

Zum 37. Kongress des Fachbandes Sucht e.V.+

„Zurück für die Zukunft“

50 Jahre Fachverband Sucht e.V.

Teil 1

Dr. Volker Weissinger

Zurück für die Zukunft!

Grundfrage:

**„Was macht den FVS+ aus und hält ihn im Kern zusammen
- gestern und auch heute?“**

Gliederung des Vortrags

Grundfrage „Was hält uns im Kern zusammen?“

Vorgeschichte

- 1. Historie: Grundhaltung bei Gründung des FVS**
- 2. Fachlichen Austausch fördern und eine empirische Grundlage im FVS entwickeln**
- 3. Neues wagen – Bewährtes wahren**
- 4. Optimierung an den Schnittstellen fördern**
- 5. Fachliche Positionen zur Prävention und Behandlung in die gesundheits- und suchtpolitische Diskussion einbringen**
- 6. Partnerschaften eingehen: Vernetzung aktiv gestalten**
- 7. In Krisenzeiten den Zusammenhalt stärken und Interessen vertreten**
- 8. Die Qualität der Behandlung fördern**
- 9. Schlusswort**

Vorgeschichte

„Von der Trinkerheilstätte zur Fachklinik“

Anfang des 20. Jhdt.: Trinkerheilstättenbewegung

Moralisches Verstehensmodell der Sucht (z.B. als Charakterschwäche, fehlende Willenskraft). Motto der Behandlung: 3 AAAs „Arbeit, Andacht, Abgeschiedenheit“ auf Basis der christlichen Soziallehre

70er/frühen 80er Jahre: Fachkrankenhäuser für Alkoholabhängige

Übergang zu einem Krankheitsmodell (Urteil Bundessozialgericht 1968).

Aber Glaubenssätze zur Behandlung lauteten damals weiterhin:

- Behandlungsdauer bei Alkoholabhängigen unter **sechs Monate** ist untauglich.
- Die Behandlung erfolgt in **geschlossenen Gruppen** für die gesamte Aufenthaltszeit.
- Fachkrankenhäuser für Alkoholabhängige dürfen **keinesfalls mehr als 100 Behandlungsplätze** haben. Zudem sind **rigide Hausordnungen**, etwa was Ausgangsregelungen und Heimfahrten angeht, notwendig.

Rahmenbedingung: Suchtvereinbarung der Leistungsträger 1978

Suchtvereinbarung der gesetzlichen Krankenversicherung und der Träger der Rentenversicherung – Folgen:

- **Klarheit** in den Zuständigkeiten GKV-RV und damit der **Finanzierung**, aber auch
- **Schnittstellenprobleme** hinsichtlich der Gestaltung einer nahtlosen Behandlung
- Enormer **Professionalisierungsschub**
- **Deutlicher Ausbau** der stationären Behandlungsplätze und – einrichtungen

1. Historie:

Grundhaltung bei Gründung des FVS

Am Anfang stand die Grundhaltung:

- Abrücken von festen Glaubenssätzen und starren Behandlungsmaximen
- Über den Tellerrand schauen (z.B. Behandlung in den USA)
- Innovationen voranbringen (z.B. Kurzzeitbehandlung)
- Bereitschaft Risiken einzugehen (private Trägerschaft)

Erst im weiteren Verlauf bildeten sich
die 3 WWWs als Grundlage des FVS heraus:

- Wissenschaftlichkeit
- Wirksamkeit
- Wirtschaftlichkeit

*Prof. Dr.
Lothar
Schmidt †
langjähriger
Stv. und
Vorsitzender
FVS 1976 bis
1992)*



4. Oktober 1976 Gründung des Fachverbandes Sucht e.V.

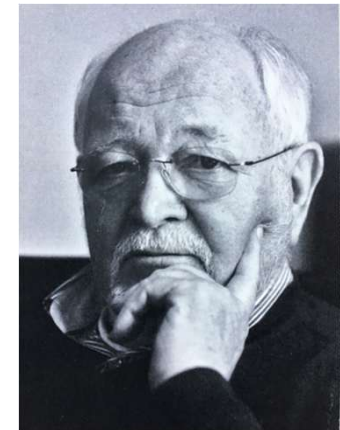
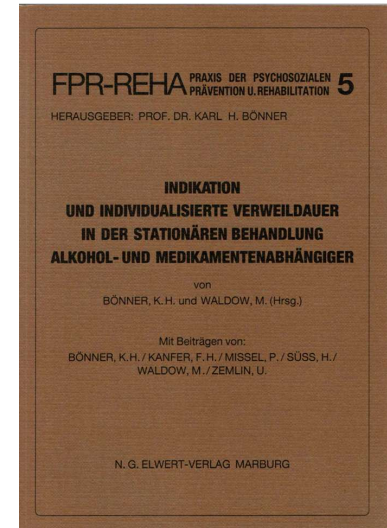
Fachverband
Sucht* e.V.
Fachverband für Sucht
plus Psychosomatik

Grundlagen nach Prof. Dr. Karl H. Bönner

- a) Individualisierte Behandlungszeiten und -inhalte mittels offener Therapiegruppen und indikativer Angebote anbieten.
- b) Anpassung der Behandlung im Verlauf des Therapieprozesses mittels einer adaptiven Indikationsstellung

**Eine empirische Absicherung und Überprüfung von Hypothesen
ist notwendig mittels Basisdokumentation und Katamnese**

Prof. Dr. Karl. H. Bönner †,
Vorstandsvorsitzender
FVS 1992-2001



Beispiel: Eine Modelleinrichtung ausschließlich mit Kurzzeitprogramm (1974)

1974 Gründung der
FK Bad Tönisstein mit einem
intensiven Kurzzeit-
Behandlungsprogramm
(von 6-8 Wochen)

Vorbild:

Hazelden-Klinik in Minnesota

Therapeuten/innen:

Vorrangig berufsbegleitend
eigens ausgebildete Ex-
User/innen

Selektive

Indikationsstellung:

Vorrangig beruflich und
sozial integriertes
Klientel, deshalb z.B.
keine Arbeitstherapie



Andere der 10 Gründungsmitglieder des FVS hatten kein selektiertes Klientel und erprobten z. B. individualisierte Behandlungsmodelle (FK Am Rosenberg)

Zukunft: Grundhaltung aus der Gründerzeit bewahren

„Neugierig bleiben und über den Tellerrand schauen,
belastbare Hypothesen für alternatives Handeln entwickeln und
diese Alternativen kontrolliert erproben, sind unerlässlich,
wenn man weniger an sicherer Stagnation als an Verbesserungen in der
Alltagspraxis interessiert ist, was natürlich stets das Risiko des Scheiterns
beinhaltet.“



Ralf Schneider
1977-92 Ltd. Psychologe
Furth i. Wald
1993-2019 Direktor salus
klinik FD,
Vorsitzender Vorstand FVS
2001-2013

2. Fachlichen Austausch fördern und eine empirische Grundlage im FVS entwickeln (ab Ende 90er Jahre)

2.1 Den fachlichen Austausch fördern

2.2 Eine empirische Grundlage im FVS entwickeln: Basisdokumentation und Katamnese

2.1 Fachlichen Austausch fördern: Das „Flaggschiff“ Heidelberger Kongress 1987 bis 2019 (ab 2022 Münster)

Fachverband
Sucht* e.V.
Fachverband für Sucht
plus Psychosomatik

1. Thema 1987: „Irreguläre Therapiebeendigung – Panne oder Chance?“



„Am Puls der Zeit sein“ – Themen z.B. Qualitätssicherung (1994), Suchttherapie unter Kostendruck (1997), Perspektiven für Suchtkranke: Teilhabe fördern, fordern, sichern (2004), Sucht und Komorbidität (2018) – Dank an die langjährigen Förderer!

Zeitschrift „Sucht Aktuell“ : 1994 - heute

Auflage

Heft 1: 2.600,

Heft 2: 3.000

ab 2021: 2.000 plus Online-Ausgabe

ab 2023: 1.000 plus Online-Ausgabe



Aktuelle Themen aufgreifen, Schwerpunkte setzen, über Entwicklungen berichten, Stellungnahmen publizieren

Fachlichen Austausch fördern: Erste Stellungnahme des FVS in der neuen SA 1/94



Zielsetzung:

Historisch geprägter Konflikt zwischen den Verbänden **buss** (mit vorrangig kleineren Einrichtungen) und **FVS** (auch mit größeren Kliniken) entschärfen.

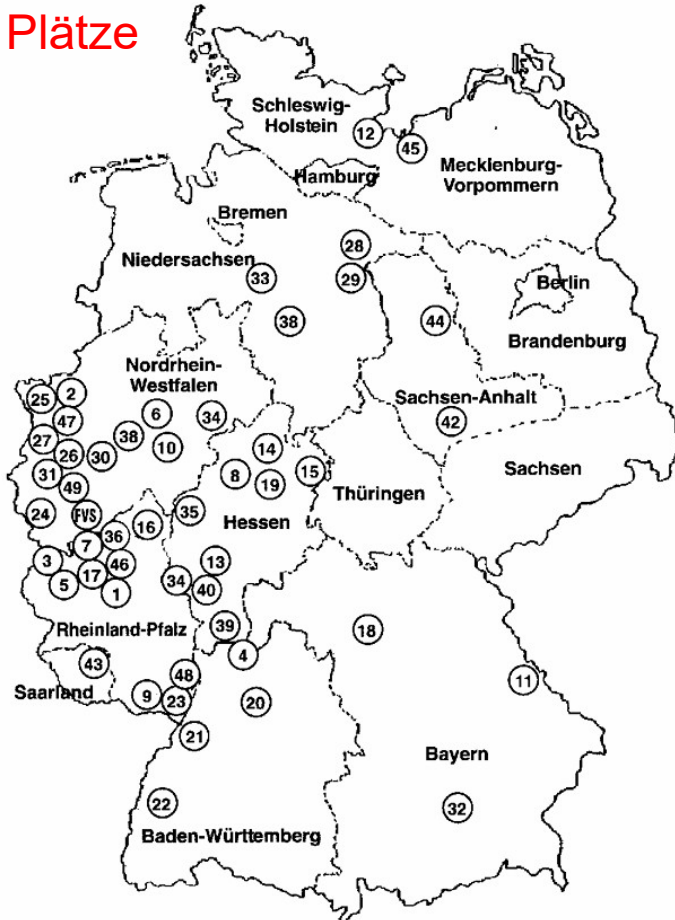
Inhaltliche Position:

Unterschiedliche Angebote und Vielfalt von Einrichtungen sind zu begrüßen und von Nutzen für die Patienten/innen (z.B. überschaubare `Therapeutische Gemeinschaften` im Bereich Drogenabhängigkeit, Möglichkeiten der Spezifizierung und Angebotsvielfalt in größeren Fachkliniken)

Diese Grundhaltung betraf auch die Erweiterung um (ganztägig) ambulante
Behandlungsangebote

Mitgliederzuwachs FVS 1993 und 2019 – Eine Herausforderung für die Begegnung und einen lebendigen fachlichen Austausch

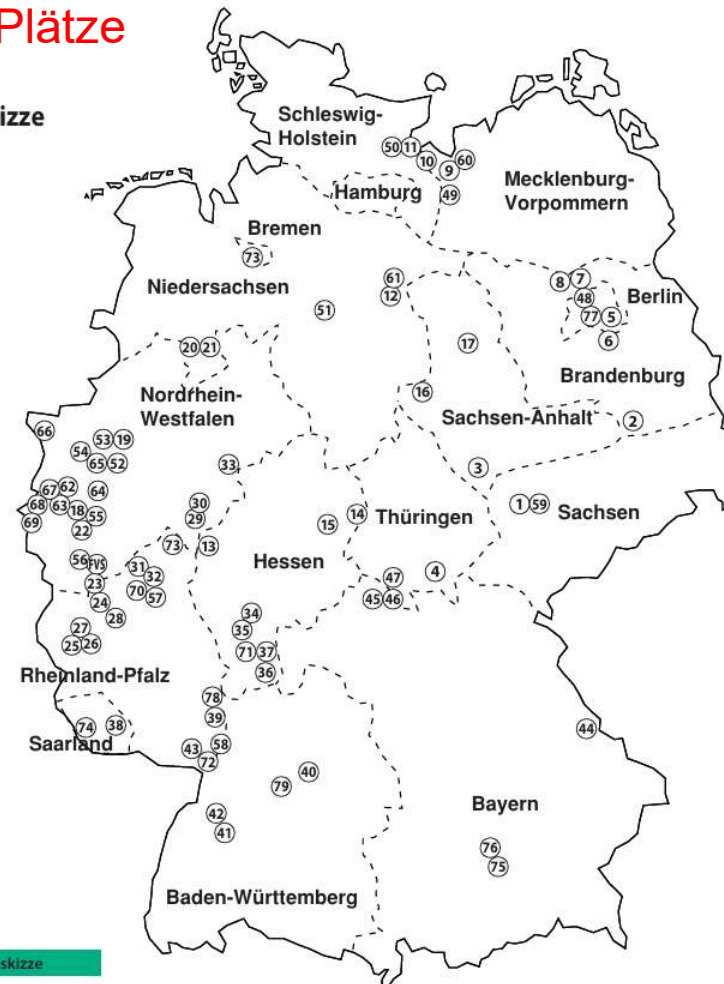
1993: 49 MG davon ca. 3450 stat.
Plätze



V

2019: 95 MG, davon ca. 6500 stat.
Plätze

Kartenskizze



Kartenskizze

97

Ergänzende Hinweise: Im Jahr 1993 zunächst nur 3 MG-Einrichtungen in den nBL.
Veränderung 2016: Übernahme der Allgemeinen Hospitalgesellschaft (AHG) durch MEDIAN

Fachlichen Austausch fördern: Experten/innen einbeziehen

- Vielzahl von Arbeitsgruppen z.B. Arbeitskreis Statistik/Dokumentation, Qualitätszirkel „ambulante Rehabilitation“, „Drogentherapie“, „Adaption“, AG Forschungsfragen, AG Qualität und Digitalisierung
- Gründung von FVS Sektionen auf der Landesebene mit regelmäßigen Treffen und Aktivitäten auf Landesebene

Zukunft: Herausforderung den fachlichen Austausch fördern im digitalen Zeitalter

Herausforderung:

Persönliche Begegnung und Entwicklung vertrauensvoller Beziehungen im Zeitalter der Digitalisierung (-...Vieles wird durch online-Kontakte auch erleichtert -) aufrecht erhalten, gerade auch für neue Mitarbeiter/innen.



2.2 Das Handeln des FVS auf eine empirische Grundlage stellen (ab 1993): Wissen wovon wir reden!

Einführung einer verbandsübergreifenden

2.2.1 Basisdokumentation und

2.2.2 Katamnese

2.2.1 Wie alles anfing: Basisdokumentation im FVS

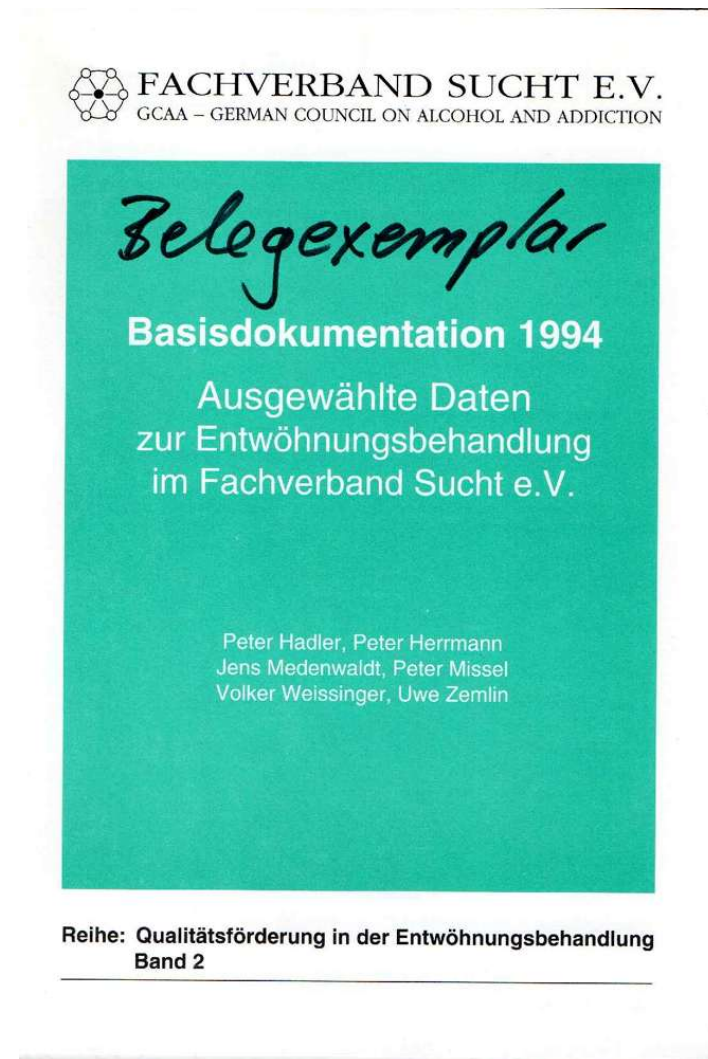
Bado 1994: Fachkliniken A/M (20 Seiten)

Ausgewählte Daten aus drei
Dokumentationssystemen
(13 Items) **N= 4854**

Bado 2006: Erweiterung um Fachkliniken Drogen N= 1480

Detaillierte Angaben zu:

- Soziodemographischen Merkmalen
- Diagnosen
- Behandlungsdaten
- Therapievorbereitung und -ende



Die Basisdokumentation wächst. Ab 2016 sieben Unterkapitel mit über 20.000 Patientendaten

Fachverband
Sucht* e.V.
Fachverband für Sucht
plus Psychosomatik



Peter Missel † langjährig
Ltd. Psychologe Kliniken
Daun-Am Rosenberg
(Vorstandsmitglied FVS
1997- 2019)

Rudolf Bachmeier, langjährig
Leitung Qualitätsmanagement
Johannesbad Gruppe,
Vorstandsmitglied FVS+ seit
2019



Letzte Printausgabe 2019 . Danach nur noch als online-Version verfügbar

**Stellvertretend:
Einige langjährige
Mitautoren:**

Basisdokumentation 2019 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungs- behandlung im Fachverband Sucht e.V.

Die Basisdokumentation 2019 liefert einen aktuellen Überblick über umfangreiche soziodemographische Merkmale der Patienten des Entlassjahrgangs 2019, über deren Diagnose- und Behandlungsdaten sowie Daten von der Therapievorbereitung bis zum Behandlungsende. Die Basisdokumentation umfasst u.a. Teilbände für

- Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängige
- Fachkliniken für Drogenabhängige
- Adaptionseinrichtungen
- Ambulante Rehabilitationseinrichtungen
- Ganztägig ambulanten (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen
- Zentrale Ergebnisse im Überblick

Die Basisdokumentation wird zum Jahresende 2020 online zur Verfügung stehen
unter: sucht@sucht.de, <https://www.sucht.de/basisdokumentation.html>



Sonderauswertungen pathologisches Glücksspiel und
pathologischer PC-/Internetgebrauch

Nutzung des Datenschatzes am Beispiel: Veränderung der Konsumformen Hauptsuchtmittel FK A/M und FK D (SA 2/2020)

Kategorie	Fachklinik A/M	Fachklinik A/M	Fachklinik Drogen	Fachklinik Drogen
	2008	2018	2008	2018
	34 Einrichtungen	31 Einrichtungen	14 Einrichtungen	18 Einrichtungen
	N = 17177	N = 12988	N = 2131	N = 3195
F 10 Alkohol	94,2%	88,9%	4,6%	3,3%
F 12 Cannabinoide	0,8%	4,5%	18,2%	31,6%
F 11 Opioide	0,7%	0,9%	30,1%	12,1%
F 15 Stimulantien	0,2%	1,8%	10,6%	28,4%

Veränderungen der Klientel und der Konsummuster im Zeitverlauf in den Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sowie Drogenabhängigkeit

Sonderauswertung zu den FVS-Basisdokumentationen der Entlassjahrgänge 2008 bis 2018 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige und Drogenabhängige

Rudolf Bachmeier, Thomas Klein, Volker Weissinger

F 12 bis unter
30 Jahre:
25,9%

Grundfrage: Was folgt aus den Veränderungen der Konsummuster hinsichtlich der Einrichtungskonzepte, Typenbildung von Einrichtungen und Zuweisung?

2.2.2 Worauf wir auch stolz waren!- Erste FVS Katamnese SA/1999

Fachverband
Sucht* e.V.
Fachverband für Sucht
plus Psychosomatik

FVS-Katamnese des Entlaßjahrgangs 1996 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Wilma Funke, Heinrich Kluger, Rudolf Bachmeyer, Franz Herder,
Jens Medenwaldt, Peter Missel, Volker Weissinger, Gerhard Wüst

Daten von
9 FK A/M –
DGSS 4 (Gesamt-
stichprobe.
Nichtantworter
als rückfällig
gewertet)
Hier:
3 Monate
abstinent nach
Rückfall
(SA 1/99,S.40)

	Gesamtstichprobe N = 5187		Gesamtstichprobe (ohne Verstorbene) N = 5112	
Katamnестische Erfolgsquote	2708	52,2 %	2708	53,0 %
davon abstinent	2331	44,9 %	2331	45,6 %
davon abstinent nach Rückfall	377	7,3 %	377	7,4 %
Rückfall	2479	47,8 %	2404	47,0 %
davon gesichert rückfällig	932	18,0 %	932	18,2 %
davon definiert rückfällig	1547	29,8 %	1472	28,8 %

Tabelle 3. Abstinenzquote nach konservativer Berechnungsform (DGSS4) bezogen auf die Gesamtstichprobe (N = 5187) und auf die Gesamtstichprobe ohne verstorbene Patienten (N = 5112).

Ein Meilenstein - Endlich eigene Daten zur Wirksamkeit der Suchtbehandlung
zunächst FK A/M!

Die Wirksamkeit ließ sich in der Folgezeit für alle Behandlungsformen belegen – auch Drogentherapie und Adaption! (Beispiel EJ 2015)

Tab. 2 Abstinenzquoten (Alkohol und Medikamente) bei ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Mitgliedseinrichtungen des FVS der Suchtrehabilitation ein Jahr nach Entlassung (Entlassjahrgang 2015)

	Stationär [19]		Ganztägig ambulant [20]		Ambulant [21]	
<i>Ausschöpfungsquote</i>	52,0 % (n = 10.230)		52,2 % (n = 225)		66,0 % (n = 350)	
	DGSS 1 (n = 4850)	DGSS 4 (n = 10.230)	DGSS 1 (n = 111)	DGSS 4 (n = 225)	DGSS 1 (n = 204)	DGSS 4 (n = 350)
<i>Katamn. Erfolgsquote (abstinent und abstinent nach Rückfall)</i>	77,5 %	39,2 %	82,0 %	44,0 %	87,3 %	55,1 %
<i>Rückfällig</i>	22,5 %	60,8 %	18,0 %	56,0 %	16,7 %	44,9 %

DGSS 1 Katamneseantworter mit planmäßiger Entlassung, DGSS 4 Gesamtentlassjahrgang, Nichtantworter werden generell als rückfällig gewertet

Aktuell: Herausforderung Rücklaufquote (Repräsentativität) der Katamnesen

FVS+: Fachkliniken Alkohol/Medikamente: Katamnesen 1996/2006/2012/2022

Gesamtzahl der Patienten/innen	FVS			
	1996 (N=5187)	2006 (N=10306)	2012 (N=13228)	2022 (N=4094)
Anzahl der Einrichtungen	9	17	26	8
Antworterquote	70,8%	57,1%	56,5%	51,7%

Ist es erforderlich, die Instrumente und Verfahrensweisen angesichts eines zunehmend geringeren Rücklaufs anzupassen? Wenn ja, wie?

3. Neues wagen und Bewährtes wahren

3.1 Neues wagen

3.2. Bewährtes wahren

3.1 Neues wagen: Weiterentwicklung und Flexibilisierung der Angebote – eine Daueraufgabe

Zunächst ein Blick auf die Flexibilisierung und Differenzierung der Behandlungsangebote - ab 1990 deutliche Zunahme!

Beispiele:

- **Ab 1991** Anerkennung von ambulanter Behandlung Suchtkranker (Rahmenkonzept DRV und GKV 2008)
- **ab 1994** Verfahrensabsprache DRV und GKV zur Adaption (Phase 2) (Rahmenkonzept der DRV 2019)
- **ab 1998** verstärkter Ausbau ganztägig ambulanter Einrichtungen (Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen 2001, Rahmenkonzept der DRV und GKV 2011)
- **ab 2001** verschiedene Modelle der Kombibehandlungen (Rahmenkonzept DRV und GKV 2014)

Der FVS und seine Mitgliedseinrichtungen waren an allen Entwicklungen beteiligt und haben diese durch vielfältige Statements fachlich begleitet.

Beispiel 1- Innovationen aus MG-Einrichtungen: Pathologisches Glücksspiel als neues Behandlungsangebot (2001)

Fachverband
Sucht* e.V.
Fachverband für Sucht
plus Psychosomatik

Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen (2001) – auch infolge einer **Studie von Jahrreiss/Petry (1999)** für den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)



2014: Über 1700 Fälle DRV Bund



Frau Dr. med.
Rosemarie
Jahrreiss †
langjährige
Chefärztin der PS
FK Münchwies



Dr. Jörg Petry,
langjährig Ltd.
Psychologe der
PS FK
Münchwies

Die Behandlung des pathologischen Glücksspiels ist heute eine anerkannte und wichtige Behandlungsform in unterschiedlichen Behandlungssettings

Beispiel 2: Innovationen aus MG-Einrichtungen: Neurologisches Kontrolltraining NKT Lindenmeyer 2010

„Mit dem Joystick gegen die Sucht“ – salus klinik Lindow



Prof. Dr. Johannes
Lindenmeyer
1995/2019 Direktor der
salus klinik Lindow für
Psychosomatik und Sucht
Professor für Klinische
Psychologie mit
Schwerpunkt
Rehabilitationspsychologie
MH Brandenburg

Es wurden umfangreiche wissenschaftliche Studien zu dieser zusätzlichen Methode durchgeführt, aktuelle Ergebnisse mehrfach in der Zeitschrift SA und auf Veranstaltungen des FVS vorgestellt

Beispiel 3: Innovation: Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch – SA - Sonderheft 2013

Fachverband
Sucht* e.V.
Fachverband für Sucht
plus Psychosomatik



Einige Pioniere der Behandlung des pathologischen PC-/Internetgebrauchs im FVS

FVS-Stellungnahmen • Aktuelle Mitteilungen

Sucht Aktuell 2 • 2009

**Pathologischer PC-Gebrauch:
Stellungnahme des Fachverbandes Sucht
zur Diagnostik, Beratung und Behandlung**

2010: 117 Fälle DRV Bund



Aufgaben des FVS: Entwicklung fachlicher Standards unterstützen, Wissen weitergeben, Dialog mit den Leistungsträgern führen

Beispiel 4: Innovation - Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitation (2010)



Dr. Dietmar Kramer
Direktor salus klinik Bad
Nauheim
und langjährig ltd. Arzt
salus klinik
Friedrichsdorf
Vorstandsmitglied FVS
seit 2013

Abb. 23: Integriertes Assessment im BFW Ffm (Kramer, 2010)

Beispiel 5: BORA Empfehlungen (2015) - Positives Beispiel der Kooperation DRV und Suchtverbände auf Augenhöhe

Unterteilung in 5
BORA-Zielgruppen
(von
Langzeitarbeitslosen
bis zu
Erwerbstätigen) mit
unterschiedlichen
Bedarfen und
Therapiezielen.

**Anm.: Ab 2026 – kein
gesonderter BORA-
Zuschlag mehr**

BORA-Veranstaltung

Empfehlungen zur Stärkung des
Erwerbsbezugs in der medizinischen
Rehabilitation Abhängigkeitskranker

15. April 2015

- Einführung -
Barbara Müller-Simon, Dr. Volker Weissinger



**Gemeinsame, paritätisch besetzte Arbeitsgruppen der Leistungsträger und
Suchtverbände sind sinnvoll und effektiv!**

Beispiel 6: Innovation: Rahmenkonzept für Kinder Suchtkranker in der Entwöhnungsbehandlung (2019)

Fachverband
Sucht* e.V.
Fachverband für Sucht
plus Psychosomatik



Rahmenkonzept

für Kinder suchtkranker Eltern in der stationären Entwöhnungsbehandlung

Herausgeber:

Fachverband Sucht e.V.



unter Mitwirkung von:

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.



Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung



Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. Rainer Thomasius



Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Köln

Prof. Dr. Michael Klein



MSH Medical School Hamburg
Fakultät Gesundheit

Prof. Dr. Sonja Bröring



Aufgabe: Gute Rahmenbedingungen für die Förderung der Kinder suchtkranker Eltern und der Elternkompetenz in der Entwöhnungsbehandlung schaffen!

Beispiel 7: Innovation: Flexibilisierung durch Digitalisierung: Möglichkeiten und Grenzen (2019)



MeinSalus

Die App – der Begleiter für die Befreiung von der Sucht



DigiARS

Die Studie „DigiARS“ untersucht die Wirksamkeit einer **digital gestützten Therapie in der ambulanten Sucht-Rehabilitation** im Vergleich zur konventionellen Face-to-Face-Therapie.- Beteiligung FVS+



Aufgabe: Neue digitale Möglichkeiten gewinnbringend in die bestehenden Angebote integrieren - aber auch: Grenzen einer Digitalisierung beachten

Beispiel 8 Innovation: Virtuelle Realität – Neue Anwendungsbereiche in der Entwicklung in SA 2-25

Mit der Zeit gehen – (technologischer) Fortschritt in der Psychotherapie am Beispiel VR-Behandlung

Keeping up With the Times – Technological Progress in Psychotherapy Using the Example of VR Treatment

Simon Seitz, Julie Allain, Christoph Henrich



Zusammenfassung:

Trotz stationärer Entwöhnungsbehandlung kommt es nach einer kurzfristigen Abstinenzphase bei der Mehrheit der Menschen mit Abhängigkeitserkrankung innerhalb eines Jahres zu einem Rückfall. Die Virtual-Reality-Expositionstherapie (VRET) stellt einen innovativen Ansatz dar, um dieser hohen Rückfallrate durch die kontrollierte Konfrontation mit komplexen, suchtauslösenden Reizen zu begegnen. In einem Pilotprojekt von MEDIAN wurden über einen Zeitraum von einem Jahr an insgesamt fünf Kliniken erste Erfahrungen zur Behandlung von Menschen mit verschiedenen Abhängigkeitserkrankungen mit VRET gesammelt. Zum Einsatz kam dabei das VR Coach Smart System, das eine therapeutisch geleitete, schrittweise Konfrontation in virtuellen Hochrisikosituationen (z.B. Bar, Supermarkt, Private Feier) ermöglicht. In diesem Artikel soll das Pilotprojekt, das Rahmenkonzept zur VRET bei stationären Entwöhnungsbehandlungen der MEDIAN-Rehabilitationskliniken, sowie erste klinische Eindrücke der Umsetzung dieses Konzeptes vorgestellt werden.

Pilotprojekt VR-Sucht bei MEDIAN

Die hier dargestellten Erfahrungen sind Teil eines Pilotprojektes fünf beteiligten Kliniken:

- MEDIAN Klinik Odenwald
- MEDIAN Klinik Thommener Höhe
- MEDIAN Klinik Wilhelmsheim
- MEDIAN Klinik Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda
- MEDIAN Klinik Tönisstein

Aufgabe: Neue Methoden mit einem wissenschaftlich belegten Mehrwert in die Behandlung integrieren
Zukunft bringt viele Neuerungen und Optionen (z.B. Einsatz von Avataren als Begleiter)

3.2 Bewährtes wahren

Für fachlich bewährte und erfolgreiche Behandlungsstandards eintreten

Beispiel:

Therapieziel Abstinenz vs. Konsumreduktion bei Alkoholabhängigkeit?

3.2.1 Abstinenz als Therapieziel bei Abhängigkeit?

Abstinenz, Konsumreduktion, kontrolliertes Trinken? Ein kontroverses und heiß diskutiertes Thema - Kongress 2015:

Insgesamt nahmen **497 Teilnehmer/innen** zzgl.
Referenten/Moderatoren am Kongress des FVS teil.



Pillen gegen Alkoholabhängigkeit? Paradigmenwechsel? Konsumreduktion als gleichrangiges Therapieziel zur Abstinenz?

Fachverband
Sucht* e.V.
Fachverband für Sucht
plus Psychosomatik



Beispiel: Wirkstoff Nalmefene (Medikament „Selincro“ des Pharmaunternehmens Lundbeck – mit viel Werbeaufwand 2014 eingeführt)



Beispiel: Wirkstoff Acamprosat (Medikament „Campral“ des Pharmaunternehmens Merck 1995 zugelassen)



Auch bekannte Forscher aus dem Suchtbereich befürworteten damals einen Paradigmenwechsel

Beschluss Gemeinsamer Bundesausschuss zum Einsatz von Alkoholentwöhnungsmitteln (2014)

Abstinenz als grundsätzliches Therapieziel bleibt!

Der G-BA hält – im Vergleich zur Trinkmengenreduktion – weiterhin die Abstinenztherapie für die zweckmäßigere Behandlungsform der Alkoholabhängigkeit.

Die Verordnung von Arzneimitteln zur Trinkmengenreduktion wird an deutliche Einschränkungen geknüpft

2. Übersicht der eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen

Organisation	Eingangsdatum
Medizinische Hochschule Hannover	23.07.2013
Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (vfa)	29.07.2013
FACHVERBAND SUCHT e.V. (FVS)	29.07.2013
Lundbeck GmbH	31.07.2013
Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	31.07.2013
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)	31.07.2013

3. Übersicht der Anmeldungen zur mündlichen Anhörung

Organisation	Teilnehmer/innen
Lundbeck GmbH	Herr Dr. Michael Friede Herr Dr. Eberhard Lüdtko
Verband forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)	Frau Judith Weigel
FACHVERBAND SUCHT e. V.	Frau Dr. Monika Vogelgesang
Medizinische Hochschule Hannover	Herr Professor Dr. med. Falk Kiefer

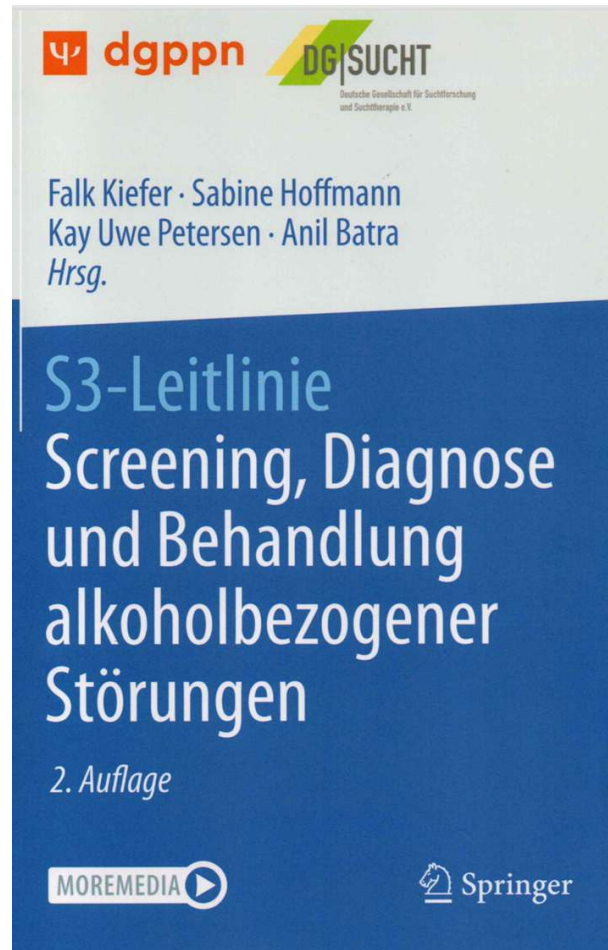


Dr. Monika Vogelgesang, damals Chefärztin Psychosomatische FK Münchwies, Mitglied Vorstand FVS, später Vorsitzende bis 2019

Wahrnehmung der Mitwirkung am Stellungnahmeverfahren des G-BA bleibt auch zukünftig wichtig

S 3 LL Alkoholbezogene Störungen 2015-2020 und 2020-2025: Weiterführung des Diskurses zum Therapieziel Abstinenz bei Alkoholabhängigkeit

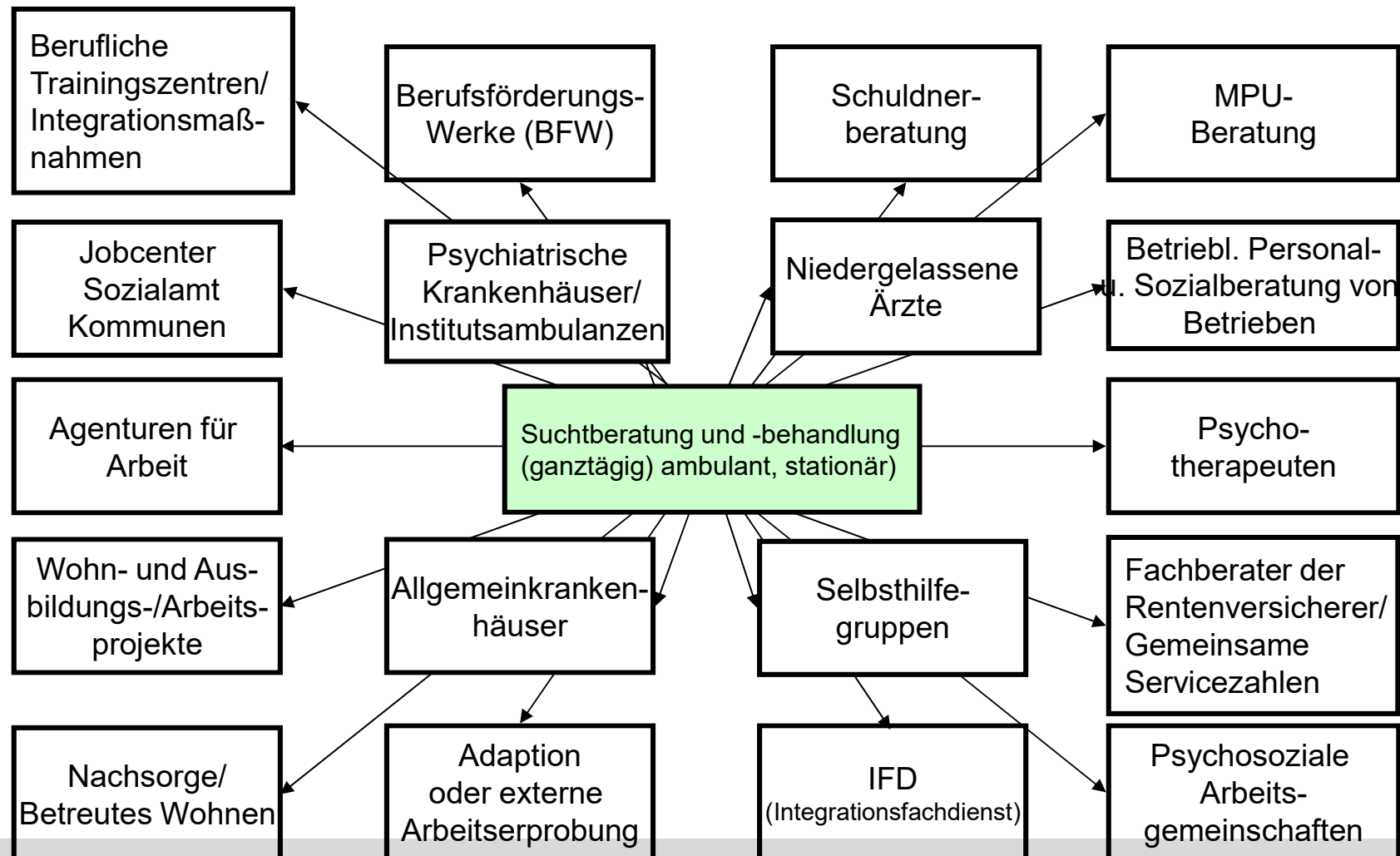
Fachverband
Sucht* e.V.
Fachverband für Sucht
plus Psychosomatik



**Bei Postakutbehandlung ist Abstinenz
bei Abhängigkeitssyndrom (ICD-
10:F10.2) primäres Therapieziel**

4. Optimierung der Versorgung an den Schnittstellen

Vielfältige Initiativen des FVS zur Verbesserung der Zusammenarbeit potentielle Kooperationspartner (Schneider 2005, überarbeitete Version)



Grundverständnis: Sich als Teil eines komplexen Systems verstehen

Beispiel 1: Kooperationsveranstaltung FVS - Bundespsychotherapeutenkammer

Fachverband
Sucht* e.V.
Fachverband für Sucht
plus Psychosomatik

FACHTAGUNG

BPtK
Bundespsychotherapeutenkammer

**Psychotherapie und
Suchtbehandlung**

25. November 2008
13:00 - 17:15 Uhr

Kaiserin-Friedrich-Stiftung
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin

**Fachverband
Sucht e.V.**

Psychotherapie und Suchtbehandlung – Fachtagung vom 25.11.2008 –

Veranstalter: Bundespsychotherapeutenkammer und Fachverband Sucht e.V.

Im weiteren wird die Fachtagung „Psychotherapie und Suchtbehandlung“ dokumentiert, welche in Zusammenarbeit von der Bundespsychotherapeutenkammer und dem Fachverband Sucht e.V. veranstaltet wurde. An dieser Stelle sei nochmals allen Beteiligten herzlich für ihre Mitwirkung gedankt.

Ziel der Veranstaltung war es, Wege zu einer verbesserten Kooperation zwischen Psychotherapeuten und Einrichtungen der Suchtbehandlung aufzuzeigen und diese hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit zu disku-

tieren. Im Vordergrund standen dabei folgende Fragestellungen:

- Welche Aufgaben haben Psychotherapeuten hinsichtlich der Behandlung substanzbezogener Störungen (riskanter Konsum, schädlicher Konsum, Abhängigkeit)?
- Wie können die Frühintervention und die frühzeitige Vermittlung durch Psychotherapeuten bei Abhängigkeitserkrankungen gefördert werden?
- Welche Rolle spielen Psychotherapeuten bei der Weiterbehandlung komorbider

psychischer Störungen im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung?

- Wie kann eine verbesserte Kooperation durch die Politik, Leistungsträger und die beteiligten Leistungserbringer vorangebracht werden?

Es bleibt zu hoffen, dass mit dieser Veranstaltung und der entsprechenden Dokumentation wichtige Impulse für die verbesserte Kooperation zwischen Psychotherapie und Suchtbehandlung gegeben werden.

**Monika
Konitzer
Vizepräsidentin
der BPtK**



**Sabine
Bätzing
Drogenbeauf-
tragte der
Bundesregi-
rung**



**Prof. Dr.
Gerhard
Bühringer,
Suchtfor-
schung TU
Dresden**



**Dr.med.
Christiane
Korsukewitz,
Leiterin GB
Sozialmedizin
u. Gesundheit
DRV Bund**



**Dr. Ursula
Marshall
Leiterin
Kompetenz-
zentrum
Gesundheit
BARMER**



**Ralf Schneider
ehem.
Vorsitzender
Vorstand FVS**



Folgerungen: G-BA Beschluss von 2011 – Schädlicher Konsum als Indikation für Psychotherapie, Behandlung Abhängigkeit wenn Abstinenz innerhalb von 10 Sitzungen erreicht werden kann (Anzahl mittlerweile erweitert)

Beispiel 2: Kooperationsveranstaltung Bundesärztekammer – FVS 2010 und AWMF LL 2020

Fachverband
Sucht* e.V.
Fachverband für Sucht
plus Psychosomatik

FACHTAGUNG



Suchtbehandlung und
hausärztliche Versorgung:
Erkennen, Steuern, Handeln

21. September 2010
13.00 – 17.15 Uhr

Ort: Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystr. 8
10623 Berlin

**Fachverband
Sucht e.V.** 

**Gemeinsame Zielsetzungen: Früherkennung
von und Frühintervention bei
substanzbezogenen Störungen sowie
Vermittlung durch Hausärzte/innen fördern**

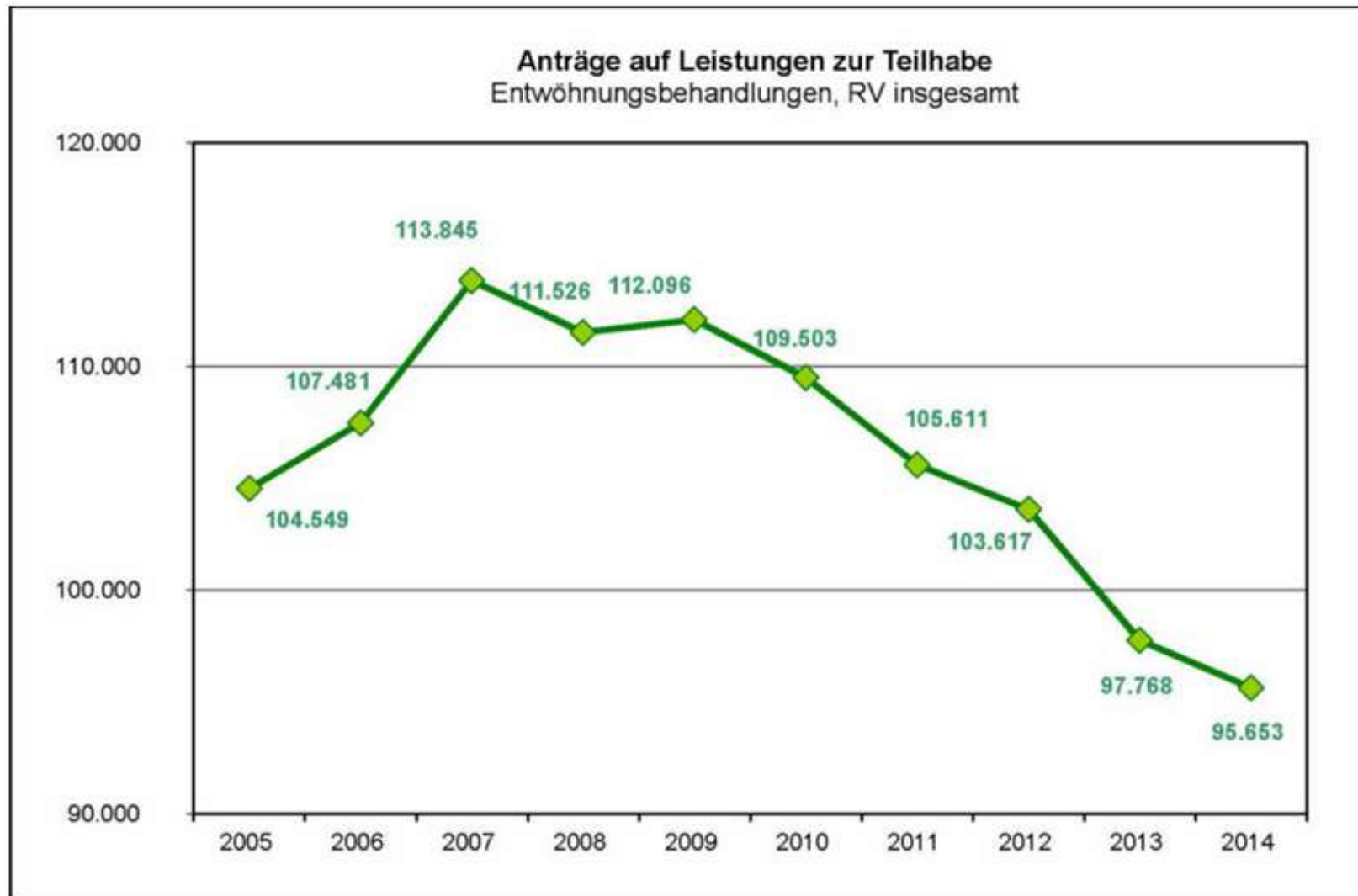
Tab. 3 Empfehlungen zur Rolle des Hausarztes beim Umgang mit alkoholbezogenen Störungen. Auszug aus der S3-Leitlinie Alkoholbezogene Störungen [17]

Rolle Hausarzt		
Nr.	Empfehlungen	Empfehlungs-grad
4.8.1.10.1	<i>Rolle des Hausarztes</i> Die zentrale Rolle des Hausarztes und der ärztlichen Notdienste in der Erkennung, Behandlung und Begleitung von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen und Angehörigen soll gestärkt werden	KKP ^a
4.8.1.10.2	<i>Diagnostik durch den Hausarzt</i> Wenn der Hausarzt erstmals Hinweise auf eine alkoholbezogene Störung feststellt (u. a. mittel AUDIT-C), soll eine weiterführende Diagnostik erfolgen, und es sollen Maßnahmen zur Abstinenz oder zur Trinkmengenreduktion unter engmaschigen Kontakten angeboten werden. Zugleich soll über weiterführende Angebote informiert werden, und diese sollen ggf. vermittelt werden	KKP ^a

^aKKP Klinischer Konsenspunkt. Empfohlen als gute klinische Praxis (Good Clinical Practice Point) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist

**Vielfältige Initiativen zur Stärkung der Rolle der Hausärzte/innen – zuletzt LL Empfehlung –
Koordination der AG Versorgungsmanagement FVS/buss 2020**

Beispiel 3: Entstehung des Nahtlosverfahrens aus dem qualifizierten Entzug in die Entwöhnung -



„Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug / Suchtrehabilitation“ (2017)

Gründung der Unterarbeitsgruppe „Frühzeitiger nahtloser Zugang“

Auf Initiative des FVS – Aufgabenstellung:

Sich von Seiten der Leistungsträger GKV und DRV zusammen mit den Suchtverbänden (FVS, DHS) eingehend mit dem dramatischen Antragsrückgang zu befassen und konkrete Ansätze für eine Verbesserung zu entwickeln.

Als konkrete Maßnahme wurde 2017 das Nahtlosverfahren ins Leben gerufen.

Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017

(„Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation“)

**Nahtlosverfahren: Anteil an Bewilligungen im Jahr 2022 bei DRV
Bund: 11,2%**

5. Fachliche Positionen zur Prävention und Behandlung in die gesundheits- und suchtpolitischen Diskussionen einbringen

Mitwirkung in Gremien (Beispiele)

- **Drogen- und Suchtrat** - Mitwirkung 2010-2019 **(aktuell nicht bestehend!)¹⁾**
- **Gesundheitsziele.de** - Mitwirkung an der Entwicklung der im § 20 SGB V festgelegten Nationalen Gesundheitsziele „Alkoholkonsum reduzieren“ (2015), „Tabakkonsum reduzieren“(2003/2016)
- **Teilnahme an Anhörungen** von Ausschüssen des Deutschen Bundestags (z.B. Cannabis legalisieren)
- **Mitwirkung für AGMedReha im Beirat RehaPro des BMAS** zur Beurteilung von Modellvorhaben

Vielfältige Stellungnahmen zur Gesundheits-, Sozial-, -Suchtpolitik:

Themen (eine kleine Auswahl):

- Substitution, Heroinvergabe, Konsumräume,
- Legalisierung von Cannabis,
- SGB IX und Änderungen im SGB V und VI,
- Landesrahmenempfehlungen im Bereich der Soziotherapie,
- Reha-Deckelung der Ausgaben.

1) Eine Frage an den Drogenbeauftragten der Bundesregierung stellt sich aktuell hinsichtlich der strukturellen Einbindung der Suchtexpertise

6. Partnerschaften eingehen: Vernetzung aktiv gestalten



Gemeinsame Vertretung von übergreifenden Anliegen:

a) Mitwirkung an Veranstaltungen:

- Deutscher Reha-Tag (ab 2004) – ÖA für die Rehabilitation
- Beteiligung am Rehawissenschaftlichen Kolloquium der RV (ab 2006)
- Qualitätskongress DEGEMED/FVS (ab 2013)
- Mitwirkung am Deutschen Suchtkongress (ab 2014)
- Gemeinsame Veranstaltung der Suchtverbände: Beispiele „Brückenbildung Drogentherapie und Substitution“ 2015, „Fachtag Soziale Teilhabe“ 2021

b) Verbandsübergreifende Kooperationen:

- AGMedReha und DEGEMED

Gründung AGMedReha 2007

Gründung der AG MedReha als Vertretung der Interessen der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation:

Bundesverband Deutscher Privatkliniken

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.

Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation

Fachverband Sucht e.V.

Später kamen hinzu:

Bundesverband ambulanter medizinischer
Rehabilitationszentren e.V.

Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V.



Es folgten eine Vielzahl an gemeinsamen Stellungnahmen (etwa zu Vertrags-, Vergütungsfragen), Beauftragung von Gutachten (z.B. aktiva), Gesprächen mit Ministerien/Politik, Leistungsträgern, Mitwirkung in Gremien (z.B. BAR, Beirat RehaPro), Abstimmung bei Schiedsstellenbesetzung (SGB V-Bereich) etc.

Aufgabe: Indikationsübergreifende Themen der medizinischen Rehabilitation bewegen

7. In Krisenzeiten den Zusammenhalt stärken und Interessen vertreten

FVS+ - Wegbegleiter und Interessenvertretung in Krisenzeiten -

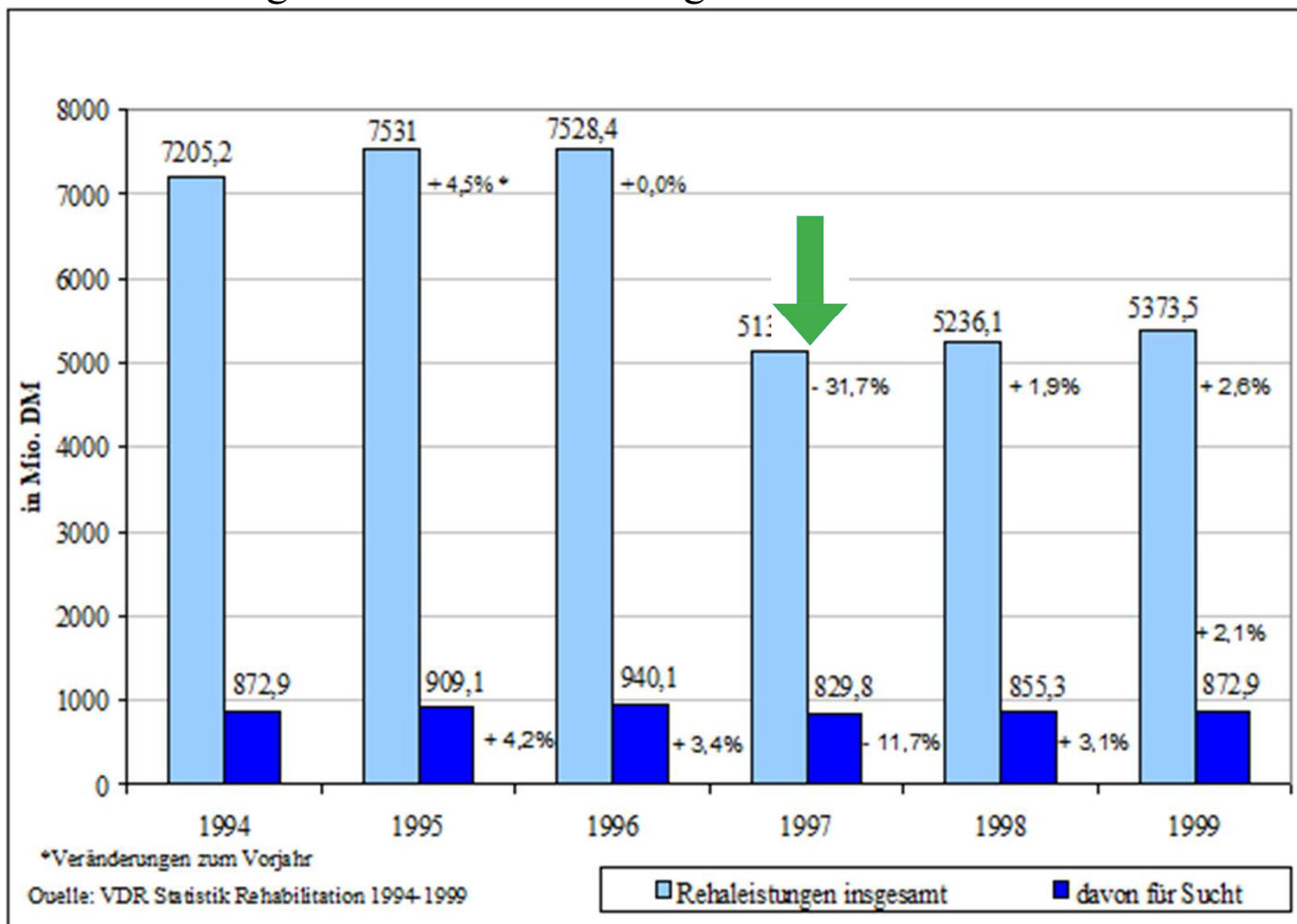
Verbände bewähren sich gerade auch in Krisenzeiten.

Beispiele:

- Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz 1996
- Corona 2020/1

Beispiel 1: Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) von 1996 – Die große Krise ab 1997 – Ausgaben RV

Abb. Bruttoaufwendungen für med. und ergänzende Reha-Leistungen - Gesamtes Bundesgebiet



Folgen des WFG 1996 im Suchtbereich – bis heute spürbar!

‘Gemeinsame Aussagen der Spitzenverbände der Leistungsträger zur Umsetzung der Spargesetze im Bereich der Rehabilitation Suchtkranker’ (1997)

Reduktion der Behandlungszeiten (Phase 1):

9 auf 6 Monate bei Drogenabhängigkeit

6 auf 3-4 Monate bei Alkoholabhängigkeit

(auch für Adaption Phase 2 zeitliche Reduktion)

Die vielfältigen Auswirkungen führten zu großer Verunsicherung in den Einrichtungen bis hin zur existenziellen Bedrohung.

Reaktion des FVS auf das WFG – Vielfältige Aktivitäten

Vielfältige Aktivitäten des FVS:

- **Forderung nach Transparenz** hinsichtlich des Vorgehens der verschiedenen Leistungsträger
- **Gespräche mit einzelnen RV-Trägern** hinsichtlich der jeweiligen Strategien zur Umsetzung der Einsparungen, z.B. Zeitbudgetregelung
- **Erhebung der Folgen** in den MG-Einrichtungen durch Belegungsumfragen,
- **ÖA und politische Forderungen**
- **Aktivierung** von politischen Vertretern/innen der Parteien.



An die Geschäftsleitung
der Mitgliedseinrichtungen und
die Mitglieder des Fachverbandes Sucht e.V.

I. Belegungssituation und Behandlungszeiten der Mitgliedseinrichtungen des FVS

1.1) Belegungssituation
Im Januar 2000 bzw. im Zeitraum des Jahres 1999 zeichnete sich folgendes Bild hinsichtlich der Belegungssituation ab:
1. Alkohol/Medikamente:
Unter 80 % belegt waren im Januar 2000 19,4 %, im Jahr 1999 waren dies 23,3 %. Gegenüber dem Vormonat hat sich die Situation für 19,4 % verbessert, für 9,7 % verschlechtert und für 71 % ist sie stabil geblieben. Über keine Wartezeit verfügten 41,4 % der Einrichtungen.
2. Fachkliniken für Drogen:
Unter 90 % belegt war im Januar keine der Einrichtungen, bezogen auf das Gesamtjahr 1999 traf dies ebenfalls auf keine Einrichtung zu. Für 77,8 % ist die Situation gegenüber dem Vormonat stabil geblieben, jeweils für 11,1 % hat sie sich verschlechtert bzw. verbessert, 11,1 % der Einrichtungen verfügten über

keine Wartezeit, bei den restlichen betrug diese mindestens 1 bis 4 Wochen.
3. Adaptionseinrichtungen
Unter 80 % belegt waren im Januar 2000 33,3 %, bezogen auf das Gesamtjahr 1999 waren diese 55,5 %. Für 44,4 % hat sich die Situation gegenüber dem Vormonat verbessert, für 11,1 % verschlechtert und für 44,4 % ist sie stabil geblieben. Über keine Wartezeit verfügten 88,9 % der Adaptionseinrichtungen.
1.2) Behandlungszeiten der Mitgliedseinrichtungen des FVS
Da nur ein Teil der zurückgeleiteten Fragebögen vollständige Angaben zu den Behandlungszeiten beinhalten, sind die nachfolgenden Ausführungen von beschränkter Aussagekraft.
Die durchschnittliche Behandlungszeit in Tagen betrug demnach:

1. Alkohol/Medikamente
1.1. Alle Entlassenen
Im Vormonat: 82,7 Tage
Im Jahr 1999: 84,61 Tage
1.2. Regelmäßig Entlassene
Im Vormonat: 89,08 Tage
Im Jahr 1999: 92,16 Tage
2. Drogen
2.1. Alle Entlassenen
Im Vormonat: 139,33 Tage
Im Jahr 1999: 165 Tage
2.2. Regelmäßig Entlassene
Im Vormonat: 192 Tage
Im Jahr 1999: 238 Tage
3. Adaption
3.1. Alle Entlassenen
Im Vormonat: 88,21 Tage
Im Jahr 1999: 86,76 Tage
3.2. Regelmäßig Entlassene
Im Vormonat: 94,84 Tage
Im Jahr 1999: 97,41 Tage
Die nächste Erhebung zu den Behandlungszeiten wird zur Mitte dieses Jahres erfolgen.

Wir waren natürlich nicht alleine aktiv – 2014 RV-Leistungsverbesserungsgesetz: Einführung einer Demografiekomponente – Erhöhung des Rehabudgets (aktuell aber wieder Absenkung)

Die Zukunft angesichts steigender Beitragssätze?

Beispiel 2: Die plötzlich hereinbrechende Krise: Corona-Pandemie (2020/1)

2) Entzugsbehandlung weiter durchführen – Appell der Suchtverbände (27.03.2020)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunehmend erreichen uns Meldungen, nach denen Entzugsbehandlungen Abhängigkeitskranker in psychiatrischen Kliniken und Krankenhäusern eingestellt werden. Dies hängt sicherlich mit Erlassen von Ministerien auf Länderebene zusammen, Kapazitäten angesichts der Corona-Pandemie zu schaffen, doch dort finden sich auch Ausnahmeregelungen (z.B. Bayern, Rheinland-Pfalz, u. A.). Mitarbeiter/innen Beratungsstellen wenden sich vermeintlich an die Verbände und wissen nicht, wo sie Klientinnen und Klienten weiterhelfen können, die dringend eine Entgiftung/Entzugsbehandlung benötigen. Aus Rehabilitationsstellen berichten vom Stopp der Entzugsbehandlungen in Einrichtungen der Akutversorgung, mit denen sie kooperieren.

In der aktuellen Situation dürfte der Bedarf an Entzugsbehandlungen eher steigen als geringer werden. Denn momentan wird es gerade für Abhängige illegaler Substanzen immer schwieriger, sich Suchtmittel auf dem Schwarzmarkt zu verschaffen. Immer riskantere Verhaltensweisen, Konsum von gefährlich verunreinigten Stoffen mit zusätzlichem Gefährdungspotenzial und andere

gebot einer medizinisch betreuten Entzugsbehandlung in psychiatrischen Kliniken und Krankenhäusern muss aufrechterhalten und allen Hilfesuchenden angeboten werden, jetzt mehr denn je.

Wir wenden uns an Sie mit der dringenden Bitte, dieses Anliegen mit Ihren jeweiligen Möglichkeiten zu unterstützen und sich

Suchtrehabilitation in Zeiten der Pandemie

Monika Vogelgesang

anderer ist die Gefahr groß, dass nicht behandelte abhängigkeitskranke Menschen selbst Infektionsketten induzieren. Das An-

ernachhaltung der Gesamtsituation und ihre jeweiligen Schritte würden wir uns freuen.

Mit freundlichen Grüßen

4) Gemeinsame Presseerklärung von Fachgesellschaften und Verbänden der Suchtkrankenbehandlung

Dringender Appell – Aufrechterhaltung der ambulanten und stationären Suchtkrankenversorgung (24.03.2020)

Suchtrehabilitation in Zeiten der Pandemie

Die Einrichtungen der Suchtkrankenversorgung mit ihren Rehabilitationskliniken sind selbstverständlich bereit, ihren Beitrag hierzu zu leisten. Aber auch die Behandlung und Versorgung aller anderen Erkrankten muss, soweit es geht, weiterhin durchführbar sein.

Suchtkranke, die zumeist an weiteren, teils schweren psychischen und somatischen Erkrankungen leiden, sind dabei in der derzeitigen Notsituation besonders Risiken ausgesetzt. Sie sind auf ein funktionierendes Suchtkrankenversorgungssystem angewiesen.

Aufnahmemöglichkeiten, insbesondere Notaufnahmen zur Entzugsbehandlung, qualifizierte Entzugsbehandlung, die Basisversorgung in den Suchtberatungsstellen und den psychiatrischen Institutsambulanzen, die Entwöhnungsbehandlungen sowie die ambulante und stationäre Vergabe von Substitutionsmitteln müssen auch in der jetzigen Pandemiephase kontinuierlich zur Suchtkrankenbehandlung zur Verfügung stehen.

Schon jetzt wächst durch die weitgehende Schließung oder Angleben der Suchtberatungsstellen und eingeschränkte Entgiftungs- und Entwöhnungsleistungen sowie reduzierten oder aufgegebenen Aufnahmemöglichkeiten in Rehabilitationskliniken der Druck auf suchtkranke Menschen und auf die Einrichtungen der Suchtkrankenbehandlung, die erforderliche Versorgung sicher zu stellen.

Die Entwöhnungsbehandlung findet in Deutschland überwiegend im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in dazu spezialisierten Abteilungen oder Rehabilitationskliniken statt. Sie stellt die eigentliche Behandlung der Grundkrankung dar und ist unverzichtbar. Hierzu gehört auch die Mitbehandlung oft schwerer psychischer und

Infrastruktur. Das fachkompetente Personal ist nicht in ausreichender Zahl vorhanden. Ebenso fehlt es an erforderlicher Schutzausrüstung und medizintechnischer Ausstattung.

Die Schließung von Entwöhnungskliniken und Abteilungen, wie sie von den zuständigen Behörden in einigen Regionen Deutschlands bekannt gegeben wurde, ist aus unserer fachlichen Sicht nicht geeignet zur Eindämmung der Pandemie und zur Schaffung von qualifizierten Ersatzkapazitäten für die stationäre Versorgung akut-medizinischer Erkrankter.

Hingegen entlastet die originale Arbeit mit den schwer Suchtkranken die Gesellschaft und akut-medizinische Einrichtungen. Viele der in unseren Einrichtungen behandelten Patienten und Patienten haben krankheitsbedingt unbehindert erhebliche Schwierigkeiten, sich zu Hause selbst zu versorgen. Bei vorzeitiger Entlassung drohen Rückfall und hohe Eigengefährdung, verbunden mit der verminderten Fähigkeit, Grenzen und Regeln einzuhalten, auch Fremdgefährdungen sind nicht auszuschließen. Bei Zusammenbruch der Suchtkrankenversorgung droht eine zusätzliche Belastung des akutmedizinischen somatischen und psychischen Versorgungssystems. Der Abbau der Suchtkrankenversorgung ist somit nicht geeignet, die Pandemie einzudämmen, vielmehr führt er zu weiteren Risiken und birgt die Gefahr, den gesundheitlichen Schaden für die Betroffenen, ihre Angehörigen und die Gesellschaft zu erhöhen.

Wir appellieren dringend an die politischen Verantwortlichen, in ihren Überlegungen zur Schaffung von Ersatzversorgungskapazitäten für Akutmedizin differenziert vorzugehen und eine ausreichende Versorgung aller Suchtkranker

der Linien- und stationären Versorgung zu gewährleisten.

Dr. med. Dr. med. Markus Backmund
Präsident
Taß 9, 80331 München
Deutscher Bundesverband der
Chefarztinnen und Chefarzte der
Fachkliniken für Suchtkranke
DBCS e.V.

Dr. med. Wolf Schroeder
Präsident
Mühlental
57629 Wied
Bundesverband für stationäre
Suchtkrankenhilfe (buss) e.V.

Dr. med. Wilke Voigt
Vorsitzende
Hedraustra Straße 273
42339 Essen
Deutsche Gesellschaft für Suchterforschung und Suchttherapie (DG-
Sucht) e.V.

Prof. Dr. med. Rainer Thomasius
Präsident
Martinsstraße 52
Gebäude 92/9 (Rehabhaus)
20246 Hamburg
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin
(DGS) e.V.

Prof. Dr. med. Markus Backmund
1. Vorsitzender
Taß 9, 80331 München
Deutsche Gesellschaft für Sucht-
psychologie (DG SPSP) e.V.

Dr. phil. Volker Weisinger
Präsident
Ratzelburger Allee 160
21338 Lüneburg
Deutsche Suchtmedizinische Gesellschaft (DSMG) e.V.

Dr. med. Dieter Geyer
Präsident
Zu den drei Buchen 1
57192 Schellweilerberg
Fachverband Sucht e.V.
Dr. phil. Volker Weisinger
Geschäftsführer
Wolfsmühlstraße 3
53175 Bonn

5) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) (21.03.2020)

Gemeinsame Position der Suchtverbände

- **Buss, Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.**
- **CaSu, Caritas Suchthilfe e.V.**
- **Fdr, Fachverband Drogen und Suchthilfe e.V.**
- **FVS, Fachverband Sucht e.V.**
- **GVS, Gesamtverband für Suchthilfe e.V.**

In § 22 und 23 wird geregelt, dass die Länder bestimmen können, welche Reha- und Versorgungseinrichtungen die Behandlung von COVID-19-Patienten/innen übernehmen.

Aus Sicht der Suchthilfe muss die Therapie von Abhängigkeitskranken dringend fortgeführt werden, sodass hier Ausnahmen zu verfügen sind.

Begründung: Die Fachverbände weisen hinsichtlich der Auswahl von geeigneten

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aber dringend darauf hin, dass hinsichtlich der Schaffung von Kapazitäten in Rehabilitationseinrichtungen indikations-spezifische Belange und spezifische Bedarfe der Rehabilitanden dabei zu berücksichtigen sind. Menschen mit Abhängigkeits- und

schwierwiegenden chronischen Erkrankungen. Die vorzeitige Beendigung der Rehabilitation kann zu Rückfällen und damit einhergehender massiver, unmittelbarer Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit schwerwiegenden psychischen und physischen Folgeerkrankungen führen, die unabsehbar sind. Insbesondere bei drogenabhängigen Menschen besteht zusätzlich die Gefahr, dass ihre Rückfälligkeit sie in Situationen zwingt, sich unter „Suchtdruck“ Suchtmittel zu beschaffen bzw. auf Stoffe auszuweichen, die sie in lebensbedrohliche Situationen bringen. Gleichzeitig ist die Gefahr groß, dass aus der Rehabilitation entlassene und rückfällig werdende abhängigkeitskranke Menschen, aufgrund ihrer besonderen sozialen Situation, häufig nicht in der Lage sind, hygienische Maßnahmen und Regeln des Infektionsschutzgesetzes einzuhalten und so zum Induzieren von Infektionsketten beitragen. Gerade bei drogenabhängigen Menschen besteht die zusätzliche Gefahr, sie aus der Rehabilitation in die Obdachlosigkeit entlassen zu müssen. Gleichzeitig gilt es einrichtungsspezifische Besonderheiten (z.B. erforderliches Fachpersonal für die erforderliche medizinische, pflegerische, psychologische und

ung/Separierung akutmedizinischer Patienten, notwendige Ausstattung/Schutz-ausrüstungen) zu berücksichtigen. Von daher sollte mit den Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen vor Ort abgeklärt werden, welche konkrete Unterstützung und Hilfe angesichts der Notsituation geleistet werden kann.

Änderungsbedarf

§ 22 Absatz 1 sollte um folgenden Satz ergänzt werden:

„Dabei ist die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die durch Ausfall oder Unterbrechung der Rehabilitationsmaßnahme eine Gefahr für ihre Gesundheit oder für Leib und Leben bedeuten würde, zu gewährleisten.“

Freiburg, 21.03.2020

Gero Skowronek, Geschäftsführer, buss e.V.
Stefan Bürkle, Geschäftsführer, CaSu e.V.
Friederike Neugebauer, fdr e.V.
Dr. Volker Weisinger, FVS e.V.

Fachverband Sucht e.V. fordert: Reha-Einrichtungen in der Krise nicht vergessen – Bundesregierung und Reha-Träger stehen in der Verantwortung

Rehabilitationseinrichtungen ergreifen aktuell alle erforderlichen Maßnahmen, die dem Gesundheitsschutz und der Prävention vor einer Corona-Infektion ihrer in Rehabilitation befindlichen Patient*innen

dienen und tragen ihren Teil zur Bewältigung der aktuellen Krise bei. Sie werden auch alles dafür tun, ihre Patient*innen zu schützen und den Regelbetrieb nach Kräften aufrecht zu erhalten. Gleichwohl kann

es dazu kommen, dass auch Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und damit auch Fachkliniken und ambulante Einrichtungen für suchtkranke Menschen zu den Leidtragenden der Corona-Krise

6) Stellungnahme des Entwurf Fachverbandes Sucht e.V. zum COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz

Rehabilitationsstrukturen erhalten! (23.03.2020)

Vorbemerkung:

Der Gesetzentwurf (GE) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum „Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz)“ regelt die finanzielle Kompensation von Mehraufwendungen von Krankenhäusern

durch die Behandlung von Patienten, die mit dem Corona-Virus infiziert sind. Es regelt außerdem die Einbeziehung der Rehabilitationseinrichtungen in die Behandlung infizierter und nicht infizierter Patienten. Wir begrüßen grundsätzlich, dass angesichts der sich ausbreitenden Corona-Pandemie möglichst rasch gesetzliche Regelungen getroffen werden. Diese müssen

aber insgesamt so aufeinander abgestimmt sein, dass 1. der Erhalt der Liquidität der bestehenden rehabilitativen Strukturen und 2. auch die dringend notwendige rehabilitative Versorgung chronisch kranker Patient*innen, deren Nichtbehandlung eine Gefahr für ihre Gesundheit oder für Leib und Leben bedeuten würde, gewährleistet werden

Auswirkungen der Corona Pandemie auf die (Sucht-) Rehabilitation – aus unterschiedlichen Blickwinkeln

Unser Anliegen ist – nachdem die Auswirkungen der Corona-Pandemie sich nun über einen mehrmonatigen Zeitraum auf den Bereich der (Sucht-)Rehabilitation konkretisiert haben und die staatlichen Rettungsschirme und Unterstützungsmaßnahmen der Leistungsträger an Kontur gewonnen haben – aus verschiedenen Blickwinkeln eine erste Bilanz zu ziehen. Wir haben dazu gezielt verschiedene Personen und Organisationen angeschrieben und um die Beantwortung von verschiedenen Fragen gebeten.

Hierbei wird von den Autoren/innen auf das Erreichte, aber auch auf weiter bestehende Handlungsbedarfe aus ihrer jeweiligen Sicht eingegangen.

Folgende Beiträge finden Sie nachfolgend abgedruckt:

• Dr. Annette Tabbara, Leiterin der Abteilung „Teilhabe Belange von Menschen mit Behinderungen, Soziale Entschädigung, Sozialhilfe“, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

• Brigitte Gross, Direktorin, Deutsche Rentenversicherung Bund

• Gerd Kukla, Referatsleiter Leistungsrecht/Rehabilitation/Selbsthilfe, Abteilung Gesundheit, GKV-Spitzenverband

• Rodolfo Baumbach, Geschäftsführer, und Dr. Julia Dörmann, Direktorin, salus Kliniken

• Dr. Dieter Geyer, Ärztlicher Direktor, Johannesbad Fachkliniken Fredeburg und Heilhaus Mühlhe, Adaption Dortmund, Präsident der Deutschen Suchtmedizinischen Gesellschaft

• Dr. David Steffen, Leitender Arzt, Iana G.P.S. mbH

Wir verweisen abschließend darauf, dass die wir von Seiten der Redaktion selbstverständlich keine Verantwortung für die einzelnen Beiträge übernehmen und möchten an dieser Stelle allen Autoren/innen herzlich dafür danken, dass sie sich beteiligt haben.

Die Redaktion

Permanente Krisenbewältigung und vielfältigen Aktivitäten um die Folgen abzumildern (z.B. Weiterbelegung von Einrichtungen, Hygienemaßnahmen, Corona-Zuschlag) und das Suchthilfesystem zu erhalten

Geplanter „Gemeinsamer Suchtkongress“ in Münster buss und FVS 2020/2021

Fachverband
Sucht* e.V.
Fachverband für Sucht
plus Psychosomatik

**Gemeinsamer Suchtkongress 2020/1
in Münster
„Zusammenhalten und zusammen
gestalten“ von buss und FVS
(heute: bus. und FVS+)**

– fiel Corona bedingt leider aus !



Dr. Wibke Voigt
Vorsitzende bus.



Corinna Mäder-Linke
Geschäftsführerin bus.



Gemeinsamer Suchtkongress „Zusammenhalten und zusammen gestalten“ in Münster vom 23. bis 25. Juni 2021

Vom 23. bis 25. Juni 2021 findet der Gemeinsame Suchtkongress „Zusammenhalten und zusammen gestalten“ statt. Coronabedingt musste er um ein Jahr verschoben werden.

Der Kongress will neue Impulse setzen! Fachkollegen, Wissenschaftler, Leistungsträger, politisch Verantwortliche sowie Vertreter/innen der Selbsthilfe können sich über neue Entwicklungen informieren und austauschen, neue Kontakte knüpfen, sich weiterbilden und Spaß haben.

Die Chancen und Herausforderungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland sind – auch angesichts der Corona-Pandemie – verbandsübergreifend die gleichen. Diskutieren und gestalten Sie mit und freuen Sie sich auf ein breit angelegtes Programm mit Vorträgen und Foren zu aktuellen Themen wie:

- Corona und die Auswirkungen auf die Suchtbehandlung
- Entwicklungen stoffgebundener Konsummuster und suchtnaher Verhaltensweisen
- Kinder und Jugendliche: Suchtentwicklung, Prävention, Intervention und Angebote in der Suchtrehabilitation
- Entwicklungen in der Suchtbehandlung
- Förderung der beruflichen Teilhabe
- Angebote für chronisch mehrfach beeinträchtigte Suchtkranke: Entwicklungen und Herausforderungen infolge des BTHG
- Psychotherapeutische Methoden und Interventionen: Standard und Innovationen
- Internet- und mobile-basierte Diagnostik und Intervention
- Qualität und Finanzierung der (Sucht-)Behandlung aus Sicht der Leistungsträger und Behandler sowie der Wissenschaft
- Gewinnung und Bindung von Fachkräften

Im Vorfeld der Kongresseröffnung werden zudem praxisorientierte Workshops angeboten.

Auf der Website www.dersuchtkongress.de werden ab Ende Oktober aktuelle Informationen rund um den Kongress zu finden sein. Die Inhalte werden laufend aktualisiert.

Vielleicht ein zweiter Anlauf bus. und FVS+ in der Zukunft...?

8. Qualität der Behandlung fördern

Beispielhaft wird im Weiteren eingegangen auf:

8.1 QS-Programm der BfA und Antwort des FVS: Ein historischer Rückblick

8.2 Internes Qualitätsmanagement: Zertifizierungsverfahren nach FVS/DEGEMED

8.3 Qualität und Vergütung: Entsprechende Anforderungen haben ihren Preis

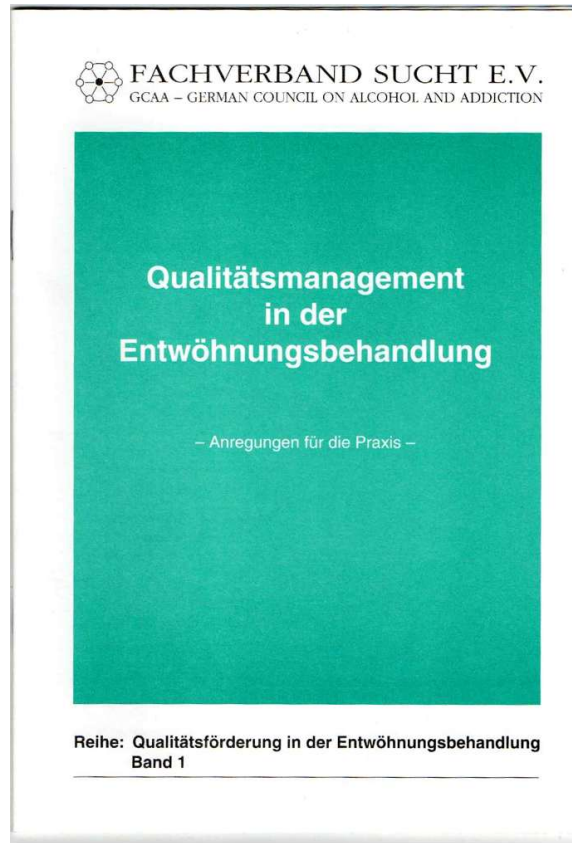
8.1 QS-Programm der BfA (1994) und Antwort des FVS – Historischer Rückblick



Professor Dr. Werner Müller-Fahrnow

Das Fünf- Punkte –Programm der BfA zur Qualitätssicherung (1994)

Prof. Dr. Werner Müller-
Fahrnow †- `Vater` der QS
der RV



Antworten des FVS zur RV- QS- Initiative:

- Auf die Besonderheiten der Suchtrehabilitation hinweisen.
- Darlegen wie wir Qualität verstehen - und was wir bereits im Sinne der QS tun.
- Auf Risiken für die weitere Qualitätsentwicklung durch QS-Systeme hinweisen (Qualitätsförderung vs. Qualitätskontrolle)

Qualität umfasst insbesondere auch sog. weiche Faktoren wie therapeutische Beziehungsqualität, Zusammenwirken im interdisziplinären Team, Führungsverhalten, Supervision

Einschätzung zur QS- Entwicklung aus einer Behandlersicht: Rück- und Ausblick

„Die Gründerzeit war herausfordernd und anstrengend, aber sie war auch sehr lebendig und anregend. Ein wenig mehr von diesem „Spirit“ habe ich mir in der Zeit ab 1996 nach Beginn des externen Qualitätssicherungsprogramms der Leistungsträger so manches Mal zurückgewünscht. Aber je expliziter und detaillierter die Vorgaben von außen, desto stiller, braver und im schlimmsten Fall resignierter wird es innen. Die Justierung eines verträglichen Maßes von verlässlichem Standard und kreativer Abweichung bleibt eine dauerhafte Aufgabe von Klinikleitungen und Leistungsträgern.“ (Ralf Schneider 2024)

8.2 Internes QM: Das Zertifizierungsverfahren FVS/DEGEMED (2001) – mittlerweile Version 6.0

1. Auflage Auditcheckliste DEGEMED/ FVS „Abhängigkeitserkrankungen“ 2001

Wesentliche Änderungen seither:

- Seit 2009 ist **FVS – Herausgebende Stelle** für das Verfahren
- **Erweiterung** des Verfahrens um den Bereich **Psychosomatik**

Anmerkung:

- **QM will aktiv ,gelebt` sein, wenn es nur um
Pflichterfüllung geht, resultiert daraus keine
Qualitätsverbesserung**



Herausforderung: Anforderungen und Kriterien formulieren, aus denen ein spürbarer Mehrwert der Einrichtungen resultiert (auch im zeitlichen Verlauf)

8.3 Qualität und Vergütung: Entsprechende Anforderungen haben ihren Preis

Grundsatz des FVS in der Vergangenheit:

Grundlage für eine qualitativ hochwertige Behandlung ist eine angemessene einrichtungsbezogene Vergütung der Leistungen.

Früher wurde die Vergütung im stationären Bereich einrichtungsbezogen auf Basis eines detaillierten fachlichen Konzeptes und der damit verbundenen erforderlichen Ausstattung mit der RV ausgehandelt
(aber: kein Kostenerstattungsprinzip).

Langjähriges Motto lautete von daher: „Der erste Vergütungssatz muss sitzen!“
(Zitat: Alfons Domma)



Alfons Domma,
Langjährig GF der
salus kliniken,
Vorstandsmitglied
FVS 1988 bis 2022



Rudi Schäfer
Langjährig Vorstand
AHG AG,
Vorstandsmitglied
FVS 1992 bis 2013

Vergütungssatzentwicklung – Jährliche Gespräche der AGMedReha mit der DRV Bund und aktiva

Fachverband
Sucht* e.V.
Fachverband für Sucht
plus Psychosomatik



Gutachten
zur aktuellen und perspektivischen
Situation der Einrichtungen im Bereich
der medizinischen Rehabilitation
-Aktualisierung 2007-

Prof. Dr. Peter Borges
Olga Hofmann
Agnes Zimolong

Düsseldorf, September 2007

GEBERA – Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH
Member of Deloitte Touche Tohmatsu
Schwannstr. 6, 40476 Düsseldorf, Tel.: 0211- 8772-05, info@gebera.de



Vorgespräche der Verbände der Leistungserbringer –
Damaliger Treffpunkt Café Lebens, Berlin

2007-2021 Gutachten von GEBERA/aktiva i.A. der AGMedReha zu den aktuellen ökonomischen Entwicklungen und Rahmenbedingungen

Paradigmenwechsel in der Vergütung und der weiteren Grundlagen im RV- und GKV-Bereich: Dazu Thomas Klein (Teil 2) im Anschluss

[DRV Bund: Verbindliche Entscheidungen \(2023\)](#)

[Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz \(IPREG\) im GKV Bereich:
Rahmenempfehlungen Rehabilitation und Vorsorge \(2025\)](#)

**Aktuell vielfältige Herausforderungen – Trendwende zur stärkeren Standardisierung der
Behandlungsangebote?**

Vergütung und Strukturanforderungen ambulante Reha Sucht

Initiative FVS bereits 2006: Forderung einer Vollfinanzierung der Leistungen
ambulante Reha Sucht

2018/19: Expertengruppe Ambulante Reha Sucht

- Vertreter der DRV, GKV und Suchtverbände (Vertreter FVS: Dr. David Steffen)
- Entwicklung einer Empfehlung mit 2-stufiger **deutlicher Erhöhung der Vergütung und weiteren Regelungen** (Gruppengröße, Frequenz der Leistungen, Personaleinsatz)



Dr. med. David Steffen
Ltd Arzt IANUA,
Mitglied des Vorstands FVS seit 2022

Vertretung der soziotherapeutischen Einrichtungen des FVS - Beispiel RLP und NRW

Bundesteilhabegesetz 2016:

Verhandlungen auf Landesebene –

Paradigmenwechsel von Einrichtungs- zur Personenzentrierung:

- Leistungen stärker am individuellen Bedarf ("Wunsch- und Wahlrecht") orientieren - unabhängig von der Wohnform.
- Trennung der Leistungen: Fachleistungen der Eingliederungshilfe von existenzsichernden Leistungen (Wohnen/Lebensunterhalt)
- Leistungen aus einer Hand: Trägerübergreifende Teilhabeplanung



Andrea Schwerdt,
Leitung MEDIAN
Therapiezentrum
Germersheim



Thomas Kuhlmann,
Leiter MEDIAN
Therapiezentrum
Haus Dondert

Schlusswort:

Leitbild und Grundpositionen (aktuelle Version von 2012)



‘Verbandskompass’ in einem vernetzten System stärkt Identität und ein Wir-Gefühl

In vielen Aspekten sind die damaligen Inhalte und darauf basierenden Empfehlungen sowie die detaillierten Forderungen noch brandaktuell...

Aber es gibt Veränderungen, Weiterentwicklungen (**FVS+ ab 2022**) und auch viele neue Themen. Diese aufzugreifen und das bisherige Leitbild fortzuschreiben, wäre doch eine lohnenswerte Aufgabe, oder?

Das FVS+ Netzwerk – gestern und heute

Wichtig für die weitere Zukunft ist es, weiterhin auf Basis eines gemeinsamen Grundverständnisses ein lebendiges Netzwerk im FVS+ zu bilden!

Persönliche Anmerkung:

Es war eine glückliche Fügung, über so viele Jahre in einem Netzwerk mit so vielen kompetenten und engagierten Menschen zusammenarbeiten zu dürfen.

Das betrifft auch unsere vielfältigen Kooperationspartner von den weiteren Verbänden, den Leistungsträgern, der Selbsthilfe und Politik

Das FVS+ Netzwerk – gestern und heute

...und last but not least

(auch im Namen meiner Nachfolger):

**...ohne das gesamte FVS Team und die gute
Zusammenarbeit von Geschäftsstelle und Vorstand
wäre die Arbeit
gestern und heute nicht möglich!**

Literaturtipp zur Historie der Suchtbehandlung

