

Wirksamkeit der Rehabilitation Abhängigkeitskranker – Empirische Ergebnisse

Peter Missel

1. Zur Wirksamkeit der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker lohnt sich aus ökonomischen Gründen. Die Effektivität der Behandlung ist belegt. Kosteneinsparungen für unsere Gesellschaft ergeben sich durch die Vermeidung von Frühverrentung und entsprechende Beitragszahlungen für die Rentenversicherung, die Reduktion von akutmedizinischen Kosten und den Rückgang von Arbeitsunfähigkeit und Krankheitskosten für die Arbeitgeber. Die Einsparungen übersteigen die Kosten der Behandlung bei weitem.

Die AWMF-Leitlinie zur Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen (Geyer et al., 2006) unterstreicht gleichfalls, dass die Effektivität der stationären Postakutbehandlung bei Alkoholabhängigkeit vielfach nachgewiesen worden ist. In Meta-Analysen (vgl. Süß, 1995; Sonntag und Künzel, 2000) wurde eine im internationalen Vergleich hohe Ergebnisqualität belegt. Neure Katamnesen aus Entwöhnungseinrichtungen bestätigen die hohen Abstinenzraten von ca. 50 % (bezogen auf alle behandelten und befragten Patienten) in ersten Jahr nach Abschluss der Behandlung. Ein spezieller Wirksamkeitsnachweis der stationären Behandlung bei Alkoholabhängigkeit liegt speziell für die Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit vor (vgl. Müller-Fahnow et al., 1989; Klostertuis et al., 2004).

Annähernd 80 % der Katamneseantworter waren ein Jahr nach der stationären Rehabilitation mit ihrer gesundheitlichen Situation zufrieden, hohe Zustimmungsquoten von 70 % und mehr ergaben sich auch für die berufliche/schulische Situation, die Partnersituation, den Freizeitbereich sowie den Freundes- und Bekanntenkreis (Missel, 2006).

2. Effektivität und Effizienz

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

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

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

In einer Untersuchung des sozialmedizinischen Behandlungserfolgs reduzierten sich im poststationären 5-Jahres-Zeitraum im Vergleich zum Zeitraum von 2 Jahren vor Antritt der Entwöhnungsbehandlung bei suchtbedingten Erkrankungen die Arbeitsunfähigkeitsfälle um 83,1 %, die Arbeitsunfähigkeitstage um 75,3 %, die Krankenhausfälle um 63,4 % und die Krankenhaustage um 76,7 % (vgl. Klein et al., 1997).

87 % der Rehabilitanden sind zwei Jahre nach einer stationären Suchtrehabilitation noch im Erwerbsleben verblieben. Allerdings ist der Verbleib im Erwerbsleben und die Beitragszahlung für die Rentenversicherung nicht gleichzusetzen mit Erwerbstätigkeit, da auch für Arbeitslose entsprechende Beitragszahlungen geleistet werden. Ferner haben 79 % nach erfolgter Suchtrehabilitation im Jahr 1996 im Verlauf der weiteren fünf Jahre keine weitere Suchtrehabilitation in Anspruch genommen. Auch dies spricht für die hohe Wirksamkeit der Behandlung (Egner und Grünbeck, 2004).

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

Das Fazit der Deutschen Rentenversicherung, dass das vom Gesetzgeber vorgegebene Rehabilitationsziel einer wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit in der Suchtrehabilitation also offensichtlich in einem größeren Umfang erfüllt wird und sich die Investition in die Suchtrehabilitation lohnt (vgl. Reimann, 2002), hat sich durch eine Vielzahl von Untersuchungen somit bestätigt.

Von daher sollte die Inanspruchnahme von nachgewiesenermaßen effektiven Be-

handlungsformen für abhängigkeitskranke Menschen nicht nur aus ethischen und sozialpolitischen, sondern auch aus ökonomischen Gründen gefördert werden.

3. Stationäre Behandlungszeiten und Wirksamkeit

Die durchschnittliche Behandlungszeit für die stationäre Behandlung bei Alkoholabhängigkeit reduzierte sich vom Jahr 1996 bis zum Jahr 2003 von 108 auf 86 Behandlungstage. In der Drogenrehabilitation zeigt sich eine Reduktion der Pflegetage im Vergleichszeitraum von 149 Tagen auf 115 Tage. Auch führten unterschiedliche Vorgaben der Leistungsträger hinsichtlich dieser Behandlungszeiten in der Praxis dazu, dass abhängig vom Wohnort des Versicherten und dem zuständigen Leistungsträger unterschiedliche Vorgaben hinsichtlich der Rehabilitationszeiten bestehen. Vor dem Hintergrund, dass die Behandlungsdauer auch einen entscheidenden Einfluss auf die Wirksamkeit hat, sind damit auch unterschiedliche Rehabilitationschancen verbunden.

Klinikübergreifende Untersuchungen des FVS belegen, dass die katamnestiche Erfolgsquote bei einer Behandlungsdauer von 13-16 Wochen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit am günstigsten ist, Behandlungszeiten bis zu 12 Wochen schneiden am schlechtesten ab (Zobel et al., 2005 a, b).

Grundsätzliche Forderung des Fachverbandes Sucht e. V. ist, dass sich die Verweildauer an der medizinischen Notwendigkeit des Einzelfalls orientieren muss und von daher flexibel angelegt sein sollte. Unter dieser Prämisse ist die Bemessung der Behandlungszeiten am Modell der „Verweildauerbudgetierung“ mit einem klinikbezogenen Zeitbudget zu favorisieren.

Eine Metaanalyse zum Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten (Künzel et al., 2001) kommt zu folgenden Ergebnissen:

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg. Die optimalen Zeitfenster für die Behandlung liegen wahrscheinlich zwischen drei und sechs Monaten bei Alkoholabhängigen und vier bis neun Monaten bei Drogenabhängigen.

Diese Aussagen gelten nur für Gruppen mit durchschnittlicher Störungsausprägung. Ungünstige Patientencharakteristika

können eine längere Behandlungszeit erfordern. Wegen des Einflusses solcher PatientenvARIABLEN wird die Individualisierung und Flexibilität der Behandlung im Hinblick auf Schweregrad der jeweiligen Störung und der Veränderungsbereitschaft im Einzelfall befürwortet.

4. Ergebnisqualität in der Entwöhnungsbehandlung

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

Die klinikübergreifende Erhebung des FVS zeigt, dass eine hohe Erfolgsrate hinsichtlich des Therapieziels Abstinenz erreicht wird.

Aus der Katamneseuntersuchung des FVS (Zobel et al. 2005 a, b) geht auch hervor, dass verschiedene Variablen einen bedeutsamen Einfluss auf den Behandlungserfolg haben.

Negativ wirken sich hierbei aus: unplanmäßige Entlassung, Wiederholungsbehandlung, keine feste Partnerschaft, Er-

werbslosigkeit, mindestens ein Entzug vor der Entwöhnung und eine Behandlungszeit von weniger als 12 Wochen bzw. von über 16 Wochen.

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

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

Literaturhinweise

Egner, U., Grünbeck, P. (2004). Analyse der Reha-verlaufsdaten zu den Folgen der Sucht und zum Verlauf nach der Rehabilitation. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Sucht macht krank!, Schriftenreihe des FVS Bd. 27, Geesthacht, S. 64 – 73

Geyer, D. et al. (2006). AWMF-Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. Sucht, 52 (1), 8 – 34

Klein, W., Missel, P., Braukmann, W. (1997). Effizienz stationärer Abhängigkeitsrehabilitation: Ergebnisse zum langfristigen sozialmedizinischen Rehabilitationserfolg. In: Verhaltensmedizin Heute – Fortschritte in der Rehabilitation, Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, 7, S. 47 – 58

Klosterhuis, H., Zollmann, P., Grünbeck, P. (2004). Verlaufsorientierte Auswertungen zur Rehabilitation – aktuelle Ergebnisse aus der Reha-Statistik-Datenbasis. Deutsche Rentenversicherung 5, Rehabilitation, S. 287 – 296

Künzel, J., Sonntag, D., Bühringer, G. (2001). Über den Zusammenhang zwischen Therapie-dauer und Therapieerfolg bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten. In: Sucht aktuell 2/2001, S. 15 – 17

Missel, P. (2006). Wirksamkeit der stationären Suchtrehabilitation bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen. DRV-Schriften, 64, 493 – 494

Müller-Farnow, W., Löffler, H. E., Schuntermann, M. F., Klosterhuis, H. (1989). Die Rehabilitations-Verlaufsstatistik. Ergebnisse eines Forschungsprojekts zur Epidemiologie in der medizinischen Rehabilitation. Teil II: „Die sozialmedizinische Prognose“. Deutsche Rentenversicherung, 3, 170-207

Müller-Farnow, W. et al. (2002). Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven – Eine Expertise des Lehrstuhls für Versorgungsforschung – Humboldt-Universität zu Berlin, DRV-Schriften, Band 32

Reimann, A., (2002). Vorwort in: Müller-Farnow, W. et al.: Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven – Eine Expertise des Lehrstuhls für Versorgungsforschung – Humboldt-Universität zu Berlin, DRV-Schriften, Band 32

Sonntag, D und Künzel, J. (2000). Hat die Thera-piedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Sucht, 46, Sonderheft 2

Süß, H.M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau, 46, S. 248 – 266

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

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

Ansprechpartner:

Peter Missel
 Psychologischer Psychotherapeut
 Vorstandsmitglied des Fachverbandes Sucht e.V.
 Leitender Psychologe der Kliniken Daun – Am Rosenberg
 Schulstraße 6
 54550 Daun
 Tel.: 06592 – 201-1230
 Fax: 06592 – 201-1205
 E-Mail: pmissel@ahg.de
 Internet: www.ahg.de/rosenberg

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

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

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

Literaturhinweise

Bierhoff, H.-W., Frey, D. (Hrsg.): Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie, Reihe Handbuch der Psychologie, Band 3, Göttingen 2006, ISBN 3-8017-1844-1, 59,95 €
 Das Handbuch will die theoretischen und empirischen Forschungsleistungen der Sozialpsychologie möglichst umfassend darstellen. Besonderer Wert wird darauf gelegt, diese verständlich darzulegen. Die Grund-

struktur der Gliederung besteht aus folgenden fünf Themenfeldern:
 • Selbst und Persönlichkeit
 • Soziale Motive
 • Soziale Kognition
 • Soziale Emotionen und Einstellungen
 • Soziale Gruppenprozesse
 Ausgewiesene Experten behandeln in circa 100 Beiträgen Themen wie Selbstregulation, Selbstwertgefühl, Aggression und Gewalt,

soziale Unterstützung, Bindung, Rationalität bei Entscheidungen, Erwartungen und soziales Schema, Einstellungen und Einstellungsänderung, Stimmung und Informationsverarbeitung, Geschlechterrollen, soziale und moralische Kompetenz, Globalisierung der Kommunikation, Konflikt, soziale Identität, Solidarität und vieles mehr. Das Handbuch eignet sich hervorragend als Informationsquelle für Studierende, Lehrende und Forscher.