprechende Forschungsprojekte werden vom BMBF und den Rentenversicherungsträgern z.Z. bereits gefördert, sollten jedoch in größerem Umfang auch Aspekte der praktischen Umsetzung in den rehabilitativen Qualitäts-Alltag, bei gleichzeitiger Wahrung einer kontinuierlichen Entwicklungsmöglichkeit, thematisieren.

Die Übernahme der einheitlichen reha-wissenschaftlich begründeten Kriterien und Assessments für das QM in die Praxis kann dann Gegenstand konsensueller Abstimmungsprozesse zwischen den verantwortlichen Reha-Trägern sein. Die Bedingungen für den Aufbau von QM-Netzwerken, die Funktionen des internen und externen QM integrieren und eine generelle Vergleichbarkeit der Prozess- und Ergebnisqualität erlauben, sind derzeit günstig. Ein allgemeiner Rahmen wurde im Herbst 1999 mit der Gemeinsamen Erklärung der Spitzenverbände der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung über die Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation abgesteckt. Inhalt ist die „Abstimmung, Harmonisierung und gemeinsame Weiterentwicklung bereits bestehender sowie geplanter Maßnahmen und Verfahren, um zu vermeiden, dass die Rehabilitationseinrichtungen mehrfach externen Qualitätssicherungsmaßnahmen unterzogen werden.“ Generell soll eine Klinik sich nur an einem Qualitätssicherungsprogramm beteiligen müssen. „Die Kooperationspartner werden inhaltlich gleichartige und gleichwertige Qualitätssicherungsverfahren gegenseitig anerkennen.“

8. Resümee und Perspektiven für die Weiterentwicklung

In den letzten drei Dekaden ist in der Bundesrepublik Deutschland ein umfassendes und differenziertes Versorgungssystem für Personen mit substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen entstanden, das sich hinsichtlich Behandlungskonzept und -ergebnissen, auch im internationalen Vergleich, durch ein hohes Qualitätsniveau auszeichnet. Der Beginn des Entwicklungsprozesses ist in die 70er Jahre zu datieren – markiert durch das BSG-Urteil von 1968 zur Anerkennung der Sucht als Krankheit und die Verabschiedung der Empfehlungsvereinbarung Sucht im Jahre 1978. Die Geschichte der Sucht-Rehabilitation ist damit – gemessen an anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung – relativ kurz.

Wesentlicher Impuls für die bisherige Entwicklung war die Integration verhaltenstherapeutischer Methoden in das Konzept der Sucht-Rehabilitation. Untrennbar damit verbundenen war das Bekenntnis zu einer wissenschaftlich begründeten und empirisch abgesicherten Versorgungsqualität im heutigen Sinne der Evidenzbasierung. Zu den bestimmenden Entwicklungskomponenten gehörte auch die Übernahme international ausgewiesener Therapieverfahren für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Die Anerkennung der Sucht als Krankheit hatte auch Auswirkungen auf die Akzeptanz der Patientenautonomie, der Individualität und der Flexibilität der Sucht-Behandlung, nicht zuletzt in Bezug auf die der Abhängigkeitserkrankung zukommende Mehrdimensionalität der Störung.

Die Suchtkrankenhilfe in Deutschland ist integraler Bestandteil des Systems der sozialen und gesundheitlichen Versorgung und unterliegt folglich deren Steuerungsmechanismen. Die institutionelle Verantwortlichkeit für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie auch der Krankenhausversorgung ist so geregelt, dass die Träger der Leistung, resp. die von ihr beauftragten Institutionen, wie z.B. die Kassenärztliche Vereinigung, die prioritäre Verantwortung für zentrale Steuerfunktionen wie u.a. für die Bedarfsregulation haben. Ebenso verhält es sich im Bereich der Rehabilitation, in dem die Reha-Träger, hier in erster Linie Renten- und Krankenversicherung, die Gestaltungshoheit für die Organisation und die Inhalte der medizinischen Rehabilitation haben. Im Bereich der Sucht-Rehabilitation hat aus Gründen der Prävalenz und der damit verbundenen Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen die Rentenversicherung eine hervorgehobene Bedeutung,

während die Krankenversicherung die Hauptverantwortung für die kurative Behandlung der Abhängigkeitskranken hat, hier besonders für die Entzugsmaßnahmen. Nicht zuletzt von dieser Strukturverantwortung der Kosten- und Leistungsträger im Bereich der Rehabilitation sind auch wesentliche Impulse für die Organisations- und Konzeptentwicklung der Sucht-Rehabilitation ausgegangen. Insofern hat diese auch maßgeblich zu der qualitativen Ausgestaltung der modernen Suchtkrankenhilfe in Deutschland beigetragen.

Diese Bedingungen bilden den Rahmen für die im folgenden hervorgehobenen Handlungs- und Entwicklungsfelder der Sucht-Rehabilitation. Die Auswahl der Themen begründet sich insbesondere aus der Aktualität von grundlegenden Gestaltungsfragen der Sucht-Rehabilitation und deren retrospektiver Einordnung in die bisherige Geschichte des Versorgungssystems.

8.1. Priorität für qualitativen Ausbau der Suchtkrankenhilfe anstelle von Systemwechsel

In den letzten Jahren sind wiederholt Überlegungen zu einer Veränderung von der Verantwortlichkeiten in der Suchtkrankenhilfe angestellt worden. Sie betreffen vor allem eine mögliche Verlagerung der Steuerungsverantwortung für die gesamte Suchtkrankenhilfe auf die Bundesländer/Kommunen. Zu dem Forderungskatalog gehört auch der Wunsch nach einer einheitlichen Leistungs- und Kostenträgerschaft, beispielsweise durch die Krankenversicherung. Diese Forderungen reichen bis zur Vorstellung einer sektoralen Ausgliederung und Autonomisierung des Systems der Suchtkrankenhilfe.

Abgesehen davon, dass die deutsche Geschichte weder für die Politisierung von Verantwortlichkeiten noch für „Einheitslösungen“ positive Argumente geliefert hat, finden sich im Bereich der Suchtkrankenhilfe keine überzeugenden inhaltlichen Begründungen für eine Änderung der derzeitigen Pluralität in der Steuerung. Die tragenden Säulen in der Systemsteuerung sind zur Zeit die Kranken- und Rentenversicherung für Kuration und Rehabilitation sowie die regionalen Träger für die ambulanten Beratungsstellen. Diese haben zur bisherigen evolutionären Ausgestaltung des Systems der Suchtkrankenhilfe unter Wahrnehmung ihrer jeweiligen Schwerpunktaufgaben einen substantiellen Beitrag geleistet. Wenn man der hohen Qualität der Sucht-Rehabilitation beipflichtet, sollte man dieses erfolgreiche „Projekt“ nicht durch grundlegende Veränderungen in einem so zentralen Bereich wie der globalen Systemsteuerung gefährden. Auch finden sich im Bereich der Suchtkrankenhilfe keine Hinweise darauf, dass die von der Veränderung der Steuerfunktion erhofften Effekte auch tatsächlich eintreten.

Daraus ergibt sich allerdings nicht, dass die derzeitige Versorgungspraxis keine Entwicklungspotentiale aufweisen würde, wie zum Beispiel im Bereich der Frühintervention, der intensiveren Nutzung von rehabilitativen Ressourcen durch bisher nur unzulänglich erreichte Gruppen von Abhängigkeitskranken oder auch das Schnittstellenmanagement zwischen Entzug und Entwöhnung.

Abgesehen von den bisher genannten, im wesentlichen auf Erfahrungstatsachen beruhenden Argumenten sprechen die folgenden drei grundsätzlichen Überlegungen

eher für eine evolutionäre Weiterentwicklung des Systems der Suchtkrankenhilfe als für einen Systemwechsel:

Mehrdimensionalität der Abhängigkeitserkrankung

Wenngleich eine Mehrdimensionalität der Beeinträchtigung prinzipiell bei allen chronischen Krankheiten von Bedeutung sein kann, kommt es bei den Abhängigkeitserkrankungen durch die Interaktion der einzelnen Störungsdimensionen zu einer Wirkung eigener Art auf den Krankheitsverlauf und die sich daraus ergebenden interventionellen Anforderungen. So können sowohl pathogene soziale, psychische und nicht zuletzt somatische Faktoren als Begleit- und Folgekrankheiten – unabhängig voneinander oder in Kombination den *circulus vitiosus* der Suchterkrankung in Gang setzen bzw. aufrecht erhalten.

Andererseits erfordert die Spezifität der einzelnen Störungen eine differenzierte Diagnostik und Intervention, die nicht selten unterschiedliche professionelle Akteure in der Versorgungsorganisation benötigen. Diese werden im Bereich der Sucht-Rehabilitation beispielsweise durch spezialisierte Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und -pädagogen, Sporttherapeuten und andere mehr repräsentiert.

Die ärztlichen Aufgaben der Suchtkrankenhilfe erstrecken sich von der Früherkennung, die wesentlich durch die niedergelassenen Ärzte, aber auch durch Krankenhausärzte zu leisten ist, die Entgiftung und Regelbehandlung, insbesondere auch bei Begleit- und Folgekrankheiten, bis hin zu Aufgaben in der Krisenintervention und Notfallbehandlung. An diesem Beispiel wird die Vielgestaltigkeit der Aufgaben selbst innerhalb einer Profession deutlich. Sie hat zum einen zu einer hohen fachlichen Spezialisierung geführt, zugleich ist sie aber auch Ausdruck einer institutionalisierten Differenzierung in der ärztlichen Versorgung. Diese ist nicht zuletzt auch mit festgelegten Verantwortlichkeiten für die Finanzierung der Leistungen verbunden. Überlegungen zu einem Systemwechsel müssten – abgesehen von den schwer kalkulierbaren ökonomischen Auswirkungen – eine Auseinandersetzung darüber beinhalten, wie diese unterschiedlichen und spezialisierten Aufgaben unter veränderten Bedingungen mit zumindest gleicher Qualität wahrgenommen werden könnten.

Vielschichtigkeit gesellschaftlicher Problemlagen

Verbunden mit der Mehrdimensionalität der Störungen ist die Vielschichtigkeit gesellschaftlicher Problemlagen, die sich mit der Abhängigkeitserkrankung verbindet. Sie reichen vom Missbrauch und gefährlichem oder riskantem Konsum bis hin zu kriminellen Delikten. Bezogen auf die Bevölkerung betreffen diese Probleme unterschiedliche Gruppen in unterschiedlichem Ausmaß. Die betroffenen Bevölkerungsgruppen lassen sich in gravierenden sozialen Ausnahmesituationen u.a. identifizieren als Wohnsitzlose, Hochverschuldete, Inhaftierte, Mehrfach Abhängige bis hin zu (noch) im Erwerbsleben befindlichen Arbeitnehmern. In Abhängigkeit von der Qualität und dem Ausmaß der Störung haben diese unterschiedlichen Gruppierungen unterschiedliche „Orte“ in der Suchtkrankenhilfe. Diese sind an unterschiedliche professionelle und institutionelle Zuständigkeiten gebunden.

Diese Argumentation reflektiert auch den mit der Public Health Philosophie in Verbindung gebrachten umfassenderen Ansatz einer - weiterentwickelten - Suchtkrankenhilfe. Er akzentuiert die Betrachtungsweise an zwei wesentlichen Stellen: zum einen durch die Verbindung des individuellen mit dem gesellschaftlichen Nutzen, zum anderen durch die daraus zwangsläufig abgeleitete Verlagerung des Interventionszeitpunktes der Suchtkrankenhilfe in die früheren Stadien der Abhängigkeitsentwicklung. Damit wird der Handlungsraum bis in den Kinder- und Jugendlichenbereich ausgedehnt und das antragsgebundene Prinzip der Rehabilitation, im Sinne eines "Komm-Konzeptes", um eine aufsuchende und motivierende Komponente ergänzt.

Die Zusammenführung dieser unterschiedlichen Problemlagen und der darauf abzielenden interventionellen Strategie und Praxis unter dem alleinigen Primat der Abhängigkeitsproblematik würde der Vielschichtigkeit der Aufgabenstellung kaum gerecht werden. Nicht zuletzt deuten aktuelle epidemiologische Ergebnisse darauf hin, dass eine Versorgungslücke zwischen der Prävalenz bei Alkoholmissbrauch, resp. -abhängigkeit, und der Inanspruchnahme von Leistungen der Suchtkrankenhilfe besteht. Aus dem Gesagten lässt sich schlussfolgern, dass das System der Suchtkrankenhilfe auch weiterhin vor große Herausforderungen gestellt sein wird. Dabei sollte dem qualitativen Ausbau der Versorgung Priorität vor einem grundlegenden Systemwechsel eingeräumt werden.

Sozialrechtliche Begründungen

Abgesehen von den konkreten Umsetzungsvorschriften des Sozialrechts repräsentiert das im Sozialgesetzbuch (SGB) zusammengefasste juristische Regelwerk einen gesellschaftlichen Konsens, der mit übergeordneten politischen und konkreten Verantwortlichkeiten in der sozialen und gesundheitlichen Sicherung verbunden ist. Die darin zum Ausdruck kommende gesellschaftliche Aufteilung der sozialen Verantwortung und die damit auch verbundene Sicherheit in den Rahmenbedingungen waren eine Voraussetzung für die qualitative Ausgestaltung des Systems der Suchtkrankenhilfe in den letzten 30 Jahren. Hier finden sich die Verpflichtungen der Leistungsträger, wie der Kranken- und Rentenversicherung, für die kurativen und rehabilitativen Leistungen in der Suchtkrankenhilfe. Diese Regelungen sind wesentlich getragen von dem Prinzip der einheitlichen Risikoordnung, mit anderen Worten: die Verantwortung für eine Leistung und deren Finanzierung ist der Institution zugeordnet, die auch das Risiko des Scheiterns ressourcenmäßig zu tragen hat. Im SGB IX sind diese historisch gewachsenen und nunmehr aktualisierten Regelungen für den Bereich der Rehabilitation, und damit auch der Sucht-Rehabilitation, in einem Buch zusammengefasst worden. Damit ist auch eine Grundlage für die weitere Systementwicklung gelegt worden.

8.2 **Priorität für Flexibilität und Individualität anstelle von starren Regelungen**

Im Zuge der Ausgestaltung des Reha-Systems werden zunehmend Forderungen gestellt, die auf verkürzte, verschlankte und stärker regulierte Prozesse zielen. Hierzu zählen starre Handlungsschemata wie „ambulant vor stationär“, „wohntnah vor wohnortfern“ und rigide Zielvorgaben für die Behandlungsdauer. Auf der anderen Seite steht die humanitäre Forderung nach uneingeschränkter Patientenautonomie und das damit verbundene Prinzip der Selbstregulation.

Die Kategorie der Individualität umfasst nicht nur die beiden genannten Aspekte, sondern bezieht sich auch auf die Mehrdimensionalität der individuellen Störungskonfiguration. Dem Begriff der Individualität zugeordnet ist auf Seiten des Versorgungssystems die Forderung nach Flexibilität der Behandlungsprozesse. Eine Akzentuierung erfährt dieses Prinzip zum einen auf der Systemebene in der Zugangssteuerung und – wegen des prozesshaften Charakters der Behandlung – auf jeder Zwischenstufe der Reflektion über erfolgte therapeutische Einzelschritte. Fragen der Flexibilität und Individualität betreffen insbesondere folgende Handlungsfelder:

Setting-Steuerung

Die erste Phase der Diskussion zu einer flexibleren Behandlungsorganisation war auf die Idee einer bloßen Ergänzung der traditionellen stationären durch ambulante bzw. teilstationäre Angebote beschränkt. Es galt das „Entweder–Oder–Prinzip“ bei der Setting-Wahl mit einer durchgängigen Gültigkeit der Entscheidung bis zum Ende der Behandlung. Diese reduktionistische Auffassung findet sich auch heute noch.

Grundlegende wissenschaftliche Erkenntnisse zum Störungsbild der Abhängigkeits-erkrankung in Verbindung mit Erfahrungen aus dem Praxisfeld der Sucht-Rehabilitation sprechen jedoch für eine Aufhebung dieses schematischen und starren Regulationsprinzips. Sie unterstützen vielmehr ein neues Verständnis der Flexibilisierung, im Sinne von horizontal und vertikal vernetzten Versorgungsangeboten. Das bedeutet konkret auch, dass man während des Behandlungsprozesses von einer Organisationsform in eine andere wechseln kann und vice versa.

Die zahlenmäßige Entwicklung von ambulanten/stationären Leistungen wie auch der ambulanten Nachsorge in der zweiten Hälfte der 90er Jahre lässt diese Ideen als realisierbar erscheinen. Auch finden sich erste epidemiologische Hinweise auf die Individualität und Flexibilität der Inanspruchnahme unterschiedlicher Setting-Formen:

So werden ambulante Leistungen nicht von allen Rentenversicherten in gleicher Weise gewählt, sondern in Abhängigkeit von der Geschlechtszugehörigkeit (Frauen dominieren), der Zugehörigkeit zur Sozialschicht (untere Sozialschichten nehmen weniger ambulante Leistungen in Anspruch) und der Art des Suchtmittels (Alkoholabhängige nehmen prioritär ambulante Leistungen in Anspruch). Abgesehen davon zeigen sich auch strukturbedingte Komponenten in der Stetting-Steuerung. Vermutlich aufgrund eines noch nicht entsprechend ausgebauten ambulanten Beratungs- und Behandlungsnetzes ist die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen in den neuen Bundesländern deutlich geringer als erwartet. Die hier vorhandenen Entwicklungspotentiale machen auch deutlich, dass eine Flexibilisierung von Organisationsformen ohne die Schaffung von Voraussetzungen in der Strukturqualität nicht denkbar ist.

Selektive Behandlungssteuerung

Mit dem Paradigmenwechsel von der mindestens sechsmonatigen Langzeitbehandlung von Alkoholkranken in einer „abgeschlossenen“ stationären Einrichtung zu einer modernen psychotherapeutisch ausgerichteten Sucht-Rehabilitation mit dem Anspruch einer wissenschaftlichen Fundierung eng verbunden ist die Option für eine differentialdiagnostische Steuerung der Behandlung und damit auch deren Spezifik.

Die Einheitstherapie wird ersetzt durch störungs- und defizit- bzw. ressourcenspezifische Behandlungsmodule. Das Spektrum der indikativen Differenzierungen reicht von dem Expositionstraining, Selbstsicherheitsgruppen, Rückfallprophylaxe bis hin zu Trainingsgruppen zur Ausbildung der sozialen Kompetenz. Das starre Therapieregime wird ersetzt durch eine adaptive Anpassung der Behandlungsinhalte und -zeiten an die jeweils erreichten Prozessergebnisse.

Verbunden mit dieser starken Ausdifferenzierung in relativ kurzen Zeiträumen sind reha-wissenschaftliche Entwicklungspotentiale im Hinblick auf die Reproduzierbarkeit der Selektionsregeln und nicht zuletzt die mit den differenziellen Interventionsansätzen verbundenen Effekte. Die selektive Indikation sollte auch nicht vergessen machen, dass es für die Suchtkrankenhilfe relevante Problemgruppen gibt, die sich einem solchen differenzierten Angebot verschließen, respektive von diesem nicht erreicht werden können und für die dennoch nach wie vor als ultima ratio gilt: Eine minimale, nicht

weiter differenzierte Intervention ist immer noch besser als eine unterlassene Hilfeleistung.

Regelung der Behandlungsdauer

Interessanterweise ist die Dauer der Entwöhnungsbehandlung immer wieder das zentrale Thema in der Effektivitäts- und Effizienzdiskussion. Der Fokus der ökonomischen Betrachtung liegt auf dem „geldwerten“ Aspekt der Behandlungsdauer; für die professionellen Akteure in der Sucht-Rehabilitation ist diese ein Indikator für eine definierte und unabdingbare Behandlungsqualität und -intensität; last but not least ist die Behandlungsdauer, empirisch nachgewiesen, ein Korrelat des Behandlungserfolgs. Wenngleich es (noch) keine empirisch reproduzierbaren Schwellenwerte für eine Mindest- bzw. optimale Behandlungsdauer gibt, gilt mit Bezug auf nationale wie internationale Studien die Regel „je länger, desto erfolgreicher“. Dies bezieht sich sowohl auf die Studien innerhalb einer Versorgungsregion, wie die USA oder Deutschland, aber auch auf den transnationalen Vergleich: die Behandlungszeiten in der Sucht-Rehabilitation der Bundesrepublik sind zwar deutlich länger als in den USA, dafür liegen die Erfolgsquoten (m.a.W.: absolute bzw. relative Abstinenz bei Alkoholabhängigkeit) jedoch 10-20 Prozentpunkte höher.

Auch lässt sich nachweisen, nicht zuletzt nach Wegfall des 6-Monats-Dogmas, dass sich in Deutschland die Behandlungszeiten in der Sucht-Rehabilitation sukzessive verkürzt haben. So reduzierte sich die Anzahl der Behandlungstage von Anfang bis Ende der 90er Jahre um rund 30% des Ausgangswertes, ohne dass damit für erstmals behandelte Abhängigkeitskranke eine Veränderung in den Abstinenzquoten verbunden gewesen wäre. Problematisch erscheint jedoch eine – wie WFG-bedingt in der Größenordnung von 20% des Ausgangswertes geschehen – kurzzeitig extern determinierte Kürzung der Behandlungsdauer. Sowohl meta-analytisch wie auch durch nationale Veröffentlichungen konnte belegt werden, dass für Gruppen mit ungünstiger Prognose bzw. mit erneuter Suchtbehandlung eine reduzierte Abstinenzquote die Folge sein kann. Im einzelnen sollten unter Berücksichtigung der Flexibilität und Individualität in der Steuerung der Behandlungsdauer folgende Grundsätze beachtet werden:

Die Regel „desto länger desto besser“ sollte durch flexible individuell angepasste Behandlungsdauern unterlegt werden.

Die Reha-Dauer ist nicht die einzige Determinante für den Erfolg der Maßnahme. Entscheidend ist nicht nur das „Wie lange“, sondern auch das „Wie“ der Behandlung. Differenziertere Lösungen sind grundsätzlich erfolgreicher als Minimal-Interventionen.

Jede Form der starren Fixierung von Zeitfenstern stößt dann auf Grenzen, wenn sich aus der differenziellen adaptiven Therapieplanung andere Anforderungen ergeben.

Flexible, individuell angepasste Behandlungsdauern ermöglichen den professionellen Akteuren in der Sucht-Rehabilitation auch unter Einhaltung „globaler“ Zeitregelungen (Kontingente u. a.) die Auswahl optimaler Behandlungsstrategien.

Die Patientenentscheidung ist bei der Fixierung individueller Behandlungsdauern zu berücksichtigen.

Prognostisch fixierte Behandlungsdauern dürfen nicht dazu führen, dass bestehende Problemgruppen von vornherein aufgrund der zu erwartenden schlechten Prognose von der Behandlung ausgeschlossen werden.

8.3 Priorität für eine evidenz- und leitlinienbasierte Qualitätsentwicklung

Die traditionelle Domäne des Qualitätsmanagements in der medizinischen Rehabilitation war die Sicherstellung der Strukturqualität in den Einrichtungen. Der zentrale methodische Zugang zur Objektivierung der Qualität erfolgte in Form von externen Audits durch Experten aus den ärztlichen, psychologischen und verwaltungsbezogenen Tätigkeitsfeldern der Rehabilitationsträger. Korrespondierend damit wurde von Seiten der Rehabilitationseinrichtungen Entwicklungsarbeit geleistet, die eine Professionalisierung der verschiedenen Mitarbeitererebenen durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, speziell für den Bereich der Sucht-Rehabilitation, ermöglichen.

Diesem Qualitätsgedanken wurde schon sehr frühzeitig auch operationalisierte Rechnung getragen, indem wesentliche Anforderungen an die Strukturqualität in die „Empfehlungsvereinbarung Sucht“ von 1978 aufgenommen wurden. Ergänzt wurden sie um verschiedene Formen von Richtlinien, die von den Selbstverwaltungsorganen der Rentenversicherungsträger zur Auslegung und Anwendung der gesetzlichen Vorschriften aufgestellt werden, so beispielsweise Kriterienkataloge für die Beurteilung von Weiterbildungen.

In den 90er Jahren finden sich zunehmend QM-Konzepte, die neben der Strukturqualität auch die Dimensionen der Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigen. Seit Ende der 90er Jahre werden zusätzlich die Evidenzbasierung und der Leitlinien-Gedanke in die Konzeptentwicklung zum QM einbezogen. Eine zentrale Rolle spielen in diesen Überlegungen Untersuchungen zur Effektivität und deren Beziehungen zu einzelnen Programmen in der Sucht-Rehabilitation.

Die American Psychiatric Association (APA) hat bereits 1995, allerdings mit Bezug auf das US-amerikanische Versorgungssystem, eine entsprechende guideline für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen veröffentlicht, die sich nicht nur auf eine Konsensus-Evidenz sondern auch auf meta-analytisch belegte Effekte der Sucht-Rehabilitation stützt. Ergebnisse einer deutschen Initiative zur Erarbeitung einer ähnlichen guideline werden zum Jahresende erwartet. Der reha-wissenschaftliche Nachweis von Behandlungseffekten und der zugrundeliegenden Wirkgrößen ist insofern von Bedeutung, als deren Kenntnis für die Qualitätsentwicklung und -verbesserung genutzt werden sollte.

Globale Wirksamkeit der Rehabilitation nachgewiesen – Weiterentwicklungspotentiale bei der differenziellen Effektivitätsbestimmung

Eine Vielzahl nationaler wie internationaler Studien mit höherem Evidenzgrad belegt die generelle Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei Abhängigkeitserkrankungen. Die größte Zahl der Studien bezieht sich bisher auf eine stationäre fachklinische Behandlung von Alkoholkranken, für die auch die höchsten abstinentzdefinierten Erfolgsquoten erreicht werden. Sie variieren in Abhängigkeit von der Methode, liegen jedoch deutlich über dem früher angenommenen „Ein-Drittel“-Niveau und erreichen bei der optimistischen Schätzung eine Größenordnung von 75% erfolgreich behandelter Patienten. Einen generellen Wirksamkeitsnachweis gibt es auch in der Hinsicht, dass ein umso größerer Behandlungserfolg zu erwarten ist, je länger die Rehabilitation dauert.

Der zeitliche Bezugsrahmen für die Erfolgsmessung bezieht sich auf sechs, häufiger jedoch zwölf Monate nach Beendigung der Maßnahme. Die nachgewiesene Wirksamkeit beinhaltet auch einzelne Programme für die Behandlung von Alkoholkranken, wie soziales Kompetenztraining, motivationale und kognitive Therapie sowie Rückfallmanagement und andere. Wenngleich sich im Therapievergleich keine signifikanten Ergebnisse finden, gibt es zumindest Hinweise auf die Überlegenheit einer definierten verhaltenstherapeutisch orientierten Breitbandtherapie im Vergleich zu eklektischen oder anderen Therapieprogrammen.

Wenig untersucht sind bisher die Effekte im Bereich der Rehabilitation von Drogenabhängigen sowie der Rehabilitation im ambulanten Setting. Ein nach wie vor noch nicht gelöstes methodisches Problem ist die Beziehung zwischen Patientenmerkmalen, der Behandlungsqualität und -intensität sowie der Effektivität der Behandlung. M.a.W.: Der differenzielle Wirksamkeitsnachweis steht noch aus. Die Patientenmerkmale beziehen sich insbesondere auf die Störungsausprägung wie Schweregrad, Komorbidität und Veränderungsbereitschaft; die Charakteristika der Behandlung beziehen sich vor allem auf Therapieverfahren und -dichte, Mitarbeitercharakteristika und Therapeut – Patienten – Interaktion. Hier werden erhebliche Entwicklungspotentiale für reha-wissenschaftliche Untersuchungen gesehen.

Auf der anderen Seite ermöglichen die globalen Wirksamkeitsnachweise und deren weitgehend kohärente methodische Grundlagen in Bezug auf Stichprobendefinition und Effektivitätsmaße einen Praxistransfer in QM-Programme zur Bestimmung der outcome-Qualität.

Neue Qualitätsoffensive unter Einbeziehung von Wirksamkeitsnachweisen

Die medizinische Rehabilitation in den 90er Jahren ist gekennzeichnet durch eine umfassende und die verschiedenen Verantwortungs- und Handlungsfelder repräsentierende Qualitätsoffensive. Es finden sich nicht nur die für eine erfolgreiche Qualitätspolitik erforderlichen Initiativen und Bekenntnisse zur Qualitätsentwicklung auf der Leitungs- und nicht zuletzt auf der Umsetzungsebene der Rehabilitationsträger, sondern seit einigen Jahren auch Aktivitäten von Seiten der Rehabilitationseinrichtungen mit systematischen Ansätzen zum internen QM.

Das für diese Entwicklung maßgebliche Konzept eines externen Qualitätsmanagements, das 5-Punkte-Programm der gesetzlichen Rentenversicherung, ist sowohl durch eine indikationsübergreifende wie auch eine indikationsspezifische Ausrichtung – hier die stationäre Sucht-Rehabilitation – charakterisiert. Es befindet sich bereits seit mehreren Jahren in der praktischen Umsetzungsphase. Das gilt auch für das DEGEMED-Konzept, welches allerdings primär auf das interne QM gerichtet ist und in der speziellen Ausgestaltung für die Sucht-Rehabilitation (DEGEMED/FVS-Verfahren) kürzlich veröffentlicht worden ist. Ein gemeinsames Kennzeichen beider Ansätze ist die konzeptuelle Verschränkung der einrichtungsinternen Programmatik mit den externen QM-Prozeduren und vice versa:

Das 5-Punkte-Programm nimmt im weiteren Sinne auf die Nutzung von Programmresultaten zur Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen des klinikinternen QM Bezug und formuliert im engeren Sinne im Programmpunkt 5 explizit die Erwartungen an klinikinterne Umsetzungsinitiativen, beispielsweise in Form von Qualitätszirkeln. Im DEGEMED/FVS-Konzept werden entlang der DIN-EN-ISO-Dimensionen und unter Einbeziehung von EFQM-Kategorien reha-spezifische Anforderungen, Methoden und Inhalte formuliert, die explizit Bezug nehmen auf Rahmenbedingungen und konkrete Ergebnisse externer QM-Ansätze.

Damit sind die Rahmenbedingungen geschaffen, um die im Zusammenhang mit dem globalen Wirksamkeitsnachweis eingesetzten outcome-Maße praxiswirksam für das QM zu nutzen. Im Hinblick auf die weitere Perspektive ist zu hoffen, dass der Umsetzungsprozess von QM-Konzepten wie bisher von intensiven reha-wissenschaftlichen Forschungs- und Entwicklungsarbeiten geprägt wird. Eine besondere Herausforderung – nicht nur für das Praxisfeld – wird hierbei die Auseinandersetzung

mit der differenziellen Wirksamkeit der Sucht-Rehabilitation darstellen. Das schließt eine Identifizierung optimaler Behandlungskonzepte, einschließlich Behandlungszeiten, für definierte Patientengruppen ein.

8.4. Priorität für die Investition in die Sucht-Rehabilitation zur Vermeidung von Frühberentungs-Ausgaben

Abhängigkeitserkrankungen zeichnen sich dadurch aus, dass für sie als einziger Teilbereich in der medizinischen Rehabilitation gleichzeitig empirische Daten für erbrachte Leistungen und Ausgaben sowie seit Mitte der 90er Jahre regelmäßig für die größte Teilgruppe der Suchtkrankheiten, die Alkoholabhängigkeit, auch Daten zum Behandlungserfolg zugänglich sind. Zusätzliche Angaben finden sich zu Ausgaben und Leistungen für den stationären bzw. ambulanten Bereich, die Analysen zur Organisationsentwicklung ermöglichen. Zur Abschätzung der indirekten Kosten der Alkoholabhängigkeit werden regelmäßig Daten, z.B. zur Frühberentung, veröffentlicht.

Sucht-Rehabilitation auch unter restriktiven ökonomischen Bedingungen erfolgreich

Für die stationäre Rehabilitation von Alkoholabhängigen wurden für die letzten Jahre bis einschließlich 1998 für das Gros, d.h. die erstbehandelten Patienten, nachgewiesen, dass die 1-Jahres-Abstinenzquoten mit Werten zwischen rund 75 und 50% (optimistische / pessimistische Schätzvariante) auf einem hohen Niveau geblieben sind.

Diese Katamnese-Daten werden seit 1996 vom Fachverband Sucht veröffentlicht.

Damit umfasst der Zeitraum das erste Jahr der mit den WFG-Regelungen verbundenen ökonomischen Auswirkungen auf das Reha-System. In dieser Zeit von Mitte bis Ende der 90er Jahre lassen sich auch organisationsbezogene Veränderungen beobachten, die sich wesentlich als Kürzung der stationären Behandlungsdauer und als erhebliche Zunahme von ambulanten Leistungen darstellen. Diese Veränderungen machten es möglich, die Ausgaben für die gesamte Sucht-Rehabilitation der GRV im Jahre 1999 mit 872 Mio. DM auf dem Niveau von 1994 zu halten, obwohl 1999 im Vergleich zu 1994 gut 7.000 Abhängigkeitskranke mehr rehabilitiert worden sind.

Damit sind die Pro-Kopf-Kosten von 1994 bis 1999 von 26.080 DM auf 21.532 DM um ca. 17% gesunken. Wenngleich es wenig wahrscheinlich ist, dass dieser Prozess unbegrenzt fortgesetzt werden kann und für prognostisch problematische Fälle möglicherweise mit einer Verschlechterung der out-come-Qualität verbunden sein könnte, kann diese Bilanz auch als Resultat einer erfolgreichen Prozessoptimierung in der Sucht-Rehabilitation interpretiert werden.

Indirekte Kosten machen ein Vielfaches der direkten Kosten aus – oder Rehabilitation rechnet sich

Zum ökonomischen Nutzen der Sucht-Rehabilitation liegt eine Vielzahl empirischer Belege vor. Reduziert man die Ausgabenanalyse ausschließlich auf die beiden sozialrechtlichen Bezugspunkte Rehabilitation und Frühberentung, ergibt sich eine weitere eindrucksvolle Bilanz: Gesetzlicher Auftrag der GRV ist die Verhinderung von Frühberentungen durch Maßnahmen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation. Nach den Ergebnissen regelmäßig durchgeführter Prozessdaten-Analysen wird bei rund 80 bis 90% der Sucht-Rehabilitanden dieses Ziel für mindestens zwei Jahre nach Abschluss der Maßnahme erreicht. Vergleichbare Ergebnisse werden auch für eine fünfjährige Katamnese-Periode berichtet. Berücksichtigt man zusätzlich, dass rund jeder zweite Alkoholranke nach einer Sucht-Rehabilitation im Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig erwerbstätig ist, ist das als weiterer empirischer Beleg für den ökonomischen Nutzen der Rehabilitation zu werten.

Auch die Abschätzung der indirekten Kosten der Alkoholabhängigkeit, beispielsweise mit Bezug auf die 1999 neu zugegangenen Frührenten, macht deutlich, welchen enormen volkswirtschaftlichen Nutzen die Investition in die Rehabilitation haben kann: Die ca. 5.300 wegen ihrer Alkoholkrankheit Frühberenteten kosten die GRV bis zum Erreichen einer Altersrente nach einer Schätzung insgesamt gut 1,1 Mrd. DM; das entspricht einem Pro-Kopf-Kostenanteil von 206 TDM.

Auf der anderen Seite stehen ca. 40.000 Sucht-Rehabilitanden mit einem Aufkommen von rund 872,9 Mio. DM an direkten Kosten für die Rehabilitation, das entspricht durchschnittlichen Fallkosten von ca. 21.500 DM. Selbst wenn man annimmt, dass es mehr als einer Maßnahme bedarf, um den Reha-Erfolg zu erreichen, sind die Ausgaben für die Entwöhnungsbehandlungen um ein Vielfaches geringer als die indirekten Kosten für die Frühberentung.

8.5 Priorität für die soziale und berufliche Partizipation von Abhängigkeitskranken

Die Sucht-Rehabilitation erfüllt unter verschiedenen Aspekten einen wichtigen gesellschaftlichen Auftrag. Die soziale Dimension ist dabei angesichts der gravierenden Auswirkungen des Suchtphänomens besonders stark ausgeprägt. Soziale und berufliche Desintegration der Betroffenen können als Ursache und Wirkung Krankheit und Behandlung sowie deren Erfolg beeinflussen.

Diese Wechselwirkung bezieht sich nicht nur auf die individuellen und gesellschaftlichen Belastungen, sondern hat auch eine ökonomische Dimension: Es liegt eine Vielzahl empirischer Befunde zu den Auswirkungen einer fehlenden beruflichen Reintegration auf die Rückfallgefährdung vor. So ergeben die auf der Basis von unausgelesenen Versichertenstichproben realisierten Prozessdaten-Analysen eine fünfmal erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine erneute Sucht-Rehabilitation bei nicht beruflich integrierten Alkoholkranken.

Im Hinblick auf die soziale und berufliche Partizipation von Abhängigkeitskranken sollten perspektivisch folgende Aspekte Beachtung finden:

Soziale und berufliche Desintegration darf keine zusätzliche Zugangsbarriere für die Sucht-Rehabilitation sein.

Das berufliche und soziale Umfeld ist in die Sucht-Rehabilitation einzubeziehen. Das kann durch eine stärkere institutionelle Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation oder auch in Form eines Fallmanagements für eine nahtlose und zügige berufliche Wiedereingliederung realisiert werden.

Eine weitere Möglichkeit wird im Ausbau der Kooperation mit berufsbezogenen Einrichtungen des regionalen Arbeitsmarktes gesehen, z.B. in Form von verstärkter Kooperation zwischen den Einrichtungen der Bundesanstalt für Arbeit und anderen Rehabilitationsträgern, oder durch spezielle Ansprechpartner für Suchtkranke in den Arbeitsämtern, die bereits während der Entwöhnung tätig werden, oder auch durch Integrationsprojekte in strukturschwachen Gegenden.

Während der Rehabilitationsphase kann dies in indikationsgeleiteten spezifischen Formen der Arbeitstherapie – Belastungsproben u.ä. – geschehen. Zusätzlich ergeben sich auch Anforderungen an die Frühintervention, wie z.B. den Ausbau betrieblicher Angebote etc.

Für Problemgruppen mit beruflichen und sozialen Problemen sollten weitere spezielle Angebote entwickelt werden, wie z.B. Vorbereitung auf eine aktive und sinnerfüllte Lebensgestaltung für Patienten ohne realistische Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

Wegen der hervorgehobenen Bedeutung der Abhängigkeitserkrankungen auf individueller wie gesellschaftlicher Ebene bleibt zu hoffen, dass die Zukunft der Suchtkrankenhilfe nicht durch vordergründige ökonomische Restriktionen verstellt wird, sondern weiterhin durch Investitionen zum Wohle des Einzelnen und nicht zuletzt der Volkswirtschaft bestimmt wird.

Abkürzungsverzeichnis

AHG	Allgemeine Hospitalgesellschaft
APA	American Psychiatric Association
AR	Arbeiter-Rentenversicherung
AV	Angestelltenversicherung
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSG	Bundessozialgericht
Buss	Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
BzgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DEGEMED	Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e.V.
DGSS	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.
DHS	Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
DQuS	Deutsche Gesellschaft für QM in der Suchttherapie e.V.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen)
EBIS-Bericht	Jahresstatistik der ambulanten Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland
EFQM	European Foundation for Quality Management
FVS	Fachverband Sucht e.V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation psychischer Störungen)
ICF	(ehemals ICIDH-2) International Classification of Functioning and Disability
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen)
IFT	Institut für Therapieforschung
KTL	Klassifikation Therapeutischer Leistungen
LVA	Landesversicherungsanstalt
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
Reha	Rehabilitation
RV	Rentenversicherung
SEDOS-Bericht	Jahresstatistik der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland
SGB	Sozial-Gesetzbuch
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
VT-B	verhaltenstheoretisch orientierte Bereitbandtherapie
WFG	Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Bibliographie

- Abholz, H.H., et al. (1993). Gesundheitsmärkte *Jahrbuch für Kritische Medizin* Hamburg: Argument-Verlag.
- Abholz, H.H., et al. (1993). Arzt-Konsumentenverhältnisse *Jahrbuch für Kritische Medizin* Hamburg: Argument-Verlag.
- Abholz, H.H., et al. (1993). Rationierung der Medizin *Jahrbuch für Kritische Medizin* Hamburg: Argument-Verlag.
- Abholz, H.H., et al. (1993). Die Regulierung der Gesundheit *Jahrbuch für Kritische Medizin* Hamburg: Argument-Verlag.
- APA, American Psychiatric Association (1995). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids. *Supplement to the American Journal of Psychiatry*, 152 (11).
- Ammer, F. (1998). Stationäre Sucht-Rehabilitation in Deutschland. Versuch einer Bestandsaufnahme zum Thema Zukunft: Kooperationsmodelle? *Sucht aktuell*, 3+4, pp. 7-8.
- Arend, H. (1999). Indikationskriterien in der ambulanten Therapie Abhängigkeitskranker. *Sucht aktuell*, 1, pp. 14-17.
- Arnold, T., Frietsch, R., Schmid, R., Simmedinger, R. (1999). Expertise zur Weiterentwicklung der Hilfen für Suchtkranke. Angebot, Bedarf und Perspektiven Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.
- Athen, D. (1998). Alkoholabhängigkeit als differentialdiagnostische Herausforderung. *Nervenheilkunde*, 17, pp. 378-384.
- Bachmeier, R., Brandl, E. (2000). Behandlungserfolg von erst- und wiederholungsbehandelten Patienten in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger. *Sucht aktuell*, 1, pp. 44-51.
- Bader, T., Heise, Ch. (2000). Behandlungsangebote für Suchtkranke im Verbundsystem der Suchthilfe: Rehabilitative Aspekte. In: Thomasius, R. H. (Ed.) *Psychotherapie der Suchterkrankungen*, pp. 161-180. Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Baekeland, F. (1977). Evaluation of treatment methods in chronic alcoholism. In: Kissin, B., Begleiter, H. (Ed.) *The biology of alcoholism: Treatment and rehabilitation of the chronic alcoholic* New York: Plenum Press.
- Batra, A. (2000). Aktuelle Forschungsergebnisse zu Indikationsstellung und Therapieerfolgen bei abhängigen Rauchern. *Sucht aktuell*, 1, pp. 52-54.
- Baumann, U. (2000). Indikationsstellung und Therapieplanung in der Psychotherapie. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 17-30. Geesthacht: Neuland.
- Beckmann, U., Müller-Fahrnow, W., Pallenberg, C. (1989). Erwerbstätigkeit und Frühberentung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen (unveröffentlichtes Manuskript) Berlin: Vortrag auf der 25. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention.
- Benesch, H. (1995). Indikationstheorien. In: Benesch, H. (Ed.) *Enzyklopädisches Wörterbuch Klinische Psychologie und Psychotherapie*, pp. 333-335. Weinheim: Beltz, PVU.
- Bergmann, E., Horch, K. (2000). Ökonomische Bewertung von gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums. *Sucht*, 2, pp. 14-18.
- Bischoff, G., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, Ch., John, U. (2000). Remission ohne formelle Hilfen und Inanspruchnahme stationärer Behandlung bei Alkoholabhängigen - ein Vergleich auslösender Faktoren. *Sucht*, 46, pp. 54-61.

- Böning, J. (2000). Zur Neuropsychologie und Klinik des „Suchtgedächtnisses“. In: Stetter, F. (Ed.) *Wege aus der Sucht. Suchttherapie an der Schwelle der Jahrtausendwende – Herausforderung für Forschung und Therapie*, pp. 37-50. Geesthacht: Neuland.
- Böning, J. (2001). Wie Sucht im Gehirn programmiert wird. *Partner-Magazin*, pp. 17-22.
- Bönner, K.H. (1995). Wieviel Therapie braucht der Mensch? *Sucht aktuell*, 3, pp. 1-6.
- Bönner, K.H. (1998). Ethik, Ökonomie und Gesundheitswesen. *Sucht aktuell*, 1+2, pp. 2-6.
- Bönner, K.H. (2000). Effektivität der stationären Behandlung für Alkohol- und Medikamentenabhängige. vorgestellt: 13. *Heidelberger Kongress „Rehabilitation Suchtkranker - mehr als Psychotherapie!“*, Heidelberg, 10.-12.5.
- Braun, W., Schaltenbrand, R. (1999). Leitlinie zur Diagnose und Therapie von schädlichem Alkoholgebrauch und Alkoholabhängigkeit im niedergelassenen Bereich Witten: Universität Witten.
- Braun, J. (2000). Wie groß ist der „Rest“ Psychotherapiebedarf in der Adaption? In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 350-357. Geesthacht: Neuland.
- Bremmer, M. (1998). Neue Wege im Behandlungsverbund Suchtkranker. *Sucht aktuell*, 3+4, pp. 32-33.
- Breslin, F.C., Sobell, M.B., Sobell, L.C., Buchan, G., Cunnigham, J.A., (1997). Toward a stepped care approach to treating problem drinkers: the predictive utility of within-treatment variables and therapist prognostic ratings. *Addiction*, 92, pp. 1479-1489.
- Breslin, F.C., Sobell, M.B., Sobell, L.C., Cunnigham, J.A., Sdao-Jarvie, K., Borsoi, D. (1999). Problem Drinkers: Evaluation of a Stepped-Care Approach. *Journal of Substance Abuse*, 10, pp. 271-232.
- Brock, G. (1998). Die Behandlung abhängigkeitskranker Menschen aus Arbeitgebersicht. *Sucht aktuell*, 1+2, pp. 14-16.
- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1996). Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken. Alkohol-Drogen-Medikamente. Frankfurt/Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2000). Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter. RPK-Bestandsaufnahme. Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- BMG, Bundesminister für Gesundheit (1998). Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen *Schriften des Bundesministers für Gesundheit* Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (1999). Drogen- und Suchtbericht 1999 Bonn: Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit.
- Buschmann, H., Funke, W. (1997). Anti-Craving-Medikamente in der Suchtbehandlung: ein medizinisches, ein ethisches oder doch ein Problem? Bad Tönisstein: Beitrag für die Zeitschrift der AHG „Verhaltensmedizin heute“.
- Buschmann, H., Schneider, B. (2000). „Auf dem Weg zum Brunnen“ – Behandlungsprogramm für Patienten mit schädlichem Suchtmittelkonsum. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 177-184. Geesthacht: Neuland.
- Bühringer, G. (1996). Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. In: Margraf, J. (Ed.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 2: Störungen - Glossar*, pp. 215-244. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

- Bühringer, G. (1997). Alkohol und Drogenabhängigkeit. In: Petermann, F. H. (Ed.) *Rehabilitation. Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin*, pp. 397-420. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, Ch., Rumpf, H.-J., Simon, R., Töppich, J. (2000). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Costello, R.M., Biever, P., Baillargeon, J.G. (1975). Alcoholism treatment programming: Historical trends and modern approaches. *Alcoholism: Clinical and Experimental research*, 1, pp. 311-318.
- Davison, G.C. (2000). Stepped Care: Doing more with less? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, pp. 580-585.
- Dengler, W. (2000). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen. In: Selbmann, H.-K. (Ed.) *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie* Darmstadt: Steinkopf.
- Deutsche Gesellschaft für Public Health (1999). Public-Health-Forschung in Deutschland Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (1992). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen Freiburg: Lambertus.
- DHS, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1997). Jahrbuch Sucht '98 Hamm: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.
- DHS, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1998). Jahrbuch Sucht '99 Geesthacht: Neuland.
- DHS, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1998). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (klientenbezogene Daten). *Sucht aktuell*, 3+4, pp. 47-50.
- DHS, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1999). Jahrbuch Sucht 2000 Geesthacht: Neuland.
- DHS, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1999a). Das Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe. Individuelle Interventionen in flexiblen Institutionen *Fachkonferenz Sucht '99* Weimar: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.
- DHS, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (2000). Jahrbuch Sucht 2001 Geesthacht: Neuland.
- DHS, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (2000a). Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe *Positionspapier 2000* Hamm: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.
- Dilling, H., Weyerer, S., Castell, R. (1984). Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung Stuttgart: .
- Dilling, M., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien Bern: Huber.
- Dörfert, J. (1998). Erste Ergebnisse einer Basisdokumentation bei Komorbidität von Alkoholismus und Schizophrenie aus dem Therapiezentrum Maximilianshöhe. *Sucht aktuell*, 3+4, pp. 53-61.
- Drummond, D.C. (1997). Alcohol interventions: Do the best things come in small packages? *Addiction*, 92, pp. 375-379.
- Ebeling, J. (2000). Indikationskriterien für eine teilstationäre Behandlung. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 150-157. Geesthacht: Neuland.
- Emrick, C.D. (1974). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: I.

- The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behaviour following treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, pp. 88-108.
- Emrick, C.D. (1975). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the relative effectiveness of treatment versus no treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 36, pp. 88-108.
- Evertz, P. (2000). Indikationsabhängige Binnendifferenzierung. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 401-406. Geesthacht: Neuland.
- FVS, Fachverband Sucht (1997). Das „Beste“ für den Suchtkranken. Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien Geesthacht: Neuland.
- FVS, Fachverband Sucht (1998). Stellungnahme zur kontrollierten Heroinabgabe an Drogenabhängige. *Sucht aktuell*, 1+2, pp. 41-45.
- FVS, Fachverband Sucht (1999). Grundprinzipien und Leitlinien zur Prävention und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. *Sucht aktuell*, 2, pp. 4-8.
- FVS, Fachverband Sucht (1999a). Aktuelle Forderungen und Empfehlungen zur Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V. *Sucht aktuell*, 1, pp. 47-48.
- FVS, Fachverband Sucht (1999b). Hilfe für Suchtkranke. Verzeichnis der Einrichtungen Bonn: Fachverband Sucht e.V.
- FVS, Fachverband Sucht (1999c). Stellungnahme des Fachverbandes Sucht zur stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen. *Sucht aktuell*, 1, pp. 49-51.
- FVS, Fachverband Sucht (2000). Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen Geesthacht: Neuland.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Soyka, M. (1998). Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung-Folgen-Therapie. Stuttgart, New York: Thieme.
- Finney, J., Hahn, A. Moos, R. (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 91(12), pp. 1773-1796.
- Freitag, M., Hurrelmann, K. (1999). Epidemiologie des Alkoholmissbrauchs bei Kindern und Jugendlichen. *Psycho*, 25, pp. 54-65.
- Freyberger, H.J., Stieglitz, R.-D. (2001). Klassifikatorische Diagnostik von Störungen durch psychotrope Substanzen. *Suchttherapie. Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen*, 1, pp. 2-8.
- Fricke, R., Treinies, G. (1985). Einführung in die Meta-Analyse Bern: Huber.
- Fuller, R.K., Roth, H.P. (1997). Disulfiram for the treatment of alcoholism: An evaluation in 128 men. *Annals of International Medicine*, 90, pp. 901-904.
- Funke, W., Kluger, H., Bachmeier, R., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V., Wüst, G. (1999). FVS-Katamnese des Entlassjahrganges 1996 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 1, pp. 40-44.
- Funke, W. (2000). Indikationsstellung und Therapieplanung: „Wer Neues planend stets ersinnt...“. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 94-106. Geesthacht: Neuland.
- Funke, W., Kluger, H., Bachmeier, R., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V., Wüst, G. (2001). FVS-Katamnese des Entlassungsjahres 1998 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 8, pp. 43-48.
70. Gesundheitsministerkonferenz, (1998). Aktionsplan Alkohol, Ergebnisniederschrift. *Sucht aktuell*, 1+2, pp. 13-16.

- Gutzwiller, F., Jeanneret, O. (1999). Sozial- und Präventivmedizin. Public Health Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Hansmeier, T., Müller-Fahrnow, W., Spyra, K. (2000). Zur Frage der strukturellen und organisatorischen Weiterentwicklung der Sucht-Rehabilitation - eine versorgungsepidemiologische Problemanalyse. *Suchtherapie*, 2, pp. 143-154.
- Hapke, U., Rumpf, H.-J., Schumann, A., John, U. (1999). Beratung von Menschen mit problematischem Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenkonsum auf Basis des transtheoretischen Modells. In: Keller, S. (Ed.) *Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*, pp. 81-92. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Hapke, U., Rumpf, H.-J., John, U. (2000). Motivierende Beratung: Wenn Motivation das Ziel und nicht die Voraussetzung für Beratung sein soll. In: Nickolei, W. (Ed.) *Jenseits von Therapie*, pp. 93-100. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Harrison, P.A., Hoffmann, N.G., Streed, S.G. (1991). Drug and alcohol addiction treatment outcome. In: Miller, N.S. (Ed.) *Comprehensive-handbook of drug and alcohol addiction*, pp. 1163-1197. New York, Basel, Hong Kong: Marcel Dekker.
- Heide, M. (1998). Therapiezentrum Speyer: Basisdaten aus 1996 und 1997. *Sucht aktuell*, 3+4, pp. 51-52.
- Hollstein, H. (1998). Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. In: Delbrück, H., Haupt, E. (Ed.) *Rehabilitationsmedizin. Ambulant, teilstationär, stationär*, pp. 678-713. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Hox, J., Gils, G., Klugkist, I. (1998). Treatment of alcohol and drug dependency. Meta-analysis. Final report. Utrecht: Beleids Onderzoek en Advies.
- Huck-Langner, K., Maier-Riehle, B., Schliehe, F. (2000). Stationäre Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen - Strukturelle Aspekte. *Suchttherapie 2000*, 1, pp. 110-116.
- Hurrelmann, K., Laaser, U. (1996). International Handbook of Public Health Westport, London: Greenwood Press.
- Hüllinghorst, R. (1997). Hilfe für Suchtkranke als gesellschaftliche Aufgabe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren DHS (Ed.) *Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte-Strukturen-Perspektiven*, pp. 285-306. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- IFT, Institut für Therapieforchung. Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen und jährliche Zahl der Behandlungsfälle in Deutschland. Abbildung. www.ift.de. (Januar 2001).
- IGM, Industriegewerkschaft Metall (1991). Das Suchtbuch für die Arbeitswelt. Frankfurt am Main.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A., Dilling, H. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden Baden: Nomos.
- John, U. (1996). Diagnostik und Klassifikation stoffgebundener Abhängigkeit. In: Mann, K., Buchkremer, G. (Ed.) *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie.*, pp. 135-145. Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer Verlag.
- John, U. (1998). Riskanter Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. In: Schwartz, F.W. (Ed.) *Das Public Health Buch*, pp. 476-484. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Meyer, Ch., Schumann, A., Bischof, G. (1999). Das TTM als Instrument in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung - der Ansatz der Community Medicine. In: Keller, S. (Ed.) *Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis.*, pp.

- 45-56. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- John, U., Hapke, U. & Rumpf, H.-J. (2000). Frühintervention bei Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch. *Sucht Aktuell*, 1, pp. 4-7.
- Kawski, S., Dorenburg, U., Beckmann, U., Koch, U. (2000). Prozessqualität in der stationären Sucht-Rehabilitation. *Suchttherapie 2000*, 1, pp. 126-136.
- Keller, S., Velicer, W.F., Prochaska, J.O. (1999). Das Transtheoretische Modell - eine Übersicht. In: Keller, S. (Ed.) *Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis.*, pp. 17-44. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Keup, W. (1995). Neuerungen auf dem Gebiet der Missbrauchs-Muster in der Bundesrepublik. Nach Daten des Frühwarnsystems 1994. *Sucht aktuell*, 3, pp. 28-32.
- Klein, T. (1997). Angebote und Erwartungen - eine Zusammenfassung. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Das „Beste“ für den Suchtkranken. Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien.*, pp. 197-204. Geesthacht: Neuland.
- Klein, W., Missel, P. & Braukmann, W. (1997). Effizienz stationärer Abhängigkeitsrehabilitation: Ergebnisse zum langfristigen sozialmedizinischen Rehabilitationserfolg. *Verhaltensmedizin Heute*, 7, pp. 47-58.
- Knauf, G., Adams, C., Kaiser-Klute, M. (2000). Therapieplanung und Indikationsentscheidungen in einem kombinierten stationär-ambulanten Behandlungsmodell. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 167-176. Geesthacht: Neuland.
- Kolitzus, H. (1997). Das Mobile - Mechanismen von Sucht und Koabhängigkeit in Familien. *Nervenheilkunde*, 16, pp. 408-411.
- Kresula, A. (1998). Frühzeitiger Ausstieg zahlt sich aus. *Sucht aktuell*, 1998, pp. 20-21.
- Kresula, A. (2000). BKK-Fallmanagement. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 293-300. Geesthacht: Neuland.
- Kulick, B. (1999). Warum bewilligen wir genau das? - Indikationskriterien in der Auswahl von Maßnahmen aus Sicht eines Leistungsträgers. *Sucht aktuell*, 1, pp. 8-13.
- Küfner, H. (1981). Ambulante Therapie von Alkoholabhängigen. Empirische Ergebnisse und Indikation. In: Keup, W. (Ed.) *Behandlung der Sucht und des Missbrauchs chemischer Stoffe*, pp. 73-82. Stuttgart: Thieme.
- Küfner, H. (1998). Ergebnisse der Suchtbehandlung. *Sucht aktuell*, 1+2, pp. 29-34.
- Küfner, H., Kümmler, P., Beloch, E., Drobik, U. & Tretter, F. (1999). Ergebnisse zum Modellprojekt Antagonistengestützter Opiatentzug: Katamnese bei Patienten des BKH Haar. München: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Küfner, H. (2000). Diagnostik *Suchtlexikon*, pp. 106-111. München, Wien: R. Oldenbourg Verlag.
- Küfner, H. (2000a). Strategien der Indikation im Suchtbereich und empirische Ergebnisse. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 41-58. Geesthacht: Neuland.
- Lappe, R. (2000). Indikationsstellung und Therapieplanung in der Adaption – aus der Sicht der Leistungsträger. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 321-331. Geesthacht: Neuland.
- Lindenmeyer, J., Kolling, R. (2000). Von der syndromorientierten Diagnosestellung zur therapiebezogenen Diagnostik. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 125-134. Geesthacht: Neuland.
- Lindenmeyer, J. (2000a). Diagnostik in der Behandlung Abhängigkeitskranker. *Sucht aktuell*, 2, pp. 44-49.
- Linster, H.W., Rückert, D. (1998). Ambulante Behandlung von Abhängigkeitskranken.

- Ein Beitrag zur Untersuchung der Effektivität ambulanter Entwöhnungsbehandlung von Alkoholikern/innen. *Sucht aktuell*, 3+4, pp. 25-30.
- Löhner, F., Missel, P. (1995). Suchttherapie in Fachklinik oder Psychiatrie? Ein Thesenpapier. *Sucht aktuell*, 3, pp. 25-27.
- Maier-Riehle, B., Schliehe, F. (1998). Auswirkungen der Spargesetze auf die Sucht-Rehabilitation. *Sucht aktuell*, 3+4, pp. 9-15.
- Mann, K. (2000). Die Suchtpersönlichkeit ist reine Fiktion. *Psychologie Heute*, 2, pp. 60-67.
- Margraf, J., Kunath, H. (1995). Methodische Ansätze in der Public Health-Forschung. In: Forschungsverbund Public Health Sachsen (Ed.) Regensburg: S. Roderer.
- Matthesius, R.-G., Jochheim, K.-A., Barolin, G.S., Heinz, Chr. (1995). Die Internationale Klassifikation der Schadensbilder, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen – Deutschsprachige Übersetzung und Kommentierung der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) der WHO. Ullstein Mosby.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H., John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt*, 71, pp. 535-542.
- Miller, W.R., Hester, R.K. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. In: Miller, W.R. (Ed.) *The addictive behaviours: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity* Oxford: Pergamon.
- Miller, W.R., Hester, R.K. (1986). The effectiveness of alcoholism treatment: What research reveals. In: Miller, W.R., Heather, N. (Ed.) *Treating addictive behaviours*, pp. 121-174. New York: Plenum Press.
- NRW-Programm, Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, (1999). NRW-Landesprogramm gegen Sucht. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Missel, P. (1995). Individualisierung in der stationären Behandlung Alkohol- und Medikamentabhängiger vs. Kurzzeittherapie bei Drogenabhängigen. Möglichkeiten und Grenzen eines Konzepttransfers. *Sucht aktuell*, 3, pp. 7-14.
- Missel, P., Weissinger, V. (1998). Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen Bonn: Fachverband Sucht e.V.
- Montjoie, B. (1999). Suchtmittel und ihre Auswirkungen im Arbeitsleben. Stand Oktober 1999. Münster: LV Druck Münster.
- Müller-Fahrnow, W., Löffler, H.E., Schuntermann, M.F., Klosterhuis, H. (1989). Die Rehabilitations-Verlaufsstatistik. Ergebnisse eines Forschungsprojektes zur Epidemiologie in der medizinischen Rehabilitation. Teil II: „Die sozialmedizinische Prognose“. *Deutsche Rentenversicherung*, 3, pp. 170-207.
- Müller-Fahrnow, W., Spyra, K., Hansmeier, Th. (2000). Planung und Steuerung der medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Versorgungssystemforschung. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 59-78. Geesthacht: Neuland.
- Nitzgen, D., Brünger, M. (2000). Welche Patienten beenden die Behandlung irregulär? In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 107-117. Geesthacht: Neuland.
- Oliva, H. (2000). 3. Zwischenbericht zum Modellbestandteil Case Management Köln: Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (FOGS).
- Oppl, H., Weber-Falkensammer, H. (1985). Sozialarbeit und berufliche Rehabilitation Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Palik, R. (1998). Hilfe für Abhängigkeitskranke unter dem Druck der Spargesetze. *Sucht aktuell*, 1+2, pp. 17-19.
- Payk, T. (1998). Checkliste Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Petry, J. (2000). Trinkkontrolle: Ideengeschichte und aktuelle Debatte. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, pp. 253-269.
- Pettinatti, H., Meyers, K., Jensen, J., Kaplan, F., Bradley, E. (1993). Inpatient vs. outpatient treatment for substance dependence revisited. *Psychiatric Quarterly*, 64, pp. 173-782.
- Pettinatti, H., Belden, P. (1996). Ambulante versus stationäre Therapie bei Abhängigkeitserkrankungen: Neue Perspektiven. In: Mann, K., Buchkremmer, G. (Ed.) *Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie* Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Reger, F. (2000). Zur differenziellen Indikationsstellung für integrierte und externe Adaptionsbehandlungen. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 343-349. Geesthacht: Neuland.
- Röser, U., Schuch, M. (1998). Existenzsicherung und/oder Qualität? Auswirkungen der Sparmaßnahmen im stationären Bereich der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger. *Sucht aktuell*, 3+4, pp. 22-24.
- Rumpf, H.-J., Meyer, Ch., Hapke, U., Bischof, G., John, U. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *Sucht*, 46, pp. 9-17.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, Ch., John, U. (2000). Motivationale Grundlagen für die Sekundärprävention von Alkoholabhängigkeit in unterschiedlichen Populationen. In: Keller, S. (Ed.) *Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*, pp. 57-66. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Rumpf, H.-J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., John, U. (2000). Studies on natural recovery from alcohol dependence: sample selection bias by media solicitation? *Addiction*, 95, pp. 765-775.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, Chr., Bischof, G., John, U. (im Druck). Kurzinterventionen bei Alkoholbezogenen Störungen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Ed.) *Individuelle Hilfen für Suchtkranke - Früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M., Houben, I. (dt. Bearb.) (1998). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Scheipers, R. (1984). Therapeutische Konzepte der Suchtbehandlung. *Amtliche Mitteilung der Landesversicherungsanstalt für Arbeitnehmer (LVA) Rheinprovinz*, 5, pp. 237-242.
- Schilling, S. (2000). Verbundsysteme, Trägervielfalt und Kostendruck. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 414-422. Geesthacht: Neuland.
- Schmidt, L. (1986). Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch. Definition – Ursache – Folgen – Behandlung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, B. (1995). Abstinenz als Ziel aller Hilfen? Bad Tönisstein: DHS-Fachkonferenz Aachen.
- Schneider, B., Buschmann, H.C., Gies, C. (1999). Indikationskriterien für die stationäre Behandlung auch unter Berücksichtigung spezieller Therapieprogramme. *Sucht aktuell*, 1, pp. 22-24.

- Schneider, R. (2000). Welche Strukturqualität weisen Behandlungssettings für Abhängigkeitserkrankungen auf und werden diese dem umfassenden Rehabilitationsanspruch gerecht? *Sucht aktuell*, 2, pp. 69-70.
- Schneider, R. (2000a). Indikationskriterien für eine stationäre Behandlung. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 158-166. Geesthacht: Neuland.
- Schönherr, U. (1997). Planung und Steuerung in der Suchtkrankenhilfe – gesellschaftspolitische Aspekte. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Ed.) *Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte-Strukturen-Perspektiven*, pp. 270-275. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schu, M. (2001). Case Management und Hilfeplanung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe – Erfahrungen aus einem Bundesmodellprojekt. *Sucht aktuell*, 1, pp. 33-37.
- Schuler, W. (1996). Verzeichnis der Fachkliniken für Suchtkranke. Kassel: NICOL-Verlag.
- Schumann, A., Hapke, U., John, U. (1999). Die Berücksichtigung des Transtheoretischen Modells (TTM) in deutschsprachigen Selbsthilfemanualen zur Raucherentwöhnung. In: Keller, S. (Ed.) *Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*, pp. 119-128. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schumann, A., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Meyer, Ch. & John, U. (2000). Gesundheitsverhalten von Rauchern - Ergebnisse der TACOS Studie. *Das Gesundheitswesen*, 62, pp. 275-280.
- Schuntermann, M. F. (2000). Kurzeinführung in die ICDH-2 Beta-2 Version Frankfurt am Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR).
- Schwartz, E.A., et al. (1998). Das Public Health Buch München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Schwartz, F.W., Troschke, J. Frhr. von, Walter, U. (1999). Public Health in Deutschland. In: Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (Ed.) *Public-Health-Forschung in Deutschland*, pp. 23-32. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Seiter, H. (1998). Thesen zur Suchtentwicklung aus der Sicht der LVA-Württemberg als Kostenträger. *Sucht aktuell*, 1+2, pp. 22-23.
- Silbereisen, R.K. (1997). Missbrauch und Gebrauch von Alkohol und Drogen im Jugendalter. In: Weitkunat, R., Haisch, J., Kessler, M. (Ed.) *Public Health und Gesundheitspsychologie*, pp. 170-178. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.
- Sobell, M.B., Sobell, L. (2000). Stepped Care as a Heuristic Approach to the Treatment of Alcohol Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, pp. 573-579.
- Sonntag, D., Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?
- Sparty, L. (1995). Sozialadressbuch. Gesamtdeutsches Verzeichnis der Reha- und Fachkliniken. Bonn: Reha-Verlag GmbH.
- Stark, W. (1989). Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Steffen, S. (1999). „Vermittlung wohin?“ – Indikationskriterien in der ambulanten Beratung. *Sucht aktuell*, 1, pp. 18-21.
- Steffen, S., Klein, T. (2000). Indikationskriterien für ambulante Behandlung. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei*

- Suchterkrankungen*, pp. 141-149. Geesthacht: Neuland.
- Stetter, F. (2000). Suchttherapie an der Schwelle der Jahrtausendwende. Geesthacht: Neuland.
- Stetter, F. (2000a). Psychotherapie von Suchterkrankungen. Teil 1: Von der Diagnostik zur Motivationstherapie. *Psychotherapeut*, 2, pp. 63-71.
- Stetter, F. (2000b). Psychotherapie von Suchterkrankungen. Teil 2: Beiträge verschiedener Psychotherapierichtungen. *Psychotherapeut*, 3, pp. 141-152.
- Stetter, F. (2000c). Psychotherapie. In: Zernig, G., Saria, A., Kurz, M., O'Malley, S. (Ed.) *Handbuch Alkoholismus*, pp. 99-142. Innsbruck: Verlag der Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck.
- Stimmer, F. (2000). Suchtlexikon München, Wien: R. Oldenbourg Verlag.
- Süß, H.-M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, 46, pp. 148-266.
- Tonigan, J.S., Toscova, R. Miller, W.R. (1996). Meta-analysis of the literature on alcoholics anonymous: sample and study characteristics moderate findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, pp. 65-72.
- Velicer, W.F., Keller, S. (1999). Prognosen für die Zukunft des Transtheoretischen Modells. In: Keller, S. (Ed.) *Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis.*, pp. 229-248. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Veltrup, C., Lindenmeyer, J. (1998). Behandlungsindikation bei Menschen mit Alkoholproblemen. *Sucht aktuell*, 1+2, pp. 24-28.
- Veltrup, C. (2001). Behandlung von Alkoholabhängigen: Hilfen für selektive Indikationsentscheidungen. *Sucht aktuell*, 1, pp. 4-12.
- VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Statistik Rentenzugang, Jahrgänge 1991-1999. Frankfurt am Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Statistik Aktiv Versicherte, Jahrgänge 1991-1999. Frankfurt am Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Statistik Rehabilitation, Jahrgänge 1991-1999. Frankfurt am Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1999). Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Richtlinien). *DRV Schriften, Sonderausgabe* Frankfurt (Main): Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Verstege, R. (1998). Qualitätseinbußen bei adaptiven Maßnahmen. *Sucht aktuell*, 3+4, pp. 31-32.
- Verstege, R. (1999). Indikationsstellung und Behandlungsplanung in der Adaption. *Sucht aktuell*, 1, pp. 29-31.
- Verstege, R. (2000). Adaption: Was, wo, wie, für wen, wie lange und warum? In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 332-342. Geesthacht: Neuland.
- Vollmer, H.C. (2000). Auf der Suche nach Indikationskriterien zur Therapiezeitplanung. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 284-292. Geesthacht: Neuland.
- von Ploetz, K. (1998). Psychische und somatische Befunde bei Alkoholismuspatienten. *Sucht aktuell*, 3+4, pp. 34-46.
- Waldow, M., Klink, M. (1986). Rehabilitationsverlauf Alkohol- und Medikamenten-

- abhängiger nach stationärer Behandlung. Eine multivariate Globalanalyse katamnestischer Daten. FPR-Reha, Band 7. Marburg: Elvert.
- Watzl, H. (1983). Kontrolliertes Trinken als Alternative für Alkoholabhängige? In: Faust, V. (Ed.) *Suchtgefahren in unserer Zeit*, pp. 99-110. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Watzl, H. (1999). Wissenschaftliche Befunde zur Therapieindikation und ihr praktischer Nutzen. *Sucht aktuell*, 1, pp. 4-7.
- Weissing, V. (1995). Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag? 8. Heidelberger Kongress des FVS. *Sucht aktuell*, pp. 40-42.
- Wetterling, T., Veltrup, C. (1998). Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Berlin: Springer.
- Wienberg, G.H. (1992). Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wienberg, G. (1998). Suchttherapeutische Versorgungsangebote: Wenige bekommen viel und viele wenig – und was sich daran ändern lässt *Vortrag auf den 3. Hamburger Suchttherapietagen*.
- Wienberg, G.H. (2000). Die vergessene Mehrheit (unveröffentlichtes Manuskript). vorgestellt: *Fachtagung*, 06.-08.09.2000.
- Wittmann, W. W. (1985). Evaluationsforschung. Aufgaben, Probleme und Anwendungen Berlin: Springer.
- Wurmser, L. (2000). Psychodynamische Aspekte der Suchterkrankungen. In: Thomasius, R. H. (Ed.) *Psychotherapie der Suchterkrankungen*, pp. 40-54. Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Zemlin, U. (1995). Indikationskriterien für ambulante und/oder stationäre Therapie. *Sucht aktuell*, 3, pp. 15-24.
- Zemlin, U. (1997). Das Behandlungssystem für suchtkranke Menschen im Jahr 2000: Entwicklungsleitlinien und Forderungen aus fachlicher Sicht. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Das „Beste“ für den Suchtkranken. Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien.*, pp. 115-135. Geesthacht: Neuland.
- Zemlin, U., Herder, F. Kolb, W., Thau, M. (1998). Die 5-Jahreskatamnese zum Kurzzeitbehandlungsprogramm der Fachklinik Wilhelmsheim. Ergebnisqualität in der Rehabilitation Abhängiger. *Sucht aktuell*, 1+2, pp. 35-40.
- Zemlin, U., Herder, F. Dornbusch, P. (1999). Wie wirkt sich die durch Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? - Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. *Sucht aktuell*, pp. 16-32.
- Zemlin, U., Schneider, B., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Herder, F., Jahrreiss, R., Missel, P., Ott, E., Quinten, C. & Roeb, W. (1999). Effektivität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker: Ergebnisse einer klinikübergreifenden Katamnese in fünf Fachkliniken. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 47.
- Zemlin, U. (2000). Stationäre Behandlungsdauer und Therapieerfolg. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 215-233. Geesthacht: Neuland.
- Zemlin, U. (2000a). Lohnt sich eine längere Behandlungsdauer bei Therapiewiederholern? In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 234-258. Geesthacht: Neuland.
- Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (1999).

Schriftenreihe der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung. München:
Zuckschwerdt.

- Ziegler, H. (1997). Hilfe für Suchtkranke als Dienstleistung für Kunden. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Ed.) *Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte-Strukturen-Perspektiven*, pp. 276-284. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Zielke, M. (2000). Krankheitskosten bei Alkoholabhängigen und Reduktionspotentiale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation. *Sucht aktuell*, 2, pp. 19-27.
- Zobel, M., Klein, M. (2000). Screening- und Differentialdiagnostik bei jungen Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien. In: Fachverband Sucht (Ed.) *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, pp. 118-124. Geesthacht: Neuland.