

Darüber hinaus ist die Deutsche Werbeselbstkontrolle durch zusätzliche gesetzliche Regelungen zur Einschränkung der Alkoholwerbung zu ergänzen. So ist die Werbung für Alkohol vor 20.00 Uhr in Kinos analog dem Tabakgesetz und im Fernsehen zu untersagen. Ferner ist ein generelles Werbeverbot für Alkohol in Fußballstadien und anderen Sportstätten sowie in Verbindung mit (Sport-)Sendungen im Fernsehen und im Internet anzustreben. Auch sollte die Grundlage dafür geschaffen werden, auf dem Ordnungswege Alkoholwerbung in den Medien zu untersagen, die über die Produktinformation hinausgeht.

Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass nicht nur die Vermarktung, sondern auch die Produkte der Alkoholindustrie sich nicht gezielt an junge Menschen und die damit verbundene Erschließung neuer Käufer-schichten richten darf (z.B. Alkopops, alkoholhaltige Energy-Drinks).

Ferner sollte die Alkoholindustrie von entsprechenden Werbeveranstaltungen in Diskotheken etc., die mit dem Ausschank bzw. der Übergabe von Alkoholprodukten verbunden sind und sich vorrangig an jugendliche und junge Erwachsene wenden, absehen.

2. Untersagung von Veranstaltungen, die dem missbräuchlichen Alkoholkonsum Vorschub leisten!

Veranstaltungen, bei denen die Namensgebung (z.B. „Koma-Party“, „Flatrate-Party“) bzw. der Inhalt der Bewerbung eindeutig darauf schließen lässt, dass das Ziel der Veranstaltung in der Herbeiführung des Alkoholrausches bzw. -missbrauchs besteht und zu erwarten ist, dass im Verlauf solcher Veranstaltungen auch Alkohol an erkennbar Angetrunkene bzw. Betrunkene verabreicht wird, sind zu untersagen.

3. Verantwortungsbewussten Alkoholkonsum fördern!

Das Bewusstsein der Bevölkerung für einen verantwortungsbewussten Alkoholkonsum sollte auch im Rahmen von bundesweiten Kampagnen gefördert werden. Diese sollten auch darauf gerichtet sein, dass Konsumverzicht für bestimmte Personengruppen und in bestimmten Situationen (z.B. Alkoholverzicht im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz, in der Schwangerschaft, bei Medikamenteneinnahme) sowie ein risikoarmer Konsum zum Normalfall werden sollten. In diesem Zusammenhang sollte auch die Verfügbarkeit von Alkohol durch die Einschränkung des Verkaufs in den Abend- und Nachtstunden und ein Verkaufsverbot an Tankstellen reduziert werden.

4. Alkoholmissbrauch durch Preisgestaltung reduzieren!

Die Verbrauchssteuern für Alkohol sind in Deutschland aus Sicht der Prävention insgesamt zu niedrig angesetzt. So wird Wein in Deutschland nicht besteuert, der Steuersatz für Bier liegt deutlich unter dem EU-Mittelwert, ebenso liegt der Regel-Steuersatz für Spirituosen unter dem EU-Mittelwert. Es ist davon auszugehen, dass die entsprechende Besteuerung alkoholischer Getränke eine der effektivsten Maßnahmen zur Verringerung der alkoholbezogenen Schäden in der Bevölkerung und insbesondere bei jungen Menschen darstellt.

5. Präventionsangebote in der Jugendarbeit und in Schulen stärken!

Grundsätzlich sollten entsprechende Präventionsangebote frühzeitig ansetzen, langfristig angelegt sein und kontinuierlich erfolgen. Suchtprävention ist als integraler Bestandteil der Gesundheitsförderung insbesondere darauf angelegt, Kompetenzen zur Bewältigung allgemeiner Lebensprobleme und im Umgang mit Suchtmitteln zu

fördern. Für die Umsetzung vorhandener Konzepte zur Suchtprävention und Gesundheitsförderung sind entsprechende personelle Ressourcen (Fachkräfte für Suchtprophylaxe, Schulsozialarbeiter/innen etc.) erforderlich, damit eine flächendeckende Umsetzung überhaupt erreicht werden kann.

6. Frühzeitige Behandlung fördern

Es sollte eine verbindliche Finanzierungsgrundlage für Behandlungsangebote bei Alkoholmissbrauch in ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen geschaffen werden. Zudem ist die Inanspruchnahme des Suchthilfesystems durch eine verstärkte Zusammenarbeit mit Ärzten, Krankenhäusern und Psychotherapeuten zu fördern. Insbesondere im ärztlichen Bereich, in dem ein Großteil der Menschen mit missbräuchlichen und abhängigen Alkoholkonsum in Behandlung ist, werden Verfahren zur frühzeitigen Erkennung und Krisenintervention sowie zur Motivierung suchtspezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote aufzusuchen, nur in sehr begrenzten Umfang eingesetzt. Hier besteht deutlicher Verbesserungsbedarf.

Ansprechpartner:

Ralf Schneider
Vorsitzender des Vorstands

Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer

Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Tel.: 02 28/26 15 55
Fax: 02 28/21 58 85
E-Mail: v.weissinger@sucht.de
www.sucht.de

Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V.

Kombinationsbehandlung von Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland – Kombi-Nord:

I. Einleitung

Der Fachverband Sucht e.V. begrüßt innovative Behandlungsmodelle, deren Wirksamkeit empirisch abgesichert ist. Vom Grundsatz her tritt der Fachverband Sucht e.V. hinsichtlich der Weiterentwicklung des Behandlungssystems für Abhängigkeits-

erkrankungen dafür ein (s. Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, in **SuchtAktuell** 2/2006, Seite 44 – 72), dass

- die Inanspruchnahme von nachgewiesenermaßen effektiven Behandlungsformen für

suchtkranke Menschen gefördert werden sollte,

- unter der Zielsetzung eines indikationsgeleiteten Rehabilitationssystems auf der Angebotsseite eine weitere Differenzierung der Behandlung und Spezialisierung der Angebote für bestimmte Patienten erforderlich ist,

- der Ausbau ambulanter bzw. ganztägig ambulanter Angebote und von Kombinationsbehandlungen bedarfsgerecht erfolgen sollte und hierzu rehabilitationswissenschaftliche Untersuchungen mit differenzierten, klientelbezogenen Angaben zur Effektivität der jeweiligen Behandlungsangebote erforderlich sind,
- indikationsbezogen entschieden werden muss, ob eine ambulante, teilstationäre oder stationäre bzw. kombinierte Behandlung erforderlich ist,
- ambulante Einrichtungen im Rahmen von Kombinationsbehandlungen ohne Ausnahme über eine Anerkennung gemäß Anlage 1 der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001 zur Durchführung ambulanter Rehabilitation verfügen müssen (vgl. Stellungnahme des FVS zur ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker in: **SuchtAktuell** 2/2006, Seite 81–84),
- die Kombinationsbehandlung im Sinne einer einrichtungübergreifend festgelegten Gesamtbehandlung als dritte Säule neben einer vorrangig ambulant oder stationär ausgerichteten Entwöhnungsbehandlung zu sehen ist und keinesfalls diese bewährten Angebotsformen ersetzen sollte.

Von daher sollte für die Kombinationsbehandlung nicht der Anspruch erhoben werden, „die“ Regelbehandlung zu sein, sondern diese stellt ein zusätzliches Behandlungsmodul dar. Ihre Wirksamkeit ist vor dem Hintergrund einer indikativen Zuweisung zu prüfen. Mit Interesse und einer hohen Erwartung hat die Fachwelt die mehrjährige Pilotstudie zur „Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland – Kombi-Nord“ beobachtet, zumal einzelne Elemente des Konzeptes wie die Ermöglichung passgenauer Behandlungsformen durch die flexible Kombination unterschiedlicher Behandlungselemente, die Reduktion von Dokumentationsanforderungen der einzelnen Behandlungselemente, nahtlose Übergänge von Leistungen, eine lange Gesamtbehandlungszeit, die stärkere Verlagerung der Steuerung des Behandlungsprozesses in die Verantwortung der Behandler durchaus von Seiten der Behandler auf Zustimmung stoßen. Mittlerweile liegt der Ergebnisbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung (Korte, S., Ratzke, K., Scholz, W.-D., Tielking, K.; „Die Modulare Kombinationsbehandlung“ – Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung im Regionalen Therapienetzwerk der Lukas-Werk-Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner, Oldenburg 2008) vor. Des Weiteren haben die beteiligten Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung (DRV Braunschweig-Hannover, DRV Nord, DRV Oldenburg-Bremen) drei Informationsveranstaltungen zur breiten Einführung von Kombi-Nord durchgeführt und eine ent-

sprechende Konzeptionen (inkl. Verfahrensweisen) vorgelegt.

Vor diesem Hintergrund befasst sich diese Stellungnahme insbesondere mit drei grundsätzlichen Themen: Indikationsstellung, Wirksamkeit und strukturelle Aspekte (s. II.).

II. Bewertung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung und der konzeptionellen Vorgaben

1. Indikationsstellung für die „Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland – Kombi-Nord“

Fragestellungen:

Hier stellt sich zum einen die Frage, welche Indikationskriterien für die Kombinationsbehandlung – in Abgrenzung zu den bestehenden Indikationskriterien für eine ambulante oder stationäre Rehabilitation – zugrunde gelegt werden sollen und ob die Wirksamkeit der Behandlung vor dem Hintergrund dieser Indikationskriterien untersucht wurde. Eng damit zusammen hängt die Frage, ob die Kombinationsbehandlung als dritte Säule der Rehabilitation Abhängigkeitskranker und damit als Ergänzung bereits bestehender bewährter und evaluierter Behandlungsformen angelegt ist, oder ob sie diese (zumindest teilweise) eher ersetzen soll mit dem Ziel Kombi-Nord als Regelbehandlung zu etablieren.

Mittlerweile existiert bereits eine ganze Reihe unterschiedlicher Kombinationsmodelle in Deutschland. Diese sind bislang in der Regel als dritte Säule der Behandlung – neben der ambulanten bzw. ganztägig ambulanten und stationären Rehabilitation – angelegt. In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass auch bei „traditionellen“ Entwöhnungsbehandlungen häufig vor einer stationären Entwöhnungsbehandlung eine ambulante Vorbereitung stattfindet und sich in der Regel eine Nachsorge/nachstationäre Behandlung (incl. poststationäre ambulante Rehabilitation) oder die Adaptionsphase bzw. der Besuch einer Selbsthilfegruppe an diese anschließt. Auch hat die Flexibilisierung der Behandlung dazu geführt, dass mittlerweile differenzierte Angebote wie Kurzzeit-, Mittelzeit und Langzeitbehandlung oder indikationspezifische Angebote (z.B. für komorbide Patienten, für Migranten, für spezifische Altersgruppen) in den Fachkliniken vorgehalten werden.

Aus bisherigen Kombinationsmodellen abgeleitet eignet sich diese Behandlungsform insbesondere für folgende Patientengruppen:

- Patienten, für die eine ausschließlich ambulante Rehabilitation nicht ausreicht
- Patienten, die bisher mit den ausschließlich ambulanten oder ausschließlich stationären Angebotsformen nicht erfasst werden können (fehlende Rehabilitationsbereitschaft für eine längerfristige stationäre Maßnahme bei gleichzeitiger „Unterversorgung“ im ambulanten Rahmen)
- Patienten, für die ambulante Rehabilitation im Rahmen der Motivationsphase indiziert erscheint, die aber bereits in diesem Zeitraum rückfällig werden und/oder psychisch dekomensieren oder eine behandlungsintensivere Form zur Wiederherstellung ihrer Stabilität benötigen
- Patienten, deren Folgen der Abhängigkeitserkrankung noch nicht so weit fortgeschritten sind, dass sie eine längerfristige stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme benötigen.

Entsprechend diesen Indikationskriterien wäre die Kombinationsbehandlung als dritte Säule zwischen einer (ganztägig) ambulanten und einer vorrangig stationären Behandlung angelegt.

In der Konzeption „Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland Kombi-Nord“ werden hingegen folgende Indikationsstellungen genannt:

- Primärindikationen:
 - Alkohol- und Drogenabhängigkeit inkl. Suchtfolgeerkrankungen im internistischen und neurologischen Bereich
- Sekundärindikationen:
 - begleitende psychiatrische Krankheitsbilder (ICD 10: F 20 – 39)
 - begleitende neurotische, Belastungs- und somatische Störungen (ICD 10: F 40 – 48)
 - begleitende Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und anderen Faktoren (ICD 10: F 50 – 59)
 - begleitende Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD 10: F 60 – 63)
- Klinisch phänomenologische Indikationen
 - Demnach sei eine Kombitherapie besonders geeignet für:
 - institutionserfahrene Patienten,
 - Behandlungswiederholer
 - sich selbst überschätzende Patienten
 - therapeutischerfahrene Patienten
 - lange Entwicklungszeiten benötigende Patienten
 - überzeugungsfixierte Patienten
 - scham- und schuldbesetzte Patienten
 - sozialstrukturelle Besonderheiten von Versicherten wie berufliche und sozial teilhabebezogene Verpflichtungen
- als Kontraindikationen werden genannt:
 - Psychosen im akuten Stadium
 - akute Suizidalität
 - Pflegebedürftigkeit
 - erhebliche Intelligenzminderung.

Aus den genannten Indikationskriterien geht hervor, dass die Kombinationsbehandlung als Regelbehandlung anzusehen ist, da die Kontraindikationen sich im Grunde auf Personen beziehen, bei denen Rehabilitationsfähigkeit nicht gegeben ist.

In den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung gibt es allerdings keinerlei Hinweise darauf, dass der Behandlungsansatz hinsichtlich seiner Geeignetheit für die unterschiedlichen Indikationsstellungen und genannten Zielgruppen auch untersucht wurde. Von daher ist davon auszugehen, dass die weit ausgelegte Indikationsstellung insbesondere auf theoretischen und konzeptionellen Überlegungen beruht, deren Evidenz erst noch zu überprüfen ist.

2. Effektivität und Wirksamkeit der „Kombinationsbehandlung von Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland – Kombi-Nord“

Fragestellungen:

Hier stellt sich die Frage, inwieweit im Rahmen der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung der Nachweis erbracht wurde, dass das Pilotprojekt sich als effektiv und wirksam herausgestellt hat. Von besonderem Interesse sind hierbei insbesondere die Zahl der regulären Beender – vor dem Hintergrund, dass gerade die Übergänge zwischen den Behandlungsformen durch gezielte Interventionen (z.B. Übergabegespräche, Belastungserprobung für ambulante Therapie, Qualitätszirkel, Ablaufcontrolling) verbessert werden sollen – sowie die langfristigen Erfolge der Behandlung (Katamneseergebnisse). Auf diese beiden Fragestellungen wird im weiteren eingegangen.

In der Regel bestand – so ist dem Ergebnisbericht zur modularen Kombinationsbehandlung zu entnehmen – die Kombinationsbehandlung insbesondere aus drei Phasen: einem ambulanten, einem (teil-)stationären und einem weiteren ambulanten Modul. Im Ergebnisbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung wird hinsichtlich der Beendigung der Gesamtmaßnahme festgestellt, dass lediglich 44,3 % von 97 Patienten diese regulär beendet haben (Seite 164). Bezieht man die regulären Beender auf die Eingangsstichprobe (vgl. Seite 106: N=102), liegt die Quote sogar nur bei 42,2 %. Angesichts der erheblichen Aufwendungen, die damit verbunden waren, die Übergänge zwischen den verschiedenen Modulen zu verbessern und der vergleichsweise geringen Anzahl an Wechslern zwischen den Behandlungssettings, ist dieses Ergebnis ernüchternd.

Die Katamneseergebnisse zur Wirksamkeit der modularen Kombinationsbehandlung beruhen auf einer geringen Klientenzahl.

So konnten lediglich 45 von den 102 behandelten Patienten bei der Befragung berücksichtigt werden. Hier stellt sich die Frage, wie es zu dieser hohen Drop-Out-Rate kam. Des weiteren beträgt die Ausschöpfungsquote bezogen auf die 45 Klienten lediglich 27 %, d.h. 12 der 45 Klienten hatten an der Befragung, die im übrigen sechs Monate nach Behandlungsende durchgeführt wurde, teilgenommen (Seite 196). Im Kern Datensatz Katamnese (KDS-Kat; DHS, 2008) wird hingegen für stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eine 1-Jahres-Katamnese als Vollerhebung empfohlen. Zum Untersuchungsergebnis heißt es im Evaluationsbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung: „Diese Fallzahl lässt keine verlässlichen Bewertungen eines nachhaltigen Therapieerfolges und einer differenzierten Betrachtung der Ergebnisse der Nachbefragung zu.“ (s. Seite 196) Ergebnis nach DGSS4- diese Auswertung bezieht sich auf den Gesamtentlassjahrgang, Nicht-Antworter werden als rückfällig eingestuft – ist, dass lediglich 24 % 6 Monate nach Behandlungsende abstinent waren. Bezieht man die Berechnungsform DGSS4 auf die Eingangsstichprobe (N=102), ergibt sich eine Abstinenzquote von 10,8 %. Nach DGSS1 – hierbei werden nur die planmäßig entlassenen Katamneseantworter berücksichtigt – beträgt die Erfolgsquote zwar 86 %, allerdings handelt es sich lediglich um 7 Patienten. Im Vergleich dazu beruht beispielsweise die einrichtungübergreifende Katamneseuntersuchung für Fachkliniken im Bereich Alkohol/Medikamente des Fachverbandes Sucht e.V. für den Entlassjahrgang 2005 auf 10.269 Patientendaten. Die Erfolgsquote nach DGSS4 betrug 12 Monate nach der stationären Suchtrehabilitation laut DGSS4 45,3 % und nach DGSS1 79,2 % (N=5.470). Dies macht deutlich, dass die empirische Absicherung einer vorrangig stationären Rehabilitation im Unterschied zu der Pilotstudie von Kombi-Nord als gegeben angesehen werden kann.

Von daher ist weiterer Forschungsbedarf zur Untersuchung der Wirksamkeit der „Kombinationsbehandlung von Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland – Kombi-Nord“ gegeben, zumal davon auszugehen ist, dass diese Behandlungsform, wie oben dargelegt, eher als Regelversorgung denn als dritte Säule des Behandlungssystems angelegt ist (s. II. 1.). Auch müsste deren Wirksamkeit für spezifische Patientengruppen (z.B. Patienten mit psychischer Komorbidität) erst noch untersucht werden. Ferner stellt sich auch die Frage, inwieweit sich mehrere Wechsel des Behandlungssettings überhaupt realisieren lassen (mehrere (ganztägig) ambulante und stationäre Phasen) und wie es in diesem Falle um die Wirksamkeit der Behandlung (Anteil regulärer Beender, Ergebnisqualität) bestellt ist.

3. Strukturelle und versorgungspolitische Aspekte

Fragestellungen:

Unter diesem Blickwinkel stellt sich die Frage, welche versorgungspolitischen und strukturellen Konsequenzen mit der breiten Einführung der Kombinationsbehandlung in Norddeutschland verbunden sein können, bzw. worauf in diesem Kontext besonders geachtet werden müsste. Es stellt sich beispielsweise die Frage, ob die im Konzept angestrebte Realisierung eines möglichst wohnortnahen Gesamtbehandlungsangebotes auch zu einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse führt.

Außer Frage steht, dass (ganztägig) ambulante Rehabilitationseinrichtungen wohnortnah vorzuhalten sind, hinsichtlich der stationären Behandlung steht der Beleg für bessere Ergebnisse wohnortnaher Angebote hingegen aus. Zu berücksichtigen ist hierbei auch, dass Behandlungszentren mit einem breiten Behandlungsangebot (z.B. für psychische Komorbidität, somatische Erkrankungen etc.) aufgrund der erforderlichen Größe nicht wohnortnah vorgehalten werden können. Von daher ist der Einbezug entsprechender Behandlungszentren in die entsprechenden Behandlungsverbünde erforderlich. Ansonsten würde auch die Auswahl der möglichen Fachkliniken deutlich begrenzt. Dies würde im Gegensatz zum im SGB IX angelegten Wunsch – und Wahlrecht der Versicherten (s. § 9 SGB IX) stehen. Angesichts des hohen Aufwandes und der begrenzten personellen Ressourcenaufwandes ist es ferner problematisch, wenn Übergabegespräche zwischen den Behandlungssettings grundsätzlich persönlich zwischen Mitarbeitern/rinnen der verschiedenen Einrichtungen und dem Versicherten geführt werden müssten. Auch stellt sich die Frage, ob dies in jedem Falle erforderlich ist. Notwendig hingegen ist, dass eine standardisierte patienten- und prozessbezogene Kommunikation zwischen den verschiedenen Behandlern erfolgt, diese sollte aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V. grundsätzlich – und nicht nur bei Kombimodellen – im Rahmen der ambulanten Rehabilitation entsprechend vergütet werden (z.B. als Organisations-/Koordinationspauschale). Angesichts der zunehmenden technischen Möglichkeiten halten wir eine entsprechende Vernetzung von Einrichtungen (Tele-Reha) darüber hinaus für zukunftsweisend. Damit wird der Ansatz, den Verbundgedanken an der tatsächlichen Kilometerentfernung festzumachen, zunehmend an Bedeutung verlieren. Voraussetzung für eine gelungene Zusammenarbeit ist nicht zuletzt, dass eine gegenseitige Wertschätzung, ein gemeinsamer theoretischer Hintergrund und ein gemeinsames Verständnis der Arbeit sowie eine klare Aufgabenteilung der Behandler,

die auf unterschiedlichen Kompetenzen derselben beruhen, in den verschiedenen beteiligten Einrichtungen gegeben ist. Dies schließt mit ein, dass man sich auch über den Einsatz entsprechender Diagnoseinstrumente sowie differenzierte Behandlungspfade miteinander verständigt. Hierbei sollten die unterschiedlichen Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten der beteiligten Rehabilitationseinrichtungen auch angemessen berücksichtigt werden.

III. Schlusswort

Die grundsätzliche Forderung des FVS, dass vor der Aufnahme neuer Behandlungsmodelle in die rehabilitative Regelversorgung entsprechende katamnestische Effektivitäts- und Effizienznachweise vorzulegen sind, wird im Rahmen der vorgelegten Ergebnisse der Pilotstudie zur „Kombinationsbehandlung von Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland – Kombi-Nord“

nicht erfüllt. Von daher ist zu fordern, dass im Rahmen weiterer wissenschaftlicher Begleitstudien die differenzierte Wirksamkeit dieses Behandlungsansatzes untersucht und belegt wird. Gleichwohl empfiehlt der FVS seinen Mitgliedseinrichtungen die aktive Teilnahme am Modellprogramm Kombi-Nord und darüber hinaus sich auch an einer weiterführenden Evaluation dieses Behandlungsansatzes nach Möglichkeit zu beteiligen.

Auditleitfaden 3.0 zum Zertifizierungsverfahren nach DEGEMED/FVS für den Bereich Abhängigkeitserkrankungen (stationäre Einrichtungen)

Der Auditleitfaden für den Bereich Abhängigkeitserkrankungen wurde vollständig überarbeitet. Zielsetzung dabei war es, eine möglichst hohe Angleichung an den Auditleitfaden der DEGEMED für den somatischen Bereich vorzunehmen. Darüber hinaus wurden Bezüge zu den grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 20 SGB IX der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) im Auditleitfaden her-

gestellt. Die Version 3.0 kommt ab 1.1.2010 zum Einsatz.

Vorgesehen ist ferner, dass der Fachverband Sucht gegenüber der BAR als herausgebende Stelle für das Zertifizierungsverfahren nach DEGEMED/FVS für den Bereich Abhängigkeitserkrankungen fungiert. Der Auditleitfaden kann ab November von der Homepage des FVS (www.sucht.de) heruntergeladen werden. Darüber hinaus wird er auch als Broschüre herausgegeben werden. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin,

dass die Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX der BAR mittlerweile vorliegt. Diese tritt zum 01.10.2009 in Kraft. Die stationären Rehabilitationseinrichtungen haben innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung ein gültiges Zertifikat nachzuweisen. Der Auditleitfaden 3.0 für den Bereich Abhängigkeitserkrankungen ist ab Anfang November zum Preis von 12 € (zzgl. Porto) zu beziehen beim Fachverband Sucht e.V., Walramstraße 3, 53175 Bonn, sucht@sucht.de.

www.sucht.de: Überarbeitung der Homepage des FVS

Derzeit wird die Homepage des FVS www.sucht.de völlig neu gestaltet. Wir wollen damit die Attraktivität und Übersichtlich-

keit unseres Internetauftritts deutlich verbessern. Bis Ende November ist geplant, die Neugestaltung abzuschließen. Wir sind

dann natürlich gespannt auf entsprechende Rückmeldungen an unsere Geschäftsstelle (sucht@sucht.de).

Literaturhinweis

Batthyány, D., Pritz, A (Hrsg.): Rausch ohne Drogen – Substanzungebundene Süchte, Wien 2009, ISBN: 978-3-211-88569-7, 49,95 Euro

Wie bereits aus dem Untertitel hervorgeht, verwenden die Autoren und Herausgeber den Begriff „Substanzungebundene Süchte“ für verschiedene Suchtphänomene und exzessive Verhaltensformen. Sie möchten damit den Blick auf Störungsbilder, hinter

denen sich eine hohe Anzahl von Betroffenen verbergen, lenken und den Stand der Forschung sowie Trends und Erfahrungen hinsichtlich Beratung und Hilfe darstellen. Neben grundsätzlichen Fragen zur Einordnung „stoffungebundener Süchte“ werden folgende Themenbereiche von unterschiedlichen Autoren behandelt:

- pathologisches Glücksspiel,
- pathologisches Kaufen,
- das Messie-Syndrom,

- Arbeitssucht,
- Sportsucht,
- Internetabhängigkeit.

Weitere Beiträge widmen sich neurobiologischen Aspekten und dem Thema „Sucht nach Macht“. Der Sammelband leistet einen Beitrag zur aktuellen Diskussion um das Thema „Stoffungebundene Suchtformen“ und liefert praxisnahe Vorschläge zur Therapie, Behandlung und Prävention.