

Rehabilitationsleistungen von Arbeitnehmern zu ermöglichen. Chronifizierungen von Erkrankungen können so vermindert werden und die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit durch gesundheitliche Probleme am bestehenden Arbeitsplatz schneller erkannt und Hemmnisse gemeinsam ausgeräumt werden.

VII Suchtmittelabhängige beim Hausarzt

Der erste ärztliche Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen ist in aller Regel der betreuende Hausarzt. Handelt es sich dabei um einen Versicherten mit einem orthopädischen Leiden und die Erwerbsfähigkeit ist gefährdet oder gemindert, dann erwarten wir vom Hausarzt, dass er zeitnah medizinische Rehabilitation einleitet.

Bei einer Suchterkrankung ist das anders. Warum? Die Deutsche Rentenversicherung hält immer noch an der Meinung fest, dass eine Entwöhnungsbehandlung ohne Sozialbericht aus einer Suchtberatungsstellen nicht erfolgreich sein kann.

Theoretiker glauben, dass der Hausarzt den Suchtmittelabhängigen in eine Suchtberatungsstelle vermittelt.

Praktiker wissen, dass der Suchtmittelabhängige nicht vom Hausarzt in die Suchtberatungsstelle vermittelt wird bzw. dort nicht ankommt.

Ca. 80 % aller Suchtmittelabhängigen haben als ersten Ansprechpartner ihren Hausarzt. Deshalb muss aus unserer Sicht ein direkter Weg vom Hausarzt in die Entwöhnungsbehandlung möglich werden.

Wenn die Deutsche Rentenversicherung Suchtmittelabhängige frühzeitig erfassen und behandeln will, um Folgekosten für die sozialen Sicherungssysteme und für den Steuerzahler zu reduzieren, dann muss der Hausarzt unabhängig von der Art des gesundheitlichen Problems seines Patienten die Möglichkeit der Einleitung einer medizinischen Rehabilitation haben. Die Argumentation der Motivationsentwicklung für die Behandlung kann kein ausreichender Grund für die Ungleichbehandlung der Patienten sein.

IX Fazit

Zusammenfassung und weiterführende Überlegungen:

1. Das Ziel der Suchtkrankenhilfe besteht darin, dass der Suchtkranke so schnell wie möglich ohne Suchtstoffe und ohne Sozialeistungen leben und arbeiten kann.
2. Frühzeitige Antragstellung für Entwöhnungsbehandlungen ermöglichen
 - in den ARGEN und optierenden Kommunen
 - in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern
 - in den Krankenhäusern
 - in den JVAen ohne Beteiligung einer Suchtberatungsstelle
 - durch Betriebs- und Werksärzte
 - durch Hausärzte.
3. Der Gesetzgeber ist gefordert, die Antragstellung von Leistungen zur Rehabilitation im SGB II analog dem Verfahren nach § 125 SGB III zu ermöglichen, um Erwerbsfähigkeit zu erhalten und Folgekosten einer Chronifizierung zu verhindern.
4. Suchtkrankenhilfe hat nur Zukunft in einer sich selbst zwingenden und am Erfolg partizipierenden Behandlungskette, die effizient ist und rentabel für die Gesellschaft.

„Veränderung ist das Gesetz des Lebens. Diejenigen, die nur auf die Vergangenheit oder die Gegenwart blicken, werden die Zukunft verpassen.“ (John F. Kennedy)

Literatur:

- Bunde, Helmut, Vorsitzender der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren (2007)
- Caspers-Merk, Marion, Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2002), Mann Prof. Dr., Karl, Lehrstuhl für Suchtforschung, Universität Heidelberg, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Berliner Eckpunkte
- Härtel Dr., Suchtbeauftragter der Sächsischen Landesärztekammer (2007)

John U, Hapke U, Rumpf JH et al (1996) Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Nomos, Baden-Baden

Tretter F (2001) Defizite in der Versorgung von Alkoholikern. Bayerisches Ärzteblatt 1/2001. 17 – 22

Waller, Heiko, Sozialmedizin: Grundlagen und Praxis, Kohlhammer, 5. Auflage 2002

Wienberg G (1992) Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik – ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: Wienberg G (Hrsg)

Die vergessene Mehrheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 12 – 57

Vereinbarung zum Verfahren bei Zuständigkeitswechsel während einer Entwöhnungsbehandlung vom 01. September 2006 zwischen Rentenversicherungsträger und Krankenkasse

Bundesagentur für Arbeit vom 20.11.2004, Handlungsempfehlung/Geschäftsanweisung

Die Autoren/-innen

Retzlaff, Roland
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Koordination Reha-Einrichtungen und Sozialmedizin Leipzig

Hildebrandt, Martina, Dr. med.
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Koordination Reha-Einrichtungen und Sozialmedizin Leipzig

Bechmann, Monika
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Koordination Reha-Einrichtungen und Sozialmedizin Leipzig

Ueberschär, Ina, Dr. med.
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Koordination Reha-Einrichtungen und Sozialmedizin Leipzig

2. Modellprojekte „Neue Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung“ – Erfahrungsberichte aus 4 Kliniken

Auf Initiative der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland, wie im obigen Artikel von R. Retzlaff, Dr. M. Hildebrandt et al dargelegt, wurden vier Modellprojekte zu neuen Zugangswegen in die Entwöhnungsbehandlung entwickelt. Folgende Kliniken beteiligten sich an den Modellprojekten:

- AHG Klinik Römhild
- Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH Elbingerode

- medinet-AG Alte Ölmühle Fachklinik Magdeburg
- Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda

Die Modellprojekte in Römhild und Elbingerode betreffen das Verfahren der „Schnelleinweisung ohne Sozialbericht“ aus dem Akutkrankenhaus heraus, wo die Betroffenen eine Entzugsbehandlung machten

und für eine Entwöhnungstherapie motiviert werden konnten und **nahtlos** in die Rehabilitationsklinik übernommen wurden. In Magdeburg wurde neben dem Zugangsweg „Schnelleinweisung ohne Sozialbericht“ ein weiterer Zugangsweg untersucht, der suchtkranke ALGII-Empfänger einer Entwöhnungsbehandlung entsprechend §125 SGB III zuführen. D.h. sie werden im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht von der

Agentur für Arbeit aufgefordert, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu stellen. In Liebenwerda wurde ein weiteres Modell zur Frühintervention bei suchtkranken Menschen untersucht, bei dem versucht wurde, suchtkranke Patienten auf somatischen Akutstationen frühzeitig zu erreichen und für eine weitere spezifische Behandlung zu motivieren. Die Ergebnisse der Modellprojekte wurden auf dem Heidelberger Kongress 2009 vorgestellt. Die nachfolgenden Artikel beschreiben die Modellprojekte und deren Ergebnisse aus Sicht der beteiligten Kliniken.

In der zusammenfassenden Bewertung aus Sicht der Kliniken kann man feststellen, dass eine nahtlose Verlegung aus der Entzugsbehandlung in die Rehabilitation per Schnelleinweisung ohne Sozialbericht günstig ist. Die so zugewiesenen Patienten unterscheiden sich bezüglich Ergebnisparameter nicht von „regulär“ zugewiesenen Patienten oder erreichen sogar bessere Werte. Auch bei Patienten der somatischen Akutstationen wurde eine hohe Veränderungsbereitschaft festgestellt. Die Behandlung auf einer Akutstation, ob Entgiftungsbehandlung oder somatische Behandlung, scheint ein günstiger Moment für eine Motivierung für weitere Maßnahmen wie eine Entwöhnungsbehandlung zu sein, diese sollten sich dann auch nahtlos anschließen. Die ALGII-Empfänger, die eine Entwöhnungsbehandlung auf Veranlassung der Agentur für Arbeit machen, haben höhere Abbruchquoten als „reguläre“ Patienten, jedoch beenden sie überwiegend die Therapie regulär. Die katamnestic Fallzahlen sind noch zu klein, um gültige Aussagen zu machen. Die ersten Erfahrungen sind ermutigend. Weitere Untersuchungen sind notwendig. Eine multizentrische Studie zu Schnelleinweisungsverfahren könnte weiteren Aufschluss über Auswahlkriterium und über Determinanten, nach denen sich Patienten selbst entscheiden, geben.

2.1. Neue Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung, Erfahrungen einer Klinik mit dem Verfahren der Schnelleinweisung

Michael Gänsicke

Die AHG Klinik Römhild nimmt seit 2007 am Verfahren der Direktverlegung ohne Sozialbericht (Schnelleinweisung) teil. Analysiert wurden die Daten von insgesamt 169 Patienten, die zwischen August 2007 und April 2009 nach diesem Verfahren aus insgesamt 25 verschiedenen Einrichtungen der Akutversorgung zugewiesen wurden. Diese verteilen sich zu n1=147 auf die Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit und zu n2=22 auf die Hauptdiagnose Polytoxikomanie/Ab-

Tabelle 1: Behandlungsergebnis (Entlassungsformen)

	Schnell-Einweisung Alkohol (n=147)	Normal-Einweisung Alkohol (n=147)	Schnell-Einweisung Drogen (n=22)	Normal-Einweisung Drogen (n=21)
Regulär	76,9%	77,6%	36,4%	33,3%
Vorzeitig mit Einverständnis	3,4%	1,3%	0,0%	4,8%
Vorzeitig ohne Einverständnis	14,3%	15,0%	27,2%	23,8%
Disziplinarisch	5,4%	6,1%	36,4%	38,1%
Behandlungsdauer (nur reguläre Entl.)	99,6	90,7	118,2	101,8

Tabelle 2: Behandlungsergebnis (Arbeitsfähigkeit, Prognose)

	Schnell-Einweisung Alkohol	Normal-Einweisung Alkohol	Schnell-Einweisung Drogen	Normal-Einweisung Drogen
Arbeitsfähig bei Entlassung	97,3%	92,5%	90,9%	95,2%
Belastbarkeit < 6 Stunden	5,4%	7,6%	4,5%	4,5%
Abstinenzprognose günstig	58,5%	60,5%	18,2%	38,1%
Subjektiv zufrieden mit der Reha	81,6%	85,0%	90,1%	61,9%

Tabelle 3: Behandlungsergebnis (anschließende Maßnahmen)

	Schnell-Einweisung Alkohol	Normal-Einweisung Alkohol	Schnell-Einweisung Drogen	Normal-Einweisung Drogen
Ambulante Nachsorge	80,5%	82,8%	62,5%	87,5%
Adaption	9,3%	10,3%	12,5%	12,5%
Betreutes Wohnen	5,9%	4,3%	0,0%	0,0%
Berufliche Rehabilitation	17,8%	17,2%	12,5%	37,5%

hängigkeit von (irgendeiner) illegalen Droge(n).

Um eine sinnvolle Vergleichsgruppe zu erhalten, wurden aus der Gesamtheit der im gleichen Zeitraum regulär (mit Sozialbericht) zugewiesenen Patienten zwei jeweils gleich große Zufallsstichproben gezogen.

Die im Folgenden beschriebenen Vergleiche erfolgen somit stets innerhalb der gleichen Diagnosegruppe zwischen den beiden Zuweisungsformen.

Tabelle 1 zeigt die Behandlungsergebnisse hinsichtlich der Verteilung der Entlassungsformen sowie die durchschnittlichen Behandlungsdauern:

Tabelle 2 zeigt die Behandlungsergebnisse hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit und der Abstinenzprognose.

Tabelle 3 zeigt die Behandlungsergebnisse hinsichtlich der eingeleiteten anschließenden Maßnahmen im Anschluss an die Entwöhnung (bei regulärer Entlassung):

Hinsichtlich der verschiedenen Therapieergebnisparameter findet sich kein herausragender Unterschied zwischen den beiden Zuweisungsformen. Sowohl hinsichtlich der Entlassungsform, der Arbeitsfähigkeit bei Entlassung sowie der anschließenden Maßnahmen erzielen per Schnelleinweisung zugewiesene Patienten im Durchschnitt vergleichbare Ergebnisse wie die regulär zugewiesenen Patienten. Einzig bei Drogenabhängigen finden sich (formal signifikante) Effekte zuungunsten der Schnelleinweisungspatienten hinsichtlich der therapeutischerseits eingeschätzten Abstinenzprognose und hinsichtlich der eingeleiteten Nachsorge. Ob dies ein valider Effekt ist oder auf eine Zufallsschwankung bei insgesamt kleiner Stichprobengröße zurückgeht, muss einstweilen offenbleiben.

Des Weiteren zeigt sich in mehreren Variablen ein deutlicher Niveauunterschied zwischen Alkohol- und Drogenabhängigen, der aber dem diesbezüglich allgemein bekannten Bild entspricht. Die a priori gerin-

gere Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Therapieverlaufs bei Drogenabhängigen wird offenbar nicht von der Zuweisungsform beeinflusst.

In einem weiteren Auswertungsschritt wurde versucht, patientenbezogene Variable zu identifizieren, die sich für eine spezifische Charakterisierung der Gruppe der Schnelleinweisungspatienten eignen. Tabelle 4 gibt ausgewählte soziodemografische Variablen der Untersuchungsstichproben wider:

Deutliche Unterschiede zwischen den Zuweisungsformen bestehen hinsichtlich Arbeitslosigkeit bei Aufnahme sowie hinsichtlich des Vorliegens komorbider psychischer bzw. somatischer Erkrankungen. Diese Unterschiede sind – unabhängig von einem Niveauunterschied – sowohl bei Alkoholabhängigen als auch bei Drogenabhängigen zu beobachten. Die Variablen alleinlebend und Partnerlosigkeit (als Indikatoren der außerberuflichen sozialen Integration) differenzieren nur bei Drogenabhängigen zwischen den Zuweisungsbedingungen, nicht aber bei Alkoholabhängigen. Von den mit Sozialbericht zugewiesenen Drogenabhängigen leben nahezu alle allein und ohne aktuelle Partnerschaft, während die per Schnelleinweisung Zugewiesenen zu einem Viertel bis zur Hälfte in irgendeiner sozialen Gemeinschaft wohnen bzw. eine Partnerschaft haben.

Als zweite Gruppe von Patientenmerkmalen wurden Indikatoren des bisherigen Suchtverlaufs analysiert. Neben der Häufigkeit bisheriger Behandlungen und der Prävalenz von typischen Suchtfolgeerkrankungen (substanzbedingte Hirnleistungsminderung i.S. von F1*.7 nach ICD-10, entzugsbedingte Krampfanfälle, Lebererkrankungen, Pankreatitis) wurde versucht, einerseits Patienten mit längerer, mutmaßlich wenig erfolgreicher Behandlungsvorgeschichte operational zu definieren (Patienten mit mindestens einer bzw. mehr als einer Entwöhnung in der Vorgeschichte, Patienten mit mehr als neun Entgiftungen in der Vorgeschichte). Andererseits wurde – auch im Hinblick auf eine potentielle Zielgruppe der Schnelleinweisung - der Anteil jener Patienten ermittelt, welche ohne jemals eine weitere vorherige Suchtbehandlung absolviert zu haben, direkt nach der ersten Entgiftung in die aktuelle Entwöhnung gelangten (so genannte 1-0-Patienten).

Wesentliches Unterscheidungsmerkmal zwischen den beiden Zuweisungsformen scheint hier die Prävalenz von typischen Suchtfolgeerkrankungen zu sein, die bei den per Schnelleinweisung zugewiesenen Patienten seltener vorliegen. Dieser Effekt ist abermals konsistent in beiden Diagnosegruppen anzutreffen.

Der Unterschied in der Häufigkeit vorheriger Beratungsstellenkontakte ist insofern trivial, als eine reguläre Zuweisung in der

Tabelle 4: Patientenmerkmale (Soziodemografie, Komorbidität)

	Schnell-Einweisung Alkohol	Normal-Einweisung Alkohol	Schnell-Einweisung Drogen	Normal-Einweisung Drogen
Mittleres Alter in Jahren	41,8	41,1	27,9	27,1
Anteil Frauen	13,6%	12,9%	4,5%	14,3%
Arbeitslos bei Aufnahme	38,1%	85,0%	36,4%	85,7%
alleinlebend	57,1%	58,6%	50,0%	95,2%
ohne Partnerschaft	58,5%	54,5%	72,7%	95,2%
Aktuell psych. Störung	17,8%	30,6%	47,6%	61,9%
Chron. somat. Erkrankung	9,5%	18,4%	9,1%	23,8%

Tabelle 5: Patientenmerkmale (suchtbezogene Merkmale)

	Schnell-Einweisung Alkohol	Normal-Einweisung Alkohol	Schnell-Einweisung Drogen	Normal-Einweisung Drogen
Suchtfolgeerkrankungen	10,9%	30,6%	31,8%	57,1%
Früherer PSB-Kontakt	50,3%	98,0%	45,5%	100,0%
Entgiftungen (Median)	1,8	1,9	2,0	1,8
Mindestens 1 Entwöhnung	34,0%	34,7%	31,8%	23,8%
Mehr als 1 Entwöhnung	10,2%	15,0%	0,0%	0,0%
Mehr als 9 Entgiftungen	10,2%	7,5%	9,1%	4,5%
1 Entgiftung, 0 Entwöhnung	36,0%	34,7%	31,8%	23,8%

Regel einen Beratungsstellenkontakt voraussetzt. Bemerkenswert ist jedoch, dass rund die Hälfte der Schnelleinweisungspatienten bereits in der Vorgeschichte Kontakt zu einer Beratungsstelle hatten, dieser Kontakt aber offenbar nicht zu einer Suchtrehabilitation geführt hat.

Hinsichtlich der Indikatoren des bisherigen Krankheits- und Behandlungsverlaufs lassen sich die Patienten der beiden Zuweisungsformen nicht diskriminieren. Hierbei mag der Schwellenwert mehr als 9 Entgiftungen willkürlich anmuten; eine Variation dieses Schwellenwerts nach oben bzw. nach unten erbrachte jedoch, abgesehen von der zu erwartenden Niveauverschiebung, keine aussagefähigen Resultate i.S. der Gruppentrennung. Bemerkenswert erscheint die Beobachtung, dass der Anteil so genannter 1-0-Patienten, die nach der ersten Entgiftung (und ohne vorherige Entwöhnung) in die Suchtrehabilitation gelangten, bei den Schnelleinweisungspatienten nur bei etwa einem Drittel liegt, ungefähr der gleiche Anteil aber auch bei regulär zugewiesenen Alkoholabhängigen vorliegt.

Zusammenfassende Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass sich die ohne Sozialbericht zugewiesenen Patienten hinsichtlich der Ergebnisparameter im Durchschnitt nicht von den regulär zugewiesenen Patienten unterscheiden bei einer etwas längeren mittleren Behandlungszeit. Dieser Befund bestätigt bzw. übertrifft die Ergebnisse des von der LVA Sachsen durchgeführten Modellprojekts (Weber et al. 2006). Hinsichtlich relevanter Patientenmerkmale findet sich bei den Schnelleinweisungspatienten eine geringere Belastung mit Begleiterkrankungen sowie ein höherer Anteil von Patienten mit erhaltenem Arbeitsplatz, während diverse Indikatoren des bisherigen Krankheits- bzw. Behandlungsverlaufs in beiden Zuweisungsgruppen ungefähr gleich verteilt sind. Diese für Alkoholabhängige höchstwahrscheinlich zutreffenden Aussagen lassen sich aufgrund der geringen Fallzahl nur mit eingeschränkter Sicherheit auf Drogenabhängige übertragen. Fehlende Interaktionen zwischen den Faktoren Diagnose und Zuweisungsbedingung sprechen jedoch für eine Unabhängigkeit der beobachteten Effekte von der Art des Suchtmittels.

Bei den durch die Schnelleinweisung in unserer Klinik verlegten Patienten scheint es sich keinesfalls um eine klar abgrenzbare Patientengruppe zu handeln. Vielmehr dürfte hier eine ähnliche Variation suchtbezogener und sozialer Variablen vorliegen wie bei regulär zugewiesenen Patienten, jedoch bei einer im Mittel besseren beruflichen Integration und Gesundheit. Wie aus Tabelle 5 ersichtlich ist, hatten rund zwei Drittel aller Schnelleinweisungspatienten bereits frühere Kontakte mit dem Suchthilfesystem (Komplement zu den „1-0-Patienten“); rund die Hälfte hatte bereits Kontakt zu einer Beratungsstelle. Zieht man hiervon den Anteil der Therapiewiederholer ab, verbleibt dennoch ein substantieller Anteil von Personen, bei denen trotz bestehender Kontakte zum Suchthilfesystem die Einleitung einer Suchtrehabilitation nicht zustande kam. Daher drängt sich die Vermutung auf, dass es vor allem situative Aspekte sind, die nach meist längerer Krankheitsvorgeschichte mit z.T. erfolglosen Behandlungsversuchen die Entscheidung zur Inanspruchnahme einer Suchtrehabilitation determinieren. Hierbei kommt der Auswahl und Motivation von Patienten während der Entgiftungsbehandlung zentrale Bedeutung zu.

Es wäre in einer eigenen Untersuchung zu klären, nach welchen Determinanten Patienten für den Weg einer Direktverlegung einerseits sich selbst entscheiden bzw. andererseits vom zuständigen Personal der Akutklinik ausgewählt werden.

Literatur:

Weber M, Hegner M, Retzlaff R. Neue Zugangswege zur medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) – Antragstellung ohne Suchtberatungsstelle und ohne Sozialbericht. *Sucht* aktuell 2, 2006, 28-32.

Autor:

Dr. Michael Gänsicke,
Dipl. Psychologe, Leitender Psychologe
AHG Klinik Römhild
Am Großen Gleichberg 2
98631 Römhild

2.2. Wer profitiert von der Direktverlegung? – Eine Evaluation der Zugangsformen ‚mit‘ und ‚ohne Sozialbericht‘ zur stationären Entwöhnungsbehandlung anhand von Therapieergebnis und 1-Jahres-Katamnese -

Dietmar Kemmann

Die medizinische Rehabilitation Sucht des Diakonie-Krankenhauses Harz in Elbingerode hält 132 Belegbetten vor. Behandelt werden in einem integrierten Konzept alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Patientinnen¹ und Patienten. Für die vorliegende Untersuchung werden folgende Daten zugrundegelegt:

- Die softwaregestützte Erfassung aller im Jahr 2007 entlassenen Patienten mit dem Erhebungsbogen der Basisdokumentation Sucht (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2002)
- Die entsprechende katamnestische Nachbefragung aller Patienten des Entlassjahrgangs 2007 mit dem Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2002). Die Durchführung und Auswertung der katamnestischen Nachbefragung erfolgte anhand der Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen der „Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie“ (1985, 1992, 2001).

Im Jahr 2007 wurden 525 Patienten entlassen, davon 359 (= 68,4 %) mit der Erstdiagnose F10.2, 155 (= 29,5 %) mit der Erstdiagnose der „Drogenabhängigkeit“ (F11.2 – F19.2 außer 13.2 und 17.2) und 11 (= 2,1 %) mit der Erstdiagnose der Medikamentenabhängigkeit (F13.2).

Im Fokus der vorliegenden Untersuchung waren hier die aus psychiatrischen bzw. qualifizierten Entgiftungen „direkt“, d.h. ohne Sozialbericht und nahtlos verlegten (=DV)-Patienten. Da diese Patientenstichprobe mit N = 43 über alle Diagnosen zu klein ist, um nach Hauptdiagnose zu differenzieren, wurde sie wie auch die Vergleichsgruppen für die meisten Fragestellungen zusammengefasst.

Im Folgenden werden zunächst alle „Nahtlosen“ verglichen mit den Patienten, die über die „üblichen“ Zugangswege zur Reha gekommen sind [hierunter werden alle zusammengefasst, die mit Sozialbericht und dabei **nicht** als „Eilfall“ bzw. **nicht** „nahtlos“ aus einem Krankenhaus gekommen sind].

¹ Zukünftig wird die männliche Form genutzt, womit aber beide Geschlechter gemeint sind.

In einem weiteren Schritt werden die „nahtlosen“ Patienten der DRV Mitteldeutschland verglichen mit „nahtlosen“ Patienten anderer Kostenträger, da von einer höheren Homogenität der Versicherten eines Kostenträgers auszugehen ist. Abschließend wird noch einmal unterschieden zwischen „nahtlos vermittelten Patienten mit Sozialbericht“ und „direkt verlegten Patienten ohne Sozialbericht“, jeweils Versicherte der DRV Mitteldeutschland. Diese Unterscheidungen erscheinen sinnvoll, da schon vor dem von der DRV Mitteldeutschland eingeführten Verfahren der „Direktverlegung“ Patienten nahtlos aus Entgiftungseinrichtungen in die Rehabilitation gekommen sind. Untersuchungstechnisch könnte das Zusammenfassen der „Nahtlosen mit Sozialbericht“ mit der Gruppe mit den üblichen Zugangswegen den möglichen Effekt der Direktverlegung verwischen; außerdem besteht inhaltlich die Möglichkeit, dass die „Direktverlegung ohne Sozialbericht“ nichts anderes darstellt als eine vereinfachte Variante der „Nahtlosigkeit“ ohne weiteren nennenswerten Effekt. In der vorliegenden Untersuchung soll aber gerade der Effekt für die DV-Patienten untersucht werden, wobei vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion folgende Fragestellungen von Interesse waren:

1. Unterscheiden sich „nahtlose“ von „nicht-nahtlosen“ Patienten voneinander (soziodemographisch sowie anhand weiterer ausgewählter Patientenmerkmale), und gibt es darüber hinaus einen signifikanten Unterschied zu DV-Patienten?
2. Haben „nahtlose“ oder „nicht-nahtlose“ Patienten ein besseres Therapieergebnis? Wie wirkt sich hier die Direktverlegung auf das Therapieergebnis aus?
 - a. Von besonderem Interesse erscheint hier die Vermittlung in die suchtspezifische Nachsorge, da aufgrund des Zugangsweges der Direktverlegung die Suchtberatungen bei der Vermittlung ‚umgangen‘ wurden.
3. Gibt es Unterschiede in den Katamnese-Ergebnissen zwischen „nahtlosen“, „nicht-nahtlosen“ und DV-Patienten?
 - a. Auch hier wird besonderes Augenmerk auf die tatsächlich gelungene Vermittlung in die suchtspezifische Nachsorge gelegt.

Tabelle 1 gibt die einzelnen erfassten Patientengruppen wieder:

Erkennbar wird hier, dass der Anteil der DV-Patienten unter 10 % liegt, damit eine nicht unerhebliche, aber doch eine recht kleine Untergruppe bildet.

1. Zugangswege und Patientenmerkmale

Einen Überblick über die Patientenstruktur des Entlassjahrgangs 2007, unterschieden nach den Zugangswegen, gibt Tabelle 2. Verglichen wurden die einzelnen Gruppen nach Alter, Geschlecht, Familiensituation

und Erwerbssituation sowie auch nach Dauer der Abhängigkeit, Anzahl der Vorbehandlungen und nach bestehenden Kontakten zur Suchthilfe.

Zusammenfassend lassen sich folgende Zusammenhänge zwischen Zugangsweg und Patientenmerkmalen erkennen:

1. Bezüglich des durchschnittlichen Alters, der Geschlechtsverteilung sowie auch der Partner- bzw. Familiensituation lässt sich kein Unterschied erkennen.
2. Es gibt einen generellen Unterschied zwischen Nahtlosen und Nicht-Nahtlosen bezüglich Erwerbssituation, mittlerer Dauer vorheriger Arbeitslosigkeit und Abhängigkeitsdauer:
 - a. Es besteht eine signifikant höhere Erwerbsrate bei nahtlosen Patienten.
 - b. Die durchschnittliche Dauer der Erwerbslosigkeit ist deutlich niedriger.
 - c. Die Abhängigkeitsdauer bis zur Aufnahme der stationären Rehabilitation ist signifikant niedriger.
=> Nahtlose Patienten auch im bisher üblichen Verfahren werden „früher“ erreicht.
3. DV-Patienten unterscheiden sich von anderen Nahtlosen noch einmal bzgl. Erwerbssituation und Abhängigkeitsdauer:
 - a. Direktverlegte werden noch einmal signifikant früher erreicht.
4. Nahtlose haben generell signifikant weniger
 - a. suchtspezifische Vorbehandlungen;
 - b. weniger Kontakt zu Suchtberatungen;
 - c. weniger Kontakt zu Selbsthilfegruppen.
 - d. **Direktverlegte** unterscheiden sich davon noch bei den Vorbehandlungen, sonst nur noch tendenziell, nicht mehr signifikant!

Aus der Übersicht in Tabelle 2 lässt sich m.E. ein erster Trend erkennen, dass durch einen nahtlosen Zugang und darüber hinaus durch die Direktverlegung ohne Sozialbericht Patienten früher, d.h. nach kürzerer Abhängigkeitsentwicklung und mit weniger sozialen Abbauprozessen in die stationäre medizinische Rehabilitation kommen. Eine geringere Anzahl suchtspezifischer Vorbehandlungen lässt auch darauf schließen, dass bislang weniger kostspielige medizinische Behandlungen nötig waren.

2. Zugangsweg und Therapieerfolg

Die Ergebnisse der Überprüfung, inwieweit sich Patientengruppen mit unterschiedlichen Zugangswegen im unmittelbaren Therapieerfolg unterscheiden, gibt Tabelle 3 wieder. Der Therapieerfolg wurde operationalisiert über die Entlassform (die unterschiedlichen Entlassformen wurden zusammengefasst nach „regulär“ und „irregulär“), die Prognose (erfasst anhand der Therapeuteinschätzung innerhalb der Basisdokumentation Sucht) und die Ver-

Tabelle 1: Untersuchte Patientenstichproben nach Zugangsformen (N = 525); Angaben absolut und in Prozent

	Unterscheidung nach Zugangsweg		„Nahtlose“ unterschieden nach Kostenträger		„Nahtlose“ der DRV MD „mit“ und „ohne“ Sozialbericht	
	„üblicher“ Zugang	„nahtloser“ Zugang	Andere Kostenträger	DRV Mitteldeutschland	DRV MD mit Sozialbericht	DRV MD ohne Sozialbericht
N (Anteil in % an Gesamtstichprobe)	395 (75,2 %)	130 (24,8 %)	54 (10,3 %)	76 (14,5 %)	33 (6,3 %)	43 (8,2 %)

Tabelle 2: Ausgewählte Patientenmerkmale und deren Ausprägungen je nach Zugangsart

	Unterscheidung nach Zugangsweg		Davon: „Nahtlose“ unterschieden nach Kostenträger		Davon: „Nahtlose“ der DRV MD „mit“ und „ohne“ Sozialbericht	
	„üblicher“ Zugang	„nahtloser“ Zugang	Andere Kostenträger	DRV Mitteldeutschland	DRV MD mit Sozialbericht	DRV MD ohne Sozialbericht
Alter (im Durchschnitt)	39	41	41	39	40	39
Prüfung auf statistische Signifikanz (ANOVA)	n.s.		n.s.		n.s.	
Geschlecht (Anteil weiblich)	21,8	20,8	27,8	16,9	20,7	14
Prüfung auf statistische Signifikanz (ANOVA)	n.s.		n.s.		n.s.	
Familiensituation (% alleinlebend)	52	47	39	50,5	55	47
Prüfung auf statistische Signifikanz (ANOVA)	n.s.		n.s.		n.s.	
Erwerbssituation (% erwerbstätig)	26,9	45,1	58,3	34,6	22,2	44,2
Prüfung auf statistische Signifikanz (ANOVA)	P < .001***		P < .05 *		P < .1 +	
Dauer Arbeitslosigkeit (Ø in Monaten)	25	13,9	10,6	16,2	16,1	16,2
Prüfung auf statistische Signifikanz (ANOVA)	P < .01**		n.s.		n.s.	
Abhängigkeitsdauer (Ø in Jahren)	18	15,1	16,2	14,4	16,9	12,4
Prüfung auf statistische Signifikanz (ANOVA)	P < .01**		n.s.		P < .05 *	
Vorbehandlungen (Ø Anzahl, alle Behandlungsformen)	7,6	5	5,3	4,8	6,1	3,8
Prüfung auf statistische Signifikanz (ANOVA)	P < .01**		n.s.		P < .05 *	
Kontakt Suchtberatung (regelm. in %)	35	17,7	20,4	15	17	14
Prüfung auf statistische Signifikanz (ANOVA)	P < .001 ***		n.s.		n.s.	
Kontakt Selbsthilfegruppe (regelm. %)	16,8	4,6	7,4	3	7	0
Prüfung auf statistische Signifikanz (ANOVA)	P < .001 ***		n.s.		n.s.	

mittlung in eine suchtspezifische Nachbehandlung, und zwar Vermittlung überhaupt, egal ob betreute Wohnform, Suchtberatung etc.

Die Ergebnisse zeigen zunächst, dass sich die „Nahtlosen“ Patienten insgesamt in der Prognose von den „üblich“ vermittelten Patienten leicht positiv unterscheiden. In

Tabelle 3: Therapieerfolge je nach Zugangsweg

Entlassform (regulär in %)	71,1	75,4	77,8	75,2	79,3	72,1
Prüfung auf statistische Signifikanz (ANOVA)	n.s.		n.s.		n.s.	
Prognose („günstig“ in %)	54,2	65,5	63	67,3	69,2	65,8
Prüfung auf statistische Signifikanz (ANOVA)	P < .05*		n.s.		n.s.	
Vermittlung (generell in %)	95,9	94,6	96,3	93,3	96,6	90,7
Prüfung auf statistische Signifikanz (ANOVA)	n.s.		n.s.		n.s.	

den anderen Kriterien ergaben sich keine Unterschiede. Darüber hinaus ergaben sich nur ein tendenziell, aber kein signifikant schlechteres Outcome für die DV-Patienten.

Wie sah nun die konkrete Vermittlung in die Suchtberatung aus (Beantragung der ambulanten Nachsorge bzw. Rehabilitation, verbindlich vereinbarter Beratungstermin nach der Reha)? Einen Überblick hierüber, verglichen mit vorher vorhandenen regelmäßigen Kontakten zur Suchtberatung, gibt Abbildung 1:

Die Vermittlung in die Suchtberatung nach der Therapie ist jeweils sehr viel höher als ein vorheriger Kontakt zu Einrichtungen der Suchthilfe (jeweils $p < .001^{***}$, Wilcoxon)! Hier deutet sich an, dass die Suchtberatungen durchaus vom Zugangsweg der Nahtlosigkeit und auch der Direktverlegung profitieren.

3. Zusammenhänge zwischen Zugangswegen und 1-Jahres-Katamnese

Von entscheidendem Interesse ist ja, was am Ende heraus kommt. Profitieren DV-Pa-

tienten ähnlich von einer stationären Rehabilitation wie Patienten, die über einen üblichen Zugangsweg kommen? Entsprechend sollen die Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese des Diakonie-Krankenhauses Harz in Elbingerode, differenziert wiederum nach den Zugangswegen, herangezogen werden. Ergeben sich Unterschiede in der Abstinenzrate, der Erwerbsrate und dem tatsächlich erfolgten Aufsuchen der Suchtberatung?

Die katamnestischen Ergebnisse werden bezüglich der Abstinenzrate dargestellt unterschieden nach den Hauptdiagnosen „Alkoholabhängigkeit“ und „Drogenabhängigkeit“, da die Erfolgsraten hier ja bekanntlich sehr voneinander abweichen und es schon schwierig ist, bei Drogenabhängigkeit überhaupt zu einer angemessenen Rücklaufquote zu kommen (Missel, Schneider, Bachmeier, Funke, Garbe, Herder, Kersting, Medenwaldt, Verstege, Weissinger & Wüst, in SuchtAktuell 01/2009). Bezüglich Erwerbsrate und erfolgter Vermittlung in die Suchtberatung wird dann – wie oben auch – nicht mehr nach Hauptdiagnose unterschieden.

Der Rücklauf der 1-Jahres-Katamnese 2007 betrug über alle Suchtstoffe und alle Patienten 65 %, bei den „Nahtlosen“ 69 % und bei den DV-Patienten 67 % (Unterschiede nicht signifikant), sodass hier Vergleichbarkeit besteht. Der Rücklauf für die Alkoholabhängigen war mit 72 % sehr befriedigend, mit 50,3 % für die Drogenabhängigen ebenfalls befriedigend hoch.

Dargestellt werden die Abstinenzraten der Kürze halber nach dem konservativsten Standard 4 der DGSS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001), bei dem über alle (regulär und irregulär) entlassenen Patienten alle Nicht-Antwörter als rückfällig eingestuft werden. Die tatsächliche Abstinenzrate wird dabei unterschätzt. Als „stabil abstinent nach Rückfall“ wird nur gewertet, wer mindestens 12 Wochen vor dem Befragungszeitpunkt nicht mehr konsumiert hat.

Abbildung 2 zeigt die Abstinenzrate nach DGSS 4 für die Patienten mit der Erstdiagnose „Alkoholabhängigkeit“, unterschieden nach Zugangswegen:

Die Mindest-Erfolgsrate bezüglich Abstinenz unterscheidet sich zwischen „üblichen“ Patienten (52,4 % abstinent) und „nahtlosen“ Patienten (51,9 % abstinent) nicht voneinander. Auch die nahtlosen Patienten der DRV Mitteldeutschland zusammengefasst (52,1 % abstinent - in Abbildung 2 nur getrennt dargestellt) unterscheiden sich nicht signifikant von den nahtlosen Patienten anderer Kostenträger (51,1 % abstinent). Deutliche Unterschiede lassen sich nur zwischen den Versicherten der DRV Mitteldeutschland erkennen, wobei die direktverlegten (DV-)Patienten mit 59,5 % die erkennbar beste Abstinenzrate

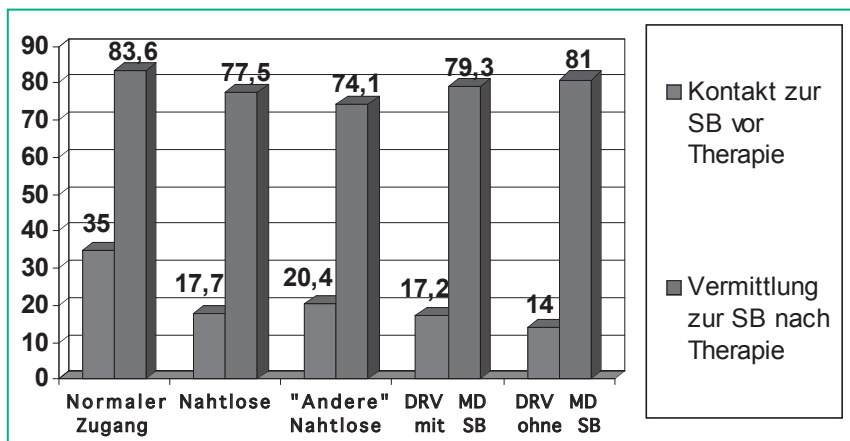


Abbildung 1: Vorheriger Kontakt zu und Vermittlung in die Suchtberatung nach der Therapie

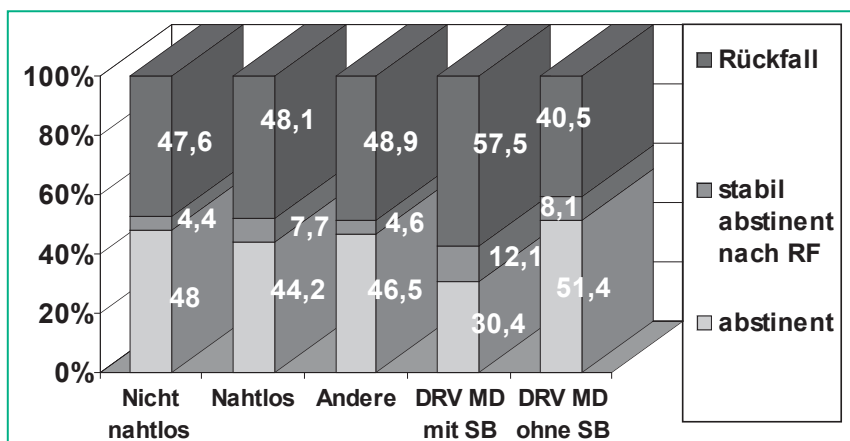


Abbildung 2: Abstinenzrate der alkoholabhängigen Patienten nach DGSS 4. Nicht-Antwörter werden als rückfällig eingestuft

von allen Untergruppen aufweisen! Hier haben die DV-Patienten das beste Outcome.

Abbildung 3 gibt die Abstinenzrate nach DGSS-4 für die Patienten mit der Erstdiagnose „Drogenabhängigkeit wider. Hier ist aber zu beachten, dass die Zahl der „Nahtlosen“ insgesamt mit N = 23 recht niedrig ist und die Grafik eigentlich nur für die unter „Nahtlosen“ zusammengefassten Patienten noch ein einigermaßen realistisches Bild zeichnet.

Aus Abbildung 3 ist sicher zu entnehmen, dass nahtlos vermittelte Patienten insgesamt deutlich zu profitieren scheinen: Die Abstinenzrate ist mit 47,8 % im ungünstigsten Fall deutlich höher als für die Patienten, die über die üblichen Zugangswege gekommen sind. Möglicherweise spielt hier eine Besonderheit des Diakonie-Krankenhauses Harz eine Rolle: Etwa 50 bis 70 % der nahtlos übernommenen Patienten kamen über die angrenzende psychiatrische bzw. qualifizierte Entgiftung des DKH Harz; die schon vorher mögliche Kontaktaufnahme und damit vertiefte Beziehung zum Behandlungssystem könnte eine stabilisierende Rolle für den Behandlungserfolg spielen.

Die Abbildungen 4 und 5 zeigen nun die katamnestisch erhobene Erwerbsrate sowie die tatsächlich erfolgte Anbindung an die Suchtberatungsstellen, jeweils im Vergleich zur Situation vor der Rehabilitation.

Zu erkennen ist, dass die Erwerbsrate insgesamt ansteigt, und zwar für die DV-Patienten in etwa in dem Maße, wie für die nahtlos aufgenommenen Patienten insgesamt. Die tatsächlich erfolgte Anbindung an eine Suchtberatung war auch für die DV-Patienten um ein mehrfaches höher als ein stabiler Kontakt vor einer stationären Rehabilitation.

4. Schlussfolgerungen

Neben anderen lassen sich aus der vorliegenden Untersuchung für die Maßnahme der Direktverlegung aus dem Krankenhaus ohne Sozialbericht m.E. folgende Schlussfolgerungen ziehen:

Die Direktverlegung aus dem Krankenhaus ohne Sozialbericht:

1. verkürzt die Leidenszeit der Betroffenen;
2. hilft, soziale Desintegrationsprozesse zu verhindern;
3. führt nicht zu einem schlechteren Therapieergebnis (Entlassform, Prognose);
4. führt keinesfalls zu einer schlechteren Abstinenzrate, sondern zu einer tendenziell besseren Abstinenzrate;
5. schafft zwar nur eine etwas niedrigere Anbindung an die Suchtberatung wie andere Zugangsformen, aber: dennoch war der Zugang der Betroffenen zur Suchtberatung nach der Therapie vierfach höher als vorher!

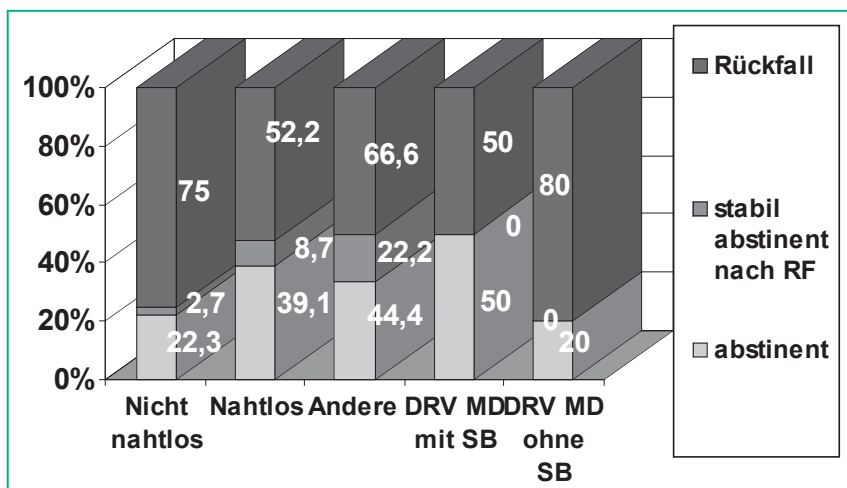


Abbildung 3: Abstinenzrate der drogenabhängigen Patienten nach DGSS 4. Nicht-Antwörter werden als rückfällig eingestuft

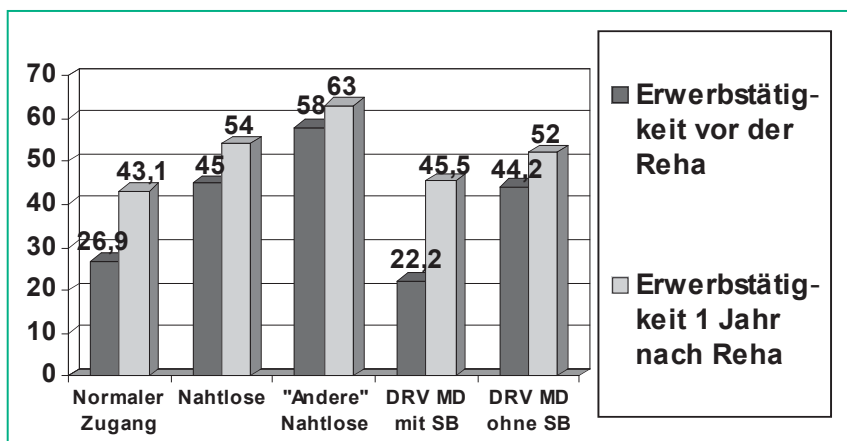


Abbildung 4: Erwerbsrate vor und 1 Jahr nach der Reha, unterschieden nach Zugangsformen

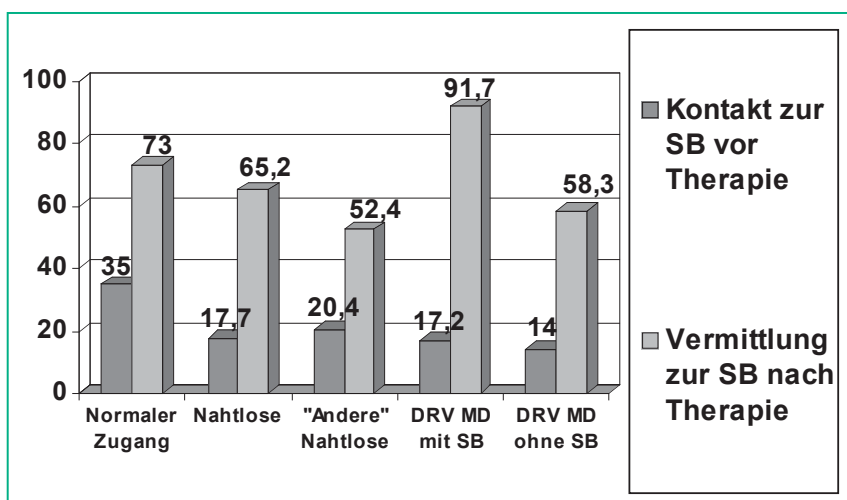


Abbildung 5: Kontakt zur Suchtberatung vor und 1 Jahr nach der Reha, unterschieden nach Zugangsformen

Auf die Frage aus dem Titel „Wer profitiert von der Direktverlegung?“ könnte man salopp mit der Gegenfrage antworten: „Wer nicht?“

Literatur:

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1985). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg: Lambertus.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1992). Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg: Lambertus.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. SUCHT, 47. Jahrgang, Sonderheft 2.

Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2002). Erhebungsbogen zur Basisdokumentation (Basisdokumentation Sucht), Hilden

Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2002). Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese Sucht), Hilden

Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2009). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2006 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht-Aktuell 16/01.09

Autor:

Dietmar Kemmann, Dipl.Psych., Ltd. Psychologe
Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH
Brockenstraße 1, 38875 Elbingerode

2.3. Schnelleinweisung nach dem „Magdeburger Weg“ – Erfahrungen der medinet-AG Alte Ölmühle Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen Magdeburg

Lukas Forscher

Wie in dem Bericht „Alkoholbezogene Krankheitslast und Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt“ des Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt von 2008 beschrieben, war die Quote von Krankenhausfällen und die Sterblichkeit aufgrund von Alkohol bzw. Alkoholfolgeerkrankungen in den letzten Jahren (Untersuchungszeitraum 200-2006) besonders in Sachsen-Anhalt aber auch den neuen Bundesländern deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Ebenso lag die alkoholbedingte Frühberentung in Sachsen-Anhalt deutlich höher als im Bundesdurchschnitt.

Ab dem 01.01.2007 wurde im Rahmen des Modellprojektes „Magdeburger Weg“ zwischen der DRV-Mitteldeutschland und der ARGE¹ sowie den Fachkliniken und den zuweisenden Psychiatrischen Akuthäusern zwei neue Zugangswege in der Entwöhnungsbehandlung definiert:

Weg „ARGE“

1. Feststellung oder Verdacht auf eine Abhängigkeitserkrankung durch die ARGEN
2. Aufforderung des Hilfebedürftigen, analog § 125 SGB III2, sich einer ärztlichen Begutachtung zu unterziehen
3. Bei bestätigter Indikation wird durch die ARGE gemeinsam mit dem Betroffenen eine Zielvereinbarung getroffen und ein Antrag auf Rehabilitation mit den ärztlichen Unterlagen ohne Sozialbericht gestellt
4. Vorbereitungsgruppe der Klinik

Weg „Nahtlos“

1. Betroffene/r befindet sich zur Entgiftung im KH und kann für AEB motiviert werden
2. Antrag auf Schnelleinweisung durch Klinikarzt/-in bei DRV-M
3. Direktverlegung in Rehabilitation

Folgende **Ziele** sollten durch das Modellprojektes erreicht werden:

1. Suchtmittelabhängige arbeitslose Menschen sehr frühzeitig für eine Entwöhnungsbehandlung gewinnen
2. Vorzeitiges krankheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben entgegengewirkt
3. Vermittlungshemmnisse beseitigen

Im Rahmen des Modellprojektes „Magdeburger Weg“ erfolgte eine Schulung der Fallmanager der ARGE zur Erkennung von Hinweisen auf eine Suchterkrankung durch erfahrene Suchttherapeuten bzw. Suchtmediziner, eine Ausdehnung des Gutachterdienstes der ARGE, eine genaue Definition der Abläufe und eine Einrichtung einer Vorbereitungsgruppe in der Fachklinik Alte Ölmühle in der Betroffene, sich informieren und unter Anleitung eines Suchttherapeuten austauschen können. Den Betroffenen, die durch die ARGE zur Therapie aufgefordert wurden, wurde die Mitwirkungspflicht betont und eventuell Sanktionsmaßnahmen, d.h. Kürzung der Bezüge, in Aussicht gestellt (siehe SGB III §125b²).

In der Fachklinik Alte Ölmühle wurden Anfang 2007 die ersten Patienten über diese Zuweisungen aufgenommen. Es liegen jetzt die Erfahrungen aus 2 Jahren vor. 2007 wurden in der Fachklinik Alte Ölmühle 272 und 2008 313 Patienten stationär behandelt. Davon wurden 2007 auf dem Weg „ARGE“ 17 (6%) Patienten und 2008 62 (19%) Patienten aufgenommen. Über den Weg „Nahtlos“ wurden 2007 54 (20%) und 2008 51 (16%) Patienten aufgenommen. Die Fallzahl von 17 „Arge“-Patienten ist klein und deshalb in ihrer Aussagekraft begrenzt. Eine besondere Aufmerksamkeit galt zunächst der Motivation dieser Patienten. Kritische Stimmen warnten vor hohen Abbruchquoten, da keine Motivationsbildung durch Beratungsstellen erfolgt war. Von klinischer Seite fragten wir uns, ob diese Patienten im Klinikalltag besonders auffallen würden und zusätzliche therapeutische In-

terventionen z. B. eine besondere Aufnahmegruppe notwendig sein würden. Einige Patienten, die über die ARGE zu uns kamen, betonten ihren Unmut und Ärger über den Zwang, der auf sie ausgeübt wurde. Einige konnten sich nach einer Eingewöhnungszeit gut auf die Therapie einlassen und zeigten sich dann auch froh darüber, dass ihnen geholfen wurde, ihr Suchtproblem in Griff zu bekommen. Der Großteil dieser Patienten fiel unter den anderen Patienten nach einigen Wochen nicht mehr auf.

Die 2007 aufgenommenen Patienten wurden in der 1-Jahres-Katamnese untersucht und nachfolgend werden die Ergebnisse vorgestellt. Außerdem können wir die Entlassungsform der 2007 und der 2008 aufgenommenen Patienten darstellen. Zunächst einige Angaben über Merkmale der 2007 aufgenommenen Patienten, als Quelle dient die Basisdokumentation und als Vergleich die Angaben der BADO 2007 des FVS. Hierbei zeigen sich auch wesentlich Unterschiede der Patienten der Fachklinik Alte Ölmühle zu den Angaben aus der BADO 2007 des Fachverbandes Sucht (FVS).

Bezüglich des Alters der Patienten gibt es keine signifikanten Unterschiede innerhalb der einzelnen Untergruppen und im Vergleich zu BADO 2007 FVS. Die Geschlechtsverteilung zeigte mit etwa 90% Männer und etwa 10% Frauen keine signifikanten Unterschiede in den einzelnen Gruppen innerhalb der Magdeburger Patienten, allerdings deutliche Abweichung gegenüber BADO 2007 FVS, wo die Geschlechtsverteilung mit 28,4% weibliche und 71,6% männliche Patienten angegeben wird.

Wesentlich Unterschiede ergaben sich bezüglich Familienstand, Partnerbeziehung und Erwerbssituation, wie aus den Tabellen 1-3 erkennbar ist. Dabei gibt es deutliche Unterschiede einerseits innerhalb der einzelnen Gruppen der Klinik und auch gegenüber BADO FVS.

Patienten der Fachklinik Alte Ölmühle sind deutlich häufiger geschieden, alleinstehend bzw. ohne feste Beziehung als der Durchschnitt in der Bado FVS 2007. Dabei erreichen die über den Weg „Nahtlos“ aufgenommenen und die übrigen Patienten sehr ähnliche Werte. Hier weicht die Gruppe „Arge“ nochmals ab. In der Bado FVS 2007 sind 29,9% der Patienten in einem Arbeitsverhältnis. Aber nur 14,4% der „anderen“ Patienten der Alten Ölmühle und 25,93 der „Nahtlos“-Patienten haben ein Beschäftigungsverhältnis. Die Bado FVS 2007 gibt 30,8% ALG II Empfänger an. Die Patienten der Klinik in Magdeburg sind zu 57,7% ALG II Empfänger sowohl in der Gruppe der nahtlos aufgenommenen wie in der Gruppe der übrigen Patienten. 76,47% der „Arge“-Patienten sind ALGII Empfänger. Hierzu sind natürlich noch die 17,6% Patienten zu rechnen, die in der Bado der Alten Ölmühle nicht erfasst wurden, da diese aufgrund des Zugangsweges ALG II Empfänger

Tabelle 1: Familienstand

	Weg „Arge“		Weg „Nahtlos“		„alle anderen Pat“		Bado FVS 2007
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
k.A.	0	0	0	0,00	0	0,00	1,8
ledig	6	35,29	22	40,74	83	41,29	33
Verheiratet, zusammen	2	11,76	13	24,07	50	24,88	27
verheiratet, getrennt	1	5,88	1	1,85	3	1,49	9,5
Geschieden	8	47,06	17	31,48	64	31,84	23
verwitwet	0	0,00	1	1,85	1	0,50	5,5
Gesamt	17	100	54	100	201	100	

Tabelle 2: Partnerbeziehung

	Arge		Nahtlos		„alle anderen Pat“		Bado FVS 2007
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
k.A.	5	29,41	8	14,81	23	11,4	7
Alleinstehend	10	58,82	30	55,56	105	52,2	42,9
Zeitweilige Beziehung	1	5,88	1	1,85	4	1,99	4,4
Feste Beziehung	1	5,88	15	27,78	67	33,3	45,4
Sonstige	0	0	0	0	2	1,0	0,3
Gesamt	17	100	54	100	201	100	

Tabelle 3: Erwerbssituation – 6 Monate v. Betr. Beginn

	Weg „Arge“		Weg „Nahtlos“		„alle anderen Pat“		Bado FVS 2007
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
Arbeiter/Angestellter/Beamter	0	0	14	25,9	29	14,43	29,9
Selbständiger/Freiberufler	0	0	2	3,7	2	1	2
in beruflicher Reha	0	0	0	0	0	0	0,2
Arbeitslos / ALG 1	1	5,88	1	1,85	12	5,97	8,1
Arbeitslos / ALG 2	13	76,4	31	57,4	116	57,7	30,8
Rentner/Pensionär	0	0	1	1,85	8	3,9	7,8
Sonstige Nicht-erwerbspersonen	0	0	2	3,7	9	4,48	2,8
keine Angaben	3	17,6	3	5,5	21	10,45	15,1
sonstiges (Hausfr./Schüler/Wehrdienst)		0		0	4	1,99	3,1
Gesamt	17	100	54	100	201	100	

sein müssen. Das heißt die Patienten der Alten Ölmühle weichen von dem Durchschnitt in der Bado FVS 2007 bezüglich der Genesung prognostisch ungünstiger Faktoren deutlich ab (Langzeitarbeitslosigkeit, ohne feste Beziehung, geschieden). Die Befürchtung, dass die auf diesen neuen Zugangswegen aufgenommenen Patienten vermehrt vorzeitig die Behandlung abbrechen würden, bestätigte sich nur für

die auf dem Weg „Arge“ aufgenommenen Patienten. Wurden 2007 nur 4 (23,5%) Patienten dieser Gruppe regulär entlassen und 5 (29,4%) in einer anderen Rehabilitation (Adaption oder ganztägig ambulante Rehabilitation) weiterbehandelt, waren es 2008 immerhin 35 (56,4%) mit regulärer Entlassung und 6 (9,6%) die in eine andere Rehabilitation wechselten. Wenn man diese beiden Entlassungsformen zusammen be-

trachtet zeigt sich, dass 2007 53% und 2008 66,1% der Patienten die Rehabilitation – bei einigen inklusive einer Adaption oder ganztägig ambulanten Anschlussbehandlung – regulär beendigten. Tabelle 4 vergleicht dies innerhalb der einzelnen Gruppen für 2007 und 2008 und im Vergleich zu Bado FVS 2007. Dabei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den „nahtlos“ aufgenommenen Patienten, den übrigen Patienten der Klinik Alte Ölmühle und den Angaben aus der Bado FVS 2007.

Tabelle 4: Vergleich 2007 – 2008 – Bado 2007
Reguläre Entlassungen plus Wechsel in andere Reha

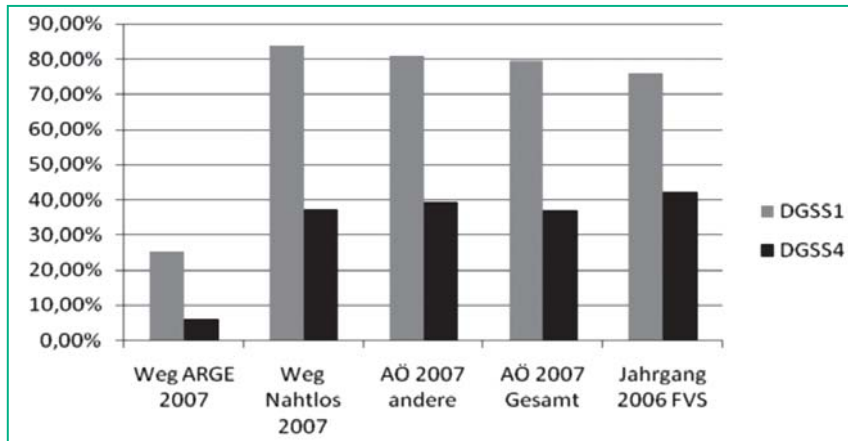
	n	%
ARGE 07 (n=17)	9	53
ARGE 08 (n=62)	41	66,1
Nahtlos 07 (n=54)	40	74
Nahtlos 08 (n=51)	39	76,5
Andere 07 (n=201)	158	78
Andere 08 (n=200)	153	76
Alle 07	207	76
Alle 08	233	74
Bado FVS 2007		76,1

Alle Patienten der Fachklinik Alte Ölmühle werden im Rahmen der 1-Jahres-Katamnese angeschrieben und gebeten, den bezüglich Bado FVS bekannten Fragebogen zu beantworten. Die Katamnese für 2007 aufgenommenen Patienten konnte so 2009 abgeschlossen werden. Wir berechneten die Abstinenzquoten entsprechend dem DGSS1 und DGSS4 Standard, also wählten die optimistischste und die pessimistischste Variante. Tabelle 5 zeigt die Auswertung bezüglich der einzelnen Gruppen und wieder im Vergleich mit den Ergebnissen aus den Auswertungen des FVS, diesmal die zuletzt verfügbaren von 2006.

Die Ergebnisse für die „Arge“-Patienten zeigen eine deutliche Abweichung von den anderen Ergebnissen, die sich nicht signifikant unterscheiden. Die nahtlos aus dem Akutkrankenhaus aufgenommenen Patienten, die per Schnelleinweisung ohne Sozialbericht in die Rehabilitation kommen, zeigen gleiche Ergebnisse in der 1-Jahres-Katamnese und bei der Auswertung der Entlassungsform. Die 1-Jahres-Katamnese für „Arge“-Patienten fällt dagegen enttäuschend aus. Obwohl die Mehrheit dieser Patienten die Therapie beendet hat.

Aus den Auswertungen der ARGE Magdeburg wissen wir, dass in 2006 bis 2008 aus 145 bewilligten Therapien 110 Betroffene die Therapie angetreten und davon 100 die Therapie beendet haben. In der Nachsorge erschienen davon 5 Betroffene. Nachfolgend waren 3 wieder in einem Beschäftigungsverhältnis und 22 in einer Integri-

Tabelle 5: 1-Jahres-Katamnese:



onsmaßnahme. Bei 13 fiel die Hilfebedürftigkeit weg und 18 haben die Erwerbsminderungsrente beantragt.

Fazit:

Ziel 1: Suchtmittelabhängige arbeitslose Menschen sehr frühzeitig für eine Entwöhnungsbehandlung gewinnen. Arbeitslose Abhängige können frühzeitiger für eine Therapie gewonnen werden. Entgegen mancher Erwartungen beenden zunächst fremdmotivierte Abhängige in der Mehrheit die Therapie regulär bei im Vergleich zu anderen Patienten hoher Abbruchquote. Einige konnten nach Therapie wieder in ein Arbeitsverhältnis bzw. eine Maßnahme gebracht werden. Aus Sicht der Betroffenen die eine Therapie beendet haben, ist die Maßnahme zu begrüßen, da sie andernfalls nicht zu diesem Zeitpunkt in Therapie gekommen wären. Zur Beurteilung der Nachhaltigkeit sind weitere katamnestische Untersuchungen notwendig.

Ziel 2: Vorzeitiges krankheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben entgegen wirken.

Durch Zuführung in eine Rehabilitation konnten Diagnostik, Krankheitsinformation und Förderung der Abstinenzmotivation sowie medizinische Behandlung durchgeführt und so einer weiteren Chronifizierung der Suchterkrankung und der Folgeschäden entgegen gewirkt werden. Jeder abstinent Tag ist ein Tag, der der Genesung dient, selbst wenn danach keine anhaltende Abstinenz folgt.

Ziel 3: Vermittlungshemmnisse beseitigen Eine nahtlose Vermittlung aus Entzugsbehandlung in eine Therapie ist sinnvoll. Es bestehen keine Unterschiede in den Behandlungsergebnisse gegenüber den Patienten, die über die bisherigen Zugangswege in eine Rehabilitation kommen. Wenn im Akutkrankenhaus jemand für eine Therapie motiviert werden kann, kann er direkt in Rehabilitation verlegt werden. Eine zusätzliche Motivationsarbeit ist nicht notwendig.

Ausblick:

Besonders für arbeitslose Suchtkranke sind nach der Therapie weiterführende Angebote wie Trainingsmaßnahmen, tagesstrukturierende Angebote, etc. notwendig. Anreize zum regelmäßigen Besuch der Nachsorge und der Beratungsstelle könnten möglicherweise die Nachhaltigkeit der Ergebnisse verbessern.

Anhang

- 1 Jobcenter (JC) oder auch ARGE** (für Arbeitsgemeinschaft) bezeichnet in Deutschland regionale Einrichtungen, in denen die Mitarbeiter der Bundesagentur für Arbeit mit kommunalen Mitarbeitern zusammengelegt sind, um die Integration in Arbeit und das Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) zu gewährleisten.
- 2 SGB II § 125 Minderung der Leistungsfähigkeit** (2) Die Agentur für Arbeit hat den Arbeitslosen unverzüglich auffordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Stellt der Arbeitslose diesen Antrag fristgemäß, so gilt er im Zeitpunkt des Antrags auf Arbeitslosengeld als gestellt. Stellt der Arbeitslose den Antrag nicht, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld vom Tage nach Ablauf der Frist an bis zum Tage, an dem der Arbeitslose einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben oder einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung stellt. Kommt der Arbeitslose seinen Mitwirkungspflichten gegenüber dem Träger der medizinischen Rehabilitation oder der Teilhabe am Arbeitsleben nicht nach, so ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld von dem Tag nach Unterlassen der Mitwirkung bis zu dem Tag, an dem die Mitwirkung nachgeholt wird.

Autor

Dr. med. Lukas Forschner, Chefarzt
Medinet-AG Alte Ölmühle
Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen
Berliner Chaussee 66, 39104 Magdeburg

2.4. Frühintervention im (nicht-psychiatrischen) Akutkrankenhaus

Konstant Mieke

Hintergrund

In psychiatrischen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken werden pro Jahr etwa 144.000 Alkoholranke (9% der Alkoholabhängigen) behandelt. Mehr als die doppelte Anzahl (320.000 Patienten) werden in Allgemeinkrankenhäusern wegen der Folgen ihrer Alkoholkrankheit aufgenommen (Rumpf, Meyer; 2000). Außerdem existiert noch immer eine Schnittstellenproblematik beim Übergang zwischen Entzugsbehandlung, Entwöhnung und Nachsorge, die durch regionale Suchthilfenetze überwunden werden soll (Mann; 2002). Um abhängigkeitskranke Patienten auch auf somatischen Stationen zu erreichen, gibt es seit langem Modellversuche, die auf die Qualifizierung des Personals auf den somatischen Stationen oder der Früherkennung und -behandlung im Rahmen von Konsil- und Liaisondiensten gerichtet sind (John; 1996).

Ablauf

Unterstützt von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland wurde 2005 ein neues Modell zur Frühintervention zwischen dem Elblandklinikum Riesa, der örtlichen Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle des Diakonischen Werkes und der Psychotherapeutischen Klinik Bad Liebenwerda, Fachklinik für abhängigkeitskranke Menschen, vereinbart. Die Patienten des Klinikums, bei denen durch den Stationsarzt die Verdachtsdiagnose „alkoholbezogene Störung“ gestellt wird, werden zu einem Beratungsgespräch überwiesen. Dieses Beratungsgespräch erfolgt wöchentlich durch qualifizierte Mitarbeiter (Ärzte oder Suchttherapeuten) der Psychotherapeutischen Klinik Bad Liebenwerda im Elblandklinikum Riesa. In diesem psychoedukativ orientierten Gespräch wird gemeinsam mit dem Patienten, die Verdachtsdiagnose nach den Kriterien der ICD-10 geprüft und es werden die Fragen des Patienten beantwortet. Ziel ist es, die Patienten, die wegen einer Alkoholfolgeerkrankung in stationärer (internistischer oder chirurgischer) Behandlung sind, oder bei denen sich eindeutige Hinweise auf eine Alkoholabhängigkeit ergeben, nicht nur auf den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und ihren Krankheiten aufmerksam zu machen, sondern gleichzeitig Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Jedem Patienten soll so ein möglichst individuelles Hilfsangebot zur gezielten Behandlung der Alkoholkrankheit gemacht werden. Neben den bewährten Therapieangeboten (Entzugsbehandlung, Kontakt zu Selbsthilfegruppe und Beratungsstelle mit Antragsstellung auf stationäre oder ganztägig ambulante Rehabilita-

tion) kann auch eine Direktverlegung aus dem Elblandklinikum in die Psychotherapeutische Klinik erfolgen. Dies wird ermöglicht durch die von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland etablierten „Neuen Zugangswege zur medizinischen Rehabilitation...“ (Weber, Hegner, Retzlaff; 2006). Im Unterschied zu den sonst üblichen ärztlichen Hinweisen im Akutkrankenhaus werden also konkrete Behandlungen vorgeschlagen und verbindliche Termine für den Erstkontakt zur Suchtberatungsstelle oder einen möglichen Übernahmetermin zur stationären Rehabilitation (Entwöhnung) vorgeschlagen.

Ergebnisse

Es wurden 81 Patienten beraten, alle litten an einer Alkoholabhängigkeit. 68 Patienten (84%) stimmten weiteren Maßnahmen (Suchtberatungsstelle oder stationäre Entwöhnung) zu. Die vereinbarten Maßnahmen wurden von 37 Patienten (46% der beratenen) realisiert. Für 48 der 68 weiter vermittelten Patienten wurden Termine in der Suchtberatungsstelle vereinbart und 20 Patienten entschieden sich für eine stationäre Rehabilitation (Abb. 1). 3 Patienten lehnten jede weitere Hilfe ab und 10 wollten keine konkreten Vereinbarungen treffen („es zunächst selbst schaffen“).

Ein wichtiges Kriterium zur Bewertung dieses Modellprojektes war die Anzahl der Patienten, die die während des Beratungsgesprächs gemachten Vorschläge und Vereinbarungen tatsächlich umsetzten, die also den Kontakt zur Beratungsstelle aufrecht erhielten bzw. eine stationäre Entwöhnung absolvierten (Abb. 2). Von den 24 Patienten, die Kontakt zur Beratungsstelle aufgenommen hatten, stellten 10 Patienten dort einen Antrag auf AEB, so dass insgesamt 24 der beratenen 81 Patienten eine Entwöhnungsbehandlung absolvierten.

Diskussion

Die Ergebnisse bestätigen, dass die Veränderungsbereitschaft von Patienten mit alkohol-

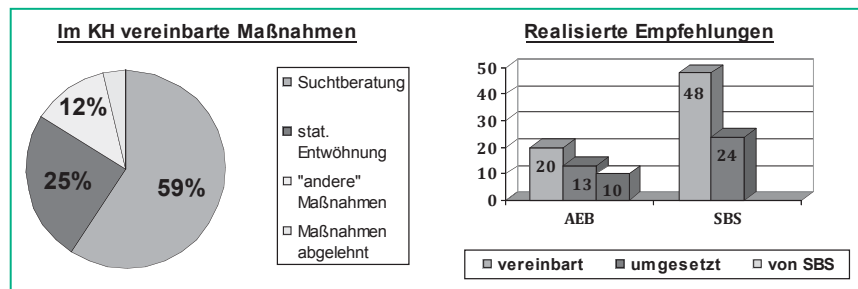


Abbildung 1

Abbildung 2

bezogenen Störungen während einer Krankenhausbehandlung sehr hoch ist (84% stimmten weiteren Maßnahmen zu). Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass etwa die Hälfte der Patienten (46% aller beratenen bzw. 54% derjenigen, die Maßnahmen zugestimmt hatten) vorgeschlagene Behandlungsmaßnahmen auch realisieren. Allerdings konnte eine Frühintervention nicht erfolgen, denn durch die Ärzte des Krankenhauses wurden nur Patienten angemeldet, bei denen eine Alkoholabhängigkeit bekannt war und die unter, teilweise erheblichen, körperlichen Folgeerkrankungen litten. Um das Personal des Klinikums zu ermutigen, betroffene Patienten der Beratung zu zuführen, wurden mehrfach Weiterbildungen für Ärzte und Pflegepersonal durchgeführt. Es ist jedoch nicht gelungen, diese Hemmschwelle zu senken. Auch die Anzahl von durchschnittlich zwei Patienten pro Monat in einem Klinikum mit 410 Betten dürfte nicht dem wirklichen Beratungsbedarf entsprechen.

Trotz dieser Einschränkungen bietet dieses Modellprojekt eine Möglichkeit für alkoholranke Patienten, die während stationärer Behandlung bestehende hohe Veränderungsmotivation in konkrete Behandlungsmaßnahmen umzusetzen. Mit der Möglichkeit der Direktverlegung aus dem Akutkrankenhaus in die stationäre Rehabilitation steht auch für Alkoholabhängige ein Behandlungspfad zur Verfügung, der dem einer AHB bei körperlichen Erkrankungen entspricht.

Literatur

John U et al.: Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit in der allgemeinmedizinischen Versorgung, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd 71. Baden-Baden 1996

Mann, KF: Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen, Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 10 vom 08.03.2002, Seite A-632 / B-515 / C-486)

Rumpf HJ, Meyer C: Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie. Sucht 2000; 46: 9–17)

Weber M, Hegner M, Retzlaff R: Neue Zugangswege zur medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) – Antragstellung ohne Suchtberatungsstelle und ohne Sozialbericht, Sucht aktuell 2- 2006, S.28-32

Autor:

Dr. med. Konstant Mieke
 Chefarzt der Psychotherapeutischen Klinik
 Dresdner Str. 19
 04924 Bad Liebenwerda

Literaturhinweis

Earleywine, M.: Substance Use Problems – Reihe: Advances in Psychotherapy – Evidence-Based Practice, Massachusetts, USA, 2009, ISBN 978-0-88937-329-7, 24,95 €

Der Autor unterrichtet an der Universität von Albany State University of New York. Das Buch ist in englischer Sprache publiziert worden. Es enthält Kapitel zu folgenden Themen:

- Beschreibung des Problems „Drogenkonsum“: Hierbei geht es um Aspekte wie Diagnostik, Begrifflichkeiten, Epidemiolo-

gie, Komorbidität, diagnostische Verfahrenswesen.

- Das bio-psychosoziale Modell von Drogenproblemen: Hierbei werden die unterschiedlichen Einflüsse für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Drogenproblems dargestellt.
- Diagnose, Assessments und Behandlungsindikationen: Behandelt werden einzelne Aspekte der Diagnostik und der Behandlungsindikation.
- Behandlungsmethoden: Neben einem Überblick wird besonders auf die therapeu-

peutische Beziehung und verschiedene Behandlungsmethoden eingegangen. Hierzu gehören das Motivational Interviewing, Selbsthilfegruppen, Meditationstechniken und die psychopharmakologische Unterstützung der Behandlung.