

Indikationsgeleitete Therapiedauer in der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Gemeinsame Stellungnahme des Bundesverbandes der Chefärztinnen und Chefarzte von Suchtfachkliniken (DBCS) und der Deutschen Suchtmedizinischen Gesellschaft (DSMG)

Dieter Geyer, Mario Wernado

Vorwort

Deutschland verfügt über ein differenziertes und leistungsstarkes Behandlungsnetz für Sucht- und Abhängigkeitskrankungen. Entwöhnungstherapien erfolgen vorwiegend im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in ambulanten Behandlungsstellen und in Suchtfachkliniken. Die Behandlungsergebnisse sind – gerade auch im internationalen Vergleich – gut. Die die Behandlung durchführenden Einrichtungen weisen ihre jeweiligen Behandlungsergebnisse nach und haben interne Qualitätsmanagementsysteme etabliert (s. die einschlägigen Veröffentlichungen des Fachverbandes Sucht (FVS) und des Bundesverbandes stationärer Suchtkrankenhilfe (buss)). Die Leistungs- bzw. Kostenträger ihrerseits führen eine externe Qualitätskontrolle durch (sog. 5-Punkte-Programm der Deutschen Rentenversicherung bzw. des VDR). Die stationäre medizinische Rehabilitation Sucht- und Abhängigkeitskranker ist effektiv und effizient (siehe z.B. Geyer et al, 2006; Müller-Fahrnow, 2002; Küfner & Feuerlein, 1989; Kluger et al, 2000; 2002; Zobel et al., 2005).

Absenkung der durchschnittlichen Behandlungsdauer in den letzten Jahren

In den letzten Jahren erfolgte eine deutliche Verkürzung der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer. 2004 betrug diese für Alkohol- und/oder Medikamentenabhängige unter 90 Tage, für Abhängige von illegalen Drogen unter 120 Tage. Die Behandlungszeiten sind für die einzelnen Kliniken seitens der Leistungsträger überwiegend budgetiert, teilweise als ein Gesamtbudget unterschiedlicher einzelner Therapiegenehmigungen (z.B. seitens der Deutsche Rentenversicherung Bund von 6 Wochen bis zu 24 Wochen für Alkohol- und/oder Medikamentenabhängige, bis zu 26 Wochen für Drogenabhängige), teilweise als Einzelbudgets für vorläufig selektiv indikativ festgelegte unterschiedliche Behandlungszeiten, die nicht gegeneinander verrechnet werden können. Für sog.

Therapiewiederholer, also Patientinnen und Patienten, die zum zweiten oder wiederholten Male eine stationäre Entwöhnungstherapie durchführen, werden seit 1997 in der Regel kürzere Therapiezeiten genehmigt, zumeist 6, 8 oder 10 Wochen. Im gleichen Zeitraum hat sich bei gleicher oder niedrigerer Auslastung der Kliniken die Anzahl der stationären Behandlungen deutlich erhöht, ohne daß sich der Personalschlüssel geändert hätte oder die Pflegesätze angepaßt worden wären.

Status quo: Welche Aussagen zur notwendigen Therapiedauer sind wissenschaftlich belegt?

Die Ätiopathogenese von Alkoholismus und anderen Sucht- und Abhängigkeitskrankungen wird heute in einem multifaktoriellen Risikobündel gesehen, das individuell unterschiedlich zu gewichten ist (bio-psycho-soziales Krankheitsmodell).

Mittels der Komplexbehandlung in der medizinischen Rehabilitation sollen die durch körperliche, geistige oder seelische Erkrankung oder Behinderung verursachten verschiedenen Einschränkungen der Aktivität und der Fähigkeit zur Partizipation beseitigt oder minimiert und die/der Betroffene möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder eingegliedert werden. Die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker erfordert eine auf den Einzelfall zugeschnittene Kombination somatomedizinischer, suchtmmedizinischer, psychiatrischer, psychotherapeutischer, psychopharmakotherapeutischer, sozialtherapeutischer und anderer Interventionen wie Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Arbeitstherapie und arbeits- und berufsbezogene Trainingsmaßnahmen.

Aus dem Dargelegten und der Chronizität der Abhängigkeitserkrankungen ergibt sich, daß eine erfolgreiche Behandlung und Rehabilitation Abhängigkeitskranker zeitintensiv ist. Untersuchungen stützen einen positiven Zusammenhang

zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg. Dies muss aber nicht für alle Teilgruppen von Abhängigen und auch nicht für jeden Unterschied der Behandlungsdauer zweier Therapieprogramme gelten. Die Ergebnisse der Meta-Analyse von Süß (1995) machen den Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Behandlungserfolg nur bei Einbeziehung auch längerer Behandlungsformen deutlich. Ein Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer und der Abstinenz für unterschiedliche Teilgruppen wurde auch in der MEAT-Studie aufgezeigt (Küfner & Feuerlein, 1989). In der Analyse von Sonntag und Künzel (2000) wird der Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Behandlungsdauer noch deutlicher, wenn nur die in der Studie berücksichtigten deutschen Untersuchungen einbezogen werden (Küfner, 2001). Zu beachten ist dabei, dass die deutschen Behandlungszeiten deutlich länger, die berichteten Abstinenzraten aber auch deutlich höher ausfallen.

Zu indikationsgeleiteten unterschiedlich langen Therapiezeiten für verschiedene Patientengruppen in der stationären Entwöhnungstherapie liegen keine gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnisse vor. Küfner (1997) formuliert vor dem Hintergrund der MEAT-Studie folgende Grobmerkmale für die Festlegung der Behandlungsdauer einer stationären Entwöhnungsmaßnahme:

- **Kurzfristige Behandlung** (6-12 Wochen) für Patienten mit mittlerer bis guter Stabilität, ohne Suizidversuche in der Vorgeschichte, ohne frühere umfassende stationäre Entwöhnungsbehandlung.
- **Mittelfristige Behandlung** (4-5 Monate) für Patienten mit ambivalenter Änderungsbereitschaft und prognostisch eher ungünstigen sozialen Rahmenbedingungen.
- **Langfristige Behandlung** (6 Monate) sowohl für prognostisch günstige und ungünstige Patienten, wenn erschwerende psychische oder soziale Faktoren hinzukommen.

Klinische Expertenerfahrung, wie sie in den beiden für die Stellungnahme verant-

wortlichen Fachgesellschaften bzw. -verbänden vertreten ist, belegt die Notwendigkeit differenzierter Indikationsstellung zur notwendigen Therapiedauer im Einzelfall, wobei die folgenden Faktoren zu berücksichtigen sind:

- Vorliegen einer oder mehrerer substanzbezogener Störungen
- Vorliegen nicht substanzmittelbezogener süchtiger Verhaltensweisen (z.B. Pathologisches Glücksspielverhalten)
- Vorhandensein und Ausmaß somatischer Folgeerkrankungen (z.B. Leberzirrhose, chronische Pankreatitis, Polyneuropathie u.a.)
- Vorhandensein und Ausmaß somatischer Begleiterkrankungen
- Vorhandensein und Ausmaß psychiatrischer Folgeerkrankungen, besonders hirnorganischer Beeinträchtigungen
- Vorhandensein und Ausmaß psychischer bzw. psychiatrischer Komorbidität (Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Essstörungen, psychosomatische Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom u.a.)
- Vorliegen von Arbeitsstörungen
- Soziale Deprivation bzw. soziale Ressourcen
- Ressourcen und Potentiale der/des Patientin/Patienten
- Verlauf der Therapie (Erreichen vereinbarter Ziele, neu aufgetretene Problemfelder)

Die Indikationsstellung zur Therapiedauer erfolgt dabei entsprechend der Diagnostik und Vorinformationen zunächst selektiv, im Therapieprozess adaptativ. Das Erreichen vereinbarter Therapieziele wird für den Patienten transparent kontinuierlich überprüft und es wird beurteilt, welches therapeutische Setting (z.B. stationär, teilstationär oder ambulant) weiterhin erforderlich ist und ob die Rehabilitationsmaßnahme ggf. verkürzt werden kann oder verlängert werden muss. In diese Entscheidung sind neben Patient und Behandlungsteam der Leistungsträger und kooperativ Vor- und Weiterbehandelnde einbezogen.

Veränderung der Behandlungsergebnisse der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker in den letzten Jahren

Seit wenigen Jahren zeigen die Ergebnisse der Katamnese der im Fachverband Sucht zusammengeschlossenen Suchtkliniken tendenziell leicht rückläufige Be-

handlungsergebnisse (Abstinenzquote). Der Beobachtungszeitraum ist der gleiche, in dem die durchschnittliche stationäre Behandlungszeit sich verkürzt hat. Zugleich aber sind die Möglichkeiten der Reintegration in den Arbeitsmarkt für Rehabilitanden aufgrund der verschlechterten wirtschaftlichen Situation in Deutschland geringer geworden. Nach klinischem Eindruck hat sich der Schweregrad der körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen der stationär rehabilitierten Abhängigkeitskranken in den letzten Jahren erhöht. Der Verschlechterung der katamnestischen Ergebnisse konnte auch durch die weiter zunehmende Vernetzung und die Etablierung ambulant/stationärer Kombinationsbehandlungen nicht hinreichend entgegengewirkt werden.

Erste Untersuchungen geben Hinweise darauf, daß besonders die Behandlungsergebnisse der sog. Therapiewiederholer sich durch eine deutliche Verkürzung der stationären Therapie verschlechtern (Zemlin et al, 1999; Bachmeier et al, 2002).

Konsequenzen für die weitere Entwicklung der stationären Entwöhnungstherapie

Eine weitere Verkürzung der durchschnittlichen Dauer stationärer Entwöhnungstherapien ist fachlich nicht gerechtfertigt. Sie ist durch keine wissenschaftlichen Daten belegbar. Im Gegenteil spricht die Datenlage für die Notwendigkeit von 6- bis 24wöchigen Behandlungen. Langzeitbehandlungen, so lassen die klinischen Erfahrungen der letzten Jahre vermuten, können durch die Vernetzung mit kontinuierlich sich fortsetzender ambulanter Behandlung verkürzt werden. Bei einer weiteren Verkürzung der durchschnittlichen Behandlungszeiten, insbesondere ohne Veränderung der Stellenpläne und Pflegesätze der stationären Einrichtungen, ist mit sich verschlechternden Behandlungsergebnissen zu rechnen. Dies verlagert Kosten in die Zukunft, in der sie vermehrt anfallen werden. Die Dauer stationärer medizinischer Rehabilitation Abhängigkeitskranker muss sich nach dem individuell notwendigen Bedarf des einzelnen Rehabilitanden richten.

Der Weg, der in den letzten Jahren beschritten wurde, den Behandlungseinrichtungen bzw. ihren verantwortlichen Leiterinnen oder Leitern im Rahmen eines Gesamtbudgets die Verantwortung für eine indikationsgeleitete Entscheidung zur notwendigen Therapiedauer der/des einzelnen Patientin/Patienten zu überlassen, sollte fortgesetzt werden.

Insbesondere sollten die Behandlungszeiten für Patientinnen und Patienten, die zum zweiten oder wiederholten Male eine Entwöhnungstherapie machen, flexibel gestaltet werden können.

Die Vernetzung ambulanter und stationärer Behandlungsangebote und abgestimmte ambulant/teilstationär/stationäre Kombinationsbehandlungen im Verbundsystem sollte weiter ausgebaut werden. Dies führt zu einer weiteren Qualifikation der ambulanten Behandlungsangebote, die allerdings nicht zu einer Aushöhung der finanziellen Situation der stationären Einrichtungen führen darf. Es ist davon auszugehen, dass bei erfolgreichem Ausbau solcher vernetzter Behandlungsangebote eine absolut größere Zahl und ein relativ größerer Anteil von Abhängigkeitskranken ambulant rehabilitiert werden kann. Daraus kann allerdings keine Begründung zu einer weiteren durchschnittlichen Verkürzung der stationären Entwöhnungstherapien abgeleitet werden.

Zusammenfassung

Die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist effizient. Die Behandlung ist wesentlich billiger als eine Nichtbehandlung. Insbesondere für die stationären Entwöhnungstherapien in Deutschland sind gute Behandlungsergebnisse nachgewiesen, die im internationalen Vergleich führend sind. In den letzten Jahren ist es zu einer deutlichen Verkürzung der Behandlungszeiten gekommen. Zugleich haben sich die Anforderungen an die Leistungserbringer wesentlich erhöht. Die wirtschaftliche Situation der Suchtkliniken hat sich in dieser Zeit spürbar verschlechtert, die Belastungen für die in ihnen arbeitenden verschiedenen, für die komplexe medizinische Rehabilitation notwendigen Berufsgruppen sind gestiegen. Eine weitere globale Verkürzung der stationären medizinischen Rehabilitation droht die Behandlungsergebnisse zu verschlechtern.

Literatur:

- Bachmeier et al. (2000): Basisdokumentation 1999. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V. (= Reihe Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, Bd 8). Bonn: FVS
- Geyer, D. et al. (2006): AWMF-Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen, zur Veröffentlichung in Sucht eingereicht
- Kluger, H. et al. (2000): FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 1997 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 7 (1), 39-44
- Kluger, H. et al. (2002): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 1999 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell 9 (1), 25-33

Küfner, H. & Feuerlein, W. (1989): In-patient-treatment of alcoholism. A multi-centre evaluation study. Berlin: Springer

Küfner, H. (1997): Die Entwicklung des Psychosozialen Ressourcenorientierten Diagnosesystems PREDI. ift

Küfner, H. (2001): Therapieevaluation. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hsrg.): Psychologische Therapie der Sucht, 549-572

Müller-Fahrnow, W. et al. (2002): Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Eine Expertise des Lehrstuhls Versorgungsforschung der Humboldt-Universität zu Berlin (= DVR-Schriften, Band 32). Frankfurt: VDR

Sonntag, D. & Künzel, J. (2000): Hat die Therapiedauer 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, 248-266

Zemlin, M. et al. (1999): Wie wirkt sich die durch die 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, 2, 16-32

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

Die Stellungnahme wurde verabschiedet anlässlich von drei Tagungen des DBCS und der DSMG 2004 und 2005

Die Autoren:

*Dr. med. Dieter Geyer
Fachklinik Fredeburg, Schmalleberg,
Präsident der Deutschen Suchtmedizinischen Gesellschaft (DSMG)*

*Dr. med. Mario Wernado
Soteria-Klinik, Leipzig,
Präsident des Deutschen Berufsverbandes der Chefärztinnen und Chefärzte von Suchtfachkliniken (DBCS)*

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. D. Geyer
Fachklinik Fredeburg
Zu den drei Buchen 1
57392 Schmalleberg
dieter.geyer@fachklinik-fredeburg.de*