

Liebe Leserinnen und Leser,

in dieser Ausgabe von **SuchtAktuell** werden verschiedene Beiträge veröffentlicht, die im Rahmen des 23. Heidelberger Kongresses des Fachverbandes Sucht e.V. „Integration oder Separation? Suchtbehandlung im Gesundheitssystem“ vom 14. bis 16. Juni 2010 gehalten wurden. In dieser Veranstaltung wurde verschiedenen Fragestellungen nachgegangen. So ging es beispielsweise darum, inwieweit sich das Sonderversorgungssystem der Suchtbehandlung in das Gesundheitswesen integriert und wie die Zusammenarbeit mit entsprechenden Kooperationspartnern verbessert werden kann. Darüber hinaus wurde die Frage behandelt, wo die Grenzen einer integrierten Suchtbehandlung liegen und inwieweit spezifische Behandlungsangebote beispielsweise für stoffgebundene Suchtformen oder pathologische Verhaltensformen erforderlich sind. Auch wurde die Frage erörtert, auf welcher Basis Entscheidungen darüber getroffen werden, welches Behandlungssetting für einen abhängigkeitskranken Menschen am besten geeignet ist. Hierzu wurden unterschiedliche Ansätze und Verfahrensweisen vorgestellt und diskutiert. Gedankt sei an dieser Stelle den Förderern des 22. Heidelberger Kongresses, namentlich der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und der Deutschen Angestellten-Krankenkasse, ebenso der Vorbereitungsgruppe, allen Moderatorinnen und Moderatoren sowie Referentinnen und Referenten für die inhaltliche Unterstützung.

In dieser Ausgabe von **SuchtAktuell** sind folgende Beiträge enthalten:

- Prof. Dr. G. Hüther und J. Pilz gehen auf das Thema „Der Mensch ist mehr! Die Grenzen einer neurobiologisch orientierten Sicht auf Sucht“ ein. Sie betonen die Bedeutung der Grundbedürfnisse der „Verbundenheit“ und der eigenen „Potentialentfaltung“. Werden diese Grundbedürfnisse nicht erfüllt, so kommt es zu Schmerz, Hilflosigkeit und innerer Leere, die wiederum mit der Aktivierung der neuroendokrinen Angst- und Stress-Systeme einhergehen. Durch Ersatzbefriedigungen und damit einhergehende kurzzeitige Aktivierungen des sog. Belohnungssystems kann das negative Befinden vorübergehend unterdrückt werden. Die Autoren betonen gegenüber dem genetischen Determinismus,

der die Hirnforschung jahrzehntlang beherrscht hat, die Plastizität des menschlichen Gehirns. Der Mensch ist ein offenes, lernfähiges und durch eigene Erfahrungen in seiner Entwicklung und strukturellen Ausreifung formbares Wesen. Als Grundregel für die Gestaltung von Lernerfahrungen gilt: Alles, was die Beziehungsfähigkeit von Menschen (zu sich selbst, zu anderen, zur Natur, zur Kultur etc.) stärkt, verbessert die Konnektivität neuronaler Strukturen im Gehirn und damit die Offenheit und Gestaltungsmöglichkeiten der betreffenden Personen. Die engsten Beziehungen entwickelt ein Mensch immer dann, wenn er in dieser Beziehung Sicherheit und Geborgenheit, Mut, Selbstvertrauen und Zuversicht findet – wenn uns diese Beziehung also hilft, unser emotionales Gleichgewicht zu finden und zu bewahren. Werden Störungen der emotionalen Balance als unkontrollierbar und unbewältigbar erlebt, kann es zu lang anhaltenden, unkontrollierbaren Stressreaktionen und tiefgreifenden Destabilisierungsprozessen kommen. Je beschränkter das Spektrum an Bewältigungsstrategien ist, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit des Scheiterns angesichts neuartiger psychosozialer Konflikte und seelischer Belastungen. Suchtmittel können nun dazu dienen, die übermäßige Erregung der emotionalen Zentren abzubauen und die Arbeitsweise des Gehirns so zu verändern, dass das Gefühl der Verunsicherung und inneren Unruhe verschwindet. Daraus ergibt sich allerdings ein doppeltes Problem: Erstens verfügen entsprechende Menschen nur über ein unzureichend entwickeltes Spektrum an verschiedenartigen Bewältigungsstrategien, und zweitens führt die Suchtstoff-induzierte Unterdrückung von sich ausbreitenden Erregungsmustern zwangsläufig zu einer Verstärkung der Erregbarkeit dieser Verschaltungen. Je stärker diese adaptiven Veränderungen der inneren Organisation und Arbeitsweise des Gehirns sind, desto größer ist die „Rückfallgefahr“. Dieses sog. „Suchtgedächtnis“ kann nur in einem meist langwierigen Reorganisationsprozess aufgelöst werden. Abschließend plädieren die Autoren für die verstärkte Installation von Präventionsprogrammen, die Kindern helfen, genau die Ressourcen zu entwickeln, deren Mangel sie später in die Sucht treiben könnten: umfangreiche eigene Kompetenzen, sichere

Bindungen und Sicherheit-bietende innere Leitbilder und Orientierungen.

- Prof. Dr. G. Glaeske geht der Fragestellung „Priorisierung von Gesundheitsleistungen? – Stellenwert der Suchtbehandlung im Gesundheitssystem“ nach. Im Jahr 2009 hat die gesetzliche Krankenversicherung 160,6 Mrd € für Versorgungsleistungen ausgegeben, davon 56,1 Mrd für die stationäre Behandlung, 30,8 Mrd für Arzneimittel und 27,8 Mrd für das ambulante ärztliche Honorar. Der Autor weist darauf hin, dass die Suchtbehandlung ohne Zweifel in den Leistungskatalog der GKV gehört. Im Weiteren geht er auf Finanzierungsprobleme des GKV-Systems ein und weist auf unterschiedliche Gesundheitschancen, die vom sozio-ökonomischen Status abhängig sind, hin. Dargestellt werden im Weiteren Schnittstellenprobleme im Gesundheitssystem, welche mit Effizienzverlusten verbunden sind. Schätzungen besagen, dass 8–10 % der Ausgaben, d.h. 12–16 Mrd € an Rationalisierungspotentialen im Gesundheitssystem insgesamt enthalten sind. Da diese nicht ausgeschöpft werden, führt dies zur verstärkten Diskussion einer Rationierung. Diese bedeutet, dass aus finanziellen Erwägungen heraus einem Patienten medizinisch notwendige Leistungen bewusst vorenthalten werden. Der Autor fordert, dass Diskussionen über Rationierung in Deutschland öffentlich geführt werden, da es eine gesundheitspolitisch getragene Entscheidung darüber geben muss, wie solche Rationierungsstrategien ausgestaltet werden. Kritisch äußert er sich zur Priorisierungsdebatte in Deutschland, bei der es vorrangig darum geht, dass „selbstverschuldet erscheinende Krankheiten“ nicht mehr an erster Stelle behandelt und die entsprechend notwendigen Arzneimittel auch nicht bezahlt werden. Gerade Lebensstil-assoziierte Erkrankungen betreffen häufig Menschen in den unteren sozialen Schichten. Von daher würde eine derartige Priorisierung zur Diskriminierung derselben führen. Erläutert werden im Weiteren der Mechanismus und die Auswirkungen des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risiko-Struktur-Ausgleichs. Der Autor geht davon aus, dass die Krankenkassen am ehesten in Versorgungskonzepte „investieren“ werden, welche möglichst viele der Effizienz einschränkende Einflüsse überwinden und auf koordinierte, integrierte, sektorübergreifende und regional-orientierte Strategien setzen. In der Suchtbehandlung bedeutet dies, dass integrative Konzepte entwickelt würden, bei denen Behandlungs- und Betreuungsabläufe zwischen Hausärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten, psychiatrischen Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen etc. aufeinander abgestimmt sind. Dadurch, dass Suchtkrankheiten in die Liste der 80 Krankheiten gehören, die eine besondere Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds erhalten, sind gute Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Krankenkassen nun entsprechende Versorgungskonzepte bei Suchtbehandlung fördern.
- Dr. J. Petry widmet sich in einer grundsätzlichen Auseinandersetzung dem Thema „Das Konstrukt ‚Verhaltenssucht‘ – eine wissenschaftstheoretische Kritik“. Das Konstrukt „Verhaltenssucht“ bezieht sich auf sog. nicht stoffgebundene Suchtformen und postuliert, dass die „Verhaltenssuchte“ typische Ähnlichkeiten mit den bekannten stofflichen Suchtformen wie Alkoholismus, Tabakabhängigkeit und diversen Formen der Drogenabhängigkeit aufweisen. Die Übertragung

Impressum

SuchtAktuell Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V.

Herausgeber: Fachverband Sucht e.V.
GCAA – German Council on Alcohol and Addiction
Walramstraße 3, 53175 Bonn,
Tel: 0228/261555, Fax: 215885
www.sucht.de, sucht@sucht.de

Redaktion:

Dr. Volker Weissinger
Ralf Schneider
Fachverband Sucht e.V.

Erscheinungsweise: Zwei Ausgaben pro Jahr

Layout: Druckpartner Moser GmbH, Rheinbach
Druck: Druckpartner Moser GmbH, Rheinbach

Mit Namen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen.

ISSN 1437-1650

der Begrifflichkeit und deren Operationalisierung aus dem Bereich der stoffgebundenen Süchte beinhaltet nach Sichtweise des Autors wissenschaftslogische und methodologische Grundfehler. So würde statt körperlicher Entzugserscheinungen beispielsweise das subjektive Erleben der betroffenen Person erhoben. Individuelle Verhaltensexzesse werden des Weiteren schon im Jugendalter als „Sucht“ etikettiert und theoretisch postulierte Merkmale durch subjektive Selbstauskünfte empirisch erfasst, ohne denkbare alternative Konstrukte zu untersuchen. Im Weiteren kritisiert der Autor die Anwendung der Lerntheorie auf komplexe Formen süchtigen Verhaltens sowie die Übertragung von Ergebnissen und Methoden der neurobiologischen Forschung bei stofflichen Süchten auf den Bereich der „Verhaltenssuchte“. Dem stellt der Autor ein systemtheoretisch begründetes biopsychosoziales Störungsmodell gegenüber. Dieses postuliert, dass körperliche, psychische und soziale Bedingungen und Prozesse in systematischer Beziehung zueinander stehen. Hierbei handelt es sich jeweils um hierarchisch aufgebaute Strukturen, die von elementaren bis hin zu komplexeren, übergeordneten Teilsystemen reichen und welche in Wechselwirkung zueinander stehen.

- Dr. U. W. Nabitz et al. beschreiben die Entwicklung des niederländischen Suchthilfesystems und dessen Umbau in den letzten 10 Jahren in ihrem Artikel „Das Stepped-Care-Modell: von der Minimalintervention zur umfassenden Behandlung“. Entsprechend dem Intensitätsniveau werden im Stepped-Care-Modell die Klienten einem bestimmten Behandlungsmodul zugewiesen. Zuweisungskriterien sind: Behandlungsvorgeschichte, Schweregrad der Suchtproblematik, psychiatrische Problematik und soziale Stabilität. Zeigte sich eine Intervention als nicht erfolgreich, dann wird die nächstintensivere Intervention angewandt. Dieses schrittweise Vorgehen und ein Monitoring des individuellen Entwicklungsprozesses ist Kern des Behandlungskonzeptes. Im Rahmen des Interventionsprogramms wurden 10 Manuale und 13 Leitlinien entwickelt und implementiert. Das Behandlungsprogramm umfasst vier Intensitätsgrade mit folgenden Niveaus: 1. ambulant kurz, 2. ambulant lang, 3. Tagesklinik oder stationäre Kurzzeitbehandlung, 4. Langzeitbetreuung. Darüber hinaus gibt es Präventions- und Selbsthilfeangebote. Eine Studie ergab eine Übereinstimmung der entsprechenden Vorgaben und der durchgeführten Behandlungen von 61 %. 35 % der Klienten erhielten eine intensivere Behandlung als indiziert. Der Beleg für die Effektivität des Stepped-Care-Modells steht derzeit noch aus. Eine erste Auswertung zeigt noch keine eindeutigen Ergebnisse.
- Dr. J. Lindenmeyer stellt dem vorigen Beitrag eine andere Herangehensweise gegenüber. Er geht davon aus, dass die Indikationsentscheidung Voraussetzung einer gezielten Behandlungssteuerung ist. Eine optimale Allokationsentscheidung berücksichtigt aus seiner Sicht drei Fragestellungen:
 - Welchen Behandlungsbedarf hat ein Patient?
 - Zu welchen Behandlungsmaßnahmen ist ein Patient bereit?
 - Welches Schadensrisiko besteht bei einem Behandlungsmisserfolg?
 Im Weiteren geht er auf die Probleme der Bestimmung des Behandlungsbedarfs ein und erläutert in diesem Zusammenhang beispielsweise

se Möglichkeiten und Grenzen, Fallgruppen in der Suchtbehandlung zu bilden. Darüber hinaus betont er die Wichtigkeit einer flexiblen und beschleunigten Maßnahmeeinleitung, um die Veränderungsbereitschaft der Betroffenen zu fördern. Statt einer Auswahl des Behandlungssettings nach der Schwere des Falls fordert der Autor eine Veränderungsphasengerechte Auswahl. Hierzu gibt er verschiedene Beispiele. Darüber hinaus betont er, das Schadensrisiko (z.B. Vorliegen einer lebensbedrohlichen Leberzirrhose, Personen in sicherheitsrelevanten Berufen) bei der Auswahl des Settings zu beachten. Abschließend weist er darauf hin, dass alle bisherigen Versuche der Vereinfachung und Standardisierung der Allokationsentscheidung empirisch noch nicht ausreichend fundiert sind und eine Reihe von einflussreichen Bedingungen unberücksichtigt lassen. Auch werde in den USA das Paradigma der gestuften Versorgung seit einiger Zeit wieder in Frage gestellt.

- Frau Dr. C. Korsukéwitz behandelt das Thema „Integration oder Separation von Behandlungsangeboten: Perspektiven der Rentenversicherung“. Zunächst gibt die Autorin einen historischen Überblick über zentrale Entwicklungen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen sowie der Versorgung psychisch Kranker. In den letzten Jahren hat sich international eine ganzheitliche Betrachtungsweise entwickelt, zu der auch die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beigetragen hat. Im Weiteren geht sie auf die Rolle der Suchtrehabilitation in der Rentenversicherung ein und verdeutlicht, inwieweit sich diese von anderen Indikationsbereichen unterscheidet. Eine Vorreiterrolle hat die Suchtrehabilitation in der Erprobung und Umsetzung alternativer Behandlungsformen, hinsichtlich der Einführung der ambulanten Rehabilitation wie auch im Bereich der Nachsorge und der Kombinationsbehandlung inne. Auch im Bereich der Selbsthilfe spielt die Suchtrehabilitation eine besondere Rolle. Die Suchtrehabilitation muss sich immer wieder neu dem Balanceakt zwischen Vorreiter-, Sonder- und Außenseiterrolle stellen. Von daher ist es wichtig, dass sich die Suchtrehabilitation an wichtigen Entwicklungen beteiligt, ohne ihre Identität aufgeben zu müssen. Hierzu gehört auch der Bereich der Qualitätssicherung der DRV, auf den die Autorin näher eingeht. Im Weiteren beschreibt sie die Entwicklung differenzierter Therapieangebote. Hierbei geht sie auf Gender-spezifische Aspekte, spezifische Einrichtungen für abhängigkeitskranke Jugendliche und junge Erwachsene, Angebote für pathologische Glücksspieler sowie für Menschen mit einem intensiven PC- und Internetgebrauch ein. Des Weiteren werden spezielle Rehabilitationsangebote für substituierte Drogenabhängige beschrieben und auf die Rehabilitation von Gruppen mit spezifischen Charakteristika (z.B. Migranten) eingegangen. Ziel der Rentenversicherung ist es, allen Rehabilitanden ein individuelles Rehabilitationsangebot zur Verfügung zu stellen, das den einzelnen Persönlichkeiten sowie der speziellen Krankheitsgeschichte gerecht wird und die Möglichkeit bietet, langfristig abstinenz zu bleiben bzw. ins Erwerbsleben zurückzukehren oder dort zu verbleiben. Es gibt allerdings auch strukturelle Grenzen der Differenzierung, beispielsweise der Möglichkeiten des Aus-

baus der ganztägig ambulanten Rehabilitation. Als wichtige Ansätze zur weiteren Integration der therapeutischen Angebote für Suchtkranke im Gesundheitssystem werden die stärkere Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten sowie der Ausbau der Angehörigenarbeit genannt. Die Autorin spricht sich dafür aus, bei der Weiterentwicklung von Behandlungsformen flexibel auf Veränderungen und neue Erkenntnisse zu reagieren. Allerdings sollten Entwicklungen auch das Gesamtsystem befruchten. So sollte beispielsweise die Gender-Problematik nicht exklusives Thema von bestimmten Reha-Einrichtungen bleiben, sondern zum Standard in allen Einrichtungen gehören.

- Dr. D. Kramer berichtet in seinem Beitrag über ein Pilotprojekt zur „Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen“. Zunächst geht er darauf ein, dass die berufliche Integration ein zentraler Erfolgsprädiktor der Alkohol-Entwöhnungsbehandlung ist. An der Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation ergeben sich häufig Unsicherheiten, welche beruflichen Leistungen tatsächlich noch erbracht werden können und welche Fördermaßnahmen in Betracht kommen. Gemeinsam mit dem Berufsförderungswerk Frankfurt, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der salus klinik Friedrichsdorf wurde ein Pilotprojekt vereinbart, in dem für Rehabilitanden mit unkonkreten Berufszielen noch während der stationären Entwöhnungsbehandlung ein integriertes Assessment im BFW angeboten wird. Damit sollen die berufliche Neuorientierung erleichtert, diesbezügliche Unsicherheiten abgebaut und Wartezeiten verkürzt werden. Das integrierte Assessment fand im Projekt an vier Tagen im BFW statt, die Übernachtung erfolgte weiterhin in der Klinik. Kernstück des Assessments ist die arbeitspraktische Erprobung. Vielfältige Erprobungsfelder in den Bereichen Wirtschaft und Verwaltung, Elektronische Datenverarbeitung, Zeichen und Gestalten, Informationselektronik, Mechanik, Gartenbau sowie Gesundheit und Soziales stehen im BFW zur Verfügung. Ein abschließender Bericht an die Rehaklinik fasst die Ergebnisse des Assessments zusammen. Dieser fließt in den ärztlichen Reha-Entlassungsbericht ein. Ggf. werden schon während der medizinischen Rehabilitation weitere arbeitsbezogene Leistungen initiiert oder weiterführende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt. Insgesamt – so das Ergebnis der Projektphase – kommt das Assessment nur bei einer geringen Fallzahl von Rehabilitanden zum Einsatz. Im Rahmen der Bilanzierung wurde festgestellt, dass eine Ausweitung der Assessmentdauer notwendig ist, diese kann mittlerweile bis zu 12 Tage umfassen. Der Autor macht des Weiteren abschließend Verbesserungsvorschläge für die Weiterentwicklung und hält fest, dass das integrierte Assessment ein hilfreiches Instrument zur beruflichen Reintegration für eine kleine Gruppe von Rehabilitanden darstellt.

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen



Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer des
Fachverband Sucht e.V.