

Pressestatement

**zum 24. Heidelberger Kongress
„Was bleibt? Nachhaltigkeit in der Suchtbehandlung“
des Fachverbandes Sucht e.V.
6.-8. Juni 2011**

**„Suchtrehabilitation lohnt sich! -
Forderungen für eine nachhaltige medizinische
Suchtrehabilitation in Deutschland –
Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V.“**

Die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation nimmt zu

Die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation - zu der auch die Entwöhnungsbehandlung zählt - wird angesichts der großen Herausforderungen, welche mit dem demografischen Wandel unserer Bevölkerung und der damit verbundenen Zunahme chronischer Erkrankungen verbunden sind, zukünftig noch deutlich wachsen.

Die Rehabilitation eröffnet wie kaum ein anderer Behandlungsansatz die Chance für eine umfassende und interdisziplinäre Behandlung chronisch kranker Menschen und deren Verbleib im Erwerbsleben.

Rehabilitation und Entwöhnungsbehandlung rechnen sich für die Gesellschaft

Den enormen volkswirtschaftlichen Nutzen der medizinischen Rehabilitation belegt nicht zuletzt eine aktuelle Prognose-Studie („Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum“), wonach die Gesellschaft für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro fünf Euro gewinnt. Dies geht insbesondere auf die gewonnenen Berufstätigkeitsjahre, geleistete Beitragszahlungen und reduzierte Arbeitsunfähigkeitstage zurück.

Die Effektivität der medizinischen Rehabilitation ist gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen durch vielfältige Untersuchungen zur Wirksamkeit nachgewiesen (aktuelle Studienergebnisse siehe **Anlage zum Pressestatement**). So führt der FVS bereits seit dem Jahr 1996 einrichtungsübergreifende Studien zur Wirksamkeit der stationären Suchtrehabilitation durch. Diese belegen, dass im Bereich Alkohol- / Medikamentenabhängigkeit über 50 % der Patienten ein Jahr nach der stationären Behandlung abstinent leben. Auch die ambulante und ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitation erweisen sich als wirksam (s. Anlage). Ferner belegen Untersuchungen der Deutschen Rentenversicherung, dass sich die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker lohnt. So sind zwei Jahre nach Ende der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen noch ca. 90 % der Rehabilitanden im Erwerbsleben verblieben, von diesen weisen 59 % sogar eine lückenlose Beitragszahlung auf.

Eine bedarfsgerechte Finanzierung ist angesichts einer steigenden Inanspruchnahme sicherzustellen

Angesichts der zunehmenden Bedeutung und einer steigenden Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen insgesamt (z.B. Psychosomatik, Onkologie, Orthopädie), ist deren bedarfsgerechte Finanzierung sicherzustellen.

Aufgrund der weiten Verbreitung von Abhängigkeitserkrankungen (1,3 Mio. Alkoholabhängige, 1,4 – 1,9 Mio. Medikamentenabhängige, 400.000 pathologische Glücksspieler, 220.000 Cannabisabhängige, 175.000 Drogenabhängige) ist auch in diesem Bereich mit einem Anstieg an Leistungen zu rechnen, da derzeit nur ein vergleichsweise geringer Teil abhängiger Menschen erreicht wird.

Angesichts der zunehmenden Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen ist deshalb im Bereich der Deutschen Rentenversicherung (DRV) eine Aufhebung der Deckelung der Ausgaben, welche mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz von 1996 eingeführt wurde, vorzunehmen. In den letzten Jahren von 1997 bis 2009 haben im Bereich der DRV die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen von 629.752 auf 978.335 Maßnahmen zugenommen (plus 55,4 %). Die Bruttoaufwendungen für medizinische und ergänzende Leistungen sind im Unterschied dazu im gleichen Zeitraum aber lediglich von 2.627,5 Mio. € auf 3.425,8 Mio. € (plus 30,4 %) gestiegen. Betrachtet man den Indikationsbereich der Entwöhnungsbehandlungen, so stieg die Anzahl der ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen im Bereich der Rentenversicherung von 1997 bis 2009 von 41.486 Leistungen auf 57.456 (plus 38,5 %). Die Bruttoausgaben stiegen hingegen lediglich von 424,4 Mio. € im Jahr 1997 auf 546,1 Mio. € (plus 28,7 %). Damit lag der Zuwachs des Leistungsvolumens deutlich über dem Anstieg der Kosten. Insgesamt ist somit die Effizienz des Rehabilitationssystems deutlich gestiegen. Dieser Prozess hat aber auch seine Grenzen.

Das Rehabudget muss an die aktuellen Entwicklungen angepasst werden

Mittlerweile ist aber das Rehabilitationsbudget der Rentenversicherung im Jahr 2010 vollständig ausgeschöpft worden, und dieser Trend setzt sich im Jahr 2011 weiter fort, so dass versucht wird, die Ausgaben möglichst zu begrenzen. Damit drohen die Rationierung von Leistungen und/oder deutliche Qualitätseinbußen. Aus Sicht der Patienten und der Behandler stellt es aber beispielsweise keine „Lösung“ dar, wenn Behandlungszeiten deshalb verkürzt werden, um das gedeckelte Budget einzuhalten. Gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen wie auch der Psychosomatik ist der enge Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und der Behandlungsdauer durch viele Untersuchungen belegt.

Die politisch Verantwortlichen müssen angesichts dieser Entwicklungen dafür Sorge tragen, dass eine qualitativ hochwertige Behandlung jedem Versicherten mit entsprechendem Rehabilitationsbedarf auch weiterhin offensteht und sich die Budgets am vorhandenen Bedarf ausrichten.

Auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung stellen sich die Finanzierungsprobleme der medizinischen Rehabilitationsleistungen zunehmend dramatisch dar. Entsprechende Gutachten von GEBERA zeigen, dass die allgemeinen Kostensteigerungen der letzten Jahre deutlich über den Vergütungssatzentwicklungen lagen. Wichtig ist, dass es nicht aufgrund des bestehenden Preisdrucks auf Rehabilitationseinrichtungen und angesichts der allgemeinen Kostentwicklungen zu einer Unterfinanzierung dieses Bereiches kommt. Sinnvoll wäre es deshalb, wie im Krankenhausbereich, einen entsprechenden „objektivierbaren“ Orientierungswert für die jährlichen Kostensteigerungen einzuführen. Denn auch die Rehabilitationskliniken unterliegen entsprechenden Kostenschüben, die durch Tarifverträge für Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten etc., Energie- und Sachkosten etc. bedingt und von ihnen nicht zu beeinflussen sind.

Die (Sucht-) Rehabilitation braucht attraktive Arbeitsplätze

Rehabilitationsleistungen sind hochkomplexe, personalintensive und auf den Patienten zugeschnittene individuelle medizinisch-therapeutische Dienstleistungen. Angesichts des Ärztemangels und zu erwartender deutlich zunehmender Personalengpässe im gesamten medizinisch-therapeutischen Bereich ist es dringend notwendig, dass - auch im Vergleich zu anderen Sektoren des Gesundheitswesens - in der medizinischen Rehabilitation auch zukünftig attraktive Arbeitsplätze vorgehalten werden können.

Ansprechpartner:

Ralf Schneider, Vorsitzender des Vorstands

Dr. Volker Weissinger, Geschäftsführer

Fachverband Sucht e.V.

Walramstraße 3

53175 Bonn

Telefon: 02 28/26 15 55

Telefax: 02 28/21 58 85

v.weissinger@sucht.de

www.sucht.de

Neue Wirksamkeitsstudien des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) zur stationären, ganztägig ambulanten (teilstationären) und ambulanten Suchtrehabilitation

Aktuell hat der FVS drei Studien publiziert, welche die nachhaltige Wirksamkeit der Suchtrehabilitation belegen (s. Sucht-Aktuell, Jahrgang 18, 01/2011). Basis dafür sind Patientenbefragungen, die ein Jahr nach Behandlungsende durchgeführt werden. Hierbei werden bei der Auswertung die fachlichen Berechnungsstandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie zugrunde gelegt. Während nach DGSS 1 – hierbei werden alle Antwortter/innen mit planmäßiger Beendigung berücksichtigt - eine deutliche Überschätzung des Behandlungserfolges erfolgt, ist mit der Berechnung nach DGSS 4 – hierbei werden alle Nichtantwortter/innen generell als rückfällig gewertet - eine Unterschätzung des Behandlungserfolgs verbunden. Untersucht werden z.B. die Abstinenz ein Jahr nach Behandlung, die Zufriedenheit mit wichtigen Lebensfeldern und Gründe für einen Rückfall. Bei der Bewertung der Studien ist zu beachten, dass sich die Patienten/innen in den verschiedenen Behandlungssettings unterscheiden.

1. Stationäre Entwöhnungsbehandlung bei Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit

P. Missel, B. Schneider et al. untersuchen die Effektivität der stationären Suchtrehabilitation des Entlassjahrgangs 2008 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige ein Jahr nach Behandlungsende. Die Gesamtstichprobe umfasste 10.461 Patienten/innen. Die Antwortterquote betrug 56,4 %, die Quote der Nichtantwortter/innen somit 43,6 %. Die katamnestiche Erfolgsquote lag nach DGSS 1 (Katamnese-Antwortter/innen mit planmäßiger Beendigung) bei 79,0 % und nach DGSS 4 (Gesamter Entlassjahrgang, Nichtantwortter/innen oder widersprüchliche Katamnese-Informationen werden als rückfällig gewertet) bei 43,6 %. Hierbei wurde die neue Berechnungsform für das Kriterium „Abstinent nach Rückfall“ (30 Tage) zugrunde gelegt. Als relevante Patienten- und Behandlungsmerkmale für den Therapieerfolg sind vor allem zu nennen: Geschlecht, Partnerschaft, Erwerbstätigkeit, Abhängigkeitsdauer unter 10 Jahren, keine bzw. geringe Anzahl der Entgiftungen, reguläre bzw. planmäßige Entlassart und Behandlungsdauer von 12-16 Wochen. 58,5 % der erfolgten Rückfälle geschahen innerhalb von 3 Monaten, 83,4 % innerhalb von 6 Monaten nach Behandlungsende. Insgesamt sprechen die Ergebnisse für die hohe Ergebnisqualität in der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker.

2. Ganztägig ambulante (teilstationäre) Suchtrehabilitation

Dr. B. Schneider, S. Knuth et al. stellen erstmals eine Untersuchung zur Effektivität der Ganztägig ambulanten (teilstationären) Suchtrehabilitation des Entlassjahrgangs 2008 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger vor. Die Auswertung beruht auf den Daten von 285 Patienten/innen. Die Rücklaufquote betrug 63,2 % und lag damit deutlich über der im stationären Bereich. Nach DGSS 1 betrug die katamnestiche Erfolgsquote 78,9 %, nach DGSS 4 48,1 %. Hierbei wurde ebenfalls die neue Berechnungsform für das Kriterium „Abstinent nach Rückfall“ von 30 Tagen zugrunde gelegt. Mit zunehmender Therapiedauer zeigt sich ein Anstieg der katamnestiche Erfolgsquote. Des Weiteren sind Frauen, Personen in festen Partnerschaften und Erwerbstätige, Personen mit einer kürzeren Abhängigkeitsdauer, mit planmäßiger Entlassung zu einem höheren Anteil abstinent. 57,1 % der Rückfälle geschehen in den ersten drei Monaten nach Behandlungsende. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die ganztägig ambulante Behandlung durch die beteiligten Einrichtungen positive Behandlungsergebnisse erzielt.

3. Ambulante Suchtrehabilitation

P. Missel, B. Schneider et al. legen bereits zum zweiten Mal eine einrichtungsübergreifende Untersuchung zur Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation von Mitgliedseinrichtungen des FVS (Entlassjahrgang 2008) vor. Die Ausschöpfungsquote beträgt 64,1 % und liegt damit vergleichsweise hoch wie im ganztägig ambulanten Bereich. Die Gesamtstichprobe beläuft sich auf 226 Patienten/innen. Die katamnestische Erfolgsquote betrug ein Jahr nach Behandlung nach DGSS 1 89,4 % (Katamnesebeantworter mit regulärer Beendigung) und nach DGSS 4 54,4 % (gesamter Entlassjahrgang). Einschränkend sei hinsichtlich der Ergebnisse darauf verwiesen, dass es sich hierbei nicht ausschließlich um Patienten/innen handelt, welche eine rein ambulante Rehabilitation absolvierten. Darüber hinaus zeigen sich deutliche Unterschiede in den Patienten- und Behandlungsmerkmalen zum stationären Bereich. Insgesamt sprechen die Ergebnisse dieser weiteren Routinekatamnese aus ambulanten Mitgliedseinrichtungen des FVS jedoch ebenfalls für eine hohe Ergebnisqualität der ambulanten Behandlung Abhängigkeitskranker in den beteiligten Einrichtungen.

Schlusswort:

Alle drei Studien zeigen zudem eine deutlich höhere Lebensqualität der abstinenten gegenüber den rückfälligen Antwortern/innen. Angesichts dieser Ergebnisse, welche die Nachhaltigkeit der Suchtrehabilitation belegen, sollte die frühzeitige Inanspruchnahme der Behandlung noch deutlich gefördert werden. Hierzu ist insbesondere die engere Zusammenarbeit der Suchtkrankenhilfe mit niedergelassenen Ärzten/innen, Psychotherapeuten/innen, Krankenhäusern, Betrieben und Unternehmen erforderlich.