



---

## **P R E S S E M I T T E I L U N G**

### **18. HEIDELBERGER KONGRESS DES FACHVERBANDES SUCHT e.V.**

#### **„Integrierte Versorgung: Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation“**

**13. Juni 2005**

**Dr. Volker Weissinger, Geschäftsführer Fachverband Sucht e.V.**

#### **„Entwicklungspotentiale nutzen! Auf dem Weg zu einer integrierten Suchtbehandlung“**

##### **I. Einführung**

Das Hauptanliegen der integrierten Versorgung liegt darin, eine sektorenübergreifende Patienten-Versorgung zu gewährleisten. Hierunter versteht man eine vernetzte und geschlossene Patientenbetreuung mit einem durchgängigen Behandlungskonzept, die beispielsweise vom niedergelassenen Arzt, zum Krankenhaus, zur ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlung und wieder hin zum niedergelassenen Arzt reichen kann. In einem Behandlungskonzept sollen die einzelnen Diagnose- und Behandlungsschritte zwischen den Behandlungspartnern schlüssig im Vorfeld aufeinander abgestimmt werden. Schnittstellenprobleme sollen dabei vermindert, innovative Konzepte gefördert, eine bessere Prozesssteuerung ermöglicht und finanzielle Vorteile erzielt werden.

##### **II. Entwicklungspotentiale der Suchtbehandlung**

In der Suchtkrankenhilfe wurde bereits in der Vergangenheit beispielhaft die Integration von sozialen, medizinischen und rehabilitativen Elementen verwirklicht. Gleichwohl gibt es Entwicklungspotentiale für eine integrierte Suchtbehandlung. Für deren Realisierung sind die folgenden strukturellen Rahmenbedingungen von entscheidender Bedeutung:

###### **1. Frühintervention im akutmedizinischen Bereich**

Der Einbezug niedergelassener Ärzte bei substanzbezogenen Störungen im Sinne der Frühintervention und Nachbetreuung und der Aufbau von Kooperationsstrukturen zwischen der Suchtkrankenhilfe und den Allgemeinkrankenhäusern sind entscheidende Schritte um entsprechende Schnittstellenprobleme zu reduzieren. Von den 1,5 Mio. Alkoholabhängigen, 1,4 Mio. Medikamentenabhängigen und 290.000 drogenabhängigen Menschen (Altersgruppe 18 - 59 Jahre) erreichen wir mit der Entwöhnungsbehandlung nur einen kleinen Teil. Im Jahr 2003 hat die Rentenversicherung - der Hauptkostenträger der Suchtrehabilitation - 40.192 stationäre und 10.931 ambulante Entwöhnungsbehandlungen, also zusammen ca. 51.000 Behandlungen durchgeführt. Aus der Basisdokumentation des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) des Entlassjahrgangs 2003 geht hervor, dass die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer im Bereich Alkohol/Medikamente vor Eintritt einer stationären Behandlung 12,7 Jahre betrug. Dies weist auf die Bedeutung der Prävention und Frühintervention hin.

Hier ist vordringlich der akutmedizinische Bereich gefordert, denn 80 % der Alkoholabhängigen haben im letzten Jahr Kontakt zu ihrem Hausarzt gehabt und 17,5 % der Patienten von chirurgischen und internistischen Abteilungen in Krankenhäusern weisen eine Alkoholabhängigkeit bzw. einen Alkoholmissbrauch auf.

## **2. Berufliche (Re-) Integration**

Eine integrierte Suchtkrankenbehandlung geht allerdings noch weiter. Denn hier ist auch eine enge Zusammenarbeit mit den Betrieben, den Agenturen für Arbeit und Arbeitsgemeinschaften oder Anbietern geförderter Arbeitsgelegenheiten gefragt. Gerade an der Schnittstelle zwischen medizinischer Rehabilitationen und weiterführenden Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben besteht ein erheblicher Entwicklungsbedarf.

Dies hat der letzte Heidelberger Kongress 2004 ebenso nachdrücklich gezeigt wie die Rückmeldungen unserer Mitgliedseinrichtungen auf eine gemeinsame Befragung der Verbände der Suchtkrankenhilfe. Auch eine aktuelle Studie zur Ergebnisqualität der stationären Entwöhnungsbehandlung des FVS belegt, dass Erwerbslose deutlich häufiger rückfällig werden als Erwerbstätige. 54,1 % der Rückfälle ereignen sich in den ersten drei Monaten nach Behandlungsende. Hier sind insbesondere die zuständigen Agenturen für Arbeit und Arbeitsgemeinschaften gefordert, frühzeitig, d. h. bereits während der Entwöhnungsbehandlung aktiv mitzuwirken und eine entsprechende Beratung hinsichtlich beruflicher Perspektiven und Fördermaßnahmen zur Reintegration ins Erwerbsleben zu leisten.

## **3. Erhalt des ambulanten Behandlungssystems**

Auch wendet sich der Fachverband Sucht ausdrücklich gegen die Tendenz, das ausgebaute ambulante Beratungs- und Betreuungsangebot durch Kürzungen der öffentlichen Mittel einzuschränken. Dieses Beratungssystem ist - sicherlich neben den Selbsthilfegruppen - das erste niedrighwellige und wohnortnahe suchtspezifische Hilfsangebot. Über 50 % der Patienten werden von ambulanten Beratungsstellen in die stationäre Entwöhnungsbehandlung vermittelt.

## **4. Qualifizierte Entzugsbehandlung**

Die Entzugsbehandlung sollte qualifiziert erfolgen und umfasst von daher neben der fachgerechten Behandlung der körperlichen Folgen des Entzugs und der Intoxikationssyndrome auch die psychosoziale Begleitung und die Förderung der Motivation zur Einleitung weiterführender Leistungen der Suchtbehandlung.

## **5. Dauer der Entwöhnungsbehandlung**

Um die Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Behandlung für die Patienten sicherzustellen, muss sich die Dauer der Behandlung auch zukünftig an der fachlich begründeten Notwendigkeit des Einzelfalls ausrichten. Die letzte klinikübergreifende Katamnese des Fachverbandes Sucht zeigte, dass die höchsten Abstinenzquoten (abstinent und abstinent nach Rückfall) von 53,3 % (Berechnungsform nach DGSS 4, hierbei wurden Nichtantworter als rückfällig gewertet, Ausschöpfungsquote 63,1 %) bei alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten ein Jahr nach der Behandlung erzielt wurden, wenn diese zwischen 12 und 16 Wochen behandelt wurden.

Bei geringerer Behandlungszeit verschlechtern sich die Ergebnisse ebenso wie bei längeren Zeiten (Erfolgsquote jeweils 46,1 %). Letzteres ist vermutlich damit zu erklären, dass es sich bei den länger Behandelten um stärker chronifizierte Patienten handelt.

## **6. Inanspruchnahme poststationärer Leistungen**

Ferner sollte generell darüber nachgedacht werden, wie beispielsweise die Inanspruchnahme einer poststationären ambulanten Behandlung und die Teilnahme an Selbsthilfegruppen frühzeitig gefördert werden können.

Die letzte Studie des FVS zeigt, dass nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung 35,4 % regelmäßig eine Beratungsstelle und 37,1 % eine Selbsthilfegruppe besuchten. Um diese Anteile noch zu steigern sind unterschiedliche Verfahrensweisen denkbar.

Die Steuerung der poststationären Behandlung sollte hierbei - möglicherweise im Rahmen von Kontingentlösungen - beim Behandler liegen.

**Dr. Volker Weissinger**  
**Geschäftsführer**  
**Fachverband Sucht e. V.**  
**Walramstraße 3**  
**53175 Bonn**  
**Tel.: 0228- 26 15 55**  
**Fax: 0228- 21 58 85**  
**E-Mail: [sucht@sucht.de](mailto:sucht@sucht.de)**  
**Internet: [www.sucht.de](http://www.sucht.de)**