

# Zukunftsperspektiven und Entwicklungsaufgaben der Suchtbehandlung

Volker Weissinger

## 1. Demografische Entwicklungen und Trends

In seinem Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit (Band 3 Über-, Unter- und Fehlversorgung 2000/2001) weist der Sachverständigenrat für die Konziertierte Aktion im Gesundheitswesen daraufhin, dass in den fortgeschrittenen Industrienationen die angemessene Versorgung chronisch Kranker die wichtigste und größte Herausforderung für das Gesundheitswesen darstellt. Dies liegt insbesondere an dem Zusammenhang zwischen demographischer Alterung der Bevölkerung, längerer Lebenserwartung aufgrund des medizinischen Fortschritts und der daraus resultierenden chronischen Krankheitslast. Zusätzlich erleben wir einen drastischen Geburtenrückgang. Deshalb ist davon auszugehen, dass unsere Bevölkerung in Deutschland insgesamt von derzeit 82 Millionen auf 65 Millionen im Jahr 2050 schrumpfen wird und gleichzeitig der Anteil der Älteren deutlich zunehmen wird (Abb. 1). Standen 1995 noch 100 Menschen im Erwerbsalter 44 Rentnern gegenüber, werden es nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2030 bereits 71 Rentner sein<sup>1</sup>. Das Erwerbstätigenpotential wird bis zum Jahr 2040, bei Fortschreibung bestehender Verhältnisse, von 37 auf 24 Mio. Menschen abnehmen. Nach den aktuellen Prognosen wird im Jahr 2030 bereits jeder Vierte in Deutschland über 65 Jahre alt sein, 2050 sogar jeder Dritte.

1. Bevölkerungsentwicklung		
heute	82 Mio.	
2050	65 Mio.	
2. Verhältnis Erwerbstätige : Rentner		
1995	100	44
2030	100	71
3. Erwerbspotential		
heute	37 Mio.	
2040	24 Mio.	
4. Alterungsprozess (Anteil über 65-jährige)		
2000	16%	
2050	28%	

Abb. 1: Demografische Entwicklung (bei Fortschreibung bestehender Verhältnisse)

Die Literaturangaben finden Sie am Ende des Artikels

Es wird daher ein zentrales Ziel der Politik sein, dass zukünftig Arbeitnehmer/innen länger am Arbeitsleben teilnehmen, Frühberentungen möglichst vermieden werden und Beiträge für die Sozialversicherungsträger geleistet werden.

Ebenso wie die Prävention gehört nach Ansicht des Sachverständigenrates die Rehabilitation zu den großen Unterversorgungsbereichen. Gerade die moderne Rehabilitation eröffnet, wie kaum ein anderer Behandlungsansatz, die Chance für eine umfassende und multidimensionale Versorgung kranker Menschen.

Die zentrale Herausforderung für die Rehabilitation besteht darin, wie bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Rehabilitationsleistungen angesichts der begrenzt bereitgestellten finanziellen Ressourcen zukünftig gewährleistet werden können und eine fachgerechte Behandlung sichergestellt werden kann.

Wir werden erleben, dass angesichts der knappen Ressourcen der sozialen Sicherungssysteme in unserem Gesundheitswesen zunehmend eine Zieldiskussion zu führen sein wird.

Vor dem Hintergrund der Festlegung von prioritären Gesundheitszielen wird ein zentrales Thema der Zukunft die psychische Gesundheit der Menschen in einer sich dynamisch verändernden Welt sein, deren gesamtes Wissen sich mittlerweile alle 5-7 Jahre verdoppelt. Im Zeitalter der Globalisierung, in welchem die Zeittakte kürzer werden, die Informationsdichte

größer wird und der internationale Wettbewerb zunimmt, wird es beispielsweise von entscheidender Bedeutung sein, mit den zunehmenden mentalen Belastungen und Herausforderungen der Lebens- und Arbeitswelt oder auch Unsicherheiten des Arbeitsplatzes umgehen zu können. Laut DAK-Gesundheitsreport

2005<sup>2</sup> nehmen psychische Erkrankungen bereits dramatisch zu. Zwar sank der Gesamt Krankenstand im Jahr 2004 auf den

Tiefstand von 3,2%. Gegen diesen Trend stieg jedoch die Fallzahl psychischer Erkrankungen von 1997 bis 2004 um 70% an (s. Abb. 2). Damit liegen diese im Jahr 2004 mit 9,8% bereits an vierter Stelle aller Krankheitsarten.

Jahre	Zunahme
1997-2004	+ 70%
Anteil an allen Krankheitsarten (2004)	
9,8%	

Abb. 2: Zunahme psychischer Erkrankungen (DAK Gesundheitsreport 2005)

Angsterkrankungen und Depressionen werden, so der Vorstandsvorsitzende der DAK Herbert Rebscher immer mehr zu Volkskrankheiten der Zukunft. Angesichts dieser Entwicklungen ist davon auszugehen, dass der Konsum und Missbrauch psychotroper Substanzen auch in unserer Gesellschaft von Morgen von Bedeutung sein wird.

## 2. Substanzbezogene Störungen in Deutschland

Wenn wir die Frage nach der aktuellen Priorität einzelner Gesundheitsziele aufgreifen, so können wir feststellen, dass Suchterkrankungen und übermäßiger Substanzkonsum ein epidemiologisches, sozial- und gesundheitspolitisches Problem ersten Ranges darstellen. In Deutschland rechnet man in der Altersgruppe der 18- bis 69-jährigen Erwachsenen mit<sup>3</sup>

- 10,4 Mio. mit überhöhtem Alkoholkonsum (Männer > 30 G., Frauen > 20 G. Alkohol pro Tag)
- 1,7 Mio. Menschen, die alkoholabhängig sind, und weiteren 1,7 Mio. die Alkoholmissbraucher sind,
- 1,9 Mio. Medikamentenabhängigen
- 175.000 Menschen mit Drogenabhängigkeit (ohne Cannabis) weitere 240.000 Personen mit einer Abhängigkeit von Cannabis
- 4,3 Mio. mit Tabakabhängigkeit

Im weiteren wird insbesondere auf den Alkoholkonsum und dessen Folgen näher eingegangen.

Auf jeden Süchtigen kommen mindestens 3-4 Angehörige, die psychisch, sozi-

al, finanziell und oft auch physisch in Mitleidenschaft gezogen werden. Insgesamt, so schätzt eine Studie des Robert-Koch-Instituts betragen die Kosten durch alkoholbezogene Morbidität und Mortalität in Deutschland über 20 Milliarden Euro pro Jahr. Wir verzeichnen ca. 42.000 alkoholbedingte Todesfälle pro Jahr, hunderttausende von Krankenhausaufenthalten aufgrund von Alkoholproblemen und ca. 5.000 Frühberentungen.<sup>4</sup>

Da bereits ein riskanter Konsum von Alkohol (Männer > 30 gr., Frauen > 20 gr. pro Tag) langfristig zu Gesundheitsschäden führen kann, sind komplexe Strategien zur Senkung alkoholbedingter Störungen erforderlich. Die nachfolgende (Abb. 3) verdeutlicht die Verteilung der unterschiedlichen Konsummuster in der Bevölkerung.

Wie der Abb. 3 zu entnehmen ist, wird mit steigendem Konsum der jeweilige Anteil der Bevölkerung kleiner und der jeweilige Interventionsbedarf steigt an.

Wir benötigen, um die Prävalenz schädlichen Konsums und die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen zu senken, aufeinander abgestimmte und miteinander verzahnte Strategien und Angebote, die von der Primärprävention und Gesundheitsförderung über Interventionen bei schädlichem Konsum bis hin zu spezifischen Hilfen für abhängigkeitskranke Menschen reichen.

### 3. Zukunftsaufgabe: Förderung der frühzeitigen Inanspruchnahme von Hilfen

#### 3.1 Ausgangslage

Angebote und Hilfen für suchtkranke Menschen müssen frühzeitig, flexibel und zielgruppenspezifisch zur Verfügung stehen. Während die aufsuchende Arbeit und niedrigschwellige Angebote für drogenabhängige Menschen eine hohe Verbreitung gefunden haben, sind derartige Ansätze für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen unterentwickelt. Eine Vielzahl abhängigkeitskranker Menschen hat zwar Kontakt zum akutmedizinischen Bereich (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser) wird dort allerdings aufgrund der somatischen Folgeerkrankungen und nicht aufgrund der zugrunde liegenden Suchterkrankung behandelt.

Um einer Chronifizierung der Abhängigkeit entgegenzuwirken, ist die frühzeitige Einleitung einer fachgerechten Beratung und Behandlung suchtbelasteter bzw. -abhängiger Patienten erforderlich.

Diese Notwendigkeit zeigt sich unter anderem anhand des hohen Ressourcenverbrauchs der im akutmedizinischen Be-

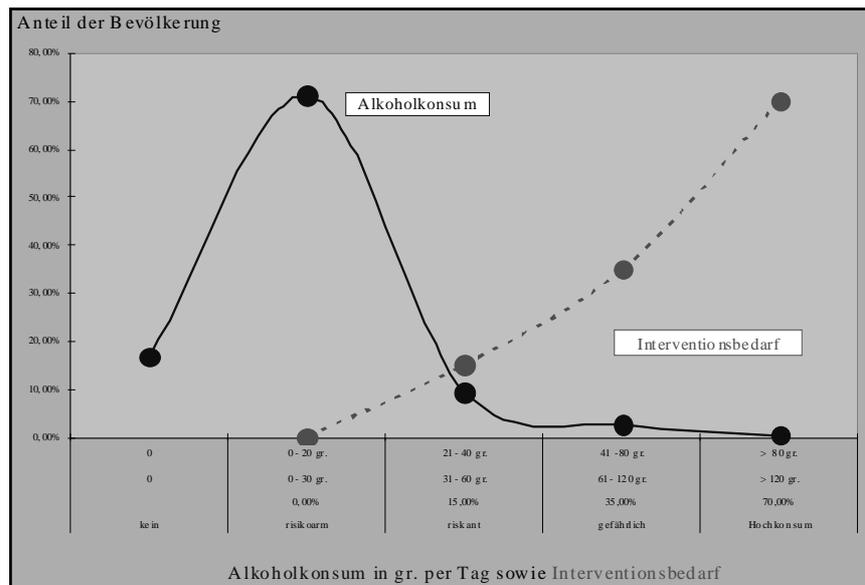


Abb. 3: Alkoholkonsumformen in der Bevölkerung

reich infolge substanzbezogener Störungen erfolgt und der zu keinen nachhaltigen Veränderungen der Situation der betroffenen Menschen führt. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes liegen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ bei den Männern mit 215.936 Fällen im Jahr 2003 an 2. Stelle von allen Diagnoseklassen im Krankenhausbereich.

Auch der Gesundheitsreport 2004 der Gmünder Ersatzkasse ergab, dass in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg der Krankenhausbehandlungen stattfand<sup>5</sup>. Von 1993 bis 2003 verdoppelte sich deren

Anzahl bei Männern mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose (s. Abb. 4).

Patienten mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose wiesen gegenüber einer Referenzgruppe von GEK-Versicherten auch eine dreifach erhöhte Behandlungshäufigkeit außerhalb der F10-Diagnosen auf.

Besonders erhöht waren „Psychische und Verhaltensstörungen“ (ohne F-10-Diagnosen), „Verletzungen“ und „Krankheiten des Verdauungssystems.“

Untersucht wurde des weiteren, ob es sich um wiederholte Einweisungen bei Patien-

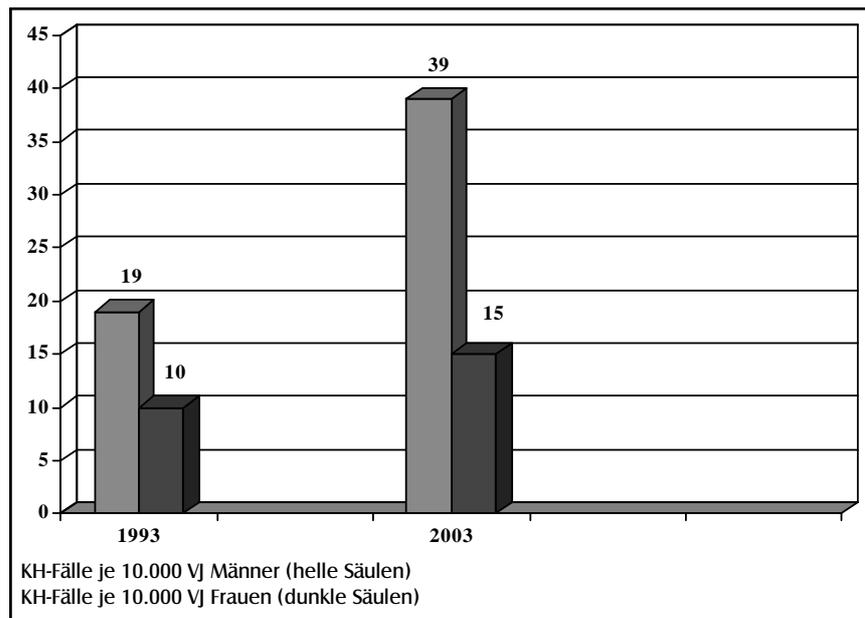


Abb. 4: Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen je 10.000 Versicherungsjahre 1993 und 2003 mit der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (Grobe, Th. G. et. al. 2004)

ten mit F10-Diagnosen handelt. Hierbei wurde ein Zeitraum von drei Jahren zugrunde gelegt (2000-2003, s. Abb. 5)<sup>6</sup>.

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass es wichtig ist, zukünftig „Drehtüreffekte“ möglichst zu vermeiden und die Patienten möglichst frühzeitig einer qualifizierten Suchtbehandlung zuzuführen.

Untersuchungen belegen ferner, dass alkoholabhängige Patienten im Krankenhaus eine höhere Änderungsbereitschaft ihres Trinkverhaltens aufweisen, als in der Bevölkerung. Es handelt sich somit um eine sensible Phase, die für motivierende Interventionen genutzt werden sollte<sup>7</sup>.

Eine Bevölkerungsstudie in Norddeutschland (Rumpf et. al. 2000) zeigt, dass im letzten Jahr 80% der Alkoholabhängigen einen Hausarzt oder Internisten aufgesucht hatten, 24,5% hatten einen Krankenhausaufenthalt hinter sich<sup>8</sup>.

Somit hatte der Großteil der alkoholabhängigen und -missbrauchenden Menschen zwar Kontakt zum medizinischen Versorgungssystem, jedoch hatten über zwei Drittel (70,9%) der aktuell Alkoholabhängigen keinerlei Kontakt zu suchtspezifischen Hilfen.

Auch die Untersuchungen des Fachverbandes Sucht e.V. weisen nach, dass eine erhebliche Zeit vergeht, bevor suchtspezifische Hilfen in Anspruch genommen werden. So betrug die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von erstbehandelten alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten/innen bis sie sich einer stationären Entwöhnungsbehandlung unterzogen haben (Entlassjahrgang 2004, N = 8.013) 12,08 Jahre<sup>9</sup>. Die genannten Zahlen und der Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung verdeutlichen, welche ökonomische Bedeutung einer Verstärkung der Frühintervention zuzumessen ist.

### 3.2 Ausbau der Frühintervention im akutmedizinischen Bereich

Eine vordringliche Aufgabe zur Verbesserung der gegenwärtigen Situation liegt darin (s. Abb. 6) die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Allgemeinkrankenhäusern zu fördern. Zielsetzung muss es sein, Patienten/innen mit riskantem und schädlichem Konsum hinsichtlich der Reduktion des Alkoholkonsums im akutmedizinischen Bereich qualifiziert zu beraten, um gesundheitlichen Folgeproblemen und einer potentiellen Suchtentwicklung entgegenzuwirken.

Darüber hinaus sollte man versuchen, rehabilitationsbedürftige Menschen frühzeitig zur Inanspruchnahme einer fachgerechten suchtspezifischen Behandlung zu motivieren.

Gerade im Bereich der niedergelassenen Ärzte zeigen sich allerdings noch erheb-

Wiederholte Einweisung F10-Diagnose (2000-2003) innerhalb			
Diagnose der Ersteinweisung 2000 F10 (incl. Untergruppen) N = 2.158	...eines Jahres 32,7%	...von 2 Jahren 42,8%	... von 3 Jahren 47,3%

Abb. 5: Rehospitalisierungsraten nach Krankenhausbehandlungen unter F10-Diagnose – Gmünder Ersatzkasse: Gesundheitsreport 2004 (Grobe, Th. G. et. al. 2004)

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Förderung der Kompetenz und Interventionsbereitschaft niedergelassener Ärzte</li> <li>2. Förderung der Zusammenarbeit mit Allgemeinkrankenhäusern (z. B. durch Konsiliar-/Liaisondienste)</li> </ol> |
|--|

Abb. 6: Frühintervention im akutmedizinischen Bereich – Entwicklungspotentiale

liche Umsetzungsprobleme und Handlungsbedarf für die Zukunft. Wir wissen, dass es heutzutage ausgesprochen schwierig ist, Ärzte für diese Thematik zu gewinnen.

Die Umsetzungsprobleme betreffen (s. Abb. 7) folgende Aspekte:

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Erwartungshaltung des Arztes („Patient kommt nicht wieder“, „Patient macht nicht, was ich empfehle“)</li> <li>• Den Umgang des Arztes mit fehlender Motivation bzw. Compliance des Patienten (z.B. „Bagatellisieren“)</li> <li>• Qualifizierungsprobleme der Ärzte (Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Umgang mit Substanzproblemen)</li> <li>• Vernetzungsprobleme mit der Suchtkrankenhilfe (partnerschaftliche Kooperation, Kenntnis der Angebote, zeitnahe Vermittlungsmöglichkeit)</li> <li>• Begrenzte Ressourcen (Zeitbudget des Arztes)</li> <li>• Finanzierung der Leistungen (Abrechenbarkeit von Diagnostik, Gesprächen, Vermittlungs-, Abstimmungstätigkeiten)</li> </ul> |
|---|

Abb. 7: Frühintervention – Umsetzungsprobleme im Bereich der niedergelassenen Ärzte

Angesichts der bestehenden Rahmenbedingungen bedarf es eines erheblichen Einsatzes um niedergelassene Ärzte in einem größeren Umfang für die Suchtproblematik zu sensibilisieren und diese in integrierte Suchtbehandlungskonzepte einzubeziehen. Erforderlich ist auch, dass die ärztlichen Leistungen (Diagnostik, Beratung und Vermittlung) entsprechend vergütet werden.

Viel versprechend sind die Ergebnisse von Modellprojekten zur Frühintervention im Krankenhaus. Ausgangspunkt ist hier, dass ein erheblicher Teil der Krankenhauspatienten mit substanzbezogenen Störungen derzeit aufgrund der somatischen Folgerkrankung behandelt wird, die Grunderkrankung häufig unberücksichtigt bleibt und eine Ansprache der Patienten auf den schädlichen oder gefährlichen Konsum in der Regel nicht erfolgt. Suchtspezifische Handlungskonzepte und Interventionsstrategien fehlen weitgehend, Vermittlungen in Suchtfacheinrichtungen erfolgen nur zu ei-

nem geringen Teil. Verschiedene Modellvorhaben zur Verbesserung der Versorgung von alkoholgefährdeten und -abhängigen Menschen zeigen, dass im Krankenhausbereich durch den Einsatz qualifizierten Personals im Rahmen von Konsiliar-/Liaisondiensten die (Früh-) Er-

kennung und Inanspruchnahme einer suchtspezifischen Behandlung dieser Patienten deutlich verbessert werden kann.<sup>10</sup>

Von zentraler Bedeutung ist hierbei, dass die Arbeit des Liaison/- oder Konsiliar-dienstes passgenau in die organisatorischen Abläufe des Krankenhauses integriert und dessen Tätigkeit von den Krankenhausmitarbeitern als Entlastung erlebt wird.

Eine enge Kooperation mit den Stationsärzten und dem Pflegepersonal der Allgemeinkrankenhäuser ist hierbei erforderlich. Der Konsiliar-/Liaisondienst kann – je nach den strukturellen Voraussetzungen vor Ort – bei einer ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle, einem Krankenhaus, einer Tagesklinik, einer Fachklinik oder Institutsambulanz angesiedelt sein oder einrichtungsübergreifend tätig sein.

Beispielhaft werden Ergebnisse eines entsprechenden 2-jährigen Modellpro-

<b>Personen mit Alkoholproblemen:</b>	<b>446</b>
Ø Dauer Erstgespräch:	28 Minuten
Alkoholabhängigkeit: schädlicher Gebrauch: gegenwärtig abstinert:	70,7% 26,5% 2,8%
Keine Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen (in den letzten 12 Monaten)	83,4%
Vermittlung in suchtspezifische Maßnahmen:	48,2%

Kostensatz pro Intervention (incl. Anfahrt, Reisezeiten) pro Einzelgespräch pro Patient pro Gruppe	58,80 €
Deckelung der Gesamtkosten pro Krankenhaus und Jahr	10.583 €
Anschlussfinanzierung (Modellphase)	Krankenkassen
zukünftig:	Krankenhausbudget (DRG's)

Abb. 9: Konsiliar-/Liaisondienst – Modell der Fachambulanz für Suchtkranke Bad Reichenhall mit drei Krankenhäusern (Vertrag 01.04.2004)

gramms in Erlagen (s. Abb. 8) dargestellt (Görgen, Hartmann, 2002).<sup>11</sup>

Die relativ hohe Vermittlungsquote von ca. 48% wird durch weitere Modellprojekte bestätigt.<sup>12</sup>

Von grundlegender Bedeutung hinsichtlich einer flächendeckenden Umsetzung ist es, dass die Finanzierung frühinterventiver Ansätze im Allgemeinkrankenhaus verbindlich geregelt wird. Bereits heute gibt es einzelvertragliche Regelungen zwischen Krankenhäusern und ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, dies zeigt beispielsweise ein Projekt der Caritas-Suchtambulanz in Bad Reichenhall. (s. Abb. 9).

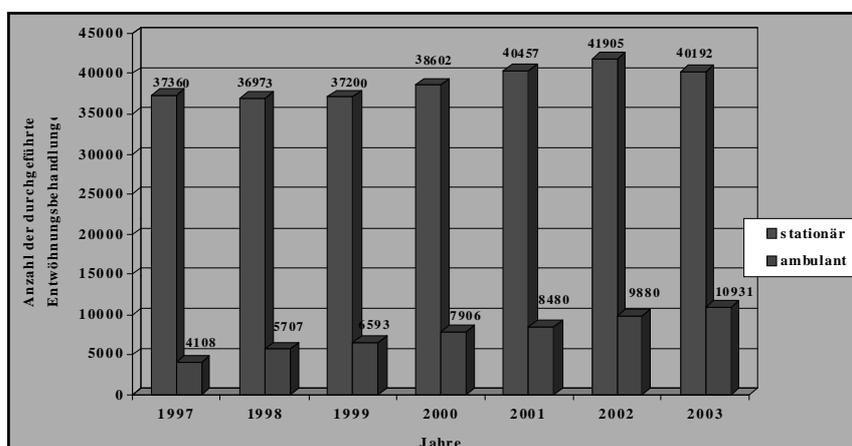
#### 4. Behandlungsangebote und Hilfen für suchtkranke Menschen: Herausforderungen und Entwicklungspotentiale

In Deutschland verfügen wir über ein gut ausgebautes und hochwertiges Beratungs- und Behandlungssystem mit ei-

Abb. 11: Stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlungen in der gesetzlichen Rentenversicherung 1997-2004

Ambulante Behandlungsstellen	Anzahl
Beratungsstellen für Suchtkranke und ihre Angehörigen Anmerkung des Verf.: (davon ist nur ein Teil als ambulante Behandlungseinrichtungen anerkannt)	934 Einrichtungen
Stationäre Behandlung für Abhängige von Alkohol und Medikamenten	9.500 Betten
Stationäre Behandlung für Drogenabhängige	5.200 Betten
Therapieplätze im Regelvollzug für Suchtkranke davon speziell für Drogenkranke	2.100 Plätze 750 Plätze
Tageskliniken	400 Plätze
Qualifizierter Entzug	5.100 Plätze
Heime für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke, Übergangsheime, Betreutes Wohnen	7.600 Plätze
Selbsthilfegruppen	7.500

Abb. 10: Angebote der Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Hüllinghorst 2006)<sup>13</sup>



am Beginn einer Abhängigkeitsentwicklung richten.

Mit der Verabschiedung der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Reha Sucht durch die Leistungsträger im Jahr 1991 entwickelt sich sukzessive der Bereich der ambulanten Rehabilitation für Abhängigkeitskranke (s. Abb. 11).

Neben ambulanten und stationären Angeboten gewinnen auch Modellprojekte mit Kombinationsbehandlungen (mit ambulanten und stationären Anteilen) an Bedeutung und in Ballungsgebieten werden zunehmend teilstationäre ganztägig ambulante Angebote aufgebaut.

Aus der Flexibilisierung des Angebotspektrums resultieren erhöhte Anforderungen an die Behandler und die zuweisenden Stellen, z.B. hinsichtlich der Differenzierung der Diagnostik und Indikationsstellung oder der Abstimmung von Angebotssegmenten.

**4.1 Diagnostik und Indikationsstellung**

Die Auswahl des suchtspezifischen Behandlungsangebotes muss sich am individuellen Bedarf und damit an Art, Schweregrad, Erkrankungsverlauf sowie den weiteren Begleitumständen ausrichten. Im Vorfeld der Behandlung ist von daher eine indikationsrelevante Diagnostik erforderlich, welcher ein bio-psycho-sozial orientiertes Beurteilungsmodell zugrunde liegt (s. Abb. 12).

- Art, Ausprägung und Funktion des Substanzgebrauchs
- Schädigungen, Einschränkungen oder Störungen der Körperfunktionen und -strukturen (einschließlich psychischer Störungen)
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten (z.B. Arbeit, tägliches Leben, Kommunikation)
- Beeinträchtigung der Teilhabe an Lebensbereichen (z.B. soziale Beziehungen, Arbeit, Wohnen, Freizeit, finanzielle Situation)
- Aussagen zu weiteren Kontextfaktoren (z.B. Motivation, Sichtweise des Arbeitgebers, der Angehörigen)

Abb. 12: Diagnostik im Vorfeld der Behandlung (ICD-10 und ICF orientiert)

Die ICD-10 als Klassifikationssystem von Erkrankungen wird ergänzt um das ICF-Modell der Weltgesundheitsorganisation (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) auf dessen Grundlage Aussagen zur Funktionsfähigkeit, den Aktivitäten und zur Partizipation getroffen werden können. Dieser umfassende Ansatz ist für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen nicht neu, entsprechende Angaben finden sich z.B. bereits – wenn auch nicht in der differenzierten Form eines Klassifikationssystems – im Sozialbericht, der Bestandteil von Anträgen auf entsprechende Rehabilitationsleistungen ist. Auch sei darauf verwiesen, dass derzeit

die Komplexität der ICF ein Problem für deren Handhabbarkeit als Klassifikationssystem dar. Offen ist deshalb inwieweit in den nächsten Jahren der ICF als Klassifikationsinstrument Eingang in die Versorgungspraxis finden wird. Wichtig ist, dass das diagnostische Verfahren im Vorfeld der Behandlung auf der einen Seite handhabbar bleibt und nicht durch überhöhte Anforderungen die Eingangs- und Zugangswege zu einem Nadelöhr zur Suchtbehandlung verengt werden, andererseits aber auch aussagekräftige Informationen vorliegen, die eine zielgerichtete Zuweisung erst ermöglichen.

Die diagnostischen Feststellungen sind von erheblicher Relevanz, denn sie sind Grundlage für die Entscheidung, ob eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ambulant, stationär oder ggf. in Kombination durchgeführt werden soll und welche Behandlungseinrichtungen für den jeweiligen Behandlungsbedarf eines Patienten besonders geeignet ist (s. Abb. 13)<sup>14</sup>. Ein geringer Schweregrad, günstige Prognosefaktoren sowie eine vorhandene Fähigkeit zur Mitarbeit und zur Abstinenz sind beispielsweise Indikationskriterien für eine ambulante Behandlung.

Mit steigender Anzahl der komorbiden Begleitdiagnosen steigt der Anteil der stationären Leistungen deutlich an. Von daher kann man die Ergebnisse ambulanter und stationärer Behandlung nicht direkt miteinander vergleichen, da es sich

um Patienten mit unterschiedlichen Merkmalen und Risiken handelt.

Aufgrund der weiteren Differenzierung der Behandlungsangebote ist damit zu rechnen, dass der Anteil (hoch-) belasteter Patienten im stationären Setting noch steigen wird.

Damit sind erhebliche Auswirkungen hinsichtlich der an die Fachkliniken gestellten Anforderungen und deren erforderlichen Ausstattung verbunden. Wichtig ist vor diesem Hintergrund, dass beispielsweise komorbide Erkrankungen kontinuierlich dokumentiert werden, damit über Erfahrungswerte hinausreichende Belege für Veränderungen des Klientels, die wiederum Grundlage für erforderliche Veränderungen der Rahmenbedingungen der Behandlung bilden, existieren.

Hinsichtlich der Kriterien zur selektiven Indikationsstellung besteht erheblicher Forschungs- und Entwicklungsbedarf, denn diese müssen spezifiziert bzw. ergänzt werden um teilstationäre Angebote und Kombinationsbehandlungen. Vom Grundsatz her ist übrigens die Kombinationsbehandlung nicht als Regelbehandlung, sondern als dritte Säule – neben der vorrangig ambulant/teilstationär oder stationär ausgerichteten Behandlung – zu sehen.

Zunächst ist empirisch zu prüfen, zu welchen Ergebnissen diese weitere Behandlungsform im Vergleich zu den bereits etablierten Angeboten führt. Auf dieser Basis sollte unter Beteiligung der Fachverbände und von Experten eine trägerübergreifende Abstimmung hinsichtlich der Bewertung neuer Behandlungsmodule vorgenommen werden. Es sollte vermieden werden, dass beispielsweise aus dem besonderen Kostendruck einzelner Leistungsträger heraus Entwicklungen in Gang gesetzt werden, die längerfristig zur nachhaltigen Absenkung der Qualität des gesamten Behandlungssystems sowie zu einer Ungleichbehandlung von Patienten/innen – in Abhängigkeit von der Zuständigkeit eines jeweiligen Leis-

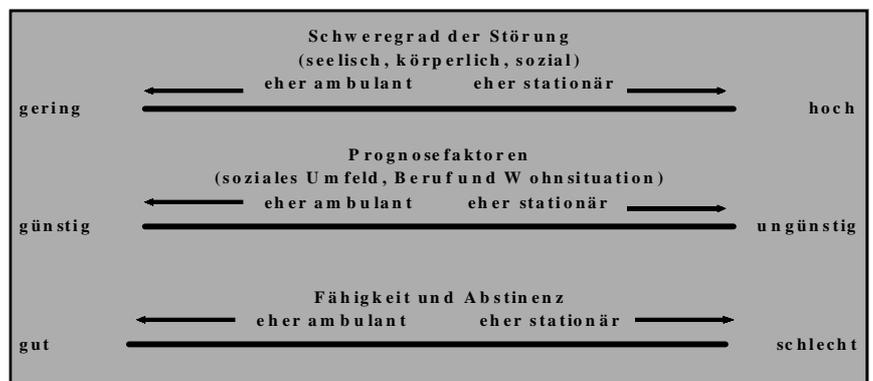


Abb. 13: Indikationsentscheidung entlang eines Kontinuums (Schneider, Buschmann, Gies 1999)

tungsträgers – führen könnten. Abzuwarten bleibt, wie sich die Organisationsreform der Rentenversicherung auf entsprechende Abstimmungs- und Entwicklungsprozesse auswirken wird.

#### 4.2 Pluralität und Spezialisierung der Behandlungsangebote als Zukunftsaufgabe

Die Pluralität von Behandlungsangeboten und Angebotsstrukturen der Suchtkrankenversorgung bildet die Grundlage dafür, dass eine Individualisierung und Flexibilisierung der Behandlung und das im SGB IX verankerte Wunsch- und Wahlrecht überhaupt realisiert werden können.

Von daher benötigen wir auch zukünftig differenzierte Behandlungsangebote. Es wäre niemandem damit gedient, wenn wir uns durch den Kostendruck oder Nivellierungsprozesse von unterschiedlichen Behandlungsansätzen in Richtung Einheitsangebot zurück entwickeln würden. Vielmehr brauchen wir eine hohe Qualität und die Vielfalt der Konzepte und Einrichtungen. Es ist zu begrüßen, dass Standardbehandlungspläne zunehmend durch variable Gesamtrehabilitationspläne abgelöst werden. Vor diesem Hintergrund wird im weiteren auf zentrale Entwicklungen im stationären und ambulanten Bereich näher eingegangen.

##### 4.2.1 Stationärer Bereich

Stationäre Einrichtungen verfügen über ein breites Angebotsspektrum, ein multiprofessionelles Team und richten ihre Behandlung zunehmend am besonderen Bedarf der Patienten/innen (Motivationsbehandlung, Auffangbehandlung, Kurzzeitbehandlung, variable Langzeitbehandlung, Angebote für spezifische Zielgruppen) aus. Ein Großteil davon ist auch in der Lage, somatische Begleit- und Folgeerkrankungen adäquat zu behandeln.

Diese Angebote werden bei Bedarf erweitert um die Adaptionphase oder nachstationäre ambulante Angebote zur Festigung des Behandlungserfolges.

Wesentliche Entwicklungsperspektiven bestehen darin (s. Abb. 14):

1. den Zugang zur Rehabilitationseinrichtung zu sichern und zu verbessern
2. differenzierte Angebote vorzuhalten und Einrichtungsprofile zu entwickeln
3. die Nachsorge bzw. poststationäre Angebote zu verstärken

Hierzu einige Erläuterungen

##### ad 1) Herausforderungen beim Zugang zur Rehabilitation

Folgende Aspekte seien an dieser Stelle hervorgehoben:

##### Entwicklung verbindlicher Formen der Zusammenarbeit

##### 1.) Herausforderungen beim Zugang zur Rehabilitation

- Entwicklung verbindlicher Formen der Zusammenarbeit (Behandlungsverbünde mit ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen, niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, Krankenhäusern, Psychiatrischen Einrichtungen etc.)
- Frühzeitige Ansprache und Information des Patienten (z.B. virtuelle Klinikbesichtigung, Qualitätsberichte im Internet)
- Senkung der Nichtantritsquote (Alkoholabhängigkeit 17%, Drogenabhängigkeit 25%, Medikamentenabhängigkeit 21%, BfA 2003 (stationär))

##### 2.) Leistungspakete für spezifische Behandlungsbedarfe und Entwicklung differenzierter Einrichtungsprofile

- Motivationsbehandlung (Krankenkassen)
- Entzug im Vorfeld einer bewilligten Entwöhnungsbehandlung (ggf. in Rehabilitationsfachkliniken)
- Auffangbehandlung, Kurzzeitbehandlung und Angebote für schädlichen Konsum
- Angebote für Patienten mit besonderem bzw. zusätzlichem Behandlungsbedarf (z.B. mit spezifischer Komorbidität, Funktions- und Teilhabestörungen, Raucher)
- Angebote für spezifische Zielgruppen (z.B. Frauen, Junioren, Senioren, Migranten)
- Erweiterung des Angebots durch Fachambulanzen, teilstationäre Angebotsformen und Trägerverbünde
- Bausteine im Rahmen von Kombinationsangeboten mit Ambulanzen (z.B. zur Rückfallprävention, zur Krisenintervention, zur Stabilisierung der Motivation)
- Verstärkte Integration berufsbezogener Leistungen in das Angebotsspektrum
- Vorhalten evidenzbasierter Therapiemodule und Dokumentation entsprechender Leistungen in der KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen)

##### 3.) Ausbau der Nachsorge/poststationärer Angebote

- Nachbetreuung des Patienten per Telekommunikation
- Förderung der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen, poststationärer Angebote
- Ausbau der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten (weitere Verlaufsbeobachtung und Ansprache des Patienten)

Abb. 14: Entwicklungsaufgaben und Perspektiven der Suchtbehandlung – Stationärer Bereich

Die enge Zusammenarbeit mit vorbehandelnden Stellen und die Überwindung von Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren ist das zentrale Anliegen der integrierten Versorgung. Entscheidend für die Ausgestaltung entsprechender integrativer Ansätze und Programme ist, dass bei chronisch kranken Menschen das im SGB IX formulierte umfassende rehabilitative Behandlungsparadigma richtungsweisend ist.

Denn eine integrierte Suchtbehandlung geht weit über kurativ ausgerichtete Leistungen hinaus und muss deshalb die gewachsenen Strukturen der Suchtkrankenhilfe wie auch die verschiedenen Rehabilitationsträger einbeziehen. Beispielsweise ist hier nicht nur die enge vertraglich fixierte Zusammenarbeit von Institutsambulanzen und weiteren psychiatrischen Behandlungsangeboten innerhalb des SGB V gefragt, sondern auch die enge Zusammenarbeit mit den Fachkliniken, den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen, den Agenturen für Arbeit und Arbeitsgemeinschaften wie auch den Anbietern geförderter Arbeits-

gelegenheiten und den Selbsthilfegruppen. Die vorhandenen Ressourcen und unterschiedlichen Kompetenzen sollten – unter gegenseitiger Anerkennung der jeweiligen Aufgabenschwerpunkte – genutzt werden, um auf dieser Basis die Vernetzung vorantreiben. Vernetzung wird oft nur unter dem Aspekt der Ressourceneinsparung betrachtet, in der Realität ist damit allerdings auch ein Mehraufwand verbunden (Kontaktpflege, Übergabegespräche etc.). Qualifiziertes Fallmanagement ist kostenintensiv.

##### Frühzeitige Ansprache und Information des Patienten

Nicht zuletzt angesichts der hohen Nichtantritsquote werden zunehmend Strategien entwickelt werden, die „Kundenbindung“ möglichst schon im Vorfeld der Behandlung zu festigen und den Patienten nicht nur ein Faltblatt oder einen Prospekt zuzusenden, sondern diese nach den vorhandenen Möglichkeiten individuell anzusprechen. Hierzu bieten sich zukünftig z.B. auch virtuelle Klinikbesuche oder die Zuleitung von Qualitätsberichten über das Internet an.

### Senkung der Nichtantrittsquote

Von besonderer Bedeutung erweist sich, die relativ hohe Nichtantrittsquote zu senken. Hier sind die Möglichkeiten der Fachkliniken allerdings begrenzt und insbesondere die zuweisenden Stellen gefordert, die Motivation zur Inanspruchnahme der Entwöhnungsbehandlung zu unterstützen und die Patienten entsprechend vorzubereiten. An dieser Stelle sind insbesondere ambulante Beratungsstellen, Akutkliniken (z.B. im Rahmen des qualifizierten Entzugs) etc. gefordert. Einsparungsabsichten in diesen Feldern haben von daher weitreichende Konsequenzen auf die Entwöhnungsbehandlung und sind hinsichtlich der Gesamtwirkung – auch unter ökonomischer Perspektive – kritisch zu prüfen. Ein Vorschlag des FVS zielt darauf, Übergänge in die Entwöhnungsbehandlung zu erleichtern. So könnte im Vorfeld einer bewilligten Entwöhnungsbehandlung der Entzug – bei entsprechender personeller Ausstattung – auch in der Fachklinik durchgeführt werden. Modellerfahrungen weisen nach, dass dies sinnvoll und effektiv sein kann (Klein et. al. 2006)<sup>15</sup>.

### ad 2) Weiterentwicklung differenzierter Behandlungsangebote und -profile

Die Weiterentwicklung differenzierter Behandlungsangebote und das Herausarbeiten von Einrichtungsprofilen wird in Zeiten wirtschaftlicher Rezession an Bedeutung gewinnen. Kliniken werden zunehmend versuchen, sich im Wettbewerb um Qualität, Preis und Kunden zu profilieren und entsprechend in der Öffentlichkeit zu präsentieren. Verschiedene Beispiele sind in Abb. 14 dargestellt. Hinsichtlich der Angebotsformen sei darauf hingewiesen, dass die leistungrechtliche Absicherung der Motivationsbehandlung oder von stationären Angeboten für Menschen mit schädlichem Konsum noch klärungsbedürftig sind. Auf drei zentrale Aspekte, welche die Differenzierung der Behandlung betreffen, wird im weiteren eingegangen.

#### ● Rolle des Patienten

Generell wird die Position des aufgeklärten Patienten in unserem Gesundheitswesen an Bedeutung gewinnen. Damit wird zunehmend das „Verhandlungsparadigma“ und die Einbindung des Patienten eine Rolle spielen. Hier besteht sicherlich noch allgemeiner Entwicklungsbedarf. Dies zeigen die Ergebnisse der klinikübergreifenden Patientenerbefragung (s. BfA, April 2005) im Qualitätssicherungsprogramm der RV-Träger.

#### ● Individualisierung und Fallgruppenbildung

Zukünftig wird man versuchen, Therapiebedarfe und Veränderungsziele noch genauer zu definieren und versuchen, deren Erreichung zu überprüfen. Von

daher wird die verlaufsbezogene adaptive Indikationsstellung und die Entwicklung flexibler Behandlungspläne von zunehmender Bedeutung sein. Dies sollte auch bei der Entwicklung des Leitlinienprojektes der DRV-Bund für die stationäre Behandlung der Alkoholabhängigkeit berücksichtigt werden. Die Überprüfung, ob für die Patienten/Innen eine definierte Anzahl an Leistungen aus verschiedenen festgelegten Therapiemodulen in einer Behandlungseinrichtung erbracht werden, darf nicht dazu führen, dass Spielräume für eine indikationsgeleitete, am individuellen Bedarf ausgerichtete Behandlung und Möglichkeiten zur Innovation deutlich eingeschränkt werden.

Denkbar ist, dass sich zukünftig bestimmte Fallgruppen von alkoholabhängigen Patienten mit spezifischen Merkmalen herauskristallisieren lassen. Beispielsweise zeigen erste Zwischenergebnisse eines Forschungsprojektes, welches von der Humboldt-Universität Berlin mit vier Fachkliniken des Fachverbandes Sucht e.V. durchgeführt wird, dass deutliche Unterschiede hinsichtlich der Erzielung von Abstinenz nach einem Jahr bezogen auf Rehabilitandengruppen mit spezifischen Merkmalen (wie Arbeitslosigkeit, Komorbidität, Erst- bzw. Wiederholungsbehandlung) bestehen. Man wird im weiteren überprüfen, inwieweit die Art und Anzahl therapeutischer Leistungen und die Dauer der Behandlung sich an den jeweiligen Behandlungsbedarfen und -zielen orientieren und welche Verbesserungsoptionen sich daraus für die Therapieplanung ergeben können. Im übrigen bedürfen insbesondere Co- und multimorbide Suchtkranke einer stationären Behandlung mit hoher Personal- und Behandlungskompetenz.

Mittlerweile hat die DRV-Bund bereits damit begonnen hat, detailliert zu überprüfen, inwieweit sich beispielsweise die mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) erfassten arbeitsbezogenen Leistungen von arbeitslosen Patienten und Patienten, die über einen Arbeitsplatz verfügen, unterscheiden. Wir entwickeln uns gerade in diesem Bereich zunehmend dahin, dass die klassische Arbeitstherapie für alle Patienten abgelöst wird von einem indikativ ausgerichteten Behandlungsansatz.

Die detaillierte Erfassung therapeutischer Leistungen bietet somit vielfältige Möglichkeiten, die zur Kontrolle mit der Wirkung einer zunehmenden Angleichung und Standardisierung der Behandlung oder auch – im positiven Sinne – zur Weiterentwicklung einer individualisierten Behandlungsplanung eingesetzt werden können. Leistungsträger und Leistungserbringer sollten hier gemeinsam versuchen, ein Klima zu erzeugen, das der Qualitätsverbesserung dient, das In-

teresse an der Überprüfung des eigenen Handelns anregt und den offenen Austausch untereinander befördert.

Eine weitere Flexibilisierung und Individualisierung der Behandlung bindet übrigens auch Personalkapazitäten. Dies muss allen Beteiligten klar sein. Individualisierung der Behandlung bedeutet differenzierte Diagnostik, Ausweitung indikativer Gruppenangebote, den gezielten Einsatz von Einzelgesprächen, einen zusätzlichen Abstimmungsbedarf sowie die Dokumentation der erbrachten Leistungen.

Beispielsweise ist auch von einem erheblichen personellen Bedarf bei Kombinationsbehandlungen durch die erforderlichen Übergabegespräche zwischen den ambulanten und stationären Einrichtungen unter Einbeziehung des Patienten auszugehen. Innovationen müssen von daher strukturell und finanziell abgesichert sein, damit Überforderungen der Mitarbeiter/Innen vermieden werden und die Erfüllung von Kernaufgaben der Behandler weiterhin gewährleistet werden kann.

#### ● Behandlungsdauer

Wir benötigen für die Weiterentwicklung differenzierte Behandlungsangebote entsprechende Spielräume. Hier spielt auch die Behandlungsdauer eine entscheidende Rolle. In diesem Kontext sind neuere Ergebnisse der Gehirnforschung von erheblicher Bedeutung. Diese belegen, dass unser Gehirn lebenslang plastisch gestaltbar und umbaubar ist.

Auch diejenigen neuronalen Netzwerke, welche Grundlage unseres Wahrnehmens, Denkens und Fühlens sind, lassen sich zwar zu neuen Mustern umstrukturieren, dies geschieht aber relativ langsam und ist nur zum Teil unserem Bewusstsein zugänglich. In der Übergangszeit ist mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass die bisher bevorzugt benutzten alten Muster immer wieder blitzschnell aktiviert werden und sich oft genug zunächst unwillkürlich durchsetzen können. Prof. Dr. Klaus Grawe, der jüngst verstorbene renommierte Therapieforscher, weist in seinem letzten Werk<sup>16</sup> darauf hin, dass es zur Bahnung neuer Verknüpfungen im Rahmen der Psychotherapie deshalb erforderlich ist, in einem betont befürfnisbefriedigenden Kontext immer wieder Situationen herzustellen, in denen intensiv, langanhaltend und oft wiederholt die neu zu bahnen- den Erregungsmuster aktiviert werden. Der Schwerpunkt muss hierbei auf der Veränderung des Problems liegen, auf der Herausbildung neuer Gedanken, Verhaltensweisen und Emotionen. Vor diesem Hintergrund ist gerade bei den unterschiedlich ausgeprägten Chronifizierungsgraden bei Abhängigkeitserkran-

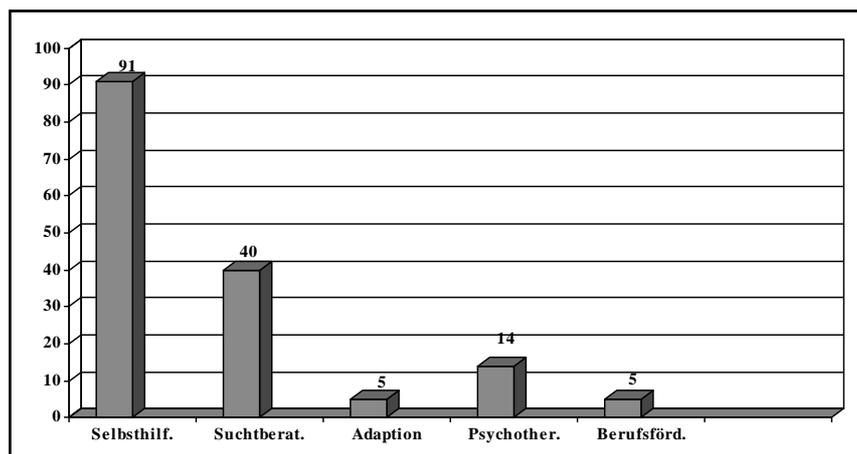


Abb. 15: Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen (BfA 2004) in %

kungen die Settingfrage, die Frage nach der Intensität und Zeitdauer der Behandlung zu beleuchten. Wenn wichtige Behandlungsbereiche nur noch anbehandelt werden könnten bzw. in die Nachbehandlung delegiert werden müssten, so kann dies nicht ohne Folgen für die Behandlungsergebnisse geschehen. Gerade bei suchtkranken Menschen, die häufig einen hohen Grad an verschiedensten Beeinträchtigungen sowie an Demoralisierung und Hoffnungslosigkeit aufweisen, ist die Wiedererlangung von Vertrauen, eines positiven Selbstwertgefühls und die Wiederentdeckung der eigenen Würde nicht einfach programmierbar. Hierfür brauchen diese Patienten sicherlich auch eines, was in unserer Welt zunehmend zur Mangelware wird: nämlich Zeit.

Um eine möglichst hohe Prozess- und Ergebnisqualität einer am Patienten ausgerichteten Behandlung sicherzustellen, muss sich die Dauer der Behandlung deshalb an der fachlich begründeten Notwendigkeit des Einzelfalls ausrichten. Der behandelnden Einrichtung ist es von daher zu ermöglichen, im Kontext eines individualisierten Behandlungsprogramms aufgrund von Indikations- und Prognosekriterien die Behandlungszeit festzulegen. Bewährt hat sich in der Praxis, dass die Kliniken selbstverantwortlich die Behandlungsdauer im Rahmen von patientenbezogenen Zeitkontingenten steuern. Dies entspricht auch dem Grundsatz, dass die Konzeptverantwortung und Verantwortung für die Behandlung beim Behandler bzw. dem Leistungserbringer liegt. Eingriffe in die Behandlungsverantwortung und Therapiefreiheit sollten möglichst vermieden werden.

**ad 3) Ausbau der Nachsorge/poststationärer Angebote**

Hinsichtlich weiterführender Maßnahmen werden von den stationären Behandlungseinrichtungen (s. Abb. 15) unterschiedliche Maßnahmen vorgeschlagen.

Selbsthilfegruppen-Besuch	Regelmäßig	37,9%
	Selten	22,7%
	Nie	36,7%
Beratungsstellen-Besuch	Regelmäßig	46,8%
	Selten	17,0%
	Nie	36,1%

Abb. 16: Nachsorge/Selbsthilfe – Inanspruchnahme (Zobel et. al, 2005), (N = 4.313, Katamneseantworter)

1. Monat	30,2%
2. Monat	8,3%
3. Monat	7,5%
1.-6. Monat	60,8%

Abb. 17: Eintritt eines Rückfalls nach Behandlungsende (FK Alkohol/Medikamente, EJ 2002, in %, Zobel et. al. 2005) N = 1.160

Hierbei dominieren der Besuch von Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen und Psychotherapeuten. Wie steht es nun um die tatsächliche Inanspruchnahme?

Eine klinikübergreifende Erhebung des Fachverbandes Sucht e.V. ergab hinsichtlich der tatsächlichen Inanspruchnahme im Jahr nach der Entlassung das in Abb. 16 dargestellte Ergebnis<sup>17</sup>.

Darüber hinaus zeigte eine Untersuchung der BfA, dass ca. 2-3% eine Adaptionsleistung in Anspruch nahmen. Die Notwendigkeit unmittelbar anschließender und intensiver ambulanter Weiterbehandlungsmaßnahmen sowie der Besuch von Selbsthilfegruppen wird deutlich, wenn man den Eintritt des ersten Rückfalls nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung untersucht.

Zobel et. al. (2005)<sup>18</sup> fanden im Rahmen einer klinikübergreifenden Untersuchung (Entlassjahrgang 2003) (s. Abb. 17) heraus, dass der Rückfall bei 46,0% innerhalb von 3 Monaten und bei 60,8% innerhalb von 6 Monaten nach der Entlassung eintritt.

Die Einflussnahme der Rehabilitationsklinik darauf, dass eine vereinbarte Nachsorgeleistung auch tatsächlich in Anspruch genommen wird, ist sicherlich begrenzt. Im Zeitalter der Telekommunikation werden sich hier zukünftig aber auch kreative Möglichkeiten finden lassen mit dem Patienten per Internet, Handy oder Videoübertragung nach der Behandlung in Kontakt zu bleiben und ihm anzubieten, den weiteren Verlauf ein Stück weit zu begleiten.

Insgesamt wird die stationäre Behandlung zunehmend als wichtiger Teil einer Gesamtbehandlungsstrategie verstanden und sich die Sichtweise einer integrierten Suchtbehandlung mit verschiedenen modularen Bausteinen durchsetzen.

**4.2.2 Ambulanter Bereich**

Im ambulanten Bereich stehen wir vor großen Herausforderungen, denn infolge der Krise der öffentlichen Haushalte droht, dass bei freiwilligen Leistungen Zuschüsse der Länder zunehmend gekürzt und kommunale Zuwendungen zurückgefahren werden. Von daher ist der Erhalt des umfangreichen Netzes an regionalen Suchtberatungsstellen gefährdet. Diese niedrigschwelligen Angebote sind aber auch hinsichtlich der Vorbereitung und Vermittlung einer Entwöhnungsbehandlung von entscheidender Bedeutung. Aus der klinikübergreifenden Basisdokumentation des FVS geht hervor, dass 48% der Patienten durch Suchtberatungsstellen in entsprechende Fachkliniken für Alkohol/Medikamente im Jahr 2004 vermittelt wurden.

Zunehmend erhält die psychosoziale Suchtberatung nun Konkurrenz. So stellt der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS) in seinem aktuellen Diskussionspapier (Juli 2005) hierzu fest:

„Die Medizin, insbesondere die Suchtmedizin als Teil der Psychiatrie, ist in der Suchtbehandlung angekommen und beansprucht bisweilen die psychosozialen Leistungen der Suchtberatung und ihre Vernetzung unter medizinischen Handlungsperspektiven und mit Hilfe des ärztlichen Netzwerkes zu ersetzen und erfolgreicher gestalten zu können.“<sup>19</sup>

Hier ist auch die zunehmende Bedeutung von Institutsambulanzen zu nennen, die beispielsweise bei einzelnen Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V eine zentrale Rolle spielen.

Gleichzeitig wachsen die Anforderungen und das Aufgabenspektrum der Beratungsstellen, ohne dass eine Ausweitung der personellen Ressourcen abzusehen wäre. Hierzu gehören z.B. die Ausweitung der Substitutionsbehandlungen und der erforderlichen psychosozialen Begleitung, die Aufgaben der Suchtberatung in Jobcentern nach SGB II, die Forderung frühinterventive Ansätze auszudehnen, Angebote für Kinder von Suchtkranken vorzuhalten, spezifische Trainingskurse anzubieten, Case-Management-Funktionen zu übernehmen. Derzeit ist angesichts der aktuellen Situation, so der GVS, eine grundsätzliche Standortbestimmung der Suchtberatung gefordert.

Zentrale Fragen sind:

- Welche Kernaufgaben übernimmt die Suchtberatung in einer fachgerechten Versorgung Suchtkranker?
- Welche gesetzlichen Grundlagen haben die Kernaufgaben der Suchtberatung?
- Wie kann die Finanzierung der Suchtberatung sichergestellt werden?

Hierzu schlägt der GVS (s. Abb. 18) vor, Aufgaben der Grundversorgung, die über Länder und Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge zu finanzieren sind von fakultativen Leistungen, die über entsprechende Leistungsrechte und Vereinbarungen vergütet werden sollen, zu unterscheiden.

In die gleiche Richtung weist das im Jahr 2005 publizierte Papier der Drogenbeauftragten der Bundesländer „Neuausrichtung der Suchtkrankenhilfe – Anforderungsprofile: „Ambulante Regionale Suchthilfedienste“ (ARS)“. Auch hier wird die Trennung der regionalen Basisversorgung von fakultativen Leistungen gefordert.

Fakultative Leistungen können, so die Forderung der Drogenbeauftragten der Länder, nur dann erbracht werden, wenn deren kostendeckende Finanzierung durch Dritte gesichert ist.

Ergänzend sei darauf verwiesen, dass der Fachverband Sucht e.V., bezogen auf die

### Zukunftssicherung der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen (orientiert am GVS-Papier, Juli 2005)

#### a) Trennung von Leistungen der Grundversorgung und fakultativen Leistungen

- **Integrierte Grundversorgung als Kernaufgabe (ohne leistungsrechtliche Basis)**
  - niedrigschwelliger Kontakt
  - Beratung und Aufbau von Compliance
  - Betreuung und Vermittlung (incl. Krisenintervention)
  - Case-Management (Einzelfall bezogen und Schnittstellenmanagement)
  - Prävention
- **Fakultative Leistungen, z.B. (mit leistungsrechtlicher Basis)**
  - Entgiftung/Entzug (SGB V)
  - Frühintervention (Krankenhaus, Arztpraxen - SGB V)
  - Rehabvorbereitung und -vermittlung (SGB V, SGB VI, SGB IX)
  - Ambulante Rehabilitation (SGB V, SGB VI)
  - Einzelfallhilfe nach SGB XII
  - Beratungsleistungen nach SGB II
  - Führerscheingruppen
  - Spezifische Trainingskurse (Tabakentwöhnung etc.)
  - Betriebliche Suchtprävention

#### b) Sicherung der finanziellen Grundlagen

- **Grundversorgung als originäre Aufgabe der Daseinsvorsorge durch die öffentliche Hand**
- **Finanzierung fakultativer Leistungen über die Leistungsrechte durch Leistungsvereinbarungen**

Abb. 18: Entwicklungsaufgaben und -perspektiven – Ambulanter Bereich

ambulanten Rehabilitationsleistungen die Auffassung vertritt, dass zu deren integralen Bestandteilen auch die Diagnostik und Indikationsstellung, Motivierung, berufsintegrierende und sozialtherapeutischen Maßnahmen sowie Koordinations- und Organisationsaufgaben gehören. Ferner sollten folgende Aspekte gewährleistet sein (s. Abb. 19).

Der Fachverband Sucht e.V. spricht sich mit Nachdruck für die Sicherung der Finanzierung der ambulanten Beratungs- und Betreuungsangebote durch öffentliche Mittel aus.

### 4.3 Qualität der Behandlung

Ein hoher Qualitätsstandard der Behandlung ist Voraussetzung dafür, dass deren Effektivität gewährleistet werden kann. Der Gesetzgeber fordert in diesem Zusammenhang externe Qualitätssicherungsmaßnahmen und ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (§ 137 d SGB V, § 20 SGB IX).

In der medizinischen Rehabilitation ist man mittlerweile einer Vielzahl von formalen Qualitätsanforderungen unterworfen. Entscheidend ist allerdings die inhaltliche Ausgestaltung dessen, was „Be-

- Motivierungsphase ohne Vorgabe einer spezifischen Dauer
- schnellstmögliche Bearbeitung der Antragsstellung (innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen Unterlagen, vgl. SGB IX)
- Gewährung ausreichender Leistungseinheiten sowie ausreichender Leistungsdauer (80 Therapieeinheiten und mindestens zwölfmonatige Rehabilitationsdauer)
- Vereinfachung des Verlängerungsverfahrens (z.B. keine Forderung nach mehrseitiger Verlängerungsbegründung)
- Vereinbarung von Probebehandlungen mit begrenztem Leistungskontingent (z.B. 10 Therapieeinheiten) und
- Anhebung der Vergütungssätze

Abb. 19: Ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker – Forderungen des FVS

<p><b>Konzeptqualität, z.B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• theoretisch-wissenschaftliches Konzept</li> <li>• einheitliches Störungs- und Behandlungsmodell</li> </ul>
<p><b>Programmqualität, z.B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• adaptives Indikations- und Verweildauermodell</li> <li>• Differenzierung der Behandlungsangebote</li> <li>• spezielle Programme zur beruflichen und sozialen Reintegration</li> </ul>
<p><b>Personalstandards, z.B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• entsprechende personelle Ausstattung</li> <li>• Qualifikation der Mitarbeiter/innen</li> </ul>
<p><b>Prozessqualität, z.B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung von Therapiezielen</li> <li>• Verfahren der Therapiesteuerung</li> <li>• Fachaufsicht und Supervision</li> <li>• Einsatz einer Routinebasisdokumentation</li> <li>• Patientenbefragungen</li> <li>• Peer-Review-Verfahren</li> <li>• regionale Vernetzung</li> </ul>
<p><b>Ergebnisqualität, z.B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• empirische Absicherung der Wirksamkeit (Routinekatamnese, Patientenbefragungen)</li> <li>• Nachweis des sozialmedizinischen Rehabilitationserfolges</li> </ul>
<p><b>Internes Qualitätsmanagement, z.B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gemeinsames Qualitätsverständnis</li> <li>• klare Zuständigkeiten und Abläufe</li> </ul>

Abb. 20: Qualitätsdimensionen – Entwöhnungsbehandlung

handlungsqualität“ letztlich ausmacht (s. Abb. 20).

So hängt die Qualität der Behandlung beispielsweise ganz entscheidend von der Qualität der therapeutischen Beziehung ab. Daraus folgt, dass man über motivierte und qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen muss. Dafür benötigt man wiederum – gerade auch vor dem Hintergrund der oftmals schwierigen Personalrekrutierung (insbesondere auch im ärztlichen Bereich) und der vielfältigen persönlichen Belastungen, die mit der Tätigkeit im Suchtbereich verbunden sind – attraktive Arbeitsplätze und berechenbare Rahmenbedingungen der Einrichtungen. Die Sinnhaftigkeit der therapeutischen Tätigkeit entsteht in der Arbeit mit dem Patienten. Diese muss im Mittelpunkt der Behandlung stehen.

Dokumentation, Evaluation und qualitätssichernde Aktivitäten dürfen von daher nicht überhand nehmen, sondern müssen – wenn hierfür nicht entsprechende zusätzliche personelle Ressourcen geschaffen werden – auf ein vertretbares Maß beschränkt sein.

Vor diesem Hintergrund wird im Weiteren auf aktuelle Entwicklungen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement eingegangen.

In Entwicklung befindet sich derzeit ein gemeinsames externes Qualitätssicherungsprogramm der Leistungsträger für den Bereich der ambulanten Rehabilitation. Routinemäßig wird bereits heute in vielen ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen eine Basisdokumentation eingesetzt. Darüber hinaus existieren teilweise verschiedene interne Qualitätsmanagementprogramme. Hier ist sicherlich noch Entwicklungs- und Abstimmungsbedarf.

Eine zusätzliche finanzielle Belastung der ambulanten Stellen durch die Beteiligung an den Kosten eines externen QS-Verfahrens lehnt der FVS übrigens ab.

Im Unterschied dazu sind alle Rehabilitationsfachkliniken, die von der Rentenversicherung federführend belegt werden, bereits in ein externes Qualitätssicherungsprogramm eingebunden und erhalten somit regelmäßig z.B. Rückmeldungen zur Prozessqualität und zur Patientenzufriedenheit. Darüber hinaus hat eine Vielzahl von stationären Einrichtungen ein internes Qualitätsmanagementverfahren bereits eingeführt.

**4.3.1 Nachweis der Wirksamkeit**

Routinemäßig wird in Fachkliniken eine Basisdokumentation erhoben, ferner sollte in den Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige kontinuierlich eine katamnestische Vollerhebung zur Ergebnisqualität (ein Jahr nach Behandlungsende) durchgeführt werden, um Rückschlüsse auf die Wirksamkeit ziehen zu können.

Angesichts der anstehenden Diskussion um die Priorisierung der Gesundheitsleistungen, um Behandlungszeiten und der begrenzten finanziellen Ressourcen, ist es von entscheidender Bedeutung, die Wirksamkeit der medizinische Rehabilitation nachzuweisen. Hier hat der Suchtbereich eine Vorreiterrolle, denn es liegen eine Vielzahl von Katamnesestudien vor. Der FVS publiziert seit dem Entlassjahrgang 1996 regelmäßig klinikübergreifende Erhebungen. Wie steht es nun um die Wirksamkeit der stationären Behandlung (s. Abb. 21)<sup>20</sup>.

Die klinikübergreifende Erhebung des FVS zeigt, dass wir von einer hohen Erfolgsrate hinsichtlich des Therapieziels Abstinenz ausgehen können. Die Erfolgsquote nach einem Jahr betrug bei den Antwortern mit planmäßiger Entlassung 74,7%, bezogen auf alle entlassenen Patienten lag sie bei 43,4% (Nichtantworter werden hier als rückfällig eingestuft, Antwortquote 2003: 56,6%). Der wahre Wert liegt irgendwo dazwischen, man kann davon ausgehen, dass über 50% der Patienten nach einem Jahr abstinent leben.

Diese Erfolgsquote wird auch durch eine aktuelle Studie die von der AHG, dem FVS

	<b>DGSS 1 (N= 3.819)</b>	<b>DGSS 4 (N= 7.266)</b>
Katamnestische Erfolgsquote	74,7	43,4
Abstinent	65,2	37,8
Abstinent nach Rückfall	9,5	5,6
Rückfall	25,3	56,6
* Berechnungsform DGSS 1: alle Katamneseantworter mit planmäßiger Entlassung Berechnungsform DGSS 4: alle entlassenen Patienten, Nichtantworter werden als rückfällig gewertet.		

Abb. 21: Ergebnisqualität in der Entwöhnungsbehandlung – Klinikübergreifende Katamnese des FVS (Bereich: Alkohol/Medikamente), Entlassjahrgang 2003 Abstinenzquoten nach DGSS 1 und 4\* (in %)

und der DAK durchgeführt wurde bestätigt. 51% der DAK-Versicherten hatten im Folgejahr nach einer stationären Entwöhnung weder eine weitere Rehabilitationsmaßnahme noch eine Krankenhausbehandlung mit F10 Diagnose angetreten.

Aus der Katamnesestudie des FVS<sup>21</sup> geht hervor, dass verschiedene Variablen einen bedeutsamen Einfluss auf den Behandlungserfolg haben (s. Abb. 22). Negativ wirken sich hierbei aus: unplanmäßige Entlassung, Wiederholungsbehandlung, keine feste Partnerschaft, Erwerbslosigkeit, mindestens ein Entzug und eine Behandlungszeit von weniger als 12 Wochen bzw. von über 16 Wochen.

Variable	Erfolgsquote (Abstinenz)
Nicht planmäßige Entlassung vs. planmäßige Entlassung	- 20,4%
Erwerbslos vs. erwerbstätig bei Aufnahme	- 12,8%
Wiederholungsbehandlung vs. Erstbehandlung	- 11,0%
Behandlungsdauer bis 12 Wochen vs. 13-16 Wochen (bei planmäßiger Entlassung)	- 17,7% - 2,1%
Keine Partnerschaft vs. feste Partnerschaft	- 8,6 %
Mindestens ein Entzug vs. kein Entzug	5,9%

Abb. 22: Einflussgrößen auf den Behandlungserfolg (Zobel et. al. 2005)

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

Der Behandlungserfolg zeigt sich auch in einer deutlich höheren Lebenszufriedenheit der abstinenten im Vergleich zu den rückfälligen Patienten. Dies betrifft die Gesundheit, Freizeit, Partnersituation, den Freundes- und Bekanntenkreis sowie die berufliche Situation.

Auch die sozialmedizinischen Prognosen der Rehabilitationsträger verweisen auf den hohen Erfolg der Suchtrehabilitation (s. Abb. 23). So werden über einen Zeitraum von 2 Jahren nach einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung von 93% der Versicherten Beiträge entrichtet. Bei der stationären Behandlung waren es 88%. Die Unterschiede belegen, dass es sich um verschiedene Patientengruppen – mit vermutlich stark unterschiedlichen Erwerbsquoten – in den jeweiligen Settings handelt und eine direkte Vergleichbarkeit von daher nicht möglich ist. Es ist allerdings zu beachten, dass Beitragszahlung nicht mit Erwerbstätigkeit gleichzusetzen ist, da auch für Arbeitslose Beiträge entrichtet werden.

**4.3.2 Reha-Bewertungssystem: Qualitätsvergleiche und -berichte**

Zukünftig werden Qualitätsvergleiche zwischen Rehabilitationseinrichtungen an Bedeutung gewinnen.

Zielsetzung ist hierbei zunächst, Qualitätsindikatoren bei der Belegungssteuerung verstärkt zu berücksichtigen. Längerfristig könnten auch Ansätze einer stärker qualitätsorientierten Vergütung erprobt werden.

Vom Grundsatz her ist es zu begrüßen, wenn die Qualität der Behandlung bei der Belegung von Einrichtungen eine

lungsspektrums) der Einrichtungen führen. Ferner sollten im Rehabilitationssystem Anreize gesetzt werden, die Qualität der Behandlung zu verbessern und entsprechende Bemühungen der Einrichtungen sollten auch honoriert werden. Die DRV Baden-Württemberg hatte hierzu erste Überlegungen angestellt und erprobt. Des Weiteren hat auch die DRV-Bund (ehemals BfA) erste Vorschläge zur Entwicklung eines Rehabilitationsbewertungssystems zur Diskussion gestellt (s. Abb. 24). Basis bilden hierbei insbesondere Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsprogramm ergänzt um weitere Aspekte wie Beschwerdehäufigkeit oder Ergebnisse der Visitationen.

Grundsätzlich ist bezogen auf ein Rehabilitationsbewertungssystem zu fordern, dass Qualitätsvergleiche auf einer „gesicherten“ Basis erfolgen müssen.

Hierzu gehören:

- Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Verfahrens
- Sicherstellung der Objektivität, der Verlässlichkeit der Instrumente und der Gültigkeit der Ergebnisse ( inkl. fairer Vergleiche)
- Einbeziehung der Ergebnisqualität – insbesondere im Indikationsbereich Sucht (Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit)
- Einbezug des internen Qualitätsmanagements

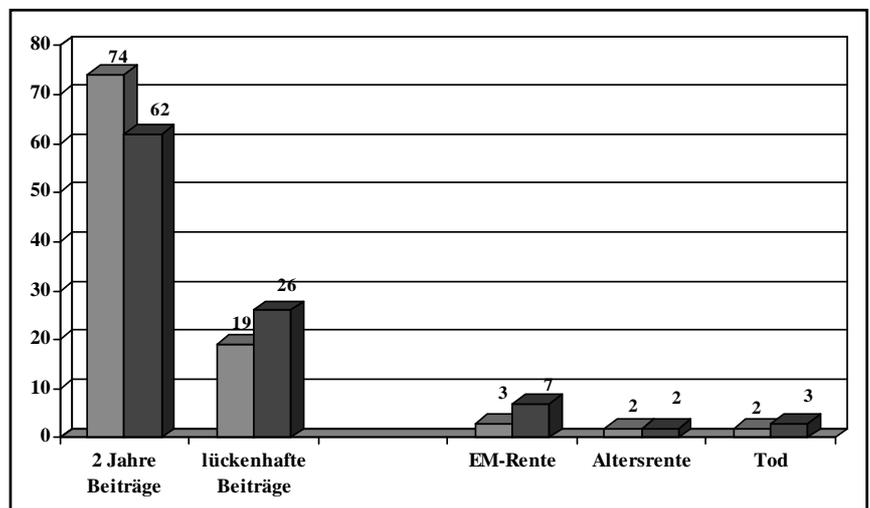


Abb. 23: Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach Suchtrehabilitation 2000 (BfA)

zentrale Rolle spielen soll. Denn die vorrangige Orientierung der Belegung und Vergütung an den durchschnittlichen Kosten aller Einrichtungen würde insgesamt zu einer Absenkung der Qualität des Behandlungssystems und zu einer Nivellierung bestehender Qualitätsunterschiede (z.B. hinsichtlich Ausstattung, personeller Ressourcen, des Behand-

- Gewichtung der einzelnen Instrumente im Rahmen eines Rehabilitationsbewertungssystems (schlüssige Gesamtbewertung)

Dies bedeutet zum einen, dass die zugrunde liegenden Daten und Informationen einen tatsächlichen Rückschluss über die Qualität einer Einrichtung erlau-

	Qualitätsstufen		
	Gute	mittlere	schlechte
E-Berichtslaufzeiten, max. 14 Tage nach Entlassung, Anteil der Berichte	> 70%	≥ 30% - 70%	< 30%
Beschwerdehäufigkeit (ggf. Indikationsspezifisch auszurichten)	< 1%	1 - 2%	> 2%
Patientenbefragung Gesamturteil	≤ 2	≤ 2 - 3	> 2 - 3

Abb. 24: Rehabilitationsbewertungssystem (RBS) erste Vorschläge der BfA am 14.04.2005

Weitere Kriterien
Peer-Review-Verfahren
Verlauf nach der Rehabilitation (Routinedaten zum Verbleib im Erwerbsleben)
Leitliniengerechte Behandlung (evidenzbasierte Therapiemodule, KTL-Auswertungen)
Ergebnisse der Visitationen (Visitationsprojekt)

ben müssen und zum anderen eine Risikoadjustierung der Rehabilitanden vorgenommen wird, um überhaupt realistische Einrichtungvergleiche zu ermöglichen. Es sollte vermieden werden „Äpfel mit Birnen“ zu vergleichen.

Im Rahmen eines Bewertungssystems lassen sich nach derzeitigem Entwicklungsstand der Instrumente und Verfahren zunächst wohl eher grobe Qualitätskategorien (z.B. erfüllt/nicht erfüllt) bilden, die in der weiteren Zukunft verfeinert werden können. Auf der Basis der Annahme, dass die mehrdimensionalen Qualitätsergebnisse auch die Qualität der Einrichtungen widerspiegeln, ist auch die Konsistenz der Ergebnisse (Dauerhaftigkeit und verfahrenübergreifend ähnliche Qualitätsergebnisse einer Einrichtung) sicherzustellen und der Indikationsbezug zu prüfen. Schwankungen der QS-Ergebnisse können vielfältige Ursachen haben (z.B. Personalwechsel, Schwankungen aufgrund einer kleinen Patientenstichprobe, aktuelle Probleme einer Einrichtung (z.B. Umbau und dadurch verursachte Lärmbelastigung)) und können möglicherweise nur vorübergehender Natur sein.

Von daher ist es grundsätzlich erforderlich, einen Qualitätsdialog mit den Einrichtungen (z.B. im Rahmen der Visitationen) zu führen und diesen auch die Möglichkeit zur Beseitigung von festgestellten Qualitätsmängeln innerhalb bestimmter Zeitkorridore einzuräumen. Auch ist eine Ausweitung der Basis der vergleichenden Bewertung durch den erheblich stärkeren Einbezug der Ergebnisqualität oder hinsichtlich des Vorhandenseins eines qualifizierten internen Qualitätsmanagement-Systems zu fordern. Insgesamt besteht hier noch erheblicher Diskussions- und Entwicklungsbedarf.

Es ist davon ausgehen, dass auch die Veröffentlichung und Verbreitung von

Qualitätsergebnissen z.B. in Form von Qualitätsberichten im Internet noch deutlich an Bedeutung in der medizinischen Rehabilitation gewinnen wird.

Krankenhäuser sind bereits ab dem Jahr 2005 dazu verpflichtet, alle 2 Jahre strukturierte Qualitätsberichte zu veröffentlichen (§ 137 SGB V).

Auch in der medizinischen Rehabilitation gibt es erste Modellprojekte und Gespräche zwischen den Leistungsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer zu dieser Thematik. Im Mittelpunkt steht hierbei, neben Strukturdaten auch die jeweiligen Qualitätsstärken von Rehabilitationseinrichtungen im Vergleich zu anderen darzustellen zu können. Hierzu werden auch Ergebnisse aus den externen QS-Programmen sowie Angaben zum internen Qualitätsmanagement Verwendung finden. Bisherige Meinungsäußerungen von Vertretern der Leistungsträger und -erbringerverbände gehen dahin, dass es notwendig ist, die allgemeinen „Spielregeln“ hierzu festzulegen. Dies betrifft z.B. Fragen wie „Welche Daten müssen verpflichtend genannt werden?“

Welche optionalen Teile können mit freien Texten versehen werden (z.B. Risikokonstellation)? Wie geht man mit dem Einfluss von Confoundern (d.h. nicht von der Einrichtung zu beeinflussenden Faktoren wie Risikomerkmale von Patienten), um damit faire Vergleiche ermöglicht werden?“ Strukturierte Qualitätsberichte dienen verschiedenen Zielen, wie:

- Entscheidungshilfe für Zuweiser
- Orientierungshilfe für verschiedene Zielgruppen (Patienten, Kooperationspartner)
- Präsentation der eigenen Qualitätsmerkmale und -ergebnisse
- Motivation zur Qualitätsoptimierung

und Anlass zur Reflexion der bislang erbrachten Leistungen

Auch stellt sich die Aufgabe, die Ergebnisse für die verschiedenen Adressaten (z.B. Leistungsträger, Behandler, Patienten) so aufzubereiten, dass sie deren Wünschen und Informationsbedürfnis genügen. Dabei wird es notgedrungen zu einer Reduktion der Komplexität der Daten kommen. Hier besteht wiederum die Gefahr, dass vereinfachende Darstellungen entstehen (z.B. in Form von Rangreihen von Einrichtungen), welche unterschiedliche Ausgangsbedingungen, methodische Probleme und Begrenzungen der Interpretationsmöglichkeiten nicht genügend berücksichtigen.

## 5. Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und der beruflichen (Re-)Integration

Die Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben ist im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen von zentraler Bedeutung, da ein hoher Anteil von Patienten/innen am Ende der Behandlung arbeitslos ist (Basisdokumentation des FVS: Stationäre Rehabilitation Alkohol-/Medikamentenabhängiger, Entlassjahr-gang 2004 - Anteil der Arbeitslosen: 47,4%).

Einrichtungen in den neuen Bundesländern mit einem besonders hohen Anteil Erwerbsloser und schwierigen strukturellen Rahmenbedingungen sind hier vor besondere Herausforderungen gestellt.

### 5.1 Arbeitslosigkeit und Rückfall

Die Katamneseuntersuchungen des FVS belegen, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Rückfall und Arbeitslosigkeit bzw. Erwerbsfähigkeit besteht (s. o.). Dieses Ergebnis wird durch vielfältige weitere Untersuchungen bestätigt.

Das ARA-Projekt, welches von der Fachklinik Wilhelmsheim in Zusammenarbeit mit dem Institut für Suchtforschung an der Fachhochschule Frankfurt a. Main durchgeführt wurde<sup>22</sup>, zeigt, dass Arbeitslose nicht nur erheblich häufiger, sondern auch in gravierenderer Form rückfällig werden.

Auch verdeutlicht diese Studie, wie auch eine Untersuchung von Lindenmeyer, dass arbeitslose Patienten signifikant früher rückfällig werden als erwerbstätige Personen (s. Abb. 25)<sup>23</sup>.

Von daher ist es gerade bei der Gruppe arbeitsloser Patienten erforderlich, in dieser kritischen Phase verstärkt soziale Stützsysteme und die Perspektive auf berufliche Wiedereingliederung zu organisieren.

Arbeitslosigkeit und Rückfall	
	innerhalb von 3 Monaten
arbeitslos bei Entlassung	60,8% aller Rückfälle
erwerbstätig bei Entlassung	36,5% aller Rückfälle

Abb. 25: Arbeitslosigkeit und Rückfall (Lindenmeyer 2005) N = 183

Im Vergleich zu den rückfälligen Erwerbstätigen ist die psychosoziale Lage der rückfälligen Arbeitslosen deutlich ungünstiger (s. Abb. 26)<sup>24</sup>.

Generell ergab die ARA-Studie, dass rückfällige Patienten bereits zu Behandlungsbeginn mit ihrer Lebenssituation und speziell ihrer Gesundheit, Freizeitgestaltung und dem Umgang mit Suchtmitteln weniger zufrieden waren. Sie erlebten sich als weniger selbstwirksam, wiesen ein niedrigeres Selbstwertgefühl auf, zeigten negativere Abstinenzserwartungen und sahen sich stärker versucht in bestimmten Situationen Alkohol zu konsumieren.

Auch erwies sich, dass die Nachhaltigkeit der Behandlungseffekte (z.B. zur Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeit, Depressivität) bei den Rückfälligen in vielerlei Hinsicht deutlich schwächer waren. Die zahlreichen und erheblichen Probleme und Teilhabedefizite zeigen, dass die Behandlung arbeitsloser Suchtkranker einem breiten Zielspektrum folgen muss. Hierzu gehören Angebote zum Abbau der Demoralisierung, zur Stärkung des Selbstwertgefühls, Schuldenregulierung, Förderung der sozialen Fähigkeiten und Maßnahmen zur Verbesserung der Teilhabechancen am Arbeitsleben. Entsprechende Zielsetzungen müssen in einen umfassenden Behandlungsplan einfließen. Dazu sind entsprechende Verfahrensweisen in den Einrichtungen erforderlich, um den besonderen Behandlungsbedarf zu erfassen, Reha-Ziele aufzustellen, die Behandlungsleistungen entsprechend zu organisieren und deren Wirksamkeit zu überprüfen.

### 5.2 Berufliche Reintegration, Behandlungsangebote und strukturelle Anforderungen

Zu fordern ist, dass für diese Patienten mit vergleichsweise ungünstiger Prognose adäquate Behandlungsangebote mit entsprechender Intensität und Dauer vorzuhalten sind. Sie benötigen besonders intensive Unterstützungs- und Fördermaßnahmen, um das Rückfallrisiko zu vermeiden und die berufliche Reintegration zu verbessern. Falls die Integration in den ersten Arbeitsmarkt keine realistische Perspektive darstellt, sollten die Teilhabechancen z.B. über die Schaffung von Arbeitsgelegenheiten, das Vorhalten von Arbeitsplätzen in Integrationsfirmen, Be-

derherstellung der Erwerbsfähigkeit gewährleistet ist und die Patienten dem Arbeitsmarkt wieder zur Verfügung stehen. Eine Handlungsempfehlung/Geschäftsanweisung vom 20.11.2004 der Bundesagentur für Arbeit, die auf Initiative des Fachverbandes Sucht zustande

Bei den Arbeitslosen zeigte sich:

- niedrigere Zufriedenheit in allen Lebensbereichen
- gravierende finanzielle Probleme
- geringere soziale Unterstützung
- geringere Selbstwirksamkeit
- stärkere Wertlosigkeitsgefühle
- höhere Depressivitätswerte
- schwächere soziale Integration
- seltener regelmäßiger Kontakt zu Selbsthilfegruppen

Abb. 26: Psychosoziale Lage der konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen vor und nach der Entwöhnungsbehandlung (ARA-Studie, Zemlin 2005).

schäftigungsinitiativen, geschützte Tätigkeiten oder das Heranführen an den zweiten Arbeitsmarkt und sinnstiftende Tätigkeiten jenseits der Erwerbsarbeit gefördert werden.

Die nächste Abbildung zeigt was Behandlungseinrichtungen tun können, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu fördern (s. Abb. 27)<sup>25</sup>.

Von zentraler Bedeutung ist es aber auch ein träger- und einrichtungsübergreifendes Rehabilitations- und Eingliederungsmanagement zu realisieren. Hierzu benötigen die Behandler Kooperationspartner um passgenau, nahtlos und zügig weiterführende Angebote zur beruflichen Reintegration nutzen zu können.

Problematisch ist insbesondere, dass sich die Agenturen für Arbeit und Arbeitsgemeinschaften häufig erst dann als zuständig ansehen, wenn die Wie-

kam, soll hier Abhilfe schaffen. Allerdings bestehen, so die Ergebnisse einer Umfrage des FVS (März 2005) bei seinen Mitgliedseinrichtungen, hier noch erhebliche Umsetzungsprobleme. Durch die Umstrukturierungsprozesse infolge der Hartz-Gesetze sind erhebliche zusätzliche Zuständigkeits- und Kompetenzprobleme auf regionaler Ebene entstanden. Die besonderen Belange spezifischer Zielgruppen fanden bislang in der Regel noch keine adäquate Berücksichtigung.

Zusammenfassend lässt sich für die Zukunft fordern, dass folgende Aspekte bereits während der medizinischen Rehabilitationsphase Berücksichtigung finden sollten (s. Abb. 28):

Es bleibt zu befürchten, dass eine Förderung von Nicht-Leistungsbeziehern und Arbeitslosengeld II-Beziehern in Form

- Infoseminare zu den „Gesetzen zu Reformen am Arbeitsmarkt“ (rechtliche Rahmenbedingungen, Auswirkungen)
- Einschätzung der Arbeitsmarktchancen und der individuellen Perspektiven (Profiling, berufsbiografische Potentialanalysen)
- Einrichtungsinterne Fallmanager zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Bezugstherapeut, Reintegrationsberater)
- Arbeitsbelastungserprobung in Betrieben
- Kompetenztrainings mit Realitätsbezug (Arbeitsbelastungserprobung, Stellensuche etc.)
- Schnittstellenmanagement (nachstationäre Kontaktaufnahme fördern, Schritte vorbereiten, Begleitung des Reintegrationsprozesses)
- Adaptionsbehandlung nutzen
- Persönliche Kontaktaufnahme zum Fallmanager der Agentur für Arbeit/ARGE, Jobcenter, Sozialämter während der Reha
- Thematische Ausrichtung der Therapieorganisation und -angebote

Abb. 27: Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben – Empfehlungen an die Behandlungseinrichtungen (vgl. Zemlin 2005)

**Integriert in die Phase der Entwöhnungsbehandlung:**

- Beratung durch die Arbeitsvermittler und Reha-Berater der Leistungsträger (individuelles Case-Management)
- Beurteilung der Reintegrationsmöglichkeiten in den Arbeitsmarkt sowie des Qualifizierungsbedarfs und der -möglichkeiten
- Bewilligung von Qualifizierungsmaßnahmen bzw. von Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung
- Entwicklung von Perspektiven, falls eine Wiedereingliederung in den 1. Arbeitsmarkt nicht möglich erscheint,
- frühzeitige Bewilligung der Adaptionsphase (Phase II der medizinischen Rehabilitation) bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen
- Einschalten von privaten Arbeitsvermittlern

**6. Evidenzbasierung und Leitlinienentwicklung**

Wissenschaftliche Studien über die Wirksamkeit einzelner Behandlungsformen sollten Grundlage für die weitere Entwicklung des Behandlungssystems und seiner ambulanten, teilstationären, stationären und kombinierten Bausteine sein.

Leistungen und Angebote der Suchtkrankenhilfe müssen insgesamt dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen. In Deutschland sollten zukünftig auch verstärkt kontrollierte (ggf. auch randomisierte) Studien im Bereich der medizini-

Abb. 28: Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben nach SGB IX

von Qualifizierungsmaßnahmen oder Umschulungen zukünftig zunehmend schwieriger wird, zumal auch die Anforderungen an die Zumutbarkeit der Arbeit im SGB II deutlich verschärft werden.

Dringend erforderlich sind insbesondere auch klare Regelungen und Zuständigkeiten im Rahmen der Umsetzung der Hartz-Gesetze.

Vor dem Hintergrund einer hohen Sockelarbeitslosigkeit (s. Abb. 29), ist die berufliche Reintegration von arbeitslosen Suchtpatienten alles andere als einfach. Gleichwohl zeigt sich, dass es sich bei der Arbeitslosigkeit um ein dynamisches Geschehen handelt. Es ist eine wesentliche Aufgabe der Rehabilitationseinrichtungen, die Chancen der Rehabilitanden zu

Erwerbstätige:	ca. 38,8 Mio.
Arbeitslose	4,8 Mio. (11,6%)
davon: langzeitarbeitslos	1,8 Mio.
Zugang Mai	502 000
Abgang Mai	- 663 000
Gemeldete Stellen	442 000

Abb. 29: Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit (Mai 2005)

erhöhen, in diesem Prozess einen Arbeitsplatz zu finden.

Hierbei darf den Einrichtungen das Arbeitsmarktrisiko allerdings nicht übertragen werden, denn der Erfolg der Bemühungen hängt gerade in diesem Bereich ganz wesentlich von den gesellschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen ab.

schen Rehabilitation Abhängigkeitskranke durch die Zurverfügungstellung entsprechender Forschungsmittel gefördert werden.

Auf der Basis der vorhandenen Studien und des Expertenwissens sind auch entsprechende Leitlinien zu entwickeln, die allerdings nur Behandlungskorridore beschreiben können und von daher von Richtlinien klar zu unterscheiden sind.

AWMF-Reg.-Nr.	Entwicklungsstufe		akt. Stand	Gültig bis
076/001	2	Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen	02/2003	02/2008
076/003	2	Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention	03/2004	03/2009
076/002	2	Akutbehandlung opiodbezogener Störungen	12/2003	12/2008
076/004	2	Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide	03/2004	03/2009
076/005	2	Cannabis-bezogene Störungen	03/2004	03/2009
076/006	2	Tabakbedingte Störungen - „Leitlinie Tabakentwöhnung“	03/2004	03/2009
076/007	2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene	10/2004	10/2009
	2	Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen	publiziert Sucht 1/2006	

Federführung: DG Sucht (Prof. Dr. L. G. Schmid und DGPPN (Prof. Dr. M. Gastpar)  
Nachlesbar [www.sucht.de](http://www.sucht.de), [www.dg-sucht.de](http://www.dg-sucht.de)

Abb. 30: AWMF-Leitlinienentwicklung (Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften)

Behandlungsleitlinien werden maßgeblich von Experten und Fachgesellschaften erstellt. Um ihre Akzeptanz zu erzielen, und damit sie Wirksamkeit entfalten, ist eine intensive Diskussion in der Fachwelt und die Herstellung eines expertengestützten Konsenses erforderlich. Unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) werden seit dem Jahr 2000 verschiedene Leitlinien zu substanzgebundenen Störungen entwickelt (s. Abb. 30).

Für die Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen incl. der Entwöhnungsbehandlung alkoholbezogener Störungen wurde zum Jahresbeginn 2006 eine entsprechende Leitlinie publiziert<sup>26</sup>. Auf der Grundlage einer umfangreichen Literatursichtung und deren Bewertung wird die stationäre Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit generell empfohlen. Für ambulante (incl. teilstationäre) Behandlungen liegen bislang zwar nur wenige Wirkungsnachweise vor, gleichwohl wird diese vor dem Hintergrund einer entsprechenden Indikationsstellung wohl ebenfalls empfohlen.

Auch die DRV-Bund hat ein Leitlinienprojekt zur stationären Entwöhnungsbe-

handlung bei Alkoholabhängigkeit ins Leben gerufen. Hierbei geht es darum, auf der Basis einer Literaturstudie und Befragung von Experten und Behandlern, die verschiedenen Berufsgruppen angehören, Therapiemodule zu bestimmen, die Bestandteil der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker sind. Hierbei handelt es sich um einen evidenzbasierte Therapiemodule und zum anderen um solche, die sich aus der Versorgungspraxis („Expertenkonsens“) oder aufgrund von Trägeraufgaben ergeben, solange diese nicht nachweislich unwirksam oder gar schädlich sind.

Für entsprechende Leistungseinheiten, welche den Therapiemodulen zugeordnet werden, soll jeweils ein wissenschaftlich begründetes bzw. expertengestütztes Soll definiert werden. Die erbrachten Leistungen einer Einrichtung, die nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen im Entlassbericht verschlüsselt werden, werden dann mit dem jeweiligen Soll verglichen, um damit zu prüfen, inwieweit entsprechende Übereinstimmungen bzw. Abweichungen bestehen. Die vorgeschlagenen Therapiemodule wie auch entsprechende Soll-Vorgaben sind allerdings nicht als festgelegte Vorgaben anzusehen und können im weiteren Prozess verändert werden. Durch die Mitwirkung von Experten der verschiedenen Berufsgruppen, Fachverbänden und wissenschaftlichen Fachgesellschaften soll die Rehabilitationsleitlinie auf eine breite Erfahrungs- und Wissensbasis gestellt werden. Zu fordern ist aus Sicht der Behandler, dass Spielräume für eine individualisierte Behandlung erhalten bleiben und nicht infolge der Leitlinie ein Normierungs- und Standardisierungsdruck entsteht, der in Richtung „Einheitstherapie“ wirkt.

## 7. Schlusswort

In Deutschland verfügen wir über ein qualitativ hochwertiges Behandlungssystem für abhängigkeitskranke Menschen, dessen Effektivität und Effizienz belegt ist. Von daher sollten zukünftige Bemühungen darauf zielen, das Erreichte zu erhalten und noch zu verbessern. Ange-

sichts eingeschränkter Ressourcen und der Diskussion um die Finanzierbarkeit von gesundheitlichen und sozialen Leistungen ist es umso notwendiger grundsätzliche Ziel- und Positionsbestimmungen vorzunehmen. Wir brauchen hierzu den Konsens der verschiedenen Leistungssträger, der Leistungserbringer und der Politik. In diesem Zusammenhang sei abschließend darauf verwiesen, dass sich die Behandlung von abhängigkeitskranken Menschen nicht nur aus ethischen und sozialpolitischen, sondern auch aus ökonomischen Gründen heraus für die Gesellschaft lohnt. Die Einsparungen durch die Rehabilitation übersteigen die Ausgaben für die Rehabilitation bei weitem.

### Literaturangaben:

- 1 vgl. Gerwinn, H., Wegener, A.: Weiterentwicklung der Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung, 5/2004, S. 297-313
- 2 Deutsche Angestelltenkrankenkasse (Hrsg.): DAK-Gesundheitsreport 2005, Hamburg 2005
- 3 Augustin, R., Kraus, L., Bühringer, G.: Umfang riskanten Konsums, substanzbezogener Störungen und jährliche Behandlungsfälle in Deutschland (aktualisierte Fassung am 01.05.2005), www.ift.de
- 4 Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Bergmann, E., Horch, K.: Kosten alkoholassoziierter Krankheiten, Reihe, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2002
- 5 Grobe, Th. G., Dörning, H., Schwartz, F. W.: Stationäre Behandlungen wegen Alkoholmissbrauch in Akutkrankenhäusern: Trends, Risikofaktoren, Rehospitalisierungsraten, Assoziationen zu anderen Erkrankungen, Mortalität, in: Sucht aktuell 2/2004, S. 5-10
- 6 dies. ebda
- 7 Rumpf H.J. et. al.: Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigkeit und-missbrauchern: Ergebnis der TACOS-Bevölkerungsstudie in: Sucht 46 (1) 2000, S. 9-17
- 8 Rumpf H.J. et. al.: Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis, in: Keller, S. (Hrsg.) Motivation zur Verhaltensänderung, Freiburg 1999, S. 57-65
- 9 Fachverband Sucht e.V.: Bachmeier, R. et. al.: Basisdokumentation von 2004 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Bonn 2005
- 10 vgl. Görgen, W., Hartmann, R.: Neue Wege in der Behandlung Suchtkranker in der frühen Sekundärprävention, Geesthacht 2002
- 11 dies. ebda.
- 12 vgl. Schneider, B., Götz, H., Groos, J.: Kooperation und Vernetzung von Akutbehandlung und Rehabilitation: Auf dem Weg zur Integrierten Versorgung, in: Sucht aktuell 1/2005, S. 28-31
- 13 Hüllinghorst, R.: Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland, in: DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2006, Geesthacht 2006
- 14 Schneider, B., Buschmann, H. C., Gies, C.: Indikationskriterien für die stationäre Behandlung auch unter Berücksichtigung spezieller Therapieprogramme, in: Sucht aktuell 1/1999, S. 22-24
- 15 Klein, W. et. al. (2006): Ergebnisevaluation zur integrierten stationären Behandlung Abhängigkeitskranker, in: Fachverband Sucht e.V. „Integrierte Versorgung“: Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation“ (in Druck)
- 16 Grawe, K.: Neuropsychotherapie, Göttingen 2004
- 17 Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Herder, F., Klüger, H., Medenwaldt, J., Weissinger, V., Wüst, G. (2005). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2003 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 2/2005, S. 5-15
- 18 dies. ebda.
- 19 Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.: Aufgaben und Finanzierung der Suchtberatung als Teil einer regionalen Versorgungsstruktur, Juli 2005, S. 3
- 20 Zobel, M. et. al.: Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2003 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige, in: Sucht aktuell 2/2005, S. 5-15
- 21 dies. ebda
- 22 vgl. Henkel, D., Zemlin, U., Dornbusch, P.: Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen, Teil H-III, in: Sucht aktuell 2/2003, 1/2004, 2/2004
- 23 Lindenmeyer, J.: Teilhabe von Suchtkranken nach SGB IX – Anspruch und Wirklichkeit, in Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Perspektiven für Suchtkranke – Teilhabe fördern, fordern, sichern, Geesthacht 2005, S. 45-60
- 24 Zemlin, U.: Teilhabe am Arbeitsleben und der Gesellschaft fördern: Empfehlungen und Forderungen aus Sicht der Behandler in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Perspektiven für Suchtkranke – Teilhabe fördern, fordern, sichern, Geesthacht 2005, S. 78-100
- 25 ders. ebda.
- 26 Geyer, D. et. al.: AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen, Sucht 52 (1), 2006, S. 8-34

### Der Autor:

*Dr. Volker Weissinger  
Geschäftsführer  
Fachverband Sucht e.V.  
Walramstraße 3, 53175 Bonn  
Tel.: 0228-261 555, Fax: 0228-215 885  
E-Mail: v.weissinger@sucht.de  
Internet: sucht@sucht.de*