

# Sucht *Aktuell*

Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V. ISSN 143-1650

Jahrgang 19/02.12

**Sonderausgabe**

**Fachverband Sucht e.V.:**

**Leitbild und Positionen  
zur Suchtkrankenhilfe  
und -behandlung**

G C A A G E R M A N C O U N C I L O N A L C O H O L A N D A D D I C T I O N

Fachverband  
Sucht e.V. 

**SuchtAktuell**, Jahrgang 19/02.12, ISSN 143-1650

**Sonderausgabe**

**Fachverband Sucht e.V.:**

**Leitbild und Positionen zur Suchtkrankenhilfe und -behandlung,**

Autoren: Volker Weissinger, Peter Missel, Bonn 2012

**Impressum**

**SuchtAktuell Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V.**

Herausgeber: Fachverband Sucht e.V.  
GCAA – German Council on Alcohol and Addiction  
Walramstraße 3, 53175 Bonn,  
Tel.: 0228/261555, Fax: 215885  
www.sucht.de, sucht@sucht.de

Redaktion dieser Ausgabe:

Dr. Volker Weissinger

Ralf Schneider

Peter Missel

Fachverband Sucht e.V.

Erscheinungsweise: Zwei Ausgaben pro Jahr

Layout: Druckpartner Moser GmbH, Rheinbach

Druck: Druckpartner Moser GmbH, Rheinbach

Mit Namen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen.

# Fachverband Sucht e.V.:

## Leitbild und Positionen zur Suchtkrankenhilfe und -behandlung

(Bonn 2012, 3. völlig überarbeitete Version des Gesamtkonzeptes des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS))

Autoren: Dr. Volker Weissinger, Peter Missel

### Vorwort

- 1. Leitbild und Positionen des FVS zur Suchtkrankenhilfe und -behandlung: Zielsetzungen**
- 2. Zentrale Entwicklungen im Gesundheitssystem und in der medizinischen Rehabilitation**
  - 2.1 Das Reha-Budget: Der Deckel hält nicht mehr
  - 2.2 Psychische Gesundheit – Ein prioritäres Gesundheitsziel der Zukunft
  - 2.3 Zukünftige Veränderung im Gesundheitssystem und in der medizinischen Rehabilitation
  - 2.4 Gestaltung der aktuellen und zukünftigen Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation – Forderungen des FVS
- 3. Ausgangslage zu substanzbezogenen Störungen**
  - 3.1 Alkohol
  - 3.2 Illegale Drogen
  - 3.3 Medikamente
  - 3.4 Suchtpolitische Zielsetzungen
- 4. Angebote der Suchtkrankenhilfe**
  - 4.1 Selbsthilfegruppen für suchtkranke Menschen
  - 4.2 Entgiftung und qualifizierter Entzug
  - 4.3 Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen
    - 4.3.1 Zur ökonomischen Situation von ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen
- 5. Das System der Suchtrehabilitation**
  - 5.1 Ambulante Entwöhnungsbehandlung
    - 5.1.1 Indikationsstellung für eine ambulante Entwöhnungsbehandlung
    - 5.1.2 Leistungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke
    - 5.1.3 Qualität der ambulanten Behandlung Suchtkranker
  - 5.2 Stationäre Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen
    - 5.2.1 Indikationsstellung für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung
    - 5.2.2 Entwöhnungsbehandlung unter Kostendruck
    - 5.2.3 Reduktion der Behandlungszeiten
    - 5.2.4 Überprüfung der Zugangsvoraussetzungen

- 5.2.5 Qualität, Preis und Belegung von Einrichtungen
  - 5.2.5.1 Nachweis der Ergebnisqualität der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit durch summative Evaluation
  - 5.2.5.2 Differentielle Evaluation der Ergebnisqualität der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
  - 5.2.5.3 Behandlungsdauer und Ergebnisqualität
  - 5.2.5.4 Grundsätzliche Erwägungen zum Thema „Preisvergleich“
  - 5.2.5.5 Internes Qualitätsmanagement: Qualitätskriterien zur Beurteilung von stationären Einrichtungen
  - 5.2.5.6 Reha-Bewertungssystem: Qualitätsvergleiche und -berichte
  - 5.2.5.7 Strukturverantwortung und Zuweisungssteuerung
- 5.3 Ganztägige ambulante (teilstationäre) Angebote für Abhängigkeitserkrankungen
  - 5.3.1 Indikationsstellung für die ganztägig ambulante Behandlung
  - 5.3.2 Effektivität der ganztägig ambulanten Behandlung
  - 5.3.3 Strukturelle Aspekte zur ganztägig ambulanten Behandlung
- 5.4 Kombinationsbehandlungen
  - 5.4.1 Kombinationsmodelle
  - 5.4.2 Indikationsstellung für die Kombinationsbehandlung
- 5.5 Komplementäre Angebote für suchtkranke Menschen: Adaption, Betreutes Wohnen und Soziotherapeutische Einrichtungen
  - 5.5.1 Adaptionseinrichtungen
    - 5.5.1.1 Zielsetzungen und Ausstattung der Adaptionseinrichtungen
    - 5.5.1.2 Behandlungszeiten und Zuständigkeiten für die Adaptionphase
  - 5.5.2 Ambulant Betreutes Wohnen und Ambulante Tagesstruktur
  - 5.5.3 Soziotherapeutische Einrichtungen
- 6. Planung und Vernetzung der Angebotsstrukturen für suchtkranke Menschen**
  - 6.1 Vernetzung und Abstimmung suchtspezifischer Angebote: Grundsätzliche Anmerkungen
  - 6.2 Beispiele für das sektorenübergreifende Schnittstellenmanagement
    - 6.2.1 Frühintervention und Fallmanagement bei Abhängigkeitserkrankungen
      - 6.2.1.1 Die Rolle des Arztes im Kontext von Suchterkrankungen
      - 6.2.1.2 Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen im Krankenhaus
    - 6.2.2 Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und der beruflichen (Re-)Integration
      - 6.2.2.1 Förderung der Teilhabe arbeitsloser Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben
        - 6.2.2.1.1 Fachkonzept Fallmanagement und personelle Ausstattung der Grundsicherungsstellen
        - 6.2.2.1.2 Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Suchtberatungsstellen
        - 6.2.2.1.3 Qualifizierung der Agenturen für Arbeit/Jobcenter im Umgang mit substanzbezogenen Störungen
        - 6.2.2.1.4 Förderung der Teilhabe im Bereich der medizinischen Rehabilitation: Entwicklungspotenziale

- 6.2.2.1.5 Fallmanagementansätze zur Optimierung der Schnittstellenarbeit im Bereich „Teilhabe am Arbeitsleben“
- 6.2.2.1.6 Berufliche (Re-)Integration benötigt passgenaue Arbeitsmarktinstrumente
- 6.2.2.2 Förderung der Teilhabe erwerbstätiger Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben
- 6.2.3 Sucht im Alter
- 6.3 Nutzung moderner Informationstechnologien in der Entwöhnungsbehandlung
- 7. Evidenzbasierung, Leitlinienentwicklung und methodische Aspekte zur Weiterentwicklung der Suchtbehandlung**
- 8. Prävention und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen: Empfehlungen und Forderungen**
- 9. Schlusswort**
- Literaturliste**

## Vorwort

Der Fachverband Sucht e.V. als seit 1976 bundesweit tätiger Verband verfolgt das Ziel, geeignete Maßnahmen zu fördern, die ein suchtfreies Leben ermöglichen und die sich gegen die Entstehung, Aufrechterhaltung und Folgen von Sucht richten. Dem Fachverband gehören Einrichtungen an, die qualifizierte ambulante, ganztägig ambulante und stationäre Maßnahmen zur Beratung und Behandlung sowie zur medizinischen Rehabilitation und Langzeitbetreuung Suchtkranker anbieten. Aufgrund der Historie des Verbandes stellen die Fachkliniken und komplementären Einrichtungen den größten Anteil der Mitglieder. Während ihre Anzahl seit einigen Jahren weitgehend stabil geblieben ist, wachsen dem Verband vermehrt Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und ganztägig ambulante Einrichtungen zu. Auch darin spiegelt sich die Entwicklung des Suchthilfesystems wider.

Der Verband widmet sich vorrangig der Qualitätssicherung bestehender und zu-

künftiger Behandlungsangebote sowie dem Wirksamkeitsnachweis präventiver Maßnahmen. Um diese komplexen Ziele und Bestrebungen in die gesellschaftlichen, theoretischen und praktischen Rahmenbedingungen Sinn stiftend einzuordnen und zu präzisieren, hat der Vorstand des Verbandes 1998 beschlossen, ein Gesamtkonzept zur Behandlung von Abhängigkeits-erkrankungen zu erarbeiten. Darin wurden das Leitbild und die Positionen des Fachverbandes zur Suchtkrankenhilfe und -behandlung umfassend abgehandelt und den Mitgliedseinrichtungen wie der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Die Suchtkrankenhilfe und -therapie ist ein lebendiges System, das sich aufgrund verschiedener Einflussfaktoren aus Politik, Wissenschaft und Praxis permanent verändert und entwickelt. Deshalb ist es notwendig, das Gesamtkonzept von Zeit zu Zeit zu überarbeiten und zu aktualisieren. Darin steckt eine enorme Arbeit, denn es ist nicht

mit der Änderung einiger weniger Passagen getan. Fast der gesamte Text musste für diese Neuauflage umgeschrieben und neu verfasst werden. Diese Herkulesarbeit haben der Geschäftsführer Dr. Volker Weisinger und das Vorstandsmitglied Peter Missel auf sich genommen, denen der Vorstand und alle Mitgliedseinrichtungen dafür zu besonderem Dank verpflichtet sind.

Wir danken ebenfalls Herrn Dr. Hans-Peter Steingass für seine Unterstützung bei der Überarbeitung der Kapitel 5.5.2 und 5.5.3 sowie Herrn Dr. Rainer Verstege für die Unterstützung bei der Überarbeitung des Kapitels 5.5.1.

Ich meine, das vorliegende Werk spricht für sich und zollt seinen Autoren eine angemessen hohe Anerkennung.

*Ralf Schneider*  
Vorsitzender des Vorstandes  
Fachverband Sucht e.V.

# 1. Leitbild und Positionen des FVS zur Suchtkrankenhilfe und -behandlung: Zielsetzungen

In den vergangenen Jahrzehnten wurde in Deutschland von Leistungs- und Einrichtungsträgern ein hochwertiges Beratungs- und Behandlungssystem für abhängigkeitskranke Menschen entwickelt. Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) hat mit seinen Mitgliedseinrichtungen zum Aufbau dieses - auch im internationalen Vergleich - effektiven Behandlungssystems wesentlich beigetragen und zahlreichen Innovationen, insbesondere im Bereich der stationären Rehabilitation, den Weg bereitet (Kurzzeittherapie, Untersuchungen zur Effektivität der Behandlung, Individualisierung und Qualitätsförderung in der Rehabilitation etc. vgl. Fachverband Sucht e.V. 1990, 1992, 1993, 1994, 1995a, 1995b, 1995c, 1996, 1997a, 1997b, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, Missel et al. 2009, 2010 a, b, 2011 a, b, 2012a, b, Schneider et al. 2012).

Sucht ist in Deutschland als Krankheit anerkannt, die gesundheitsschädigenden und lebensgefährdenden Auswirkungen einer chronischen Abhängigkeit sind ebenso bekannt wie die massiven Beeinträchtigungen und Teilhabeprobleme auf beruflichem, familiärem und sozialem Gebiet. Grundlage für die operationale Klassifikation und Behandlung psychischer Störungen - und damit auch für Abhängigkeitserkrankungen - bilden international anerkannte Klassifikationssysteme wie die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) oder das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV). Sucht ist ferner eine chronische Erkrankung für deren Behandlung eine ganzheitliche und umfassende Sichtweise zugrunde gelegt wird, die auch für das Sozialgesetzbuch IX und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (kurz ICF) (s. Abb. 1) sowie die UN-Behindertenrechtskonvention - die den Begriff der Inklusion in den Mittelpunkt rückt - maßgebend ist.

Die ICF verdeutlicht, dass ein Gesundheitsproblem vielfältige Auswirkungen hat, welche die persönlichen Funktionen, die Aktivitäten wie auch die Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen betreffen (vgl. BAR 2008, 2010). Es bestehen auch vielfältige Wechselwirkungen zwischen diesen Ebenen. Die Abb. 2 zeigt beispielhaft entsprechende Auswirkungen, die im ersten Bereich der „Funktionen“, beispielsweise die Affektivität, die emotionale Stabilität, die Merkfähigkeit betreffen können, im zweiten Bereich der „Aktivitäten“ beispielsweise den Aspekt der Kommunikation und der sozialen Kontakte sowie der Arbeit und Ausbildung oder auch der Nutzung medizinischer, sozia-

Abb. 1: ICF – Das bio-psycho-soziale Modell

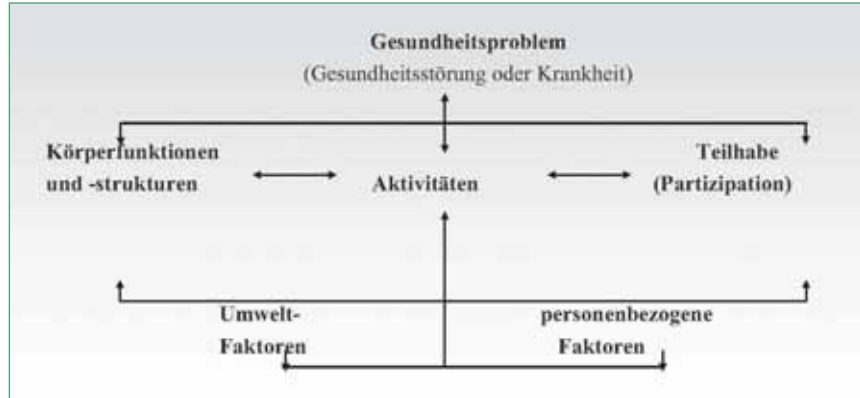
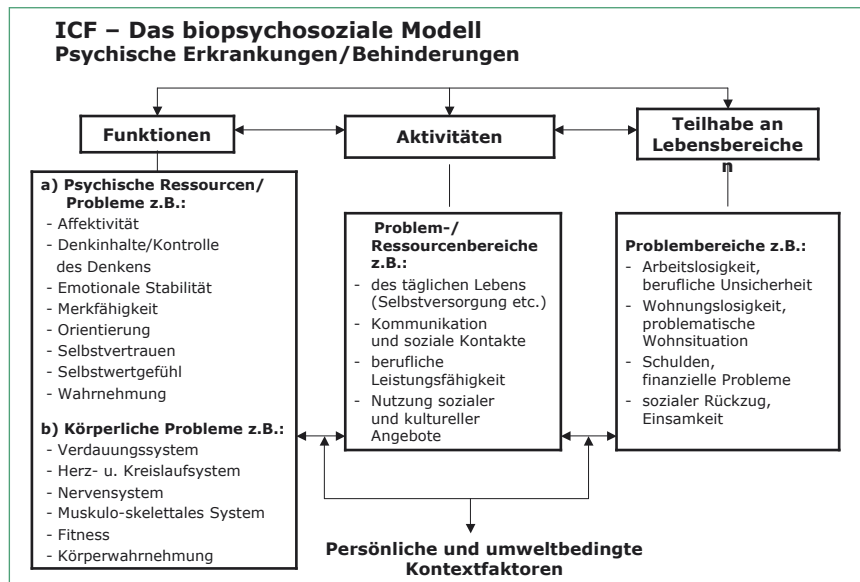


Abb. 2: Psychische Erkrankungen/Behinderungen



ler und kultureller Angebote. Der dritte Bereich der „Teilhabe an Lebensbereichen“ betrifft z.B. soziale Beziehungen zu vertrauten Menschen, Wohnen und Unterkunft, Freizeitmöglichkeiten oder auch wirtschaftliche Aspekte inklusive entsprechende Schulden.

Die ICF zeigt auch, dass es sich bei psychischen Erkrankungen insbesondere bei einem chronischen Verlauf, um ein komplexes Geschehen handelt, bei dem stabilisierende und belastende Situationen in den verschiedenen Lebensbereichen durch Rückkopplungseffekte miteinander verbunden sind. Die Ermittlung des jeweiligen Hilfebedarfs erfordert deshalb eine genaue Kenntnis der Person, der vorhandenen und beeinträchtigten Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie des sozialen Umfelds inkl. der vielfältigen Wechselwirkungen. Ein solcher

Abb. 3: Folgen des chronischen Suchtmittelkonsums

## Mögliche Folgen des chronischen Suchtmittelkonsums

- Psychische Folgen
- Körperliche Schäden/Störungen
- Arbeitsplatzverlust, berufliche Unsicherheit
- Trennung/Scheidung
- finanzielle Probleme/Schulden
- Unfälle
- Straftaten
- Wohnungslosigkeit, problematische Wohnsituation
- sozialer Rückzug
- ...

Denkansatz ist im Bereich der Suchtkranken- und -behandlung bereits langfristig fest verankert, denn das bio-psycho-soziale Modell bildet – im deutlichen Unterschied zu somatischen Indikationen – die zentrale Grundlage des Handelns. Die Folgen des chronischen Suchtmittelkonsums können vielfältiger Art sein.

Die Entwöhnungsbehandlung als medizinische Rehabilitationsleistung bei Abhängigkeitserkrankungen ist eingebettet in eine Gesamtstrategie, welche die Prävention, niedrigschwellige Angebote, die Beratungs- und Behandlungsangebote im engeren Sinne und repressive Maßnahmen umfasst (s. Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, 2012). Von entscheidender Bedeutung für die Weiterentwicklung des Behandlungssystems sind die gesellschaftlichen, gesundheitspolitischen und finanziellen Rahmenbedingungen, welche nicht nur einen Einfluss auf die Innovationsfähigkeit des Suchthilfesystems, sondern auch auf die Qualität der Behandlungsangebote, die Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung und die Bedarfsgerechtigkeit sowie Inanspruchnahmehäufigkeit haben. Aus fachlicher Sicht sind für die zukünftige Ausgestaltung des Suchthilfesystems insbesondere folgende Aspekte zu beachten:

- Förderung eines frühzeitigen Zugangs zu bedarfsgerechten Beratungs- und Behandlungsangeboten durch Stärkung der Frühinterventionen in unterschiedlichen Handlungsfeldern
- Erweiterung niedrigschwelliger Zugangswege zur Suchtberatung und -behandlung

- Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen den Versorgungssektoren (z.B. Vernetzung der Suchtkrankenhilfe mit Jobcentern, Agenturen für Arbeit, akutmedizinischen Einrichtungen, niedergelassenen Psychotherapeuten, Alten- und Pflegeheimen, Einrichtungen der Jugendhilfe)
- Weiterentwicklung passgenauer Angebote (z.B. altersgerechte Angebote, Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Inhalte, Spezifizierung der Angebote hinsichtlich der Fallschwere und besonderer Behandlungsbedarfe wie z.B. Multimorbidität, schädlicher Konsum von Suchtmitteln, suchtmittelspezifische Angebote [wie z.B. für Cannabisabhängige] sowie spezielle Angebote für die Behandlung des Pathologischen PC-/Internetgebrauchs)
- Stärkere Nutzung elektronischer Medien bei der Beratung und Behandlung (z.B. im Bereich der Prävention und Frühintervention, im Bereich der poststationären Nachsorge, hinsichtlich der Kommunikation zwischen Leistungserbringern)
- Bedarfsgerechte Ausgestaltung des Suchthilfesystems (inkl. der Zurverfügungstellung erforderlicher finanzieller Mittel für die ambulanten Suchtberatungsstellen oder für medizinische Rehabilitationsleistungen)
- Zurverfügungstellung bedarfsgerechter Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Arbeitsmarktinstrumente für arbeitslose Suchtkranke) sowie zur Teilhabe an der Gesellschaft (z.B. Angebote des Betreuten Wohnens, tagesstrukturierende Angebote für chronisch-mehrfach beeinträchtigte Suchtkranke).

Aufgrund der beschränkten Ressourcen wird sich zukünftig die Diskussion darüber verschärfen, welche Leistungen im Gesundheitsbereich solidarisch erbracht werden können und wie unser Sozialstaat konkret ausgestaltet werden soll. Zunehmend gerät die Prüfung der Angemessenheit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von personenbezogenen Gesundheitsleistungen in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Betrachtung.

Um die Behandlung auf eine objektivierbare Basis zu stellen und um Entwicklungsverläufe sowie Veränderungen im Behandlungssystem beschreiben zu können, legt der FVS seit dem Jahr 1997 einrichtungsübergreifende Daten zur Basisdokumentation sowie ab dem Entlassjahrgang 1996 jährlich Studien zur Wirksamkeit der Behandlung vor.

Angesichts sich deutlich verändernder Rahmenbedingungen wird eine grundsätzliche Positionsbestimmung umso notwendiger. Der FVS liefert mit diesem Papier eine Diskussionsgrundlage zur Gesamtentwicklung des Gesundheits- und Rehabilitationssystems sowie zur ökonomischen Bedeutung, zum gegenwärtigen Stand, zur Effektivität sowie zu den erforderlichen Entwicklungen des Behandlungssystems für abhängige Menschen. Wir möchten damit einen Anstoß für einen kritischen Dialog mit Politikern, Vertretern der Leistungsträger, anderen Organisationen und Verbänden, Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Fachleuten und Experten sowie dem Selbsthilfesystem geben.

## 2. Zentrale Entwicklungen im Gesundheitssystem und in der medizinischen Rehabilitation

Im Weiteren wird auf folgende Aspekte eingegangen:

- Das Reha-Budget: Der Deckel hält nicht mehr (s. 2.1)
- Psychische Gesundheit – Ein prioritäres Gesundheitsziel der Zukunft (s. 2.2)
- Zukünftige Veränderungen im Gesundheitssystem und in der medizinischen Rehabilitation (s. 2.3)
- Gestaltung der aktuellen und zukünftigen Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation – Forderungen des FVS (s. 2.4)

### 2.1 Das Reha-Budget: Der Deckel hält nicht mehr

Aufgrund der demographischen Alterung der Bevölkerung, der längeren Lebenserwartung und dem drastischen Geburten-

rückgang in den Industrienationen nimmt auch das erwerbstätige Potential ab, sofern nicht entsprechend gegengesteuert wird. Diese Entwicklung hat erhebliche gesellschaftliche und arbeits- und sozialpolitische Konsequenzen.

Die Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung in den Jahren 2009 bis 2060 zeigt Abb. 4.

Eine aktuelle Studie von Prognos (2011) geht davon aus, dass die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter von 2008 – 2025 um 6,50 Mio. sinken wird. Für die Zukunft ist von daher mit einer deutlichen Zuspitzung des Fachkräfteengpasses zu rechnen. Vor diesem Hintergrund ist es politischer Wille durch verschiedene Maßnahmen die Fachkräftebasis der Zukunft zu sichern. Hierzu gehört auch die Verlängerung der Lebensarbeitszeit und die Be-

schäftigungssicherung älterer Arbeitnehmer. Ohne arbeitsmarktpolitische Maßnahmen würde im Jahr 2025 die Gesamtzahl der Erwerbstätigen um 4 Mio. sinken. Die Zahl der Erwerbstätigen im Alter von 55 und mehr Jahren würde dabei um rd. 1,8 Mio. steigen. Zielsetzung der Bundesregierung ist es, dass die Zahl der älteren Erwerbstätigen im Alter von 55 und mehr Jahren bis zum Jahr 2025 deutlich mehr, nämlich um 3,2 Mio. auf 9,4 Mio. anwächst. Damit wäre jeder 4. Erwerbstätige älter als 55 Jahre. Folge davon ist, dass eine Erhöhung des Reha-Budgets um die jährliche Bruttolohnsummensteigerung allein schon aufgrund demographischer Entwicklungen nicht mehr ausreichen wird, um den wachsenden Bedarf zu sichern. Prognos geht davon aus, dass die Anzahl der erwerbstätigen Rehabilitanden aufgrund arbeitsmarktpolitischer In-

tativen und demographischer Effekte in der Altersgruppe von 55 und mehr Jahren von 2008 – 2025 um 250.000 zunehmen wird (s. Abb. 5).

Unberücksichtigt sind hierbei allerdings weitere Effekte wie die Zunahme chronischer Erkrankungen, der Multimorbidität sowie psychischer Erkrankungen. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die Akzeptanz der medizinischen Rehabilitation bei den Arbeitgebern und Arbeitnehmern steigen wird. Die betriebliche Personalpolitik steht vor der Herausforderung, den demographischen Wandel in den Belegschaften so zu gestalten, dass die Produktivität und Innovationskraft der Unternehmen gewahrt bleibt. Betriebliche Gesundheitspolitik wird dabei eine zentrale Rolle spielen. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, zur Frühintervention und zur medizinischen Rehabilitation wie auch das betriebliche Eingliederungsmanagement werden zukünftig aus betriebswirtschaftlichen Gründen von den Unternehmen verstärkt eingefordert werden.

Die Abb. 6 zeigt, welche verschiedenen Einflussfaktoren auf eine steigende Reha-Nachfrage einen Einfluss ausüben.

Somit wächst der Kostendruck im Bereich der medizinischen Rehabilitation angesichts der gedeckelten Budgets. Die Politik ist von daher gefordert, dafür Sorge zu tragen, dass eine bedarfsgerechte Finanzierung medizinischer Rehabilitationseinrichtungen aufgrund zunehmender Anträge gewährleistet ist. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass nicht nur demographische Effekte, sondern auch weitere komplexe Einflussgrößen einen entscheidenden Einfluss auf das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen haben werden. Niemand kann im Detail vorhersagen

- wie sich das Krankheitsgeschehen in einer zunehmend komplexeren Lebens- und Arbeitswelt verändern wird,
- welche technischen und medizinischen Innovationen im Gesundheitsbereich Einfluss auf das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen, die Lebenserwartung der Bevölkerung, Veränderungen des Krankheitsspektrums sowie die Behandlungsmethoden nehmen werden,
- welche Effekte im Rahmen sich wandelnder Arbeitsanforderungen im Zusammenarbeit mit einer längeren Lebensarbeitszeit entstehen,
- wie sich das soziale Zusammenleben der Menschen und deren Freizeitverhalten in einer Informationsgesellschaft verändern wird und welche Auswirkungen auf die Gesundheit bzw. die Entwicklung von Krankheiten damit verbunden sein werden.

Von daher sind lineare Rechenmodelle, die versuchen, Prognosen aufgrund der Bevölkerungsentwicklung einfach hochzurechnen, nur sehr begrenzt dazu geeignet, die tatsächliche Entwicklung des Reha-Bedarfs

Abb. 4: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland

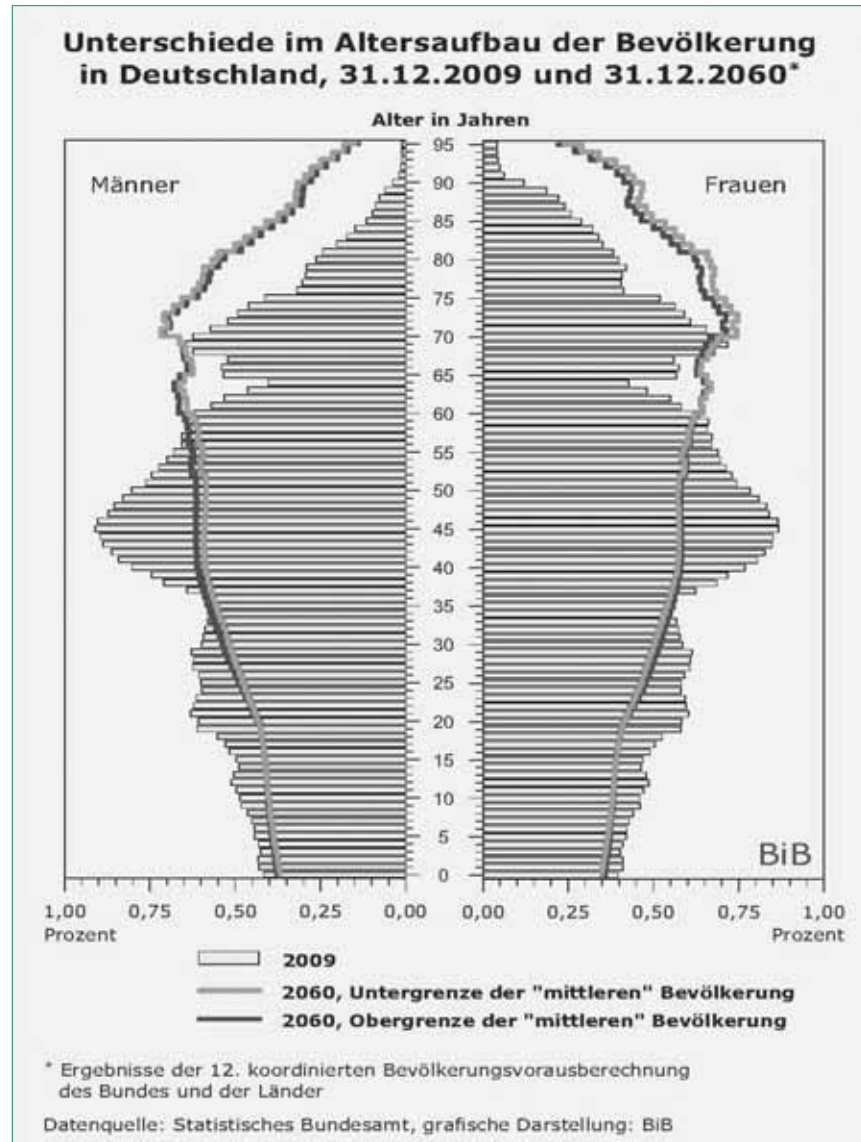


Abb. 5: Anzahl der erwerbstätigen Rehabilitanden im Alter von 55 und mehr Jahren, 2008 – 2025, Prognos AG 2011

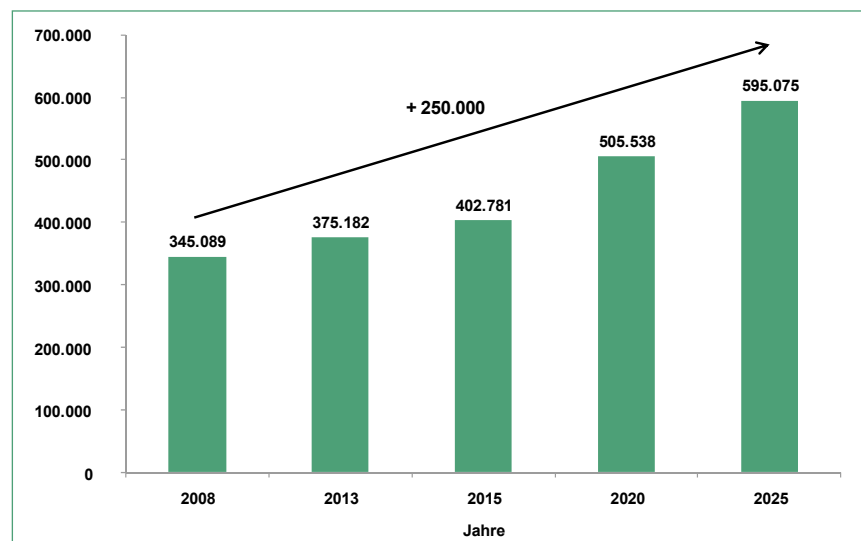


Abb. 6: Die Einflussfaktoren auf die Reha-Nachfrage, Prognos AG 2011



Abb. 7: Medizinische und sonstige Leistungen sowie Entwöhnungsbehandlungen der DRV-Zeitreihe 1997 – 2010, Quelle: DRV-Statistik Rehabilitation (Zeitreihe)

Jahr	Reha-Leistungen insgesamt	Entwöhnungsbehandlungen	Anteil Entwöhnungsbehandlungen (Sp. 2 an Sp. 1)	Steigerung der Entwöhnungsbehandlungen zum Vorjahr in %
	SP. 1	SP. 2	SP. 4	SP. 5
1997	629.752	41.486	6,6	18,2
1998	642.436	42.680	6,6	2,9
1999	717.388	43.793	6,1	2,6
2000	835.878	46.508	5,6	6,2
2001	892.687	48.937	5,5	5,2
2002	894.347	51.785	5,8	5,0
2003	845.618	51.123	6,05	- 1,28
2004	803.159	52.536	6,54	2,69
2005	804.064	50.835	6,32	- 3,2
2006	818.433	49.526	6,32	- 2,57
2007	903.257	56.393	6,24	13,9
2008	942.662	55.963	5,9	- 0,76
2009	978.335	57.456	5,9	+ 2,6
2010	996.154	56.997	5,72	- 0,8

Abb. 8: Bruttoaufwendungen in Mio. Euro für medizinische und ergänzende Leistungen (1997 – 2010), Quelle: DRV-Statistik Rehabilitation (Zeitreihe) (DRV-Schriften)

Jahr	med. & ergänzende Reha-Leistungen insgesamt (Sp. 1)	davon für Sucht (sp. 2)	Anteil in % (sp. 2 an Sp. 1)	Steigerung insges. zum Vorjahr in % (Sp. 1)	Steigerung Sucht zum Vorjahr in % (sp. 2)
1997	2.627,5	424,4	16,1	- 31,7	- 11,7
1998	2.677,2	437,3	16,3	1,9	3,1
1999	2.747,4	446,3	16,2	2,6	2,1
2000	3.101,1	464,9	14,9	12,8	4,2
2001	3.165,2	478,9	15,1	2,1	3,0
2002	3.171,2	493,4	15,6	0,2	3,0
2003	3.088,4	527,0	17,06	- 2,61	6,81
2004	2.887,3	524,6	18,17	- 6,5	- 0,46
2005	2.839,7	494,0	17,40	- 1,6	- 5,8
2006	2.896,2	496,6	17,14	+ 2,0	0,53
2007	3.064,4	526,5	17,18	+ 5,8	6,02
2008	3.246,6	527,5	16,25	+ 5,9	+ 0,19
2009	3.425,8	546,1	15,9	+ 5,5	+ 3,5
2010	3.512,6	559,5	15,9	+ 2,5	+ 2,45

vorauszusagen. Deshalb kann nur ein flexibler Anpassungsmechanismus bei der Berechnung des Reha-Budgets dazu führen, tatsächlich eine bedarfsgerechte Finanzierung sicherzustellen. Zudem lassen sich auch zukünftige Inflationsraten und die damit verbundenen Steigerungen der Personal- und Sachkosten angesichts der internationalen Verflechtungen der Wirtschaft und gegenseitiger ökonomischer Abhängigkeiten in der Weltwirtschaft nicht vorhersagen.

Es zeigt sich, dass bereits in den letzten Jahren medizinische Rehabilitationsleistungen zunehmend in Anspruch genommen worden sind, wobei die finanziellen Aufwendungen deutlich unter diesem Anstieg geblieben sind. So haben in den Jahren 1997 bis 2010 im Bereich der Rentenversicherung die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen von 629.752 auf 996.154 Maßnahmen zugenommen (plus 58,2 %) (s. Abb. 7).

Die Bruttoaufwendungen für medizinische und ergänzende Leistungen sind im Unterschied dazu im gleichen Zeitraum aber lediglich von 2.627,5 Mio. € auf 3.512,6 Mio. € (plus 33,7 %) gestiegen (s. Abb. 8).

Betrachtet man den Indikationsbereich der Entwöhnungsbehandlungen, so stieg die Anzahl der ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen im Bereich der Rentenversicherung von 1997 bis 2010 von 41.486 auf 56.997 Leistungen (plus 37,4 %). Die Bruttoausgaben stiegen hingegen lediglich von 424,4 Mio. € im Jahr 1997 auf 559,5 Mio. € im Jahr 2010 (plus 31,8 %). Damit lag der Zuwachs des Leistungsvolumens insgesamt deutlich über dem Anstieg der Kosten. Mittlerweile sind die Effizienzreserven des Rehabilitationssystems ausgeschöpft.

Die bedarfsgerechte Finanzierbarkeit von medizinischen Rehabilitationsleistungen hat ihre Grenzen erreicht, denn im Jahr 2010 war das Rehabilitationsbudget der Rentenversicherung aufgrund zunehmender Anträge bereits vollständig ausgeschöpft worden.

Bezogen auf alle medizinischen Rehabilitationsleistungen zeigte sich bereits im Vergleich der Jahre 2009 und 2010 ein Anstieg der Anträge auf medizinische Rehabilitationsleistungen im Bereich der Rentenversicherung von 1,9 %, hingegen wurde die Bewilligung um 3,6 % in diesem Zeitraum abgesenkt (s. Abb. 9).

Einen Überblick über die Entwicklung der Rehabudgetausschöpfung in den Jahren 2000 bis 2010 gibt eine Studie von Prognos (s. Abb. 10).

Im Zeitraum der Jahre 2004 bis 2009 ist ein paralleler Anstieg der Anträge und Bewilligungen zu verzeichnen. Danach fällt die Bewilligungsquote bei Zunahme der Anträge und vollständiger Budgetausschöpfung ab. Der beschriebene Trend (s. Abb. 10) setzte sich im Jahr 2011 weiter fort. Die Rentenversicherung prognostiziert allein auf Basis der

Demographie und verlängerten Lebensarbeitszeit eine Steigerung des Rehabilitationsbedarfs von 2012 bis 2017 um 5% oder rund 300 Mio. Euro. Wird das Rehabudget nicht deutlich angehoben, so wird es bei wachsenden Antragszahlen zu entsprechenden Gegenreaktionen kommen, um das Rehabudget einzuhalten. Wesentliche mögliche Interventionsmöglichkeiten der Leistungsträger sind:

- Weitere Reduktion der Behandlungszeiten (Problem: Reduktion der Wirksamkeit der Behandlung)
- Reduktion der Bewilligungsquote (Problem: Bedarfsgerechter Zugang und rechtlicher Anspruch)
- Auswahl von „günstigeren“ Angeboten (Problem: Qualität der Rehabilitationsleistungen inkl. Ergebnisqualität)
- Preisdruck inkl. Vergütungssatzanpassung unterhalb der Preis- und Lohnentwicklung (Problem: Strukturanforderungen, qualifiziertes Personal)

Zudem stellen sich auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die Finanzierungsprobleme der medizinischen Rehabilitationsleistungen zunehmend dramatisch dar. Aufgrund dieser Entwicklung drohen die Rationierung von Leistungen und/oder deutliche Qualitätseinbußen. Es ist allerdings eine wichtige Aufgabe, Qualitätsstandards, die von zentraler Bedeutung für die Wirksamkeit der Behandlung sind, auch zukünftig zu erhalten.

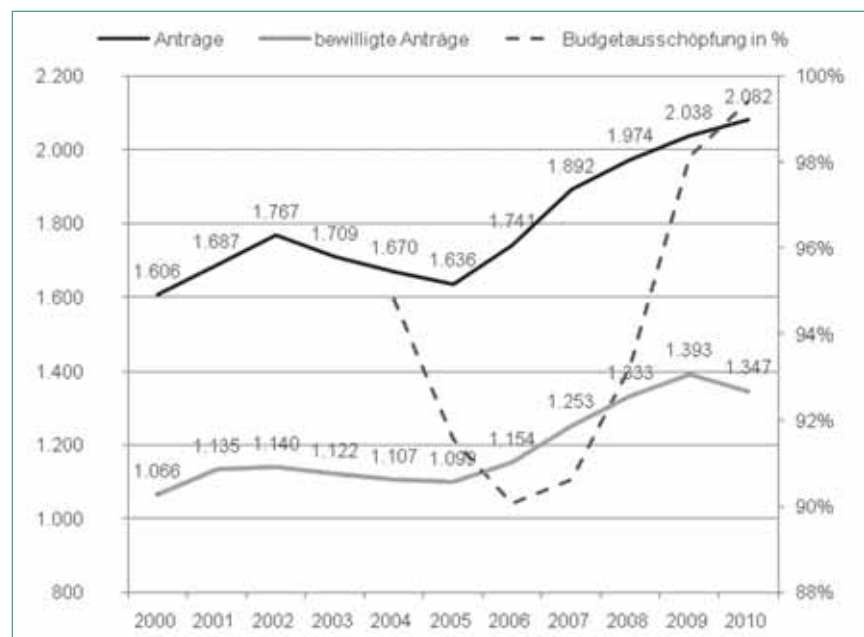
Denn Rehabilitationsleistungen sind hochkomplexe und personalintensive Leistungen. Deshalb ist auch eine ausreichende Refinanzierung von steigenden Personal- und Sachkosten durch die Leistungsträger sicherzustellen. Diese Mittel benötigen die Einrichtungen dringend für die Weiterentwicklung der medizinisch-therapeutischen Versorgungsangebote, die dafür notwendige Personalentwicklung und die erforderlichen Investitionen. Im „Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation“ (2010), erstellt durch GEBERA, Düsseldorf, (s. [www.agmedreha.de](http://www.agmedreha.de)) wurde festgestellt, dass die tatsächlichen allgemeinen Kostensteigerungen in Deutschland in den Jahren 2006 bis 2010 13,1 % betragen, die Vergütungssätze in der medizinischen Rehabilitation stiegen in diesem Zeitraum allerdings insgesamt lediglich um 10,0 % bei den allgemeinen Heilverfahren im Bereich der DRV, die Steigerungen im Bereich der GKV lagen sogar noch darunter.

Die Schere zwischen den realen Kostenentwicklungen und den Vergütungssatzerhöhungen ging vor dem Hintergrund des gedeckelten Budgets im Jahr 2011 weiter auseinander. Die aktuellen Steigerungen 2012 des TVöD können im Personalbereich mit den angekündigten Vergütungssatzerhöhungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation von den Vertragseinrichtungen

Abb. 9: Anträge/Bewilligungen Deutsche Rentenversicherung

	Anträge	Bewilligung	Anträge/ Bewilligung in %
<b>2009</b>			
DRV Gesamt	1.638.294	1.102.671	67,0
DRV Regionalträger	798.340	555.122	69,6
DRV Bundesträger	839.954	547.549	65,7
<b>2010</b>			
DRV Gesamt	1.669.142	1.062.500	63,9
DRV Regionalträger	813.319	522.595	64,3
DRV Bundesträger	855.823	539.905	63,5
Steigerungsrate 2009 - 2010	+ 1,9 %	- 3,6 %	

Abb. 10: Anträge und bewilligte Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation in 1.000 (2000 – 2010) sowie Reha-Budgetausschöpfung in % (2004 – 2010) (Deutsche Rentenversicherung Statistiken-Rehabilitation – Zeitreihen, 2011), Prognos AG 2011



nicht annähernd realisiert werden. Insofern besteht die deutliche Gefahr, dass hier die Beschäftigten von der wirtschaftlichen Entwicklung abgekoppelt werden.

Angesichts des Ärztemangels, dem zunehmenden Psychotherapeutenmangel und zunehmender Personalengpässe im gesamten medizinisch-therapeutischen Bereich ist es dringend notwendig, dass – auch im Vergleich zu anderen Sektoren des Gesundheitswesens – in der medizinischen Rehabilitation attraktive Arbeitsplätze vorgehalten werden. Dies beinhaltet, dass auch eine angemessene Honorierung der Mitarbeiter in den Rehabilitationseinrichtungen erfolgt.

Wenn es zentrales Ziel der Politik ist, dass zukünftig Arbeitnehmer länger am Arbeitsleben teilnehmen, Frühberentungen möglichst vermieden werden und Beiträge für die Sozialversicherungsträger geleistet werden, so ist die bedarfsgerechte Finanzierung von Rehabilitationsleistungen hierfür eine zentrale Voraussetzung. Das Kern-

anliegen der Rehabilitation, wie auch der Suchtbehandlung, besteht darin, die Autonomie der Menschen zu fördern, ihnen ein würdevolles Leben in unserer Gesellschaft und die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen.

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hatte bereits in seinem Gutachten 2000/1 darauf hingewiesen, dass die Rehabilitation zu den großen Unterversorgungsbereichen gehört. Gerade die moderne Rehabilitation eröffnet wie kaum ein anderer Behandlungsansatz die Chance für eine umfassende und multidimensionale Versorgung chronisch erkrankter Menschen.

## 2.2 Psychische Gesundheit – Ein prioritäres Gesundheitsziel der Zukunft

Vor dem Hintergrund der Festlegung von prioritären Gesundheitszielen wird ein zentrales Thema der Zukunft die psychische

Gesundheit der Menschen in einer sich dynamisch verändernden Welt sein, deren gesamtes Wissen sich mittlerweile alle fünf bis sieben Jahre verdoppelt.

Im Zeitalter der Globalisierung, in welchem die Zeittakte kürzer werden, die medialen Möglichkeiten rasant zunehmen, die Informationsdichte permanent größer wird und auch der internationale Wettbewerb zunimmt, wird es von entscheidender Bedeutung sein, mit den zunehmenden mentalen Belastungen und Herausforderungen der Lebens- und Arbeitswelt, den Unsicherheiten der Finanzmärkte und der Sicherung der Arbeitsplätze umgehen zu können. Es ist davon auszugehen, dass psychische Erkrankungen in den Industrienationen weiterhin dramatisch steigen. Denn die zunehmende Dynamisierung der Welt und die Erhöhung der Veränderungsraten führen zum Erleben einer Beschleunigung des Lebenstempos und zum Gefühl, nicht mehr innehalten zu können und ständig „dranbleiben“ zu müssen (Rosa, 2005). Angesichts steigender psychomentaler Anforderungen, dem wachsenden Zeitdruck und instabiler Beschäftigungsverhältnisse ist es notwendig, präventive und rehabilitative Ansätze zukünftig verstärkt miteinander zu verknüpfen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) prognostiziert, dass psychische Erkrankungen im Jahr 2030 weltweit die wichtigste Ursache von Krankheitslasten darstellen werden. Die AOK stellt fest, dass die Arbeitsunfähigkeitsfälle durch psychische Erkrankungen im Zeitraum von 1995 bis 2008 je 100 AOK-Mitglieder von 4,1 auf 7,7 zugenommen haben. Mit zunehmendem Alter steigt ferner die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen. Des Weiteren zeigen sich auch branchenspezifische Unterschiede. So lagen die AU-Fälle aufgrund psychischer Erkrankungen in der öffentlichen Verwaltung sowie im Dienstleistungsbereich im Jahr 2008 bei 11,2 je 100 AOK-Mitglieder, bei Banken und Versicherungen waren es 10,6 AU-Fälle, im Baugewerbe nur 5,2. Einen ähnlichen generellen Anstieg zeigt die Analyse der DAK-Daten: Demnach haben die Krankheitsfälle von 1997 bis 2004 bei psychischen Erkrankungen um 170 % und die Krankheitstage um 169 % zugenommen. Aktuell liegt der Anteil an krankheitsbedingten Fehltagen laut BARMER Gesundheitsreport 2009 mit 16,8 % an zweiter Stelle nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen in Deutschland. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer pro Fall betrug bei psychischen Erkrankungen laut BARMER 29,1 Tage und wurde nur von den Krebserkrankungen noch übertroffen. Bezogen auf die Erkrankungs- und Belastungssituation in Unternehmen sind neben den AU-Statistiken aber auch weitere Faktoren zu beachten, wie z. B. Unfallzahlen, Fluktuation und Präsentismus (krank zur Arbeit gehen) (vgl. Deutsche Gesellschaft für Personalführung, 2011).

Angesichts der skizzierten Entwicklungen ist davon auszugehen, dass der Konsum und Missbrauch psychotroper Substanzen auch in unserer Gesellschaft von Morgen von hoher Bedeutung sein wird.

### 2.3 Zukünftige Veränderung im Gesundheitssystem und in der medizinischen Rehabilitation

Die Veränderungen unseres Gesundheitssystems und die Weiterentwicklung im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind gekennzeichnet durch folgende Aspekte (vgl. Koch, 2012):

- Individualisierung der Behandlung im Rahmen passgenauer Behandlungsansätze
- stärkere Beteiligung der Patienten<sup>1</sup>
- Flexibilisierung der Angebotsstrukturen (z.B. Ausbau [ganztägig] ambulanter Behandlungsformen und der Kombinationsbehandlung)
- Stärkung der beruflich-medizinischen Orientierung in der Rehabilitation
- Förderung des rechtzeitigen Zugangs zur Rehabilitation durch frühe und valide Reha-Bedarfsfeststellung
- Zunahme der Anschlussheilbehandlung vor dem Hintergrund des DRG-Systems im Akutkrankenhaus
- Förderung der Nachhaltigkeit durch vernetzte, sektorenübergreifende Ansätze
- Weiterentwicklung der Evidenzbasierung in der Medizin und Rehabilitation
- Nutzung neuer Technologien, insbesondere wachsende Bedeutung der Telekommunikation
- stärkere Berücksichtigung der Wirksamkeit der Behandlung bei der Qualitätsbeurteilung.

Zunehmend werden sich die Rehabilitation und die im Einzelfall zur Anwendung kommenden Maßnahmen an individuellen Bedarf und personenbezogenen Zielen im Hinblick auf Art, Dichte sowie die zeitliche Verteilung der Leistungen orientieren (Koch, 2012).

Es ist ferner mit einer zunehmenden Differenzierung der Behandlungsangebote zu rechnen, welche sich an den zielgruppenspezifischen und individuellen Bedarfen der Patienten ausrichten. Die Förderung der Autonomie des Patienten und dessen Beteiligung werden im Sinne partizipativer Entscheidungsfindungen verstärkt Berücksichtigung finden. Auch aufgrund der zunehmenden Informiertheit von Patienten durch den leichteren Zugang zu medizinischen Fachinformationen werden das Wunsch- und Wahlrecht sowie die Beteiligung am Management der Erkrankung (z. B.

durch Zielvereinbarungen) sowie hinsichtlich der Bewertung von Versorgungsleistungen (z.B. Bewertung der Prozessqualität durch Patientenbefragungen, Beteiligung der Patienten an der Entwicklung von Leitlinien) zunehmen.

Auch ist mit einer weiteren Flexibilisierung der Angebotsstrukturen, z.B. durch den Ausbau teilstationärer Behandlungsangebote, vernetzter Versorgungskonzepte bis hin zu sektorenübergreifenden Ansätzen zu rechnen. Hierbei werden auch neue Technologien verstärkt Berücksichtigung finden.

Bedingt durch den Ausbau der (ganztägig) ambulanten Rehabilitation und die Zunahme und den steigenden Bedarf an Frührehabilitation werden zunehmend kränkere Patienten in die stationäre Rehabilitation kommen. Dies erfordert einen höheren Betreuungsaufwand. Vor diesem Hintergrund wird die Frage der Reha-Verweildauer und der Zurverfügungstellung bedarfsgerechter Behandlungszeiten neu zu diskutieren sein.

Um die Akutversorgung von der Rehabilitation und Pflege voneinander abzugrenzen, wird hinsichtlich der Definition des Reha-Bedarfs neben Diagnosestatistiken gemäß ICD-10 die Operationalisierung und Umsetzung von ICF-basierten Konzepten und der Einsatz praktikabler Screening-Verfahren zunehmen. Perspektivisch ist parallel zur Zunahme des Rehabilitationsbedarfs in der Bevölkerung auch mit einer verbesserten Reha-Kompetenz niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten zu rechnen. Aufgrund der Verkürzung der Behandlungszeiten im Akutkrankenhaus und der technischen Weiterentwicklung operativer Verfahren wird auch die frühzeitige Verlegung in Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen der Anschlussheilbehandlung und die Entwicklung einer Integrationsversorgung über die beiden Sektoren hinweg zunehmen. Voraussetzung für gelungene Vernetzungskonzepte ist, dass der Akutbereich und die medizinische Rehabilitation auf gleicher Augenhöhe und unter Würdigung der unterschiedlichen Kompetenzen zusammenarbeiten.

Im Rahmen einer stärkeren beruflich-medizinischen Orientierung wird auch die Zusammenarbeit von Rehabilitationseinrichtungen mit Betrieben und Unternehmen zunehmen.

Angesichts der zunehmenden Evidenzbasierung in der Medizin werden auch die Bedeutung der Reha-Forschung und die wissenschaftliche Orientierung in den Rehabilitationseinrichtungen steigen. Allerdings bestehen aufgrund ethischer Aspekte in der medizinischen Rehabilitation nur begrenzte Möglichkeiten, Doppelblindstudien durchzuführen. Darüber hinaus handelt es sich bei Rehabilitationsleistungen

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit des Textes benutzen wir die männliche Schreibweise.

Abb. 11: Nutzung neuer Technologien (Koch, U., Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 06.03.2012)

- **Online-Antragsstellung**
- **Datenaustausch:** Reha-Einrichtung und Leistungserbringer
- **Zugangssteuerung** nach medizinischen, organisatorischen, ökonomischen und bei besonderen Bedarfslagen (Angebote)
- **Klinikinformationssysteme** (Vernetzung, elektronische Krankenakte)
- **Therapieplanung** (z.B. nach Rehabilitanden-Management-Kategorien)
- **E-Bericht** als elektronischer Bericht (Gestaltung, Kommunikation)
- **Internetbasierte Nachsorgeprogramme**

um komplexe Interventionen, die aus verschiedenen Modulen bestehen. Eine modulspezifische Wirksamkeitsprüfung ist ebenso schwierig wie die Berücksichtigung der Multimorbidität von Patienten in entsprechenden Leitlinien.

Gleichwohl lassen sich die Effekte der Reha-Maßnahmen untersuchen. Im Rahmen der Qualitätssicherung und angesichts begrenzter finanzieller Mittel wird die Notwendigkeit des Nachweises der Ergebnisqualität und der Effekte der Reha-Maßnahmen noch deutlich steigen.

Auch die Nutzung neuer Technologien wird zunehmend Einzug in die medizinische Rehabilitation halten, entsprechende Bereiche sind in Abb. 11 beispielhaft genannt.

Insgesamt gesehen hat die medizinische Rehabilitation in Deutschland im internationalen Vergleich einen hohen Entwicklungsstand erreicht. Angesichts der demographischen Entwicklung, der ökonomischen Rahmenbedingungen sowie der gesellschaftlichen Veränderungen stellt sich aber eine Vielzahl von Herausforderungen für die medizinische Rehabilitation der Zukunft. Es ist nicht damit zu rechnen, dass es hierfür schnelle und flexible Lösungen geben kann. Denn seriöse Veränderungen und Fortschritte müssen, wie in der Wissenschaft auch, mühsam erarbeitet werden (Koch, 2012).

## 2.4 Gestaltung der aktuellen und zukünftigen Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation – Forderungen des FVS

Zur Bedeutung und zum Stellenwert der medizinischen Rehabilitation in unserem Gesundheitssystem sind aus Sicht des FVS folgende Eckpunkte zu beachten:

- Es ist davon auszugehen, dass die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation angesichts der großen Herausforderungen, welche mit dem demographischen Wandel unserer Bevölkerung und der damit verbundenen Zunahme chronischer Erkrankungen verbunden sind, zukünftig noch deutlich wachsen wird. Die Rehabili-

tation leistet einen wichtigen Beitrag dazu, dass Arbeitnehmer länger am Arbeitsleben teilnehmen können, Frühberentungen und Pflegebedürftigkeit vermieden werden und Beiträge für die Sozialversicherungsträger geleistet werden. Die Veränderungen unserer Gesellschaft erfordern nicht nur eine deutliche Stärkung der Prävention, sondern auch der Grundsätze „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“.

Festzuhalten bleibt, dass gerade die moderne Rehabilitation, wie kaum ein anderer Behandlungsansatz, die Chance für eine umfassende und multidimensionale Behandlung chronisch kranker Menschen eröffnet.

- Insgesamt werden in Deutschland in 1.227 Reha- und Vorsorgekliniken rund 118.000 Mitarbeiter beschäftigt (RWI, 2011). Die Rehabilitationseinrichtungen stellen damit einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor dar. In zahlreichen Regionen sind sie die größten Arbeitgeber und bieten qualifizierte Arbeits- und Ausbildungsplätze, insbesondere im ärztlichen Dienst, im therapeutischen Bereich, in der Pflege und in medizinisch-technischen Fachberufen. Um ihrem umfangreichen Versorgungsauftrag mit qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen nachkommen zu können, benötigen die Rehabilitationseinrichtungen ein hohes Maß an Planbarkeit, Berechenbarkeit und Verlässlichkeit.

- Die bereits im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes getroffenen Gesetzesänderungen, alle medizinischen Rehabilitationsleistungen zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu machen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Risikostrukturausgleich einzubeziehen, stellen richtige und wichtige Weichenstellungen dar.

- Wesentliche Zukunftsaufgaben sehen wir darin, dass sich die politisch Verantwortlichen dafür einsetzen, qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitationsleistungen in Deutschland dauerhaft sicherzustellen, den niedrighschwelligem Zugang zu erforderlichen medizinischen Rehabilitationsleistungen zu erleichtern und den

Stellenwert der medizinischen Rehabilitation im Gesundheitswesen zu stärken. In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass medizinische Rehabilitationsleistungen (incl. Entwöhnungsbehandlungen) dringend auch in den Tarifen der privaten Krankenversicherungen zu Pflichtleistungen werden sollten.

- Unabhängig von der jeweiligen Leistungsträgerschaft für medizinische Rehabilitationsleistungen ist deren bedarfsgerechte Finanzierung sicherzustellen. Bei einer nicht ausreichenden Finanzierung des Gesamtbereichs drohen eine offene Rationierung medizinischer Rehabilitationsleistungen und/oder eine deutliche Absenkung von deren Qualität.

- Medizinische Rehabilitationseinrichtungen dürfen durch die Deckelung der Ausgaben oder eine Unterfinanzierung der erforderlichen Leistungen nicht in eine existentielle Unsicherheit und drohende Insolvenz getrieben werden. In jedem Fall ist eine ausreichende Refinanzierung von steigenden Personal- und Sachkosten sicherzustellen. Die Einrichtungen müssen auch Überschüsse erzielen können, die sie für die Weiterentwicklung ihrer medizinisch-therapeutischen Versorgungsangebote und erforderliche Investitionen dringend benötigen.

- Die monistische Finanzierung im Bereich der medizinischen Rehabilitation bedeutet, dass die Investitionskostenanteile den tatsächlichen Investitionsbedarf abdecken müssen, damit eine auskömmliche Investitionsfinanzierung gewährleistet ist. Aufgrund der Vergütungssatzentwicklungen der letzten Jahre ist von einem enormen Investitionsstau im Bereich der medizinischen Rehabilitation auszugehen. Auch war dieser Bereich vom Konjunkturpaket II ausgenommen. Der Investitionsstau sollte dringend, insbesondere auch bei den Vertragseinrichtungen der Leistungsträger, abgebaut werden.

- Grundsätzlich sollte ein Schiedsstellenverfahren nicht nur im SGB V, sondern in allen Zuständigkeiten der medizinischen Rehabilitation eingeführt werden. Sofern sich die Vertragspartner nicht auf eine Anpassung der Vergütungssätze oder Vertragsinhalte bzw. entsprechende Anforderungen einigen können, sollte ein Schiedsstellenverfahren verbindlich für alle Bereiche der Sozialversicherung eingeführt werden.

- Auch eine steigende Fallschwere muss bei der Ausstattung, Personalbemessung und Vergütung der medizinischen Rehabilitationsleistungen berücksichtigt werden. Völlig inakzeptabel wäre es, wenn den Rehabilitationskliniken – beispielsweise durch eine frühzeitige Verlegung von Patienten aus dem Krankenhaus oder

auch durch eine mit dem Ausbau (ganztägig) ambulanter Angebote verbundene zunehmende Komorbidität und Fall schwere von Patienten im stationären Bereich – zunehmend das Morbiditätsrisiko auferlegt würde.

- 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 attraktive Arbeitsplätze vorgehalten werden können. Dies beinhaltet auch eine angemessene Honorierung der Mitarbeiter in den Rehabilitationseinrichtungen
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt er Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens. Aufgrund seines umfassenden Auftrags, der auch den Bereich der chronischen Erkrankungen und damit die medizinische Rehabilitation betrifft, ist eine Erweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses um eine entsprechende Anzahl von Vertretern der Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation dringend erforderlich. Darüber hinaus sollten vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestehende strukturelle Schnittstellenprobleme der Versorgung (z.B. Förderung der Frühintervention substanzbezogener Störungen durch niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und Vermittlung in fachspezifische Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Rehabilitationsleistungen durch ein vereinfachtes Verordnungsverfahren in der GKV, Förderung der nahtlosen Wei-

terbehandlung und der Telemedizin im Bereich der Nachsorge) einer patientengerechteren Lösung zugeführt werden.

- Darüber hinaus sei darauf verwiesen, dass die medizinische Rehabilitation betreffende grundsätzliche Regelungen im Rahmen des SGB IX zwischen den Rehabilitationsträgern und den Spitzenverbänden der Rehabilitationseinrichtungen zu treffen sind. Der Grundsatz der Partnerschaftlichkeit zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern sollte im SGB IX deutlich gestärkt werden. So sollte der § 21 SGB IX dahingehend geändert werden, dass Rahmenverträge und indikationspezifische Rahmenvereinbarungen grundsätzlich von den Rehabilitationsträgern und den jeweiligen Spitzenverbänden der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation bzw. den entsprechenden Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringerverbände zu vereinbaren sind. Gemäß dem Grundsatz der Partnerschaftlichkeit sollte auch der § 20 Abs. 3 SGB IX zur Qualitätssicherung dahingehend geändert werden, dass die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation entsprechende Empfehlungen mit den Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege etc. und den auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden der Leistungserbringer zu vereinbaren hat und die Entwicklung von Instrumenten und Programmen der Qualitätssicherung in allen Leistungsbereichen gemeinsam von Leistungsträgern und Leistungserbringern erfolgt.
- Die Pluralität von Behandlungsangeboten und Angebotsstrukturen bildet die Grundlage dafür, dass eine Individualisierung und Flexibilisierung der Behandlung und das im SGB IX verankerte Wunsch- und Wahlrecht überhaupt erst realisiert werden kann. Von daher benötigen wir auch zukünftig differenzierte und passgenaue Behandlungsangebote in der medizinischen Rehabilitation. Der Zugang zu den passgenauen Leistungen der medizinischen Rehabilitationsleistungen sollte bedarfsgerecht gestaltet werden. Die Auswahl des Behandlungssettings (ambulante, stationäre, mobile Rehabilitation) ist am vorhandenen Rehabilitationsbedarf auszurichten. Ein genereller Vorrang einer bestimmten Leistungsform (s.

§ 40 Abs. 1, 2 SGB V) sollte von daher zukünftig entfallen. Alle Leistungsformen müssen zudem auch weiterhin eine hohe Qualität aufweisen. Von daher wäre niemandem damit gedient, wenn durch Kostendruck oder Normierungsprozesse qualitativ hochwertige Behandlungsansätze und -konzepte in Richtung Einheitsangebot zurückentwickelt würden.

- Die volkswirtschaftlichen Effekte der medizinischen Rehabilitation sind erheblich. Dies wird auch durch eine Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) belegt: „Die Messung volkswirtschaftlicher Effekte gestaltet sich naturgemäß schwieriger als die Messung von Effekten auf der Individual Ebene. Auch gilt es, verschiedene Arten von Nutzen zu bewerten. Nutzen sind z.B. die Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen, die Verlängerung der Berufsfähigkeit, weniger Arztbesuche, weniger Pflegebedarf oder Teilhabe am sozialen bzw. beruflichen Leben. Eine vollständige Analyse und Darstellung ist aufgrund der sehr komplexen Zusammenhänge, Effekte und Wirkungsmechanismen nicht möglich. Stattdessen können für ausgewählte Rehabilitationsmaßnahmen einzelne volkswirtschaftliche Aspekte betrachtet und auf der Grundlage von makroökonomischen Modellen verschiedene Szenarien berechnet werden. Auf Basis des sozialmedizinischen Verlaufs zwischen 1997 und 2002 (Rische 2006) beläuft sich der gesamte Nutzen für die DRV (Deutsche Rentenversicherung) auf schätzungsweise 4,4 Mrd. € und die Kosten auf 2,7 Mrd. €. Prognos (2009) untersucht die Effekte auf das Bruttoinlandsprodukt und die Sozialversicherungen von fünf wichtigen Indikationen der DRV: Kardiologie, Pneumologie, Orthopädie (Rückenschmerzen), Psychosomatik und Sucht. In einem mittleren Szenario, das einen realistischen Bedeutungszuwachs der medizinischen Rehabilitation bis 2025 annimmt, wird für das Jahr 2005 ein volkswirtschaftlicher Nettoeffekt von 5,8 Mrd. € (0,3 % des BIP) bei 1,1 Mrd. € Gesamtkosten für die Rehabilitation errechnet. Somit besteht bereits im Jahr 2005 ein Verhältnis von 1:5 zwischen Mitteleinsatz und volkswirtschaftlichem Nettoeffekt. Bis 2025 ließe sich dieser Effekt sogar auf 23,2 Mrd. € (0,7 % des BIP) steigern.“ (Augurzky et al., 2011, S. 71)

### 3. Ausgangslage zu substanzbezogenen Störungen

Wenn wir die Frage nach der Priorität einzelner Gesundheitsziele aufgreifen, so können wir feststellen, dass Suchterkrankungen und übermäßiger Substanzkonsum ein epidemiologisches, sozial- und gesundheitspolitisches Problem ersten Ranges dar-

stellen. In Deutschland rechnet man in der Altersgruppe der 18 – 64-jährigen Erwachsenen mit (Kraus und Bühringer, 2008):

Ca. 3,8 Mio. suchtkranken Personen, davon sind

- ca. 1,3 Mio. alkoholabhängig
- ca. 1,4 – 1,9 Mio. medikamentenabhängig und
- ca. 183.000 Personen mit problematischem Konsum von illegalen Drogen (ohne Cannabis)

- ca. 220.000 cannabisabhängig
- ca. 103.00 – 290.000 Pathologische Glücksspieler.

Darüber hinaus sind 3,8 Mio. nikotinabhängig.

Einen Überblick über den riskanten Konsum, substanzbezogene Störungen und jährliche Behandlungsfälle in Deutschland bietet Abb. 12.

Hierbei wurde auf die Angaben der Deutschen Suchthilfestatistik zurückgegriffen. In die Berechnung der Behandlungsfälle gehen dabei sowohl ambulante und stationäre Suchtbehandlungen wie auch Krankenhausfälle und substituierte Personen ein.

Eine detaillierte Übersicht über die Entwicklung der ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlungen in den Jahren 1997 – 2010 im Bereich der Rentenversicherung gibt Abb. 13.

Die Anzahl der ambulanten Leistungen ist in diesem Zeitraum von 4.108 deutlich auf 10.594 gestiegen (+ 158 %), die der stationären von 37.360 auf 48.403 (+ 29,2 %). Betrachtet man die Geschlechterverteilung nach Indikationsbereichen, so zeigt sich insgesamt, dass über fast alle Indikationsbereiche hinweg die Anzahl der Männer deutlich überwiegt (Abb. 14a, 14b).

Insgesamt sind 44.167 Männer und 12.830 Frauen im Jahr 2010 behandelt worden. Am häufigsten findet die Alkoholentwöhnung statt (Männer N=29.779, Frauen N=9.900, Gesamt N=39.679), gefolgt vom Drogenbereich (Männer N=9.345, Frauen N=1.783, Gesamt N=11.128) und der Mehrfachabhängigkeit (Männer N=4.855, Frauen N=925, Gesamt N=5.780). Lediglich bei der Behandlung der Medikamentenabhängigkeit, welche allerdings - trotz der weiten Verbreitung - nur in einem äußerst geringen Maße in Anspruch genommen wird, überwiegt der Anteil der Frauen (Männer N=188, Frauen N=222, Gesamt N=410). Differenzierte Angaben zu den jeweiligen Anteilen im (ganztätig) ambulanten und stationären Setting sind den beiden Abbildungen 14a und 14b zu entnehmen. Der Anteil der Frauen liegt im ambulanten und ganztätig ambulanten Setting mit 27,3 % leicht über demjenigen im stationären Bereich mit 21,4 %.

Leider liegen keine Vergleichsdaten weiterer Kostenträger vor, so dass es nicht möglich ist, die Gesamtzahl der durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen zu benennen. Allerdings zeigt die Basisdokumentation des FVS, dass bezogen auf die Entwöhnungsbehandlung die Rentenversicherung der maßgebliche Leistungsträger ist. Der Anteil der DRV als zuständiger Leistungsträger betrug beispielsweise bei der stationären Entwöhnungsbehandlung im Jahr 2010 insgesamt 85,2 %, die Krankenversicherung kommt auf 10,2 %, sonstige Kostenträger erreichen 4,6 % Belegungsanteil.

Abb. 12: Umfang substanzbezogener Risiken und Störungen und jährliche Behandlungsfälle, Ludwig Kraus & Gerhard Bühringer (zuletzt aktualisiert 12.08.2008)

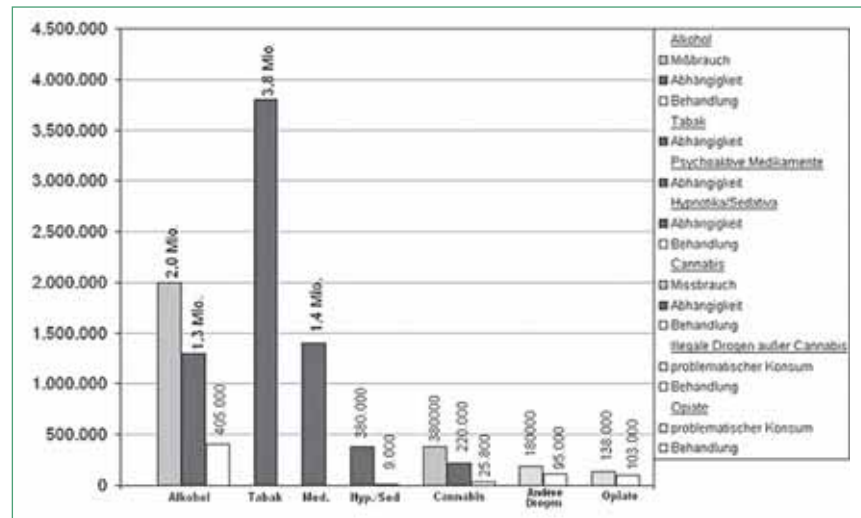


Abb. 13: Stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlungen in der gesetzlichen Rentenversicherung 1997 – 2010 (VDR Statistik Rehabilitation 1997 – 2004; Tab 55.00 ab 2005 DRV 60.00 M)

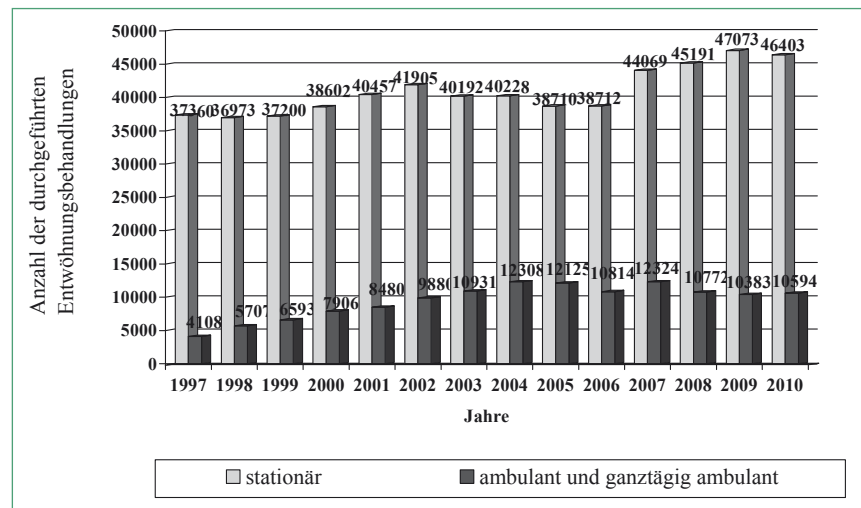


Abb. 14a: Geschlechtsspezifische Verteilung abgeschlossener Entwöhnungsbehandlungen 2010 (DRV Statistik Rehabilitation 2010, Tab 60.01M, 60.02M, ambulant/ganztätig ambulant)

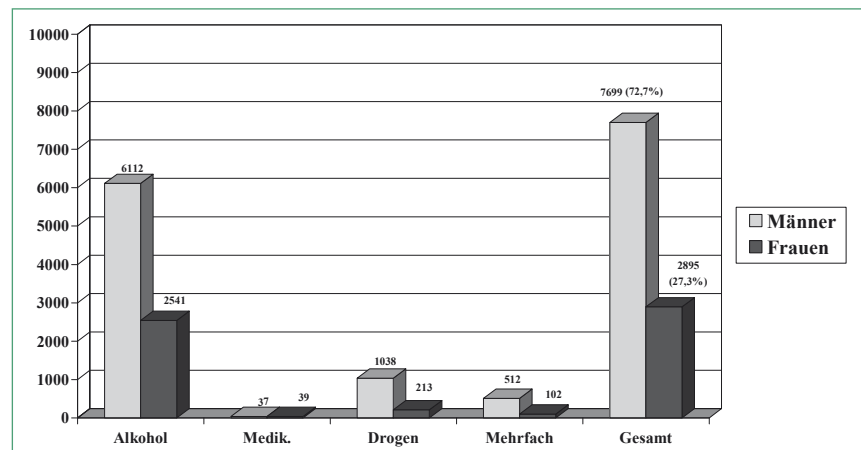
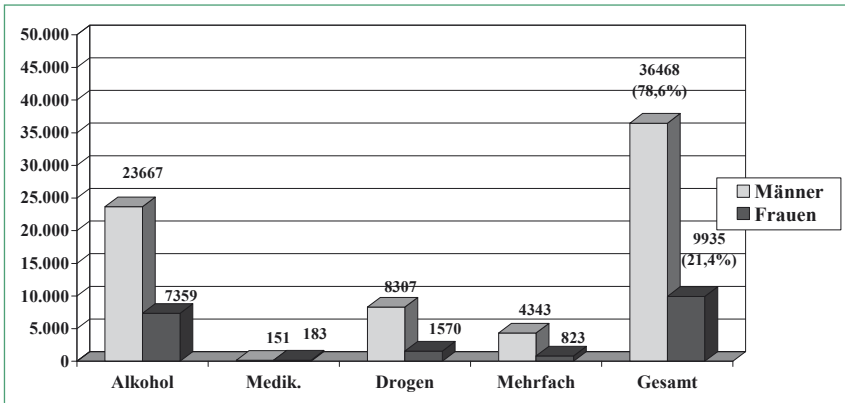


Abb. 14b: Geschlechtsspezifische Verteilung abgeschlossener Entwöhnungsbehandlungen 2010 (DRV 60.01M, 60.02M, stationär)



Eine Abhängigkeit liegt nach ICD 10 (Internationale Klassifikation der psychischen Störungen) (Weltgesundheitsorganisation 2010) vor, wenn 3 oder mehr der folgenden Kriterien zutreffen:

Abhängigkeit nach ICD 10
1. Der starke und gelegentlich übermächtige Wunsch, Suchtmittel zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrolle bezüglich Konsumstil und -menge.
3. Fortgesetzter Konsum zur Verhütung von Entzugerscheinungen, Entwicklung eines körperlichen Entzugssyndroms.
4. Entwicklung von Toleranz gegenüber dem Suchtstoff und daraus resultierende Dosissteigerung.
5. Zunehmende Ausrichtung des Verhaltens auf den Substanzkonsum. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen.
6. Fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen körperlicher, psychischer oder sozialer Art.

Im Unterschied dazu wird ein schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen im ICD 10 wie folgt beschrieben:

Schädlicher Gebrauch nach ICD 10
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieser liegt vor, wenn das Konsummuster psychotroper Substanzen zu einer Gesundheitsschädigung führt. Dies kann eine körperliche Störung (z.B. Hepatitis durch Selbstinjektion von Substanzen) oder eine psychische Störung (z.B. depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum) sein.</li> <li>Schädliches Konsumverhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat häufig unterschiedliche soziale Folgen. Allerdings ist die Ablehnung des Konsumverhaltens oder einer bestimmten Substanz von anderen Personen oder einer ganzen Gesellschaft allein kein Beweis für den schädlichen Gebrauch.</li> </ul>

Beim pathologischen Glücksspiel handelt es sich gemäß den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Ren-

tenversicherungsträger (März 2001) um ein eigenständiges Krankheitsbild innerhalb der psychischen Störungen. Unterschieden werden hierbei vier Subgruppen. Für die Gruppe der pathologischen Glücksspieler mit einer zusätzlichen stoffgebundenen Abhängigkeit (Gruppe A) und pathologische Glücksspieler, die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung, insbesondere vom narzisstischen Typ aufweisen (Gruppe B), empfiehlt sich die Rehabilitation in einer Einrichtung für Abhängigkeitserkrankungen mit glücksspielspezifischem Behandlungsangebot. Für pathologische Glücksspieler, die Merkmale einer depressiv-neurotischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung vom selbstunsicheren/vermeidenden Typ aufweisen (Gruppe C) sowie pathologische Glücksspieler mit zusätzlicher psychischer Störung, welche eine psychosomatische Rehabilitation erfordert (Gruppe D), ist die Rehabilitation in einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung mit glücksspielspezifischem Behandlungsangebot angezeigt.

Hinsichtlich des pathologischen PC-/Internetgebrauchs ist zu empfehlen, analog zum pathologischen Glücksspiel auf Basis entsprechender Forschungsstudien differentialdiagnostisch gestützte Behandlungsempfehlungen zu entwickeln.

### 3.1 Alkohol

Alkohol stellt in Deutschland ein herausragendes Suchtmittel dar. Nach Untersuchungen zum Alkoholgebrauch in der Bevölkerung ist bei 8,9 Mio. Bundesbürgern von einem riskanten Konsum auszugehen (IFT, 2010). Allein bezogen auf den Missbrauch und die Abhängigkeit von Alkohol rechnet man mit ca. 48.000 Todesfällen pro Jahr (Kraus und Bühringer, 2008). Nach derzeitigem Forschungsstand sind 12,7 % der Krankenhauspatienten alkoholabhängig, weitere 4,6 % missbrauchen Alkohol, 7,2 % der Patienten in der allgemeinärztlichen Versorgung werden als alkoholabhängig, weitere 3,5 % als alkoholmissbrauchend einge-

schätzt (vgl. John et al., 1996). Bundesweit wird die volkswirtschaftliche Belastung allein durch alkoholbedingte Folgekosten auf 24,4 Mrd. Euro jährlich beziffert.

Eine Reduktion dieser gesellschaftlichen Folgekosten, welche durch Arbeitsunfähigkeit, Lohnfortzahlung, Unfälle, inadäquate Behandlung im akutmedizinischen Bereich, Mortalität etc. verursacht werden, wäre durch verzahnte Strategien, die von der Primärprävention und Gesundheitsförderung über Interventionen bei schädlichem Konsum bis hin zur fachgerechten Beratung und Behandlung abhängigkeitskranker Menschen reichen, möglich.

Das hohe Chronifizierungsrisiko suchtfährdeter bzw. -abhängiger Personen zeigt sich auch darin, dass bei etwa der Hälfte der alkoholabhängigen Patienten die Grunderkrankung bereits mehr als 14 Jahre andauert, bevor beispielsweise eine zielgerichtete Intervention in Form einer stationären Entwöhnungsbehandlung beginnt (vgl. Bachmeier et al., 2011). Im Jahr 2010 wurden im Bereich der Rentenversicherung 31.026 stationäre und 8.653 ambulante Rehabilitationsleistungen aufgrund von Alkoholabhängigkeit durchgeführt.

### 3.2 Illegale Drogen

Bei drogenabhängigen Menschen sind häufig polyvalente Konsummuster, z. T. mehrfach fehlgeschlagene Versuche zur Bewältigung der Abhängigkeit und eine Häufung existentieller Probleme (gravierende körperliche und/oder seelische Schäden, Beschränkung sozialer Kontakte auf die Drogenszene, Beschaffungskriminalität, Verschuldung, Arbeitslosigkeit, (drohende) Wohnungslosigkeit) festzustellen.

Im Jahr 2010 wurden 231.007 Rauschgiftdelikte registriert, 18.621 erstaufrichtige Konsumenten harter Drogen wurden von den Strafverfolgungsbehörden erfasst und es gab 1.237 Rauschgifttote (vgl. Stempel, 2012). Insbesondere für drogenabhängige Menschen sind in den letzten Jahren neben abstinenzorientierte Behandlungsangebote auch andere Maßnahmen getreten, wie z.B. niedrigschwellige Hilfsangebote, Substitutionsmaßnahmen oder neuerdings die heroingestützte Behandlung von Schwertopiatabhängigen.

Abb. 15 gibt einen Überblick über die differenzierten Zielsetzungen und Maßnahmen für drogenabhängige Menschen. Entsprechende Ziele gelten auch für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen.

Schätzungen zufolge befinden sich von ca. 183.000 drogenabhängigen Menschen ca. 77.400 im Jahr 2010 in einer substituionsgestützten Behandlung (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011), 11.128 befanden sich im Jahr 2010 in einer durch die Rentenversicherungsträger finan-

Abb. 15: Ziele für die Behandlung Drogenabhängiger (Bühringer 1997, in Abänderung)

Übergeordnete Ziele				
1. Förderung der Autonomie und Lebenszufriedenheit 2. Wiederherstellung bzw. Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit und der sozialen Integration 3. Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Fähigkeit zum Leben in Abstinenz				
Zielbereich 1	Zielbereich 2	Zielbereich 3	Zielbereich 4	Zielbereich 5
1. Kontakt aufbauen 2. Kontakt halten 3. Missbrauchsbedingte Risiken/Folgen reduzieren	Veränderungsbereitschaft für Maßnahmen zur Erreichung eines risikoarmen Konsums bzw. Abstinenz fördern	Elementare materielle und soziale Lebensbedingungen außerhalb der Drogenszene aufbauen bzw. wiederherstellen	Kontrollierter Konsum, z.B. Substitution ohne riskanten Beikonsum aufbauen (zumindest langfristig Abstinenz anstreben)	Abstinenz und zufriedene Lebensführung, Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gemeinschaft
Maßnahmen	Maßnahmen	Maßnahmen	Maßnahmen	Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufsuchende Arbeit</li> <li>Praktische Hilfsangebote (Übernachtung, Essen und Waschen, medizinische Behandlung)</li> <li>Prävention von (weiteren) Infektionsrisiken (z.B. Spritzenaustausch, geschützter Sexualverkehr)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivationsfördernde Verfahren (motivationales Interview, Abwägung der Vor- und Nachteile in verschiedenen Handlungsfeldern)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schul-/Arbeitsmöglichkeiten</li> <li>Selbstversorgung und Zukunftsplanung</li> <li>Finanzielle Selbstständigkeit</li> <li>Freizeitgestaltung</li> <li>Soziale Kontakte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Substitution mit psychosozialer Begleitung und individueller Therapieplanung</li> <li>Motivationsfördernde Verfahren</li> <li>Substitutionsgestützte Entwöhnung</li> <li>Diamorphingestützte Behandlung Schwerst-opiatabhängiger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualifizierter Entzug</li> <li>Entwöhnungsbehandlung</li> <li>Rückfallprävention und -behandlung</li> <li>Adaption und Nachsorge</li> </ul>

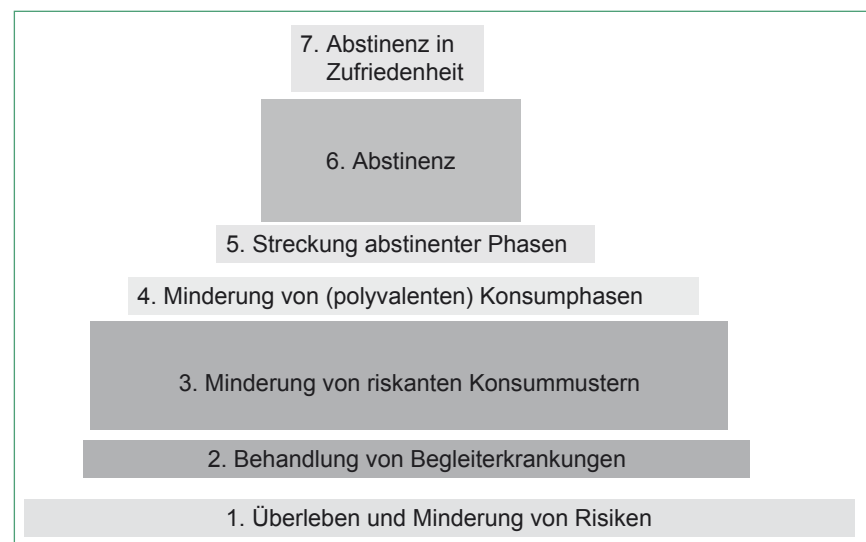
zierten ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung aufgrund von Drogenabhängigkeit (stationär: 9.345, ambulant: 1.783 Leistungen). Hinzu kommen 4.855 stationäre und 925 ambulante Leistungen aufgrund von Mehrfachabhängigkeit.

Insgesamt hat die Substitution deutlich zugenommen (2002 bis 2010: plus 68,3 %). Nach wie vor offen ist die Frage der regelhaften Finanzierung der psychosozialen Begleitung, die als Standardangebot im Rahmen der Substitutionsbehandlung vorzuhalten ist und sich am Bedarf des jeweiligen Einzelfalls ausrichten sollte. Darüber hinaus ist die Substitution in Haftanstalten ein Thema, das einer bundesweiten Regelung bedarf.

Generell ist darauf zu achten, dass die Förderung eines autonomen Lebens und das Abstinenzziel angesichts der weiten Verbreitung der Substitution und weiterer niedrigschwelliger Angebote als übergeordnete Zielsetzungen nicht aus dem Blick geraten. Von daher sollte im Kontext der unterschiedlichen Angebote auf Basis des Therapiezielemodells (s. Abb. 16) versucht werden, im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten abhängigkeitskranke Menschen dazu zu motivieren, eine höhere Stufe der Therapiezielhierarchie zu erreichen.

Dies gilt prinzipiell auch für die heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger, in deren Rahmen die Gruppe Schwerstabhängiger injizierbares Heroin erhalten. Es bleibt abzuwarten, inwieweit eine heroingestützte Behandlung zukünftig für diese eingeschränkte Zielgruppe zu einem Regelange-

Abb. 16: Hierarchie der Therapieziele (nach Körkel, 1988)



bot zumindest in größeren Städten werden kann. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Heroingabe für sich genommen keine Suchtbehandlung darstellt und diese – wie im Bundesmodellversuch angelegt – eingebettet sein muss in eine Gesamtbehandlung. Von daher ist die psychosoziale Betreuung dieser Personengruppe sicherzustellen.

Ferner darf die Finanzierung eines zusätzlichen Angebotes für die Gruppe der schwerstabhängigen Opiatabhängigen nicht dazu führen, dass andere Angebote der Suchtkrankenhilfe bzw. der Substitutionsbehandlung aufgrund begrenzter Mittel reduziert oder gar gestrichen werden.

### 3.3 Medikamente

Eine eher unauffällige Gruppe, die nur in geringem Maße Leistungen der Suchtkrankenhilfe in Anspruch nimmt, stellen medikamentenabhängige Personen dar. Von den in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige des FVS behandelten Patienten waren im Jahr 2010 lediglich 2,9 % primär von Sedativa/Hypnotika (F13) abhängig, weitere 2,3 % wiesen Störungen durch sonstige Stimulanzien (einschließlich Koffein) auf. Die Gesamtzahl der ambulanten Rehabilitationsleistungen durch die Rentenversicherungsträger betrug im Jahr 2010 lediglich 334 stationäre und 76 ambulante Leistungen. Nur ein äußerst geringer

Teil der medikamentenabhängigen Menschen in Deutschland werden damit vom Suchtbehandlungssystem erreicht. Eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit und der auffallend niedrigen Behandlungsprävalenz ist somit festzustellen (vgl. Soyka et al., 2005).

Hinsichtlich der Prävention und Verhinderung einer Medikamentenabhängigkeit kommt insbesondere den Ärzten eine Schlüsselrolle zu. Die Bundesärztekammer hat unter Mitwirkung des FVS sowie weiterer Experten einen „Leitfaden für die ärztliche Praxis: Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ im Jahr 2007 publiziert. Eine Evaluation zeigte, dass der Leitfaden bei der untersuchten Stichprobe von Ärzten auf großes Interesse stieß und als relevant für den Arbeitsalltag eingeschätzt wurde. Außerdem wird von einem deutlichen Einfluss auf das Verschreibungsverhalten berichtet. Von daher sollte der Leitfaden in der Ärzteschaft eine größere Verbreitung finden, um eine entsprechende versorgungspolitische Wirkung entfalten zu können. Denn bislang besitzen etwa 4 – 5 % aller häufig verordneten Arzneimittel ein entsprechendes Suchtpotential, das bei der Verordnung (Dauer, Dosierung, Indikation) sorgfältig berücksichtigt werden sollte (Glaeske, 2012).

Schätzungen zufolge werden 25 – 30 % dieser Mittel nicht wegen akuter medizinischer Probleme, sondern zur Vermeidung von Entzugserscheinungen und damit langfristig zur Suchtunterhaltung verschrieben.

### 3.4 Suchtpolitische Zielsetzungen

Im Zusammenhang mit Missbrauch und Abhängigkeit in unserer Gesellschaft lassen sich unterschiedliche gesundheitspolitische Zieldimensionen (vgl. Aasland, 1996; Edwards, 1997) aufstellen.

Hierzu gehören Globalziele wie:

- Senkung der Mortalität (Sterblichkeit)
- Senkung der Morbidität (Krankheitshäufigkeit)
- Senkung der Prävalenz (Häufigkeit einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt)
- Senkung der Inzidenz (Neuerkrankungsrate pro Jahr)

von Suchterkrankungen, Suchtfolgeerkrankungen und Sucht-assoziierten Erkrankungen.

Da die Ursachen von Sucht vielfältiger Natur sind und diese aus der Wechselwirkung zwischen

- dem Individuum (z. B. mit seiner Disposition, Vulnerabilität, Lebensgeschichte),
- dem Suchtmittel (z. .B. Griffnähe, Verfügbarkeit, Wirkungsweise der Suchtmittel) und

Abb. 17: Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik – Motto „Der Mensch im Mittelpunkt“ (2012)

#### Die vier Ebenen der Drogen- und Suchtpolitik

Ebene	Aufgaben
I. Präventions- und Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf Risikogruppen ausrichten (z.B. Kinder aus suchtblasteten Familien, Schwangere)</li> <li>• Betriebliche Suchtprävention ausbauen</li> <li>• Medienkompetenz früh vermitteln (PC-/Internetgebrauch)</li> <li>• Selektive Prävention ausbauen (z.B. Cannabis)</li> </ul>
II. Beratung und Behandlung, Hilfen zum Ausstieg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frühintervention und frühzeitige Inanspruchnahme der Beratungs- und Behandlungsangebote fördern (inkl. missbräuchlicher Konsum)</li> <li>• Zusammenarbeit an den Schnittstellen der Systeme und Organisationen verbessern</li> <li>• Intensive Vernetzung der zuständigen Träger und Kooperation im Sinne der Betroffenen sicherstellen</li> <li>• Passgenaue Beratung und Behandlung (z.B. Cannabiskonsumenten, Migranten, ältere Menschen, Arzneimittel, pathologischer PC-Gebrauch) ausbauen</li> <li>• Suchtselbsthilfe stärken</li> </ul>
III. Maßnahmen zur Schadensreduzierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überlebenshilfen, Drogenkonsumräume, Spritzenaustausch zur Verfügung stellen</li> <li>• Substitutionsgestützte Behandlung (z.B. in Haftanstalten)</li> </ul>
IV. Repressionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch gesetzliche Regularien, allgemeine Verbote etc. zur Angebotsreduzierung, zum Jugendschutz/Spielerschutz etc. beitragen</li> </ul>

- der Umwelt/Milieu (z. B. soziokulturelle Bedeutung des Suchtmittels, Konsumgewohnheiten in der Gesellschaft bzw. in sozialen Bezugsgruppen)
- entstehen, müssen unterschiedliche Wege beschritten werden, um diese Globalziele zu erreichen.

Zu den Wegen und Handlungsbereichen gehören:

1. Primärprävention und Gesundheitsförderung
  - Reduktion des Konsums von Suchtmitteln in der Gesamtbevölkerung (z. B. durch Preisgestaltung, Werbe- und Zugänglichkeitsbeschränkungen, Aufklärung, Kampagnen)
  - Stärkung von allgemeinen Bewältigungskompetenzen und spezifischer Fähigkeiten im Umgang mit Suchtmitteln in unserer Gesellschaft
  - etc.
2. Sekundärpräventive Ansätze
  - Frühzeitiges Erkennen von Missbrauch und einer beginnenden Abhängigkeit
  - Begrenzung des Chronifizierungsrisikos durch eine möglichst frühzeitige Intervention (im Sinne von Beratung bzw. Frührehabilitation)
  - etc.
3. Beratung, Behandlung und weiterführende Hilfen für Suchtkranke
  - Stabilisierung der gesundheitlichen, sozialen und persönlichen Situation abhängigkeitskranker Menschen
  - Überlebenshilfe für existenziell bedrohte suchtkranke Menschen
  - Frühzeitige Vermittlung abhängigkeitskranker Menschen an fachspezifische Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe

- Förderung der Teilhabe und persönlicher Ressourcen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation
- Verminderung der Rückfallhäufigkeit und Rückfalldauer
- Wiedereingliederung in berufliche, familiäre und soziale Bezüge
- Förderung der Selbstheilungskräfte und einer dauerhaften Abstinenz
- etc.

Auch die „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom 15.02.2012 beinhaltet entsprechende Zielsetzungen, welche den vier Ebenen der Drogen- und Suchtpolitik zugeordnet sind:

- Prävention
- Beratung und Behandlung, Hilfen zum Ausstieg
- Maßnahmen zur Schadensreduzierung
- Repression (z.B. gesetzliche Regulierungen, Verbote).

Einige zentrale Zielsetzungen und Aufgaben, welche zu diesen unterschiedlichen Ebenen genannt sind, sind der Abb. 17 zu entnehmen.

Auch auf europäischer Ebene gibt es entsprechende Initiativen zur Reduktion des Suchtmittelkonsums. Beispielsweise enthält der „Europäische Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012 – 2020)“ der Weltgesundheitsorganisation - Regionalbüro für Europa umfangreiche Maßnahmen auf regionaler und globaler Ebene. Dazu gehören:

- Maßnahmen des Gesundheitswesens (z.B. evidenzbasierte Behandlungsprogramme gegen Alkoholstörungen, Verringerung des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft, Schutz von Familienmitgliedern und Kindern)

- Maßnahmen in der Gemeinschaft und am Arbeitsplatz (lokale Aktionspläne, Programme und Konzepte zum Thema „Alkohol am Arbeitsplatz“, Interventionsprogramme in Schulen, Schulung von Multiplikatoren)
- Promillegrenzen im Verkehr und ihre Durchsetzung (z.B. weitere Absenkung der Promillegrenze von 0,5 g/l auf 0,2 g/l)
- Verfügbarkeit von Alkohol reduzieren (Verkaufsdichte einschränken, Alkoholverbote an bestimmten Plätzen, Einführung eines Lizenzsystems im Alkoholhandel)
- Vermarktung alkoholischer Getränke begrenzen (Aufbau unabhängiger Einrichtungen zur wirksamen Überwachung der Vermarktung von Alkoholerzeugnissen, Regulierung neuer Formen der Alkoholvermarktung, z.B. in Medien)
- Preispolitik (Steuererhöhung für Alkoholprodukte, Einschränkung von direkten oder indirekten Preisangeboten, Rabatten, Schleuderpreisen)
- Verringerung der negativen Folgen des Trink- und Rauschverhaltens (z.B. Schulung des Servierpersonals, Leitlinien und Standards für Gaststätten, Warnhinweise auf alkoholischen Getränken etc.)
- Verringerung der gesundheitlichen Folgen illegalen und schwarzgebrannten Alkohols
- Beobachtung und Überprüfung der Umsetzung und Auswirkungen entsprechender „Aktionspläne Alkohol“.

Wichtig ist aus Sicht des FVS, zukünftig Ansätze der Prävention, der Beratung und Behandlung sowie der Förderung der Teilhabe stärker miteinander zu verknüpfen. Beispielsweise sollten entsprechende Konzepte in der Arbeitswelt von der

- Information und Aufklärung zu substanzbezogenen Störungen über das
- frühzeitige Erkennen von Missbrauch und einer beginnenden Abhängigkeit
- entsprechenden Beratungsangeboten und der Vermittlung in bedarfsgerechte Angebote der Entwöhnungsbehandlung bis hin zur
- beruflichen Wiedereingliederung (inkl. Rückkehrgespräche, stufenweise Wiedereingliederung) reichen.

Einige zentrale Zielsetzungen für die Primär-, Sekundärprävention und die Behandlung lauten:

### Ziel 1: Primärprävention stärken

Suchtprävention ist integraler Bestandteil der Gesundheitsförderung und kann nicht losgelöst von gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen betrachtet werden.

Für ihre Entwicklung benötigen junge Menschen alters- und entwicklungspezifische Anreize und Bedingungen, Anerkennung, Erfolgserlebnisse, berufliche Pers-

pektiven, soziale Einbindung, die Orientierung an Werten und Normen ebenso wie entsprechende Freiräume zur Lebensgestaltung.

Aus der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit weiß man, dass für eine resiliente Entwicklung von Kindern und Jugendlichen von entscheidender Bedeutung ist, wie Kinder und Jugendliche in Beziehungen eingebunden sind und diese erleben (Bengel et al., 2009). Erfolgreiche Präventionsstrategien setzen frühzeitig ein, fördern Kinder und Jugendliche langfristig, systematisch sowie entwicklungsorientiert und berücksichtigen alters-typische Entwicklungsaufgaben sowie kritische Phasen. „Sie sollten die unterschiedlichen relevanten Lebensbereiche ansprechen (z.B. Freizeit, Elternhaus, Schule) und damit verbundene potenzielle Risikobedingungen abmildern sowie den Aufbau von Schutzfaktoren fördern. Die Maßnahmen sollten bedarfsorientiert gestaltet sein und universelle, selektive und indizierte Präventionsangebote miteinander kombinieren (Mehr-Ebenen-Programme).“ (Bengel et al., 2009, S. 161).

Um der Entstehung von Sucht wirksam begegnen zu können, sind von daher spezifische präventive Ansätze in Kindergärten, Kindertagesstätten, Schulen, in der Jugendhilfe und der Arbeitswelt erforderlich und nachhaltig zu verstärken.

Im Bereich der betrieblichen Suchtprävention sind insbesondere auch entsprechende Interventionen für kleine und mittelständische Betriebe, welche auf externe Unterstützung angewiesen sind, zu entwickeln bzw. zu verstärken.

Zentraler Bestandteil ist neben der Reduktion von Risikofaktoren die Förderung von Kompetenzen zur Bewältigung allgemeiner Lebensprobleme und im Umgang mit Suchtmitteln im Rahmen von Life-Skills-Programmen. Personalkommunikative Maßnahmen müssen von massenmedialen Kampagnen wie auch strukturellen Ansätzen (z.B. zur Preisgestaltung für alkoholische Getränke, gezielte Werbeverbote etc.) begleitet werden, um insgesamt eine gesundheitsorientierte Lebensweise in unserer Gesellschaft zu fördern. Primärprävention muss frühzeitig einsetzen, beziehungsorientiert arbeiten, langfristig angelegt sein und sie hat kontinuierlich zu erfolgen (vgl. Weissinger, 1989, 1991; Künzel-Böhmer et al., 1993). In einer Meta-Analyse zur Prävention des Substanzgebrauchs (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2006) wurde die Wirksamkeit entsprechender Maßnahmen untersucht. „Wirksamkeit“ wird dabei definiert als präventive Effekte auf das Konsumverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, das heißt aufgrund der Maßnahmen kommt es zu einer Verhinderung, Verzögerung und/oder Reduktion des Substanzkonsums. Mit

unterschiedlichem Evidenzgrad von A (→ Meta-Analyse mit hochwertigen Studien) über B (systematischer → Review mit hochwertigen Studien) und C (Meta-Analyse oder systematischer Review mit allen Studien) bis D (unsystematischer Review) kann Folgendes empfohlen werden:

- In der Familie: umfassende Maßnahmen, das heißt kombinierte Eltern-, Kinder- und Familientrainings (vor allem Alkohol, Evidenzgrad C).
- In der Schule: interaktive, auf dem Modell des sozialen Einflusses oder der Lebenskompetenz aufbauende Programme (alle Substanzen, Evidenzgrad A).
- In der Schule: keine alleinige Informationsvermittlung, keine alleinige affektive Erziehung oder anderweitige nicht interaktive Maßnahmen (alle Substanzen, Evidenzgrad A).
- Einsatz von Medienkampagnen als flankierende Maßnahmen und nicht als alleinige Maßnahme zur Verhaltensänderung (Tabak, Evidenzgrad C).
- Gesetzgeberische Maßnahmen zur Beeinflussung des Preises von Substanzen (Tabak, Alkohol, Evidenzgrad C, D) und der legalen Altersgrenze des Konsums (Alkohol, Evidenzgrad B).

Für die Umsetzung vorhandener Konzepte zur Suchtprävention sind entsprechende personelle Ressourcen und die Etablierung von Fachstellen für Suchtprophylaxe erforderlich. Zu deren Aufgaben gehören z.B. die Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren, die Durchführung von Projekten, Aktionen, fachliche Beratung und Öffentlichkeitsarbeit. Auf eine praxisnahe Evaluation suchtpreventiver Maßnahmen sollte im Rahmen der Qualitätsförderung zukünftig verstärkt Wert gelegt werden (vgl. Franzkowiak, Hallmann und Weissinger, 1996).

Suchtprävention muss im Kontext der Gesundheitsförderung gesehen werden, die eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt und das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure (Kommunen, Länder, Bund, Leistungsträger, Unternehmen/Betriebe, Leistungserbringer) erfordert.

### Ziel 2: Sekundärprävention ausbauen

Inhaltlich und organisatorisch eng verknüpft mit der Primärprävention sind weiterführende bzw. spezifische Angebote der Sekundärprävention. Im Sinne der Sekundärprävention muss die Frühintervention deutlich verstärkt werden, um dem schädlichen Konsum von Suchtmitteln und der Entwicklung einer Abhängigkeit sowie deren Chronifizierung entgegenzuwirken. Neben Ansätzen zur engen Verzahnung des akutmedizinischen und psychotherapeutischen Bereichs und der Suchtkrankenhilfe sind hierbei auch Ansätze im betrieblichen oder schulischen Umfeld zu fördern. Zielsetzungen sind hierbei:

- eine Entstigmatisierung der Erkrankung zu erreichen
- die Bereitschaft, Menschen mit Suchtproblemen gezielt anzusprechen
- niedrigschwellige Angebote für Menschen mit riskantem und schädlichem Konsum zu etablieren und
- Menschen mit riskantem und schädlichem Konsum entsprechend zu beraten und Abhängigkeitskranke zur Inanspruchnahme einer Behandlung zu motivieren.

Es sollten auch zielgruppenspezifische Programme zur Ansprache von Konsumenten legaler (z.B. Medikamente, alters-, genderspezifischer Ansätze) und illegaler Suchtmittel (z.B. für Konsumenten von Ecstasy, Cannabis) sowie von stoffungebundenen Suchtförmern bzw. Pathologischen Gebrauchsmustern (PC-/Internetgebrauch), die noch nicht abhängig geworden sind, in entsprechenden „sensiblen“ Phasen weiterentwickelt werden und stärkere Verbreitung finden. Hierzu sind auch internetgestützte Informations- und Beratungsangebote auszubauen, da das Internet zum selbstverständlichen Bestandteil der Lebenswelt nachwachsender Generationen gehört. Für schädliche Konsumenten von Alkohol können beispielsweise auch Angebote zum „Kontrollierten Trinken“ (Körkel, 2003; Funke und Schneider, 2001) hilfreich sein.

### Ziel 3: Frühzeitige Inanspruchnahme der suchtspezifischen Hilfen und Behandlung fördern

Im Mittelpunkt dieses Konzeptes steht die Behandlung von abhängigkeitskranken Menschen. Bislang wird über das System der Suchtkrankenhilfe (z.B. Selbsthilfegrup-

pen, Beratungsstellen, Fachambulanzen, Tageskliniken bzw. ganztägig ambulanten Einrichtungen, Fachkliniken, komplementären Einrichtungen) sowie die psychiatrischen Einrichtungen nur ein kleiner Teil der abhängigkeitskranken Menschen in Deutschland erreicht.

Bereits im Jahr 1992 sprach Wienberg bezogen auf Suchtkranke von der „vergessenen Mehrheit“. In Abb. 18 ist der Bereich des spezialisierten Suchthilfesystems als Sektor 1 an der Spitze der Pyramide zu finden.

Demgegenüber befindet sich eine deutlich höhere Anzahl suchtkrankender Menschen im Sektor II, d.h. der psychosozialen und psychiatrischen Basisversorgung. Hierzu zählen neben psychiatrischen Einrichtungen auch Angebote zur Förderung der beruflichen Teilhabe, der Wohnungslosenhilfe, der Straffälligenhilfe und vieles mehr. Ebenso findet man Suchtkranke vergleichsweise häufig im Sektor III der medizinischen Primärversorgung, wozu insbesondere niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie Allgemeinkrankenhäuser gehören. Die Sektoren stehen in diesem Modell relativ unverbunden nebeneinander, so dass nur eine relativ geringe Anzahl betroffener Menschen Zugang zu den hochqualifizierten Angeboten der Suchtberatung und -behandlung erhält. Diese Analyse hat sicherlich auch noch heute ihre Berechtigung. Die zentralen Verbesserungsmöglichkeiten liegen von daher darin, das Schnittstellenmanagement zwischen dem Bereich der Suchthilfe und -behandlung mit den beiden weiteren Sektoren zu optimieren (s. Kap. 6).

Der weitaus größte Teil Suchtkrankender hat beispielsweise Kontakt zum Bereich der medizinischen Basisversorgung, d.h. niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern.

Während in Deutschland mit mehr als 3,8 Mio. abhängigkeitskranken Menschen gerechnet wird, haben im Jahr 2010 lediglich 56.997 ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen (1,7 %) im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung, welche in weit über 80 % der Fälle als Leistungsträger für die Behandlung zuständig ist, stattgefunden. Nach Schätzungen der Krankenkassen werden jährlich zweistellige Milliardenbeträge für somatische und nicht ursachenbezogene Behandlungen der Grunderkrankung Sucht in der Primärarztpraxis und im Krankenhaus ausgegeben. Eine Bevölkerungsstudie in Norddeutschland (Rumpf et al., 2000) zeigt, dass im letzten Jahr 80 % der Alkoholabhängigen einen Hausarzt oder Internisten aufgesucht hatten, 24,5 % hatten einen Krankenhausaufenthalt hinter sich. Somit hatte der Großteil der alkoholabhängigen und -missbrauchenden Menschen zwar Kontakt zum medizinischen Versorgungssystem, jedoch hatten über zwei Drittel (70,9 %) der aktuell Alkoholabhängigen keinerlei Kontakt zu suchtspezifischen Hilfen.

Eine Vielzahl abhängigkeitskranker Menschen wird im akutmedizinischen Bereich (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser) allerdings aufgrund der somatischen Folgeerkrankungen und nicht aufgrund der zugrunde liegenden Suchterkrankung behandelt.

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

Diese Notwendigkeit zeigt sich unter anderem auch anhand des hohen Ressourcenverbrauchs, der im akutmedizinischen Bereich infolge substanzbezogener Störungen erfolgt und der häufig für sich genommen zu keinen nachhaltigen Veränderungen der Situation der betroffenen Menschen führt. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes liegen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ mit 333.804 Fällen insbesondere bei den Männern im Vergleich von allen Diagnoseklassen im Krankenhausbereich auf einer „Spitzenposi-

Abb. 18: Das Hilfesystem – wie es aussieht (Wienberg, 1992 ff.)

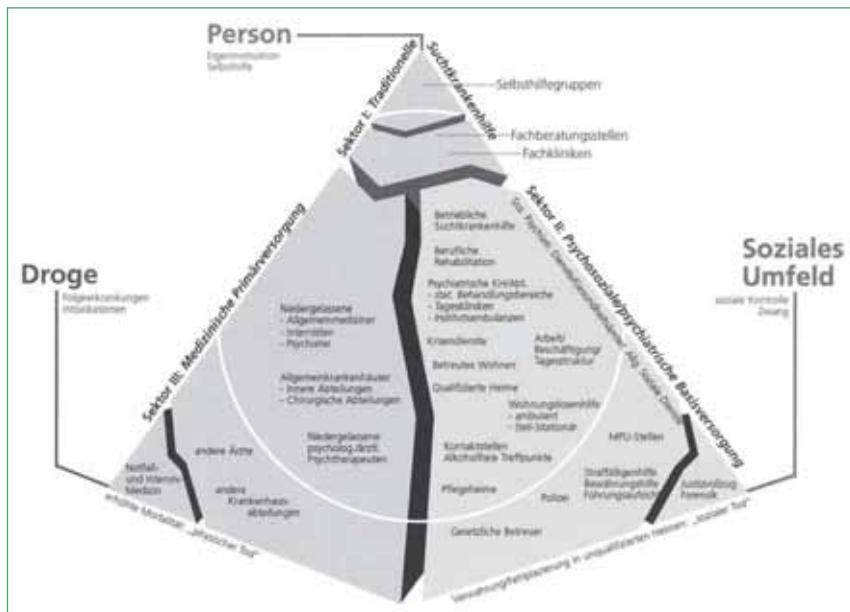


Abb. 19: Krankenhausbehandlungen aufgrund des Konsums psychotroper Substanzen, 2008

F10 Alkohol	333.804
F11 Opioide	30.776
F12 Cannabinoide	6.297
F13 Sedativa/Hypnotika	9.294
F14 Kokain	1.388
F16 Halluzinogene	482
F18 Lösungsmittel	152
F19 Multiple Substanzen	42.399
<b>Gesamt</b>	<b>425.592</b>

tion“ und dominieren eindeutig bei den substanzbezogenen Störungen (s. Abb. 19).

Auch der Gesundheitsreport 2004 der früheren Gmünder Ersatzkasse ergab, dass in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg der entsprechenden Krankenhausbehandlungen stattfand (Grobe et al., 2004). Von 1993 bis 2003 verdoppelte sich deren Anzahl bei Männern mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose (s. Abb. 20).

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

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

Untersucht wurde des Weiteren, ob es sich um wiederholte Einweisungen bei Patienten mit F10-Diagnosen handelt. Hierbei wurde ein Zeitraum von drei Jahren zugrunde gelegt (2000-2003, s. Abb. 21). Die Rehospitalisierungsquote lag nach 3 Jahren bei 47,3%.

Den hohen Ressourcenverbrauch im Krankenhausbereich und deutlich erhöhte Arbeitsunfähigkeitszeiten infolge einer Alkoholabhängigkeit weist auch eine Studie zu den Krankheitsverläufen von Versicherten der DAK nach (Zielke, 2006, 2007). In dieser Untersuchung, die von der DAK in Zusammenarbeit mit der AHG und dem FVS durchgeführt wurde, zeigte sich zudem, dass die Inanspruchnahme einer stationären Entwöhnungsbehandlung nach einer erfolgreichen Entgiftung im Krankenhaus recht gering war (s. Abb. 22).

Abb. 22: Krankheitsgeschehen nach Entgiftung im Akutkrankenhaus (Alkohol) – Studie von DAK, FVS, AHG (Zielke, 2007)

Ausgangspunkt: Komplettstichprobe der DAK-Versicherten mit F10-Krankenhausdiagnose (Alkoholintoxikation) im Jahr 2002 (N=11.849)			
Inanspruchnahme einer stationären Entwöhnungsbehandlung in den Folgejahren			
Jahr	2003	2004	2005
Anteil in %	5,4	4,1	0,71

Nur 5,4 % der gesamten DAK-Versicherten, die sich im Jahr 2002 einer stationären Entgiftung aufgrund von Alkohol unterzogen hatten, hatten im Folgejahr eine stationäre Entwöhnungsbehandlung angetreten. Deren Anzahl sinkt in den beiden Folgejahren deutlich ab. Es ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme von denjenigen Patienten im Krankenhaus mit einer „verdeckelten“ Abhängigkeit – also ohne F10-Diagnose – noch deutlich geringer sein wird.

Abb. 20: Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen je 10.000 Versicherungsjahre 1993 und 2003 mit der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (Grobe et al., 2004)

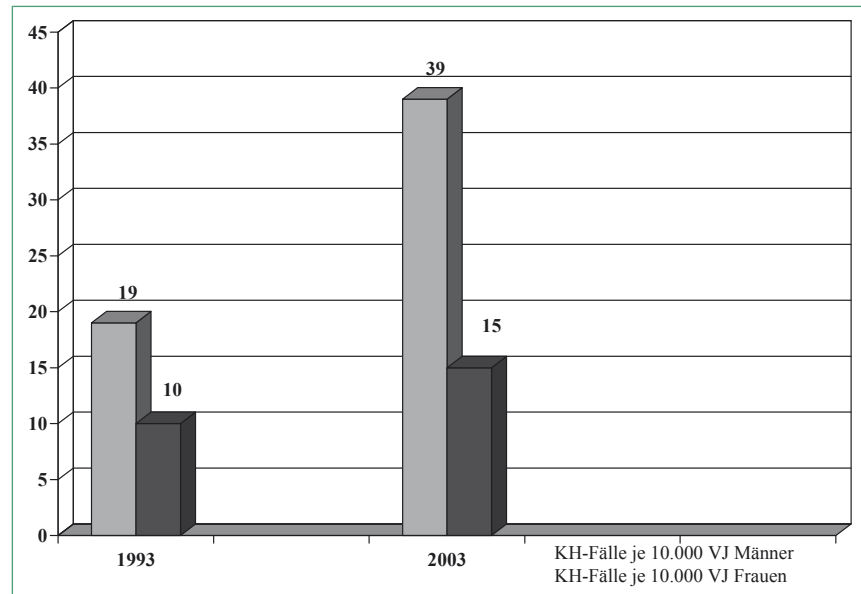


Abb. 21: Rehospitalisierungsraten nach Krankenhausbehandlungen unter F10-Diagnose - Gmünder Ersatzkasse: Gesundheitsreport 2004 (Grobe et al., 2004)

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

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass es wichtig ist, zukünftig „Drehtüreffekte“ möglichst zu vermeiden und die Patienten möglichst frühzeitig einer qualifizierten Suchtbehandlung zuzuführen. Damit sind auch Kosteneinsparungen für die Krankenkassen verbunden.

Aufgrund dieser Situation sollten Krankenkassen besonders daran interessiert sein, Versorgungsansätze vor der Entwöhnungs-

behandlung zu verstärken, um Chronifizierung und langen Suchtkarrieren entgegenzuwirken, Drehtüreffekte möglichst zu vermeiden und über Präventionsangebote auch Alkoholexzesse unter Jugendlichen zu reduzieren (s. Abb. 23).

Im Vergleich zu den Kosten im Akutbereich stellen die Behandlungskosten für Abhängigkeitserkrankungen, welche für den Bereich der Rentenversicherung bei ca. 559,5

Abb. 23: Versorgungsansätze vor der Rehabilitation (Holschbach, 2010)

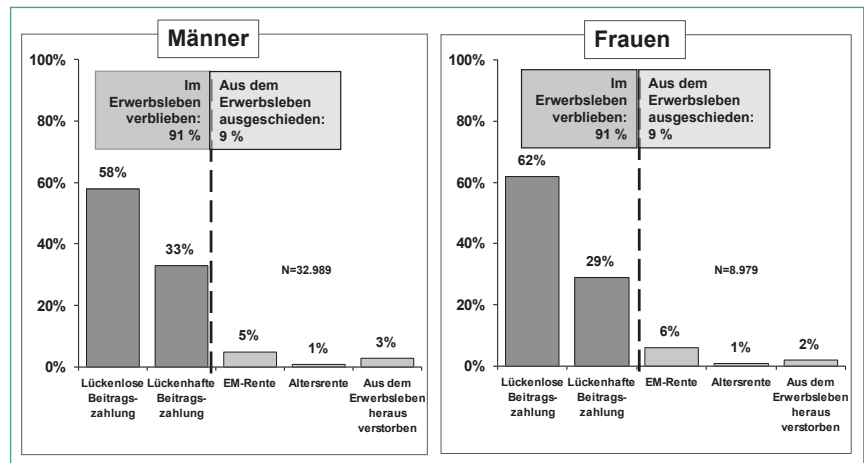
Effekte vor der Reha	Notwendige Versorgungsansätze
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Hohe Chronifizierung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lange Suchtkarriere vor der ersten Entwöhnung</li> <li>▪ 80% hatten vor der Reha Arztkontakte mit F 10-Diagnose</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Drehtürpatienten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zahl der DAK Versicherten mit Mehrfachentgiftung in 2009: ca. 14,5 %</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Alkoholexzesse unter Jugendlichen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2000 auf 2008 Steigerung Behandlungsfälle um 170 %.</li> <li>▪ Beispiel Thüringen: Steigerung von 2007 auf 2008 = 11 Prozent</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Potential für Verkürzungen</li> <li>▪ Nahtlosigkeit Entgiftung/Reha für bestimmte Patientengruppen</li> <li>▪ Frühzeitiges Erkennen der Alkoholabhängigkeit</li> <li>▪ Schnelle Einleitung notw. Maßnahmen</li> <li>▪ Nahtlose Versorgung</li> <li>➔ Reduzierung von Mehrfachentgiftung</li> <li>➔ Hier setzt die DAK mit Präventionsaktivitäten an.</li> </ul>

Mio. € im Jahr 2010 lagen, eine vergleichsweise geringe Größe dar. Aber auch in anderen Handlungsfeldern (z.B. niedergelassene Psychotherapeuten, Unternehmen, Jobcenter/Agenturen für Arbeit) entstehen erhebliche Mehrkosten, wenn die Behandlung der Grunderkrankung unberücksichtigt bleibt.

Die Effektivität und Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen belegen verschiedene Forschungsergebnisse aus der stationären Behandlung von alkoholabhängigen Personen:

- In der jährlich erhobenen klinikübergreifenden Nachuntersuchung zeigte die letzte Ein-Jahres-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 des FVS (Missel et al., 2012) eine katamnestiche Erfolgsquote hinsichtlich der Abstinenz bei den Katamneseantwortern mit planmäßiger Entlassung von 79,3 % (N = 5.788) und bezogen auf den Gesamtentlassjahrgang von 45,1 % (N = 10.961, Nichtantworter werden hier als rückfällig gewertet). Es ist davon auszugehen, dass der „wahre“ Wert zwischen diesen Unter- und Obergrenzen liegt und über 50 % beträgt.
- In einer Untersuchung zum sozialmedizinischen Behandlungserfolg reduzierten sich im poststationären 5-Jahres-Zeitraum im Vergleich zum Zeitraum von 2 Jahren vor Antritt der Entwöhnungsbehandlung bei suchtsbedingten Erkrankungen die Arbeitsunfähigkeitsfälle um 83,1 %, die Arbeitsunfähigkeitstage um 75,3 %, die Krankenhausfälle um 63,4 % und die Krankenhaustage um 76,7 % (vgl. Klein et al., 1997).
- 91 % der Rehabilitanden sind zwei Jahre nach einer stationären Suchtrehabilitation noch im Erwerbsleben verblieben, davon haben 58 % der Männer und 62 % der Frauen lückenlose Beitragszahlungen geleistet (s. Abb. 24). Allerdings sind der Verbleib im Erwerbsleben und die Beitragszahlung für die Rentenversicherung nicht gleichzusetzen mit Erwerbstätigkeit, da auch für Arbeitslose entsprechende Beitragszahlungen geleistet wer-

Abb. 24: Deutsche Rentenversicherung – Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach stationärer Alkohol-Entwöhnung 2006



den. Ferner hatten 79 % nach erfolgter Suchtrehabilitation im Jahr 1996 im Verlauf der weiteren fünf Jahre keine weitere Suchtrehabilitation in Anspruch genommen. Auch dies spricht für die hohe Wirksamkeit der Behandlung (Egner und Grünbeck, 2004).

- Eine Expertise zur Sucht-Rehabilitation in Deutschland der ehemaligen Humboldt-Universität Berlin belegt den ökonomischen Nutzen der Sucht-Rehabilitation für die Rentenversicherung, der sich durch die Verhinderung von Frühberentungen ergibt. Die zum Studienzeitpunkt betroffenen Fälle von N = 5.300, welche wegen ihrer Alkoholkrankheit jährlich Frühberentungen bezogen, kosten die gesetzliche Rentenversicherung bis zum Erreichen einer Altersgrenze demnach ca. 550 Mio. €; das entspricht einem Pro-Kopf-Kostenanteil von ca. 103.000 €. Dies, so zeigte die Studie zum damaligen Zeitpunkt, überstieg die gesamten Ausgaben der Rentenversicherung für die Rehabilitation aller Abhängigkeitskranker von 524,6 Mio. € im Jahr 2004 mit 52.536 Leistungen (vgl. Müller-Fahrnow, 2002).

In den letzten Jahren haben die Rentenzugänge nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund substanzbezoge-

ner Störungen deutlich zugenommen. So stiegen diese im Alkoholbereich von 5.388 (Jahr 2005) auf 7.056 Fälle (Jahr 2009) um 19,7 % an. Im Drogenbereich haben diese von 499 (Jahr 2005) auf 1.025 Fälle (Jahr 2009) um 105,4 % zugenommen. Im Vergleichszeitraum sind die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund sonstiger psychischen Erkrankungen um 31 % auf 56.388 im Jahr 2009 angestiegen. Die frühzeitige Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung kann auch in diesem Bereich Kosten einsparen helfen.

Das Fazit der Deutschen Rentenversicherung, dass das vom Gesetzgeber vorgegebene Rehabilitationsziel einer wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit in der Suchtrehabilitation also offensichtlich in einem größeren Umfang erfüllt wird und sich die Investition in die Suchtrehabilitation lohnt (vgl. Reimann, 2002), hat sich durch eine Vielzahl von Untersuchungen somit bestätigt. Von daher sollte die Inanspruchnahme von nachgewiesenermaßen effektiven Behandlungsformen für abhängigkeitskranke Menschen nicht nur aus ethischen und sozialpolitischen, sondern auch ökonomischen Gründen heraus gefördert werden.

## 4. Angebote der Suchtkrankenhilfe

In den vergangenen Jahrzehnten wurde in Deutschland im Zusammenwirken von Politik, Leistungs- und Einrichtungsträgern ein differenziertes Beratungs- und Behandlungssystem für suchtkranke Menschen entwickelt. Zielsetzung muss es sein, die verschiedenen Beratungs- und Behandlungsangebote indikationsbezogen, bedarfsgerecht, patientenorientiert und mit einer hohen Qualität zu erbringen.

Derzeit umfasst die Suchtkrankenhilfe in Deutschland die in Abb. 25 aufgeführten Angebote.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Kostenträgerschaft für die einzelnen Suchthilfeangebote unterschiedlich ist. Dies wird aus Abb. 26 ersichtlich.

Die letzten Jahre und Jahrzehnte sind durch eine zunehmende Professionalisierung und

Flexibilisierung der Behandlungsangebote gekennzeichnet. Beispielsweise entwickelte sich mit der Verabschiedung der „Empfehlungsvereinbarung Ambulante Reha Sucht“ (inzwischen: Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001) durch die Leistungsträger im Jahr 1991 sukzessive der Bereich der ambulanten Rehabilitation für Abhängigkeitskranke. Überwiegend in Ballungszentren sind darüber hin-

Abb. 25: Suchtkrankenhilfe in Deutschland (vgl. Leune 2012)

1. Selbsthilfegruppen (Anzahl)	> 10.000
2. Suchtberatungsstellen (Anzahl) • davon als ambulante Beratungsstellen anerkannt (2011)	1300 470
3. Plätze in ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen	> 1000
4. Stationäre Rehabilitation (Entwöhnung): Plätze	13.200
5. Adaptionsplätze	> 1200
6. Entzug/Entgiftung • Entzug mit Motivationsanteilen • Plätze in spezialisierten Krankenhausabteilungen	> 2000 > 7500
7. Plätze für chronisch Mehrfachbeeinträchtigte (Plätze) • Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie • Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie • Ambulantes Betreutes Wohnen	> 10.700 > 1200 > 12.000
8. Niedrigschwellige Angebote (Anzahl)	> 300
9. Substitution (registrierte Patienten)	77.400
10. Arbeitsprojekte/Qualifizierungsmaßnahmen (Plätze)	> 4800

aus ganztägig ambulante (teilstationäre) Behandlungsangebote entstanden bzw. noch im Aufbau begriffen.

Neben ambulanten und stationären Angeboten gewinnen auch Modellprojekte mit Kombinationsbehandlungen (mit [ganztägig] ambulanten und stationären Anteilen) an Bedeutung.

Aus der Flexibilisierung des Angebotsspektrums resultieren erhöhte Anforderungen an die Behandler und die zuweisenden Stellen,

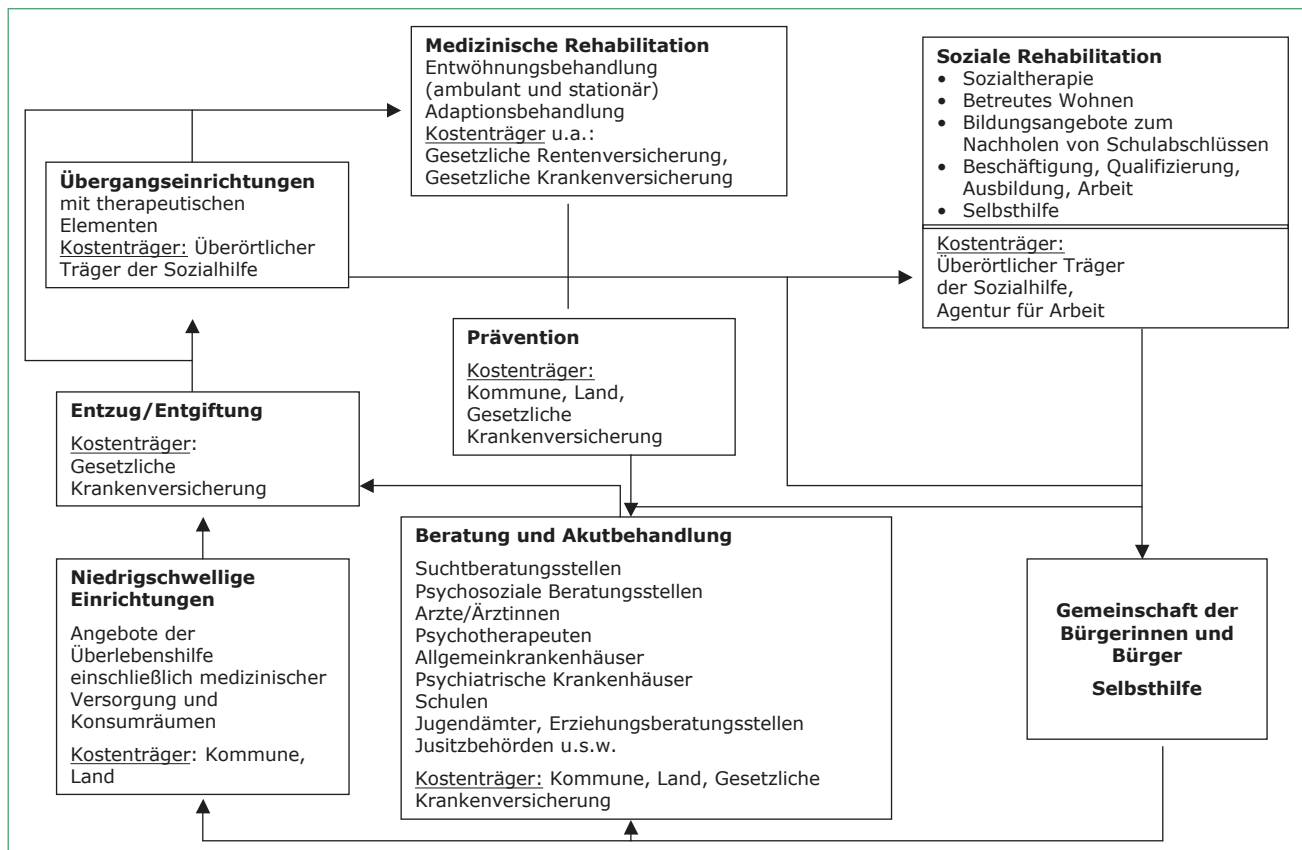
z. B. hinsichtlich der Differenzierung der Diagnostik und Indikationsstellung, der Auswahl der Behandlungsangebote oder der Abstimmung von Angebotssegmenten.

### 4.1 Selbsthilfegruppen für suchtkranke Menschen

Das Spektrum der Selbsthilfegruppen ist vielfältig. Nach Schätzungen besuchen pro Jahr ca. 150.000 Menschen mit Problemen

im Zusammenhang mit Sucht die über 10.000 Selbsthilfegruppen in Deutschland. Selbsthilfegruppen arbeiten selbstständig, sie leisten mit ihrer Arbeit einen wertvollen Beitrag für die Betroffenen und stellen ein wichtiges Glied im Behandlungsverbund für suchtkranke Menschen dar. Ihrer Tätigkeit ist auch gesundheitspolitisch ein hoher Stellenwert einzuräumen. Selbsthilfegruppen sind zudem Ansprechpartner für Beratungsdienste, Behandlungseinrichtungen, Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Betriebe etc. Neben der Prävention, Motivationsarbeit und der Begleitung mitbetroffener Angehöriger liegt ein weiterer Schwerpunkt auf der Nachsorge nach der Behandlung (vgl. Selbsthilfe- und Abstinenzverbände, 1997). Selbsthilfe und professionelle Hilfen können sich gegenseitig nicht ersetzen, sondern sind als ergänzende Angebote für suchtkranke Menschen zu werten. Das ehrenamtliche Engagement wie auch die Zusammenarbeit des Selbsthilfesystems mit den professionellen Angeboten zu fördern, stellt ebenso wie auch die Entwicklung von Selbsthilfeangeboten für spezifische Zielgruppen für die Zukunft eine wichtige Aufgabe dar. Die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Selbsthilfegruppen müssen sichergestellt werden, hierzu gehört z.B. neben der finanziellen Unterstützung durch öffentliche Mittel auch die Fort- und Weiterbildung auf Bundes- und Landesebene oder die Zurverfügungstellung geeigneter Räumlichkeiten.

Abb. 26: Hilfeangebote für Abhängigkeitskranke in Deutschland (vgl. Leune, 2012)



Eine wichtige Aufgabe der Suchthilfegruppen ist es, sich auch für illegale Suchtformen (z.B. Cannabis, Ecstasy) oder pathologisches Glücksspiel zu öffnen und auch Zielgruppen wie junge Suchtkranke oder Frauen verstärkt anzusprechen.

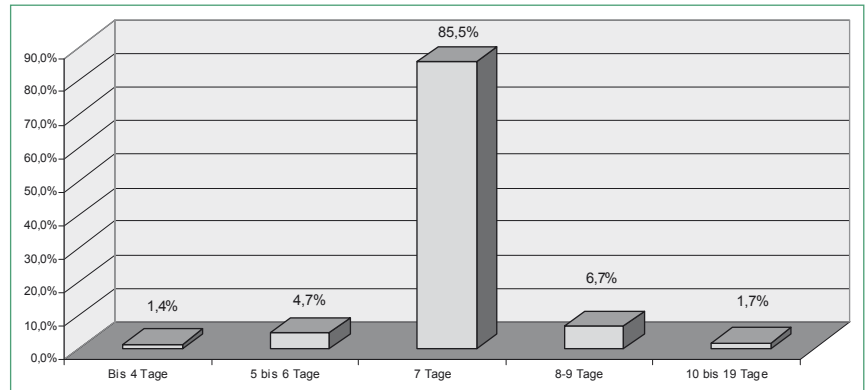
**4.2 Entgiftung und qualifizierter Entzug**

Grundsätzlich ist zu prüfen, ob ein Entzug ambulant oder stationär durchgeführt werden sollte. Sind schwere Entzugssymptome (z.B. Delire) aus der Vorgeschichte bekannt und ist die Compliance des Patienten nur gering ausgeprägt, dann stellt sich dringend die Notwendigkeit eines stationären Entzugs. Dieser wird in der Regel in psychiatrischen Kliniken oder in Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt. Im Rahmen des 2–3-wöchigen qualifizierten Entzugs, der aus körperlicher Entgiftung und einer Motivationstherapie besteht, werden dem Patienten Informationen über seine Suchtproblematik gegeben, und seine Motivation gefördert, weiterführende suchtspezifische Behandlungsangebote zu nutzen. Wichtig ist, dass die Umstellung auf das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie auch die entsprechenden Leistungen, welche für suchtkranke Patienten erforderlich sind, angemessen abbildet. Die Zielsetzungen der qualifizierten Entgiftung unterscheiden sich deutlich von denjenigen der Entwöhnungsbehandlung.

Derzeit gelangt nur ein geringer Teil der Patienten aus der Entgiftung bzw. dem Entzug in eine weiterführende Therapie. Von daher ist die Motivationsförderung in dieser sensiblen Phase eine wichtige Aufgabe, da die Krankheitseinsicht in der Regel erst gewonnen werden muss. Die Finanzierung des qualifizierten Entzugs durch die Krankenversicherung ist von daher sicherzustellen.

Auf eine Entwicklungsmöglichkeit sei an dieser Stelle hingewiesen. Zukünftig sollten Entzugsbehandlungen auch verstärkt in entsprechend ausgestatteten Rehabilitationsfachkliniken durchgeführt werden, wenn sie als Voraussetzung für eine Entwöhnungsbehandlung erforderlich sind und die Bewilligung der nachfolgenden Rehabilitationsmaßnahme bereits beantragt wurde. Dafür spricht, dass in den Fachkliniken die erforderlichen Kompetenzen im Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen vorhanden sind, ein nahtloser Übergang

Abb. 28: Dauer der Entgiftungsphase (Missel et al., 2011)



von der Entgiftung in die Entwöhnungsbehandlung gewährleistet ist und die Nichtantrittsquote damit abgesenkt werden könnte.

Eine übergreifende Erhebung der Suchtverbände erbrachte eine Gesamtquote der Nichtanreter einer stationären Entwöhnungsbehandlung von ca. 26 %, im Bereich der Drogen ist diese mit knapp 38 % besonders hoch, aber auch im Alkoholbereich beträgt sie immerhin 19 %.

Ein Modellprojekt der DRV Knappschaft-Bahn-See hat ein integriertes Modell von Entgiftung und Entwöhnung als stationäre Kombi-Leistung realisiert (vgl. Klein et al., 2006). Das sog. ISBA-Modell (Integrierte stationäre Behandlung Abhängigkeitskranker) beinhaltet folgende Zielsetzungen:

- Motivierung zur Inanspruchnahme einer sich anschließenden Entwöhnung
- Nahtloser Übergang von der Entgiftungszur Entwöhnungsphase
- Vermeidung von Mehrfachentgiftungen
- Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten

- Erhöhung der Patientenzufriedenheit
- Optimierte Schnittstellenmanagement.

Ziele von ISBA sind insbesondere die Optimierung des Schnittstellenmanagements und der nahtlose Übergang von der Entgiftung zur Entwöhnungsphase. Weitere Zielsetzungen sind: Erhöhung der Inanspruchnahme der anschließenden Entwöhnungsbehandlung, Vermeidung von Mehrfachentgiftungen, Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten und Erhöhung der Patientenzufriedenheit.

Die Evaluation zeigt, dass die Entgiftungsphase in der Regel 7 Tage dauert (vgl. Abb. 28).

Die katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 1 (d.h. der planmäßig entlassenen Antwort) lag für die ISBA-Stichprobe bei 72,8 %, für die Reststichprobe (Entwöhnungsbehandlung ohne vorgeschaltete Entgiftungsbehandlung) bei 72,5% (vgl. Abb. 29).

Zwar handelt es sich bei der ISBA-Patientengruppe um eine prognostisch günstigere Gruppe im Vergleich zu den anderen Patienten, da sie beispielsweise überwiegend erwerbstätig waren, jedoch sind die Ergebnisse durchaus positiv zu bewerten.

Abb. 29: Katamnestiche Ergebnisse DGSS 1 (planmäßig entlassene Antwort) (Missel et al., 2011)

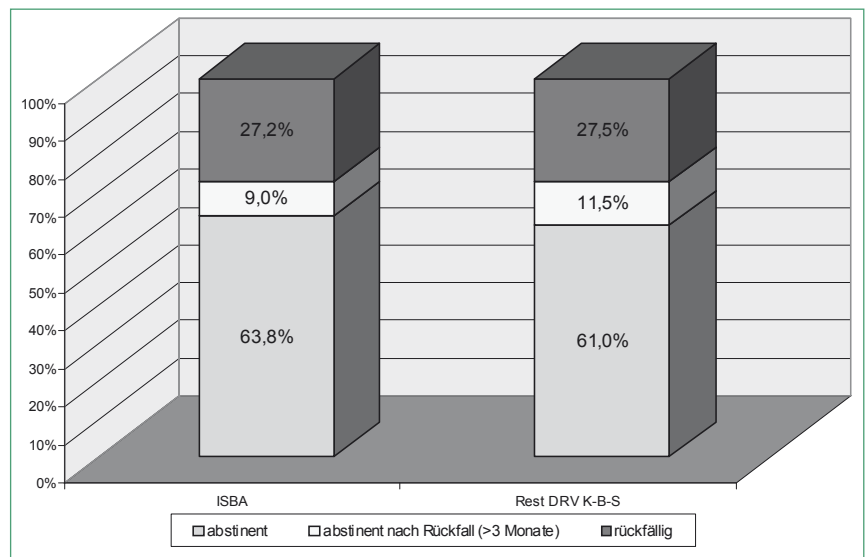


Abb. 27: Nichtantrittsquote 2009 – Erhebung der Suchtverbände (buss', CaSu, GVS, FDR, FVS)

	Quote (%)
<b>Gesamt = 159 Kliniken</b>	26,28
<b>Alkohol</b>	19,10
<b>Drogen</b>	37,73

Folgendes Resümee kann aus dem Modellprojekt gezogen werden (vgl. Missel et al., 2011):

- Die Entgiftung in der Rehabilitationsfachklinik ist erfolgreich (planmäßige Entlassungen, katamnestiche Erfolgsquoten).
- Die Antrittsquote zur Entwöhnung beträgt 98,8 %.
- Die Entfernung zwischen Wohnort und Rehabilitationsfachklinik kann überbrückt werden.
- Sektorengrenzen können überwunden werden.
- Die Entgiftung in der Rehabilitationsklinik ergibt eine deutliche Kostenersparnis.

Das Modellprojekt wurde zwischenzeitlich auch auf Versicherte der DRV Bund (KV-Versicherung bei der DAK) und auf Versicherte der BKK Bahn ausgeweitet.

Von daher sollte die Durchführung von Entzugsbehandlungen unmittelbar vor Antritt einer bewilligten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in dafür geeigneten Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen stationärer Kompaktleistungen als eine Form der Regelbehandlung eingeführt werden.

### 4.3 Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen

In Deutschland existiert ein breites Angebot von ca. 1300 ambulanten Beratungsstellen und -diensten für Suchtkranke (vgl. Leune, 2012), von denen ein Teil auch als ambulante Rehabilitationseinrichtung zugelassen ist. Darin sind Haupt- und Nebenstellen wie auch Sozialpsychiatrische Dienste enthalten. Insgesamt wurden im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik 2010, welche auf den Daten von 777 ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen beruht, 313.661 Betreuungen (Stichprobe aus „Zugängen“ und „Beendern“) im ambulanten Bereich (71,7 % Männer, 28,3 % Frauen) erfasst. Davon entfielen 295.228 (74,8 % Männer, 25,2 % Frauen) auf Klienten mit eigener Symptomatik und 18.433 (23,1 % Männer, 76,9 % Frauen) auf Bezugspersonen. Die Hauptdiagnosen in der ambulanten Betreuung sind in Abb. 30 aufgeführt.

Abb. 30: Hauptdiagnosen in der ambulanten Betreuung

F10 Alkohol	53,4 %	N = 85.673
F11 Opiode	17,0 %	N = 27.299
F12 Cannabinoide	13,2 %	N = 21.116
F63 Pathologisches Glücksspielen	4,5 %	N = 7.294
F15 Stimulantien	3,0 %	N = 4.851
F14 Kokain	2,2 %	N = 3.507
F17 Tabak	1,1 %	N = 1.701

Die weiteren Hauptdiagnosen mit geringer Inanspruchnahme sind F50 Essstörungen (0,9 %) und F19 Andere psychotrope Substanzen (0,6 %) (Pfeiffer-Gerschel, 2011).

Bei der Mehrzahl der Klienten im ambulanten Bereich mit substanzbezogenen Störungen wird ein Abhängigkeitssyndrom diagnostiziert. Lediglich bei einigen Substanzen überwiegt der schädliche Gebrauch.

Das Durchschnittsalter bei Betreuungsbeginn liegt bei 37,3 Jahren (Alkohol 41,3 Jahre, Heroin 34,0 Jahre, Cannabinoide 27,4 Jahre, Amphetamine 27,2 Jahre).

Die Dauer der Störung ist insgesamt gesehen recht hoch. Sie beträgt im Bereich Alkohol 15,0 Jahre, bei Heroin 13,1 Jahre, bei Methadon 9,3 Jahre, bei Cannabinoiden 11,1 Jahre, bei Barbituraten 13,6 Jahre, bei Benzodiazepinen 11,4 Jahre, bei Kokain 10,9 Jahre, bei Amphetaminen 8,7 Jahre. Von daher ist festzustellen, dass auch im ambulanten Bereich eine erhebliche Zeitdauer vergeht, bis entsprechende Beratungsleistungen in Anspruch genommen werden. Auch zeigt sich, dass ein hoher Teil der Klienten arbeitslos ist. Insgesamt sind dies 40,8 %, davon 5,5 % arbeitslos am Tag vor Betreuungsbeginn nach SGB III (ALG 1) und 35,3 % arbeitslos nach SGB II (ALG 2).

16,3 % der Klienten haben einen Migrationshintergrund, davon sind 10,3 % selbst migriert und 6,0 % in Deutschland als Kind von Migranten geboren.

Die Beratungsstellen befinden sich mit 86 % zum überwiegenden Teil in Trägerschaft der Verbände der freien Wohlfahrtspflege oder anderer gemeinnütziger Organisationen, lediglich 9,3 % der Einrichtungen haben einen kommunalen bzw. öffentlich-rechtlichen Träger und nur ein kleiner Teil (2,4 %) befindet sich in privater Trägerschaft.

Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen leisten einen wichtigen Beitrag zur Suchtkrankenhilfe. Hinsichtlich der regionalen Verteilung der Beratungsstellen, der personellen Besetzung wie auch des Angebotsspektrums bestehen allerdings erhebliche Unterschiede.

Das Leistungsspektrum von Suchtberatungsstellen ist in der Regel umfangreich und umfasst u. a. Kontaktaufnahme, Beratung, Betreuung, Nachsorge, Unterstützung der Selbsthilfe, Prävention, Vernetzung und Kooperation, Dokumentation und Statistik.

Hinsichtlich der Art der Betreuung überwiegt über alle Hauptdiagnosen hinweg die ambulante Suchtberatung mit 86,3 %, gefolgt von der ambulanten Entwöhnungsbehandlung mit 9,7 %. Weitere Leistungen, welche in einer nennenswerten Fallzahl erbracht werden, sind die psychosoziale Be-

gleitung bei Substituierten mit 7,2 % sowie ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen mit 2,2 %. Keine Weitervermittlung erfolgt in 68,7 % (N=74.459) der Fälle, bezogen auf Klienten mit der Hauptdiagnose „Alkoholbezogene Störung“ (F10) beträgt diese 67,0 %. Hinsichtlich der Weitervermittlung/Verlegung (N=34.001) sind von besonderer Bedeutung bezogen auf alle vermittelten/verlegten Klienten (in Klammern sind die jeweiligen Vergleichswerte für F10-Diagnosen aufgeführt):

- Selbsthilfegruppen 23,9 % (F10-Diagnose 32,5 %)
- Ärztliche oder Psychotherapeutische Praxis 10,4 % (F10-Diagnose 9,3 %)
- Behandlungsstelle/Fachambulanz 13,8 % (F10-Diagnose 12,2 %)
- Krankenhaus(Abteilung) 9,2 % (F10-Diagnose 7,0 %)
- teilstationäre Rehabilitationseinrichtung 2,8 % (F10-Diagnose 3,3 %)
- stationäre Rehabilitationseinrichtung 35,9 % (F10-Diagnose 34,4 %).

Indikationsübergreifend zeigt sich folgendes Bild hinsichtlich der Anzahl der Kontakte bei planmäßiger Beendigung der Suchtberatung:

- 2 – 5 Kontakte 35,7%
- 6 – 10 Kontakte 23,0 %
- 11 – 29 Kontakte 26,1 %
- 30+-Kontakte 15,3 %

Bei der unplanmäßigen Beendigung überwiegen 2 – 5 Kontakte mit 51,8 %.

Hinsichtlich der Problematik am Tag des Betreuungsendes wird der Behandlungserfolg wie folgt eingeschätzt:

- erfolgreich 26,6 %
- gebessert 36,7 %
- unverändert 33,6 %
- verschlechtert 3,1 %

Abb. 31 gibt hierzu einen indikationsbezogenen Überblick.

Die Kategorien „erfolgreich“, „gebessert“, „unverändert“, „verschlechtert“ erlauben natürlich nur eine grobe Einschätzung des Betreuungserfolges, von Interesse wäre es mittel- und längerfristige Entwicklungen nach Beendigung der Betreuung genauer zu untersuchen.

Insgesamt sind ca. 45 % der ambulanten Stellen auch im Zuge der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (früher „Empfehlungsvereinbarung Ambulante Reha Sucht“) als Behandlungsstelle für ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen zugelassen (vgl. Leune, 2011). Während anfangs die Behandlung von suchtkranken Menschen nahezu ausschließlich in den Händen von Fachkliniken lag, hat in den letzten Jahren die Bedeutung der ambulanten Rehabilitation deutlich zugenommen.

Abb. 31: Hauptdiagnose und Problematik am Tag nach Betreuungsende (Deutsche Suchthilfestatistik 2010, 7.10, www.suchthilfestatistik.de)

Hauptdiagnose	Problematik am Tag des Betreuungsendes				Gesamt	
	Erfolgreich	Gebessert	Unverändert	Verschlechtert	Absolut	Prozent
F10 Alkohol	30,6%	36,7%	29,7%	3,1%	<b>69521</b>	<b>58,2%</b>
F11 Opiode	14,3%	32,6%	47,2%	5,9%	<b>18696</b>	<b>15,7%</b>
F12 Cannabinoide	24,9%	39,1%	34,4%	1,7%	<b>15768</b>	<b>13,2%</b>
F13 Sedativa/ Hypnotika	24,1%	43,0%	30,1%	2,7%	<b>1057</b>	<b>0,9%</b>
F14 Kokain	27,9%	37,1%	32,9%	2,2%	<b>2193</b>	<b>1,8%</b>
F15 Stimulanzien	24,9%	37,4%	35,1%	2,7%	<b>3552</b>	<b>3,0%</b>
F16 Halluzinogene	25,8%	33,3%	34,8%	6,1%	<b>66</b>	<b>0,1%</b>
F17 Tabak	43,0%	34,3%	22,5%	0,2%	<b>1434</b>	<b>1,2%</b>
F18 Flüchtige Lösungsmittel	9,1%	54,5%	36,4%		<b>33</b>	<b>0,0%</b>
F19 And. psychotrope Substanzen	26,4%	32,4%	36,7%	4,5%	<b>670</b>	<b>0,6%</b>
F50 Essstörungen	19,5%	42,9%	35,9%	1,8%	<b>1012</b>	<b>0,8%</b>
F63 Pathologisches Spielen	21,5%	41,6%	35,6%	1,3%	<b>5417</b>	<b>4,5%</b>
<b>Gesamt - mit Hauptdiagnose</b>	<b>Absolut</b>	<b>31758</b>	<b>43794</b>	<b>40066</b>	<b>3801</b>	<b>119419</b>
	<b>Prozent</b>	<b>26,6%</b>	<b>36,7%</b>	<b>33,6%</b>	<b>3,2%</b>	
ohne HD - Polytoxikomanie	12,6%	37,4%	45,3%	4,7%	<b>342</b>	<b>0,3%</b>
ohne HD - riskanter Konsum	30,7%	43,0%	25,9%	0,4%	<b>849</b>	<b>0,7%</b>
ohne HD - sonstige Gründe	22,4%	34,9%	42,0%	0,8%	<b>1572</b>	<b>1,3%</b>
<b>Gesamt</b>	<b>Absolut</b>	<b>32414</b>	<b>44835</b>	<b>41101</b>	<b>3832</b>	<b>122182</b>
	<b>Prozent</b>	<b>26,5%</b>	<b>36,7%</b>	<b>33,6%</b>	<b>3,1%</b>	<b>100,0%</b>
© 2011 IFT Institut für Therapieforchung, München					Unbekannt:	8,1%

### 4.3.1 Zur ökonomischen Situation von ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen

Insgesamt stellt sich die Finanzierung ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen – zumindest in verschiedenen Bundesländern – als zunehmend schwieriger heraus.

Das durchschnittliche Budget einer Beratungs- und Behandlungsstelle lag im Jahr 2010 bei ca. 310.336 € (Deutsche Suchthilfestatistik, 2010). Der Anteil der Landesmittel betrug 22,7 %, der Anteil der institutionellen kommunalen Mittel lag bei 56,2 %, Eigenmittel wurden zu 20,7 % aufgewendet. Der Bereich der ambulanten Rehabilitation wird derzeit über die Sozialversicherungsträger leistungsbezogen vergütet. Der finanzielle Anteil der Renten- und Krankenversicherung lag im Jahr 2010 bei 18,0 % (Deutsche Suchthilfestatistik, 2010). Dieser hat deutlich zugenommen, denn im Jahr 2004 lag dieser noch bei 8,8 % in den alten und bei 3,7 % in den neuen Bundesländern (Sonntag, 2005).

Zunehmend geraten ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen durch die Finanznöte der Länder, Städte und Kommunen in Schwierigkeiten.

Festzustellen ist, dass die Beratungsstellendichte wie auch die vorhandenen Personalstellen nicht nur von der jeweiligen Region (Stadt, Land etc.), sondern auch vom jewei-

Abb. 32: Personalstellen in ambulanten Suchtberatungsstellen

<b>1. Mitteldeutschland (2008)</b>	
Thüringen	1 Fachkraft: 27.000 EW
Sachsen	1 Fachkraft: 20.000 – 25.000 EW
Sachsen-Anhalt	1 Fachkraft: 35.000 EW
<b>2. Rahmenplan der DHS für Beratungs- und Behandlungsstellen (14.05.1992)</b>	
Zielsetzung	1 Fachkraft: 10.000 EW

ligen Bundesland abhängig ist. Während der Rahmenplan der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen für Beratungs- und Behandlungsstellen aus dem Jahr 1992 noch die Zielsetzung von einer Fachkraft für 10.000 Einwohner vorsah, liegt die Realität beispielsweise in Sachsen-Anhalt bei einer Fachkraft für 35.000 Einwohner, in Thüringen bei einer Fachkraft für 27.000 Einwohner und in Sachsen bei einer Fachkraft für 20 – 25.000 Einwohner (s. Abb. 32).

Zwar gibt es einen Rechtsanspruch auf Beratung und Behandlung für den einzelnen Menschen, jedoch keinen Rechtsanspruch auf das Vorhalten der notwendigen Hilfseinrichtungen durch die Kommunen. Von daher ist die finanzielle Basis der einzelnen Beratungsstellen ungesichert, da keine rechtlich verbindliche Absicherung ihrer Arbeit vorliegt. Der FVS wendet sich ausdrücklich gegen die zunehmende Tendenz, qualifizierte Beratungs- und Betreuungsangebote durch Kürzung der öffentlichen Fördermittel einzuschränken und fordert mit

Nachdruck, die Finanzierung von diesen Beratungs- und Betreuungsangeboten durch den Erhalt der öffentlichen Mittel zu sichern. Hierzu gehören niedrigschwelliger Kontakt, Beratung und Aufbau von Compliance, Betreuung und Vermittlung, Case-Management und Prävention. Diese Kernaufgaben sind als Leistungen der Grundversorgung zu werten. Aufgrund der bereits heute den Bedarf nicht ausreichend abdeckenden personellen und finanziellen Ausstattung von Beratungsstellen bestehen erhebliche Lücken in den Angebotsstrukturen, wie z. B. hinsichtlich

- niedrigschwelliger Angebote für gezielte Motivationsarbeit (z. B. in Krankenhäusern),
- spezifischer Angebote für bestimmte Zielgruppen (z. B. chronisch Mehrfachgeschädigte, ältere Abhängigkeitskranke, Medikamentenabhängige, Tabakabhängige, alleinerziehende Mütter, Angebote für Missbraucher verschiedener Substanzen)

- sozialer und beruflicher Reintegrationsleistungen
- der systematischen Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Betreuung
- von Angeboten am Abend und am Wochenende.

Ambulante Beratungsstellen sollten sich angesichts knapper Ressourcen nicht vorrangig auf den Anteil motivierter Patienten konzentrieren und beispielsweise versuchen Finanzierungslücken durch den Ausbau von Rehabilitationsangeboten zu

schließen. Vielmehr sollte in Absprache mit den weiteren gemeinde- bzw. regional orientierten Angeboten (Sozialpsychiatrische Dienste, Psychiatrische Institutsambulanz und weitere suchtmittelmedizinische Angebote) ein bedarfsgerechtes und niedrigschwelliges Betreuungs- und Beratungsangebot vorgehalten werden, welches sich an den differenzierten Bedürfnissen und Lebenslagen von suchtkranken Menschen in einer überschaubaren Region orientiert und ihnen einfache Zugangsmöglichkeiten eröffnet. In der Gestaltung

der Zusammenarbeit von verschiedenen Stellen vor Ort und der Abstimmung von Zuständigkeiten und Angeboten liegt sicherlich noch eine Entwicklungsaufgabe. Hierzu gehört z. B. auch die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern, Alten- und Pflegeeinrichtungen sowie den Jobcentern und Agenturen für Arbeit auszubauen. Auch ist die Gewährleistung der psychosozialen Begleitung bei Substitutionsbehandlungen eine wichtige Leistung von Suchtberatungsstellen.

## 5. Das System der Suchtrehabilitation

Nicht jeder Suchtkranke benötigt zur Überwindung der substanzbezogenen Störung Fremdhilfe. Bei suchtkranken Menschen hat man es durchaus mit unterschiedlichen Bedarfslagen zutun, was die Intensität und den Umfang der erforderlichen Unterstützung, Beratung und Behandlung angeht. So wissen wir, dass ein erheblicher Teil der Betroffenen auch ohne professionelle Hilfe remittiert, andere wiederum einer langfristigen intensiven Unterstützung bedürfen. Ausgehend von dieser grundsätzlichen Erwägung ist von einem Steuerungs- und Versorgungsmodell zu fordern, dass jeder Betroffene diejenige Hilfe erhält, derer er bedarf. Hinsichtlich der medizinischen Rehabilitation haben sich in Deutschland folgende Angebote entwickelt:

- ambulante Rehabilitation (s. Kapitel 5.1)
- stationäre Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (s. Kapitel 5.2)
- ganztägig ambulante Rehabilitation (s. Kapitel 5.3)
- Kombinationsbehandlung (s. Kapitel 5.4)

Darüber hinaus gibt es komplementäre Angebote für suchtkranke Menschen (s. 5.5). Hierunter werden gefasst:

- Adaption (als Teilbereich der medizinischen Rehabilitation, Phase 2 der Entwöhnungsbehandlung)
- Soziotherapeutische Angebote (Leistungsträgerschaft Sozialhilfe).

Hinsichtlich der Steuerung und Settingauswahl im Rahmen des komplexen Suchtbehandlungssystems existieren vom Grundsatz her zwei unterschiedliche Steuerungsmodelle.

### a) Modell „Stepped Care“

Das Stepped-Care Modell (s. Abb. 33) folgt dem Prinzip „Vom geringsten zum höchsten Aufwand“. Dies bedeutet, dass zunächst Interventionen mit minimalem Aufwand durchgeführt werden, bevor eine Leistung mit höherem Aufwand erfolgt. So steht am Anfang etwa eine Kurzintervention, danach folgt ein längeres Gespräch, ggf. eine Reihe ambulanter Gespräche bis

Abb. 33: Gestufte Interventionen (Lindenmeyer, 2010)

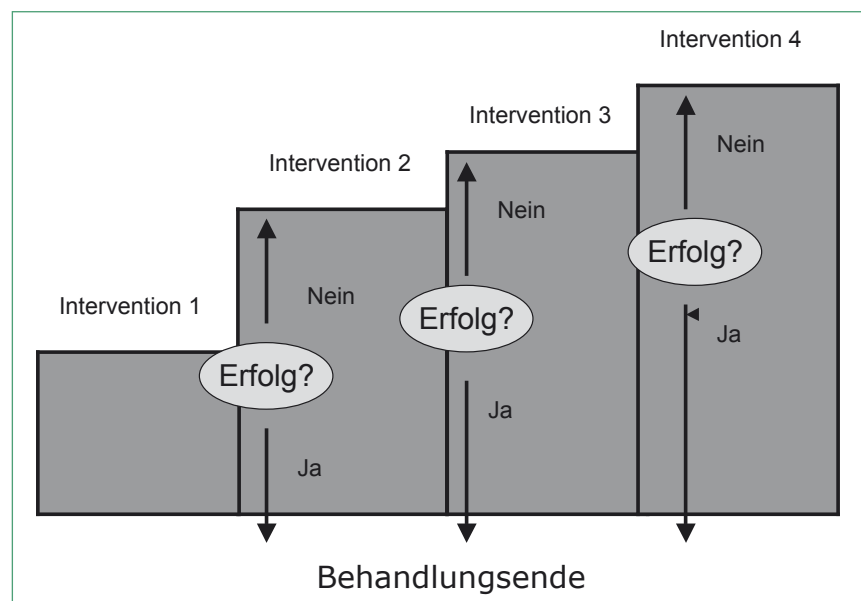
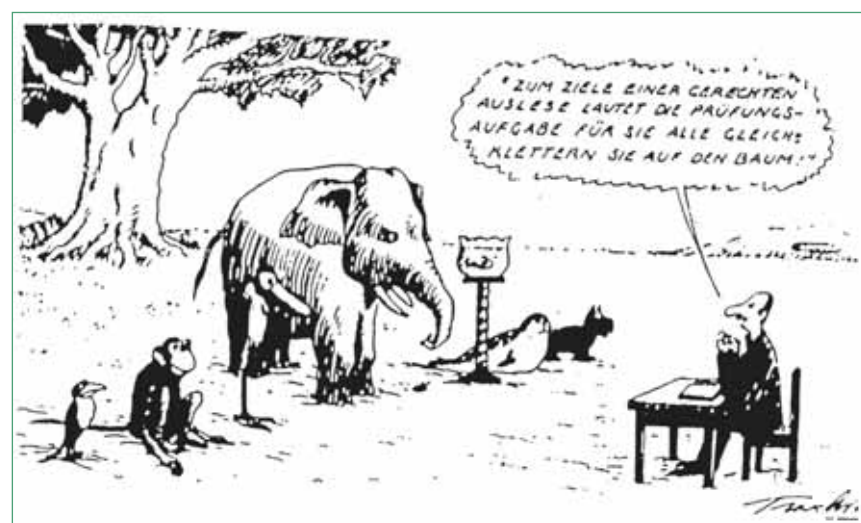


Abb. 34: Zur Frage der Indikationsstellung und passgenauer Behandlungsangebote



man zum „Extremfall“ der intensiven stationären Behandlung kommt. Diesem gestuften Versorgungssystem, welches bei-

spielsweise in den Niederlanden umgesetzt wird, steht ein anderes Modell gegenüber.

**b) Das Modell der indikationsgestützten Zuweisung**

Dieses Modell, das auch Grundlage des Behandlungssystems in Deutschland ist, folgt einer anderen Logik. Zielsetzung hierbei ist es, dass der Betroffene die richtige Intervention zum richtigen Zeitpunkt erhält. Dieses Modell ist sicherlich komplizierter als das Stepped-Care-Modell, da es nicht der einfachen Regel einer Zunahme der Intensität der Intervention bei Nichtwirkung einer geringeren Interventionsstufe folgt. Die Problematik veranschaulicht die Abb. 34.

Wir haben es bei suchtkranken Menschen mit unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedarfslagen zu tun. Doch welche ist nun die passgenaue Intervention für die Betroffenen? Vor einigen Jahren war die Ant-

wort noch relativ einfach, denn die Möglichkeiten der Behandlung waren beschränkt, erst ab 1991 ist beispielsweise die ambulante Entwöhnung zur stationären dazu gekommen. Doch heute ist die Frage der adäquaten Indikationsstellung deutlich schwieriger zu beantworten, denn wir haben es mit einer zunehmenden Differenzierung des Behandlungssettings und der entsprechenden Therapiedauern zu tun.

Beispielhaft für die unterschiedlichen Behandlungssettings und Therapiedauern sind die Leistungen der DRV Bund in Abb. 35 aufgelistet.

Die weitere empirische Absicherung von Indikationskriterien hinsichtlich der Entscheidung darüber, welche Behandlung für welchen abhängigen Menschen am effektiv-

sten ist, ist noch eine Zukunftsaufgabe, jedoch haben sich auf Expertenebene bereits entsprechende Anhaltspunkte und Zuweiskriterien herausgebildet.

Hinsichtlich der Auswahl des Behandlungssettings sind verschiedene Faktoren im Rahmen einer Gesamtbetrachtung zu berücksichtigen (s. Abb. 36).

In der Gesamtsicht der genannten drei Indikationskriterien „Schweregrad der Störung“, „Prognosefaktoren“ und „Fähigkeit zur Abstinenz“ wird man eher zu einer ambulanten Rehabilitation neigen, wenn sich der Patient auf der linken Seite des Kontinuums befindet, zu einer stationären, wenn er sich auf der rechten Seite befindet. Die Indikationsstellung für eine ganztägig ambulante Behandlung, wie auch für Kombinationsmodelle wird sich zwischen diesen Polen bewegen. Die jeweiligen Settings haben ihre jeweiligen Vorzüge und Nachteile, welches es, bezogen auf den einzelnen Patienten, abzuwägen gilt. Diese sind beispielhaft in der Abb. 37 benannt.

Grundsätzlich ist die Differenzierung des Behandlungsspektrums und entsprechender Angebote zu begrüßen. Im Einzelfall ist zu prüfen, welche Behandlungsform für welchen Patienten am geeignetsten erscheint. Ambulante, teilstationäre und stationäre oder kombinierte Behandlungsangebote richten sich an unterschiedliche Zielgruppen (Arend 1999; Fachverband Sucht e. V., 2000; Kulick, 1999; Schneider et al., 1999; Veltrup, 2001; Lindenmeyer, 2010).

Die Pluralität von Behandlungsangeboten und Angebotsstrukturen bildet die Grundlage dafür, dass eine Individualisierung und Flexibilisierung der Behandlung und das im SGB IX verankerte Wunsch- und Wahlrecht überhaupt erst realisiert werden können. Von daher benötigen wir auch zukünftig differenzierte und passgenaue Behandlungsangebote in der medizinischen Rehabilitation. Der Zugang zu den passgenauen Leistungen der medizinischen Rehabilitationsleistungen sollte bedarfsgerecht erfolgen. Von daher sollte sich die Auswahl des Behandlungssettings (ambulante, stationäre, mobile Rehabilitation) am vorhandenen Rehabilitationsbedarf ausrichten.

Der bisherige Sozialbericht im ambulanten Bereich sollte sich deshalb stärker an der ICD-10 und der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) der WHO (Weltgesundheitsorganisation) orientieren, um auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Behandlungsparadigmas entsprechende Rückschlüsse auf den jeweiligen Schweregrad und Behandlungsbedarf zu ermöglichen.

Zu empfehlen wäre auch der Einsatz eines spezifischen Screeningsbogens, der zur Differenzierung des Behandlungsbedarfs und der Fallschwere dient. Um die Frühzeitigkeit und Nahtlosigkeit der Inanspruchnahme zu

Abb. 35: Bewilligungsdauer bei unterschiedlichen Leistungs- und Therapieformen – DRV Bund (Rundschreiben 23.02.2012)

Medizinische Rehabilitation	Leistungsform	Bewilligungsdauer
Alkohol und Medikamente	Stationär	8/12/15 Wochen
	Teilstationär	12 Wochen
	Ambulant	6–18 Monate
	Adaption	Bis zu 12 Wochen
Drogenabhängigkeit	Stationär	13–26 Wochen
	Teilstationär	16 Wochen
	Ambulant	6–18 Monate
	Adaption	Bis zu 16 Wochen
Alkohol (stationäre)	Berechnungsart	Verweildauerbudgets
	Standardtherapie	12–15 Wochen
	Kurzzeittherapie	Bis zu 8 Wochen
	Wiederholungsbehandlung	Bis zu 10 Wochen
	Kombi-Behandlung	Bis zu 8 Wochen
Auffangbehandlung	6 Wochen	

Abb. 36: Indikationsentscheidung entlang eines Kontinuums (Schneider, Buschmann, Gies, 1999)

<b>Schweregrad der Störung (seelisch, körperlich, sozial)</b>				
gering	←	eher ambulant	eher stationär	→ hoch
<b>Prognosefaktoren (soziales Umfeld, Beruf, Wohnsituation) – Teilhabe</b>				
günstig	←	eher ambulant	eher stationär	→ ungünstig
<b>Fähigkeit zur Abstinenz</b>				
gut	←	eher ambulant	eher stationär	→ schlecht

Abb. 37: Vorzüge ambulanter bzw. stationärer Behandlung (in Anlehnung an Geyer, 2006)

Ambulante und ganztägig ambulante Behandlung	Stationäre Behandlung
• Verbleib in den bisherigen Lebensbezügen	• Herausnahme aus pathogenem oder Suchtverhalten stützenden Umfeld
• Leichtere Einbindung der Familie und wichtiger Bezugspersonen	• Schutzfunktion
• Kontinuierliche Erprobung gewonnener Fähigkeiten im alltäglichen Lebenskontext	• Intensive hochstrukturierte integrierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team
• Berufliche Tätigkeit muss nicht unterbrochen werden (nur ambulante Rehabilitation)	• Lern-, Übungs- und Trainingsfeld für unterschiedliche Lebensbereiche

fördern, sollte ggf. auch auf den Sozialbericht als Bestandteil des Antragsverfahrens verzichtet werden, sofern aussagekräftige Informationen bzw. Unterlagen (z.B. durch den niedergelassenen Arzt, den Psychotherapeuten, das Krankenhaus, den Medizinischen Dienst von Jobcentern/Agenturen für Arbeit) eingereicht werden.

Im Weiteren wird auf die verschiedenen Angebote der Entwöhnungsbehandlung im Einzelnen eingegangen.

### 5.1 Ambulante Entwöhnungsbehandlung

Berufsbegleitende ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen können in Einrichtungen durchgeführt werden, die gemäß Anlage 1 zur „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 bzw. dem „Gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008“ durch die zuständigen Leistungsträger anerkannt sind.

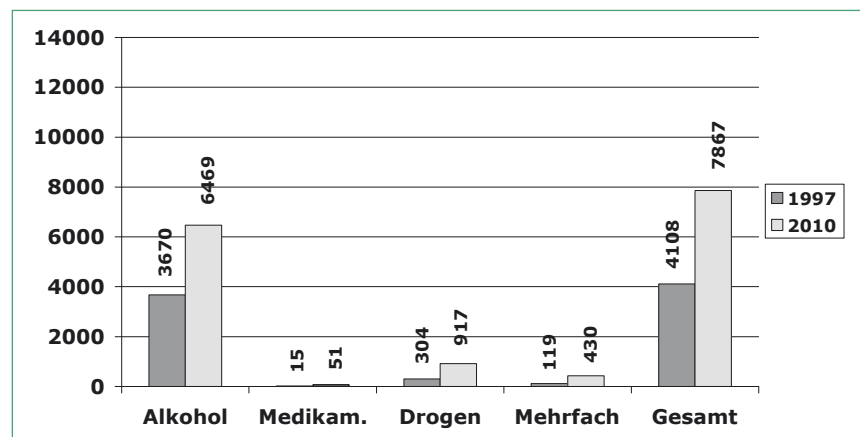
Die Anzahl der ambulanten Entwöhnungsbehandlung hat sich im Zeitraum von 1997 bis 2010 (s. Abb. 38) deutlich erhöht (+ 91,5 %).

Aus der Basisdokumentation des FVS stammen die nachfolgenden Ergebnisse im Überblick:

#### Basisdokumentation 2010 – Zentrale Ergebnisse zu ambulanten Rehabilitationseinrichtungen des FVS (Lange et al., 2011; Weissinger et al., 2011)

In die einrichtungübergreifende Auswertung der Basisdokumentation 2010 der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen gingen 514 Patientendaten ein, davon wurden 416 Patienten rein ambulant gemäß der Vereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht behandelt. Die entsprechenden hier aufgeführten Daten (N=416) beziehen sich

Abb. 38: Ambulante Leistungen der GRV in der Suchtrehabilitation (DRV Statistik Rehabilitation Tab. 60M., DRV Tab. 900.S2M)



auf diesen Personenkreis, d.h. die Daten für poststationäre ambulante Rehabilitation oder ambulante Behandlung im Rahmen einer Kombinationsbehandlung wurden herausgerechnet. Nachfolgend sind einige ausgewählte Daten daraus dargestellt (vgl. Abb. 39).

60,8 % der Patienten waren männlichen und 39,2 % weiblichen Geschlechts. Damit ist der Anteil der Frauen höher als in den stationären Behandlungsformen. In einer festen Partnerbeziehung lebten 61,3 %, was ebenfalls deutlich höher als im stationären Bereich liegt. Das Durchschnittsalter ist mit 46,9 Jahren etwas höher als im stationären Bereich. Im Durchschnitt hatte jeder ausschließlich ambulant behandelte Patient 1,65 Entzugsbehandlungen absolviert. Der Anteil der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit liegt deutlich über 90 %, andere Diagnosen spielen somit eine vergleichsweise geringe Rolle. Ein wichtiger Vermittler in die ambulante Rehabilitation sind ärztliche/psychotherapeutische Praxen mit 27,1 %, hier sind allerdings die Besonderheiten bei einigen der beteiligten Einrichtungen zu berücksichtigen. 19,0 % der Patienten war bei Entlassung arbeitslos. Dies stellt eben-

falls einen deutlichen Unterschied zu den Patienten der stationären Behandlungsform dar. 70,9 % der Patienten beendeten die Behandlung planmäßig. Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt bei planmäßiger Entlassung 328,4 Tage und für alle Patienten 279,4 Tage.

Die Daten zeigen, dass sich die ambulante Rehabilitation hinsichtlich der Klientel von stationären Behandlungsformen deutlich unterscheidet. Es zeigt sich ferner, dass ein hoher Anteil der Patienten von 58,4 % diese Behandlungsform regulär und von 71,0 % planmäßig beendet, was als Erfolg der ambulanten Rehabilitation betrachtet werden kann.

#### 5.1.1 Indikationsstellung für eine ambulante Entwöhnungsbehandlung

Eine ambulante medizinische Rehabilitation kommt insbesondere dann in Betracht, wenn absehbar ist, dass die Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet im Rahmen einer ambulanten Maßnahme erfolgreich behandelt werden können. Hierzu gehört, dass der Rehabilitand

- über die erforderliche Mobilität und psychische und physische Belastbarkeit verfügt,
- das soziale Umfeld des Abhängigkeitskranken noch eine unterstützende Funktion ausüben kann,
- eine stabile Wohnsituation vorhanden ist,
- die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit und regelmäßigen Teilnahme sowie zur Einhaltung des Therapieplans besteht und
- der Abhängigkeitskranke bereit und dazu in der Lage ist, während der Behandlung abstinent zu bleiben.

Ferner soll die ambulante Einrichtung in einer angemessenen Fahrzeitmöglichkeit (möglichst in 45 Min.) erreicht werden (vgl. Gemeinsames Rahmenkonzept der Leistungsträger zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3.12.2008).

Abb. 39: Basisdokumentation 2010 des FVS – Ambulante (berufsbegleitende) Rehabilitationseinrichtungen

N = 416	
Anteil Männer	Entlassjahrgang 2010 60,8 %
Anteil Frauen	39,2 %
Durchschnittliches Alter	46,9 Jahre
Feste Partnerbeziehung (bei Antritt)	61,3 %
Anteil Arbeitsloser (bei Entlassung)	19,0 %
Vermittlung durch ärztliche / psychotherapeutische Praxis	27,1 %
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	1,65
Behandlungsdauer	
– Alle:	279,4 Tage
– planmäßige Entlassung:	328,4 Tage
planmäßige Behandlungsbeendigung	70,9 %

Tritt während der ambulanten Behandlung mehrfache Rückfälligkeit auf, ist eher eine stationäre Entwöhnungstherapie indiziert.

Für welche drogenabhängigen Patienten eine abstinentorientierte ambulante Entwöhnungsbehandlung erfolgreich verlaufen kann, ist durch entsprechende Untersuchungen noch zu belegen. Darüber hinaus sollten ambulante Behandlungsstellen regelmäßig die Wirksamkeit der erbrachten Reha-Leistungen durch regelmäßige Katamneseerhebungen überprüfen.

### 5.1.2 Leistungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke

Die ambulante medizinische Rehabilitation gehört zu den fakultativen Leistungen der ambulanten Beratungsstellen. Diese wird auch von anderen Stellen (z. B. Fachambulanzen für Suchtkranke in privater Trägerschaft) erbracht. Grundlage ist, dass die entsprechenden strukturellen Anforderungen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (Anlage 1) erfüllt werden. Für Leistungen der ambulanten Rehabilitation liegt eine leistungsrechtliche Grundlage in den entsprechenden Sozialgesetzbüchern vor.

Nachfolgende Leistungsformen werden im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker durchgeführt:

- ambulante medizinische Rehabilitation und
- poststationäre ambulante medizinische Rehabilitation.

Von diesen Leistungen sind Nachsorgeleistungen ausdrücklich abzugrenzen.

Ambulante oder poststationäre ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen (nicht Nachsorgeleistungen) können auch im Rahmen von Kombinationsbehandlungsmodellen durchgeführt werden.

Der FVS vertritt die Auffassung, dass zu den integralen Bestandteilen qualifizierter ambulanter medizinischer Rehabilitation u. a.

- die Diagnostik und Indikationsstellung,
- Motivierung,
- therapeutische Einzel- und Gruppengespräche,
- Beteiligung der Bezugspersonen,
- begleitende Hilfen im sozialen Umfeld,
- Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Reintegration und
- Krisenintervention

gehören. Für diese ambulanten Reha-Leistungen ist eine angemessene Finanzierung ebenso sicherzustellen wie für die Vernetzungsleistungen in einem Behandlungsverbund, der ambulante Rehabilitationsleistungen erbringt.

Aus Sicht des FVS ist es zweckmäßig, dass ambulante Rehabilitationseinrichtungen auch auf die sachlichen und personellen Res-

ourcen stationärer Rehabilitationseinrichtungen bzw. kooperierender ärztlicher oder psychotherapeutischer Praxismgemeinschaften zurückgreifen können, um Synergieeffekte fachlich und wirtschaftlich nutzen zu können. Ausschließlich ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen sollten einen Vergütungsanspruch im Rahmen der ambulanten Rehabilitation auslösen dürfen. Von diesem Vergütungsanspruch sind konventionelle Beratungs- und Betreuungsleistungen, die im Rahmen der Grundversorgung von ambulanten Beratungsstellen erbracht werden, grundsätzlich auszunehmen.

Bisher werden durch die Leistungsträger insbesondere Einzel- und Gruppengespräche im Rahmen ambulanter medizinischer Rehabilitationsleistungen einzelfallbezogen vergütet.

Hier sind strukturelle Veränderungen vorzunehmen, denn auch Koordinations- und Organisationsaufgaben (beispielsweise Kontakt- und Informationsgespräche zu Vor- und Nachbehandlern, ärztliche Aufnahme- und Entlassuntersuchung, Übergabe- und Koordinationsgespräche) oder die Erstellung eines Gesamtrehabilitationsplans gemeinsam mit dem Patienten sind als abrechenbare Einheiten entsprechend zu vergüten.

Zentrale Forderungen des FVS sind u. a.:

- Motivationsprüfung des Antragsstellers durch die ambulante Rehabilitationseinrichtung ohne Vorgabe einer spezifischen Dauer einer Motivierungsphase durch den Leistungsträger, in spe'
- Sicherstellung der Nahtlosigkeit durch eine schnellstmögliche Bearbeitung der Antragstellung des Versicherten auf ambulante Rehabilitationsleistungen und zügige Antragsbescheidung durch den Leistungsträger (innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen Unterlagen, vgl. SGB IX)
- Gewährung ausreichender Leistungseinheiten sowie ausreichender Leistungsdauer bei Bescheidung des Erstantrages (z.B. mindestens 80 Therapieeinheiten und mindestens zwölfmonatige Rehabilitationsdauer bei ambulanter Rehabilitation), um unnötige interkurrente Verlängerungsanträge vermeiden zu können
- Vereinfachung des Verlängerungsverfahrens (z. B. keine Forderung nach mehrseitiger Verlängerungsbegründung bei Verlängerung des Bewilligungszeitraumes ohne Ausweitung der bewilligten Leistungseinheiten)
- Vereinbarung von Probebehandlungen im Rahmen ambulanter medizinischer Rehabilitation mit begrenztem Leistungskontingent (z. B. 10 Therapieeinheiten).
- Ferner sollte es im Einzelfall auch möglich sein, höhere Frequenzen als 3 Behandlungseinheiten in zwei Wochen durchzuführen sowie eine höhere Anzahl als 8 Gespräche mit Angehörigen/Bezugspersonen im Zeitraum von 12 Monaten durchzuführen.

- Hinsichtlich des pathologischen PC-/Internetgebrauchs empfiehlt der FVS, entsprechende spezialisierte Angebote an ambulanten Rehabilitationseinrichtungen anzudocken, die auch „Pathologisches Glücksspiel“ behandeln.
- Des Weiteren ist sicherzustellen, dass die Vergütung der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker jährlich aufgrund der jeweils aktuellen Preis- und Lohnentwicklung angepasst wird.
- Vergütung aller erbrachten Reha-Einzelleistungen (u. a. auch der medizinischen und sozialtherapeutischen Leistungen).

Außerhalb der rehabilitativen Versorgung haben einzelne ambulante Rehabilitationseinrichtungen bzw. ärztliche ‚Schwerpunktpraxen Sucht‘ die Durchführung ambulanter Motivations-, ambulanter Entzugs- bzw. ambulanter Reha-Abklärungsmaßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen im Rahmen entsprechender Modellvereinbarungen vereinbart. Der Abschluss derartiger Kooperationsvereinbarungen zur Ausgestaltung und Förderung der Rehabilitationsvorphase wird grundsätzlich begrüßt. Einzelne Krankenkassen nutzen derartige Modellvereinbarungen - die es auch im stationären Bereich gibt („stationäre Motivierungsphase“) - im Rahmen ihrer Case-Management-Programme zur Abklärung des individuellen Rehabilitationsbedarfes ihrer Versicherten sowie zur Verbesserung der Überleitung von medizinischer Krankenbehandlung zur Rehabilitation.

### 5.1.3 Qualität der ambulanten Behandlung Suchtkranker

Im Interesse des suchtkranken Menschen ist zu fordern, dass die Entscheidungsprozesse so gestaltet werden, dass fachliche und inhaltliche Aspekte über die Auswahl der jeweiligen Behandlungsform entscheiden. Die Bewusstheit über die eigenen Stärken und Grenzen der unterschiedlichen Behandlungsformen stellt eine zentrale Voraussetzung für eine gelungene Kooperation und Vernetzung dar. Zielsetzung der Behandler muss es sein, eine möglichst hohe Qualität im Interesse der Patienten zu erbringen. Derzeit befindet sich ein gemeinsames Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen für die berufsbegleitende ambulante Rehabilitation Suchtkranker weiterhin in der Entwicklung, welches zukünftig routinemäßig eingesetzt werden soll. Bislang ist bei weitem noch keine flächendeckende Qualitätssicherung im ambulanten Bereich gewährleistet. Vom Gesetzgeber wird im Rahmen des § 137d SGB V und des § 20 SGB IX gefordert, dass Rehabilitationseinrichtungen neben der Teilnahme an einem externen Qualitätssicherungsprogramm auch über ein internes Qualitätsmanagement verfügen müssen. Hier sollten adäquate Verfahren zum Einsatz kommen, welche ge-

zielt den Anforderungen des ambulanten Bereiches entsprechen. Der FVS entwickelt hierzu zusammen mit der DEGEMED eine Audit-Checkliste für ambulante Rehabilitationseinrichtungen im Bereich der Abhängigkeitskerkrankungen.

Wesentliche Entwicklungsleitlinien und Forderungen hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der ambulanten medizinischen Rehabilitation sind:

• **Strukturqualität der ambulanten Behandlung**

Die ambulante Behandlung muss im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung dazu in der Lage sein, auf die unterschiedlichen sozialen, somatischen und psychischen Problembereiche des Patienten einzugehen.

Häufig finden sich bei Patienten beispielsweise neben der Suchterkrankung auch Depressionen, Ängste, Suizidalität, psychosomatische Störungen und suchtmittelbedingte Folgeerkrankungen (vgl. Frank und Tauscher, 1996).

Daraus leiten sich hohe Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiter wie auch an die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten oder dem akutmedizinischen Bereich ab.

Vom Grundsatz her halten wir es deshalb für erforderlich, dass die Einrichtung zwar unter fachärztlicher Verantwortung steht, diese aber auch über einen leitenden Therapeuten verfügt. Hierbei sollte es sich um einen psychologischen Psychotherapeuten oder einen leitenden Therapeuten (z.B. Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Psychologe) mit anerkannter suchtherapeutischer Weiterbildung handeln. Grundsätzlich sollte der Bereich Psychotherapie in der Einrichtung abgedeckt sein.

Der Einsatz entsprechender Berufsgruppen für begleitende Therapieangebote (z.B. Ergotherapie, Sporttherapie) setzt voraus, dass die jeweilige Einrichtung vom Konzept her solche Angebote überhaupt vorhält (fakultative Angebote) bzw. vorhalten kann. Das verbindliche Vorhalten entsprechend fachlich qualifizierten Personals in der ambulanten Rehabilitation ist aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen unrealistisch. Nach unserer Einschätzung kann dies lediglich auf Honorarbasis geschehen bzw. es sollte ggf. auf vorhandene Angebote in der Region zurückgegriffen werden können (z.B. Nutzung entsprechender Räumlichkeiten).

• **Prozessqualität**

Um den Behandlungsprozess optimal steuern zu können, ist der Einsatz einer Routinediagnostik einschließlich entspre-

chender Indikations- und Prognoseverfahren erforderlich.

Um eine stärkere Individualisierung der Therapie zu erreichen, sollten Patienten auch mehr Entscheidungskompetenz bei der inhaltlichen Planung ihrer Behandlung erhalten (Verhandlungsparadigma), wie dies bei anderen chronischen Erkrankungen bereits stärker realisiert wird.

Behandlungszeiten sollten individuell gemäß einer adaptiven Indikationsstellung angepasst werden. Die Möglichkeit zur Durchführung von Einzeltherapie ist neben den gruppentherapeutischen Sitzungen Voraussetzung für ein individualisiertes Angebot.

Für bestimmte Patientengruppen sollten spezifische Programmprofile entwickelt werden, beispielsweise für Abhängigkeitskranke mit komorbiden Störungen (Suchtkranke mit psychosomatischen Störungen), jugendliche Mehrfachabhängige, suchtmittelbelastete bzw. -auffällige Personen (Frührehabilitation).

Im Rahmen des übergeordneten Behandlungsziels „Förderung von Abstinenz“ muss auch die Rückfallprävention und -bewältigung als Therapiemodul stärkere Berücksichtigung finden. Für Patienten mit schädlichem Konsum/Missbrauch können bei strenger und sorgfältiger Indikationsstellung darüber hinaus Angebote zum kontrollierten Trinken erprobt werden.

Kombinierte Behandlungsansätze mit ambulanten/teilstationären und stationären Behandlungselementen mit gezielten Behandlungsaufträgen (z.B. Initialbehandlung, Rückfallbehandlung) für den stationären Bereich stellen ein weiteres Behandlungssegment dar. Auch für kombinierte Behandlungsangebote muss aber die Wirksamkeit und Praktikabilität durch entsprechende Modellprojekte und deren Evaluation erst nachgewiesen werden.

Über eine verbindliche Supervision und Fachaufsicht hinaus können auch institutionsübergreifende Qualitätszirkel oder Konsensuskonferenzen zu spezifischen Fragestellungen einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Behandlungsqualität liefern.

• **Ergebnisqualität der ambulanten Behandlung**

Um die Ergebnisse der eigenen Arbeit überprüfen zu können, benötigt man Rückmeldungen über deren Wirkungen. Dies stellt für den ambulanten Bereich noch eine große Herausforderung dar. Katamnestiche Erhebungen liegen bislang nur in Einzelfällen vor (vgl. Brenner et al., 2006) und sollten weitere Verbreitung finden. Der FVS hat sich dieser Aufgabe gestellt und im Rahmen seiner Mitgliedereinrichtungen des FVS zur Wirksamkeit durchgeführt (ab Entlassjahrgang 2007) und publiziert (Missel, Schneider, 2010; 2011; 2012).

Missel et al. legten im Jahr 2012 bereits zum dritten Mal eine einrichtungsübergreifende Untersuchung zur Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation von Mitgliedereinrichtungen des FVS vor. Bei dieser Erhebung (Entlassjahrgang 2009) betrug die Ausschöpfungsquote 69,0 % und lag damit deutlich über derjenigen, die im stationären und ganztägig ambulanten Bereich erreicht wurde. Die Gesamtstichprobe belief sich auf 445 Patienten. Die katamnestiche Erfolgsquote betrug ein Jahr nach Behandlung nach DGSS 1 80,1 % (Katamnestiche beantworteter mit planmäßiger Beendigung) und nach DGSS 4 48,8 % (gesamter Entlassjahrgang) (vgl. Abb. 40).

Einschränkend sei hinsichtlich der Ergebnisse darauf verwiesen, dass es sich hierbei nicht ausschließlich um Patienten handelt, welche eine rein ambulante Rehabilitation absolvierten. Darüber hinaus zeigen sich deutliche Unterschiede in den Patienten- und Behandlungsmerkmalen zum ganztägig ambulanten wie auch zum stationären Bereich. Insgesamt sprechen die Ergebnisse dieser weiteren Routinekatamnestiche aus ambulanten Mitgliedereinrichtungen des FVS jedoch ebenfalls für eine hohe Ergebnisqualität der ambulanten Behandlung Abhängigkeitskranker in den beteiligten Einrichtungen.

Insgesamt ist die Wirksamkeit der ambulanten medizinischen Rehabilitation Suchtkranker in Deutschland aufgrund der geringen Anzahl von Studien noch nicht sicher abschätzbar. Dies sollte bei Vorhaben eines weiteren Ausbaus ambulanter Rehabilitationsangebote kritisch in Betracht gezogen werden.

Abb. 40: Ambulante Suchtrehabilitation: Abstinenzquoten nach DGSS 1 und 4 (neu „Abstinenz nach Rückfall 30 Tage“)

	DGSS 1 (N=231)		DGSS 4 (N=445)	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	185	80,1 %	217	48,8 %
<b>Abstinenz</b>	151	65,4 %	173	38,9 %
<b>Abstinenz nach Rückfall (30 Tage)</b>	34	14,7 %	44	9,9 %
<b>Rückfällig</b>	46	19,9 %	228	51,2 %

An die ambulante Rehabilitation müssen auch aufgrund der gesetzlichen Vorgaben (z.B. §137d SGB V, §20 SGB IX) vergleichbare Qualitätsgrundsätze wie im stationären Bereich gestellt werden.

Eine zunehmende Vernetzung von ambulanten Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen und stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist dringend geboten. In diesem Zusammenhang sollte auch die Einrichtung ambulanter Rehabilitationszentren an Fachkliniken weiter gefördert und der Einsatz personeller Ressourcen aus Fachkliniken in den Klinikambulanzen ermöglicht werden.

Die normative Vorgabe der Inanspruchnahme einer festgelegten Zahl ambulanter Motivierungsangebote bzw. einer sogenannten ambulanten Motivierungsphase als regelhafte Zugangsvoraussetzung für stationäre Maßnahmen wird als nicht patientenzentriert abgelehnt. Diese Vorgehensweise widerspricht im Übrigen auch dem Prinzip der Nahtlosigkeit bei vernetzten Gesundheitsleistungen (z. B. Entgiftung/Entzug und Entwöhnung). Je nach Einzelfall kann die ausschließliche Gewährung einer ambulanten Rehabilitationsleistung ebenso indiziert sein, wie beispielsweise die direkte Aufnahme in eine Rehabilitationsfachklinik im Rahmen einer „Eilfallregelung“.

**5.2 Stationäre Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen**

In Deutschland werden ca. 13.200 stationäre Therapieplätze für alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Patienten vorgehalten (Leune, 2012).

Aus der Basisdokumentation 2010 des FVS stammen die nachfolgenden Ergebnisse von Fachkliniken für Alkohol/Medikamente und von Fachkliniken für Drogen:

**Basisdokumentation 2010 – Zentrale Ergebnisse zu stationären Behandlungseinrichtungen des FVS (Bachmeier et al., 2011; Weissinger et al., 2011)**

Seit dem Jahr 1993 publiziert der FVS bereits kontinuierlich Daten zur Basisdokumentation in der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

**a) Fachkliniken für Alkohol/Medikamente**

In die Basisdokumentation 2010 sind klinikübergreifende Daten von 17.175 Patienten, die in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit behandelt wurden, eingegangen. Nachfolgend sind einige ausgewählte Daten der Basisdokumentation aufgelistet (vgl. Abb. 41 „Fachkliniken für Alkohol/Medikamente“).

70,8 % der Patienten waren männlichen und 29,2 % weiblichen Geschlechts. In einer festen Beziehung lebten 46,8 % zu Behand-

*Abb. 41: Basisdokumentation 2010 des FVS – Fachkliniken für Alkohol/Medikamente*

N = 17.175	Entlassjahrgang 2010
Anteil Männer	70,8 %
Anteil Frauen	29,2 %
Durchschnittliches Alter	45,1 Jahre
Feste Partnerbeziehung (bei Antritt)	46,8 %
Anteil Arbeitsloser (bei Entlassung)	47,4 %
Vermittlung durch Suchtberatung	58,8 %
Dauer der Abhängigkeit Ø	14,4 Jahre
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	3,7
Behandlungsdauer	
– Alle:	81,3 Tage
– reguläre Entlassung:	91,4 Tage
– planmäßige Entlassung:	88,0 Tage
planmäßige Behandlungsbeendigung	84,9 %

lungsbeginn, die Mehrzahl von insgesamt 89,1 % wohnte selbstständig. Das Durchschnittsalter lag bei 45,1 Jahren. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug 14,4 Jahre vor Antritt der stationären Entwöhnungsbehandlung. Im Durchschnitt hatte jeder der Patienten vor der Entwöhnungsbehandlung 3,7 Entzugsbehandlungen erhalten.

Hauptvermittler in die stationäre Entwöhnungsbehandlung waren mit 58,8 % die Suchtberatungsstellen. Über den niedergelassenen Arzt bzw. Psychotherapeuten kamen lediglich 2,7 % der Patienten/innen.

47,4 % der Patienten sind zum Therapieende arbeitslos, von daher liegt in der engen Verknüpfung medizinischer und beruflicher Rehabilitationsziele und sich nahtlos anschließender Unterstützungsangebote zur beruflichen (Re-) Integration eine wesentliche Aufgabe für diese Patientengruppe. 65,6 % der behandelten Patienten beendeten die stationäre Behandlung regulär und 84,9 % planmäßig (d. h. regulär, vorzeitig auf ärztliche Veranlassung, vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis oder durch einen Wechsel zu ambulanter/teilstationärer/sta-

tionärer Reha). Dies ist ein Zeichen für die hohe Effektivität der Behandlung, welche auch durch entsprechende Nachuntersuchungen zur Ergebnisqualität belegt wird. Die Dauer bei regulärer Beendigung lag bei 91,4 Tagen, bei planmäßiger Entlassung bei 88,0 Tagen.

Die Früherkennung und -intervention im akutmedizinischen Bereich (niedergelassener Arzt, Krankenhaus) wie auch in Betrieben/Verwaltungen/Behörden und die frühzeitige Vermittlung suchtkranker Patienten in suchtspezifische Beratungs- und Behandlungseinrichtungen stellen nach wie vor zentrale Zukunftsaufgaben dar. Dadurch könnte unter anderem auch die Anzahl der Entzugsbehandlungen und die lange Phase der „Suchtkarriere“ reduziert werden.

**b) Fachkliniken für Drogen (Garbe et al., 2011; Weissinger et al., 2011)**

In die klinikübergreifende Auswertung der Basisdokumentation 2010 der Fachkliniken zur Drogenrehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) gingen 2.193 Patientendaten ein.

*Abb. 42: Basisdokumentation 2010 des FVS - Fachkliniken für Drogen*

N = 2.193	Entlassjahrgang 2010
Anteil Männer	79,7 %
Anteil Frauen	20,3 %
Durchschnittliches Alter	30,2 Jahre
Feste Partnerbeziehung (bei Antritt)	34,7 %
Anteil Arbeitsloser (bei Entlassung)	75,6 %
Vermittlung durch Suchtberatung	65,9 %
Dauer der Abhängigkeit Ø	12,8 Jahre
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	4,0
Behandlungsdauer	
– Alle:	98,5 Tage
– reguläre Entlassung:	149,2 Tage
– planmäßige Entlassung:	133,5 Tage
planmäßige Behandlungsbeendigung	54,9 %

In Abb. 42 sind einige ausgewählte Daten der aktuellen Basisdokumentation aufgelistet.

79,7 % der Patienten waren männlichen und 20,3 % weiblichen Geschlechts. In einer festen Beziehung lebten 34,7 %, lediglich knapp 40 % wohnten selbständig. Hauptvermittler in die stationäre Entwöhnungsbehandlung waren die Suchtberatungsstellen mit 65,9 %. 75,6 % der Patienten sind arbeitslos zum Behandlungsende. Vor dem Hintergrund, dass eine Vielzahl (16,6 %) auch über keinen Schulabschluss verfügt, stellt die Eröffnung schulischer/beruflicher Qualifikation und beruflicher Wiedereingliederungsmöglichkeiten eine wesentliche Aufgabe für diese Patientengruppe dar.

54,9 % beendeten die Behandlung planmäßig. Dieses Ergebnis ist angesichts des vergleichsweise geringen Alters von durchschnittlich 30,2 Jahren, der langen Abhängigkeitsdauer von 12,8 Jahren und der erheblichen Belastungen des Klientels positiv zu werten. Im Vorfeld der stationären Entwöhnungsbehandlung hatten die Patienten 4,0 Entzugsbehandlungen absolviert. Häufig schließt sich an die stationäre Drogenrehabilitation (Phase I) die Adaptionsbehandlung als Phase II bei dieser Klientel an.

Die Behandlungsdauer betrug bei regulärer Entlassung 149,2 Tage und bei planmäßiger Entlassung 133,5 Tage.

Die Daten zeigen nicht nur eine lange Zeit der Abhängigkeitsdauer und eine Vielzahl von Entzugsbehandlungen im Vorfeld, sondern auch erhebliche Probleme der Teilhabe am sozialen Leben und Arbeitsleben von drogenabhängigen Patienten. Dies stellt auch angesichts der Tatsache, dass diese im Durchschnitt deutlich jünger sind als Patienten in den Fachkliniken für Alkohol/Medikamente, eine besondere Herausforderung für weiterführende Leistungen zur sozialen Stabilisierung und beruflichen Integration dar.

### 5.2.1 Indikationsstellung für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung

Grundsätzlich kommt eine stationäre Rehabilitation (Entwöhnung) insbesondere in Betracht, wenn eines oder mehrere der folgenden Kriterien zutreffen. (vgl. auch Kulick, 1999; Schneider et al., 1999; Fachverband Sucht e. V., 2000; Veltrup, 2001, Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ der Leistungsträger vom 4.5.2001, Anlage 3):

1. Es bestehen erhebliche Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet, so dass eine erfolgreiche ambulante oder teilstationäre Rehabilitation in Frage zu stellen ist.
2. Die Herausnahme aus einem pathogenen bzw. problemstabilisierenden Milieu (z.B. bei massiven familiären Konflik-

ten oder destruktiven Partnerbeziehungen) ist erforderlich, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.

3. Das soziale Umfeld des Abhängigkeitskranken hat keine ausreichend unterstützende Funktion oder die ambulante bzw. teilstationäre Behandlung würde allein die Funktion des intakten sozialen Umfelds übernehmen müssen.
4. Eine stabile bzw. angemessene Wohnsituation ist nicht vorhanden.
5. Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit und zur regelmäßigen Teilnahme oder zur Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten bzw. teilstationären Entwöhnung nicht ausreichend vorhanden ist.
6. Der Abhängigkeitskranke ist nicht bereit oder in der Lage, während der ambulanten bzw. teilstationären Entwöhnung abstinenz zu leben und insbesondere suchtmittelfrei an Sitzungen teilzunehmen.
7. Ein langer und/oder intensiver Suchtverlauf und eine langjährige berufliche Desintegration kann insbesondere vor dem Hintergrund der Kriterien 1 - 6 ein Indikationskriterium für eine stationäre Entwöhnung darstellen.

Darüber hinaus kann bei Erforderlichkeit einer Mitbehandlung anderer somatischer oder gravierender psychischer Störungen eine stationäre Behandlung angezeigt sein.

Hinsichtlich der Erstellung eines differenzierten patientenbezogenen Behandlungsprogramms und der Festlegung der Dauer für eine stationäre Behandlung bildet eine adaptive Indikationsstellung die Entscheidungsgrundlage. Als übergeordnete Dimensionen bieten sich hierbei u. a. (Zemlin und Herder, 1994) an: Bewältigungskompetenzen, Ausmaß der Abhängigkeitsproblematik, medizinische Befundlage, soziale Stabilität, vorhandene Abstinenz- und Behandlungsbereitschaft, Arbeitslosigkeit und deren Dauer, Teilhabebedarf.

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation haben sich in den vergangenen Jahren unterschiedliche stationäre Behandlungsangebote (Kurzzeittherapie, mittelfristige und Langzeitbehandlung für spezifische Patientengruppen) bzw. individualisierte Behandlungsformen herausgebildet.

Gerade in den letzten Jahren haben sich darüber hinaus zunehmend Klinikprofile mit passgenauen Behandlungsangeboten für spezifische Zielgruppen entwickelt (s. Kapitel 5.4.1). So gibt es spezifische Angebote für

- altershomogene Gruppen, z.B. junge oder ältere Suchtkranke
- pathologische Glücksspieler oder für Patienten mit pathologischem PC-/Internetgebrauch
- Behandlungseinrichtungen, die eine integrierte suchtmittelmedizinische und orthopä-

- dische Rehabilitation anbieten
- die sich auf Traumabehandlung und Sucht spezialisiert haben oder
- Einrichtungen, welche insbesondere eine Kurzzeitbehandlung vorhalten.

Darüber hinaus werden verstärkt auch kombinierte Behandlungen mit ambulanten/teilstationären und stationären Elementen entwickelt. Hierbei eignen sich z.B. die Bausteine „Einüben rückfallpräventiver Strategien“ oder „Techniken zur konstruktiven Bewältigung von Rückfällen“ angesichts der geschützten Rahmenbedingungen für eine stationäre Behandlung besonders gut. Die Auseinandersetzung mit der Alltagsrealität kann auf diesem Wege systematisch vorbereitet werden.

Hinsichtlich der Vernetzung der Angebote ist die Frage der Gestaltung der Zusammenarbeit von wohnortnah ausgerichteten Suchtberatungsstellen mit überregional tätigen Behandlungszentren von Bedeutung. Im Unterschied zu regional ausgerichteten kleineren Fachkliniken – die ihre eigenen Vorteile haben – bieten größere Behandlungszentren aufgrund der vielfältigen und breiteren Differenzierungsmöglichkeiten ein umfangreicheres Behandlungsangebot, das auch auf indikationsspezifische Behandlungsbedarfe wie etwa psychische und somatische Komorbiditäten zugeschnitten ist.

Eine empirische Studie, die ursprünglich in zwei Fachkliniken zur Bedeutung des Wirkfaktors Wohnort durchgeführt und später auf sechs Einrichtungen ausgedehnt wurde, erbrachte bei über 4.000 Patienten keine signifikanten Unterschiede der Behandlungsergebnisse bezogen auf die Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (Funke und Missel, 2009).

Von daher ist es sinnvoll, bei der Auswahl einer Fachklinik auch den spezifischen Behandlungsbedarf des Patienten und die jeweilige Fallschwere zu berücksichtigen. Der Einfluss der Fallschwere auf die Behandlung und damit auf die Auswahl einer geeigneten Fachklinik wird derzeit in einem umfangreichen Forschungsprojekt, dem sog. RMK-Projekt, unter Förderung der DRV Bund und Klinikträgergesellschaften geprüft.

Aktuell wird in diesem Modellprojekt die Bildung von Fallgruppen, der sog. Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) und deren unterschiedlichen Behandlungsbedarfe, untersucht. Auf Basis der psychischen, der sozialen und der substanzbezogenen Dimension wird zwischen 4 Fallgruppen unterschieden (s. Abb. 43).

Die unterschiedlichen Beeinträchtigungsgrade dieser Fallgruppen zeigen sich auf Subdimensionen, welche zu den Kategorien substanzbezogene Beeinträchtigung-, psychische Beeinträchtigung und soziale Beeinträchtigung gehören (s. Abb. 44).

Abb. 43: RMK-Fallgruppen (Charité Universitätsmedizin Berlin, Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation)

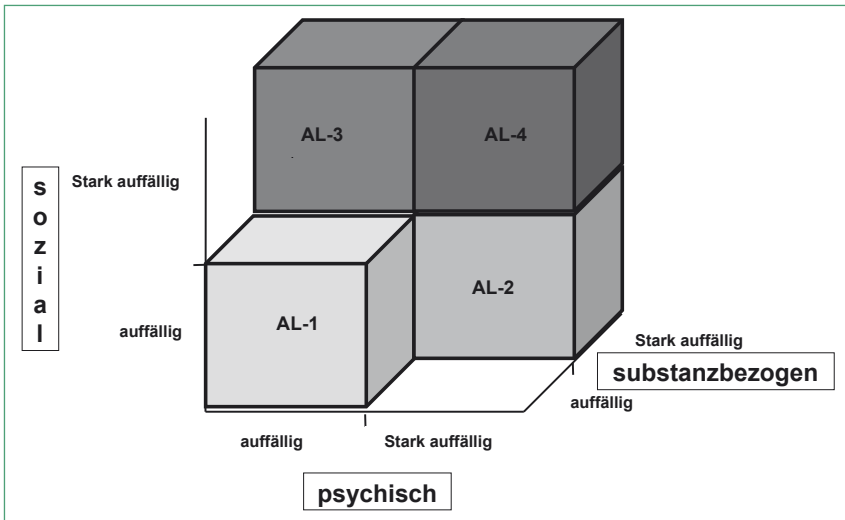
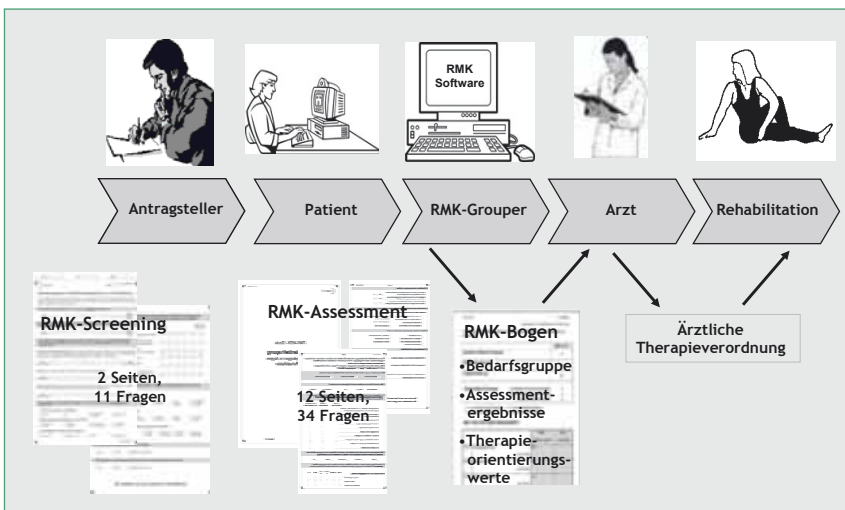


Abb. 44: Bedarfsgruppen Alkoholverwöhnung – Beeinträchtigung auf den sechs Subdimensionen (Spyra, 2010)

Dimension <small>[in % betroffener Pat.]</small>	Gruppierung	AL-1	AL-2	AL-3	AL-4
		→			
<b>Substanzbezogene Beeinträchtigung</b> insges. 50,5%		+	+++	+++	++++
		16,9%	62,1%	51,3%	76,6%
<b>Psychische Beeinträchtigung</b>		+	+++	++	++++
<b>Psychische Symptomatik</b> insges. 55,9%		9,1%	73,7%	47,0%	100%
<b>Persönliche Ressourcen</b> insges. 42,3%		+	++	++	++++
		1,9%	44,7%	46,2%	90,1%
<b>Soziale Beeinträchtigung</b>		++	++	++	+++
<b>Erwerbsproblematik</b> <i>Arbeitslosigkeit</i> insges. 40,2%		28,6%	34,7%	47,0%	58,6%
<b>Arbeitsbezogenes Erleben &amp; Verhalten</b> insges. 64,9%		++	+++	+++	++++
		47,4%	63,7%	66,7%	89,2%
<b>Soziale Unterstützung</b> insges. 58,0%		+	++	++++	++++
		23,4%	42,1%	99,1%	90,1%

++++ = >75% → maximale Beeinträchtigung      ++ = 26-50% → starke Beeinträchtigung  
 +++ = 51-75% → sehr starke Beeinträchtigung      + = 0-25% → weniger starke Beeinträchtigung

Abb. 45: RMK-Projekt: Verfahrenswege (Spyra, 2010)



Bei der Fallgruppe 1 finden sich auf allen Dimensionen die geringsten Ausprägungen, bei Fallgruppe 4 die höchsten Beeinträchtigungen. Die Fallgruppe 2 fällt dadurch auf, dass sie im Bereich der psychischen Beeinträchtigung hohe Werte aufweist, die Fallgruppe 3 verfügt nur über eine geringe soziale Unterstützung.

Geprüft wird nun im Rahmen des RMK-Projektes, zum einen ob auf Basis eines kurzen Screening-Bogens, den der Antragsteller vor Antritt der Entwöhnungsbehandlung erhält, bereits vor Antritt der stationären Behandlung die Zuordnung zu den Fallgruppen möglich ist, zum anderen ob die Zuordnung spezifischer Behandlungsbedarfe nach sogenannten Therapieorientierungswerten (TOW's) klinisch praktikabel ist und zur Steigerung der Ergebnisqualität führt (s. Abb. 45).

Auf dieser Basis, so die Überlegung, soll dann die Zuweisungssteuerung zu spezifischen Behandlungseinrichtungen erfolgen. Im Rahmen der Suchtbehandlung wird zudem ein umfangreiches RMK-Assessment eingesetzt, das wiederum Hinweise für die interne Therapiesteuerung und Schwerpunkte der Behandlung geben soll. Die Zielsetzung aus Sicht der DRV Bund sind in Abb. 46 enthalten.

Als Zwischenfazit des aktuellen RMK-Projektes kann gezogen werden:

- Die Fallgruppen sind aus klinischer Sicht plausibel.
- Das Assessment ist um ICD-10 bezogene Parameter zur suchtspezifischen, psychischen und somatischen Co- und Multimorbidität zu ergänzen.
- Das RMK-Assessment wird von den beteiligten Kliniken als hilfreich eingeschätzt, aber es ist ggf. auch um weitere Befunde zu ergänzen (z.B. medizinische Befundlagen, spezifische Störungsdiagnostik).
- Bedarfsbezogene Behandlungsstandards könnten ggf. als Grundlage für unterschiedliche Ausstattungsmerkmale von Rehabilitationseinrichtungen (statt: einheitlicher Strukturqualität) herangezogen werden.
- Die Basis für Einrichtungsvergleiche könnte auf Basis unterschiedlicher Fallgruppen verbessert werden.
- Es können Hinweise für Allokationsentscheidungen innerhalb der Klinik (Behandlungsschwerpunkte) gegeben werden.
- Das RMK-Screening kann hilfreich für die differenzierte Zuweisungssteuerung sein.

Allerdings steht derzeit der Nachweis noch aus, dass die Differenzierung der Behandlung nach Fallgruppen auch bessere Ergebnisse bringt.

Sofern das Projekt erfolgreich fortgesetzt wird, kann es sein, dass in Zukunft die Auswahl einer Fachklinik auch durch entsprechende Screening-Verfahren beeinflusst wird.

Hinsichtlich der Fragestellung, wie die konkrete Auswahl einer passenden Rehabilitationsklinik erfolgen kann, wird im Weiteren auch auf eine Checkliste der Bundespsychotherapeutenkammer zurückgegriffen. Sie wurde ursprünglich dazu entwickelt, um Patienten darin zu unterstützen, das „richtige“ Krankenhaus für die jeweilige psychische Erkrankung zu finden. Diese Checkliste wurde entsprechend aktualisiert und für den Bereich der Rehabilitation Abhängigkeitskranker ergänzt.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation entscheidet zwar der Leistungsträger über den Ort und die Art der Rehabilitationsleistung, allerdings hat der Gesetzgeber daneben auch das Wunsch- und Wahlrecht des Patienten, welches im § 9 SGB IX verortet ist, festgeschrieben.

Zentrale Fragen, welche aus Patientensicht hinsichtlich der Auswahl einer Fachklinik gestellt werden können, lauten demnach:

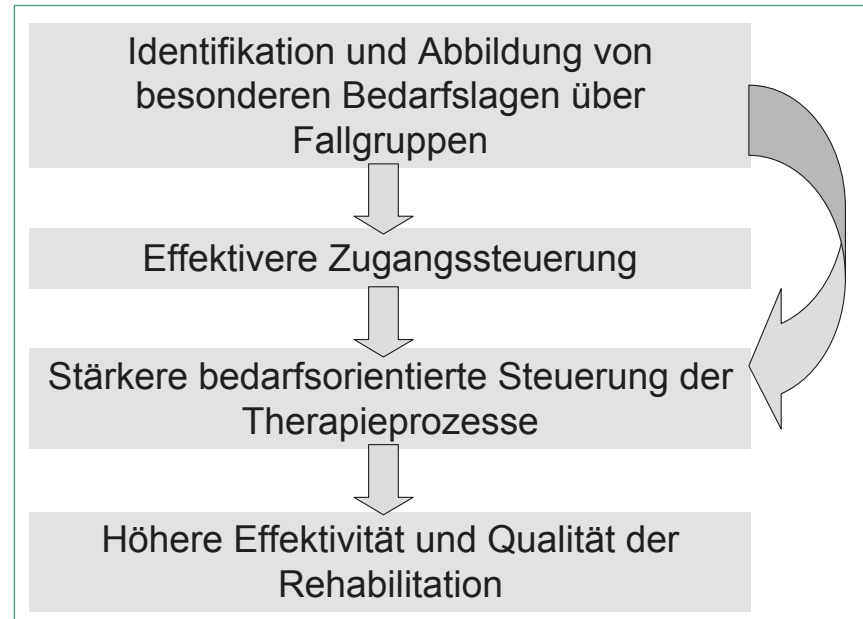
#### Bundespsychotherapeutenkammer

**„Wie finde ich das richtige Krankenhaus für meine psychische Erkrankung?“ – bzw. die richtige Rehabilitationsklinik (BPtK Checkliste mit entsprechenden Ergänzungen – Übertragung im Sinne des § 9 SGB IX auf den Bereich der Rehabilitation)**

Zentrale Patientenfragen (Auszug)

1. Wie sieht ein typischer Behandlungsplan für meine Erkrankung aus (z.B. Übersicht über die Leistungsangebote und deren Organisation)?
2. Gibt es eine spezielle Abteilung oder ein spezielles Behandlungskonzept für meine Erkrankung (z.B. indikationsspezifische Behandlungskonzepte, Behandlung komorbider Erkrankungen)?
3. Entscheide ich gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten über meine Behandlung (Abstimmung der Behandlungsziele, -planung)?
4. Welche Behandlungsalternativen habe ich (inkl. Prüfung der Behandlungskonzepte verschiedener Einrichtungen/Einrichtungstypen)?
5. Welchen Stellenwert hat Psychotherapie in der Behandlung? Wie viele Stunden werden im Durchschnitt in der Woche angeboten? In welcher Form wird diese angeboten (z.B. Gruppen-, Einzeltherapie, indikative Gruppen)?
6. Welche anderen Therapien bekomme ich angeboten (z.B. Sport-, Ergo-/Arbeits-therapie, Physiotherapie)?
7. Wie hilft mir das Krankenhaus (bzw. die Rehabilitationsklinik) nach der Entlassung, z.B.
  - Unterstützung bei der Therapeutesuche
  - Zusammenarbeit mit ambulanten Suchteinrichtungen

Abb. 46: RMK-Konzept – Erwarteter Nutzen aus Sicht der DRV Bund (Egner, 2010)



- Selbsthilfegruppen
- teilstationäre Entlassphase
- Nachbetreuung?

Zusätzliche Fragen aus Sicht des FVS sind:

8. Werden die Behandlungsergebnisse erhoben und publiziert (z.B. Qualitätsbericht der Einrichtung inkl. Ergebnisse von Patientenbefragungen)? Wie schneidet die Einrichtung dabei ab?
9. Benötige ich für die Zeit der stationären Behandlung räumlichen Abstand zu meiner Lebenswelt oder möchte ich in der Nähe meines Wohnorts untergebracht werden?
10. Gibt es besondere Aspekte (z.B. Unterbringung, Behandlungsdauer, Sport- und Freizeitmöglichkeiten), die für mich wichtig sind?

Diese Fragen können ergänzt werden für Vorbehandler, Berater oder Fallmanager, welche Steuerungs- und Vermittlungsfunktionen ausüben, um folgende Aspekte:

#### Zusätzliche Fragen an den Vorbehandler/Berater/Fallmanager (Weissinger, 2012):

1. Passt das Behandlungsangebot der Einrichtung zu den Behandlungsbedarfen dieses Patienten?
2. Gibt es spezifische Aspekte zu beachten (z.B. weltanschaulicher/religiöser Art, Unterbringung [z.B. Einzel-, Doppelzimmer], Zusammensetzung des „typischen“ Klientels der Einrichtung, Erforderlichkeit der Herausnahme aus dem Milieu, Migration/Sprache)?
3. Kenne ich genügend Rehabilitationskliniken und kann deren Qualität beurteilen?
4. Welche Erfahrungen habe ich mit der jeweiligen Einrichtung gemacht, z.B. Rückmeldungen von Patienten, Gestaltung

der Zusammenarbeit, persönliche Eindrücke (z.B. Klinikatmosphäre, Freundlichkeit und Wertschätzung des Personals, Beurteilung der Kompetenz der Behandler)?

5. Würde ich selbst mich in der Einrichtung bei entsprechendem Behandlungsbedarf behandeln lassen bzw. würde ich diese auch einem guten Freund/einer guten Freundin empfehlen?

Zentrale Zielsetzung des Vorbehandlers, Beraters oder Fallmanagers ist es, gute Zugänge zu einem kompetenten Behandlungsangebot zu schaffen. Zu den Grundanforderungen an seine Tätigkeit gehört es, fachliche Aspekte in den Vordergrund zu stellen und möglichst unabhängig von institutionellen Eigeninteressen oder ökonomischen Zwängen zu handeln, um eine optimale Behandlung zu ermöglichen.

#### 5.2.2 Entwöhnungsbehandlung unter Kostendruck

Eine wesentliche Veränderung für die medizinische Rehabilitation hat das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz aus dem Jahr 1996 mit sich gebracht. Dessen Auswirkungen sind bis heute spürbar, denn die Ausgaben für die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung wurden nicht nur deutlich reduziert (Jahr 1996: 3.849 Mio. €, Jahr 1997: 2.627 Mio. €), sondern es wurde auch die Deckelung des Rehabilitationsetats im Bereich der Rentenversicherung eingeführt.

Zur Umsetzung der sog. Spargesetze (Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz - WFG) hatten die Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger im Bereich der Rehabilitation von Suchtkranken daraufhin gemeinsame

Aussagen formuliert. Darin wurde u. a. betont, dass bei dem Verfahren der Zugangssteuerung zu Einrichtungen das Preis-Leistungs-Verhältnis der Einrichtungen berücksichtigt werden müsste. Einsparungen sollten aber derart realisiert werden, dass eine möglichst hohe Qualität der Maßnahmen gesichert bleibt. Als Zielsetzung wurde formuliert, zu einer Fortentwicklung der Angebotsstrukturen zu kommen, beispielsweise über eine Beteiligung der Kliniken an teilstationären und ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten oder die Schaffung von Verbundsystemen, wobei nicht die Absicht bestand, über diese Strukturveränderungen zu einer ausschließlich regionalisierten Versorgung zu kommen. Neben der Forderung nach einer Überprüfung der Zugangskriterien zu einer Rehabilitationsmaßnahme für Suchtkranke fokussieren die „gemeinsamen Aussagen“ auf Maßnahmen zur Verkürzung der Dauer der stationären Entwöhnungsbehandlung. Für den Bereich „Alkohol-/Medikamentenabhängige“ wurde eine zeitliche Budgetierung für die Kliniken auf „bis zu 16 Wochen“ empfohlen, die Behandlungsdauer für Drogenabhängige sollte einschließlich der zur Therapie gehörenden Adaptionsphase (zeitliches Verhältnis

von 6 : 4 zwischen Behandlung und Adaptation) 10 Monate nicht überschreiten. Bei erneuter Rehabilitationsleistung für Alkohol- und Medikamentenabhängige (sog. Wiederholungsbehandlungen) sollte eine Behandlungsdauer von „bis zu 8 Wochen“ angestrebt werden.

Die Umsetzung der in den „Gemeinsamen Aussagen“ gemachten Empfehlungen erfolgte durch die Kosten- und Leistungsträger (insbesondere einzelne Rentenversicherungsträger und Krankenversicherungen) höchst unterschiedlich. Insgesamt gesehen reduzierte sich in der Folge die Behandlungszeit im stationären Bereich erheblich, ambulante Leistungen wurden ausgebaut und ganztägig ambulante Leistungen sowie Kombimodelle geschaffen.

Der Kostendruck hat sich in den letzten Jahren angesichts der gedeckelten Ausgaben in der Rentenversicherung, steigender Antragszahlen und zunehmender Personal- und Sachkosten drastisch erhöht. Davon ist auch der Bereich der Entwöhnungsbehandlungen unmittelbar betroffen (vgl. Borges, Zimolong, Moorées, 2011; Schäfer, 2011). Borges et al. gehen davon aus, dass die stetige Unterfinanzierung der medizinischen

Rehabilitation langfristig zur Bestandsgefährdung der gesamten Branche führt. Sie weisen nach, dass die Steigerung der Vergütungssätze in den letzten Jahren stets hinter den Kostensteigerungen zurückblieb.

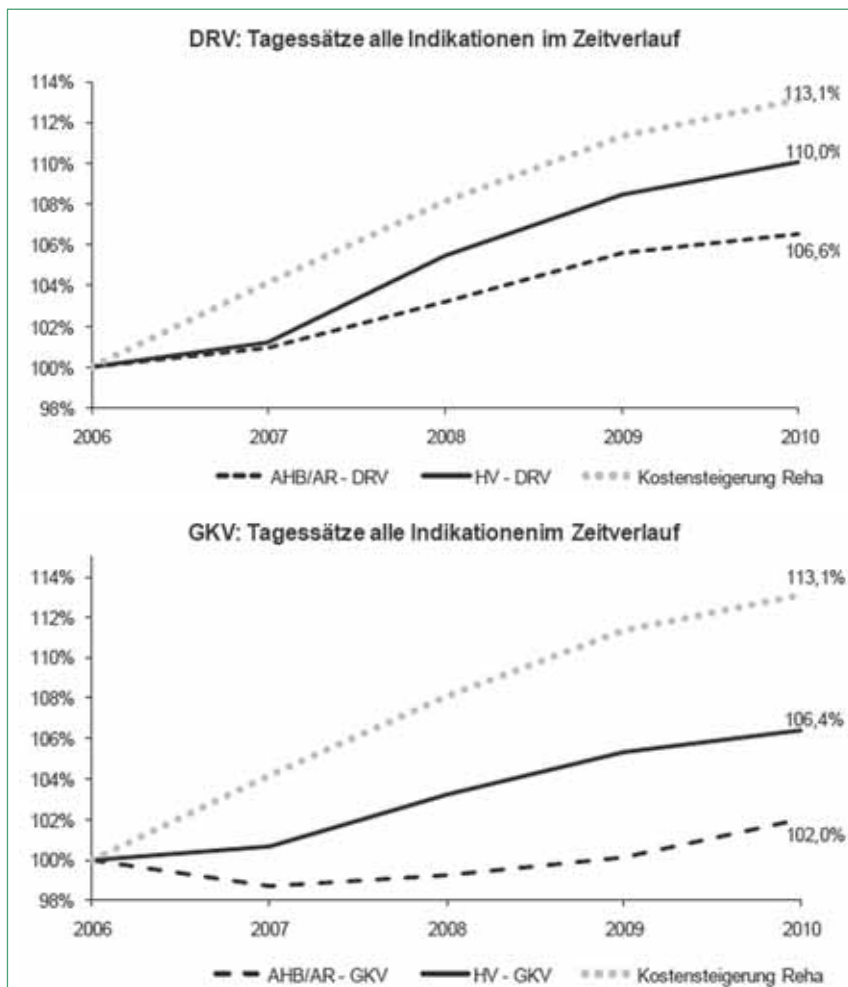
In den Jahren 2006 – 2011 betrug die Differenz bei den Heilverfahren im Bereich der Rentenversicherung 3,1 % und im Bereich der Krankenversicherung 6,7 % (vgl. Abb. 47). Eine adäquate Vergütung stellt die Voraussetzung dafür dar, dass die Qualitätskriterien, Struktur- und Personalanforderungen der Leistungsträger erfüllt werden können. Von daher ist es dringend erforderlich, dass einem zunehmenden Preiswettbewerb und Tendenzen zu Dumpingpreisen eindeutig von allen Beteiligten begegnet wird.

Inzwischen hat die Politik im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Einführung eines Kostenorientierungswertes beschlossen. Dieser soll die reale Entwicklung der Kosten abbilden und damit einer drohenden Unterfinanzierung entgegenwirken. Diesen Ansatz, einen entsprechenden „objektivierbaren“ Orientierungswert einzuführen, ist aus Sicht der Leistungserbringer vom Grundsatz her richtig und sollte auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation Anwendung finden. Denn auch die Rehabilitationskliniken unterliegen entsprechenden Kostenschüben, die durch Tarifverträge für Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten etc., Energie- und Sachkosten etc. bedingt sind. Auf die Notwendigkeit, zusätzlich auch den steigenden Rehabilitationsbedarf in der Bevölkerung im Rahmen des Reha-Budgets zu berücksichtigen, wurde bereits verwiesen (s. Kap. 2.1).

Auch eine steigende Fallschwere muss bei der Ausstattung, Personalbemessung und Vergütung der medizinischen Rehabilitationsleistungen berücksichtigt werden. Völlig inakzeptabel wäre es, wenn den Rehabilitationskliniken – beispielsweise durch eine frühzeitige Verlegung von Patienten aus dem Krankenhaus oder auch durch eine mit dem Ausbau (ganztägig) ambulanter Angebote verbundene zunehmende Komorbidität und Fallschwere von Patienten im stationären Bereich – zunehmend das Morbiditätsrisiko auferlegt würde.

Unterschiedliche Qualitätsniveaus (z. B. hinsichtlich der Angebotsvielfalt, -breite) und zielgruppenorientierte Konzepte von Rehabilitationseinrichtungen implizieren, dass zudem entsprechende Unterschiede hinsichtlich der Ausstattung und des erforderlichen Personals auch bei den Vergütungssätzen Berücksichtigung finden. Es kann nicht sein, dass qualitativ hochwertige Einrichtungen (z. B. mit entsprechender ärztlicher und psychotherapeutischer Ausstattung, vielfältigen therapeutischen Angeboten, Berücksichtigung komorbider Erkrankungen, Medikamentenkosten) aufgrund höherer Kosten in geringerem Maße belegt

Abb. 47: Vergleich Kosten- vs. Vergütungssatzsteigerungen (AG MedReha 2010)



werden als Einrichtungen mit einem vergleichsweise niedrigem Vergütungssatz, welche entsprechende strukturelle und personelle Anforderungen in vergleichsweise geringerem Maße erfüllen. Die erforderliche Qualität muss vor dem Hintergrund des Behandlungsbedarfs deshalb bei der Auswahl der Behandlungseinrichtung und der Belegungssteuerung im Vordergrund stehen.

Im Weiteren wird auf die einzelnen Umsetzungsvorschläge der Leistungsträger zum WFG und die konkreten Möglichkeiten und Konsequenzen entsprechender Kosteneinsparungen differenziert eingegangen.

### 5.2.3 Reduktion der Behandlungszeiten

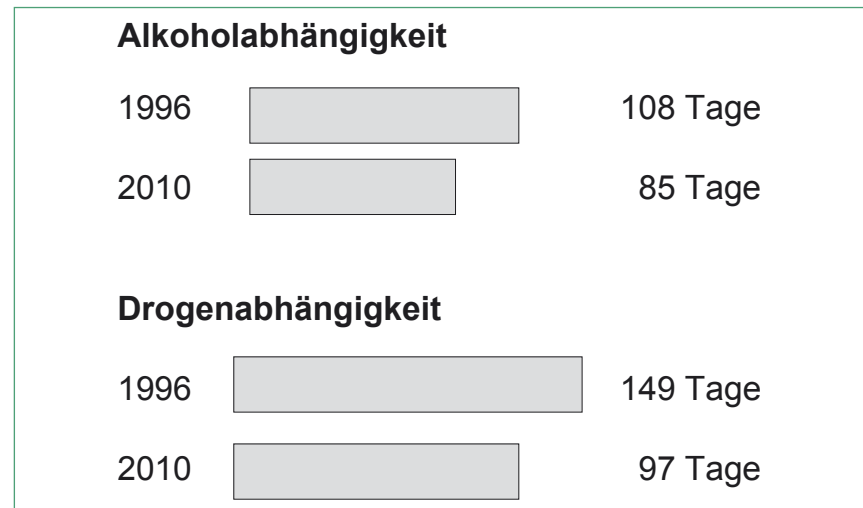
Die durchschnittliche Behandlungszeit für die stationäre Behandlung bei Alkoholabhängigkeit reduzierte sich im Bereich der Rentenversicherung vom Jahr 1996 bis zum Jahr 2010 von 108 auf 85 Behandlungstage. In der Drogenrehabilitation zeigt sich eine noch drastischere Reduktion der Behandlungsdauern im Vergleichszeitraum von 149 Tagen auf 97 Tage (vgl. Abb. 48).

Auch führten unterschiedliche Vorgaben der Leistungsträger hinsichtlich dieser Behandlungszeiten in der Praxis dazu, dass abhängig vom Wohnort des Versicherten und dem zuständigen Leistungsträger unterschiedliche Vorgaben hinsichtlich der Rehabilitationszeiten bestehen. Vor dem Hintergrund, dass die Behandlungsdauer auch einen entscheidenden Einfluss auf die Wirksamkeit hat, sind damit auch unterschiedliche Rehabilitationschancen verbunden.

Klinikübergreifende Untersuchungen des FVS belegen, dass die katamnestische Erfolgsquote bei einer Behandlungsdauer von 12-16 Wochen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit am günstigsten ist, Behandlungszeiten bis zu 12 Wochen schneiden schlechter ab (Missel et al., 2012). Nach DGSS 2 betrug die katamnestische Erfolgsquote bei Patienten mit planmäßigem Abschluss mit einer Behandlungsdauer von über 12 – 16 Wochen 52,6 %, Patienten mit einer Behandlung von über 16 Wochen erreichten 43,1 % und Patienten mit einer Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen 46,7 % (s. Kapitel 5.2.5.3). Zu berücksichtigen ist hierbei, dass davon auszugehen ist, dass Patienten mit einer längeren Behandlungszeit einen höheren Chronifizierungsgrad und eine größere Fallschwere aufweisen, als diejenigen mit einer vergleichsweise kurzen Behandlungsdauer.

Grundsätzliche Forderung des FVS ist, dass sich die Verweildauer an der medizinischen Notwendigkeit des Einzelfalls orientieren muss und von daher flexibel angelegt sein sollte. Unter dieser Prämisse ist auch die Bemessung der Behandlungszeiten am Modell der „Verweildauerbudgetierung“ mit

Abb. 48: Stationäre Suchtrehabilitation: Behandlungsdauer (gesamt) in Tagen - DRV



einem klinikbezogenen Zeitbudget zu favorisieren.

Eine derartige Regelung entspricht einem adaptiven Indikations- und Verweildauermodell, das dem Störungsverlauf und dem individuellen Behandlungsbedarf von Abhängigkeitskranken gerecht wird. Demgegenüber ist eine feste Vorgabe der Verweildauer bei Abhängigkeitserkrankungen ebenso wenig indiziert wie eine gesonderte zeitliche Budgetierung bei Wiederholungsmaßnahmen und deren extreme Beschränkung - bei entsprechender Chronifizierung der Patienten - auf „in der Regel bis zu 8 Wochen“ oder die generelle Reduktion auf die verbleibende Restbehandlungszeit bei irregulärer Beendigung der Erstbehandlung. Eine differenzierte Analyse zum Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und -erfolg sollte die Grundlage für die Bemessung der zeitlichen Rahmenbedingungen durch die Leistungsträger bilden.

Eine Metaanalyse zum Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten (Künzel, Sonntag, Bühringer, 2001) kommt zu folgenden Ergebnissen:

- Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg.
- Die optimalen Zeitfenster für die Behandlung liegen wahrscheinlich zwischen drei und sechs Monaten bei Alkoholabhängigen und vier bis neun Monaten bei Drogenabhängigen.
- Diese Aussagen gelten nur für Gruppen mit durchschnittlicher Störungsausprägung. Ungünstige Patientencharakteristika können eine längere Behandlungszeit erfordern. Wegen des Einflusses solcher Patientenvariablen wird die Individualisierung und Flexibilität der Behandlung im Hinblick auf den Schweregrad der jeweiligen Störung und der Veränderungsbereitschaft im Einzelfall befürwortet.

Zemlin (2000 a, b) bestätigt diese Ergebnisse und weist negative Effekte der Therapieverkürzung infolge des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (1996) für prognostisch ungünstige Therapiewiederholer nach.

Die Behandlungszeit von Adaptionsmaßnahmen (Entwöhnungsphase II) bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen sollte für 12 - 14 Wochen gewährleistet sein und für Drogenabhängige bis zu 16 Wochen betragen. Darüber hinaus müssen reibungslose Übergänge zu weiterführenden Angeboten (z.B. in Form des Betreuten Wohnens), welche in Kostenträgerschaft der Sozialhilfe stehen, gewährleistet sein.

### 5.2.4 Überprüfung der Zugangsvoraussetzungen

Eine weitere Möglichkeit, Kosteneinsparungen vorzunehmen liegt darin, die Bewilligungsquote abzusenken und entsprechende Prüfkriterien zu verschärfen.

Zu einer Verschärfung der Zugangsvoraussetzungen zur stationären Abhängigkeitsrehabilitation, um beispielsweise Patienten mit geringeren prognostischen Chancen von einer Rehabilitationsleistung auszuschließen, darf es auch angesichts schwieriger finanzieller Rahmenbedingungen nicht kommen. Hierzu ist festzustellen:

- Die Entwöhnungsbehandlung bietet auch für chronifizierte Patienten eine realistische Chance, ein abstinentes und zufriedenes Leben zu führen. Auch für chronifizierte oder langzeitarbeitslose Abhängigkeitskranke müssen entsprechende sektorenübergreifende Behandlungs- und Integrationsangebote vorgehalten werden, die ihnen die bestmöglichen Chancen zur Förderung der Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen bieten.
- Medizinische Rehabilitationsleistungen dienen auch den Zielsetzungen „Reha vor

Rente“ und „Reha vor Pflege“. Der Erfolg der Rehabilitation ist deshalb zudem an der Realisierung dieser Grundsätze zu messen, denn die weitere Chronifizierung einer Erkrankung ist nicht mit dem Verlust von Lebensqualität, sondern auch mit erheblichen Kosten für die Kranken- und Rentenversicherung, Pflegeversicherung oder die Sozialhilfe verbunden.

- Der FVS empfiehlt den Leistungsträgern bei der Regelung von Zugangsvoraussetzungen für die stationäre Abhängigkeitsrehabilitation keine starren normativen Verfahrensregelungen zu treffen (z.B. festgelegte Prognosekriterien mit möglichst eindeutigem Vorhersageergebnis, Inanspruchnahme einer Mindestzahl ambulanter Motivierungsangebote in definierten Zeiträumen, stufenweise Bewilligung von einzelnen Abschnitten der Rehabilitationsleistung wie etwa Motivationsphase, Behandlungserprobung, Überbrückungsphase, weiterführende Behandlungsphasen). Ein derartiges Verfahren steht im Gegensatz zum Erkenntnisstand der Suchtforschung und zur klinischen Praxis. Abhängigkeitserkrankungen verlaufen ebenso wie therapeutische Veränderungsprozesse in der Regel nicht linear, und der Behandlungserfolg ist bezogen auf den Einzelfall nicht vorhersagbar.
- Hinsichtlich des möglichen Prognosekriteriums „Motivation“ steht beispielsweise fest, dass die Abstinenzentscheidung des Patienten ein prozessorientiertes Behandlungsziel sein muss und nicht bereits Behandlungsvoraussetzung sein kann. Interventionen bei Suchtkranken müssen sich auf deren Veränderungsmotivation (vgl. Behandlungsplanung nach dem STAGE-Modell von Prochaska und DiClemente, 1983) beziehen und frühzeitig einsetzen können. Die Veränderungsmotivation ist kein statischer Zustand, sondern stellt eine Prozess- und Zielvariable der Interventionen dar. Dies widerspricht in keiner Weise der Mitwirkungspflicht des Patienten am Rehabilitationsauftrag der Leistungsträger. Selbstverständlich ist bei Behandlungsbeginn von Seiten des Patienten eine grundlegende Bereitschaft, sich einer Behandlung zu unterziehen, erforderlich. Rehabilitationsprognosen sollten vom Grundsatz her adaptiv, also prozessorientiert und behandlungsbegleitend angelegt sein.

Der FVS empfiehlt den Leistungsträgern von daher, die initiale Behandlungsmotivation als Kriterium für die Rehabilitationswilligkeit und nicht die Veränderungs- bzw. Abstinenzmotivation des Suchtkranken zum Prüfkriterium für die Bewilligung von Rehabilitationsleistungen zu machen.

Die Ablehnung von Anträgen durch die Leistungsträger darf sich auch zukünftig nicht am jeweils vorgegebenen Finanzvolumen orientieren. Vielmehr muss die sozial-

medizinische Beurteilung des Einzelfalls ausschlaggebend sein. Von Seiten der Leistungsträger sollte – falls es angesichts knapper Finanzbudgets und eines steigenden Rehabilitationsbedarfes in der Bevölkerung zu einer höheren Ablehnungsquote kommen sollte – transparent dargestellt werden, worauf die Ablehnungen beruhen. Darüber hinaus sollte nachvollziehbar sein, was aus den abgelehnten Antragstellern geworden ist, ob beispielsweise die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers vorlag oder die Frühberentung eingeleitet wurde.

### 5.2.5 Qualität, Preis und Belegung von Einrichtungen

Insgesamt verfügt die stationäre Behandlung von Abhängigkeitskranken in Deutschland über einen hohen Qualitätsstandard (Fachverband Sucht e.V., 1995 a, b, c; 2003). Die Effektivität der stationären Behandlung wurde gerade in diesem Bereich durch eine Vielzahl von Untersuchungen belegt (Süß, 1995; Küfner, Feuerlein und Huber, 1998; Küfner, 1998; Sonntag und Künzel 2000; Künzel et al. 2001; Zobel, Missel et al.; 2004; 2005 a, b; 2007; Missel et al., 2008; 2009; 2010; 2011, 2012). Von daher wird im Weiteren – beispielhaft an der stationären Behandlung – vertieft auf Fragen der Methodik sowie auf differentielle Ergebnisse eingegangen, welche im Zusammenhang mit der Ergebnisqualität stehen (s. 5.2.5.1, 5.2.5.2, 5.2.5.3). Danach geht es um grundlegende Fragen zum Thema „Preisvergleich“ (5.2.5.4), Qualitätskriterien zur Beurteilung der Einrichtungen (5.2.5.5), Qualitätsvergleiche von Einrichtungen (5.2.5.6) sowie Fragen der Strukturverantwortung und Zuweisungssteuerung (5.2.5.7).

Angesichts der weiter zu erwartenden verstärkten Diskussion um die Priorisierung der Gesundheitsleistungen, u. a. auch um Behandlungszeiten vor dem Hintergrund der begrenzten finanziellen Ressourcen, ist es von entscheidender Bedeutung, die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation kontinuierlich nachzuweisen. Hier nimmt der Suchtbereich eine Vorreiterrolle ein, denn es liegt eine Vielzahl von Katamnesestudien vor.

#### 5.2.5.1 Nachweis der Ergebnisqualität der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit durch summative Evaluation

Im Zuge einer verstärkten Diskussion um Effizienz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren auch das Thema „Qualitätssicherung“ zunehmende Bedeutung erlangt. In der medizinischen Rehabilitation wurde zuerst von der Rentenversicherung ein umfangreiches Qualitätssicherungsprogramm entwickelt, das sich als ein Mittel zur Sicherstellung der Qualität der Behandlung und des Rehabili-

tationserfolges unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen versteht. Die Leistungserbringer im stationären Bereich – wie auch der (ganztägig) ambulante Bereich – sind dazu verpflichtet, sich an den jeweils vorgeschriebenen Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV – Gesundheitsreformgesetz 2000) sowie die Einführung des SGB IX (§ 20) wurde dem Thema „Qualitätssicherung“ auch sozialrechtlich ein zentraler Stellenwert zugemessen. Im Rahmen des übergreifenden Sozialgesetzbuches IX wurden als konkrete Anforderungen hinsichtlich der Qualitätssicherung formuliert, dass einrichtungsübergreifende vergleichende Qualitätsanalysen durchgeführt werden sollen und die Leistungserbringer ein internes Qualitätsmanagement sicherzustellen haben. Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (2007) wurde das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement mit der Verpflichtung zur Zertifizierung für stationäre Rehabilitationseinrichtungen verbunden (§ 137 d SGB V, § 20 SGB IX). Mittlerweile liegen verbindliche Kriterien für die Anerkennung entsprechender Zertifizierungsverfahren durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vor. Auch wurden Fristen vereinbart, bis zu deren Ablauf stationäre Rehabilitationseinrichtungen zertifiziert sein müssen, um von den Leistungsträgern weiter belegt zu werden.

Seit seinem Bestehen gehört die Qualitätssicherung bestehender und zukünftiger Behandlungsangebote für Abhängigkeitskranke zu den vorrangigen Aufgaben des FVS und seiner Mitgliedseinrichtungen. Besonderer Wert wird hierbei neben der Struktur- und Prozessqualität auch auf die Ergebnisqualität gelegt.

Der Auftrag der Rehabilitation im Sinne des SGB IX – an dem sich auch der Rehabilitationserfolg misst – liegt darin, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden bzw. zu mindern, die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern und die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern. Diese Ziele sind aber nur unter der Voraussetzung zu erreichen, dass es den suchtkranken Menschen durch die Rehabilitationsmaßnahmen gelingt, dauerhaft abstinent zu leben bzw. die Rückfallhäufigkeit, die Rückfalldauer und die Rückfallschwere zu minimieren. Begrenzte finanzielle Mittel (z. B. durch Vorgabe gedeckelter Budgets) dürfen in diesem Zusammenhang nicht dazu führen, dass die Qualität der Behandlung bzw. des Behandlungssystems reduziert wird (vgl. auch Missel und Schäfer, 1997). Die Leistungsfähigkeit des Behandlungssystems für Suchtkranke, in dem die stationäre medizinische

Rehabilitation einen unverzichtbaren Bestandteil ausmacht, ist nach unterschiedlichen Aspekten zu bewerten. Zu diesen wichtigen Aspekten zählen das Konsumverhalten während des Katamnesezeitraumes und die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit verschiedenen Lebensbereichen im poststationären Rehabilitationsverlauf. Die katamnestiche Untersuchung nach der Behandlung ist somit ein wesentlicher Baustein zur Bewertung der Ergebnisqualität.

Katamnestiche Untersuchungen zu den Ergebnissen stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen werden bereits seit Jahren in vielen qualifizierten Einrichtungen zur Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen des FVS mit folgenden Zielsetzungen durchgeführt:

- statistischer Nachweis der Effektivität der Behandlung über die Kriterien ‚dauerhafte Suchtmittelabstinenz‘, ‚stabile Erwerbs- und Arbeitssituation‘, ‚Lebenszufriedenheit im psychischen und sozialen Bereich‘ und ‚soziale Integration‘;
- differenzierte Analyse von Rückfallhäufigkeit und Rückfallgeschehen, um auch graduelle Verbesserungen zu erfassen und Behandlungs- und Prophylaxewissen zu optimieren.

Zur Evaluation der Ergebnisqualität für die stationären Einrichtungen des FVS konnten katamnestiche Ergebnisse für den Entlassjahrgang 2009 mit 10961 (2003: 7.266; 2004: 9.799; 2005: 10.269; 2006: 10.306; 2007: 10.983; 2008: 10.461) durchgeführten Behandlungen berücksichtigt werden. Der FVS ist zurzeit der einzige bundesweit tätige Verband, der damit regelmäßig (ab dem Entlassjahrgang 1996) aussagekräftige, klinikübergreifende katamnestiche Erhebungen publiziert.

Exemplarisch werden einige Ergebnisse aus der FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige (vgl. Missel et al, 2012) dargestellt. Die FVS-Katamnese für den stationären Bereich für den Entlassjahrgang 2009 stellt die Ergebnisse für eine Gesamtstichprobe von 18 Fachkliniken dar.

Gemäß Qualitätsvereinbarung im FVS gingen in die Auswertung nur Datensätze aus Kliniken mit einer katamnestiche Rücklaufquote von mindestens 45 % ein.

Die Katamnese des FVS umfasst die Daten einer Totalerhebung des Entlassjahrgangs 2009 aus den beteiligten Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen.

In allen beteiligten Kliniken wird nach rehabilitationswissenschaftlich fundierten Behandlungskonzepten gearbeitet. Die jeweilige Maßnahme wird patientenorientiert individuell geplant und durchgeführt. Das Spektrum der Behandlungsdauern liegt, je nach Indikationsstellung, bei regulärer Entlassung in der Regel zwischen 4 und 26 Wochen.

Abb. 49: Ergebnisse zum Datenrücklauf (FVS-Katamnese stationär 2009)

Ergebnisse zum Datenrücklauf	Anzahl	%
Abstinent	3837	35,0
Abstinent nach Rückfall (1 Monat)	1103	10,1
Rückfällig	1393	12,7
Widersprüchliche Angaben	81	0,7
Verstorben	122	1,1
Verweigert	221	2,0
Unbekannt verzogen	1244	11,3
Unfähig zur Beantwortung	22	0,2
Nichtantworter/Sonstiges/keine Daten	2938	26,9
<b>Gesamt</b>	<b>10961</b>	<b>100</b>

Die Durchführung der 1-Jahres-Katamnese orientierte sich an den „Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ der „Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie“ (1985, 1992, 2001). Alle im Jahr 2009 entlassenen Patienten wurden zwölf Monate nach Beendigung ihrer Entwöhnungsbehandlung im Rahmen eines gleitenden Versandschemas angeschrieben mit der Bitte, den beiliegenden Katamnesebogen ausgefüllt zurückzusenden. Ein erstes Erinnerungsschreiben erfolgte nach drei, ein weiteres nach sechs Wochen. Erfolgte auch dann keine Antwort, wurde in einigen Fachkliniken versucht, den Patienten telefonisch zu erreichen, um in Anlehnung an einen Gesprächsleitfaden Katamnesedaten zu erhalten. Folgende Erhebungsinstrumente wurden eingesetzt:

- Erhebungsbogen zur Basisdokumentation (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2007) bzw. klinikspezifisch angepasste Versionen;
- Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2007), mit dazugehörigem Protokollbogen zur abschließenden Abstinenzbewertung und Erfassung des Katamnese-rücklaufs.

Beim Entlassjahrgang 2009 wurden eine Basisdokumentation und eine Katamnese eingesetzt, die den überarbeiteten Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (DHS, 2008) abdecken. Hierbei wurde das Kriterium für „abstinent nach Rückfall“ von mindestens dreimonatiger (12 Wochen) durchgängiger Abstinenz zum Befragungszeitpunkt auf mindestens 30 Tage Abstinenz zum Befragungszeitpunkt reduziert. Da ergänzend zum Kerndatensatz das bisherige Kriterium im FVS weiter erhoben wird, muss auf die früheren Kriterien, für die auch Vergleichsdaten vorliegen, nicht verzichtet werden. Für den Entlassjahrgang 2009 wird primär das neue Kriterium herangezogen, da nicht von allen Kliniken auch das alte Kriterium vorlag.

Als „abstinent“ wurden diejenigen Patienten eingestuft, die im Katamnesezeitraum weder Alkohol, zustandsverändernde Medikamente noch Drogen eingenommen hatten. Als „abstinent nach Rückfall“ wurde eingestuft, wer zum Befragungszeitpunkt mindestens 30 Tage, beziehungsweise 3 Monate abstinent war. Als „rückfällig“ galten alle anderen Personen einschließlich derjenigen mit widersprüchlichen Angaben.

Alle im Zeitraum vom 01.01.2009 bis 31.12.2009 in den beteiligten Kliniken entlassenen Patienten bildeten die Gesamtstichprobe mit insgesamt 10.961 Patienten (s. Abb. 49).

Die Ausschöpfungsquote beträgt für den Entlassjahrgang 2009, sofern nur Katamneseantworter berücksichtigt werden, 58,5 %.

Vergleicht man die Daten der Katamneseantworter zum Katamnese-Zeitpunkt im Vergleich zum Behandlungsbeginn zeigen sich u. a. nachfolgende Veränderungen.

#### Vergleich der Katamneseantworter zum Katamnesezeitpunkt im Vergleich zum Behandlungsbeginn.

Zum Katamnesezeitpunkt waren 44,7 % der Antworter verheiratet, zu Therapiebeginn waren es 43,0 %. Die Prozentangaben beziehen sich nur auf Datensätze mit Angaben zu beiden Zeitpunkten (s. Abb. 50).

Die Quote der erwerbstätigen Katamneseantworter stieg von 47,3 % bei Therapiebeginn auf 50,5 % zum Katamnesezeitpunkt deutlich an. Die Zahl der erwerbslosen Katamneseantworter sank von 35,0 % auf 27,7 % zum Katamnesezeitpunkt um 7,3 %. Demgegenüber erhöhte sich die Quote der Nichterwerbstätigen von 17,8 % auf 21,8 %. Die Prozentangaben beziehen sich nur auf Datensätze mit Angaben zu beiden Zeitpunkten.

Der Vergleich der Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahr vor der Behandlung und im Jahr nach der Behandlung zeigt eine Zunahme des Anteils der ehemaligen Patienten ohne jegliche Arbeitsunfähigkeit von 44,1 % um 21,2 % auf 65,3 % im Katamnesezeitraum.

Die Arbeitsunfähigkeitszeiten bis 3 Monate nehmen um 17,9 %, die bis 6 Monate um 6,4 % ab, bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten über 6 Monate ist eine Zunahme um 3,1 % zu verzeichnen. Die Prozentangaben beziehen sich ausschließlich auf Datensätze mit Angaben zu Arbeitsunfähigkeitsdauern zu beiden Zeitpunkten.

Bei der Erfassung des Besuchs von Selbsthilfegruppen wurde unterschieden zwischen der Dauer innerhalb des Katamneseintervalls und der Frequenz. Kein Selbsthilfegruppenbesuch wurde von 33,5 % der Katamneseantworter angegeben. 29,5 % der Katamneseantworter berichteten über einen Selbsthilfegruppenbesuch während des gesamten Katamnesezeitraumes, mindestens ein halbes Jahr lang hatten 15,3 % und weniger als ein halbes Jahr lang hatten 12,5 % eine Selbsthilfegruppe besucht. 7,9 % der Antworter besuchten wöchentlich eine Selbsthilfegruppe. 27,7 % taten dies ein bis dreimal im Monat und 16,4 % gaben an, weniger als einmal im Monat eine Selbsthilfegruppe besucht zu haben.

Eine Inanspruchnahme einer poststationären ambulanten Rehabilitation oder Nachsorge wird nur von 24,8 % der Katamneseantworter angegeben, 51,1 % haben sich dazu nicht geäußert, 24,2 % verneinten dies.

Die vergleichsweise geringe Inanspruchnahme poststationärer Maßnahmen unterstreicht die weiterbestehende Schnittstellenproblematik zwischen stationärer Behandlung und ambulanter Weiterbehandlung.

### Abstinenzquoten

Zur Berechnung der Abstinenzquoten wurden die Berechnungsformen 1 - 4 nach den Standards der DGSS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 1985, 1992, 2001) verwendet. Nach **Berechnungsform 1** werden alle erreichten Patienten, die planmäßig aus der stationären Behandlung entlassen wurden, einbezogen. Die **Berechnungsform 2** bezieht sich auf alle planmäßig entlassenen Patienten. In **Berechnungsform 3** werden die Anga-

ben aller in der Katamneseuntersuchung erreichten Patienten berücksichtigt. Berechnungsform 4 sind alle in 2009 entlassenen Patienten. Personen für die keine oder widersprüchliche Katamneseinformationen vorliegen, werden hiernach als rückfällig gewertet. Darunter fallen auch die Unterkategorien „unbekannt verzogen“, „verweigert“, „nicht geantwortet“, „verstorben“ und „unfähig zur Beantwortung“.

Abbildung 51 stellt die Ergebnisse nach den Bewertungsarten 1 - 4 der DGSS inklusive der verstorbenen Patienten dar. Die in der Regel günstigste Berechnungsform 1 bezieht sich auf die Anzahl der Katamneseantworter, die ihre Behandlung planmäßig beendet haben. Es wurde nach dem Kriterium „nach einem Rückfall zum Katamnesezeitpunkt mindestens wieder 30 Tage durchgehend abstinent“ ausgewertet.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe der Patienten inklusive der verstorbenen Patienten ergibt sich eine katamnestiche Erfolgsquote („abstinent“ und „abstinent

Abb. 50: Daten der Katamneseantworter zum Katamnesezeitpunkt (im Vergleich zum Behandlungsbeginn)\* (FVS-Katamnese stationär 2009)

		Katamneseantworter			
		N=6414			
		Katamnesezeitpunkt		Therapiebeginn	
Merkmal	Kategorie	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Familienstand (N=5810)</b>	Verheiratet	2596	44,7	2496	43,0
	Nicht verheiratet	3214	55,3	3314	57,0
<b>Erwerbstätigkeit (N=5480)</b>	Erwerbstätig	2769	50,5	2591	47,3
	Erwerbslos	1517	27,7	1916	35,0
	Nicht erwerbstätig	1194	21,8	973	17,8
<b>Arbeitsunfähigkeit im Katamnesezeitraum (N=3039)</b>	Keine Arbeitsunfähigkeit	1984	65,3	1339	44,1
	< 3 Monate	631	20,8	1175	38,7
	< 6 Monate	184	6,1	380	12,5
	> 6 Monate	240	7,9	145	4,8
<b>Selbsthilfegruppenbesuch (N=6414)</b>	Nein, keine Selbsthilfegruppe besucht	2148	33,5		
	Während des gesamten Zeitraums	1900	29,5		
	Mindestens ein halbes Jahr lang	983	15,3		
	Weniger als ein halbes Jahr lang	800	12,5		
	Keine Angabe	583	9,1		
<b>Häufigkeit des Selbsthilfegruppenbesuchs (N=6414)</b>	Unter einmal pro Monat	1055	16,4		
	Ein bis dreimal pro Monat	1776	27,7		
	Wöchentlich	507	7,9		
	nie	1059	16,5		
	Keine Angabe	2017	31,4		
<b>Beratungsstellenbesuch Nachsorge (N=6414)</b>	Ja	1588	24,8		
	Nein	1550	24,2		
	Keine Angabe	3276	51,1		

\* Bei Vergleichen mit Angaben zum Aufnahmezeitpunkt werden nur Patienten berücksichtigt, von denen Angaben zu beiden Zeitpunkten vorliegen.

Abb. 51: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 (neu „Abstinenz nach Rückfall 30 Tage“)

	DGSS 1 (N=5.788)		DGSS 2 (N=9.365)		DGSS 3 (N=6414)		DGSS 4 (N=10.961)	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	4.588	79,3 %	4.588	49,0 %	4940	77,0 %	4940	45,1 %
<b>Abstinenz</b>	3.579	62,1 %	3.579	38,4 %	3837	59,8 %	3837	35,0 %
<b>Abstinenz nach Rückfall (30 Tage)</b>	991	17,1 %	991	10,6 %	1103	17,2 %	1103	10,1 %
<b>Rückfällig</b>	1.200	20,7 %	4777	51,0 %	1474	23,0 %	6021	54,9 %

\* Die Berechnungen wurden unter Einbeziehung der verstorbenen Patienten durchgeführt, dies führt zu einer geringfügigen Reduzierung der Abstinenzquoten bei DGSS 2 und DGSS 4.

Abb. 52: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 (alt „Abstinenz nach Rückfall 3 Monate“) \* (FVS-Katamnese stationär 2009)

	DGSS 1 (N=5184)		DGSS 2 (N=8605)		DGSS 3 (N=5696)		DGSS 4 (N=10.039)	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	3984	76,9 %	3984	46,3 %	4272	75,0 %	4272	42,6 %
<b>Abstinenz</b>	3298	63,6 %	3298	38,3 %	3509	61,6 %	3509	35,0 %
<b>Abstinenz nach Rückfall (3 Monate)</b>	686	13,2 %	686	8,0 %	763	13,4 %	763	7,6 %
<b>Rückfällig Antw.</b>	1200	23,1 %	1200	13,9 %	1424	25,0 %	1424	14,2 %
<b>Rückfällig Defini.</b>			3421	39,8 %			4343	43,3%
<b>Rückfällig gesamt</b>			4621	53,7 %			5767	57,4 %

\* Die Berechnungen wurden unter Einbeziehung der verstorbenen Patienten durchgeführt, dies führt zu einer geringfügigen Reduzierung der Abstinenzquoten bei DGSS 2 und DGSS 4. Wegen nicht verwertbarer Angaben zu diesem Kriterium, musste eine Klinik aus der Auswertung genommen werden.

nach Rückfall“) nach DGSS 4 von 45,1 %. Es lebten im gesamten Katamnesezeitraum 35,0 % der Patienten abstinent, 10,1 % abstinent nach Rückfall. Die weiteren 54,9 % wurden in der konservativen Schätzung als rückfällig eingestuft. Die 54,9 % rückfälligen Patienten setzten sich aus 13,4 % „rückfällig per Katamneseantwort“ und 41,5 % „rückfällig per Definition“ zusammen.

In der Berechnungsform 1 nach DGSS, bei der nur die erreichten Patienten (Katamneseantworter), welche die Behandlung planmäßig beendet haben, einbezogen werden, ergab sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 79,3 %. Danach lebten im gesamten Katamnesezeitraum 62,1 % der Patienten durchgehend abstinent, 17,1 % abstinent nach Rückfall und die anderen 20,7 % wurden als rückfällig eingestuft.

Untersucht man das alte Kriterium „abstinent nach Rückfall, bei zum Katamnesezeitpunkt mindestens wieder ununterbrochener Abstinenz von drei Monaten“, so sind grundsätzlich ungünstigere Ergebnisse zu erwarten. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse einer größeren Klinik wegen nicht konsistenter Daten aus dieser Auswertung nachträglich herausgenommen werden mussten.

Ein Vergleich der katamnestiche Erfolgsquoten mit neuer vs. alter Berechnungsform (s. Abb. 52) zeigt nachfolgende Ergebnisse: 79,3 % vs. 76,9 % bei DGSS 1, 49,0 % vs. 46,3 % bei DGSS 2, 77,0 % vs. 75,0 % bei DGSS 3 und 45,1 % vs. 42,6 % bei DGSS 4.

**Zum Zusammenhang von Abstinenz und sozialen, beruflichen, krankheits- und behandlungsbezogenen Merkmalen**

Untersucht wurden Therapieerfolgsquoten bezüglich relevanter Patienten- und Behandlungsmerkmale zum Aufnahme- bzw. Ent-

lasszeitpunkt der Behandlung (s. Abb. 53). Die Ergebnisse basieren auf der konservativen Berechnungsform der Erfolgsquoten nach DGSS 4. Die Kategorien, welche die Erfolgsquote ausmachen („abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“) wurden auf Basis der Gesamt-

Abb. 53: Relevante Patienten- und Behandlungsmerkmale und Therapieerfolg (DGSS 4) (FVS-Katamnese stationär 2009)

Variable	Kategorien	Therapieerfolg (abstinent und abstinent nach Rückfall) in %	Chi-Quadrat
		<b>Gesamtstichprobe (N=10.961)</b>	<b>p</b>
<b>Geschlecht</b>	Männlich	44,3	0,01
	Weiblich	46,9	
<b>Alter</b>	bis 40	33,3	0,01
	über 40	49,5	
<b>Partnerbeziehung</b>	Keine feste Partnerschaft	39,9	0,00
	Feste Partnerschaft	50,6	
<b>Erwerbstätigkeit bei Aufnahme</b>	Erwerbstätig	51,8	0,00
	Erwerbslos	38,4	
	Nicht Erwerbstätig	49,1	
<b>Abhängigkeitsdauer</b>	bis 10 Jahre	43,5	0,45
	über 10 Jahre	42,7	
<b>Entgiftungen</b>	Keine Entgiftungen	46,2	0,00
	Mindestens 1 Entgiftung	51,3	
	2 und mehr Entgiftungen	41,0	
<b>Entlassart</b>	Planmäßig	49,0	0,00
	Nicht planmäßig	22,1	
<b>Behandlungsdauer bei planmäßigen Entlassungen</b>	bis 12 Wochen	40,9	0,00
	über 12 bis 16 Wochen	51,6	
	über 16 bis 52 Wochen	42,0	

Anmerkung: (Chi-Quadrat nach Pearson, p=asymptotische Signifikanz zweiseitig)

stichprobe zusammengefasst. Mit Ausnahme des Effekts der Abhängigkeitsdauer, konnten alle Unterschiede über einen Chi-Quadratstest statistisch abgesichert werden.

- 46,9 % der Frauen waren ein Jahr nach Therapieende „erfolgreich“ (abstinent bzw. abstinent nach Rückfall). Bei Männern sind 44,3 % erfolgreich.
- Patienten in der Gruppe bis 40 Jahre haben nur eine Erfolgsquote von 33,3 %, während die über 40 jährigen eine Erfolgsquote von 49,5 % erreichen.
- Patienten, die bei Therapiebeginn nicht in einer festen Partnerschaft leben, waren deutlich weniger erfolgreich (39,9 %) als Patienten, die aus einer festen Beziehung kommen (50,6 %).
- Von den zu Therapiebeginn erwerbstätigen Patienten waren nach einem Jahr 51,8 % als erfolgreich zu bezeichnen. Dies traf hingegen nur für 38,4 % der bei Therapiebeginn erwerbslosen, aber für 49,1 % der zu Therapiebeginn nicht-erwerbstätigen Patienten zu.
- Patienten mit einer Abhängigkeitsdauer von bis zu 10 Jahren hatten etwas häufiger einen Therapieerfolg als Patienten, die mehr als 10 Jahre abhängig waren (43,5 % vs. 42,7 %). Dieser geringe Unterschied ist statistisch nicht bedeutsam.
- Patienten, die vor Therapiebeginn keine (Erfolgsquote 46,2 %) beziehungsweise nur eine Entgiftungsbehandlung (Erfolgsquote 51,3 %) aufwiesen, hatten größere Erfolgsaussichten als Patienten mit wiederholten Entgiftungsbehandlungen (Erfolgsquote 41,0 %).
- Patienten mit planmäßigem Abschluss der Therapie schnitten deutlich besser ab als Patienten, bei denen dies nicht zutraf (Erfolgreich bei planmäßiger Beendigung: 49,0 %). Nicht planmäßig entlassene Patienten waren nur zu einem Anteil von 22,1 % erfolgreich bezüglich der Aufrechterhaltung der Abstinenz.
- Bezieht man die katamnestiche Erfolgsquote auf Behandlungsdauerklassen bei planmäßigen Entlassungen, so weisen Patienten mit einer Behandlungsdauer von über 12 bis 16 Wochen mit 51,6 % die höchsten Erfolgsquoten auf. Patienten, die eine Behandlung von über 16 Wochen aufweisen, haben eine katamnestiche Erfolgsquote von 42,0 %. Bei bis zu 12 Wochen Behandlungsdauer beträgt die Erfolgsquote 40,9 %.

### Zufriedenheitseinstufung

Abstinent lebende Patienten sind ein Jahr nach Behandlungsende in allen Lebenssituationen deutlich zufriedener als rückfällige Patienten (s. Abb. 54).

### Diskussion der Ergebnisse

Insgesamt sprechen die Ergebnisse für die hohe Ergebnisqualität in der Behandlung Abhängigkeitskranker in den Einrichtungen des FVS. Interessant wird es sein, wenn seitens an-

Abb. 54: Zufriedenheit in Abhängigkeit vom Therapieerfolg (Prozentangaben) (FVS-Katamnese stationär 2009)

Zufriedenheit mit	Therapieerfolg		
	Abstinenz	Rückfall	Gesamt
Partnerbeziehung	78,3 %	53,8 %	74,0 %
Eltern, Geschwister, Verwandte	77,3 %	41,2 %	70,7 %
Eigene Kinder	89,8 %	62,4 %	86,2 %
Bekannte, Freunde	72,0 %	30,0 %	63,2 %
Freizeitgestaltung	71,1 %	21,0 %	60,2 %
Berufliche Situation	62,9 %	35,4 %	58,3 %
Körperliche Gesundheit	70,0 %	22,7 %	62,1 %
Seelischer Zustand	70,7 %	17,1 %	61,6 %
Finanzielle Situation	46,1 %	20,4 %	41,3 %
Wohnsituation	84,6 %	59,3 %	80,2 %
Straftaten, Delikte	90,1 %	73,2 %	86,3 %
Suchtmittelabstinenz	91,9 %	29,3 %	84,2 %
Alltagsbewältigung	80,9 %	22,7 %	70,5 %

derer Suchtverbände ebenfalls regelmäßig Katamneseergebnisse publiziert werden, die einen Vergleich bezüglich der Stichproben und etwaiger Selektionseffekte ermöglichen.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) empfiehlt in dem 2004 verabschiedeten „Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – Kerndatensatz Katamnese“ für stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eine prospektiv geplante und routinemäßig durchgeführte Katamnese (1-Jahres-Katamnese) als Vollerhebung. Die Entwicklung des Kerndatensatzes Katamnese unter Mitwirkung des FVS lässt hoffen, dass Routineevaluation mehr und mehr zum Standard auch im ambulanten und teilstationären Bereich wird.

Der FVS hat alle seine stationären Mitgliedseinrichtungen im Indikationsbereich „Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit“ aufgefordert, ab 01.01.2005 ein Basisdokumentationssystem und ab 01.01.2006 eine Routinekatamnese einzusetzen. Alle Mitgliedseinrichtungen sind auch gehalten, entsprechend definierter Qualitätsstandards (u. a. Missing-data-Vorgaben) komplette Datensätze zu erheben und dem Fachverband für klinikübergreifende Auswertungen zur Verfügung zu stellen. Zu berücksichtigen bei den Anforderungen ist selbstverständlich, dass es beispielsweise bei drogenabhängigen Patienten schwierig ist, aussagekräftige Rücklaufquoten zu erreichen. Hier ist man auch auf die Durchführung entsprechender Forschungsprojekte aus Drittmitteln angewiesen, um entsprechende Untersuchungen zur Wirksamkeit der Behandlung durchführen zu können. Ein vergleichbares Vorgehen aller suchtspezifischen Fachverbände hinsichtlich der Sicherung von Struktur- und Ergebnisqualität

durch Einsatz von Basisdokumentation und Katamnese wäre zu begrüßen.

Angemerkt werden muss aber auch, dass mit dem stationären Bereich vergleichbare umfangreiche Evaluationsergebnisse für gesamte Versorgungsbereiche bisher weder für den ambulanten Rehabilitationsbereich noch für Kombinationsbehandlungsmodelle in aussagekräftigem Umfang vorliegen. Hieraus resultiert die Einschätzung des FVS, dass diese Rehabilitationsformen insbesondere im Rahmen von Modellevaluationen mit dem stationären Bereich vergleichbare Effektivitätsstudien vorlegen sollten. Für ganztägig ambulante und ambulante Mitgliedseinrichtungen des FVS wurden entsprechende Studien bereits vorgelegt (s. 5.1.3 und 5.3.2). Die Wirksamkeit entsprechender Behandlungsformen muss allerdings – vor dem Hintergrund der Spezifität der jeweils behandelten Klientel – auf breiter Ebene erst noch belegt werden.

Mit der Verabschiedung des neuen deutschen Kerndatensatzes (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2008), der in der zweiten Jahreshälfte 2006 vom Vorstand der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, den Spitzenverbänden der Suchtkrankenhilfe in Deutschland und den Bundesländern verabschiedet wurde, ist ein weiterer Schritt zu einer umfassenden Suchthilfestatistik auf den Weg gebracht. Den Mitgliedseinrichtungen des FVS wurde empfohlen, die überarbeitete Version der Basisdokumentation Sucht (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates, 2007) als Referenzsystem des FVS ab Entlassjahrgang 2007 und die „Katamnese Sucht 2007“ (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates, 2007) als Referenzsystem im Bereich der Katamnese einzusetzen. Diese überarbeitete Version der Basisdokumentation Sucht enthält bereits

den neuen deutschen Kerndatensatz. Der neue deutsche Kerndatensatz enthält auch den empfohlenen einheitlichen Katamnese-Datensatz, der es ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland ermöglicht, sich an Routinekatamnesen als 1-Jahres-Katamnesen zu beteiligen. Auch dieser Katamnese-Datensatz fordert die abschließliche Orientierung an den Berechnungsformen 1 bis 4 der Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. Hiermit ist ein Regelwerk für die Durchführung und Darstellung von Katamnesen verfasst, dem sich der FVS in seinen Publikationen seit 1996 verpflichtet fühlt. Dieses Regelwerk sollte auch die Beliebigkeit katamnestischer Aussagen beseitigen, indem in jeder nationalen Veröffentlichung im Suchtbereich heute angegeben werden sollte, welche Katamneseform und welche Berechnungsform der DGSS in der Darstellung Anwendung findet.

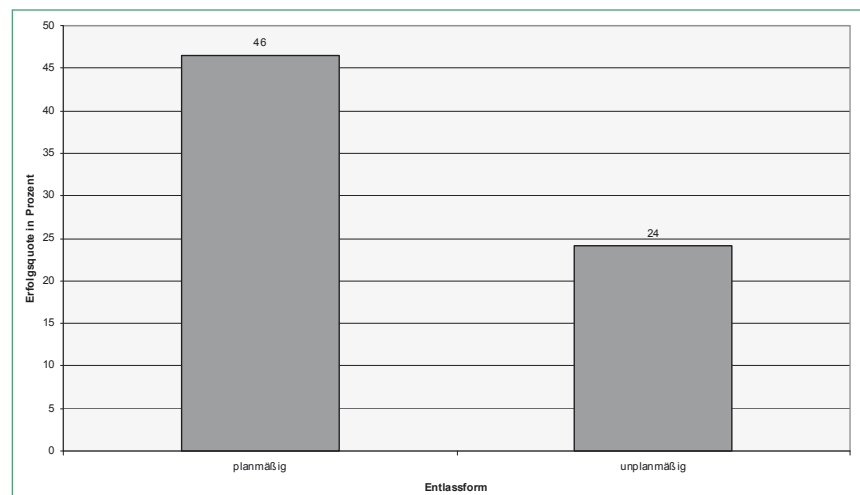
Insbesondere wäre es zu begrüßen, wenn nicht nur Aspekte der Struktur- und Prozessqualität in der Behandlung bzw. Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Mittelpunkt der Betrachtungen ständen, sondern dass gemeinsam mit einer Routinekatamnese ein entscheidender Schritt zum Nachweis der Ergebnisqualität des gesamten Suchthilfesystems in Deutschland gemacht würde. Hiermit könnten auch innovative Nachsorgemodule zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges differenziell evaluiert werden.

Die überwiegende Anzahl von Untersuchungen zur Ergebnisqualität in allen Reha-Indikationsbereichen operationalisiert Ergebnisqualität als Veränderungsmessung zwischen Behandlungsbeginn (t1) und Behandlungsende (t2). Damit können aber nur Aussagen über Veränderungen bezogen auf den Behandlungsverlauf der Indexbehandlung gemacht werden. Allein im Indikationsbereich Sucht wird routinemäßig als summative Evaluation der Behandlungserfolg nachhaltig definiert. Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges umfasst hierbei den poststationären Verlauf innerhalb eines poststationären Ein-Jahres-Zeitraums im Rahmen einer Routinekatamnese. Gemessen wird hierbei der Behandlungserfolg aber nicht im Sinne einer Stichtagsbefragung (t3), sondern als Verlaufsuntersuchung über den gesamten Ein-Jahres-Zeitraum. Der Nachweis der Nachhaltigkeit der Ergebnisqualität stellt somit ein Alleinstellungsmerkmal für den Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen dar.

**5.2.5.2 Differentielle Evaluation der Ergebnisqualität der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit**

Differentielle Evaluationsergebnisse im Rahmen der 1-Jahres-Katamnesen liegen

Abb. 55: Katamnestische Erfolgsquoten für planmäßige und unplanmäßige Entlassungen (FVS-Katamnese stationär 2002 bis 2005) in %



u.a. auch für den Zusammenhang zwischen „Entlassform aus stationärer Behandlung“ und „Alter“, „Erwerbstatus“ und „Erst- bzw. Wiederholungsbehandlung“ vor (vgl. Missel et al., 2007; Missel et al., 2008).

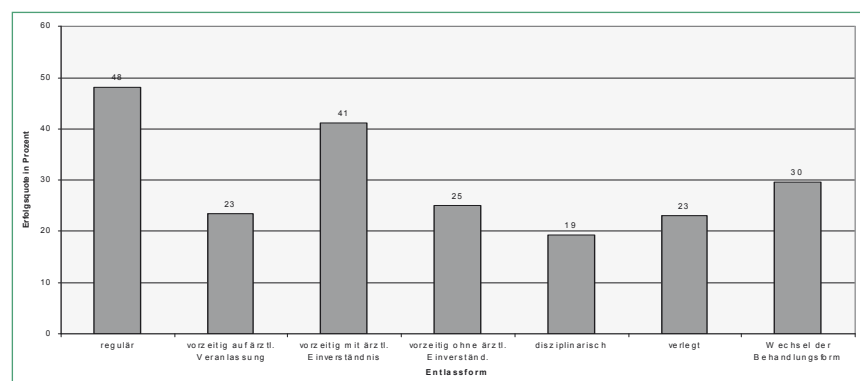
In einer Untersuchung der Entlassjahrgänge 2002 bis 2005 aus 6 Mitgliedseinrichtungen des FVS (n=15.319 Patienten) (vgl. Missel et al., 2008) wurde der Zusammenhang zwischen Entlassform und katamnestischen Erfolgsquoten differenziell untersucht. Bei planmäßiger Entlassung betrug die katamnestische Erfolgsquote 46 %, bei unplanmäßigen Entlassungen 24 % (s. Abb. 55). Sowohl eine reguläre wie eine planmäßige Entlassungsform in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger zeigt eine positive Wirkung auf die Ergebnisqualität. Daraus ergeben sich auch Hinweise zur Konzeptoptimierung: motivierende Gesprächsführung und Abbruchprävention sollten noch stärker in den ärztlichen und therapeutischen Fokus rücken. Bedenkenswerte ergänzende Maßnahmen in Kooperation von Leistungsträgern und Leistungserbringern könnten auch darstellen: Bedenkzeit von 3 Tagen nach Abbruch der Rehabilitationsmaßnahme mit der

Möglichkeit zur Wiederaufnahme der Indexbehandlung, Gewährung von leistungsrechtlichen Nachsorgemaßnahmen unabhängig von der Entlassform und poststationäres Reha-Fallmanagement unabhängig von der Entlassungsform.

Differenziert man die einzelnen Entlassformen gemäß Entlassmodus des medizinischen Reha-Entlassberichtes ergeben sich die höchsten katamnestischen Erfolgsquoten bei den Entlassmodi „regulär“ und „vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis“, die niedrigste Erfolgsquote bei disziplinarischer Entlassung (s. Abb. 56).

Mit zunehmendem Alter steigt die katamnestische Erfolgsquote an. Ältere Patienten sind erfolgreicher als jüngere Patienten. In einigen Einrichtungen werden bereits seniorenspezifische Therapiemodule eingesetzt. Der FVS empfiehlt, vergleichbare altersspezifische Behandlungsmodule insbesondere für jüngere Patienten in die Standardbehandlungsprogramme von Rehabilitationsfachkliniken im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen zu implementieren. Bei Konzeptentwicklung und Konzeptoptimierung sollten die Einrichtungen altersspezifische Aspekte beachten.

Abb. 56: Katamnestische Erfolgsquoten nach DGSS 4 und Entlassform (FVS-Katamnese stationär 2002 bis 2005) in %



Auch eine differentielle Analyse der katamnesticen Erfolgsquoten nach Entlassform und Alter zeigt, dass bei allen Entlass-

formen die Patientengruppe „50 Jahre und älter“ durchgängig am erfolgreichsten ist (s. Abb. 57).

Abb. 57: Katamnestiche Erfolgsquoten nach Entlassform und Alter (FVS-Katamnese stationär 2002 bis 2005) in %

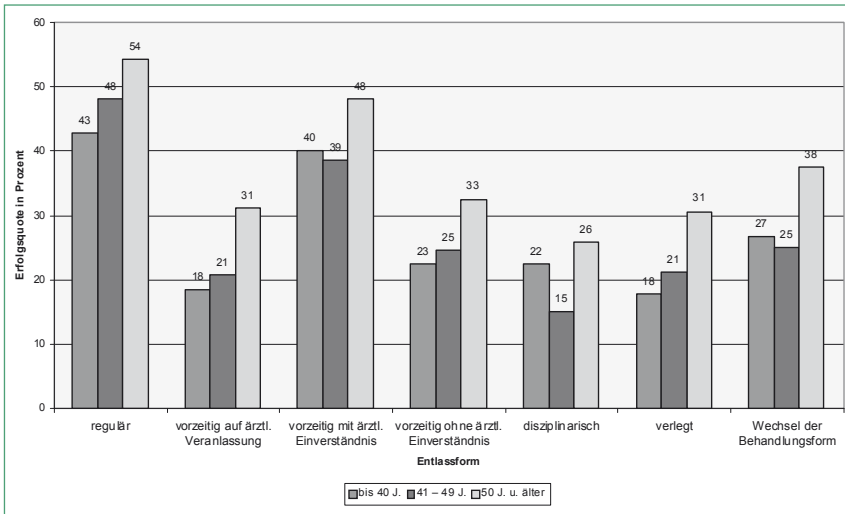


Abb. 58: Katamnestiche Erfolgsquoten nach Entlassform und Erwerbstätigkeit (FVS-Katamnese stationär 2002 bis 2005) in %

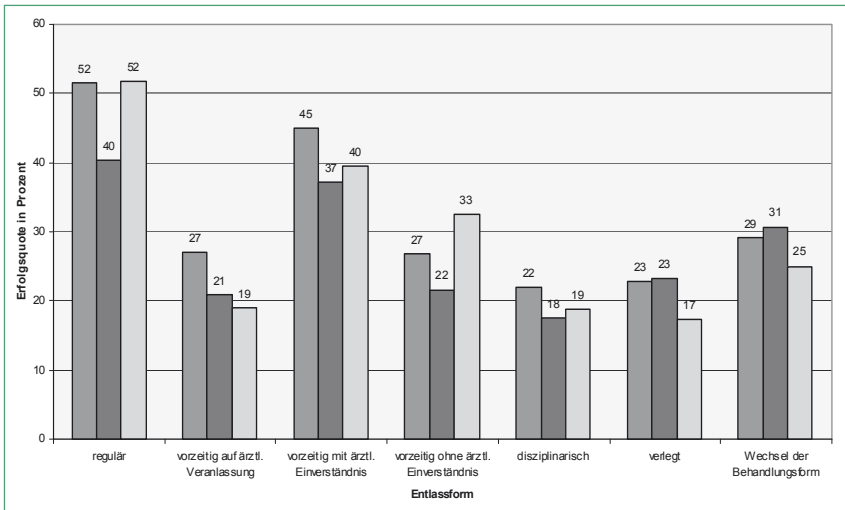
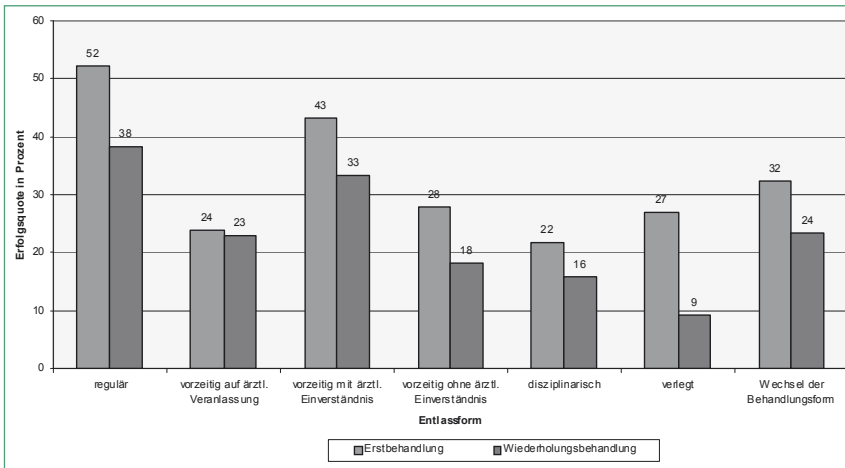


Abb. 59: Katamnestiche Erfolgsquoten nach Entlassform und Erst- vs. Wiederholungsbehandlung (FVS-Katamnese stationär 2002 bis 2005) in %



Erwerbstätigkeit ist ein günstiger Prognosefaktor für den nachhaltigen Therapieerfolg. In der Regel sind erwerbstätige Patienten hinsichtlich der katamnesticen Erfolgsquoten erfolgreicher als nicht erwerbstätige Patienten, nicht erwerbstätige Patienten nochmals erfolgreicher als erwerbslose Patienten. Dies zeigt sich auch in einer Zusammenhangsanalyse der katamnesticen Erfolgsquoten nach Entlassform und Erwerbstätigkeit für die zusammengefassten FVS-Katamnesen 2002 bis 2005 (s. Abb. 58). Bei fast allen Entlassformen sind die erwerbstätigen Katamneseantworter erfolgreicher als die erwerbslosen oder nicht erwerbstätigen Patienten.

Die katamnesticen Erfolgsquoten nach Entlassform und Erst- vs. Wiederholungsbehandlung zeigen, dass erstbehandelte Patienten prinzipiell sowie bezogen auf die einzelnen Entlassformen erfolgreicher sind als Patienten mit Wiederholungsbehandlung (s. Abb. 59). Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass einzelne Leistungsträger das Behandlungsbudget für Wiederholer gegenüber erstbehandelten Patienten deutlich reduziert haben. Unter dem Gesichtspunkt nachhaltiger Ergebnisqualität sollte dies dringend überdacht werden.

In einem Forschungsverbund untersuchten die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die AHG Kliniken Daun Am Rosenberg Behandlungs- und Rehabilitationserfolge der im Jahre 1990 in der Fachklinik behandelten abhängigkeitskranken Versicherten. Für eine Teilstichprobe von 84 Versicherten, für die entsprechende Versichertenakten vorlagen, wurde der langfristige sozialmedizinische Rehabilitationserfolg hinsichtlich Arbeitsunfähigkeitszeiten und Krankenhausbehandlungen über einen Zeitraum von 2 Jahren vor Antritt der Entwöhnungsbehandlung mit einem Zeitraum von 5 Jahren nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlung verglichen. Die Evaluation des Behandlungserfolges führte zu katamnesticen Erfolgsquoten nach DGSS 4 von 82,2 % und 60,7 % für die Ein-Jahres- und Fünf-Jahres-Katamnese der Untersuchungsstichprobe.

Die Evaluation des Rehabilitationserfolges ergab nachfolgende Ergebnisse: Für den poststationären Fünf-Jahreszeitraum reduzierten sich bei suchtbedingten Erkrankungen die Arbeitsunfähigkeitsfälle um 83,1 %, die Arbeitsunfähigkeitstage um 75,3 % (s. Abb. 60), die Krankenhausfälle um 63,4 % und die Krankenhaustage um 76,7 % (s. Abb. 61). Bei den allgemeinen Erkrankungen reduzierten sich einerseits Arbeitsunfähigkeitsfälle um 38,8 % und Arbeitsunfähigkeitstage um 8,6 %, obgleich jedoch die Krankenhausfälle ebenfalls um 3,7 % abnahmen, stiegen bei allgemeinen Erkrankungen andererseits die Krankenhaustage deutlich an. Insgesamt ließen sich über bei-

de Erkrankungsformen jedoch erhebliche Reduzierungen sowohl bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten als auch bei den stationären Verweildauern (Krankenhaustage) im Fünf-Jahreszeitraum nach der Indexbehandlung feststellen. Die Studie (Klein, Missel et al; 1997) unterstreicht die volkswirtschaftliche Bedeutung medizinischer Rehabilitation für den Bereich stationärer Abhängigkeitsbehandlung.

### 5.2.5.3 Behandlungsdauer und Ergebnisqualität

In der Fachverband-Sucht-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige (Missel et al, 2012) wurde auch der Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Behandlungserfolg untersucht (s. Abb. 62).

Demnach weisen Patienten mit einer Behandlungsdauer von bis zu 12 vollendeten Behandlungswochen eine katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 von 40,9 % auf, Patienten die länger als 16 Wochen behandelt wurden, waren in 40,2 % der Fälle zum Befragungszeitpunkt abstinent oder abstinent nach Rückfall. Die höchste katamnestiche Erfolgsquote weist das Behandlungsdauerintervall von über 12 Wochen bis 16 Wochen auf, nämlich 51,6 %.

Für die Stichprobe der planmäßig entlassenen Patienten (DGSS 2) ergibt sich ebenfalls mit 52,6 % die höchste katamnestiche Erfolgsquote bei einer Behandlungsdauer von über 12 bis zu 16 Wochen (bis 12 Wochen 46,7 %, über 16 Wochen 43,1 %). In allen 4 Berechnungsformen weist die Behandlungsdauerklasse ‚über 12 bis 16 Wochen‘ jeweils die höchste katamnestiche Erfolgsquote auf.

Auch in der Analyse der katamnestiche Erfolgsquoten nach Entlassform und Behandlungsdauer (vgl. Missel et al., 2008) zeigt bei nahezu allen Entlassformen eine Behandlungsdauer von 13-16 Wochen die höchsten katamnestiche Erfolgsquoten (s. Abb. 63).

In einer speziellen differentiellen Analyse (vgl. Missel, 2007) wurden die Zusammenhänge zwischen Veränderungen der Behandlungsdauer und Veränderungen der Behandlungsergebnisse für die Entlassjahrgänge 1997 bis 2003 des FVS bei konstanter klinischer Ausprägung der Abhängigkeitsdauer untersucht. In die Analysestichprobe gingen insgesamt 48.562 stationär behandelte Patienten mit einer alkoholbedingten Abhängigkeitserkrankung ein.

Abb. 60: Evaluation des langfristigen sozialmedizinischen Rehabilitationserfolges (N=84): Mittelwert Arbeitsunfähigkeitsstage (Klein, Missel, Braukmann, 1997)

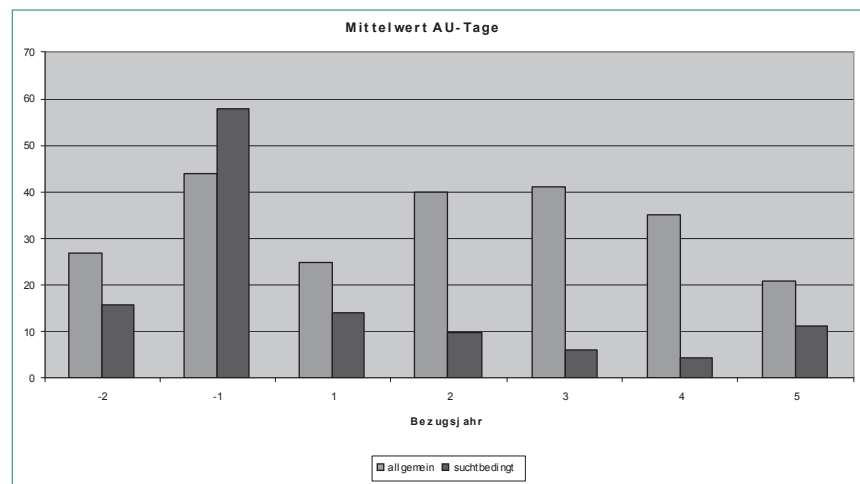
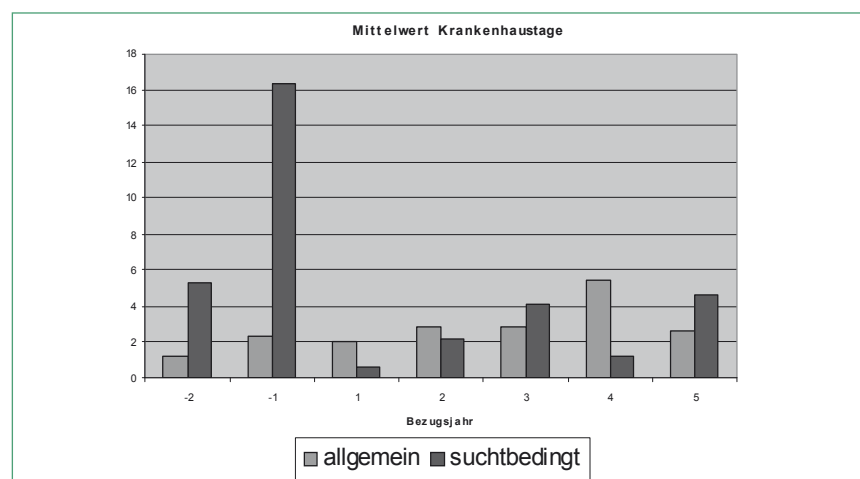


Abb. 61: Evaluation des langfristigen sozialmedizinischen Rehabilitationserfolges (N=84): Mittelwert Krankenhaustage (Klein, Missel, Braukmann, 1997)



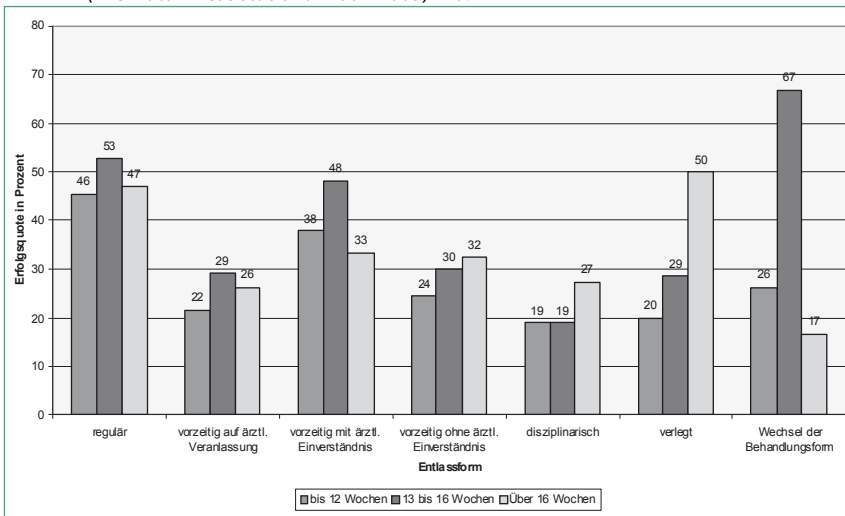
Es wurde ein inhaltlich begründetes multiples Veränderungskriterium (KVEK) erstellt. Darin wurden die Variablen „Partnerbeziehung“ und „Erwerbstätigkeit“ der Messzeitpunkte Aufnahme und Katamnese sowie die

ausschließlich zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese erfasste Variable „Durchgängige Abstinenz während des 1-Jahres-Zeitraumes“ einbezogen. Die Variablen „Partnerbeziehung“ und „Erwerbstätigkeit“ wurden dichotomisiert. Die Variable „durchgängige Abstinenz“ lag bereits in dichotomisierter Form vor. Um die Veränderungen abzubilden wurden die dichotomisierten Messwerte voneinander subtrahiert, so dass bei einer Veränderung in die positive Richtung (z. B.

Abb. 62: Abstinenzquoten in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer (DGSS 1 – 4) (Prozentangaben) (FVS-Katamnese stationär 2009)

	DGSS 1 (N = 5788)			DGSS 2 (N = 9.355)			DGSS 3 (N = 6414)			DGSS 4 (N = 10.461)		
	bis 12 Wochen	über 12 bis 16 Wochen	über 16 Wochen	bis 12 Wochen	über 12 bis 16 Wochen	über 16 Wochen	bis 12 Wochen	über 12 bis 16 Wochen	über 16 Wochen	bis 12 Wochen	über 12 bis 16 Wochen	über 16 Wochen
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	77,2	81,7	78,0	46,7	52,6	43,1	73,7	81,1	77,5	40,9	51,6	42,0
<b>Abstinent</b>	60,9	64,3	56,5	36,9	41,4	31,2	57,0	63,8	56,2	31,6	40,6	30,5
<b>Abstinent nach Rückfall</b>	16,3	17,3	21,5	9,9	11,2	11,9	16,7	17,2	21,3	9,2	11,0	11,6
<b>Rückfall</b>	22,8	18,3	22,0	53,3	47,4	56,9	26,3	18,9	22,5	59,1	48,4	58,0

Abb. 63: Abstinenzquoten in Abhängigkeit von Entlassform und Behandlungsdauer (FVS-Katamnese stationär 2002-2005) in %

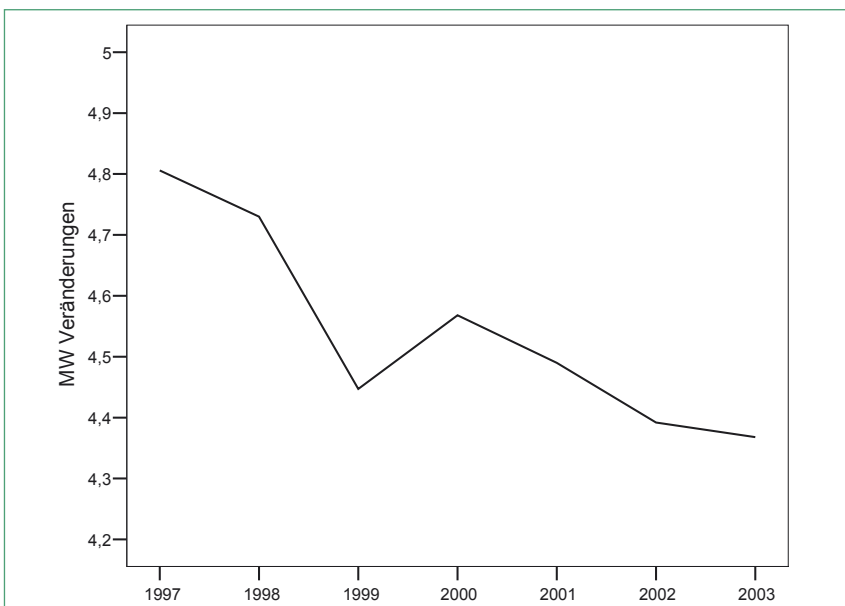


Aufnahme: keine Partnerbeziehung; Katamnese: Partnerbeziehung) als Ergebnis eine 1 (+1) resultiert. Ein Wert von 0 (0) bedeutet, dass sich im Katamnesezeitraum keine Veränderung in der Partnerbeziehung ergab. Das Ergebnis -1 (-1) bedeutet, dass sich ein Patient im Katamnesezeitraum von seiner Partnerin getrennt hat. Fehlende Werte werden jeweils listenweise ausgeschlossen. Die Ergebnisse der Subtraktion wurden mit der dichotomisierten Variable „durchgängige Abstinenz“ zu dem multiplen Veränderungskriterium (KVEK) addiert. Die Variable KVEK kann somit Werte von -3, -2, -1, 0, +1, +2, +3 annehmen. Anschließend wurden die Werte von 1 bis 7 umkodiert. Der Wert -3 wurde in den Wert 1 usw. umkodiert. Der Wert von 1 kann als wesentliche Verschlechterung, der Wert 4 als unverändert und der Wert 7 als wesentliche Verbesserung interpretiert werden. Die Werte des multiplen Veränderungs-

kriteriums können somit zwischen 1 und 7 variieren. Fehlende Werte wurden dabei listenweise ausgeschlossen.

Ausgangspunkt der Veränderungen ist der „Ankerjahrgang“ 1997. Pro Behandlungsjahr wurde eine Zufallsstichprobe mit einem gleichen Stichprobenumfang von N = 1000 gezogen. Die Anzahl der in die Berechnung eingehenden Patienten sollte jahrgangswise konstant sein. Differenz in der Behandlungsdauer: 1997 minus 1998; 1997 minus 1999; usw. bis 1997 minus 2003. Differenz im Behandlungsergebnis: 1997 minus 1998; 1997 minus 1999; usw. bis 1997 minus 2003. Gleichzeitig wird die Verteilung eines klinisch relevanten Merkmals dargestellt, das im Untersuchungszeitraum weitgehend konstant geblieben ist: „Abhängigkeitsdauer in Jahren“. Dabei soll weitgehend ausgeschlossen werden, dass

Abb. 64: Jahrgangsverlauf der durchschnittlichen langfristigen Behandlungsergebnisse (KVEK)



z. B. Veränderungen in den Krankheitschweregraden für die beobachteten Veränderungen verantwortlich sind.

Eine Alerting-Korrelation ermöglicht die Untersuchung komprimierter Jahrgangsdaten in längeren Zeitverläufen. Aufgrund der Mittelwertberechnungen der stationären Behandlungsdauern pro Jahrgang und der Behandlungsergebnisse pro Jahrgang werden diese Mittelwertkombinationen für jeden Jahrgang als Ausgangsbasis für die Berechnung der „Alerting-Korrelation“ herangezogen. Es erfolgt die Berechnung der „Alerting-Korrelation“ mit der Anzahl der Messwertreihen der verfügbaren Jahrgänge mit der entsprechenden Irrtumswahrscheinlichkeit für Korrelationskoeffizienten. In der ersten Berechnung wird das multiple Veränderungskriterium mit der Behandlungsdauer in Tagen korreliert (vgl. Abb. 64). Der Gradient zeigt die Höhe des Zusammenhangs an. Es folgt eine Standardisierung der Mittelwertsdifferenzen für die Verteilung der Behandlungsdauer und für die Behandlungsergebnisse. In der zweiten Berechnung werden mittels Korrelation die Zusammenhänge zwischen den standardisierten Mittelwertsdifferenzen der Jahrgänge berechnet. Korreliert werden die standardisierten Mittelwertsdifferenzen der Behandlungsergebnisse mit den standardisierten Mittelwertsergebnissen der Behandlungsdauer.

Der Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer in Tagen und multiplen Veränderungskriterium (Alerting-Correlation) ergibt einen Korrelationskoeffizienten von  $R = .810$  mit einer Varianzaufklärung von 65,6 %. Der Zusammenhang zwischen den standardisierten Mittelwertsdifferenzen der Behandlungsdauer und den standardisierten Mittelwertsdifferenzen des multiplen Veränderungskriteriums (Alerting-Correlation) ergibt einen Korrelationskoeffizienten von  $R = .959$  mit einer Varianzaufklärung von 91,9 % (s. Abb. 65). Das multiple Veränderungskriterium verbleibt über alle Jahrgänge im positiven Bereich. Gegenüber Signifikanztests haben Effektstärkenberechnungen den Vorteil, dass sie in den meisten Fällen die „klinische Relevanz“ von Veränderungen deutlicher abbilden als das Signifikanzniveau dies kann. Es ergeben sich von daher deutliche Hinweise auf einen systematischen Änderungszusammenhang zwischen dem Rückgang der stationären Verweildauern seit 1997 in Bezug auf ein multiples Veränderungskriterium aus Erwerbssituation, Partnerschaftssituation und durchgängiger Abstinenz.

Vorliegende Studien (vgl. Meta-Analyse von Sonntag und Künzel, 2000) verweisen bereits darauf, dass kritische Mindestzeiten im stationären Bereich der Rehabilitation Abhängigkeitskranker nicht unterschritten werden sollten. Der Mindestzeitraum im Rahmen stationärer medizinischer Rehabilitation für den Indikationsbereich Alkohol-

abhängigkeit sollte, spezielle Kurzzeittherapieprogramme ausgenommen, vorläufig auf mindestens 3 Monate eingegrenzt werden. Die Alerting-Korrelation liefert zahlreiche Hinweise darauf, dass mit einer Reduktion stationärer Verweildauern auch ein Rückgang der Ergebnisqualität verbunden ist. Die Analysen mittels Alerting-Korrelation geben Hinweise darauf, dass Veränderungen im dem kritischen Zeitfenster zwischen 3 und 4 Monaten bereits, kausal zu interpretierende, Auswirkungen auf die Behandlungsergebnisse zeigen.

Grundlagen zur Entscheidung der Reduktion der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauern aus Sicht der Leistungsträger waren vorrangig die gesetzlich verankerten Sparzwänge im Rahmen der Budgetierung der Reha-Leistungen. Entsprechende Forderungen zur Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität sind somit primär an die Gesundheitspolitik zu richten. Allerdings sollten, sofern entsprechende Nachweise zur Verminderung der Behandlungsqualität erbracht werden, die Leistungsträger auch nicht die Reduktion der Behandlungsdauern mit dem Argument „gleich bleibender Ergebnisqualität“ begründen, sondern auf die entsprechenden Folgen der Einsparungszwänge verweisen. Die Aufrechterhaltung der Behandlungs- und Ergebnisqualität ist gemeinsames Interesse von Leistungsträgern wie Leistungserbringern sowie der Patientinnen und Patienten.

Es wurden auch in einem Längsschnittvergleich die katamnestischen Erfolgsquoten DGSS 1 – 4 der FVS-Katamnese für stationäre Einrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige der Entlassjahrgänge 1997 bis 2009 analysiert. Dabei zeigt sich eine über den Jahrgangsverlauf tendenzielle Abnahme der katamnestischen Erfolgsquoten über alle Berechnungsformen, lediglich im Jahr 2009 ist eine leichte Verbesserung festzustellen.

**5.2.5.4 Grundsätzliche Erwägungen zum Thema „Preisvergleiche“**

Der FVS weist darauf hin, dass im „Qualitätsdreieck“ von Vergütungssatz, Behandlungsdauer und Behandlungsqualität sich nicht gleichzeitig die Behandlungsqualität und deren Wirksamkeit steigern, die Behandlungsdauer verkürzen und an den Kosten für qualifiziertes Personal sparen lässt (s. Abb. 68).

Auch der Ausbau ambulanter Behandlungsangebote und von Kombinationsbehandlungen kann nur in begrenztem Maße zu Kosteneinsparungen führen, zumal mit diesen Angeboten in der Regel andere Patienten angesprochen werden und eine indikative Zuweisung zum jeweiligen Behandlungssetting erforderlich ist. Zudem stehen einrichtungsübergreifende Wirksamkeitsnachweise auf breiter Ebene für diese Behandlungsangebote noch aus.

Abb. 65: Zusammenhang zwischen den standardisierten Mittelwertsdifferenzen der Behandlungsdauer und des multiplen Veränderungskriteriums (Alerting-Korrelation)

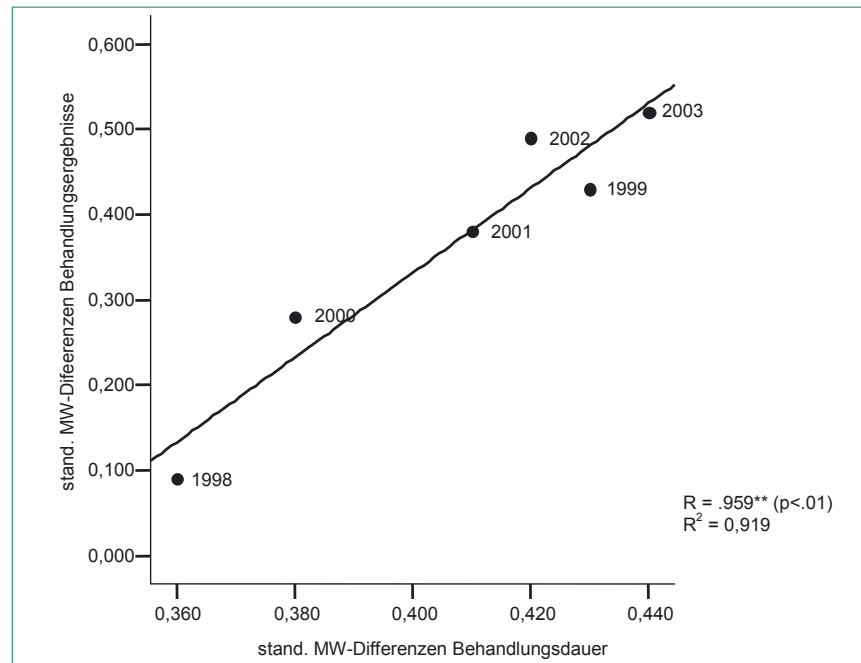


Abb. 66: Katamnestische Erfolgsquoten DGSS 1 – DGSS 4 der FVS-Katamnese Entlassjahrgänge 1997 bis 2009 in %

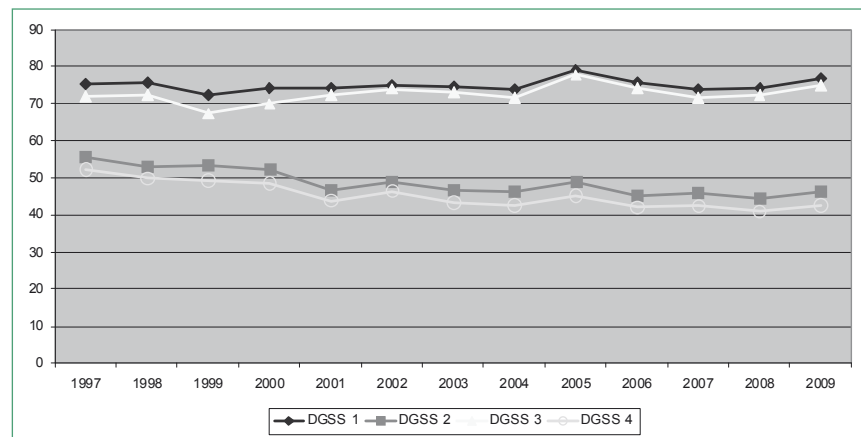
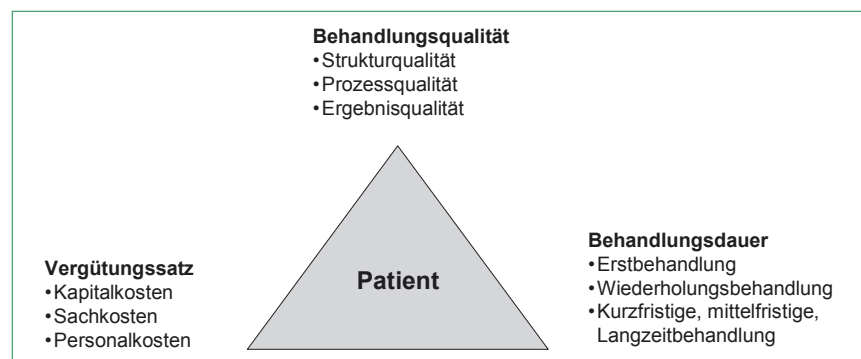


Abb. 68: Qualitätsdreieck der stationären Rehabilitation



Die Vergütungssätze von stationären Einrichtungen lassen sich nicht direkt miteinander vergleichen, da zwischen diesen Unterschiede hinsichtlich der Strukturquali-

tät - dies betrifft z.B. die Arzt/Patienten- oder Therapeuten/Patienten-Dichte (Löschmann, Brünger und Koch, 1996; Koch, 1997) - bestehen. Ein hoher Standard der Kliniken

und eine entsprechende personelle Ausstattung im medizinischen und therapeutischen Bereich ist erforderlich, um eine entsprechende Qualität im Interesse der Patienten erbringen zu können. Vergütungssätze in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke liegen im übrigen unter denen vergleichbarer anderer Indikationen im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Auch bestehen zwischen den verschiedenen stationären Einrichtungen strukturelle Unterschiede. Diese betreffen die Ausstattung, die personellen Ressourcen, die Behandlungsangebote sowie auch die Lage der Einrichtung. So können kleinere Einrichtungen tendenziell eher wohnortnahe Angebote unterbreiten und sich als Bestandteil eines regionalen Therapieverbundes verstehen, größere Einrichtungen hingegen verfügen über breitere personelle Ressourcen und damit über differenzierte Behandlungsangebote, im Sinne überregionaler Kompetenzzentren.

Besonders für Patienten, bei denen neben der Abhängigkeitserkrankung noch weitere Störungen (z.B. körperlicher Art, psychische Komorbidität) vorliegen, müssen spezifische Leistungen im diagnostischen bzw. medizinisch-therapeutischen Bereich vorgehalten werden. Aber selbst bei strukturgleichen bzw. -ähnlichen Kliniken lassen sich die Vergütungssätze nicht direkt miteinander vergleichen, da sich auch die Kapitalkosten zwischen den Einrichtungen deutlich unterscheiden (z.B. haben neuere Einrichtungen in der Regel einen höheren Kapitaldienst, verschiedene Einrichtungen wurden über öffentliche Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) finanziell unterstützt). Darüber hinaus müsste eine ökonomische Betrachtung auch die Bausubstanz und evtl. erforderliche Investitionen in Renovierungsarbeiten bei Einrichtungen berücksichtigen. Von daher sind detaillierte, klinikbezogene Analysen erforderlich, um Aussagen hinsichtlich des Preis-Leistungs-Verhältnisses treffen zu können. Einfache Preisvergleiche sind von daher nicht zulässig, zumal die Vergütungssätze auf der Grundlage entsprechender Kalkulationen mit dem Leistungsträger vereinbart worden sind.

### 5.2.5.5 Internes Qualitätsmanagement: Qualitätskriterien zur Beurteilung von stationären Einrichtungen

Der FVS empfiehlt seinen Mitgliedseinrichtungen im Bereich Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im Sinne des internen Qualitätsmanagements eine Orientierung an definierten Qualitätsstandards (Fachverband Sucht e.V., 1995 a, 1995 b, 1995 c). Eine Übersicht hierzu wird in der nachfolgenden Abb. 69 gegeben.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass eine umfassende Formulierung von Qualitätsstandards laufender Überarbeitung und Ergänzung bedarf und diese - angesichts von

spezifischen Angebotsprofilen einzelner Einrichtungen - nicht für alle Institutionen gleichermaßen verbindlich sein können. Mittlerweile hat eine Vielzahl der Rehabilitationseinrichtungen ein internes Qualitätsmanagement aufgebaut, welches auch durch externe Auditoren beurteilt wird (FVS/DEGEMED, 2011; IQMG, 2004).

Der FVS fordert die Leistungsträger dazu auf, ein qualitätsorientiertes hochwertiges Behandlungssystem für suchtkranke Menschen aufrechtzuerhalten und zu verbessern. Die Eröffnung einer Preisspirale nach unten mit der Dynamik, dass die verschiedenen Anbieter versuchen würden, die Pflegesätze der jeweiligen Konkurrenten zu unterbieten (Einführung von sog. „Dumping-Preisen“) würde die Qualität des gesamten Behandlungssystems gefährden.

Eine Absenkung der Vergütungssätze bzw. deren dauerhaftes Stagnieren bei steigenden Kostenentwicklungen wirkt sich langfristig auf den Personalbestand, die Strukturqualität, die Angebotsdichte und die erzielte Ergebnisqualität einer Einrichtung aus. Von zentraler Bedeutung ist, dass die Innovationsfähigkeit der Einrichtungen erhalten bleibt und eine adäquate Vergütung der - sicherlich komplexen Arbeit - der Mitarbeiter möglich ist. Das Erfordernis einer Planungssicherheit einer Einrichtung muss auch vor dem Hintergrund gesehen werden, dass der Vergütungssatz von Einrichtungen auf der Basis einer 95 % Belegung ausgehandelt wird. Angesichts der geringen Steigerungsrate der Vergütungssätze seit dem Jahr 1996 geraten Fachkliniken bereits durch kurzfristige Belegungseinbußen in eine existenzielle Krise.

Eingehend geprüft werden sollte, ob neue Vergütungssysteme (z.B. Fallpauschalen; ergebnisorientierte Vergütungssysteme) angesichts der gegebenen finanziellen Rahmenbedingungen eine Verbesserung bewirken würden. Generell sollte die Belegungssteuerung von Einrichtungen dem Grundsatz folgen: Die Einrichtung ist die 'beste', die unter einem eindeutigen theoretischen Modell Verfahren anwendet, deren Wirksamkeit bewiesen sind, die die Effekte ihrer eigenen Therapie gründlich überprüft, die Effizienz ihrer Indikationsstellung nachweist und gleichzeitig in der Lage ist, eine therapeutische Atmosphäre aufzubauen, in der Patienten sich aufgehoben fühlen können.“ (Böner, 1997).

### 5.2.5.6 Reha-Bewertungssystem: Qualitätsvergleiche und -berichte

Qualitätsvergleiche zwischen Rehabilitationseinrichtungen werden weiter an Bedeutung gewinnen. Zielsetzung ist hierbei zunächst, Qualitätsindikatoren bei der Belegungssteuerung verstärkt zu berücksichtigen. Längerfristig könnten auch Ansätze einer stärker qualitätsorientierten Vergütung erprobt werden.

Vom Grundsatz her ist es zu begrüßen, wenn die Qualität der Behandlung bei der Belegung von Einrichtungen eine zentrale Rolle spielen soll. Denn die vorrangige Orientierung der Belegung und Vergütung an den durchschnittlichen Kosten aller Einrichtungen würde insgesamt zu einer Absenkung der Qualität des Behandlungssystems und zu einer Nivellierung bestehender Qualitätsunterschiede (z. B. hinsichtlich Ausstattung, personeller Ressourcen bzw. des Behandlungsspektrums) der Einrichtungen führen. Ferner sollten im Rehabilitationssystem Anreize gesetzt werden, die Qualität der Behandlung zu verbessern und entsprechende Bemühungen der Einrichtungen sollten auch honoriert werden. Die DRV Baden-Württemberg hatte hierzu erste Überlegungen angestellt und erprobt.

Des Weiteren hat die DRV-Bund die Entwicklung eines übergreifenden Rehabilitationssystem (BQR) in Angriff genommen. Da die Rentenversicherung in der Regel federführender Leistungsträger im Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen ist, wird nachfolgend insbesondere auf Entwicklungen in diesem Bereich eingegangen. Hingewiesen sei darauf, dass die gesetzlichen Krankenkassen ein eigenes Qualitätssicherungsprogramm „QS Reha“ entwickeln, welches ebenfalls mit einem Bewertungssystem hinterlegt wird. Basis des BQR-Systems im Bereich der Rentenversicherung bilden insbesondere die Ergebnisse aus deren Qualitätssicherungsprogramm, ergänzt um weitere Aspekte wie Beschwerdehäufigkeit oder Berichtslaufzeiten (s. Abb. 70).

Die Berechnungsalgorithmen der DRV Bund zum Bewertungssystem „Bewertung der Qualität der Rehabilitation“ (BQR) umfassen

- KTL-Gesamt (therapeutische Versorgung): Bestehend aus den Kategorien „Leistungsverteilung“, „Leistungsmenge“ und „Leistungsdauer“
- Rehabilitandenbefragung
  - Zufriedenheit mit der Behandlung
  - Subjektives Behandlungsergebnis
- Peer-Review
- Strukturqualität
- Visitation
- Reha-Therapiestandards.

Eine Risikoadjustierung ist bislang bereits bei den Ergebnissen zur Rehabilitandenbefragung durchgeführt worden.

Berichtslaufzeiten und Beschwerdequoten fließen nicht unmittelbar in das BQR-System ein, werden aber zusätzlich von den einzelnen Leistungsträgern im Bereich der Rentenversicherung geprüft.

Für alle BQR-Kriterien ist die Vergabe von Qualitätspunkten (0-100 Punkte) realisiert oder vorgesehen.

Abb. 69: Qualitätsstandards bei stationärer Abhängigkeitsrehabilitation

<b>Konzeptqualität:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Theoretisch-wissenschaftliches Konzept</li> <li>2. Einheitliches Störungs- und Behandlungsmodell</li> <li>3. Verbindlichkeit des Behandlungsansatzes für alle Mitarbeiter</li> </ol>
<b>Programmqualität:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Individueller Gesamtrehabilitationsplan</li> <li>5. Adaptives Indikations- und Verweildauermodell</li> <li>6. Einsatz von Routinediagnostik und Indikations- und Prognoseverfahren</li> <li>7. Differenzierung der Behandlungsangebote als Voraussetzung für variable Behandlungsdauern</li> <li>8. Psychoedukative und psychotherapeutische indikative Curricula</li> <li>9. Einzelspsychotherapie als Regelangebot</li> <li>10. Weiteres Programmspektrum: u. a. Medizinische Versorgung, Gruppenpsychotherapie in der Bezugsgruppe, Patientenmappe, familientherapeutische Angebote, Ergo- und Bewegungstherapie, Physiotherapie/Krankengymnastik, Soziotherapie und Nachsorgeplanung</li> <li>11. Programme zur Rückfallprävention, Rückfallbewältigung und -behandlung</li> <li>12. Spezielle Programme zur beruflichen und sozialen Reintegration (Arbeitsbelastungserprobung)</li> <li>13. In die Fachklinik integrierte bzw. externe Adaptionsbehandlung</li> <li>14. Fachambulanz für Suchtkranke an der Fachklinik (ambulante und poststationäre Rehabilitation, Nachsorge)</li> <li>15. Regionale Vernetzung im Verbund der Suchtkrankenhilfe, z. B. im Rahmen von Kombinations-Behandlungsmodellen</li> <li>16. Bedarfswise Sonderprogramme: z.B. Integrierte Entgiftung, Motivierungsbehandlung, Behandlung von Glücksspielern, Psychosomatische Abteilung</li> <li>17. Flexibilisierung von Hausordnungsregelungen</li> <li>18. Therapeutische Angebote am Wochenende</li> </ol>
<b>Personalstandards:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>19. Fachärztliche (z.B. psychiatrische, neurologische, internistische und allgemeinärztliche) Versorgungsqualität</li> <li>20. Weiterbildungsermächtigung (z.B. Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie) des/r Leitenden Arztes/Ärztin</li> <li>21. Qualifizierter Supervisor-Status des/r Leitenden Arztes/Ärztin, des/r Leitenden Psychologen/Psychologin</li> <li>22. Schlüssel Patient: Arzt/Therapeut</li> <li>23. Kriterium „Abgeschlossene psychotherapeutische bzw. suchttherapeutische Weiterbildung bzw. in Weiterbildung“ für alle ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiter</li> <li>24. Beteiligung der Fachkliniken an bzw. Kooperation mit einem regionalen Aus- und Weiterbildungsverbund und Fortbildung der Mitarbeiter (Kooperation mit einem staatlich anerkannten Ausbildungsinstitut)</li> </ol>
<b>Prozessqualität:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>25. Im Behandlungsteam abgestimmte Planung der Therapieziele</li> <li>26. Qualifizierte interne Fachaufsicht</li> <li>27. Sicherstellung eines fördernden therapeutischen Milieus (z.B. „Therapiesprache“, Patientenmitverwaltung, klinikinternes Beschwerdesystem)</li> <li>28. Beteiligung am Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung</li> <li>29. Qualität des ärztlichen Reha-Entlassungsberichtes</li> <li>30. Umfassendes Angebot an therapeutischen Leistungen</li> <li>31. Einsatz einer Routinebasisdokumentation für alle Patienten (z.B. Angaben zur Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme/Entlassung oder Angaben zur Arbeitssituation bei Aufnahme/Entlassung)</li> <li>32. Angaben zur durchschnittlichen Behandlungsdauer: <ol style="list-style-type: none"> <li>- für Entlassjahrgang</li> <li>- für planmäßig entlassene Patienten</li> </ol> </li> <li>33. Angaben zu den durchschnittlichen Fallkosten: <ol style="list-style-type: none"> <li>- für Entlassjahrgang</li> <li>- für planmäßig entlassene Patienten</li> </ol> </li> <li>34. Quote planmäßiger Entlassungen</li> <li>35. Leitlinienorientierte Behandlung (AWMF-Leitlinien)</li> </ol>
<b>Ergebnisqualität:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>36. Einsatz einer Routinekatamnese für alle Patienten</li> <li>37. Empirische Absicherung der Wirksamkeit: Katamnestiche Erfolgsquote bei 1-Jahres-Katamnesen (z.B. Abstinenzquoten, Erwerbsstatus und Lebenszufriedenheit bei Katamneseantwortern)</li> <li>38. Nachweis des sozialmedizinischen Rehabilitationserfolges</li> <li>39. Differentielle Evaluation des Programmes</li> </ol>
<b>Qualitätsverständnis:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>40. Gemeinsames Qualitätsverständnis in der Einrichtung</li> <li>41. Messung der Behandlungszufriedenheit der Patienten am Behandlungsende</li> <li>42. Kontinuierliches klinikinternes Verbesserungsmodell (z.B. über klinikinterne Qualitätszirkel)</li> <li>43. Vorhalten eines qualifizierten Qualitätsmanagements</li> <li>44. Transparente Darstellung der Ausstattungsmerkmale, Behandlungsangebote und -ergebnisse (in Form von Qualitätsberichten etc.)</li> </ol>
<b>Innovation und Kreativität:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>45. Messung der Mitarbeiterzufriedenheit</li> <li>46. Leitungs- und Führungskompetenz</li> <li>47. Interne Transparenz und „Diskussionskultur“</li> <li>48. Förderung fachlicher und innovativer Kreativität in Kooperation von Leitung und Mitarbeitern bei Konzeptweiter- und -neuentwicklung</li> <li>49. Übertragung von Verantwortung an Mitarbeiter im Rahmen eines festgelegten Klinikorganigramms</li> <li>50. Beteiligung der Mitarbeiter an Arbeitskreisen zur Analyse von Bedarfen und Weiterentwicklung von Programmen und Therapiemodulen</li> </ol>

Abb. 70: BQR (Bewertungssystem zur Qualität der Rehabilitation) – Bestandteile im Überblick

Qualitätspunkte KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen) Gesamt „Therapeutische Versorgung“: Bestehend aus <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätspunkte KTL: Leistungen aus verschiedenen KTL-Kapiteln (Leistungsverteilung)</li> <li>• Qualitätspunkte KTL: durchschnittliche Anzahl der Leistungen je Rehabilitand pro Kalenderwoche (Leistungsmenge)</li> <li>• Qualitätspunkte KTL: durchschnittliche Stundenzahl therapeutischer Leistungen je Rehabilitand pro Kalenderwoche (Leistungsdauer)</li> </ul>
Erfüllungsgrad der Evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) im Rahmen der Reha-Therapiestandards
Qualitätspunkte „Behandlungszufriedenheit nach Patientennachbefragungsbogen“
Qualitätspunkte „Subjektiver Behandlungserfolg nach Patientennachbefragungsbogen“
Qualitätspunkte „Peer-Review“
Qualitätspunkte „Strukturqualität“
Qualitätspunkte „Visitation“
Laufzeit der Entlassungsberichte
Anzahl der Patientenbeschwerden

Insgesamt orientieren sich die BQR-Kriterien überwiegend am Qualitätsoptimum. Allerdings wird bei den drei Bewertungskennzahlen zur KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen) ein Zielkorridor an zu erbringenden Leistungen definiert, der sich aus der bisherigen empirischen Verteilung von Leistungsmenge und Leistungsdauer ergibt. Bei Überschreitung des Zielkorridors werden die Qualitätspunkte halbiert. Dies widerspricht dem Prinzip des Qualitätsoptimums. Der FVS schlägt von daher vor, dass es zwar bei einer Unterschreitung der Zielkorridore einen Qualitätspunkteabzug gibt, nicht aber bei der Überschreitung des Korridors.

Bei den drei **KTL-Bewertungskennzahlen** erfolgt die Bewertung nach dem gleichen Prinzip. Es existiert für jede der drei KTL-Bewertungskennzahlen eine spezielle Einteilung in Bewertungskorridore. Die volle Punktzahl erhält, wer sich innerhalb der vorgegebenen Zielkorridore bewegt. Die Absenkung der Qualitätspunkte – sofern man außerhalb der vorgegebenen Zielkorridore liegt – erfolgt stufenweise. Aus den drei KTL-Bewertungskategorien (Leistungsverteilung, Leistungsmenge und Leistungsdauer) wird dann ein Gesamtpunktwert einer KTL-Bewertungskennzahl zur therapeutischen Versorgung aus der Summe der in den einzelnen Korridoren erzielten Punkte berechnet.

Im Rahmen der **Rehabilitandenbefragung** wird sowohl die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der durchgeführten Reha-Maßnahme als auch deren subjektive Einschätzung des Behandlungsergebnisses als Indikator für Behandlungsqualität erfragt. Die Einrichtung erhält jeweils für beide Aspekte der Befragung Qualitätspunkte.

Die erhobenen Daten im Rahmen der Rehabilitandenbefragung werden bereits risikoadjustiert, so dass die spezifische Rehabilitandenstruktur jeder Reha-Einrichtung berücksichtigt wird. Dies ermöglicht eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Reha-Einrichtung. Die Auswahl der Variablen erscheint klinisch plausibel.

Im **Peer-Review-Verfahren** beurteilen praktisch tätige, leitende und auf ihre Gutachtertätigkeit geschulte Reha-Mediziner Reha-Prozesse als Einzelfälle auf der Grundlage von anonymisierten Reha-Entlassungsberichten. Bewertet werden sowohl einzelne Bereiche des Reha-Prozesses wie auch der gesamte Reha-Prozess.

Die **Qualität der Struktur und Organisation** einer Reha-Einrichtung wird von der Rentenversicherung mit Hilfe eines Strukturhebungsbogens überprüft, der räumliche, personelle, apperative und organisatorische Merkmale in den Reha-Einrichtungen abbildet. Eine Qualitätspunktebewertung der Strukturqualität ist für einen späteren Zeitpunkt geplant.

Derzeit ist bei der DRV ein einheitliches **Visitationskonzept** in der Entwicklung, es gilt hinsichtlich der Durchführung von Visitationen hierbei grundsätzlich das Federführungsprinzip. Allerdings können diese auch gemeinsam von den jeweils belegenden Rentenversicherungsträgern durchgeführt werden. Das Ergebnis einer Visitation wird in einem standardisierten Dokumentationsbogen festgehalten. Eine Bewertung mit Qualitätspunkten ist geplant.

**Reha-Therapie-Standards (RTS)** beinhalten entsprechende Vorgaben für die therapeutische Versorgung in wichtigen Indikationen. Den einzelnen Reha-Therapiestandards sind unterschiedlich viele evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) zugeordnet. Hierzu gehören beispielsweise im Bereich „Alkoholabhängigkeit“: „Allgemeine Psychotherapie“, „Indikative Therapien“, „Angehörigenorientierte Interventionen“, „Arbeitsbezogene Leistungen“, „Sport- und Bewegungstherapie“, „Ergotherapie“, „Klinische Sozialarbeit“, „Gesundheitsbildung“ etc. Grundlage für die Auswertung sind die nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) im Entlassbericht dokumentierten Therapieleistungen, deren Inhalt und Zielstellungen entsprechend den einzelnen ETM's zugeordnet werden. In den Ergebnisberichten wird dargestellt, in

wieweit die Gesamtheit der Rehabilitanden einer Indikation (z. B. Alkoholabhängigkeit) in einer Reha-Einrichtung gemäß den in den Reha-Therapiestandards formulierten Qualitätsanforderungen (geforderter prozentualer Anteil der Rehabilitanden, Leistungsdauer und Leistungshäufigkeit) der DRV behandelt wird. Die einrichtungsbezogenen Ergebnisse, welche Übersichten zur Versorgung der Rehabilitanden – gemessen an den entsprechenden Vorgaben - innerhalb eines bestimmten Entlassungszeitraums umfassen, werden im Ergebnisbericht der DRV in tabellarischer und graphischer Form dargestellt. Der rehabilitativen Versorgung der Einrichtung wird dabei der Mindestanteil der entsprechend zu behandelnden Rehabilitanden laut Reha-Therapiestandards gegenübergestellt. Dieser Mindeststandard ist der prozentuale Anteil an Rehabilitanden in einer Reha-Einrichtung, der therapeutische Leistungen aus dem jeweiligen ETM mindestens in der angegebenen Menge (Dauer und Häufigkeit) erhalten soll.

Die Überführung der Bewertung in Qualitätspunkte ist noch nicht erfolgt, Verfahren zur Umrechnung in Qualitätspunkte werden derzeit innerhalb der DRV beraten.

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

Hierzu gehören:

- Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Verfahrens (Offenlegung aller Berechnungs-Algorithmen)
- Repräsentativität des Verfahrens (Einbezug möglichst aller Einrichtungen in das Verfahren)
- Sicherstellung der Objektivität, der Verlässlichkeit der Instrumente und der Gültigkeit der Ergebnisse
- Einbeziehung der Ergebnisqualität - insbesondere im Indikationsbereich Sucht
- Einbezug des internen Qualitätsmanagements

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

Dies bedeutet zum einen, dass die zugrunde liegenden Daten und Informationen einen tatsächlichen Rückschluss über die Qualität einer Einrichtung erlauben müssen und zum anderen eine Risikoadjustierung der Rehabilitanden vorgenommen wird, um überhaupt realistische Einrichtungvergleiche zu ermöglichen. Es sollte vermieden werden, „Äpfel mit Birnen“ zu vergleichen.

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

Von daher ist es grundsätzlich erforderlich, einen Qualitätsdialog mit den Einrichtungen (besonders auch im Rahmen der Visitationen) zu führen und diesen auch die Möglichkeit zur Beseitigung von festgestellten Qualitätsmängeln innerhalb bestimmter Zeitkorridore einzuräumen. Auch ist eine Ausweitung der Basis der vergleichenden Bewertung durch den erheblich stärkeren Einbezug der Ergebnisqualität und hinsichtlich des Vorhandenseins eines qualifizierten internen Qualitätsmanagement-Systems zu fordern. Insgesamt besteht hier noch erheblicher Diskussions- und Entwicklungsbedarf, insbesondere sollte nicht zu letzt unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit und des Kostengesichtspunkts die unzureichende Berücksichtigung von Dimensionen der Ergebnisqualität im Qualitätssicherungsprogramm der Leistungsträger bei der Entwicklung eines Rehabewertungssystems vermieden werden.

Es ist davon ausgehen, dass auch die Veröffentlichung und Verbreitung von Qualitätsergebnissen, z. B. in Form von Qualitätsberichten im Internet noch deutlich an Bedeutung in der medizinischen Rehabilitation gewinnen wird. Krankenhäuser sind bereits ab dem Jahr 2005 dazu verpflichtet, alle 2 Jahre strukturierte Qualitätsberichte zu veröffentlichen (§ 137 SGB V).

Auch in der medizinischen Rehabilitation gibt es Modellprojekte und Gespräche zwischen den Leistungsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer zu dieser Thematik. Im Mittelpunkt steht hierbei, neben Strukturdaten auch die jeweiligen Qualitätsstärken von Rehabilitationseinrichtungen im Vergleich zu anderen darstellen zu können. Hierzu werden auch Ergebnisse aus den externen QS-Programmen sowie Angaben zum internen Qualitätsmanagement Verwendung finden. Bisherige Meinungsäußerungen von Vertretern der Leistungsträger und -erbringerverbände gehen dahin, dass es notwendig ist, die allgemeinen „Spielregeln“ hierzu festzulegen. Dies betrifft z. B. Fragen wie „Welche Daten müssen verpflichtend genannt werden? Welche optionalen Teile können mit freien Texten versehen werden (z. B. Risikokonstellation)? Wie geht man mit dem Einfluss von Confoundern (d. h. nicht von der Einrichtung zu beeinflussenden Faktoren wie Risikomerkmale von Patienten) um, damit faire Vergleiche ermöglicht werden?“ Strukturierte Qualitätsberichte dienen verschiedenen Zielen, wie (Spyra et al., 2005) ausführen:

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

Auch stellt sich die Aufgabe, die Ergebnisse für die verschiedenen Adressaten (z. B. Leistungsträger, Behandler, Patienten) so aufzubereiten, dass sie deren Wünschen und Informationsbedürfnis genügen. Dabei wird es notgedrungen zu einer Reduktion der Komplexität der Daten kommen. Hier besteht wiederum die Gefahr, dass vereinfachende Darstellungen entstehen (z. B. in Form von Rangreihen von Einrichtungen), welche unterschiedliche Ausgangsbedingungen, methodische Probleme und Begrenzungen der Interpretationsmöglichkeiten nicht genügend berücksichtigen. Der FVS hat zusammen mit der DEGEMED einen Musterbericht mit entsprechenden Vorgaben für Qualitätsberichte entwickelt ([www.sucht.de](http://www.sucht.de) – Verband – Muster-Qualitätsbericht).

Abb. 71: Diagnostik im Vorfeld der Behandlung (ICD-10 und ICF orientiert)

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

### 5.2.5.7 Strukturverantwortung und Zuweisungssteuerung

Früher sind die Leistungsträger in der Regel den Vorschlägen der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen oder anderer Zuweiser hinsichtlich der Auswahl einer Fachklinik gefolgt. Seit dem Jahr 1997 machen sie verstärkt von ihrem Zuweisungsrecht Gebrauch. Die rechtlichen Rahmenbedingungen hierzu finden sich für die Rentenversicherungsträger in § 13 SGB VI: „Demnach bestimmt der Träger der Rentenversicherung im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.“ Einzelne Leistungsträger sind dazu aufgefordert, die Beratungsstellen dazu aufzufordern, nicht mehr Fachkliniken namentlich vorzuschlagen, sondern vielmehr strukturelle Aspekte von stationären Einrichtungen zu benennen, die für die Auswahl - in Bezug auf die spezifischen Erfordernisse für den jeweiligen Patienten - ausschlaggebend sein können. Mit der Übernahme der Strukturverantwortung und stärkeren Belegungssteuerung durch die Leistungsträger kann auf der einen Seite einer denkbaren Tendenz, dass ambulante Stellen möglicherweise nur noch oder vorrangig Kliniken vorschlagen, die sich in identischer Trägerschaft befinden, um deren Existenz zu sichern, entgegengesteuert werden. Auf der anderen Seite kann sich ein Konflikt mit dem Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten bei der begründeten Auswahl einer geeigneten Rehabilitationsklinik ergeben.

Die Auswahl des suchtspezifischen Behandlungsangebotes sollte sich grundsätzlich am individuellen Bedarf und damit an Art, Schweregrad, Erkrankungsverlauf sowie den weiteren Begleitumständen - und somit an fachlichen Aspekten - ausrichten. Im Vorfeld der Behandlung ist von daher eine indikationsrelevante Diagnostik erforderlich, welche ein bio-psycho-sozial orientiertes Behandlungsmodell zugrunde legt.

Die ICD-10 als Klassifikationssystem von Erkrankungen wird ergänzt um das ICF-Modell der Weltgesundheitsorganisation (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

auf dessen Grundlage Aussagen zur Funktionsfähigkeit, den Aktivitäten und zur Partizipation getroffen werden können. Dieser umfassende Ansatz ist für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen nicht neu, entsprechende Angaben finden sich z. B. bereits - wenn auch nicht in der differenzierten Form eines Klassifikationssystems - im Sozialbericht, der Bestandteil von Anträgen auf entsprechende Rehabilitationsleistungen ist. Auch sei darauf verwiesen, dass die Komplexität der ICF weiterhin ein Problem für deren Handhabbarkeit als Klassifikationssystem darstellt. Offen ist deshalb, inwieweit in den nächsten Jahren die ICF als Klassifikationsinstrument differenzierten Eingang in die Versorgungspraxis finden wird. Wichtig ist, dass das diagnostische Verfahren im Vorfeld der Behandlung auf der einen Seite handhabbar bleibt und nicht durch überhöhte Anforderungen die Eingangs- und Zugangswege zu einem Nadelöhr zur Suchtbehandlung verengt werden, andererseits aber auch aussagekräftige Informationen vorliegen, die eine zielgerichtete Zuweisung erst ermöglichen.

Die diagnostischen Feststellungen sind von erheblicher Relevanz, denn sie sind Grundlage für die Entscheidung, ob eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ambulant, ganztägig ambulant, stationär oder ggf. in Kombination durchgeführt werden soll und auch dafür, welche Behandlungseinrichtung (Ausstattung, Behandlungsangebote, personelle Voraussetzungen) für den jeweiligen Behandlungsbedarf eines Patienten besonders geeignet ist.

Der FVS tritt für eine Pluralität der Angebotsformen in der gesamten Suchtkrankenhilfe, insbesondere aber auch im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ein. Auf diesem Hintergrund muss auch konstatiert werden, dass größere Fachkliniken für Abhängigkeitskranke aufgrund der in ihnen behandelten Patientenzahlen und vorhandenen Fachkräften eher in der Lage sind, differenziertere Behandlungsprogramme, insbesondere für co- und multimorbide Patienten vorzuhalten. Eine entsprechende über Fallhäufigkeit und Fallschwere operationalisierte Fallkompetenz würde auch einer entsprechenden Strukturierung von Angeboten bei Disease-Managementprogrammen entsprechen.

Eine leistungsbezogene Patientenklassifikation und damit verbundene Fallgruppenbildung und eine steuerungswirksame Umsetzung von unterschiedlichen Reha-Bedarfsgruppen innerhalb einer Indikation verfolgt unter Beteiligung von Einrichtungen des FVS insbesondere auch das Projekt zu Rehabilitanden-Management-Kategorien bei stationären Entwöhnungsbehandlungen von Alkoholabhängigen („RMK-Sucht“) an der Charité-Universitätsmedizin Berlin.

Um überhaupt aussagefähige Untersuchungen zur Versorgungsrealität und zur Wirksamkeit von Angeboten der Suchtkrankenhilfe machen zu können, unterstützt der FVS mit Nachdruck die im „Deutschen Kern Datensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2006) ausgesprochene Empfehlung für stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, neben einer Basisdokumentation eine prospektiv geplante routinemäßig (kontinuierlich) durchgeführte Katamnese (1-Jahres-Katamnese) als Vollerhebung durchzuführen. Der benannte Kerndatensatz wurde unter Beteiligung des FVS entwickelt.

Zu berücksichtigen ist auch, dass die Zuweisungssteuerung in enger Kooperation mit den jeweiligen Fachkliniken erfolgt, um eine individuelle Passung von Problemlagen des Patienten mit differenzierten Angeboten der Einrichtung zu ermöglichen. Für den Fortbestand des Behandlungssystems würde es auch keinen Sinn machen - falls es einmal zu einem Antragsrückgang für stationäre Entwöhnungsbehandlungen kommen sollte -, diesen ungezielt über alle Einrichtungen zu streuen. Durch eine gezielte Steuerung sollte in diesem Falle versucht werden, anhand von definierten Qualitätskriterien den Fortbestand von Kernstrukturen im stationären Abhängigkeitsbereich nach qualitativen Gesichtspunkten zu gewährleisten.

Auf der anderen Seite stellen sich mit einer stärkeren Zuweisungssteuerung durch die Leistungsträger auch Probleme. So könnte Folge davon sein, dass beispielsweise tradierte Formen der Zusammenarbeit von einzelnen Einrichtungen nicht mehr fortgeführt werden können, die Abstimmung von Konzepten zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen im Einzelfall erschwert wird, vorgeschlagene Einrichtungen von einzelnen Leistungsträgern aus unterschiedlichen Gründen nicht belegt werden und Landesgrenzen über die Belegung einer Einrichtung etc. entscheiden.

Langfristig gesehen wird eine patienten- und kundenorientierte Verfahrensweise bei der Belegungspraxis verstärkt zum Tragen kommen. Diese wird durch das im SGB IX verankerte Wunsch- und Wahlrecht (§ 9) gestärkt. Voraussetzung für die Inanspruch-

nahme des Wunsch- und Wahlrechts ist eine möglichst objektive Information der Betroffenen durch den Berater über die Art und Qualität der Behandlungsangebote. Dazu gehört nicht nur, dass die Beratung nicht von Trägerinteressen geleitet ist, sondern auch die Kenntnis einer genügenden Zahl von Fachkliniken und von deren jeweiligen Behandlungsangeboten. Auch die gemeinsamen Servicestellen der Leistungsträger sind weiterhin gefordert, sich über entsprechende Behandlungsangebote zu informieren und entsprechende Informationen zu nutzen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006).

### 5.3 Ganztägig ambulante (teilstationäre) Angebote für Abhängigkeitserkrankungen

Das ganztägig ambulante Behandlungsangebot für Abhängigkeitserkrankte ist bislang nur in Ballungszentren ausgebaut worden. Im Jahr 2010 existieren ca. 40 entsprechende Behandlungseinrichtungen in Deutschland. Die Anzahl der Behandlungsplätze liegt in der Regel durchschnittlich bei ca. 20 Behandlungsplätzen. In den neuen Bundesländern war in der Vergangenheit die tagesklinische Behandlung von Suchtkranken ein etablierteres Angebot, welches nach der Wiedervereinigung mit wenigen Ausnahmen fast vollständig verschwunden ist.

Einen Überblick über die Anzahl der Leistungen gibt Abb. 72.

Im Jahr 2010 waren dies insgesamt 2.727 Behandlungen, davon entfielen 2.184 auf den Indikationsbereich Alkoholabhängigkeit. Im Vergleich zum Jahr 2008 hat die Anzahl der Leistungen um ca. 10 % zugenommen.

Bislang gibt es ganztägig ambulante Einrichtungen, die sich insbesondere auf die Behandlung von alkohol- und medikamentenabhängigen Menschen oder drogenabhängige Menschen spezialisiert haben. Vereinzelt gibt es auch indikationsübergreifende Angebote.

Aus der Basisdokumentation des FVS stammen die nachfolgenden Ergebnisse im Überblick:

Abb. 72: DRV Tab. 900.S1M – Ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung – abgeschlossene Leistungen 2008/09/10

Jahr	2010	2009	2008
Alkoholabhängigkeit	2.184	2.027	1.904
Medikamentenabhängigkeit	25	10	12
Drogenabhängigkeit	334	349	341
Mehrfachabhängigkeit	184	187	197
<b>Gesamt</b>	<b>2.727</b>	<b>2.573</b>	<b>2.454</b>

**Basisdokumentation 2010 – Zentrale Ergebnisse zu Ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen des FVS (Schneider, Knuth 2011; Weissinger et al., 2011)**

In die einrichtungsübergreifende Auswertung des FVS gingen 483 Patientendaten ein. In Abb. 73 sind einige ausgewählte Daten daraus dargestellt.

67,9 % waren männlichen und 32,1% weiblichen Geschlecht. Damit liegt der Anteil von Frauen etwas niedriger als bei den ambulanten Einrichtungen und höher als im stationären Bereich. Die Abhängigkeitsdauer betrug vor Antritt ca. 11,6 Jahre. Jeder Patient hatte im Durchschnitt bereits 2,7 Entzugsbehandlungen absolviert. Das durchschnittliche Alter liegt bei 44,8 Jahren. 49,5 % lebten zudem in einer festen Beziehung. Hauptdiagnose ist mit 94,0 % die Alkoholabhängigkeit. Hauptvermittler waren mit 76,4 % Suchtberatungsstellen. 47,4 % der Patienten waren am Ende der Behandlung arbeitslos. Dieser Wert entspricht dem der stationären Behandlung in Fachkliniken für Alkohol/Medikamente und liegt deutlich über dem Arbeitslosenanteil der ambulanten Behandlungsform. 73,5 % beendeten die Behandlung regulär und 88,2 % planmäßig. Dies stellt einen wichtigen Indikator für die Effektivität dieser Behandlungsform dar. Die Behandlungsdauer betrug bezogen auf reguläre Beender 84,5 Tage und für planmäßig entlassene Patienten 79,8 Tage. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass z. T. auch Patienten mit ganztägig ambulanter Entlassphase nach einer stationären Rehabilitation in den Datensätzen enthalten sind.

Diese Daten des FVS zur ganztägig ambulanten Behandlung zeigen, dass sich die Klientel sowohl von der stationären (z.B. Dauer der Abhängigkeit, somatische Komorbidität) wie auch der ambulanten Klientel in einigen Aspekten abhebt. Ein hoher Teil der Patienten beendete auch diese Behandlungsform planmäßig.

**5.3.1 Indikationsstellung für die ganztägig ambulante Behandlung**

Indikationskriterien für eine teilstationäre Rehabilitation müssen zukünftig noch weiter entwickelt und empirisch abgesichert werden (vgl. Zemlin et al., 2002). Nach den Rahmenempfehlungen der Leistungsträger vom 18.8.2011 sind für die ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung besonders Suchtkranke geeignet, auf die folgenden Kriterien zutreffen:

- Die Störungen auf psychischem, körperlichen und sozialem Gebiet können voraussichtlich ganztägig ambulant erfolgreich behandelt werden.
- Der Rehabilitand benötigt ein intensives und strukturiertes Behandlungsangebot.
- Der Rehabilitand ist fähig, in den therapiefreien Zeiten selbständig abstinent zu leben.

Abb. 73: Basisdokumentation 2010 des FVS – Ganztägig Ambulante Rehabilitationseinrichtungen

N = 483	Entlassjahrgang 2010
Anteil Männer	67,9 %
Anteil Frauen	32,1 %
Durchschnittliches Alter	44,8 Jahre
Feste Partnerbeziehung bei Antritt	49,5 %
Vermittlung durch Suchtberatung	76,4 %
Anteil Arbeitsloser (bei Entlassung)	47,4 %
Dauer der Abhängigkeit Ø	11,6 Jahre
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	2,7
Behandlungsdauer	
- alle:	74,9 Tage
- reguläre Entlassung:	84,5 Tage
- planmäßige Entlassung:	79,8 Tage
planmäßige Behandlungsbeendigung	88,2 %

- Ein im Vergleich zur niedrigfrequenten ambulanten Rehabilitation relativ hochfrequenten Einsatz psycho- und sozialtherapeutischer und unterstützender Behandlungsmethoden ist erforderlich.
- Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
- Das soziale Umfeld hat unterstützende Funktion.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur Teilnahme und Einhaltung der Regularien der ganztägig ambulanten Rehabilitation vorhanden ist.
- Der Rehabilitand sollte ausreichend belastbar sein, um am Rehabilitationsprogramm teilnehmen zu können und während der ganztägig ambulanten Rehabilitation abstinent zu bleiben.
- Der Rehabilitand sollte in der Lage sein, die Rehabilitation in einer angemessenen Fahrzeit (möglichst 45 Minuten) zu erreichen.

Im Einzelfall wird eine Gewichtung der einzelnen Indikationskriterien unter Berücksichtigung der Gesamtsituation vorgenommen.

Im Unterschied zu ambulant behandelten Patienten benötigen diese Patienten ein höheres Maß an therapeutischen Angeboten und Hilfen zur Gestaltung des Tagesablaufs. Im Unterschied zur stationären Behandlung muss der Patient eine gewisse Stabilität aufweisen, da er sich abends und am Wochenende zuhause in seiner gewohnten Umgebung aufhält.

**5.3.2 Effektivität der ganztägig ambulanten Behandlung**

Bislang sind die Effekte der teilstationären Behandlung noch wenig evaluiert worden. So sind Studien über tagesklinische Suchtbehandlungen auch im internationalen Raum bislang rar (vgl. Wagner, 1996, 1996 a), b)). Die Überprüfung der Effektivität der teilstationären Behandlung und die Entwicklung spezifischer Indikationskriterien für diese Behandlungsform stellen eine wichtige Zukunftsaufgabe dar und sind Voraussetzung dafür, dass sich diese Behandlungsform zwischen der ambulanten und stationären Behandlung verstärkt etablieren kann.

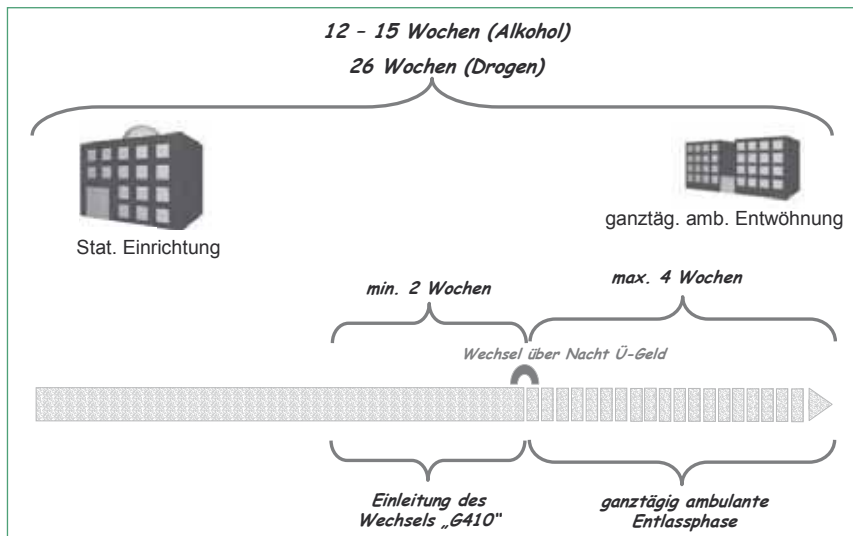
Der FVS hat für seine ganztägig ambulanten Mitgliedseinrichtungen im Jahr 2012 zum zweiten Mal eine Untersuchung zur Effektivität, hier des Entlassjahrgangs 2009, vorgelegt (Schneider und Knuth, 2012). Die Auswertung beruht auf den Daten von 279 Patienten, die Anzahl ist damit deutlich geringer als die FVS-Katamnese im stationären Bereich. Die Rücklaufquote betrug 54,5 %. Nach DGSS 1 betrug die katamnestiche Erfolgsquote 74,2 %, nach DGSS 4 43,0 %. 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 Männer, Personen in festen Partnerschaften, Erwerbstätige,

Abb. 74: Ganztägig ambulante Entwöhnung bei Alkohol-, und Medikamentenabhängigkeit: Abstinenquoten nach DGSS 1 und 4 (neu „Abstinent nach Rückfall 30 Tage“)

	DGSS 1 (N=155)		DGSS 4 (N=279)	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	115	74,2 %	120	43,0 %
<b>Abstinent</b>	90	58,1 %	93	33,3 %
<b>Abstinent nach Rückfall</b>	25	16,4 %	27	9,7 %
<b>Rückfällig</b>	40	25,8 %	159	57,0 %

Abb. 75: Ganztägig ambulante Entlassungsform – zeitliche Aspekte (DRV Bund)



Personen mit einer kürzeren Abhängigkeitsdauer und mit planmäßiger Entlassung zu einem höheren Anteil abstinent. 50,0 % der Rückfälle geschehen in den ersten drei Monaten nach Behandlungsende. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die ganztägig ambulante Behandlung in den beteiligten Einrichtungen positive Behandlungsergebnisse erzielt.

### 5.3.3 Strukturelle Aspekte zur ganztägig ambulanten Behandlung

Die ganztägig ambulante Behandlung kann als teilstationäre Entlassungsphase beispielsweise auch im Anschluss an eine stationäre Behandlung ein bedarfsorientiertes Angebot darstellen.

Die DRV Bund hat ein entsprechendes Modell der ganztägig ambulanten Entlassungsform für alle von ihr belegten Einrichtungen geöffnet. Voraussetzung der Teilnahme ist, dass die Gesamtbehandlungszeit für eine stationäre Behandlung nicht überschritten wird und die ganztägig ambulante Entlassungsphase maximal 4 Wochen dauert (s. Abb. 75).

Zu prüfen ist, inwieweit auch besondere Angebote am Wochenende bzw. Krisenangebote für nachts integriert werden können. Das teilstationäre Rehabilitationsangebot entspricht in den einzelnen Komponenten demjenigen einer vollstationären Rehabilitationsmaßnahme und enthält u. a. ärztliche Diagnostik und Behandlung, Einzel- und Gruppentherapie, Ergotherapie, Sozialarbeit und berufsorientierte Maßnahmen sowie Dokumentation und sozialmedizinische Beurteilung. Das tagesklinische Angebot muss eine hohe therapeutische Dichte aufweisen und ein der stationären Behandlung vergleichbares Qualitätsniveau. Dies schließt die Beteiligung an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, das Vorhalten eines internen QM-Systems und einer Basisdokumenta-

tion sowie katamnestic Erhebungen mit ein.

Da ganztägig ambulante Einrichtungen für Patienten gut erreichbar sein müssen und eine Mindestkapazität erforderlich ist, damit diese Angebote auch ökonomisch tragfähig sind, werden die Möglichkeiten einer Ausweitung vorrangig auf städtische Ballungsgebiete beschränkt sein.

Ein flächendeckendes Angebot erscheint von daher unrealistisch. Angesichts teurer Mieten bzw. hoher Investitions- und Personalkosten ist davon auszugehen, dass entsprechend hohe Tagessätze erforderlich sind, um qualitativ hochwertige teilstationäre Angebote vorhalten zu können. Mit den aktuell bestehenden Vergütungssätzen und der Anfälligkeit der vergleichsweise kleinen Behandlungseinrichtungen (z.B. Ausfall bei Erkrankung von Patienten, Vertretungsregelung der Mitarbeiter bei Krankheiten, geringe Personalstellenzahl in einzelnen Bereichen [z.B. Ergo-/Sporttherapie]) ist trotz des hohen Engagements der Mitarbeiter die Bestandssicherheit dieser Einrichtungen eine Daueraufgabe.

Eine weitere mögliche Form der Ganztagsbetreuung für bestimmte Patientengruppen könnte in der Ausweitung ambulanter Beratungs- und Behandlungsangebote, die über ein entsprechendes Einzugsgebiet verfügen, bestehen. Beispielsweise könnten für

drogenabhängige Patienten in Form von Tageszentren bzw. Tagesstätten ganztägige Maßnahmen angeboten werden, die weniger strukturiert und verpflichtend als in ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen sind und über bestehende ambulante Angebote hinaus insbesondere der Tagesstrukturierung (z.B. in Form von ergotherapeutischen und freizeitorientierten Maßnahmen) dienen. Voraussetzung dafür ist, dass für solche zusätzlichen Maßnahmen die Zuständigkeiten geklärt sind und eine Finanzierungsgrundlage geschaffen wird.

## 5.4 Kombinationsbehandlungen

In Entwicklung befindlich ist die Vernetzung der unterschiedlichen Behandlungsformen im Rahmen der Kombi-Behandlung. Derzeit gibt es sehr unterschiedliche Kombinationsmodelle. Verschiedene Leistungsträger, wie auch der FVS, betrachten diese Angebotsform als vierte Säule neben einer vorrangig ambulanten, teilstationären oder stationären Behandlungsform (Modell A). Neben denjenigen, welche die Kombi-Behandlung als vierte Säule betrachten, gibt es auch den Ansatz, die Kombi-Behandlung eher zur Regelbehandlung machen zu wollen (Modell B). Insgesamt ist an alle Kombinationsmodelle die Forderung zu stellen, dass diese ihre Wirksamkeit erst noch empirisch absichern müssen.

### 5.2.6 Kombinationsmodelle

Im Weiteren werden die beiden unterschiedlichen Grundvarianten von Kombinationsmodellen dargestellt.

#### a) Kombinationsbehandlung Modell A („4. Säule“)

In diesem Modell gibt es unterschiedliche Varianten, beispielsweise eine verkürzte stationäre Phase mit ambulanter Anschlussphase oder eine Variante, bei der die ambulante Reha durch eine intermittierende stationäre Phase unterbrochen werden kann (vgl. Abb. 76).

Ein Beispiel für das Modell A ist das Kombinationsbehandlungsmodell in Rheinland-Pfalz, bei dem bei Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit eine stationäre Phase von 4 – 8 Wochen mit einer ambulanten Phase von 12 – 26 Wochen kombiniert wird (vgl. Abb. 77).

Abb. 76: Kombinationsbehandlung: Modell A

Verschiedene Varianten im Einsatz:	
Hauptformen	
1. Kombimodelle als „4. Säule“	
Variante 1	Verkürzte stationäre Phase mit ambulanter Anschlussphase (8 Wochen stationär und 6 Monate ambulant) (40 + 4 Therapieeinheiten)
Variante 2	Ambulante Reha mit intermittierender stationärer Phase (i.d.R. 4 Wochen)

Im Drogenbereich gibt es entsprechend längere Zeitdauern. Darüber hinaus gibt es auch Kombinationsmodelle zwischen stationärer und ganztägig ambulanter Behandlung (s. Kap. 5.3.3).

**b) Kombinationsbehandlung Modell B („Regelbehandlung“)**

Des Weiteren gibt es aber auch den Ansatz, die Kombibehandlung eher zur Regelbehandlung zu machen. Dieser Ansatz wird insbesondere im Rahmen von „Kombi-Nord“ von der DRV Braunschweig-Hannover umgesetzt. Hierbei gibt es eine variable Therapiezeitgestaltung innerhalb eines Gesamtrahmens von 12 Monaten. Von daher sind ganz unterschiedliche Varianten möglich (vgl. Abb. 78).

Somit sind Besonderheiten von Kombi Nord eine flexible Kombination unterschiedlicher Behandlungsformen und dass die Steuerung insbesondere bei den jeweiligen Behandlern liegt. Vorgesehen ist im Kombimodell ein Übergabemanagement, um die verschiedenen Behandlungsphasen miteinander zu verbinden.

**Besonderheiten von „Kombi-Nord“**

- Flexible Kombination unterschiedlicher Behandlungsformen
- Übergabemanagement („Dreierkonferenz“)
- Regionale Arbeitskreise und Qualitätszirkel zwischen den Einrichtungen
- Ablaufcontroller (Verantwortlicher Mitarbeiter aus Therapieverbund)
- Fortgeschriebener E-Bericht

11 regionale Arbeitskreise zwischen Fachkliniken und ambulanten Stellen sind allein im Bereich der DRV Braunschweig-Hannover eingerichtet worden. Auch gibt es einzeln Qualitätszirkel zwischen den Einrichtungen. Ein verantwortlicher Mitarbeiter aus dem jeweiligen Therapieverbund soll in der konkreten Kooperation von ambulanten und stationären Einrichtungen das Fallmanagement übernehmen, der E-Bericht soll einrichtungsübergreifend fortgeschrieben werden. Nun beinhaltet das Modell auch aus Sicht der Behandler zwar einige Vorteile, jedoch gibt es auch erhebliche Problemfelder. Diese sind im Einzelnen:

- Wirkungsnachweis: Allgemeiner und spezifischer Nachweis (für spezifische Zielgruppen) steht aus (z.B. Anzahl regulärer Beender laut Forschungsbericht 44,3 %).
- Indikationsstellung: Ist diese Behandlungsform für die meisten Patienten geeignet? (Differenzielle Wirksamkeit ist nicht untersucht.)
- Personeller Aufwand ist erheblich (Übergabemanagement).
- Planung: Behandlungsplätze (-kontingente) müssen vorgehalten werden, um flexible Übergänge zu ermöglichen.

Abb. 77: Modell „Kombinationsbehandlung in Rheinland-Pfalz“ – Medizinische Rehabilitationsleistungen (DRV Rheinland-Pfalz)

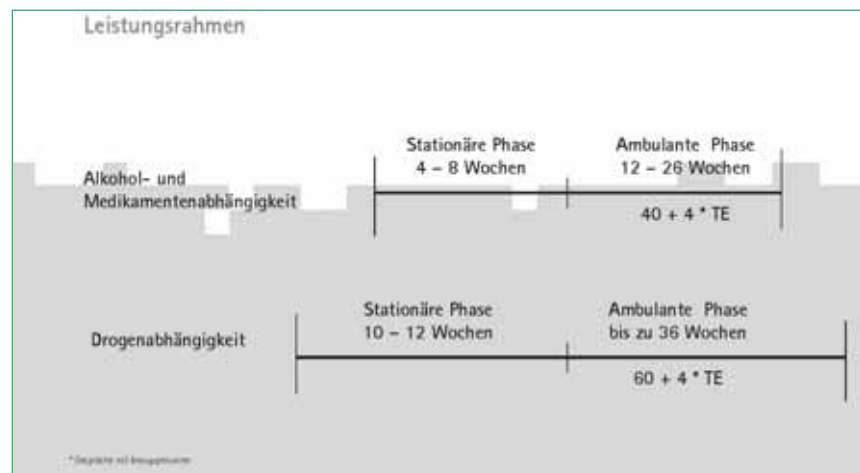


Abb. 78: Beispiele für Varianten (in Wochen) – „Kombi-Nord“

a)	4 ambulant	8 stationär	40 ambulant	
b)	4 ambulant	8 stationär	8 Adaption	32 ambulant
c)	8 stationär	13 ambulant	4 stationär	27 ambulant

- Mehrere Settingwechsel: Grenzen der Flexibilität (z.B. für Patienten, Angehörige, Arbeitgeber).
- Einfluss von Trägerinteressen in den Behandlungsverbänden bei der Steuerung,
- „Kleinräumigkeit“ der Arbeitskreise (für stationäre Einrichtungen mit regionalem/überregionalem Angebot).

Strukturelle und versorgungspolitische Probleme entstehen aufgrund der kleinräumigen Ausrichtung der regionalen Arbeitskreise.

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 sind die Arbeitskreise so zu gestalten, dass der Einbezug entsprechender Behandlungszentren/Fachkliniken ermöglicht wird. Ansonsten würde die Auswahl der möglichen Fachkliniken deutlich begrenzt. Dies würde auch 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 Übergabesprache zwi-

schen 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 FVS grundsätzlich - und nicht nur bei Kombimodellen - im Rahmen der (ganztägig) ambulanten Rehabilitation entsprechend vergütet werden (z.B. als Organisations-/Koordinationspauschale). Angesichts der zunehmenden technischen Möglichkeiten ist eine entsprechende Vernetzung von Einrichtungen („Tele-Reha“) darüber hinaus zukunftsweisend. Damit wird auch der Ansatz, den Verbundgedanken an der tatsächlichen Kilometerentfernung zwischen Einrichtungen 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 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 Rehabi-

Abb. 79: Kombinationsbehandlungen: Bewilligungszahlen (Hebrant 2011)

DRV	2008	2009	2010	2011 (bis Okt.)
<b>Regional</b>	1.934	2.098	2.112	1.790
<b>Bund</b>	364	404	395	364
<b>Gesamt</b>	2.373	2.502	2.507	2.154

litationseinrichtungen angemessen berücksichtigt werden.

Die Bewilligungszahl für Kombinationsleistungen hat sich auf ca. 2.500 Leistungen im Jahr 2010 erhöht, die meisten davon werden von den Regionalträgern (insbesondere im Rahmen Kombi-Nord der DRV Braunschweig-Hannover) erbracht (vgl. Abb. 79).

### 5.4.2 Indikationsstellung für die Kombinationsbehandlung

Es stellt sich die Frage, welche Indikationskriterien für die Kombinationsbehandlung – in Abgrenzung zu den bestehenden Indikationskriterien für eine (ganztägig) ambulante oder stationäre Rehabilitation – zugrunde gelegt werden können und ob die Wirksamkeit der Behandlungsmodelle vor dem Hintergrund dieser Indikationskriterien untersucht wurde. Vor dem Hintergrund der bestehenden Indikationskriterien für die ambulante, ganztägig ambulante und stationäre Behandlung sowie aus den bisherigen Kombinationsmodellen könnte man folgende Kriterien hinsichtlich der Eignung dieser Behandlungsform ableiten. Sie könnte sich besonders eignen für:

- Patienten, für die eine ausschließliche (ganztägig) ambulante Rehabilitation nicht ausreicht
- Patienten, die bisher mit den ausschließlich ambulanten oder ausschließlich stationären Angebotsformen nicht erfasst werden können (fehlende Rehabilitationsbereitschaft für eine längerfristige ganztägig ambulante oder 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 dekompensieren 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.

Im Unterschied zu diesen Indikationskriterien geht Kombi-Nord davon aus, dass diese Behandlungsform im Grunde für (fast) alle Patienten geeignet ist, da sich die Kontraindikationen nur auf Personen beziehen, bei denen die Rehabilitationsfähigkeit nicht gegeben ist (z.B. Psychosen im akuten Stadium, akute Suizidalität, Pflegebedürftigkeit, erhebliche Intelligenzminderung).

Weder bezogen auf die regulären Beender noch auf die Katamneseergebnisse zeigten allerdings die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zu Kombi-Nord bislang, dass diese Behandlungsform anderen überlegen ist. So beendeten lediglich 42,2 % der Eingangsstichprobe die Behandlung regulär, die Katamneseergebnisse (Halbjahreskatamnese: 10,8 % bezogen auf die Eingangsstichprobe, DGSS4) lagen zudem deutlich unter den nachgewiesenen Erfolgsquoten im stationären, ganztägig ambulanten oder ambulanten Bereich (s. Kap. 5.1, 5.2, 5.3).

## 5.5 Komplementäre Angebote für suchtkranke Menschen: Adaption, Betreutes Wohnen und Soziotherapeutische Einrichtungen

Die körperlichen, psychischen, kognitiven und sozialen Folgen einer langjährigen Abhängigkeit lassen sich bei einem Teil der suchtkranken Menschen nicht allein im Rahmen einer ambulanten, ganztägig ambulanten (teilstationären) oder stationären Entwöhnungsbehandlung beheben. Vielfach ist der behandelte Suchtkranke (noch) nicht stabil genug, um mit den täglichen Belastungen und Anforderungen, z. B. am Arbeitsplatz, im familiären Umfeld oder im sozialen Leben zurechtzukommen. Ambulante Nachsorgemaßnahmen können – wie auch der Besuch einer Selbsthilfegruppe – hier bei einem Teil der Betroffenen zur Stabilisierung und Integration nach einer erfolgten Behandlung beitragen.

Ein Teil der suchtkranken Menschen ist aber auf intensive und längerfristige Hilfsangebote angewiesen. Diese Patienten haben erhebliche Probleme hinsichtlich der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung und Teilhabe bzw. es bestehen schwere körperliche, seelische und soziale Folgeschäden. Von daher sind sie auf sogenannte komplementäre Angebote angewiesen. Diese können sich über längere Zeiträume erstrecken und richten sich an den jeweiligen spezifischen Voraussetzungen und Anforderungen des Abhängigkeitskranken aus. Hierzu gehören:

- Adaptionseinrichtungen (s. 5.5.1)
- Angebote zum Betreuten Wohnen (s. 5.5.2)
- Soziotherapeutische Einrichtungen (s. 5.5.3)

Weitere Integrationsangebote zur Wiedereingliederung suchtkranker Menschen können berufsintegrierende Leistungen, Arbeitsprojekte, Unterstützungsangebote für eine sinnvolle Freizeitgestaltung bzw. tagesstrukturierende Angebote, Angebote zur Schuldenregulierung, sonstige Anlaufstellen, konzentrierte bedarfsorientierte Angebote für Krisenintervention und Rückfallprophylaxe etc. sein.

Generell sind Maßnahmen zur Integration und Nachsorge wegen der Vielfalt der unterschiedlichen Hilfen (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Komplementäre Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, psychologische und ärztliche Psychotherapeuten, betriebliche Suchtkrankenhilfe, spezielle Fachdienste und -berater der Rentenversicherungen [Reha-Fachberater] und Krankenkassen [Rehabilitationsberater], der Agenturen für Arbeit, Arbeitsgemeinschaften und Jobcenter) auf eine einzelfallbezogene regionale Zusammenarbeit der unterschiedlichen Institutionen angewiesen.

### 5.5.1 Adaptionseinrichtungen

Das Angebot von Adaptionseinrichtungen richtet sich an Patienten, bei denen auch nach Abschluss der fachklinischen Entwöhnungsbehandlung eine erhöhte Rückfallgefahr und somit ein weiterer Behandlungsbedarf besteht, die weitere gesundheitliche Stabilisierung erforderlich ist und/oder beispielsweise die Erwerbsfähigkeit noch nicht wiederhergestellt ist bzw. deren wiederhergestellte Erwerbsfähigkeit abgesichert werden muss, damit sie nicht sofort wieder gefährdet wird oder verloren geht. Bei drogenabhängigen Patienten geht man hierbei von einem hohen Bedarf aus, während bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen der Anteil auf ca. 5 % der stationär in einer Fachklinik behandelten Patienten geschätzt wird. In Deutschland gibt es schätzungsweise 115 Adaptionseinrichtungen mit über 1200 Plätzen (vgl. Leune, 2012). Die Adaptionsphase ist integraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation (Phase II) und kann entweder in gesonderten Adaptionseinrichtungen oder in Adaptionseinrichtungen, die an Fachkliniken für Abhängigkeitskranke angeschlossen sind, durchgeführt werden. In Fortsetzung der Entwöhnungsbehandlung (Phase I) bleibt in der Regel die Zuständigkeit beim entsprechend zuständigen Leistungsträger für die Phase I erhalten.

Aus der Basisdokumentation des FVS stammen nachfolgende Ergebnisse im Überblick:

#### Basisdokumentation 2010 – Zentrale Ergebnisse zu Adaptionseinrichtungen des FVS (Teigeler et al., 2011; Weissinger et al., 2011)

In die Auswertung gingen 1.135 Patientendaten aus Adaptionseinrichtungen ein.

Nachfolgend sind einige ausgewählte Daten dargestellt (vgl. Abb. 80):

78,6 % der Patienten waren männlichen und 21,3 % weiblichen Geschlechts. In einer festen Beziehung befanden sich lediglich 22,1 %, nur 23,8 % lebten im Zeitraum vor der Behandlung in einer eigenen Wohnung. Das durchschnittliche Alter lag bei 36,0 Jahren. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug 12,4 Jahre. Im Durchschnitt hatte jeder Patient 4,8 Entzugsbehandlungen vor der Adaptionsbehandlung absolviert. Bei 61,7 % lautet die Erstdiagnose „Alkoholabhängigkeit“, bei 35,5 % „Drogenabhängigkeit“. Hauptvermittler in die Adaption (Phase II der Entwöhnungsbehandlung) waren die Fachkliniken mit 91,7 %.

85,9 % der Patienten sind bei Entlassung arbeitslos. Betrachtet man den weiteren Zeitraum (4 Monate nach Entlassung), dann verfügen 10,0 % über einen Vollzeitarbeitsplatz, weitere 2,7 % über einen Teilzeitarbeitsplatz, 4,1 % über einen Mini-Job, 3,6 % über einen Ein-Euro-Job, des Weiteren befinden sich 6,3 % in Ausbildung oder Schule und 12,2 % in einer Qualifizierungs- bzw. beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. Damit haben immerhin 37,1 % der Patienten eine Abstinenz unterstützende sinnvolle Tätigkeit. 82,0 % der Patienten beendeten die Behandlung planmäßig. Die Behandlungsdauer betrug bei regulärer Entlassung 104,1 Tage und bei planmäßiger Entlassung 97,6 Tage.

Die Daten der Basisdokumentation zeigen, dass es sich bei den Patienten in der Adaption um eine spezifische Klientel handelt, welche eine Vielzahl von gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Problemen aufweist. Trotzdem ist die Rehabilitationsprognose grundsätzlich positiv, von daher ist auch im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung (Phase I) bei einem Teil der Klientel eine weiterführende Behandlung sinnvoll und erforderlich.

Nach Einschätzung des FVS sollte die Adaptionsphase möglichst in der Nähe des Ortes erfolgen, an dem die berufliche und soziale Integration der häufig sozial entwurzelten Menschen erfolgt.

Die Effektivität der Adaptionsphase wurde durch vereinzelte Erhebungen bereits belegt (vgl. Verstege, 1997; Teigeler, Reger, 2011).

#### 5.5.1.1 Zielsetzungen und Ausstattung der Adaptionseinrichtungen

Die Adaptionsphase beinhaltet (vgl. Verstege, 2000, 2008) u.a.

- eine Öffnung nach außen
- Anregungen, den Tagesablauf selbst zu strukturieren
- die Erprobung der Fähigkeiten des Patienten unter Alltagsbedingungen (z.B. betriebliche Arbeitsbelastungsproben)

Abb. 80: FVS Basisdokumentation 2010 des FVS – Fachkliniken Adaption

N = 1.135	Entlassjahrgang 2010
Anteil Männer	78,6 %
Anteil Frauen	21,3 %
Durchschnittliches Alter	36,0 Jahre
Feste Partnerbeziehung (bei Antritt)	22,1 %
Anteil Arbeitsloser (bei Entlassung)	85,9 %
Vermittlung durch Fachkliniken	91,7 %
Dauer der Abhängigkeit Ø	12,4 Jahre
Anzahl der Entzugsbehandlungen im Vorfeld Ø	4,8
Behandlungsdauer	
- Alle:	88,7 Tage
- reguläre Entlassung:	104,1 Tage
- planmäßige Entlassung:	97,6 Tage
planmäßige Behandlungsbeendigung	82,0 %

- die Erarbeitung einer eigenverantwortlichen Lebensführung mit begleitender Hilfe.

Die therapeutischen Einzel- und Gruppengespräche sollen zunehmend im Verlauf der Adaptionsphase im Sinne von eher begleitenden und ergänzenden therapeutischen Leistungen reduziert werden.

Einzelziele der Adaptionsphase sind u. a.:

- weitere Festigung der Abstinenz bzw. Persönlichkeitsstabilisierung
- gesundheitliche Stabilisierung
- konkretisierte Erarbeitung einer beruflichen Perspektive
- Training beruflicher und sozialer Fertigkeiten
- Arbeitserprobung durch externe Betriebspraktika
- Einleitung eines regulären Arbeitsverhältnisses bzw. von beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen
- Regelung vorhandener Schulden
- Aufnahme tragfähiger sozialer Kontakte vor Ort
- Planung und Einübung eines aktiven Freizeitverhaltens
- Wohnungsbezug vor Ort
- evtl. Übergang in weitere Maßnahmen (z.B. Betreutes Wohnen).

Damit eine qualifizierte Hilfestellung möglich ist, muss entsprechend dem jeweiligen Bedarf der Patienten qualifiziertes Fachpersonal für die medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Betreuung, die begleitenden einzel- und gruppentherapeutischen Leistungen sowie für die arbeitsbezogene Leistungen zur Verfügung stehen.

Patienten, die auch nach der Adaptionsphase noch nicht in der Lage sind, selbständig zu leben, muss ein möglichst nahtloser Übergang zu Leistungen des Sozialhilfeträgers in Form des Betreuten Wohnens ermöglicht werden.

Sinnvoll ist es darüber hinaus, dass von Seiten der Adaptionseinrichtungen bei Bedarf eine ambulante oder teilstationäre Nachsorge geleistet werden kann bzw. dorthin vermittelt wird.

#### 5.5.1.2 Behandlungszeiten und Zuständigkeiten für die Adaptionsphase

Im Rahmenkonzept für die Adaptionsphase aus dem Jahre 1994 wurde eine Behandlungszeit für Drogenabhängige von bis zu 3 Monaten und für Alkohol- und Medikamentenabhängige von bis zu 3 Monaten, welche im Einzelfall auch auf bis zu 6 Monate verlängert werden kann, zugrunde gelegt. Im Zuge der Umsetzung der sog. Spargesetze (WFG) wurden diese Vorgaben geändert. Bei drogenabhängigen Patienten erfolgt die Adaptionsphase nun regelhaft mit einer Dauer von bis zu 4 Monaten, bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen wurde die Behandlungszeit von einzelnen Leistungsträgern in der Regel auf durchschnittlich 3 Monate reduziert.

Die Behandlungszeit sollte sich an der medizinischen Notwendigkeit des Einzelfalls und den einrichtungsbezogenen Spezifika (z.B. Patientenzusammensetzung) orientieren.

Der eng gesetzte Zeitrahmen für die Adaptionsphase hat zur Konsequenz, dass durch die konzeptionelle Straffung die Belastungsgrenze bei vielen Patienten erreicht wird und entsprechende Prozesse zur Förderung der Teilhabe unter erheblichem Zeitdruck erfolgen müssen. Angesichts der schwierigen Ausgangsbedingungen der Patienten in der Adaptionsbehandlung müssen die Rahmenbedingungen so gestaltet sein, dass die Zielsetzungen der Stabilisierung und Integration auch weiterhin erreicht werden können.

Es sollte ferner vermieden werden, entsprechende Rahmenbedingungen für die Zu-

ständigkeit der Finanzierung von Adaptionsleistungen infrage zu stellen, wie es derzeit durch einzelne Krankenkassen erfolgt, denn Adaptionsbehandlung ist medizinische Rehabilitation.

Der FVS geht weiterhin auch von einer generellen Zuständigkeit der Krankenkassen für die Adaptionsphase aus, zumal diese als Teilgebiet der medizinischen Rehabilitation eine Komplexleistung darstellt, welche die im § 26 Abs. 3 SGB IX genannten Leistungen wie „Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz“, „Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten“, „Umgang mit Krisensituationen“, „Training lebenspraktischer Fähigkeiten“ umfasst. Diese sind von besonderer Bedeutung, um einem Rückfall vorzubeugen und damit die chronische Krankheit abzuwenden und deren Verschlimmerung zu verhüten. Der umfassende Behandlungsauftrag wird durch ein interdisziplinär besetztes Behandlungsteam realisiert. Von daher ist von allen Leistungsträgern an dem Rahmenkonzept und der Verfahrensabsprache von 1994 festzuhalten.

### 5.5.2 Ambulant Betreutes Wohnen und Ambulante Tagesstruktur

Das Angebot **„Ambulant Betreutes Wohnen“** mit über 12.000 Plätzen (vgl. Leune, 2012) wendet sich an chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige, die alleine oder mit anderen zusammen in einer eigenen Wohnung leben.

Betreutes Wohnen beinhaltet die Begleitung und Unterstützung bei der praktischen Lebensgestaltung und -bewältigung. Mit dem Angebot der ambulanten Tagesstruktur wird ein Spektrum von Maßnahmen angeboten, die dabei helfen, den Tag sinnvoll und im Kontakt mit anderen zu gestalten.

Das Ziel ist das Erreichen einer Lebensform, die den Wünschen, den persönlichen und ökonomischen Möglichkeiten des betreuten Menschen in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit und soziale Beziehungen entspricht.

Die Unterstützung erfolgt bei:

- Alltagsbewältigung (Einkauf, Wohnungspflege, etc.)
- Abstinenzsicherung und psychischer Stabilisierung
- Konflikt- und Krisenbewältigung, psychotherapeutische Begleitung
- Gestaltung von Freizeit
- Gesundheitsfördernde Maßnahmen
- Umgang mit Institutionen, Ärzten und Behörden.

Diese Angebote können in der Wohnung und im Lebensumfeld des Klienten stattfinden. Die Zielgruppe für **„die ambulante Tagesstruktur“** sind Abhängige, die ambulant betreut werden, aber ohne Tagesstruktur

nicht abstinent leben können. Der angesprochene Personenkreis lebt in einer eigenen Wohnung, einer betreuten Wohngemeinschaft oder bei Familienangehörigen und ist nicht in der Lage, einer kontinuierlichen Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt nachzugehen. Er benötigt zur Stabilisierung seiner Lebenssituation eine zuverlässige und beständige Tagesstruktur in einem abstinenten Umfeld, da ambulante Hilfe durch Beratung und Kontakte allein nicht ausreicht.

Vorrangige Ziele der Betreuung durch eine ambulante Tagesstruktur sind:

- Festigung der Abstinenzentscheidung
- Wiedererlangen oder Erhaltung der körperlicher und seelischer Gesundheit
- Erlernen lebenspraktischer Fähigkeiten, insbesondere im hauswirtschaftlichen Bereich
- Unterstützung der selbständigen Lebensführung
- Erlernen von Tagesstrukturen, insbesondere zur Verbesserung von Antrieb und Motivation
- Training sozialer Fertigkeiten
- Erweiterung und Verbesserung psychosozialer und kommunikativer Kompetenzen
- Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
- Realistische Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit
- Förderung der Ausführung einer angemessenen Tätigkeit
- Unterstützung sinnvoller Freizeit- und Beschäftigungsaktivitäten
- Verbesserung der beruflichen und sozialen Wiedereingliederungschancen
- Entwicklung von Zukunftsperspektiven
- Förderung der Fähigkeit, möglichst unabhängig von psychosozialer Betreuung und Pflege leben zu können
- Auffangen von Krisensituationen.

Kostenträger für die Finanzierung ist der überörtliche Träger der Sozialhilfe auf der Basis des SGB XII, § 53,54.

### 5.5.3 Soziotherapeutische Einrichtungen

Soziotherapie unterstützt chronisch alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Menschen, die aufgrund körperlicher, psychischer und sozialer Beeinträchtigungen vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage sind, selbstständig, eigenverantwortlich und abstinent ihr Leben zu bewältigen.

Soziotherapie ist ein Betreuungsansatz, der neben dem Einsatz psychotherapeutischer und medizinischer Maßnahmen besonders die „Normalisierung“, die Teilhabe an der Gemeinschaft, das Alltägliche, das „Nicht-kranken“ und das Gesunde des Patienten fördert. Sie hilft Betroffenen, Teil der Gemeinschaft zu bleiben und nicht in soziale Isolation zu geraten.

Das Ziel aller soziotherapeutischen Maßnahmen liegt darin, Selbstbestimmung und Teilhabe an der Gesellschaft je nach individuellen Voraussetzungen und Bedingungen wiederzuerlangen.

Der Alltag in den soziotherapeutischen Einrichtungen und Therapiezentren mit über 10.700 stationären und über 1.200 teilstationären Plätzen (vgl. Leune, 2012) orientiert sich eng am realen Leben und schafft als Alternative eine Normalität ohne Suchtmittel. Dadurch werden die gesunden Persönlichkeitsanteile der Klienten angesprochen und gestärkt. Die Klienten können lernen, sich schrittweise der Normalität anzunähern und wieder Verantwortung für sich und die Gemeinschaft zu übernehmen.

Soziotherapie ist die Auseinandersetzung mit dem Normalen, mit Bedürfnissen wie Essen, Trinken, Schlafen, Wohnen, Tätigsein, sowie mit Grundregeln, Notwendigkeiten und Pflichten. Im alltäglichen Zusammenleben werden verlorengegangene Fähigkeiten und Fertigkeiten trainiert, die den Bewohnern eine soziale Integration und größere Selbstständigkeit erlauben.

Soziotherapie schafft einen abstinenten und stabilisierenden Rahmen, in dem psychotherapeutische Methoden und andere Maßnahmen wie Gruppentherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Freizeitgestaltung, Sport- und Bewegungstherapie zur Anwendung gelangen.

Die wichtigsten Behandlungsziele in der Soziotherapie Abhängiger sind

- Stabilisierung des Abstinenzwunsches und der Abstinenz
- Förderung der Verantwortung für die eigene Gesundheit
- Verbesserung von Alltagsfähigkeiten
- Verbesserung von Gedächtnisleistungen, Konzentration und Aufmerksamkeit
- Entwicklung von planvollem, zielgerichtetem Handeln und von Durchhaltevermögen
- Entdecken persönlicher Interessen und Vorlieben
- Erlangen von mehr Genuss und Lebensfreude
- Stärkung von Selbstvertrauen und Sicherheit
- Entwicklung von Sicherheit und Kompetenz im Kontakt mit Anderen
- Förderung der Verantwortung und Eigeninitiative
- Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sowie beruflicher und sozialer Wiedereingliederungschancen.

Die Behandlungsdauer ist nicht begrenzt, sondern abhängig von den individuellen Gegebenheiten und der Entwicklung des Patienten.

Das Spektrum der behandelten Patienten in den soziotherapeutischen Einrichtungen ist breit. Es reicht von Patienten, die aufgrund

ihrer körperlichen, psychiatrisch-neurologischen und sozialen Mehrfachbeeinträchtigungen auf eine dauerhafte und intensive stationäre Behandlung angewiesen sind, bis hin zu Patienten mit entwicklungsfähigen Ressourcen und Kompetenzen für ein weitgehend autonomes Leben. Die Bewohner brauchen unterschiedliche Hilfen, Fördermöglichkeiten und Betreuungsangebote. Diesen Anforderungen wird durch eine zunehmende Spezialisierung und Differenzierung innerhalb der Einrichtungen und der Entwicklung weiterführender externer Angebote Rechnung getragen. Hierbei haben sich die Einrichtungen an den besonderen Behandlungsbedarfen ihrer Patienten auszurichten:

- So müssen soziotherapeutische Betreuungseinrichtungen für stark körperlich beeinträchtigte Bewohner behindertengerecht sein und für desorientierte Menschen räumliche Orientierungshilfen bieten.
- Bewohner mit ausgeprägter psychiatrischer Komorbidität benötigen eine intensive Betreuung sowie eine psychiatrisch-neurologisch und medikamentöse Mitbehandlung.
- Ältere Abhängigkeitskranke mit deutlich reduzierten körperlichen und kognitiven Fähigkeiten benötigen viel Unterstützung im Alltag, oftmals auch aktivierende und mobilisierende Pflege sowie Zeit und Raum für persönliche Gespräche. Auch die Sterbebegleitung stellt eine Herausforderung bei älteren und schwer erkrankten Bewohnern dar.
- Für Bewohner, die eine intensive stationäre Betreuung nicht mehr brauchen, existieren Außenwohngruppenangebote, die als Übergang und Vorbereitung zu einem selbstständigen und unabhängigen Leben genutzt werden können. Diese werden zunehmend ergänzt durch weitere Angebote zum betreuten Wohnen oder Tagesstätten.

Generelle Zielsetzung ist es, eine bedarfsgerechte, optimale, qualifizierte und diffe-

renzierte Versorgung für chronisch mehrfach beeinträchtigte Patienten zu gewährleisten. Dies erfordert eine individuelle therapeutische Zielplanung, die sich nicht nur an den Defiziten, sondern auch an den vorhandenen Potentialen und Ressourcen ausrichtet und diese gezielt fördert. Die Arbeit in der Soziotherapie ist meist methoden- und therapieschulenübergreifend, sie ist Lebens- und Überlebenshilfe, handlungsorientiert und auf die Erlangung konkreter Alltagskompetenzen bezogen. Das Zusammenleben dient als Erfahrungs- und Lernfeld und bildet den Ausgangspunkt für eine realistische Orientierung nach außen. Der Therapieansatz umfasst von daher Einzel- und Gruppengespräche, Beschäftigungs-, Sport-, Bewegungs- und Arbeitstherapie sowie freizeitpädagogische Maßnahmen.

Darüber hinaus werden auch neuropsychologische Trainings, medizinische Betreuung, Möglichkeiten zur Selbstversorgung, externe Praktika und externes betreutes Wohnen von verschiedenen Einrichtungen angeboten. Um die Zielsetzung des schrittweisen Aufbaus und der Erweiterung individuell noch vorhandener Ressourcen zur (Wieder-) Erlangung von Alltagskompetenzen zu erreichen und damit die Voraussetzung für eine weitestgehend selbständige Lebensführung zu schaffen, ist ein klientenzentriertes, flexibles Angebot erforderlich.

In den soziotherapeutischen Einrichtungen wird den Betroffenen ein stimulierendes, stabilisierendes und abstinentes Umfeld zur Verfügung gestellt, welches Voraussetzung für ein suchtmittelfreies Leben und das Erlernen bzw. Wiedererlernen von Fähigkeiten und lebenspraktischen Fertigkeiten, die zur Lebensführung und -bewältigung notwendig sind, bildet. Die Bewohner sollen über eine mittel- bis langfristig angelegte Perspektive und eine qualifizierte Betreuung und Anleitung zu einer weitgehend autonomen und abstinenter Lebensweise befähigt werden (vgl. Heide, 1994). Im Einzelfall ist auch eine überdauernde stabilisie-

rende und stützende Betreuung in einem soziotherapeutischen Heim erforderlich. Kostenträger von soziotherapeutischen Einrichtungen ist meist der Sozialhilfeträger im Rahmen des SGB XII.

Die Effektivität soziotherapeutischer Maßnahmen konnte durch verschiedene Wirksamkeitsstudien (Steingass und Verstege, 1993; Steingass, 1994; Fachausschuss Soziotherapie, 2010) nachgewiesen werden. Durch gezielte Förderung können auch bei erheblich beeinträchtigten Bewohnern noch nach Jahren, weit jenseits der Spontanerholungsphase, beachtliche Verbesserungen körperlicher, seelischer, kognitiver und sozialer Kompetenzen erreicht werden.

Im Zuge der Festlegung des Hilfebedarfs bei Maßnahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte muss der spezifische Betreuungsbedarf hinsichtlich Inhalt und Umfang für chronisch suchtkranke Menschen entsprechend berücksichtigt werden.

Eine erhebliche Herausforderung für die soziotherapeutischen Heime stellt die gesetzliche Forderung dar, dass bis zum Jahr 2018 zu 80 % Einzelzimmer vorgehalten werden müssen. Hierfür sind erhebliche Investitionen erforderlich.

Zunehmend im Ausbau befinden sich Angebote des Betreuten Wohnens oder tagesstrukturierender Angebote sowie von spezifischen ambulanten Betreuungsleistungen, die je nach Bedarfslage zum Einsatz kommen.

Darüber hinaus muss die möglichst hohe Qualität der soziotherapeutischen Angebote auch zukünftig im Rahmen leistungsbezogener Vergütungssysteme ermöglicht werden. Es sei darauf verwiesen, dass für die Gruppe chronisch mehrfach beeinträchtigter Alkoholabhängiger auch intensive, hochstrukturierte ambulante Behandlungsmodelle (ALITA) entwickelt wurden (Ehrenreich et al., 1997).

## 6. Planung und Vernetzung der Angebotsstrukturen für suchtkranke Menschen

In Deutschland hat sich traditionell eine Vielzahl an unterschiedlichen professionellen Hilfsangeboten und Zuständigkeiten in den verschiedenen Versorgungssektoren entwickelt, welche es dem Betroffenen nicht einfach macht, sich zu orientieren. Je nachdem, welcher Hilfebedarf im Einzelfall den Ausschlag für die Suche nach einem entsprechenden Angebot gibt, landet der Betroffene in unterschiedlichen Strukturen und Hilfesystemen. (s. Abb. 81)

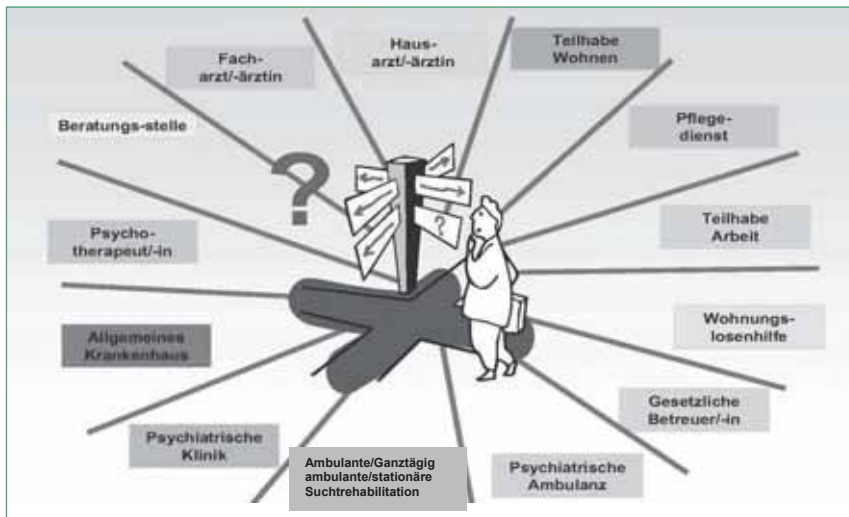
Erschwert wird die Orientierung zusätzlich dadurch, dass die Vernetzung der unterschiedlichen Sektoren und Anbieter häufig zu Wünschen übrig lässt. Da sich jeder Anbieter insbesondere um sein spezifisches Aufgabenfeld kümmert, kann man nicht davon ausgehen, dass bei einem komplexen Hilfebedarf die grundsätzlichen und vielfältigen Probleme überhaupt erkannt und dann auch noch fachkompetent behandelt bzw. angegangen werden. Dies hat

sicherlich auch damit zu tun, dass in einem gegliederten Sozialversicherungs- und Gesundheitssystem die Zuständigkeiten der jeweiligen Leitungsträger in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern geregelt sind und von daher eine übergreifende Teilhabefeststellung und -planung fehlt.

Zwar hat der Gesetzgeber mit der Einführung des SGB IX für den Bereich der Rehabilitation versucht, die Zusammenarbeit an

SGB	Wesentliche Sozialgesetzbücher: Zuständigkeiten und Inhalte (am Beispiel)
SGB II/III	Jobcenter, Agenturen für Arbeit: ALG I/ALG II, Fördermittel
SGB V	GKV: Arzt- und Krankenhauskosten (inkl. Entzugsbehandlung)
SGB VI/V	GRV/GKV: Rehabilitationsleistungen (inkl. Entwöhnungsbehandlung)
SGB VIII	Kinder- und Jugendhilfe (Hilfe zur Erziehung, Erziehungsberatung, intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche etc.)
SGB XII	Sozialhilfe (Grundsicherung, betreutes Wohnen)
SGV IX	Alle Rehabilitationsträger (Regelungen zur Kooperation und Koordination der Leistungen – Prinzipien: Frühzeitig, Nahtlosigkeit, Abstimmung der Leistungen)

Abb. 81: Orientierung aus Sicht des Betroffenen (Wienberg)



den Schnittstellen der jeweiligen Zuständigkeiten von Leistungsträgern zu regeln, jedoch gibt es in der Realität nach wie vor eine Vielzahl von Schnittstellenproblemen, die sicherlich verbesserungswürdig sind.

### 6.1 Vernetzung und Abstimmung suchtspezifischer Angebote: Grundsätzliche Anmerkungen

In Deutschland gibt es ein umfangreiches Angebot an Hilfen für suchtkranke Menschen, die unterschiedlich finanziert werden. Ein vielfältiges, den jeweiligen spezifischen Lebensbedingungen einer Region angepasstes und leicht zugängliches Hilfsangebot stellt die Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung dar. Der FVS spricht sich angesichts der Vielfalt der bestehenden Angebote für suchtkranke Menschen im regionalen bzw. kommunalen Bereich für deren Vernetzung und Koordination aus. Dies bedeutet allerdings nicht, dass auch stationäre Behandlungsangebote ausschließlich regional bzw. gemeindenah vorgehalten werden sollten.

#### Zur besonderen Rolle der Fachkliniken im Verbundsystem

Generelles Ziel kann es nicht sein, abhängigkeitskranke Menschen so lange wie

möglich in ihrem sozialen Umfeld zu belassen, wenn dieses einen pathogenen Einfluss ausübt und eine stationäre Behandlung indiziert ist. Gerade in der zeitweiligen Herauslösung aus dem häuslichen bzw. heimatlichen Milieu im Rahmen einer stationären Behandlung kann ein besonderer therapeutischer Nutzen liegen. Von daher ist indikationsbezogen unter Berücksichtigung fachlicher Aspekte und der Wünsche des Betroffenen zu prüfen, ob eher eine wohnortnahe oder wohnortferne Behandlung zweckmäßig und zielführend ist. Forderungen nach einer möglichst gemeindenahen stationären Behandlung können bislang nicht durch empirische Studien gestützt werden (vgl. Funke und Missel, 2009). Im Unterschied dazu ist die Effektivität der bestehenden stationären Angebote in Fachkliniken mit übergreifendem Einzugsgebiet durch zahlreiche Evaluationsstudien nachgewiesen. Grundlage für eine fachlich orientierte Indikationsentscheidung – auf dem Hintergrund des vorhandenen Patientenbedarfs – hinsichtlich der Auswahl einer stationären Einrichtung sollte von daher die Behandlungsqualität und damit die Differenziertheit, Flexibilität und Patientenbezogenheit des jeweiligen Behandlungsangebotes darstellen (s. Kap. 5.2.1). Von daher sollte dem Patienten grundsätzlich der Zugang zu unterschiedlichen stationären Angeboten ermöglicht werden und eine indi-

kationsbezogene und qualitätsorientierte Prioritätensetzung hinsichtlich der Auswahl einer Einrichtung getroffen werden. Eine Reduktion der Auswahlkriterien unter der einseitigen Hervorhebung des Kriteriums „Wohnortnähe“ und damit auf eine begrenzte Anzahl regionalisierter bzw. gemeindenaher Angebote hält der FVS für fachlich nicht begründet und vertretbar.

Gleichwohl sollten stationäre Entwöhnungseinrichtungen möglichst eng mit den regional orientierten bzw. gemeindenahen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen zusammenarbeiten, um eine Behandlungskontinuität herzustellen und hierfür auch den Einsatz „neuer Medien“ nutzen. Von daher sollte im Rahmen der Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung bzw. sich anschließender ambulanter Beratungs- und Behandlungsleistungen der enge Informations- und Erfahrungsaustausch von stationären mit wohnortnahen ambulanten Angeboten bestehen. Ambulante Stellen sollten ihrerseits dazu in der Lage sein, entsprechende Koordinationsleistungen erbringen zu können. Hierzu gehört beispielsweise, den Patienten auf den Klinikaufenthalt entsprechend vorzubereiten und im Laufe der Behandlung mit ihm bzw. dem Bezugstherapeuten in Kontakt zu treten. Auch dies wird zukünftig durch den Einsatz neuer Medien sicherlich erleichtert werden. Entsprechende Leistungen (ggf. Übernahme der Fahrtkosten) sollten geregelt sein.

#### Zielsetzungen der Vernetzung von Angeboten

Unter dem Gesichtspunkt der kommunalen und regionalen Vernetzung ist es ein wichtiges Anliegen, die Kooperation wohnortnaher Angebote in der Region zu stärken. Hierbei sollte im Vordergrund stehen:

- Fehl- und Doppelbetreuungen oder die Überschneidung ambulanter Angebote zu verhindern und verbindliche Absprachen zu treffen
- konzeptionelle Kontinuität über die verschiedenen Beratungs- und Behandlungsangebote hinweg anzustreben
- gezielte Angebote für suchtkranke Menschen zu schaffen, die bislang von der Suchtkrankenhilfe noch nicht bzw. zu wenig erreicht werden (z.B. alkoholranke Personen mit komplexen und chronischen Problemlagen, ältere Menschen mit Suchtproblemen)
- niedrigschwellige Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme für Abhängigkeitskranke vorzuhalten (z.B. Tagesstätten, Ruheräume, Notschlafstellen).

Große Teile von Suchtgefährdeten und -kranken nehmen die Angebote der Suchtkrankenhilfe vor Ort nicht oder zu spät in Anspruch und/oder werden in anderen Bereichen des Gesundheits- und Sozialsystems (z.B. Allgemeinkrankenhäuser, Wohnungslosenhilfe und andere soziale Hilfsan-

gebote) behandelt oder versorgt. In Deutschland waren beispielsweise im Jahr 2010 insgesamt 248.000 Menschen ohne Wohnung, weitere 103.000 waren von Wohnungslosigkeit bedroht. Man kann davon ausgehen, dass über 50 % der Wohnungslosen alkoholabhängig sind (vgl. Salize et al., 2003). Häufig entwickeln sich auch alkoholbedingte körperliche Krankheiten, die – in Verbindung mit den generell schlechten Lebensverhältnissen (vor allem hinsichtlich der Ernährung, Hygiene und Schlafen) – oftmals lebensbedrohliche Formen annehmen (Henkel, 1996).

### Schnittstellenmanagement: Aufgaben und Ressourcen

Hinsichtlich einer regional ausgerichteten Zusammenarbeit sind unter Koordination der Kommunen die in der Region zuständigen kommunalen Ämter, die Kosten- und Leistungsträger, die niedergelassene Ärzteschaft, die Psychotherapeuten, die ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen, die örtlichen Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, die psychiatrischen und komplementären Einrichtungen sowie die Krankenhäuser einzubeziehen. Insbesondere sollte auch die Zusammenarbeit zwischen Suchtkrankenhilfe und den Agenturen für Arbeit und Jobcentern vor dem Hintergrund des § 16a SGB II verbessert und ggf. vertraglich geregelt werden.

Notwendig wäre, dass integrierte Versorgungsmodelle realisiert werden, die unter Berücksichtigung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen den umfassenden Hilfebedarf der Betroffenen in den Mittelpunkt stellen. Erst wenn man die unterschiedlichen sozialrechtlichen Leistungen im Sinne eines Frühinterventions- und Teilhabepplans aufeinander bezieht, wird sich der individuelle und gesellschaftliche Nutzen im Sinne der Nachhaltigkeit der Leistungen insgesamt deutlich steigern lassen.

Hervorzuheben ist, dass das Schnittstellenmanagement mit einem erhöhten personellen Aufwand für alle Beteiligten verbunden ist (s. Abb. 82).

Dies betrifft alle Beteiligten, seien es die niedergelassenen Ärzte, Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus, die Fallmanager in den Jobcentern, die ambulanten Pflegedienste oder die Fachkräfte in den Suchtberatungsstellen oder den Rehabilitationseinrichtungen. Erforderlich ist für die betroffenen Menschen eine umfassende, rechtzeitige und auf die Bedürfnisse des Einzelfalls abgestellte Information, Unterstützung und Koordination der erforderlichen Leistungen, wie es das SGB IX und die Gemeinsamen Empfehlungen der Leistungsträger auch fordern. Diese Beratungs- und Unterstützungsleistung sollte sektorenübergreifend erfolgen und unabhängig sein. Auch ist die Qualifizierung der Fachkräfte in den angrenzenden Sektoren über suchtspezifi-

Abb. 82: Vernetzung von Versorgungssektoren (Weissingner)

#### Schnittstellenmanagement: Erfordernisse für den Ausbau von Netzwerken

- Schnittstellenmanagement ist zeit- und personalintensiv
- Umfassende, rechtzeitige und auf die Bedürfnisse des Einzelfalls abgestellte Information, Unterstützung und Koordination der Leistungen (im Sinne des SGB IX und der Gemeinsamen Empfehlungen der Leistungsträger)
- Trägerübergreifende und unabhängige Beratung der Betroffenen und der beteiligten Organisationen
- Qualifizierung der Fachkräfte in den angrenzenden Sektoren (z.B. akutmedizinischer Bereich, Senioreneinrichtungen, Jobcenter) durch Suchtexperten
- Finanzierung der Lotsen-Funktion im gegliederten System
- Voraussetzung für die Vernetzung der Sektoren: Aufwand und Ertrag müssen für alle Beteiligten im richtigen Verhältnis stehen (Win-win-Situation)
- Überschaubarkeit der Netzwerke – Beschränkung auf die jeweils relevanten Akteure (Arbeitsökonomie)
- Verbindlichkeit der Kooperation (Vereinbarungen, Verträge und persönliche Beziehungen)
- Entscheidungsbefugnis der Netzwerkpartner für ihren Bereich

sche Inhalte und Angebote erforderlich. Da das Schnittstellenmanagement immer an den jeweiligen System- und Zuständigkeitsgrenzen ansetzt, stellt sich die Frage der Finanzierung für systemübergreifende und vernetzende Leistungen.

Nur wenn von allen Beteiligten die Kooperation als eine Win-win-Situation erlebt wird, die sich letztlich auch in besseren Behandlungsverläufen und -ergebnissen zeigt, wird es zu einer kontinuierlichen Zusammenarbeit kommen können. Des Weiteren ist aufgrund beschränkter personeller Ressourcen die Bildung themenspezifischer Netzwerke erforderlich. Von daher ist eine ziel- und praxisorientierte Zusammenarbeit in überschaubaren Netzwerken die Grundlage für entsprechende Kooperationsmodelle. Wichtig ist es ferner, zu verbindlichen Kooperationsformen zwischen den einzelnen Sektoren zu kommen. Dies kann durch Vereinbarungen oder vertragliche Regelungen, z.B. zwischen Jobcentern und Suchtberatungsstellen, hergestellt werden. Mit Leben erfüllt werden diese schriftlichen Absprachen aber nur über persönliche Kontakte und verlässliche Beziehungen. Natürlich ist es auch wichtig, dass die jeweiligen Partner in den Netzwerken über Entscheidungsbefugnisse für ihren Bereich verfügen.

Bezogen auf den Einzelfall sollte zunehmend auch dem niedergelassenen Arzt bzw. Psychotherapeuten die Rolle eines initialen Case-Managers zukommen, der versucht, in Absprache mit dem Betroffenen eine Beurteilung der Problemlage und des Hilfebedarfs vorzunehmen, die Inanspruchnahme des jeweils erforderlichen Hilfsangebotes zu fördern und die weiteren Schritte einzuleiten. Insbesondere der Suchtberatung fällt dann die Aufgabe zu, im Sinne einer Clearingstelle die weitere Koordination zu übernehmen und für Behandlungskontinuität über die verschiedenen Behandlungseinrichtungen hinweg zu sorgen.

## 6.2 Beispiele für das sektorenübergreifende Schnittstellenmanagement

Im Weiteren werden drei Beispiele für das sektorenübergreifende Schnittstellenmanagement vorgestellt:

- Frühintervention und Fallmanagement bei Abhängigkeitserkrankungen (s. Kap. 6.2.1)
- Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und der beruflichen (Re-)Integration (s. Kap. 6.2.2)
- Sucht im Alter (s. Kap. 6.2.3)

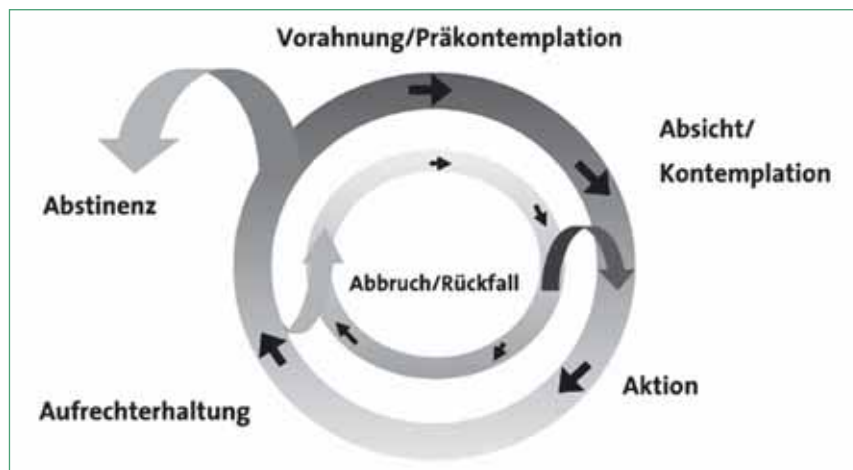
### 6.2.1 Frühintervention und Fallmanagement bei Abhängigkeitserkrankungen

Von besonderer Bedeutung hinsichtlich der Frühintervention bei Abhängigkeitserkrankungen sind – neben den Betrieben und Schulen – insbesondere auch der niedergelassene Arzt (s. 6.2.1.1) und Krankenhäuser (s. 6.2.1.2). Der Drogen- und Suchtrat hat hierzu am 07.12.2011 entsprechende „Empfehlungen zur Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen“ zustimmend zur Kenntnis genommen (s. *Sucht Aktuell* 19/01.12, S. 90 – 92), die den aktuellen Handlungsbedarf in diesem Bereich beschreiben.

#### 6.2.1.1 Die Rolle des Arztes im Kontext von Suchterkrankungen

Ein früher, fachlich wie persönlich bedeutender Kontaktpartner von Menschen mit Suchtproblemen ist der niedergelassene Arzt. Er spielt eine entscheidende Rolle, wenn es darum geht, frühzeitig suchtgefährdete und suchtkranke Menschen gezielt anzusprechen. Deshalb wird seine Bedeutung im Zusammenhang mit Suchterkrankungen besonders hervorgehoben. Bislang gibt es allerdings noch keine flächendeckende Umsetzung entsprechender Konzepte und Modelle hinsichtlich des Um-

Abb. 83: Transtheoretisches Modell von Prochaska und DiClemente (1983)



gangs des Arztes mit substanzbezogenen Störungen. Bestandteil der Umsetzung müsste sein, dass Ärzte in eigener Praxis, Krankenhausärzte wie auch Pflege- und Sozialdienste in Krankenhäusern dahingehend geschult werden, dass sie in der Lage sind, mittels geeigneter Screening-Verfahren (z.B. CAGE von Mayfield et al., 1974; LAST von Rumpf et al., 1997; BASIC von Rumpf et al.) riskante Konsumenten, suchtgefährdete und abhängige Personen zu erkennen und das Testergebnis als Einstieg in das Gespräch mit dem Patienten zu nutzen. Die nächste Aufgabe besteht darin, die Veränderungsbereitschaft des Betroffenen zu erhöhen (s. Abb. 83). Ärzte sollten in die Lage versetzt werden, entsprechende Kurzinterventionen durchzuführen, die sich am jeweiligen Stadium, in dem sich der Patient befindet (Vorahnung, Überlegung, Absichtsbildung, Handlung, Aufrechterhaltung, ggf. Rückfall), orientieren. Alkoholmissbraucher sollten von der Sinnhaftigkeit eines moderaten Konsums (z.B. maximal 20 g Alkohol bei Frauen, maximal 30 g für Männer pro Tag bzw. Einhalten von Abstinenzphasen) und abhängige Patienten hinsichtlich der Einsicht in die Notwendigkeit, abstinenz zu leben, beraten werden (vgl. Veltrup und Lindenmeyer, 1998; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001).

Die Wirksamkeit derartiger Interventionen bei Problemtrinkern wurde bereits in verschiedenen Untersuchungen belegt (Edwards et al., 1977; Miller und Rollnick, 1991; Bien et al., 1993; Fleming et al., 1997; Moyer et al., 2002; Kaner et al., 2007). Bei denjenigen Patienten, die einer umfassenderen Beratung und Behandlung bedürfen, sollte eine enge Kooperation von Seiten des Arztes mit den Angeboten der Suchtkrankenhilfe gesucht werden. Die Veränderungsbereitschaft und die Motivation zur Inanspruchnahme spezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote sollte im Gespräch mit dem Patienten gefördert werden. Gestützt auf den Austausch mit Suchtfachleuten muss der Hausarzt in die Lage versetzt

werden, begründete Behandlungsempfehlungen auszusprechen.

Wichtig aus Sicht des Arztes ist es, dass allerdings auch die Kooperationsmöglichkeiten auf Seiten der Suchtkrankenhilfeeinrichtungen verbessert werden. Entsprechende Vorschläge hatte Längle (2009) benannt:

### Kooperation mit der Suchtberatung:

#### Anforderungen aus Sicht niedergelassener Ärzte (vgl. Längle et al., 2009)

- Klare Zuständigkeiten im Versorgungssystem mit einfachen niedrigschwelligem Zugangsmöglichkeiten,
- Verlässlichkeit von Einrichtungen (Personalkontinuität, leicht erreichbarer Ansprechpartner),
- rasche Rückmeldung bezüglich der in die Einrichtungen überwiesenen Patienten (telefonisch oder per Arztbrief),
- Ermöglichung kurzfristiger Termine für Patienten durch die Suchtberatungsstelle,
- bei Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme ggf. Unterstützung bei der Antragstellung,
- Verständnis der Mitarbeiter der Suchtkrankenhilfe für die strukturellen Grenzen und die vorhandenen Möglichkeiten des niedergelassenen Arztes

Um den Anforderungen der Ärzte in der Suchtberatung Rechnung zu tragen, hat die Bundesärztekammer im September 1998 die „Fachkunde suchtmmedizinische Grundversorgung“ eingeführt. Allerdings werden hierbei verschiedene Themen, insbesondere auch die Substitution, behandelt. Deshalb sollte geprüft werden, ob für die Ärzte spezifische Schulungen zum Thema „Umgang mit schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit von Alkohol“ angeboten werden sollten, die ausschließlich dieses The-

ma in einem begrenzten Zeitrahmen aufgreifen. Hierbei können auch entsprechende Materialien eingesetzt werden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat beispielsweise in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer den Beratungsleitfaden „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen“ herausgegeben, der auf Initiative des FVS unter Einbezug der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) entwickelt wurde (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001).

Darüber hinaus haben die Bundesärztekammer und der FVS im Rahmen einer Fachtagung im Jahr 2010 eine gemeinsame Stellungnahme „Hausärztliche Versorgung und Suchtbehandlung – Erkennen, Steuern, Handeln“ herausgegeben, welche den Handlungsbedarf beschreibt (s. *Sucht Aktuell* 18/01.11, S. 60 – 63). Ein noch zu lösendes strukturelles Problem besteht in der Frage der Honorierung der ärztlichen Mehraufwendungen und entsprechender Finanzierungsanreize. Denn die Versicherten- bzw. Grundpauschale basiert auf einer Mischkalkulation für alle Patienten, unabhängig vom jeweiligen Aufwand. Im Jahr 2011 lag die Versichertenpauschale bei 30 – 35 € und die Chronikerpauschale bei 17,35 € pro Quartal. Somit erhält der Arzt für Patienten, die einen entsprechenden Mehraufwand erfordern, keine zusätzliche Vergütung dafür. Ausnahmen hiervon gibt es derzeit im Rahmen einzelner Selektivverträge nach § 73 b SGB V zur Hausarztzentrierten Versorgung, bei denen die Lotsenfunktion des Arztes besondere Berücksichtigung findet. Entsprechende Verträge wurden beispielsweise in Baden Württemberg geschlossen.

Eine weitere Ausnahme besteht bislang im Rahmen von Modellprojekten, so konnten im Rahmen des Projektes Früh-A (Modellträger: Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V.) pro Patient vom behandelnden Arzt bis zu drei Arztgespräche abgerechnet werden (vgl. Leydecker, Crämer, 2012). Die entsprechenden Leistungen wurden jeweils mit bis zu einer Gesamthöhe von 25 € zusätzlich vergütet. Eine versorgungspolitische Lösung dieser Problematik sollte im Rahmen der nächsten Überarbeitung der Gebührenordnung für Ärzte getroffen werden.

Da es vielfältige Untersuchungen gibt, welche die Effektivität der Frühintervention in Arztpraxen – insbesondere bei riskantem und schädlichem Konsum – belegen, ist es umso unverständlicher, dass man über einzelne Modellprojekte bislang in Deutschland nicht hinausgekommen ist.

Hingewiesen sei darauf, dass auch zwischen niedergelassenen Psychotherapeuten und dem Suchthilfe-/Suchtbehandlungssystem ein erheblicher Bedarf an einer verbesserten Kooperation besteht, welcher insbesondere die Diagnostik, Vermittlung

und ambulante Weiterbehandlung durch Psychotherapeuten nach der Rehabilitationsleistung betrifft. Gemeinsam mit der Bundespsychotherapeutenkammer hat der FVS in diesem Zusammenhang bereits im Jahr 2008 eine Fachtagung durchgeführt und ebenfalls ein gemeinsames Positionspapier publiziert (s. **SuchtAktuell** 16/01.09, S. 38 – 41). Die Aufnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) in den Drogen- und Suchtrat sowie die Änderung der Psychotherapierichtlinie im Jahr 2011 sind erste Signale dafür, dass sich hier etwas bewegt. Aus Sicht des FVS ist es zudem erforderlich, dass approbierte Psychotherapeuten, die wie Ärzte ebenfalls heilkundlich tätig sind, auch rechtlich dazu in die Lage versetzt werden, Entwöhnungsbehandlungen zu verschreiben und einzuleiten.

In dem erwähnten Positionspapier wurde u.a. festgehalten:

„Da Psychologische Psychotherapeuten bisher medizinische Rehabilitationsleistungen nicht verordnen können, hält es die BPtK in Übereinstimmung mit dem FVS und der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie (2005) für geboten, sich für entsprechende gesetzliche Änderungen im § 73 Abs. 2 SGBV einzusetzen, um

- die psychotherapeutische Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- die psychotherapeutische Verordnung von Krankenhausbehandlungen oder Behandlungen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
- die psychotherapeutische Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes benötigen, und
- die psychotherapeutische Verordnung von Soziotherapie

zu ermöglichen.

Eine entsprechende Kooperation zwischen vertragspsychotherapeutischer Versorgung und Suchtbehandlung im Sinne einer versorgungssektorenübergreifenden Zusammenarbeit und Vernetzung sollte sich insbesondere auf folgende Bereiche konzentrieren:

- Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Personen mit Abhängigkeitserkrankung, bei vorliegender dauerhafter Abstinenz, sofern spezifische Behandlungskompetenzen vorliegen und das Behandlungssetting hierfür geeignet ist.
- Ambulante psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit schädlichem Gebrauch als Nebendiagnose bei psychischer Komorbidität oder als Hauptdiagnose. Hierzu bedarf es z. T. entsprechen-

Abb. 84: Bestandteile des qualifizierten Entzugs

**Wesentliche Bestandteile des qualifizierten Entzugs sind:**

- die Diagnostik des Behandlungsbedarfs
- eine differenzierte, somatisch gut fundierte Behandlung der Entzugssymptome und der körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen
- die Motivierung zur Veränderung im Verhalten und in der Lebensgestaltung sowie zur Inanspruchnahme entsprechender weiterführender suchtspezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote

- der Anpassungen und Konkretisierungen in den Psychotherapie-Richtlinien,
- Vermittlung abhängigkeitskranker Personen in suchtspezifische Beratungs- und Behandlungsangebote insbesondere auch in Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker durch Psychologische Psychotherapeuten,
- Vermittlung abhängigkeitskranker Personen insbesondere mit komorbiden psychischen Störungen durch Einrichtungen der Suchtkrankenversorgung in die vertragspsychotherapeutische Behandlung,
- Wechselseitiges Schnittstellen- und Entlassungsmanagement zwischen den Versorgungsbereichen.“

Die erwähnte Änderung der Psychotherapie-Richtlinie ermöglicht u. a. die Behandlung Abhängigkeitskranker durch Vertragspsychotherapeuten mit der Einschränkung, dass in den ersten 10 Therapiesitzungen nachweislich eine gesicherte Abstinenz erreicht wurde und die Abstinenzhaltung regelmäßig auch durch entsprechende ärztliche Laborkontrollen überprüft wird. Zudem wurde das Indikationsspektrum vom Abhängigkeitssyndrom zusätzlich auf schädlichen Gebrauch erweitert.

**6.2.1.2 Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen im Krankenhaus**

Nach einer Studie von John (1997) entfallen 90,64 % aller stationären Akutaufnahmen Alkoholabhängiger auf Allgemeinkrankenhäuser und lediglich 6,24 % auf psychiatrische Krankenhäuser.

Ein nicht unerheblicher Teil der Patienten mit Alkohol- bzw. Suchtproblemen kommt zur Entgiftung in akutmedizinische Kliniken. Grundsätzlich sollte der Entzug qualifiziert erfolgen (s. Abb. 84). Entsprechende Leistungen zur Förderung der Motivation, der psychosozialen Begleitung und Vermittlung sind bei den zukünftigen diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups = DRG) einzukalkulieren, denn sie sind genuiner Bestandteil der Frühmobilisierung.

Ein erheblicher Teil der Krankenhauspatienten mit substanzbezogenen Störungen wird derzeit allerdings aufgrund der somatischen Folgeerkrankung behandelt, die Grunderkrankung bleibt häufig unberücksichtigt und eine Ansprache der Patienten auf den schädlichen oder gefährlichen Konsum erfolgt in der Regel nicht. Suchtspezifische Handlungskonzepte und Interventionsstrategien fehlen weitgehend, Ver-

Abb. 85: Empfehlungen zur Frühintervention im Krankenhausbereich (Drogen- und Suchtrat, zustimmend zur Kenntnis genommen am 07.12.2011)

**Empfehlungen zur Frühintervention im Krankenhausbereich (Drogen- und Suchtrat, zustimmend zur Kenntnis genommen am 07.12.2011)**

**1. Früherkennung fördern**

- Konsumverhalten der Patienten als fester Bestandteil der ärztlichen Anamnese. Bei Hinweisen auf substanzbezogene Störungen Einsatz evidenzbasierter Diagnostikinstrumente.
- Einbezug entsprechend qualifizierten Gesundheits- und Pflegepersonals unter Koordination des Arztes

**2. Frühintervention stärken**

- Beratung initial durch den behandelnden Arzt
- Unterstützung durch interne Fachleute (z.B. Psychologen, Sozialer Dienst des Krankenhauses) ggf. unter Einbezug qualifizierter externer Fachkompetenz (z.B. Liaison-/Konsiliardienste)

**3. Aus-, Fort- und Weiterbildungsinhalte anpassen**

- Hiervon betroffen sind Ärzte wie auch weitere Berufsgruppen (z.B. Gesundheits- und Pflegepersonal, Sozialarbeiter).

**4. Kooperation mit dem Suchthilfesystem fördern**

- Verbindliche Einbeziehung von Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen, Ambulanzen, ganztägig ambulanten Einrichtungen sowie Zusammenarbeit mit Entwöhnungskliniken
- Vernetzung mit den jeweiligen Angeboten der Suchtkrankenhilfe

**5. Personelle Ressourcen bereitstellen**

- Die Finanzierung der erforderlichen personellen Ressourcen ist zu prüfen (z.B. Abb. des Aufwands im Fallpauschalensystem).

**6. Verbindliche Verfahrensweisen festlegen**

- Beschreibung des Umgangs mit Patienten mit alkoholbezogenen Störungen im Qualitätsmanagement-System des jeweiligen Krankenhauses (z.B. Behandlungspfade, Verfahrensweisen)

mittlungen in Suchtfacheinrichtungen erfolgen nur zu einem geringen Teil.

Angesichts des Erlebens von körperlichen Folgeerkrankungen ist bei vielen Betroffenen gerade während des Krankenhausaufenthalts mit einer erhöhten Sensibilität und Offenheit für die zugrunde liegenden Substanzprobleme zu rechnen.

Bislang gibt es auch in diesem Bereich kein flächendeckendes, strukturell verankertes Schnittstellenmanagement. Entsprechende Empfehlungen zur Verbesserung enthält das vom Drogen- und Suchtrat verabschiedete Papier zur Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen (s. **SuchtAktuell** 19/01.12, S. 90 – 92) (s. Abb. 85).

Problematisch ist auch hier die Frage der Finanzierung der personellen Ressourcen für das Schnittstellenmanagement. Das Konsensuspapier enthält hierzu lediglich den Hinweis auf die Prüfung der Finanzierungsgrundlage. Entsprechende Dienstleistungen der Frühintervention, welche in der Regel mit dem vorhandenen Krankenhauspersonal nicht geleistet werden können, bedürfen einer verbindlichen Grundlage

Verschiedene Modellvorhaben zur Verbesserung der sekundärpräventiven Versorgung von alkoholgefährdeten und -abhängigen Menschen in Lübeck, Bielefeld, Erlangen, Boppard und im Rems-Murr-Kreis zeigen, dass im Krankenhausbereich durch

den Einsatz qualifizierten Personals im Rahmen von Konsiliar-/Liaisondiensten die (Früh-) Erkennung und Inanspruchnahme einer suchtspezifischen Behandlung von alkoholgefährdeten und -abhängigen Patienten deutlich verbessert werden kann (Görgen und Hartmann, 2002; Schneider et al., 2005; Rall, 2012).

Die Kurzinterventionen beruhen auf dem aktiven Zugehen eines externen Konsiliar-/Liaisondienstes auf den Patienten. Im Vordergrund steht die Motivationsarbeit zur Verhaltensänderung und zur Inanspruchnahme von weiteren Hilfen.

Eine enge Kooperation mit den Stationsärzten der Allgemeinkrankenhäuser ist hierbei erforderlich. Der Konsiliar-/Liaisondienst kann – je nach den strukturellen Voraussetzungen vor Ort – bei einer ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle, einem Krankenhaus, einer Tagesklinik, einer Fachklinik oder Institutsambulanz angesiedelt sein oder auch einrichtungsübergreifend tätig sein. Er sollte wöchentlich zu fest vereinbarten Zeiten am jeweiligen Krankenhaus anwesend sein. Die Identifikationen von Personen mit Alkoholproblemen erfolgt über die ärztlichen Mitarbeiter der jeweiligen Abteilungen des Krankenhauses. Die hohe Vermittlungsquote von ca. 50 % wird durch verschiedene Modellprojekte belegt (Görgen und Hartmann, 2002; Schneider et al., 2005; Rall, 2012).

Das Modell des Liaisondienstes im Rems-Murr-Kreis in Baden-Württemberg soll beispielhaft vorgestellt werden (s. Abb. 86a, 86b). Nach einer fünfjährigen Modellphase ist es gelungen, eine halbe Stelle für den Liaisondienst über eine Mischfinanzierung aus Stiftungsgeldern und Spendenmitteln sowie Mitteln der Rems-Murr-Klinik (Akutkrankenhaus), des Kreisdiakonieverbandes Rems-Murr-Kreis und der AHG Klinik Wilhelmsheim ab dem Jahr 2011 sicherzustellen. Die Rems-Murr-Klinik hat 128 Betten, 4 stationäre Abteilungen und behandelt ca. 4.600 Patienten pro Jahr. Der Liaisondienst ist fachlich-organisatorisch an die Suchtberatungsstelle der Diakonie angebunden, örtlich befindet sich dieser jedoch im Krankenhaus. Seine Aufgabe besteht darin, die interne Zusammenarbeit bezogen auf Patienten mit substanzbezogenen Problemen zu verbessern und externe Stellen bei entsprechendem Bedarf einzuschalten.

Das Vorgehen sieht konkret wie folgt aus: Bei der Aufnahme fragt der Arzt den Patienten nach dem Alkoholkonsum, überträgt entsprechende Angaben dann in einen Erhebungsbogen (AUDIT) für die Feststellung des problematischen Alkoholkonsums. Erreichen die Patienten bestimmte Punktzahlen im AUDIT, werden sie dem Liaisondienst zugewiesen. Dieser führt dann das Gespräch mit dem Patienten, bespricht Änderungswünsche, informiert über das Suchthilfesystem und vermittelt ggf. in weiter-

Abb. 86a: Netzwerk „Liaisondienst Rems-Murr-Klinik“

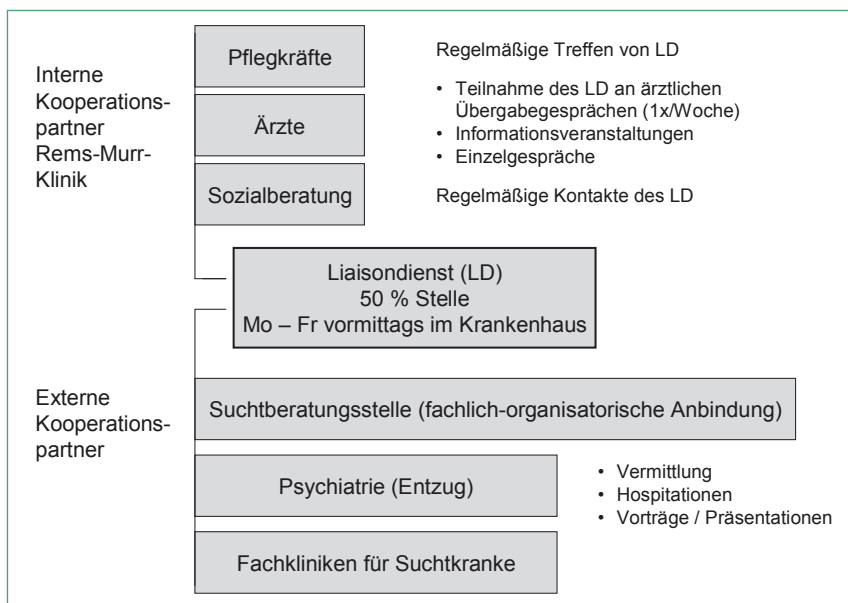
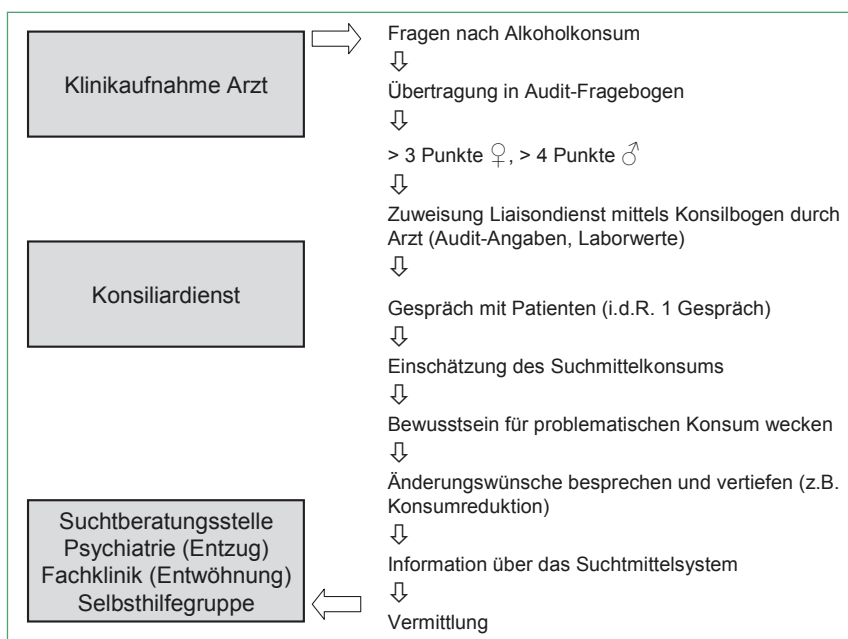


Abb. 86b: Vorgehen „Liaisondienst Rems-Murr-Klinik“



führende Beratungs- und Behandlungseinrichtungen.

Die Evaluation des Projektes bestätigt, dass ein großer Anteil der an den Liaisondienst vermittelten Patienten keinen Kontakt zum Suchthilfesystem oder zu psychiatrischen Einrichtungen in den letzten 12 Monaten hatte. Dies waren 58 %, bezogen auf die Lebenszeit hatten 55 % keine entsprechenden Kontakte. In ca. 66 % der Fälle konnte das angeforderte Konsil, d.h. ein bzw. mehrere Gespräch, mit den entsprechenden Patienten vom Konsiliardienst durchgeführt werden. In einer Nachbefragung nach 6 Monaten gaben von 159 Katamneseantwortern 50 % an, dass sie die empfohlenen Hilfsangebote in Anspruch genommen hätten bzw. sich mit den entsprechenden Vorschlägen einverstanden zeigten.

Die flächendeckende Implementierung entsprechender Maßnahmen zur Frühintervention im akutmedizinischen Bereich ist weiterhin eine wichtige Zukunftsaufgabe.

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

Im Weiteren werden zwei Themenbereichen behandelt:

- Förderung der Teilhabe arbeitsloser Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben (s. 6.2.2.1)
- Förderung der Teilhabe erwerbstätiger Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben (s. 6.2.2.2)

#### 6.2.2.1 Förderung der Teilhabe arbeitsloser Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben (vgl. Weissinger, 2012)

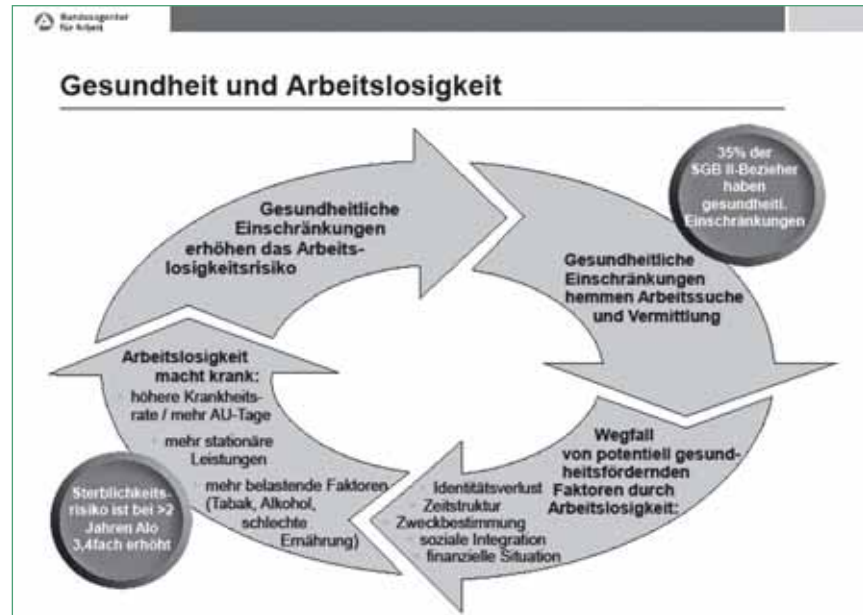
Der wechselseitige Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist nachgewiesen (s. Abb. 87). 35 % der SGB II-Bezieher haben – so die Bundesagentur für Arbeit (BA) – gesundheitliche Einschränkungen, zudem ist das Sterblichkeitsrisiko bei einer Dauer von mehr als 2 Jahren Arbeitslosigkeit um das 3,4-fache erhöht.

Es existiert bereits eine Vielzahl von Untersuchungen und Veröffentlichungen, welche nicht nur den engen Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit (vgl. Grobe, Schwartz, 2003; Weber, Hörmann, Heipertz, 2007), sondern auch von Arbeitslosigkeit und Suchtproblemen (vgl. Henkel 1996, Henkel, Zemlin, 2008) belegen.

Diese zeigen, dass

- länger anhaltende Arbeitslosigkeit ein Risikofaktor ist, der die Entwicklung und Chronifizierung gesundheitlicher Einschränkungen und einer Abhängigkeits-erkrankung begünstigt
- die Erwerbsarbeit für die Überwindung einer Suchtproblematik im Sinne der nachhaltigen Sicherung der Abstinenz

Abb. 87: Gesundheit und Arbeitslosigkeit (Bösinger-Schmidt, M., Folienvortrag 7. Juni 2011)



und Lebenszufriedenheit, beispielsweise nach einer erfolgten Suchtbehandlung, von zentraler Bedeutung ist.

Der Anteil arbeitsloser Menschen in der Suchtbehandlung beträgt nach den Daten der Basisdokumentation des Entlassjahrgangs 2009 des FVS bei Entlassung im ambulanten Bereich 19,0 %, bei Fachkliniken für alkohol-, medikamentenabhängigen Menschen 47,4 % und für drogenabhängige Menschen 75,6 % sowie bei ganztägig ambulanten Patienten 47,4 %. Über alle Bereiche hinweg ist der jeweilige Anteil der ALG II-Bezieher deutlich erhöht gegenüber den ALG I-Beziehern (s. Abb. 88, Entlassjahrgang 2009).

Ferner zeigen die Wirksamkeitsstudien des FVS, dass die katamnestiche Erfolgsquote bezogen auf das Therapieziel „Abstinenz“ in Fachkliniken für Alkohol/Medikamente bei Erwerbslosigkeit der Patienten deutlich unter der von erwerbstätigen Patienten liegt. Der Unterschied ist signifikant und liegt im Vergleich von durchgängig Erwerbslosen mit durchgängig Erwerbstätigen ein Jahr nach Behandlungsende bei 12,9 %.

Verschiedene Studien zeigen erhöhte Prävalenzraten bezogen auf substanzbezogene Störungen unter Arbeitslosen (s. Abb. 90).

Abb. 88: Arbeitslosigkeit in der Entwöhnungsbehandlung in % (Basisdokumentation FVS, Entlassjahrgang 2009)

	Gesamt	SGB II (ALG II)	SGB III (ALG I)
FK A/M Ø Alter 45,1 Jahre	47,4	34,3	13,1
Ambulanz Ø Alter 46,9 Jahre	19,0	12,5	6,5
Teilstationär (ganztägig ambulant) Ø Alter 44,8 Jahre	47,4	35,6	11,8
FK D Ø Alter 30,2 Jahre	75,6	56,6	19,0

Abb. 89: Therapieerfolg gemäß DGSS 3 (alle Answerer) und Veränderungen zwischen dem Aufnahmezeitpunkt in der Behandlung und dem Katamnesezeitpunkt (Katamnese FVS, Fachkliniken Alkohol/Medikamente, Entlassjahrgang 2009, Misset et al., 2012)

Erwerbssituation bei Aufnahme	Erwerbssituation zum Katamnesezeitpunkt	Therapieerfolgsquote in % (DGSS 3)
erwerbslos (N = 1.916)	erwerbstätig	78,2
	erwerbslos	71,5
erwerbstätig (N = 2.591)	erwerbstätig	84,4
	erwerbslos	66,2

Abb. 90: Sucht ist ein häufiges Problem unter Arbeitslosen. Wie groß ist der Bedarf an Suchtberatung/Suchtbehandlung unter Arbeitslosen? (Henkel, 2010) – Prävalenzraten aus repräsentativen deutschen Studien

Rose, Jacobi, 2004	Alkoholabhängigkeit DSM IV (12-M-Präv.) Männer	8.9*
Rose, Jacobi, 2004	Alkoholabhängigkeit DSM IV (12-M-Präv.) Frauen	1.8
Pockrandt et al., 2007	Riskanter Alkoholkonsum (AUDIT) ALG I	25.6*
Pockrandt et al., 2007	Riskanter Alkoholkonsum (AUDIT) ALG II	26.1*
Pockrandt et al., 2007	Drogenkonsum >5-mal letzte 12 Monate ALG I	3.5*
Pockrandt et al., 2007	Drogenkonsum >5-mal letzte 12 Monate ALG II	6.8*
Henkel, 2000	Konsum psych. Medikamente >2-mal/Woche Männer	10.9*
Henkel, 2000	Konsum psych. Medikamente >2-mal/Woche Frauen	15.4*
Pockrandt et al., 2007	Rauchen täglich ALG I	46.7*
Pockrandt et al., 2007	Rauchen täglich ALG II	57.0*

\* in Relation zu Erwerbstätigen signifikant/deutlich erhöht

Demnach liegt der Anteil der alkoholabhängigen Männer mit Arbeitslosigkeit bei ca. 8,9 %, der Anteil der Frauen bei 1,8 %. Deutlich höher liegen die jeweiligen Prävalenzraten für riskanten Alkoholkonsum. Die Abb. 90 zeigt, dass auch ein problematischer Drogen- und Medikamentenkonsum weit verbreitet sind und der Anteil der täglichen Raucher bei den ALG II-Beziehern mit 57,0 % deutlich gegenüber den ALG I-Beziehern mit 46,7 % erhöht ist. Es ist davon auszugehen, dass die jeweiligen Prozentanteile je nach Agentur für Arbeit bzw. Jobcenter und deren regionalem Einzugsgebiet erheblich variieren können.

Festzustellen ist, dass die Ziele der Jobcenter/Agenturen für Arbeit und der Suchthilfe/-behandlung in die gleiche Richtung weisen, denn die Förderung der beruflich-sozialen Integration ist eine wichtige gemeinsame Aufgabenstellung (vgl. Frietsch, 2011).

Suchtkranke arbeitslose Menschen benötigen aufgrund ihrer Vermittlungshemmnisse häufig eine intensiviertere und nachhaltigere, d.h. längerfristig angelegte und verlässliche Unterstützung beider Bereiche. Von daher hat der Drogen- und Suchtrat am 07.12.2011 den „Empfehlungen zur Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben“ seine Zustimmung erteilt (s. *SuchtAktuell* 19/01.12, S. 88 – 90). Darin werden die Erfordernisse für ein organisationsübergreifendes Schnittstellenmanagement beschrieben, auf welche nachfolgend etwas ausführlicher eingegangen wird.

### 6.2.2.1.1 Fachkonzept Fallmanagement und personelle Ausstattung der Grundsicherungsstellen

Gefordert ist bei Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich, dass diese qualitätsgesichert sind und auf Basis eines anerkannten Konzeptes erfolgen. Deshalb wurde bereits im Jahr 2004 von der BA ein Konzept zum Fallmanagement erstellt, in

dem die Ausgangslage, Zielsetzungen, Zugangssteuerung, Prozessschritte, individuellen Anforderungen an den Fallmanager sowie die institutionellen Rahmenbedingungen und Kooperationspartner beschrieben wurden. Dieses Konzept wurde später ergänzt um das 4-Phasen-Grundmodell zur arbeitnehmerorientierten Integration. Die 4 Phasen sind mit den entsprechend zuge-

Abb. 91: Arbeitnehmerorientiertes Integrationskonzept: Das „4-Phasen-Modell“ der BA (Bundesagentur für Arbeit, 2011)

Phasen	Themen
1	<b>Profiling durchführen / Standortbestimmung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persönliches Profil: Qualifikation, Leistungsfähigkeit, Motivation</li> <li>• Umfeld-Profil: Rahmenbedingungen, Arbeits-/Ausbildungsmarktbedingungen</li> </ul>
2	<b>Ziele festlegen – Zielkategorien z.B.:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufnahme Beschäftigung 1. Arbeitsmarkt</li> <li>• Tätigkeit jenseits 1. Arbeitsmarkt</li> <li>• Stabilisierung bestehender Beschäftigung/Selbstständigkeit</li> </ul>
3	<b>Strategie bzw. Strategiebündel auswählen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorisierung der Handlungsbedarfe</li> <li>• Bereiche z.B. Qualifikation, Leistungsfähigkeit, Motivation, Rahmenbedingungen</li> </ul>
4	<b>Umsetzung der Handlungsstrategie und Nachhalten (Controlling)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eingliederungsvereinbarung (öffentlich rechtlicher Vertrag)</li> <li>• Zeitraum: Ü25-Kunden: i.d.R. 6 Monate, U25-Kunden: i.d.R. 3 Monate</li> <li>• Folgegespräche/Controlling</li> </ul>

Abb. 92: Personen mit multiplen Vermittlungshemmnissen (Fachkonzept Fallmanagement der BA, ergänzt nach Bohrke-Petrovic, 2004)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geringe oder veraltete, berufliche Kenntnisse</li> <li>• Abnehmende individuelle Arbeitsorientierung</li> <li>• Kaum in der Lage, Selbstverantwortung zu übernehmen</li> <li>• Geringe Laufbahnselbstkompetenz</li> <li>• Geringe Mobilitätsbereitschaft</li> <li>• Im Regelfall wenig familiäre Ressourcen</li> <li>• Entmutigte Menschen</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menschen mit substanzbezogenen Störungen (schädlicher Konsum, Abhängigkeit)</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ordneten Themenbereichen in der Abb. 91 aufgeführt. Kern der BA-Beratungskonzeption ist es, das selbstbestimmte und selbstverantwortliche Handeln zu fördern.

Die Phasen bestehen aus:

- einem umfassenden Profiling,
- der Festlegung von konkreten Zielen,
- der Auswahl von Leistungen im Rahmen einer Strategie,
- der Umsetzung der Handlungsstrategie und der weiteren Begleitung – auch im Sinne eines Controlling. Hierbei spielt der Abschluss einer Eingliederungsvereinbarung eine zentrale Rolle.

Insbesondere Kunden mit mehreren Vermittlungshemmnissen sollen in das Fallmanagement kommen.

In Abb. 92 sind entsprechende Merkmale dieses Personenkreises aufgeführt. Hierbei sind aus Sicht des FVS auch Menschen mit substanzbezogenen Störungen zu berücksichtigen. Bezogen auf suchtkranke Leistungsbezieher erbrachte die Studie von Wagner et al. (2009), dass gerade bei dieser Klientel aus Sicht der Grundsicherungsstellen eine Vielzahl unterschiedlicher Vermittlungshemmnisse vorliegt (s. Abb. 93).

Abb. 93: Multiple Vermittlungshemmnisse: Probleme, die die Integration suchtkranker Leistungsbezieher in Erwerbsarbeit erschweren: „Oft“ vorkommend, in % (Wagner/Henkel et al., 2009)

Probleme im Bereich Bildung/Qualifikation/Brüche in der Erwerbsbiografie (N=318)	88,7
Ver-/Überschuldung (N=322)	74,2
Unwirtschaftliches Verhalten (N=320)	67,8
Probleme im Bereich sozialer Beziehungen (N=321)	64,8
Nichtbeherrschen von Alltagsroutinen (N=321)	63,9
Andere gesundheitliche Beeinträchtigungen (N=309)	58,9
Psychische Belastungen (z.B. Angstzustände) (N=321)	47,7
Schwierigkeiten beim Umgang mit Behörden (N=321)	42,1
Wohnprobleme (N=319)	35,4
Strafrechtliche Probleme (z.B. Probleme mit Bewährungsaufgaben) (N=320)	26,3
Häusliche Gewalt (N=320)	10,0
Weitere Probleme (N=51)	78,4

Denn neben den qualifikationsbezogenen Problemen sind aus Sicht der Vermittler z.B. auch Verschuldung, Brüche in den Lebens- und Erwerbsbiografien, instabile soziale Beziehungen und insgesamt eine Kumulation von personen- oder marktbedingten Vermittlungshemmnissen zu finden. Deshalb ist die passgenaue Auswahl der jeweils erforderlichen Arbeitsmarktinstrumente von zentraler Bedeutung. Hier zeigt sich auch der zentrale Unterschied zur Beratung und Vermittlung sogenannter „marktfähiger“ Kunden, bei denen es durchaus möglich ist, sich hinsichtlich der Vermittlungstätigkeit auf den Aspekt der berufsbezogenen Qualifikation zu beschränken und das soziale Umfeld des Kunden weitgehend unberücksichtigt zu lassen.

Im Prozess des Fallmanagements ist die Aushandlung einer Eingliederungsvereinbarung von zentraler Bedeutung, zumal diese die vertragliche Grundlage zwischen der Behörde und dem Kunden darstellt. Darin sollen die konkreten beidseitigen Ziele und Verpflichtungen niedergelegt werden. Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der BA hat jüngst die Ergebnisse von Studien zur Praxis der Eingliederungsvereinbarung publiziert (IAB, 2011). Dabei zeigte sich ein deutliches Verbesserungspotenzial. Die entscheidenden Vorschläge hierzu sind in der Abb. 94 zusammengestellt.

Wichtig ist, bereits im Rahmen der Erstellung einer Eingliederungsvereinbarung auch die frühzeitige Einschaltung weiterer externer Fachdienste zu berücksichtigen. Denn aufgrund der individuell sehr heterogenen Problemlagen der Kunden, sollte der Fallmanager auf das Spezialwissen anderer Dienste wie etwa der Schulden- oder Suchtberatung zurückgreifen. Vom Grundsatz her sollten gerade Menschen mit substanzbezogenen Störungen Zugang zum Fallmanagement haben. Dies erfordert eine entsprechende Zugangssteuerung innerhalb

der Agenturen für Arbeit und Jobcenter.

Von daher ist zu fordern, dass grundsätzlich integrierter Bestandteil des Fachkonzeptes eines jeden Jobcenters bzw. einer jeden Agentur für Arbeit auch das Thema „Umgang mit Suchterkrankungen“ sein sollte. In einem Fachkonzept „Sucht“ sind verbindliche Regelungen sowie konkrete Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, inklusive zu treffende Kooperationen mit externen Stellen darzulegen.

Im Unterschied zu dieser Anforderung erbrachte die Untersuchung von Wagner/Henkel et al. (2009), dass lediglich ca. die Hälfte der Grundsicherungsstellen über ein entsprechendes Fachkonzept Sucht im Jahr 2009 verfügten. Hier ist also noch von einem erheblichen Entwicklungspotenzial auszugehen.

Insgesamt stellt die Einführung des Fallmanagements zur speziellen Betreuung von Kunden mit Vermittlungsproblemen in den

Grundsicherungsstellen eine deutliche Verbesserung hin zu einer stärkeren individuellen Ausrichtung der Beratungstätigkeit dar.

Entscheidend für die Frage der Umsetzung der BA-Beratungskonzeption ist, ob aber auch die personellen Ressourcen vorhanden sind, um das anspruchsvolle Konzept umzusetzen zu können. Im Rahmen dieses neuen Ansatzes wurden entsprechende Betreuungsrelationen festgelegt, die ein qualifiziertes Fallmanagement ermöglichen sollen. Aus fachlicher Sicht ist zu fordern, dass diese Vorgaben im Bereich Betreuung/Vermittlung von 1:75 für die unter 25-Jährigen (U25) und von 1:150 für die über 25-Jährigen (Ü25) in den Grundsicherungsstellen keinesfalls überschritten werden sollten. Natürlich ist zudem auch die personelle Kontinuität der Fallmanager gerade für die Personengruppe mit multiplen Vermittlungshemmnissen ein wichtiges Erfordernis.

In der Praxis erreichten nur 8 % bzw. 11 % der 323 befragten SGB II-Stellen (74 % aller Grundsicherungsstellen in Deutschland) in der Studie von Wagner et al. (2009) die entsprechende Quote für die unter bzw. über 25-jährigen in der Betreuung.

Fragt man Mitarbeiter der Grundsicherungsstellen selbst, so bestätigt sich auch aus Sicht der Praktiker die Bedeutung der personellen Ausstattung für eine angemessene Betreuung von Kunden mit Suchtproblemen (s. Abb. 96):

So halten weit über 90 % es für wichtig bzw. sehr wichtig, dass eine Betreuungsrelation besteht, die genügend Zeit für die Arbeit mit Suchtkranken belässt. Auch die Einrichtung spezialisierter Teams wird begrüßt.

Berücksichtigt werden sollte, dass die Personalschlüssel, die für eine entsprechend intensive Betreuung erforderlich sind, si-

Abb. 94: Eingliederungsvereinbarung in der Praxis: Verbesserungspotenziale (Schütz et al., IAB-Kurzbericht 18/2011, Zusammenhang der Ergebnisse)

- Stärkere Einbindung des Kunden in den Prozess der Zielfindung und -festlegung
- Eingliederungsvereinbarung sollte nicht zwingend beim Erstkontakt abgeschlossen werden (z.B. PC-Eingabe unterbricht den Gesprächsfluss)
- Vereinbarung nur mit denen abschließen, für welche diese einen Aktivierungsimpuls darstellt (Vorschlag IAB)
- Oft sind nur übergreifende Ziele benannt (Überwindung oder Beendigung der Hilfebedürftigkeit) anstatt erreichbare „Etappenziele“
- Klare Bezüge zu den Profilingergebnissen lassen sich nicht herstellen (individuelle Aspekte der Kunden finden wenig Eingang)
- Tendenziell asymmetrische Strukturen der Kommunikation und Interaktion (Betonung der Kundenpflichten und Rechtsfolgen für ihn)

Abb. 95: Umsetzung der Betreuungsrelation in Grundsicherungsstellen in % (Wagner/Henkel et al., 2009)

Betreuungsrelation im Bereich Betreuung/Vermittlung in %	
Zielrelation 1: 75 für U25 erreicht	8
Zielrelation 1:150 für Ü25 erreicht	11

Abb. 96: Wichtigste Erfolgsfaktoren bei der Betreuung von Kunden/innen mit Suchtproblemen (Wagner/Henkel et al., 2009)  
Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Prozentangaben in Bezug auf antwortenden Grundsicherungsstellen.  
(FIA/Zoom/Prof. D. Henkel: Abschlussbericht Sucht und SGB II, Juli 2009)

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Gar nicht wichtig
Eine Betreuungsrelation, die genug Zeit für die Arbeit mit Suchtkranken sichert (N=313)	47,1	49,7	3,2	0,0
Die Einrichtung von spezialisierten Teams zur Betreuung der suchtkranken Hilfebedürftigen (N=312)	64,9	32,2	2,9	0,0

cherlich noch deutlich unter den offiziell vorgegebenen Betreuungsrelationen liegen müssten.

Grundsätzlich erfordert der Prozess der Fallsteuerung erhebliche personelle Ressourcen des Fallmanagers. Fallmanagement ist deshalb eine verhältnismäßig teure Investition für die Agenturen für Arbeit und Jobcenter.

Je aufwendiger das Fallmanagement ist, desto mehr wird – im Zeitalter des Controlling und der Effektivitäts- und Effizienzprüfung – die Frage im Raum stehen, ob sich der Ressourceneinsatz an dieser Stelle auch lohnt. Die Beantwortung dieser Frage und entsprechende Bewertungen hängen natürlich auch eng mit den jeweils dominierenden gesellschaftspolitischen Zielen und Grundhaltungen zusammen.

Besondere Probleme hinsichtlich der personellen Ausstattung liegen aktuell darin, dass bereits im Jahr 2011 deutlich weniger Mittel im Rahmen der Grundsicherung für Personal wie auch für Eingliederungsleistungen zur Verfügung standen als im Vorjahr. Dieser Trend wird sich in den Folgejahren noch deutlich verschärfen.

### 6.2.2.1.2 Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Suchtberatungsstellen

Die enge Zusammenarbeit zwischen den Grundsicherungsstellen und der Suchthilfe ist ein entscheidender Schlüssel für eine qualifizierte Betreuung und für gezielte und aufeinander abgestimmte Integrationsbemühungen für Menschen mit Suchtproblemen. Dies wird auch von den Praktikern beider Institutionsbereiche betont. Die wichtigsten Erfolgsfaktoren sind laut der Erhebung von Wagner/Henkel et al. (2009) aus Sicht der Grundsicherungsstellen für die Betreuung und Integration von Kunden mit Suchtproblemen:

- eine enge Zusammenarbeit mit der Suchthilfe und
- ein breites und kurzfristig verfügbares Angebot sozial flankierender Dienste.

Betrachtet man die Einschätzung der Suchtkrankenhilfe, so ergibt sich ein ähnliches Bild (s. Abb. 97).

Aus Sicht der Suchtberatungsstellen waren unter den neun bedeutendsten Faktoren für eine gelungene Praxis in der Studie von Wagner/Henkel et al. (2009) immerhin drei,

welche die gute Kooperation betonen. Hierzu gehören

- Klare Abstimmung zwischen den Stellen (1. Stelle)
- Schriftliche und detaillierte Regelung der Kooperation (4. Stelle)
- Persönliche Kenntnis des Kooperationspartners (6. Stelle).

Betrachtet man die Kooperations- und Vernetzungsformen zwischen den Grundsicherungsstellen und der Suchtberatung, so zeigen sich allerdings deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Kooperationsformen (s. Abb. 98).

Tatsache ist, dass viele Jobcenter und Suchtberatungsstellen noch viel enger zusammenarbeiten könnten. Denn nur ca. die Hälfte der Grundsicherungsstellen verfügt über schriftliche Kooperationsvereinbarungen oder bezieht die Suchtberatung regelmäßig in die Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung mit ein. Dies entspricht in etwa auch der Bewertung der Suchtberatungsstellen, welche zu 47,5 % nach der Untersuchung von Wagner/Henkel et al. (2009) die Kooperation mit der Grundsicherungsstelle als gut bzw. sehr gut einstufen.

Eine Befragung der Diakonie im Jahr 2010 ergab, dass weniger als ein Drittel der befragten Suchtberatungsstellen ihre Beratungstätigkeit für die Jobcenter-Kunden auch entsprechend finanziert bekommen. Dies ist sicherlich ein wichtiger Grund dafür, dass der integrative Ansatz gemäß § 16 SGB II noch deutlich optimiert werden könnte.

Politisch ist zu fordern, dass das Instrument der Suchtberatung gemäß § 16 a SGB II als flankierende Leistung zielgerichtet und flächendeckend genutzt wird.

Eine enge und vor allem fallbezogene örtliche Kooperation zwischen den Dienststellen der Leistungsträger gemäß SGB II und SGB III und den Suchtberatungsstellen sollte dabei am besten vertraglich über eine Kooperationsvereinbarung geregelt werden. Wichtige Inhalte einer solchen Kooperationsvereinbarung sind, die jeweiligen Ziele und Aufgaben, Verfahrensabläufe, den Umfang der Leistungen, die Zuständigkeiten, Dokumentationsanforderungen und das Rückmeldeverfahren unter Berücksichtigung des Datenschutzes zu klären (s. Abb. 99).

Abb. 97: Gute Praxis aus Sicht der SB-Stellen – Unter welchen Bedingungen ist die Zuweisung in Suchtberatung nach § 16a SGB II ein erfolgreiches Instrument? (Wagner/Henkel et al., 2009, Notenmittelwerte, Skala 1-5)

1.	Wenn im Fallmanagement zwischen GSS und SB-Stelle eine klare Abstimmung erfolgt	1.6
4.	Wenn die Kooperation mit der GSS schriftlich und detailliert geregelt ist	1.9
6.	Wenn man die GSS-Kooperationspartner persönlich gut kennt	2.2

Abb. 98: Kooperations-/Vernetzungsform GSS und Suchthilfe – aus Sicht der GSS (Wagner/Henkel et al., 2009)

Präsenz der Suchthilfe in GSS (engste Form)	7 %
Kooperation	
• geregelt in Form einer Vereinbarung eines Vertrages (o.ä.)	51 %
• unregelmäßige Kooperation	49 %
Einschalten der Suchthilfe zur Klärung ob Suchtproblem vorliegt	65 %
Einbeziehung der Suchtberatung bei Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung – (in Regel ja)	53 %
Durchführung gemeinsamer Fallgespräche	
• regelmäßig	15 %
• in bestimmten Fällen	41 %
Gemeinsame Beschäftigungsprojekte für Suchtkranke	21 %

Abb. 99: Kooperationsvereinbarung – mögliche Inhalte (Integrationsprozess im SGB II, 2011, Bössinger-Schmidt, Bundesagentur für Arbeit) (überarbeitete Version, Weissinger, 2012)

1. Gegenstand und Zuständigkeiten der GSS und der Suchtberatung
2. Definition Sucht
3. Gemeinsame Ziele der Sucht- und Drogenhilfe und der GSS
4. Inhalte und Angebote der Sucht-/Drogenhilfe, z.B. mit wählbaren Leistungsmodulen (z.B. „Drink-Less-Programm“, „Vermittlung in medizinische Rehabilitation“, „Psycho-soziale Begleitung bzw. Wiedereingliederung in Arbeit“, „Suchtspezifisches Eingliederungsmanagement“, „Sicherung der Abstinenz durch aufsuchende Hilfen“)
5. Festlegung zur Zusammenarbeit, z.B. Regelung von <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zur Beratungsstelle</li> <li>• Clearing des Hilfebedarfs</li> <li>• Beratungsbedarf und -umfang für ALG II-Bezieher (incl. Finanzierung der Leistungen)</li> <li>• Ziel und Charakter der Beratung</li> <li>• Kommunikation Beratungsstelle – Jobcenter (incl. Datenschutz)</li> <li>• Evaluierung und Dokumentation</li> </ul>

**6.2.2.1.3 Qualifizierung der Agenturen für Arbeit/Jobcenter im Umgang mit substanzbezogenen Störungen**

Aus Sicht der Praktiker der Grundsicherungsstellen stellt es sich ferner als notwendig dar, dass sie eine suchtspezifische Qualifizierung erhalten. Hier ist in der Vergangenheit auch schon Einiges getan worden. Die Studie von Wagner/Henkel et al. (2009) erbrachte allerdings, dass hierzu auch weiterhin ein erheblicher Qualifizierungsbedarf besteht. Das Erkennen einer substanz-

bezogenen Störung, die Motivierung der Betroffenen und das richtige Ansprechen der Suchtproblematik sind Aspekte zu denen besonderer Schulungsbedarf besteht (s. Abb. 100).

Politisch ist zu fordern, dass eine suchtspezifische Qualifizierung der mit suchtkranken Menschen befassten Fachkräfte in den Agenturen für Arbeit/Jobcentern durch Schulungen vor Ort sichergestellt wird. Zielsetzung ist es, dass suchtkranke und suchtgefährdete Klientinnen und Klienten verlässlich erkannt, entsprechend angespro-

Abb. 100: Suchtspezifischer Schulungsbedarf aus Sicht der GSS (Wagner/Henkel et al., 2009)

<b>Stand der Schulungen</b>	
• GSS-Fachkräfte sind auch ohne suchtspezifische Schulung ausreichend geschult	10 %
• GSS-Fachkräfte wurden bereits ausreichend geschult	5 %
• GSS-Fachkräfte wurden bereits geschult, aber es besteht weiterer Schulungsbedarf	54 %
<b>Bereiche mit Schulungsbedarf</b>	
• Erkennen von Suchtproblemen ist besonders schwierig	91,0 %
• Motivierung des Kunden zur Kontaktaufnahme ist sehr wichtig	82,3 %
• Richtiges Ansprechen der Suchtproblematik ist sehr wichtig	79,4 %

Abb. 101: Berufsbezogene Leistungen in der Entwöhnungsbehandlung (Beispiele)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitstherapie (in verschiedenen Tätigkeitsfeldern) inkl. Training von Basics (Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, etc.)</li> <li>• Berufsbiografische Potenzialanalyse (Analyse berufsbezogener Kompetenzen und Problemen, arbeitsbezogene Diagnostik, berufsbezogenes Assessment)</li> <li>• Bewerbungs-Coaching (Bewerbungstraining, Unterstützung im gesamten Bewerbungsprozess)</li> <li>• EDV-Schulung (incl. Stellensuche per Internet)</li> <li>• Externe Belastungserprobung in Betrieben (Erprobung arbeitsbezogener Fähigkeiten in Betrieben parallel zur Rehabilitation)</li> <li>• Berufsbezogene Sozialbetreuung für Erwerbstätige und Arbeitslose (innerbetriebliche Umsetzung, stufenweise Wiedereingliederung, Praktikums-, Arbeitsplatzbesuch)</li> <li>• Vermittlung in Adaption</li> <li>• Kontakt zum RehaFallberater der Rentenversicherung und zur Agentur für Arbeit/Jobcenter während der medizinischen Rehabilitation (Beratung über spezifische berufliche Integrationsmaßnahmen im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung bzw. Einleitung von weiterführenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

chen und nach Möglichkeit in eine Suchtberatung bzw. Entwöhnungsbehandlung vermittelt werden. Die in der Vermittlung und Beratung tätigen Fachkräfte der Agenturen für Arbeit und Jobcenter können hierbei auch im Rahmen von Supervision bzw. kollegialer Beratung durch Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und -behandlung unterstützt werden.

Entsprechende Qualifizierungsangebote der Suchteinrichtungen müssen zudem auch entsprechend finanziert werden.

**6.2.2.1.4 Förderung der Teilhabe im Bereich der medizinischen Rehabilitation: Entwicklungspotenziale**

Der Auftrag der Rehabilitationseinrichtungen liegt vorrangig in der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und nicht in der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Das Arbeitsmarktrisiko kann auch nicht den Rehabilitationseinrichtungen übertragen werden. Gleichwohl ist es natürlich ein wichtiger Bestandteil der Aktivitäten der medizinischen Rehabilitation, die berufliche Re-Integration zu unterstützen.

Im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung wird aufgrund der hohen Arbeitslosenquote der Patienten ein breit gefächertes Leistungsangebot, das sich z.B. in den Konzepten der Einrichtungen oder auch in den Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ der Deutschen Rentenversicherung wiederfindet, vorgehalten.

In Abb. 101 sind wesentliche berufsbezogene Leistungen der Entwöhnungsbehandlung aufgeführt.

Diese reichen vom Erlernen von allgemeinen Grundfertigkeiten für das Arbeitsleben wie Pünktlichkeit, Ausdauer, Zuverlässigkeit über das Training der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit bis hin zur Belastungserprobung unter tätigkeitsspezifischen Realbedingungen im Betrieb. Hierbei ist auch die besondere Rolle der Adaptionenbehandlung als Phase II der Entwöhnungsbehandlung – gerade bezogen auf suchtkranke Klientel mit Vermittlungshemmnissen – zu berücksichtigen.

Wichtig ist aus Sicht des FVS, dass nicht alle Patienten ein pauschales Standardprogramm „Arbeitstherapie“ absolvieren – wenngleich die Arbeitstherapie sicherlich ein wesentlicher Baustein der berufsbezogenen Leistungen ist. Aber es sollten darüber hinaus – unter Einsatz spezifischer Assessmentverfahren und diagnostischer Erhebungen und entsprechend den festgestellten individuellen Voraussetzungen – auch spezifische berufsbezogene Ziele und Maßnahmen mit dem Patienten vereinbart werden. Diese fließen in einen individuellen Teilhabe- bzw. Integrationsplan ein. Aufgabe des internen Casemanagements in der Rehabilitationseinrichtung ist es,

Abb. 102: Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende einer stationären Entwöhnung (FK Alkohol/Medikamente – FVS Katamnese EJ 2009, N=2.052) (Missel et al., 2012)

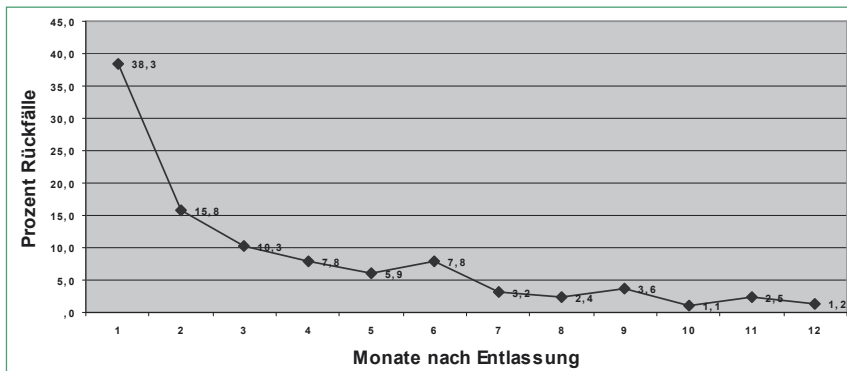


Abb. 103: Psychosoziale Lage der konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen vor und nach der Entwöhnungsbehandlung (ARA-Studie, Zemlin, 2005)

Bei den Arbeitslosen zeigte sich:

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

unter Berücksichtigung der personellen Voraussetzungen die Erreichung der jeweiligen Zielsetzungen im Rehabilitationsprozess zu überprüfen und den Teilhabeplan entsprechend fortzuschreiben. Entsprechend den sozialen Ausgangsbedingungen (z.B. Dauer der Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit), den persönlichen Faktoren (z.B. Lebensalter, Qualifikation, komorbide Störungen) und den Kontextfaktoren (z.B. vorhandene Arbeitsplatzangebote, Arbeitslosenquote) verfügen Patienten über ein jeweils unterschiedliches Integrationspotential. Im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung ist es – bei Vorhandensein entsprechender Ressourcen – eine wichtige übergeordnete Zielsetzung, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen und das Integrationspotential von arbeitslosen Patienten so zu steigern, dass perspektivisch eine Integration in den Arbeitsmarkt im Anschluss an die Rehabilitationsleistung wieder möglich erscheint.

Lassen die personenbezogenen Vermittlungshemmnisse eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt als völlig unrealistisch erscheinen, ist vordringlich über Perspektiven der geförderten Beschäftigung oder gar eines sinnerfüllten Lebens jenseits der Erwerbsarbeit mit dem Patienten zu sprechen. Denn es macht keinen Sinn übergeordnete Ziele zu vereinbaren, an denen man persönlich aufgrund der persönlichen Voraussetzungen oder den Gegebenheiten der Arbeitswelt nur scheitern kann.

Wichtig ist, dass bereits während der Entwöhnungsbehandlung nicht nur Kontakt zum RehaFallberater der Rentenversicherung – was in der Regel der Fall ist –, sondern auch zu den Jobcentern und Agenturen für Arbeit hergestellt wird.

Aus den Katamnesen des FVS ist bekannt, dass gerade nach der stationären Entwöhnungsbehandlung eine sensible Phase liegt, in der auch gehäuft Rückfälle auftreten (s. Abb. 102).

Drei Monate nach Behandlungsende hatten sich bezogen auf den Entlassjahrgang 2009 (Missel et al., 2012) 64,4 % der Rückfälle, 6 Monate nach Behandlungsende 85,9 % aller Rückfälle ereignet.

Das ARA-Projekt, welches von der Fachklinik Wilhelmsheim in Zusammenarbeit mit dem Institut für Suchtforschung an der Fachhochschule Frankfurt am Main durchgeführt wurde (Henkel, Zemlin und Dornbusch, 2003; 2004) zeigte zudem, dass Arbeitslose nicht nur erheblich häufiger, sondern auch in gravierenderer Form rückfällig werden.

Auch verdeutlicht diese Studie, wie auch eine Untersuchung von Lindenmeyer (Lindenmeyer, 2005), dass arbeitslose Patienten signifikant früher rückfällig werden als erwerbstätige Personen.

Von daher ist es gerade bei der Gruppe arbeitsloser Patienten erforderlich, in dieser kritischen Übergangsphase verstärkt soziale Stützsysteme zur Verfügung zu stellen

und die Realisierung von Perspektiven für die berufliche Wiedereingliederung zu organisieren.

Generell ergab die ARA-Studie (s. Abb. 103) auch, dass rückfällige arbeitslose Patienten bereits zu Behandlungsbeginn mit ihrer Lebenssituation und speziell ihrer Gesundheit, Freizeitgestaltung und dem Umgang mit Suchtmitteln weniger zufrieden waren. Sie erlebten sich als weniger selbstwirksam, wiesen ein niedrigeres Selbstwertgefühl auf, zeigten negativere Abstinenzserwartungen und sahen sich stärker versucht in bestimmten Situationen Alkohol zu konsumieren.

Auch erwies sich, dass die Nachhaltigkeit der Behandlungseffekte (z. B. zur Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeit, Depressivität) bei den Rückfälligen in vielerlei Hinsicht deutlich schwächer war. Die zahlreichen und erheblichen Probleme und Teilhabedefizite zeigen, dass die Behandlung arbeitsloser Suchtkrankter einem breiten Zielspektrum folgen muss.

Zu fordern ist, dass für diese Patienten mit vergleichsweise ungünstiger Prognose adäquate Behandlungsangebote mit entsprechender Intensität und Dauer vorzuhalten sind. Sie benötigen besonders intensive Unterstützungs- und Fördermaßnahmen, um das Rückfallrisiko zu reduzieren und – soweit möglich – die beruflichen Reintegrationschancen zu verbessern.

Auch ist der nahtlose Anschluss entsprechender Brücken zur Förderung der beruflichen, sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe im direkten Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung von besonderer Bedeutung.

Deshalb sollten arbeitslose Suchtkranke bereits während einer medizinischen Rehabilitationsleistung im Hinblick auf ihre (Wieder)Eingliederung ins Erwerbsleben entsprechend beraten und unterstützt werden und zwar hinsichtlich

- der Aufnahme einer Beschäftigung
- der nahtlosen Einleitung von erforderlichen Qualifizierungsmaßnahmen und
- der Anwendung weiterer arbeitsmarktpolitischer Instrumente im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung.

Um die Nahtlosigkeit der Übergänge zwischen den Beratungs- und Vermittlungsangeboten der Agenturen für Arbeit, Jobcenter und den Einrichtungen der Suchtrehabilitation zu sichern, ist eine verlässliche Kooperation und Kommunikation zwischen den Beteiligten eine zentrale Voraussetzung. Eine gute Erreichbarkeit, insbesondere durch die Benennung persönlicher Ansprechpartner in den Agenturen für Arbeit und Jobcentern sowie in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe ist deshalb erforderlich. Wichtig ist, dass im Interesse der betroffenen Menschen die Schnittstellen-

arbeit zwischen den verschiedenen Institutionen und Hilfesystemen optimiert wird und nicht auf die Zuständigkeit erst nach erfolgter Entwöhnungsbehandlung verwiesen wird. Dies erfordert einen entsprechenden Ressourceneinsatz der zuständigen Träger, die Bedeutung der Nachhaltigkeit der Suchtbehandlung würde dadurch gestärkt werden.

**6.2.2.1.5 Fallmanagementansätze zur Optimierung der Schnittstellenarbeit im Bereich „Teilhabe am Arbeitsleben“**

Für die Weiterentwicklung des Suchthilfesystems und der -behandlung ist eine Optimierung der Schnittstellenarbeit eine der zentralen Herausforderungen.

Hierzu werden im Weiteren Beispiele vorgestellt, welche insbesondere auf die Förderung der beruflichen Teilhabe zielen.

**a) Modell „Modulare Arbeitsintegration bei der ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken“ (MAARS) der DRV Rheinland-Pfalz**

Zielsetzung des MAARS-Modells, welches im Jahr 2010 von der DRV Rheinland-Pfalz (Bauer, Hoffmann, Kulick, 2010) veröffentlicht wurde, ist es, für abhängigkeitskranke Rehabilitanden in der ambulanten Rehabilitation, die Hilfe bei der beruflichen Wiedereingliederung benötigen, entsprechende berufsbezogene Leistungen anzubieten.

Zielgruppen des Projektes sind (Hoffmann, 2011):

Alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Rehabilitanden in der ambulanten Rehabilitation, die Hilfe bei der beruflichen Wiedereingliederung benötigen mit

- drohendem Arbeitsplatzverlust
- häufigen wechselnden Arbeitsverhältnissen oder geringfügiger Beschäftigung
- gravierenden Störungen in der Erwerbsbiografie
- fehlender Arbeitsidentifikation
- beruflichem Abstieg
- Kurzarbeitslosigkeit.

Je nach Anlass können unterschiedliche Leistungen erbracht werden.

Module von MAARS sind Gesprächsleistungen wie:

- Gespräche zur Klärung der beruflichen Situation,
- Beratung zur beruflichen Wiedereingliederung,

aber zudem auch Vernetzungsleistungen mit den Betrieben vor Ort im Rahmen von

- arbeitsplatzbezogener Begleitung,
- Belastungserprobung oder
- einer Begleitung während eines Praktikums.

Bis zu 20 Einheiten sind – je nach Behandlungsumfang bzw. -dauer – innerhalb der

bewilligten Einzel- und Gruppengesprächsleistungen hierfür abrechenbar und müssen gesondert dokumentiert werden (s. Abb. 104).

Abb. 104: *Verwaltungsverfahren (Hoffmann, 2011)*

- Bewilligung innerhalb der 40/80/120 Einzel- und Gruppengesprächen
- bis zu 20 Einheiten Abrechenbar
- Leistungen werden gesondert dokumentiert
- Vergütung nach dem jeweils aktuellen Vergütungssatz der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Die Vergütung erfolgt im Rahmen der aktuellen Vergütungssätze im Bereich der ambulanten Rehabilitation. Mittlerweile ist das MAARS-Modell auch in eine bundesweite Regelung zu arbeitsbezogenen Interventionen in der ambulanten Rehabilitation eingegangen (vgl. Gemeinsamer Leitfaden der Leistungsträger zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztätig ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23.09.2011, Anhang 1). Insbesondere bei den arbeitsplatzbezogenen Interventionen vor Ort stellt sich die Frage, inwieweit auch Fahrtzeiten zum Arbeitsplatz entsprechend angerechnet werden können. Auch wäre es hilfreich zu klären, ob einzelne Leistungen (z.B. Bewerbungstraining, Organisation und Monitoring externer Belastungserprobung) von den ambulanten Behandlungsstellen an Dritte delegiert werden können.

**b) Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitationsleistungen**

Der FVS war daran beteiligt, ein Modellprojekt der DRV Bund zu entwickeln (s. Kramer, 2010), welches es ermöglicht, dass bereits

während der stationären Entwöhnung ein umfangreiches integriertes berufliches Assessment – welches die Möglichkeiten einer Fachklinik übersteigt – in einem Berufsförderungswerk durchgeführt wird (s. Abb. 105)

Die Kosten gehen dabei zu Lasten der Rentenversicherung, das Assessment kann mittlerweile auf bis zu 12 Tage ausgedehnt werden. Dieses Beispiel steht für eine sinnvolle systemübergreifende Zusammenarbeit von beruflichen und medizinischen Rehabilitationsleistungen.

**c) Reha-Fallbegleitung zur Überwindung von Schnittstellen (Projekt der DRV Rheinland-Pfalz)**

Die DRV Rheinland-Pfalz hat ein Modellprojekt zur Reha-Fallbegleitung für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige mit arbeitsplatzbezogenen Problemen bzw. Arbeitslosigkeit durchgeführt, welche in der Vergangenheit bereits eine Entwöhnungsbehandlung absolviert oder nicht angetreten hatten und im Umkreis von 100 km der vorgesehenen Entwöhnungsklinik wohnten. Die Reha-Fallbegleiter waren in diesem Projekt an den 15 beteiligten Fachkliniken angesiedelt, vorgesehen waren bis zu 20 Kontakte, insbesondere in der Prä- und Postphase der Entwöhnungsbehandlung (s. Abb. 106).

Hierzu einige Zwischenergebnisse:

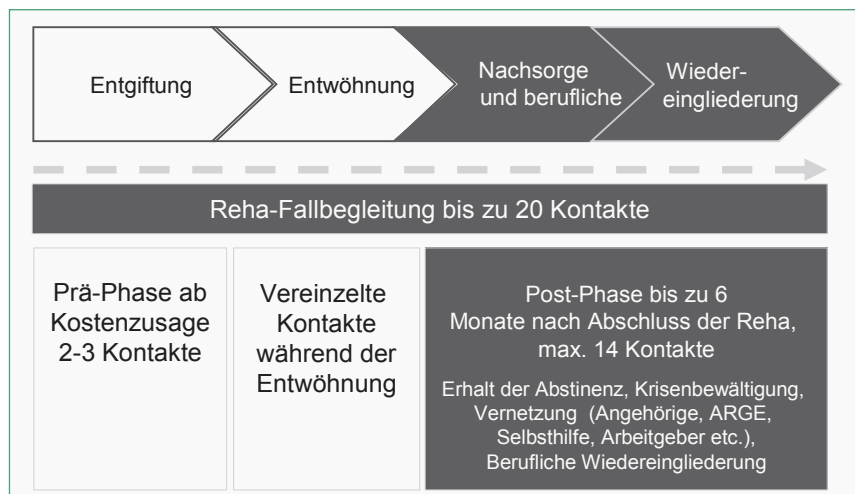
- 2/3 der Zielgruppe entschied sich für die Teilnahme an der Fallbegleitung.
- Die Antrittsquote der Entwöhnungsbehandlung ist bei den Teilnehmern im Vergleich zu Nichtteilnehmern deutlich höher.
- Der reguläre Abschluss der Entwöhnungsbehandlung ist insbesondere im Drogenbereich deutlich erhöht.
- Im Vergleich zu den Nichtteilnehmerinnen zeigen sich positive Auswirkungen

Abb. 105: *Integriertes Assessment im BFW Ffm*



Dr. Dietmar Kramer, salus klinik Friedrichsdorf

Abb. 106: Modell Reha-Fallbegleitung (Projektdesign) (Kainz et al., 2011)



der Weiterberatung der ehemaligen Patienten und Arbeitgeber bestand.

Das Projekt erbrachte nicht nur deutlich höhere Abstinenzwerte 1 Jahr nach Entlassung aus der Fachklinik, sondern auch eine deutliche Verbesserung der Erwerbssituation, hier am Beispiel des Entlassjahrgangs 2006 verdeutlicht.

So verfügten 14,6 % der Antworter über einen Arbeitsplatz auf dem 1. Arbeitsmarkt, 19,5 % befanden sich in Ausbildung/Umschulung, 25,6 % waren im 2. Arbeitsmarkt tätig, 23,2 % arbeitslos ohne Maßnahme. Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund der vergleichsweise hohen Arbeitslosenquote in der Region als erfolgreich anzusehen.

Insgesamt kann man feststellen, dass im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung eine deutliche Verbesserung hinsichtlich der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erzielt wird (s. Abb. 108).

So ergab die aktuelle klinikenübergreifende Basisdokumentation 2010 des FVS (Bachmeier et al., 2011) für Patienten in Fachkliniken für Alkohol/Medikamente, dass von 4.983 Patienten, die zu Behandlungsbeginn arbeitsunfähig waren, am Ende 72,6 % wieder arbeitsfähig sind. Dies ist sicherlich ein positives Ergebnis der Behandlung. Betrachtet man die Erwerbstätigkeit, so zeigt die Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 für Katamneseantworter auch eine leichte Erhöhung der beruflichen Reintegrationsquote von Patienten, die zu Therapiebeginn erwerbslos waren (vgl. Missel et al., 2012). Ein Jahr nach Behandlungsende verringerte sich die Anzahl der Erwerbslosen um 7,3 %.

Entsprechende Ansätze der Fallsteuerung mit dem Ziel der Optimierung der Vernetzung können gerade von besonderer Bedeutung für den Bereich der Entwöhnungsbehandlung mit einem hohen Anteil arbeitsloser Menschen sein (s.o.). Wichtig ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass Vernetzung nicht einfach als zusätzliche Aufgabe der Entwöhnungseinrichtungen angesehen werden kann. Hierfür ist ein erheblicher zeitlicher Aufwand und damit auch das Vorhandensein entsprechender personeller Ressourcen erforderlich, welche natürlich auch in den Stellenplänen zu berücksichtigen sind.

Eine mögliche Weiterentwicklung könnte auch darin bestehen, dass zielgerichtet im Rahmen entsprechend zu entwickelnder Leistungsmodulen auf spezifische Vermittlungskompetenzen beruflicher Rehabilitationseinrichtungen (z.B. Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke) im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung zurückgegriffen wird, um die Chancen der Arbeitsmarktintegration der betroffenen Personen zu verbessern. Auch sollte das leistungssträ-

hinsichtlich des selbständigen Wohnens im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung sowie hinsichtlich der (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben.

Abzuwarten bleiben die Ergebnisse des Abschlussberichts und die weitere Umsetzung des Modellprojekts.

**d) Forschungsprojekt zur schnittstellenübergreifenden arbeitsbezogenen Fallbegleitung (DRV Mitteldeutschland, Bundesagentur für Arbeit)**

Ein weiteres Forschungsprojekt zur schnittstellenübergreifenden, arbeitsbezogenen Fallbegleitung der DRV Mitteldeutschland und der Bundesagentur für Arbeit mit vier Suchtkliniken ist unter wissenschaftlicher Beileitung der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg angelaufen.

Zielsetzungen des Projektes sind:

- Steigerung der Nachhaltigkeit der Rehabilitationsleistung durch Verbesserung der Erwerbsintegration und dauerhafte Abstinenzraten

- Berufsbezogene, individuelle, systematische, schnittstellenübergreifende und bereits in Reha beginnende Begleitung der Suchtrehabilitanden in der Nachsorgephase
- Beratende Begleitung der Betroffenen in einen „abstinenten Alltag“ und strukturierte Unterstützung bei der beruflichen Reintegration (in Kooperation der zuständigen Arbeitsverwaltung)
- Primäre Forschungsfrage: Inwieweit kann durch die Fallbegleitung die Wiedereingliederung in Arbeit signifikant verbessert werden?

Das Projekt basiert auf einem Vorläuferprojekt des Diakonie-Krankenhauses Harz. Die Ergebnisse des damaligen EQUAL-Projekts, welches von dieser Einrichtung durchgeführt wurde, sind ermutigend (s. Abb. 107):

In diesem „Vorläuferprojekt“ (Stopp, 2009) wurde eine gesonderte Personalstelle eingerichtet, deren Aufgabe in der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben durch den Aufbau eines Netzwerkes (z.B. zur Arbeitsverwaltung und zu Betrieben), wie auch in

Abb. 107: Erwerbssituation der EQUAL-Teilnehmer, Entlassjahrgang 2006 (Katamnese) (Stopp, 2009)

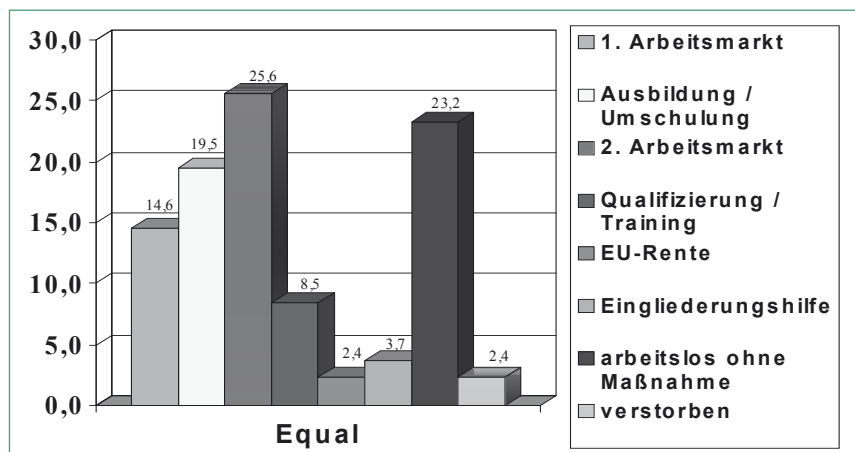


Abb. 108: Basisdokumentation FVS 2010: Fachkliniken A/M (Bachmeier et al., 2011)

	N	%
Arbeitsunfähig zu Beginn – Gesamt	4.983	100,0
Arbeitsfähig zum Entlasszeitpunkt	3.619	72,6
Arbeitsunfähig zum Entlasszeitpunkt	1.364	27,4

ger- und schnittstellenübergreifende Instrument der Integrationsfachdienste für den Personenkreis suchtkranker Menschen mit besonderem Vermittlungs- und Unterstützungsbedarf Anwendung finden.

**6.2.2.1.6 Berufliche (Re-)Integration benötigt passgenaue Arbeitsmarktinstrumente**

Im April 2012 tritt die „Reform der Arbeitsmarktinstrumente“ in Kraft. Zwar ist dem Ziel der derzeitigen Bundesregierung, möglichst alle Menschen – die dazu in der Lage sind – in reguläre Arbeit zu bringen, zuzustimmen. Und natürlich zeigte die Arbeitsmarktentwicklung im Jahr 2011 positive Signale, auch wird die demographische Entwicklung die Integration von Menschen in den regulären Arbeitsmarkt mittel- bis langfristig unterstützen.

Gleichwohl wird es aber auch weiterhin Menschen mit Vermittlungshemmnissen geben, die bildlich gesprochen, nicht einfach über eine Qualifikations- und Vermittlungsbrücke vom Ufer der Arbeitslosigkeit direkt in den 1. Arbeitsmarkt schreiten. Manche brauchen Zwischenstationen, mehrere Brücken oder sind längerfristig auf geförderte Beschäftigung angewiesen. Auch aus Sicht der Grundsicherungsstellen ist – so das Ergebnis der Studie von Wagner/Henkel et al., (2009) – ein breites und kurzfristig verfügbares Angebot arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen von zentraler Bedeutung. Deren differenzierte Wirksamkeit wurde vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) – Forschungsinstitut der Bundesagentur für Arbeit – evaluiert (s. Abb. 109).

Als besonders wirksam für unterschiedliche Zielgruppen erwiesen sich betriebliche Trainingsmaßnahmen, Eingliederungszuschüsse und Gründungsförderung. Verbesserungen erbrachten aber auch Vermittlungsgutscheine und Arbeitsgelegenheiten. Untersucht wurde vom IAB auch, was die häufigsten vereinbarten Angebote bzw. Forderungen in den Eingliederungsvereinbarungen sind (IAB 18/2011). Hierzu gehören neben der Verpflichtung zu Bewerbungen und zur Teilnahme an Fördermaßnahmen auch Arbeitsgelegenheiten nach § 16 d SGB II (s. Abb. 110).

Nun sollen, so sieht es das „Gesetz zur Leistungssteigerung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente“ vor, bis zum Jahr 2015 ca. 7,5 Mrd. € in der aktiven Arbeitsmarktpolitik eingespart werden. Ein Großteil der

Einsparsumme soll hierbei durch Kürzungen beim Zuschuss für Existenzgründer zustande kommen. Wesentliche Kürzungen sind zudem bei weiteren Instrumenten zu erwarten, welche bislang dazu eingesetzt wurden, die Eingliederungschancen von Menschen mit Vermittlungshemmnissen am Arbeitsmarkt zu verbessern. Betroffen sind hiervon sowohl Leistungen der aktiven Arbeitsmarktförderung (SGB III) als auch Eingliederungsleistungen in der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II). Zwar ist es politische Zielsetzung, dass die Arbeitsvermittler und Fallmanager vor Ort mehr Flexibilität und Entscheidungsspielräume für eine passgenaue Förderung erhalten, und Arbeitslose durch eine wirksame und zielgenaue Förderung schneller

wieder in Beschäftigung kommen. Doch ist zu erwarten, dass es in der Realität aufgrund der erheblichen Budgetkürzungen und der daraus resultierenden Reduktion einzelner Leistungen zu einer deutlichen Verschärfung der Probleme insbesondere für die Gruppe von Personen mit multiplen Vermittlungshemmnissen kommen wird.

Es ist damit zu rechnen, dass hiervon auch „Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung“, die sog. Ein-Euro-Jobs, welche für die am Arbeitsmarkt benachteiligten Arbeitslosen – zu denen auch Menschen mit psychischen Problemen oder ehemals suchtkranke Menschen sowie substituierte Personen gehören – von besonderer Bedeutung sind, betroffen sein werden. Gerade für Menschen, die angesichts der Anforderungen des Arbeitsmarktes und ihres persönlichen Profils kaum Chancen auf dem regulären Arbeitsmarkt haben, ist dieses Instrument von besonderer Bedeutung.

Impliziter Bestandteil entsprechender Maßnahmen ist es, dass eine zielgenaue und qualifizierte professionelle psychosoziale

Abb. 109: Die Arbeitsmarktinstrumente und ihre Wirkung im Überblick

Instrument	Wirkung*	Nebenwirkung/ Einschränkung	Evaluiert im	
			SGB II	SGB III
<b>Maßnahmen zur Verbesserung der Eingliederungschancen</b>				
Vermittlung durch Dritte	0		✓	✓
Vermittlungsgutschein	+	Mitnahme		✓
Nicht-betriebliche Trainingsmaßnahmen	+		✓	✓
Betriebliche Trainingsmaßnahmen	++	Mitnahme	✓	✓
Berufliche Weiterbildung	+	zeitverzögerte Wirkung	✓	✓
<b>Maßnahmen zur Beschäftigungsförderung</b>				
Eingliederungszuschuss	++	Mitnahme/Substitution	✓	✓
Gründungsförderung	++	Mitnahme/Substitution	✓	✓
<b>Beschäftigung schaffende Maßnahmen</b>				
Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen	0	Substitution/Verdrängung	✓	✓
Arbeitsgelegenheiten	+	Substitution/Verdrängung	✓	
Beschäftigungszuschuss	-	Substitution/Verdrängung	✓	

\* Beschäftigungswirkung: keine (0), leicht (+), spürbar (++), negativ (-).

Quelle: IAB-Kurzbericht 11/2011 © IAB

Abb. 110: Eingliederungsvereinbarung in der Praxis: Häufigste Angebote bzw. Forderungen im Bereich SGB II (IAB-Kurzbericht 18/2011)

<b>Eingliederungsvereinbarung in der Praxis: Häufigste Angebote bzw. Forderungen im Bereich SGB II (IAB-Kurzbericht 18/2011)</b>	
• Verpflichtung zu Bewerbungen (ca. 75 %)	
• Teilnahme an einer Fördermaßnahme (ca. 50 %)	
• Arbeitsgelegenheit nach § 16 d SGB II (Ein-Euro-Job)	

Unterstützung durch die jeweiligen Maßnahmeträger sichergestellt wird. Insbesondere für nachweislich betreuungsintensive Fälle ist eine qualifizierte sozialpädagogische bzw. psychosoziale Betreuung für diese Personengruppe dringend erforderlich.

Es ist nicht auszuschließen, dass viele Projekte zur Qualifizierung und Beschäftigung von Menschen mit Sucht- oder psychischen Problemen, sofern sie nicht über andere Geldquellen (z.B. Europäischer Sozialfonds) verfügen, zukünftig existentiell gefährdet sein werden. Gerade Personen mit mehreren Vermittlungshemmnissen – und hierzu gehören längerfristig arbeitslose Personen mit einer Suchtproblematik bzw. in Substitution befindliche Personen – benötigen aber häufig eine nachhaltige Förderung der beruflichen Integration und eine längerfristige und verlässliche Unterstützung.

Zu begrüßen ist zwar, dass die sogenannten freien Eingliederungsleistungen weiterentwickelt werden sollen und die Jobcenter mehr Gestaltungsspielraum erhalten sollen, um eigene Förderinstrumente für die Eingliederung von Langzeitarbeitslosen zu entwickeln. Da es sich um Ermessensleistungen handelt, ist angesichts der deutlich reduzierten Budgets allerdings sicherlich nicht damit zu rechnen, dass es zu einer Zunahme entsprechender Leistungen kommen wird.

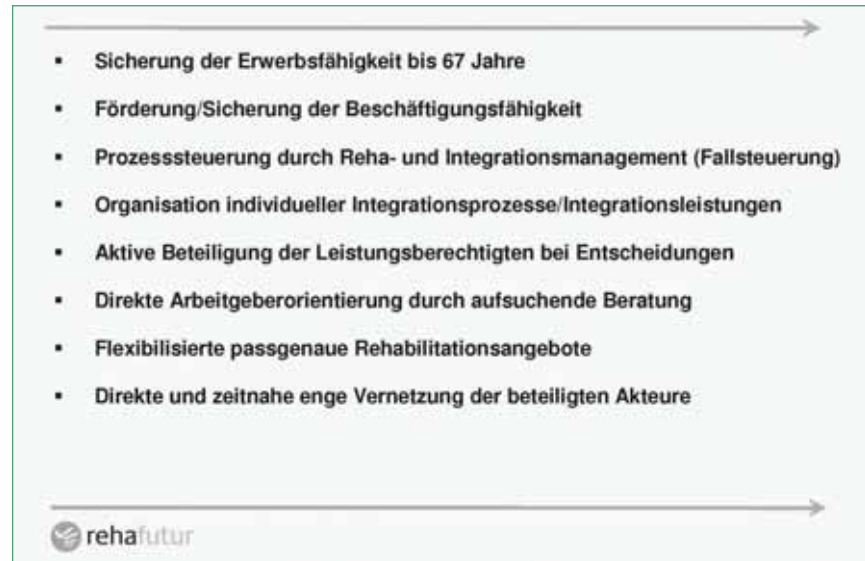
Angesichts der Budgetkürzungen ist zu fordern, dass ein angemessener Anteil des Eingliederungstitels der Jobcenter für den Personenkreis der Menschen mit multiplen Vermittlungshemmnissen reserviert bleibt. Vor dem skizzierten Hintergrund ist es umso wichtiger, dass die Politik dafür Sorge trägt, dass für diese Menschen auch weiterhin adäquate Arbeitsmarktinstrumente vorgehalten und finanziert werden.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt übrigens auch das IAB, die Forschungseinrichtung der Bundesagentur für Arbeit. „Jede Streichung (Ergänzung eines Arbeitsmarkt-Instruments) sollte aber sorgfältig abgewogen werden: Die Wirkungsforschung im SGB II wie im SGB III zeigt, dass die meisten Instrumente wirksam sind – aber stets nur bezogen auf spezifische Förderbedarfe. Ein ideales Instrument für alle gibt es nicht.“ (IAB-Kurzbericht 11/2011, S. 8)

### 6.2.2.2. Förderung der Teilhabe erwerbstätiger Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben

Nicht nur bezogen auf die arbeitslosen, sondern auch für die berufstätigen Menschen fallen entsprechende Fallmanagementaufgaben für die Leistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und die Betriebe an. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Jahr 2007 die Initiative RehaFutur ins Leben gerufen. RehaFutur wurde mit dem Ziel initiiert, Ideen, Konzepte

Abb. 111: Ziele des Modellversuchs RehaFuturReal der DRV Westfalen (nach Riedel, 2012)



und Aktivitäten zu bündeln, die eine zukunftsorientierte innovative berufliche Rehabilitation gewährleisten. Unter Mitwirkung von ca. 90 Experten wurden zu unterschiedlichen Handlungsfeldern das Wissen gebündelt und entsprechende Vorschläge entwickelt, die 2012 in die Umsetzungsphase einmünden. Die Ziele und Ergebnisse lassen sich auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation übertragen.

Denn im Mittelpunkt steht auch bei RehaFutur eine kompetente und systemübergreifende Beratung der betroffenen Menschen zu realisieren. Im Rahmen von RehaFutur sind mittlerweile verschiedene Umsetzungsprojekte entstanden. Ein Modellversuch der DRV Westfalen hat sich folgende Zielsetzungen gesetzt, die ein intensives Schnittstellenmanagement erfordern (s. Abb. 111).

Auch innerhalb der medizinischen Rehabilitation versucht die Rentenversicherung derzeit insbesondere in den somatischen Indikationen eine verstärkte Berufsorientierung im Rahmen von MBOR, der medizinisch-beruflichen Orientierung in der Rehabilitation, voranzubringen. Unterschieden werden hierbei Basisangebote und spezialisierte Leitungen, welche in Spezialeinrichtungen vorgehalten werden sollen. In der Behandlung Abhängigkeitskranker wurden

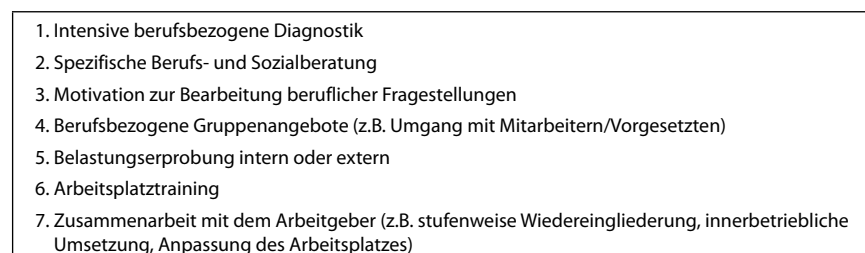
nicht zuletzt aufgrund der hohen Arbeitslosigkeit der Patienten und der Bedeutung der arbeitsbezogenen Leistungen in der Behandlung bereits vielfältige Leistungen entwickelt (s. Kap. 6.2.2.1). Doch auch hier gibt es – wie bereits beschrieben – Entwicklungspotentiale.

Im Rahmen einer medizinischen und gleichzeitig berufsorientierten Rehabilitation können verschiedene Leistungen für Erwerbstätige vorgehalten werden. Diese sind in Abb. 112 abgebildet.

Aufgaben des Casemanagements, welche insbesondere die Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber betreffen, können selbstverständlich nur erfolgen, wenn der Patient auch damit einverstanden ist.

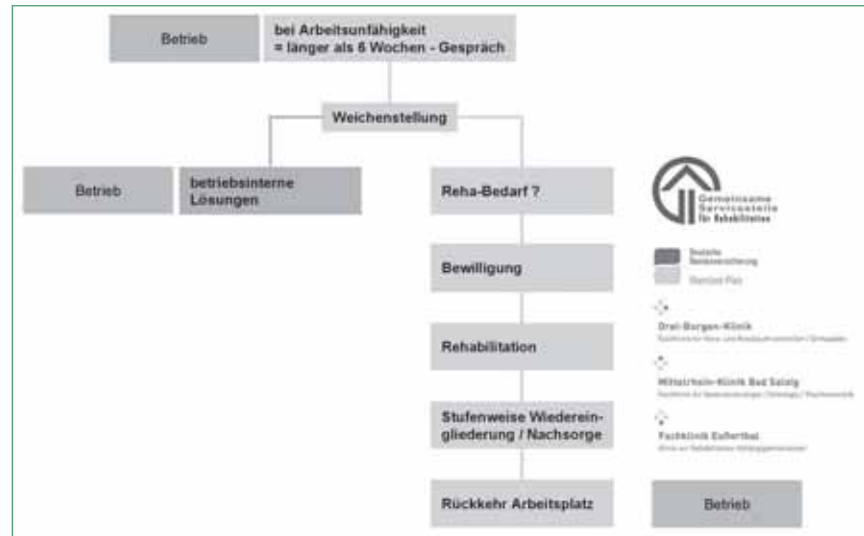
Verschiedene Rehabilitationsträger haben bereits eigene Programme gestartet, um die Vernetzung zwischen Betrieben und Rehabilitationseinrichtungen zu verbessern. Hierzu sei beispielhaft das Projekt der DRV Rheinland-Pfalz zum betrieblichen Eingliederungsmanagement verwiesen (Abb. 113a). Dieses lässt sich in weiten Teilen auch auf die medizinische Rehabilitation bzw. Entwöhnungsbehandlung anwenden. Eine wesentliche Zielsetzung ist die frühzeitige Identifikation des Reha-Bedarfs von Mitarbeitern im Betrieb.

Abb. 112: Leistungen für Erwerbstätige in einer berufsorientierten medizinischen Rehabilitation (MBOR) (Gödecker-Geenen, DRV Westfalen, 2011)



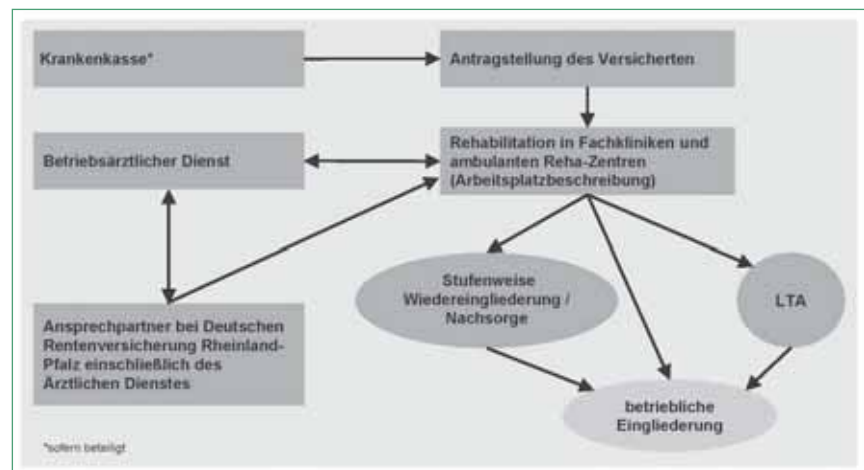
Gesetzlich vorgeschrieben ist, dass ein Gespräch mit dem Mitarbeiter bei einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 6 Wochen erfolgt. Hierbei ist auch ein eventueller Rehabedarf zu prüfen. Ist dieser gegeben, so ist integraler Bestandteil der Reha-Vorbereitung, auch die Erfordernisse des Arbeitsplatzes zu berücksichtigen, zu denen auch psychische Anforderungen und erlebte Belastungen des Arbeitnehmers gehören. Der Rentenversicherungsträger verpflichtet sich kurzfristig, die erforderliche Rehabilitationsleistung zu bewilligen. Während der Rehabilitation erfolgt, sofern der Patient dies wünscht und die Notwendigkeit besteht, auch Kontakt zum Betrieb, um bereits in dieser Phase Vorkehrungen für die Rückkehr nach erfolgter Rehabilitation zu treffen und ggf. das Verfahren der stufenweisen Wiedereingliederung einzuleiten. Im Rahmen eines begleiteten Fallmanagements wird dieser gesamte Prozess bis hin zur Arbeitsintegration unterstützt.

Abb. 113a: Verfahrensablauf: Betriebliches Eingliederungsmanagement (DRV Rheinland-Pfalz) (1)



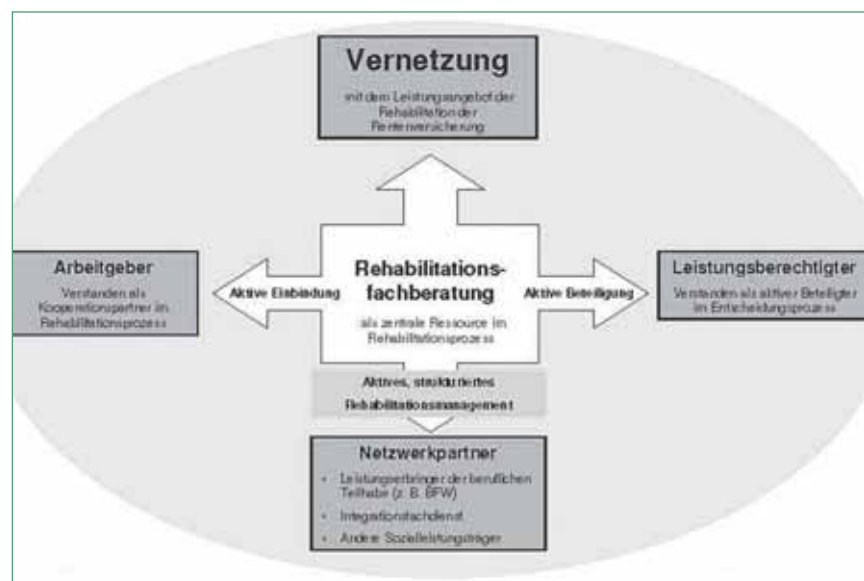
Ggf. sind in den Verfahrensverlauf (s. Abb. 113b) auch noch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einzuplanen, um die betriebliche Eingliederung zu erleichtern bzw. zu ermöglichen.

Abb. 113b: Verfahrensablauf: Betriebliches Eingliederungsmanagement (DRV Rheinland-Pfalz) (2)



Zur Erfüllung entsprechender Schnittstellen hat die DRV Westfalen wiederum einen eigenen Betriebservice „Gesunde Arbeit“ eingerichtet, welcher Case-Managementaufgaben für alle Fragen der Rehabilitation Betrieben als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Er unterstützt den Arbeitnehmer, den Arbeitgeber bzw. die zuständigen Betriebs- und Werksärzte wie auch weitere Netzwerkpartner – etwa Berufsförderungswerke und Rehabilitationseinrichtungen – sowie die zuständigen Stellen der DRV Westfalen selbst hinsichtlich der beruflichen Re-Integration. Zu den Aufgabenbereichen gehören auch Hausbesuche bei den Versicherten, Betriebsbesuche, Gespräche mit dem Berufsförderungswerken, den Rehabilitationseinrichtungen sowie natürlich dem Versicherten selbst (s. Abb. 114). Denkbar ist es, entsprechende Fallmanagementaufgaben auch an Dritte zu vergeben, um eine flächendeckende Umsetzung des Fallmanagementansatzes zu realisieren.

Abb. 114: Netzwerkverständnis in RehaFuturReal (Gödecker-Geenen, 2011)



Erhebungen des FVS zeigen, dass während der Entwöhnungsbehandlung einzelne Arbeitnehmer auch ihren Arbeitsplatz verlieren können. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass die Wirksamkeit der Kündigung in die Zeit der Rehabilitation fällt oder aber, dass dem Patienten erst während der Entwöhnungsbehandlung gekündigt wurde. Von daher stellt das Thema „Sicherung des Arbeitsplatzes“ bis hin zur Beratung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei der beruflichen Wiedereingliederung auch im Bereich der Abhängigkeitskrankungen eine wichtige Aufgabe dar.

Abb. 115: Prävalenz des Substanzkonsums älterer Menschen

<b>1. Alkohol Altersgruppe 60 – 64 Jahre (Pabst et al., Epidemiologischer Suchtsurvey, 2009)</b>	
Riskanter Konsum (30 Tage Prävalenz)	19,9 %
Problematischer Konsum (AUDIT 12-Monats-Prävalenz)	11,0 %
<b>2. Medikamente Altersgruppe 60 – 64 Jahre</b>	
Problematischer Konsum (KTM, 12-Monats-Prävalenz)	3,7 %
<b>Weitere Studien</b>	
• Weyerer S. (2003) Alkoholdiagnose in Altenpflegeheimen (bei Einzug in das Heim)	10,0 %
• Berliner Altersstudie Behandlung mit Psychopharmaka ≥ 75 Jahre	ca. 25,0 %

**6.2.3 Sucht im Alter**

Ein weiteres Beispiel für die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Schnittstellenarbeit betrifft das Thema „Sucht im Alter“. Es ist hinlänglich bekannt, dass sich der Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland nachhaltig verändert.

Spürbare Veränderungen in der Altersstruktur wird es dadurch geben, dass der Anteil der 65 bis unter 80-jährigen in den Jahren 2009 bis 2060 von 15 auf 20 % zunimmt, ferner wird der Anteil der Hochbetagten mit über 80 Jahren von 5 auf 14 % steigen. Eine unterschätzte Problematik in diesem Zusammenhang ist das Thema „Sucht im Alter“. Angesichts der Bevölkerungsentwicklung stellen sich hier zunehmende Herausforderungen, denn bislang entzieht sich dieses Thema weitgehend der öffentlichen Wahrnehmung und bleibt dadurch unsichtbar. Oft spielt es sich hinter verschlossenen Türen ab und wird von den Betroffenen, deren nahen Bezugspersonen, aber auch von Ärzten und Pflegekräften nicht erkannt oder gar geleugnet und heruntergespielt.

Zur Prävalenz des Substanzkonsums älterer Menschen zeigt der Epidemiologische Sucht-Survey 2009 (s. Abb. 115), der allerdings nur bis zur Altersgruppe der 60 bis 64-jährigen reicht, dass in dieser Altersgruppe ein problematischer Konsum von Alkohol bei 11 % und von Medikamenten bei 3,7 % vorliegt. Weitere Studien wie die von Weyerer et al. (2003) zeigen eine recht hohe Verbreitung von Alkoholdiagnosen im Altenpflegeheim von ca. 10 %. Die Berliner Altersstudie ergab zudem, dass von den über 75-jährigen Menschen ca. 25 % mit Psychopharmaka behandelt wurden. Be-

Abb. 116: Entwöhnungsbehandlung – Anteile älterer Menschen (FVS Basisdokumentation 2010)

Entwöhnungsbehandlung älterer Menschen Anteil der behandelnden Patienten ≥ 61 Jahre	Anteile in %
• Fachkliniken für A/M	7,2 %
• Ambulante Entwöhnung	10,9 %
• Ganztägig ambulante Entwöhnung	4,1 %

trachtet man nun die Frage, wie viele ältere Menschen Zugang zu Entwöhnungsbehandlung finden, so liegt der Anteil der über 60-jährigen in den Fachkliniken für Alkohol/Medikamente bei ca. 7,2 %, bei ambulanter Entwöhnungsbehandlung bei 10,9 % und bei ganztägig ambulanter Entwöhnung 4,1 %, so zumindest die Ergebnisse der Basisdokumentation 2010 des FVS (s. Abb. 116).

Damit liegen die Anteile deutlich unter denjenigen der Altersgruppe zwischen 30 und 60 Jahren. Um die Versorgungssituation älterer suchtkrank Menschen zu verbessern, ist es erforderlich, eine zielgruppenspezifische Kooperation der Suchtkrankenhilfe mit den jeweiligen Diensten und Einrichtungen für ältere Menschen und eine gegenseitige Qualifizierung der jeweiligen Mitarbeiter in zu erreichen. Hierzu werden vom Bundesministerium für Gesundheit verschiedene Modelle gefördert, beispielhaft wird auf das Projekt „Sucht im Alter“ in Hamburg verwiesen, welches die träger- und arbeitsfeldübergreifende Qualifizierung und Vernetzung zum Ziel hat (s.

Abb. 117: Vernetzung der Alten- und Suchthilfe (Projekt „Sucht im Alter“, Hamburg)

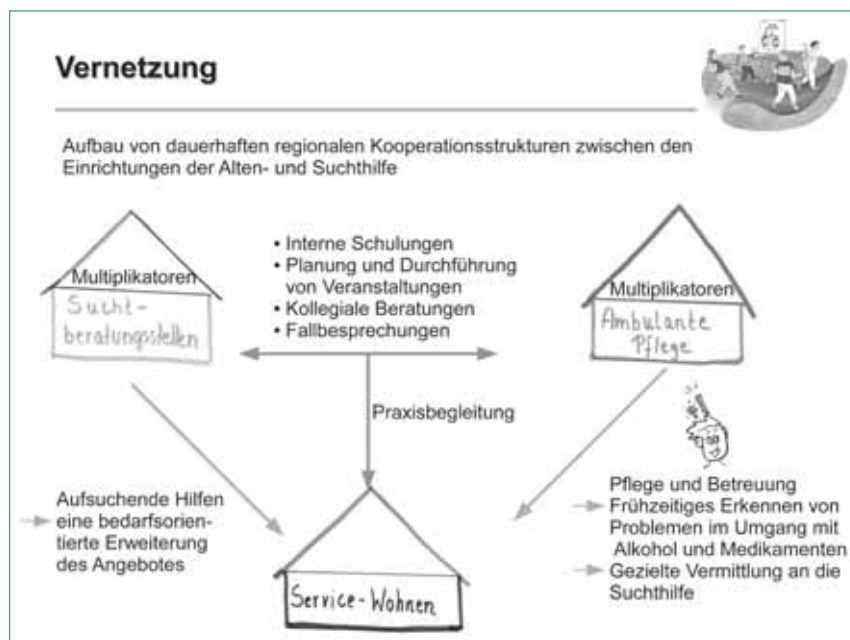


Abb. 117). Die flächendeckende Umsetzung entsprechender Vernetzungsprojekte ist zu empfehlen, sofern sich diese als erfolgreich herausstellen.

Eine stärkere Vernetzung der Suchtkrankenhilfe mit anderen Einrichtungen, die mit Suchtkranken zu tun haben, erfordert ein zielorientiertes Vorgehen auf der Grundlage einer differenzierten Bedarfserhebung und Angebotsplanung. Oft scheitert eine Weiterführung oder gar eine flächendeckende Umsetzung schlicht an der Finanzierung des erforderlichen Mehraufwands.

**6.3 Nutzung moderner Informationstechnologien in der Entwöhnungsbehandlung**

Zunehmend spielt der Einsatz neuer Medien in den Bereichen Prävention und Frühintervention sowie Beratung, Therapie und Nachsorge eine wichtige Rolle (vgl. Bauer und Kordi, 2008). Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass das Internet in zunehmend stärkerem Umfang zu einem Alltagsmedium geworden ist und es für die Nutzer viele Vorteile bietet. So kann das Internet einfach, flexibel und anonym genutzt werden. Es kennt weder Öffnungs- noch Wartezeiten, und es kann interaktiv eingesetzt werden. Es gibt bereits eine Vielzahl von Studien zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens wie z.B. zum Substanzkonsum (vgl. Brendryen, Kraft, 2008; Linke, Braun, Wallace, 2004; Tossmann 2005; Riper, Kramer, Smit et al., 2007; Blankers, Nabitz et al., 2008), zur Hilfe für pathologische Glücksspieler (Calbrink, Smit, 2008), zur Gewichtsreduktion (Cussler, Teixeira, Going et al.,

2008; Doyle, Goldschmidt et al., 2008) sowie für spezifische Störungen wie Angststörungen (Andersson, Calbrink, Holmström et al., 2006; Berger, Hohl, Caspar, 2009) oder Depressionen (Warmerdam, van Straten, 2008) vor. Im Bereich der Nachsorge und Rückfallprävention berichten Bauer et al. (2008) über ein SMS-basiertes Nachsorgeprogramm bei Bulimie Anorexia und Neubauer et al. (2008) über Online-Nachsorge nach stationärer multimodaler Schmerztherapie. Golkaramnay et al. (2009) berichten erste Zwischenergebnisse eines Forschungsprojekts zur Wirksamkeit einer Internet-gestützten Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Wolf et al. (2008) berichten über Chat- und E-Mail-Brücken im Rahmen der Nachsorge nach stationärer Psychotherapie.

Dies zeigt, dass das Internet auf vielfältige Weise auch im Bereich der Beratung, Therapie und Nachsorge genutzt werden kann. Allerdings ist der Einsatz von Internet-basierter Therapie und Nachsorge in Deutschland im Vergleich zum europäischen Ausland noch die Ausnahme. Im Weiteren wird eine Anwendungsmöglichkeit im Bereich der Nachsorge für den Indikationsbereich der „Abhängigkeitserkrankungen“ exemplarisch vorgestellt.

Derzeit wird in zwei Mitgliedseinrichtungen des FVS die Anwendung einer Web-basierten Gruppennachsorge nach der stationären Entwöhnung modellhaft erprobt. Im Rahmen des Projektes geht es darum, nach der Entwöhnung die Weiterbetreuung über die Fachklinik durch eine spezielle Tele-Nachsorge zu gewährleisten. Dieser Ansatz ist als eine Ergänzung zu bestehenden Verfahren der poststationären Nachsorge und Behandlung zu sehen. Er richtet sich zudem an die große Zahl von Patienten (60 % – 70 %), die ansonsten keine Nachsorge-maßnahme in Anspruch nehmen (vgl. Misel et al., 2011).

Allerdings ist es sicherlich ein zukunftsweisendes Modell, denn man kann davon ausgehen, dass der selbstverständliche Gebrauch von Computern und der Austausch – auch persönlicher Informationen über das Internet – in den nachwachsenden Generationen noch deutlich zunehmen wird.

Das Projektdesign unterscheidet zwischen einer Experimental- und einer Kontrollgruppe (s. Abb. 118).

Das Projekt wird randomisiert durchgeführt, die Interventionsgruppe hat die Möglichkeit an 26 wöchentlichen virtuellen Gruppensitzungen teilzunehmen, die Kontrollgruppe erhält hingegen einmal pro Monat telefonischen Kontakt zu einem Mitarbeiter der Klinik. Es gibt entsprechende Chat-Regeln (s. Abb. 119a), an die sich die Teilnehmer halten sollen.

Vor jeder Sitzung werden Fragebögen von allen Teilnehmern (SCL9) ausgefüllt (s. Abb.

Abb. 118: Phasen der Interventionsformen (EG, KG) (Misel, 2010)

Experimentalgruppe (EG)		Kontrollgruppe (KG)
Information vier Wochen vor planmäßigem Abschluss der stationären Rehabilitation und Zielvereinbarung mit Patient		
Information der Patienten zwei Wochen vor Entlassung über Ergebnis der Randomisierung und Ergänzung der Zielvereinbarung		
Schulung bzgl. Nachsorgeplattform zwei Wochen vor Entlassung		
Wöchentlich 90-minütiger Chat (26 Sitzungen) in halb-offener therapeutisch geleiteter Chatgruppe Anschließend 30-minütige telefonische Erreichbarkeit des Therapeuten	Assessment Vor Gruppe: SCL-K-9 nach Gruppe: Kurzbeurteilung des Chats	Monatlicher fernmündlicher Kontakt zu einem therapeutischen Mitarbeiter der Klinik (Motivation zu externer Weiterbehandlung)

Abb. 119a: Chatregeln (chat-nachsorge.de)



Abb. 119b: Fragebogen (chat-nachsorge.de)



119b), damit der Therapeut z.B. über das aktuelle Befinden der Teilnehmer informiert ist und bei Bedarf entsprechend intervenieren kann.

Nach der Sitzung werden das Befinden und die Einschätzung der Chat-Gruppensitzung von jedem Teilnehmer erfragt. Der Therapeut steht für individuelle Kontakte nach jeder Sitzung zusätzlich auch telefonisch zur Verfügung.

Vorläufiges Fazit des noch laufenden Modellprojektes ist:

- Die Software ist sehr gut implementiert.
- SCL-9: Vorteile Chatgruppe gegenüber der Kontrollgruppe
- Rückfälle: Vorteile Chatgruppe gegenüber der Kontrollgruppe
- Inanspruchnahme von Nachsorge: Vorteile Chatgruppe gegenüber der Kontrollgruppe.

Auf die Ergebnisse dieses Modells sowie weiterer Ansätze der Telekommunikation im Bereich der Prävention und Suchtkrankenhilfe, die als Ergänzung zu den bestehenden personenzentrierten Beratungs- und Behandlungsangeboten zu sehen sind, darf man gespannt sein.

## 7. Evidenzbasierung, Behandlungsleitlinien und methodische Aspekte zur Weiterentwicklung der Suchtbehandlung

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

Leistungen und Angebote der Suchtkrankenhilfe müssen insgesamt dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen.

Auf dieser Basis sind auch entsprechende Leitlinien zu entwickeln, die allerdings nur Behandlungskorridore beschreiben können und von daher von Richtlinien klar zu unterscheiden sind. Behandlungsleitlinien werden maßgeblich von Experten und Fachgesellschaften erstellt. Um ihre Akzeptanz zu fördern, und damit sie Wirksamkeit entfaltet, ist eine intensive Diskussion in der Fachöffentlichkeit und die Herstellung eines expertengestützten Konsenses erforderlich. Unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) werden seit dem Jahr 2000 verschiedene Leitlinien zu substanzgebundenen Störungen entwickelt, nachlesbar unter [www.sucht.de](http://www.sucht.de), [www.dg-sucht.de](http://www.dg-sucht.de).

Für die Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen incl. der Entwöhnungsbehandlung alkoholbezogener Störungen wurde zuletzt eine entsprechende S-2-Leitlinie Anfang 2006 publiziert (Geyer et al., 2006). Es ist dieser zu entnehmen, dass auf der Grundlage einer umfangreichen Literatursichtung und deren Bewertung die stationäre Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit bei spezifischer Indikation empfohlen wird. Für die ambulante und ganztägig ambulante Behandlung liegen bislang zwar nur wenige Wirkungsnachweise vor, gleichwohl wird diese vor dem Hintergrund einer entsprechenden Indikationsstellung ebenfalls empfohlen.

Auch die DRV Bund hatte im Rahmen der Entwicklung von Therapiestandards in der Rehabilitation die wissenschaftliche Fundierung und Evidenzbasierung der statio-

nären Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit untersuchen lassen. Hierbei ging es darum, auf der Basis einer internationalen Literaturstudie und Befragung von Experten und Behandlern verschiedener Berufsgruppen Therapiemodule zu bestimmen, die Bestandteil der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker sein sollen. Hierbei handelt es sich zum einen um evidenzbasierte Therapiemodule und zum anderen um solche, die sich aus der Versorgungspraxis („Expertenkonsens“) oder aufgrund von Trägeraufgaben ergeben, solange diese nicht nachweislich unwirksam oder gar schädlich sind.

Für entsprechende Leistungseinheiten, welche den Therapiemodulen (ETM's) zugeordnet werden, wurde jeweils ein wissenschaftlich begründetes bzw. expertengestütztes Soll definiert. Die erbrachten Leistungen einer Einrichtung, die nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen im Entlassbericht verschlüsselt werden, werden dann mit dem jeweiligen Soll verglichen, um damit zu prüfen, inwieweit entsprechende Übereinstimmungen bzw. Abweichungen bestehen. Durch die Mitwirkung von Experten der verschiedenen Berufsgruppen, Fachverbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften wurde die „Rehabilitationsleitlinie“ auf eine breite Erfahrungs- und Wissensbasis gestellt. Zu fordern ist aus Sicht der Behandler, dass Spielräume für eine individualisierte Behandlung erhalten bleiben, damit kein Normierungs- und Standardisierungsdruck entsteht, der in Richtung „Einheitstherapie“ wirkt.

Mittlerweile wurden die „Reha-Therapiestandards zur Alkoholabhängigkeit der Deutschen Rentenversicherung“ (Januar 2011) herausgegeben, es fand eine Anwenderbefragung statt und erste Qualitätsberichte wurden an die Einrichtungen versandt.

Im Jahr 2011 begann unter Federführung der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheil-

kunde) und des ZI-Mannheim (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit) die Entwicklung einer interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zum Screening, der Diagnostik und Behandlung von Intoxikation, riskantem schädlichem und abhängigen Alkoholgebrauch. Die vorgesehene Kapitelstruktur umfasst nachfolgende Einzelkapitel:

- Screening und Diagnostik von Intoxikation, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch
- Behandlung von Intoxikation, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch mit den Einzelabschnitten
  - Kurzinterventionen
  - Entgiftung
  - Qualifizierte Entzugsbehandlung
  - Arzneimittel zur Entzugsbehandlung
  - Körperliche Komplikationen
  - Komorbide psychische Störungen
  - Alters- und geschlechtsspezifische Populationen
  - Postakutbehandlung und
- Versorgungsorganisation.

Das Kapitel Postakutbehandlung wurde inzwischen als Kapitel „Entwöhnungsbehandlung und andere Formen der Postakutbehandlung“ neu bezeichnet, und entspricht somit deutlicher dem Stellenwert der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Bereich des postakuten Versorgungsangebotes.

In der Arbeitsgruppe „Entwöhnungsbehandlungen und andere Formen der Postakutbehandlungen“ wurden nachfolgende Fragen als klinische Fragestellungen konsentiert:

- Welche Wirksamkeit (positive, fehlende, unerwünschte) weisen postakute Interventionsformen im kontrollierten Vergleich bei der Behandlung des Alkoholabhängigkeitssyndroms auf?
- Gibt es weitere aussagekräftige Studien zur Wirksamkeit unterhalb des kontrollierten Vergleichs?
- Von welchen der folgenden Bedingungen ist die Wirksamkeit abhängig? Patientengruppen (z. B. Co- und Multimor-

- bidität, Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund)
- Von welchen der folgenden Bedingungen ist die Wirksamkeit abhängig? Setting (ambulant, ganztägig ambulant, stationär)
  - Von welchen der folgenden Bedingungen ist die Wirksamkeit abhängig? Zuweisungskontext und Vernetzung der Angebote
  - Von welchen der folgenden Bedingungen ist die Wirksamkeit abhängig? Behandlungsdauer
  - Von welchen der folgenden Bedingungen ist die Wirksamkeit abhängig? Vorbildungen
  - Von welchen der folgenden Bedingungen ist die Wirksamkeit abhängig? Interventionskomponenten
  - Von welchen der folgenden Bedingungen ist die Wirksamkeit abhängig? Therapeutenvariablen
  - Welche Ergebnismaße (z. B. Abstinenz, Konsumreduktion, Rückfallraten, Mortali-

tät, berufliche (Re-)Integration, Lebenszufriedenheit) sollen berücksichtigt werden?

Der Abschluss der gesamten S-3-Leitlinien-Entwicklung ist für 2013 vorgesehen.

Ferner regt der FVS an, dass ausgewählte Forschungsvorhaben im Sinne der Weiterentwicklung einer praxisnahen Versorgungsforschung unter Beteiligung der Rehabilitationseinrichtungen und der maßgeblichen Suchtverbände durch die Leistungsträger wie auch die zuständigen Bundesministerien finanziell gefördert werden. Aus derartigen wissenschaftlich begleiteten Projekten können wichtige Impulse für die Suchtbehandlung resultieren.

Als ein aktuelles Beispiel für ein derartiges praxisorientiertes Forschungsprojekt sei auf die Untersuchung des methodischen Ansatzes eines PC-gestützten Alkoholvermeidungstrainings verwiesen (Wiers, R. W.; Eberl, C.; Rinck, M.; Becker, E. S.; Lindenmeyer, J., 2011), das in Zusammenarbeit einer

Fachklinik (salus klinik Lindow) mit universitären Einrichtungen durchgeführt wird. Hierbei wurden bislang zwei randomisiert-kontrollierte Studien mit entsprechend hohen Fallzahlen durchgeführt. Wesentlicher Bestandteil des Trainings ist es, dass am PC Alkohol-Bilder vom Patienten weggeschoben und alkoholfreie Bildmotive herangezogen werden. Nachdem sich gezeigt hatte, dass mittels entsprechender Interventionen im stationären Setting die Rückfallrate signifikant gesenkt werden konnte, wurde in einem weiteren Schritt untersucht, welche Alkoholpatienten besonders von dem Training profitieren. Im Rahmen einer Multicenter-Studie wird nun geprüft, ob sich die Ergebnisse auch in anderen stationären Behandlungseinrichtungen replizieren lassen.

Ein derartiges gestuftes methodisches Vorgehen mit der Zielsetzung, zunächst zu gesicherten Erkenntnissen zu kommen, bevor weitergehende Schlussfolgerungen für die Suchtbehandlung gezogen werden, ist aus Sicht des FVS zu begrüßen.

## 8. Prävention und Behandlung von Abhängigkeits-erkrankungen: Empfehlungen und Forderungen

Im Rahmen der Prävention fordert der FVS:

1. Die Primärprävention ist durch den Ausbau personeller Ressourcen zu stärken. Personalkommunikative Maßnahmen in den Lebensfeldern müssen von gesundheitspolitischen und strukturellen Ansätzen (z.B. gezielte Werbeeinschränkungen, Preisgestaltung für alkoholische Getränke) sowie massenkommunikativen Kampagnen im Sinne eines Policy mix begleitet sein, damit eine gesundheitsorientierte Lebensweise in der Gesellschaft effektiv gefördert werden kann.
2. Sekundärpräventive Ansätze müssen weiterentwickelt werden, welche sich auf spezifische Zielgruppen konzentrieren (z.B. Ecstasy-Konsumenten, Alkohol missbrauchende Menschen, Cannabiskonsumenten). Hierbei sind settingbezogene Maßnahmen (z.B. in kleinen und mittelgroßen Betrieben, in der Schule, in der Jugendarbeit, in der Altenhilfe, im Stadtteil) zu stärken. Insbesondere die frühzeitige Bedarfserkennung und Frühintervention müssen im akutmedizinischen Bereich, wie auch durch niedergelassene Psychotherapeuten oder Agenturen für Arbeit/Jobcenter sowie in Betrieben ausgebaut werden.
3. Auf die praxisnahe Evaluation suchtpreventiver Maßnahmen sollte im Rahmen der Qualitätsförderung verstärkt Wert gelegt werden. Darüber hinaus

sollten nationale Gesundheitsziele im Bereich der Suchtpolitik möglichst quantifiziert (z.B. Reduktion des Alkoholkonsums in spezifischen Zielgruppen um bestimmte Prozentzahl) und deren Erreichung überprüft werden.

4. Suchtprävention muss im Kontext der Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen werden. Die Zielsetzungen wie auch die Regelung der Zuständigkeiten sollten sich in einer übergreifenden Präventionsstrategie niederschlagen.

Hinsichtlich der Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation benötigen Rehabilitationseinrichtungen aus Sicht des FVS:

5. Eine zukunftssichere Finanzierung, welche den steigenden Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen berücksichtigt.
6. Eine Leistungsvergütung, welche qualitative Aspekte wie die steigende Morbidität der Patienten ebenso einbezieht wie allgemeine Personal- und Sachkostenentwicklungen.
7. Entsprechende Rahmenbedingungen für attraktive Arbeitsplätze, um z.B. dem zunehmenden Ärzte- und Therapeutenmangel zu begegnen.
8. Entsprechende Investitionsmittel, um bestehende Engpässe zu beseitigen.
9. Eine Schiedsstellenregelung, welche sich auf alle Vertragspartner bezieht.

10. Einen Wettbewerbsrahmen, der Qualität honoriert und Dumpingpreisen begegnet.
11. Qualitätssicherungsmaßnahmen, die angemessen sind und dem Patienten dienen.
12. Eine partnerschaftliche Beteiligung der Spitzenverbände der Leistungserbringer bei Fragen der Qualitätssicherung (§ 20 SGB IX) sowie bei der Entwicklung einheitlicher Grundsätze für Leistungsverträge (§ 21 SGB IX).

Der FVS hält hinsichtlich der weiteren Entwicklung des Behandlungssystems für Abhängigkeitserkrankungen folgende Perspektiven für sinnvoll und notwendig (vgl. u.a. Missel und Zemlin, 1994; Zemlin, 1997):

13. Wir verfügen über ein effektives Behandlungssystem in Deutschland. Die Inanspruchnahme von nachgewiesenermaßen effektiven Behandlungsformen für suchtkranke Menschen sollte gefördert werden.
14. Verbesserungsbedarf besteht insbesondere hinsichtlich der Gestaltung der Schnittstellen zwischen und innerhalb der Versorgungssektoren. Brüche an den Übergängen sollten möglichst vermieden werden. Von daher ist einer möglichen sektoralen Zergliederung der Abhängigkeitsbehandlung in verschiedene Abschnitte mit verschiedenen Kostenträgerschaften ein einheitliches Krankheitsbild mit nahtlosen

Übergängen, zu dem akute Zustände, chronische Verfestigung, Rückfälle und Latenzphasen gehören, im Sinne des SGV IX gegenüberzustellen. Hierzu gehört beispielsweise auch, den Behandlungserfolg durch eine enge Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger für die berufliche (Re-) Integration/Teilhabe mit den Entwöhnungseinrichtungen/der Suchthilfe zu festigen. Durch die Entwicklung entsprechender Perspektiven zur Teilhabe am Erwerbsleben und an der Gesellschaft wird auch zur Stabilisierung des Behandlungserfolges beigetragen. Von daher sind Ansätze des Casemanagements auszubauen und dafür entsprechende personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

15. Eine Ausweitung niedrigschwelliger Zugangswege über niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Jobcenter, Agenturen für Arbeit, Betriebs- und Werksärzte in die Suchtberatung und -behandlung ist erforderlich, um die frühzeitige Inanspruchnahme bedarfsgerechter Leistungen zu stärken.

So sollte beispielsweise bei Patienten, die einer fachspezifischen Beratung und Behandlung bedürfen, die Zusammenarbeit des niedergelassenen Arztes bzw. Krankenhauses mit der Suchtkrankenhilfe verbessert werden. Die Motivation zur Inanspruchnahme erforderlicher fachspezifischer Behandlungsmaßnahmen sollte im akutmedizinischen Bereich gefördert werden. Eine Regelfinanzierung des Mehraufwands im niedergelassenen Bereich, wie beispielsweise auch von Konsiliar-/ Liaisondiensten, die in Krankenhäusern tätig werden, ist anzustreben. Eine mögliche Alternative dazu stellt der Ausbau der personellen Ressourcen in den Krankenhäusern dar, welche für das Fallmanagement (z.B. im Rahmen der Sozialen Dienste) zuständig sind.

Die Suchtkrankenhilfe ist ihrerseits aufgefordert, mit den niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und Ärzten (z.B. auch mit Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“, den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) verstärkt zu kooperieren. Die niedergelassenen Psychotherapeuten sollten zudem medizinische Leistungen in den Bereichen Psychosomatik und Sucht verschreiben können. Entsprechend ist der § 73 Abs. 2 SGB V zu ändern.

16. Die Qualität und Pluralität der Behandlungsangebote sowie von Angebotsstrukturen der Suchtkrankenversorgung sollte erhalten und entsprechend

den Kriterien „Individualisierung“, „Flexibilisierung“, „Intensivierung“ und „Berücksichtigung der Fallschwere“ weiter ausgebaut werden.

Damit werden Standardbehandlungspläne durch variable Gesamtrehabilitationspläne bzw. individualisierte Rehabilitationspläne abgelöst. Auch ambulante und ganztägig ambulante Rehabilitationskonzepte müssen sich verstärkt an individualisierten Behandlungsmodellen orientieren. Hierfür müssen entsprechende Ressourcen bereitgestellt werden.

17. Unter der Zielsetzung eines indikationsgeleiteten Rehabilitationssystems ist auf der Angebotsseite eine weitere Differenzierung der Behandlung und Spezialisierung der Angebote für bestimmte Patienten abzusehen.

Als Beispiele sind differenzierte Rehabilitationsprofile für Patienten mit psychischer und/oder somatischer Komorbidität, stark chronifizierte Patienten, Medikamentenabhängige, Cannabisabhängige, Migranten, suchtmittelbelastete bzw. -auffällige Personen sowie geschlechts- und altersspezifische Angebote und Formen der Motivierungsbehandlung zu nennen.

Die Einrichtungen stehen allerdings grundsätzlich vor dem Dilemma, einerseits therapeutische Ressourcen, angesichts der gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen und Anforderungen im Rahmen der Qualitätssicherung, des Qualitätsmanagements und der Dokumentation, erheblich straffen zu müssen und andererseits gefordert zu sein, die fachliche Entwicklung weiter voranzutreiben.

18. Um Indikationsentscheidungen in einem differenzierten Rehabilitationssystem treffen zu können, muss die indikationsrelevante Diagnostik weiter systematisiert werden.

Dies beinhaltet die Entwicklung sensibler Screening-Methoden (z.B. zur Erfassung von Komorbidität) im Vorfeld für die Zuweisungssteuerung, die Weiterentwicklung des Sozialberichts zu einem Befundbericht und diagnostischen Inventar, die differenzierte Erfassung des Suchtverhaltens und des Teilhabebedarfs und die Formulierung verbindlicher Standards für eine bedarfsgerechte Rehabilitationsdiagnostik (unter Berücksichtigung der ICF). Dies ist im Zusammenhang mit dem generellen Trend zu sehen, dass sich die klassische Suchtkrankenhilfe hin zur Psychotherapie bzw. Rehabilitation im Sinne einer zunehmenden Professionalisierung entwickelt hat und die Entwöhnungsbehandlung einen Teilbereich der medizinischen Rehabilitation darstellt.

19. Der Ausbau ambulanter bzw. ganztägig ambulanter Angebote und von Kombinationsbehandlungen sollte bedarfsgerecht erfolgen.

Hierzu sind rehabilitationswissenschaftliche Untersuchungen mit differenzierten, klientelbezogenen Angaben zur Effektivität der jeweiligen Behandlungsangebote erforderlich. Indikationsbezogen muss entschieden werden, ob eine ambulante, teilstationäre, stationäre oder kombinierte Behandlung erforderlich ist. Die Kombinationsbehandlung im Sinne einer einrichtungsübergreifend festgelegten Gesamtbehandlung ist als vierte Säule neben einer vorrangig ambulant, ganztägig ambulant oder stationär ausgerichteten Entwöhnungsbehandlung zu sehen und kann keinesfalls diese Angebotsformen ersetzen. Die Kombinationsbehandlung erhebt somit nicht den Anspruch darauf, die Regelbehandlung zu sein, sondern ist ein zusätzliches Behandlungsmodul. Ihre Wirksamkeit ist vor dem Hintergrund einer indikativen Zuweisung erst noch zu prüfen. Auch mit dem Aufbau von Klinik-Fachambulanzen und der ganztägig ambulanten Entlassphase wird der Forderung nach einer weiteren Flexibilisierung von Rehabilitationsleistungen Rechnung getragen.

20. Die Rahmenbedingungen für die ambulante Rehabilitation Suchtkranker sind so zu gestalten, dass diese sich finanziell selbst tragen kann. Darüber hinaus müssen für private Anbieter die gleichen Kriterien hinsichtlich der Förderung durch öffentliche Mittel gelten, wie für ambulante Einrichtungen, die sich beispielsweise in Trägerschaft eines Wohlfahrtsverbandes befinden. Die Beteiligung von Rehabilitationsfachkliniken an der ambulanten Rehabilitation Suchtkranker bzw. entsprechende Kooperationsformen, z. B. in Form von Trägerverbänden zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen, sind zu fördern.

Ambulante Rehabilitationseinrichtungen müssen vergleichbare Qualitätsstandards wie stationäre Rehabilitationseinrichtungen vorhalten. Eine Beteiligung an Kombinationsbehandlungsmodellen ist nur möglich, wenn die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen auch über eine Anerkennung zur Durchführung ambulanter Rehabilitationsleistungen gemäß der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ verfügen. Für ambulante Rehabilitationseinrichtungen ist zeitnah ein externes Qualitätssicherungsprogramm der Leistungsträger zu implementieren, das verschiedene Bewertungsmodule umfasst. Von ambulan-

ter Rehabilitation sind reine Nachsorgeleistungen im Bereich der poststationären Weiterbehandlung zu unterscheiden, an beide Bereiche bestehen unterschiedliche Qualitätsanforderungen.

21. Qualifizierte Entzugsgramme sollten – bei entsprechenden strukturellen Voraussetzungen (Entzug im Vorfeld einer bewilligten Entwöhnungsbehandlung) – verstärkt auch an Fachkliniken angesiedelt werden.  
Die Durchführung von Entzugsbehandlungen unmittelbar vor Antritt einer bewilligten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in dafür geeigneten Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen stationärer Kompaktleistungen sollte als eine Form der Regelbehandlung eingeführt werden.
22. Hinsichtlich der Belegung von stationären Einrichtungen sollte von Seiten der Leistungsträger der Qualität und Effektivität der Angebote eine zentrale Rolle eingeräumt werden. Eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Steuerung sollte hier Zielsetzung sein, denn es darf nicht dazu kommen, dass vorrangig Preisvergleiche für die Belegung einer Einrichtung ausschlaggebend sind. Denn dies würde eine Qualitätsminderung des gesamten Behandlungssystems nach sich ziehen.
23. Der FVS tritt für den Grundsatz „Qualität muss sich lohnen!“ ein. Von daher begrüßt der FVS das Vorhalten eines externen Qualitätssicherungsprogramms durch die Leistungsträger sowie eines internen Qualitätsmanagements von Rehabilitationseinrichtungen. Externe Qualitätssicherungsprogramme müssen entsprechende Anforderungen erfüllen. Hierzu gehören: Transparenz des QS-Verfahrens und des Bewertungssystems, Validität der Ergebnisse, Repräsentativität der Erhebung (d.h. Einbezug aller Einrichtungen), Multidimensionalität des Bewertungsverfahrens, Aktualität und Bedeutsamkeit der Ergebnisse, besondere Berücksichtigung der zentralen Dimension „Ergebnisqualität“ (Wirksamkeit der Behandlung). Auf der Grundlage der Ergebnisse des QS-Programms wird derzeit im Bereich der DRV – und parallel dazu im Bereich der GKV – an der Entwicklung von Rehabilitationsbewertungssystemen gearbeitet. Hier ist der intensive und partnerschaftliche Dialog zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern gefordert, um die Transparenz und Akzeptanz entsprechender Entwicklungen zu fördern. Darüber hinaus ist es aus Sicht des FVS erforderlich, dass Konsequenzen hinsichtlich der Steuerung/Belegung aus den Qualitätsergebnissen gezogen werden. Auch muss das Problem gelöst werden, wie mit kleinen Einrichtungen verfahren wird, welche bislang aufgrund der geringen Fallzahl aus verschiedenen Modulen des QS-Programms herausfallen.
24. Eine angemessene Vergütung bildet die Grundlage dafür, dass die hohe Qualität der Entwöhnungsbehandlung auch zukünftig gewährleistet werden kann. Die Rehabilitationsbudgets der Leistungsträger müssen allgemeine Kostenentwicklungen (Sach-, Personalkosten) ebenso berücksichtigen wie die Veränderungen des Krankheitsspektrums in der Bevölkerung oder Entwicklung.
25. Abhängigkeitskranken muss der Zugang zu einer fachgerechten Behandlung auch weiterhin eröffnet werden. Alle Leistungsträger sollten von daher die Entwicklung der Anträge, Bewilligungen und durchgeführten Leistungen gegenüber der Öffentlichkeit und der Politik transparent darstellen. Kriterien, nach denen Anträge beurteilt und ggf. auch abgelehnt wurden, müssen offen gelegt werden. Die sozialmedizinischen Beurteilungsmaßstäbe dürfen nicht den ökonomischen Rahmenbedingungen unterworfen und entsprechend dem jeweils vorhandenen Budget unterschiedlich ausgelegt werden. Von daher dürfen auch nicht die Zugangsvoraussetzungen für die stationäre Abhängigkeitsrehabilitation aus Kostengründen verschärft werden.
26. Die Behandlungszeiten müssen sich grundsätzlich an der medizinischen Notwendigkeit des Einzelfalls orientieren.  
Eine weitere pauschale Reduzierung der Behandlungszeiten, ohne Kenntnis und Überprüfung der Auswirkungen auf den Behandlungserfolg, ist abzulehnen.
27. Eine ganzheitlich ausgerichtete Rehabilitation verlangt die gleichrangige und integrierte Berücksichtigung medizinischer, therapeutischer, sozialer und beruflicher Rehabilitations- und Teilhabeziele im Sinne der Wiederherstellung und Sicherung der Erwerbsfähigkeit und der Förderung der beruflichen (Re-) Integration im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten.  
Angesichts der hohen Arbeitslosigkeit der Klientel ist eine enge Verknüpfung von medizinischen und beruflichen (Re-) Integrationsmaßnahmen durch den nahtlosen Anschluss von passgenauen Angeboten zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung notwendig. Im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung sind beispielsweise indikationsgeleitete, spezifische Formen der Ergo- und Arbeitstherapie (z. B. Belastungsproben, Arbeiterprobungsmaßnahmen, berufliche Orientierungsmaßnahmen) erforderlich. Mit Patienten, bei denen aufgrund vielfältiger Vermittlungshemmnisse und der Arbeitsmarktlage kaum Chancen für eine berufliche Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt bestehen, müssen entsprechende Zielsetzungen und Perspektiven zur Teilhabe – ggf. inklusive einer möglichst zufriedenen Lebensführung jenseits der Erwerbsarbeit – entwickelt werden.  
Weiteres gleichrangiges Ziel in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist der Erhalt eines bestehenden Arbeitsplatzes bei erwerbstätigen Rehabilitanden. Hierbei spielt u. a. auch eine Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zum betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement nach erfolgter Rehabilitation durch den Arbeitgeber eine wesentliche Rolle (§84 SGB IX).
28. Die Adaptionsbehandlung muss auch weiterhin als zweite Phase der medizinischen Rehabilitation erhalten bleiben. Die Verfahrensabsprache zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger von 1994 sollte für alle Leistungsträger verbindlich sein und entsprechende Bewilligungszeiträume sollten von allen Leistungsträgern einheitlich gewährt werden.
29. Die Unterversorgung von chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken und Fehlzweisungen in nicht fachgerechten Einrichtungen sollten abgebaut werden.  
Auch dieser Patientengruppe müssen Angebote auf einem hohen qualitativen Niveau (z.B. im Rahmen von soziotherapeutischen Einrichtungen) zur Verfügung gestellt werden. Die Flexibilisierung der Angebotsformen (z.B. Betreutes Wohnen, Angebote zur Tagesstrukturierung) ist weiter auszubauen. Diese muss bedarfsgerecht erfolgen und sollte nicht aus rein fiskalischen Erwägungen heraus vorangetrieben werden.
30. Angebote zum kontrollierten Trinken sollten nur mit entsprechend strenger Indikationsstellung eingesetzt werden. Zum Personenkreis gehören ausschließlich Menschen mit schädlichem Konsum bzw. riskantem Konsum. Suchtkranken Menschen mit Kontrollverlust sollte ausschließlich eine abstinenzorientierte Behandlung empfohlen werden.
31. Bei der Behandlung sogenannter nicht stoffgebundener Abhängigkeiten (z.B.

pathologisches Glücksspiel, pathologischer PC-/Internetgebrauch) sollte eine sorgfältige Indikationsstellung vorgenommen werden. Es sollte dabei geprüft werden, ob der Betroffene psychotherapeutisch analog eines „Suchtmodelles“ bzw. psychotherapeutisch analog eines psychosomatischen Behandlungsansatzes behandelt werden sollte.

Erforderlich ist in jedem Fall ein spezifischer Behandlungsansatz für diese verschiedenen Störungsbilder.

32. Durch wissenschaftliche Studien ist weiterhin zu prüfen, ob und für welche Patienten eine adjuvante medikamentöse Behandlung (z.B. mit Acamprosat) eine erfolgreiche Behandlungsstrategie sein kann (Funke, 1997). Dabei ist es erforderlich, dies möglichst unter Alltagsbedingungen zu untersuchen. Zu berücksichtigen ist, dass eine losgelöste, rein medikamentöse Behandlung weder dem ganzheitlichen Verursachungshintergrund von Abhängigkeitserkrankungen noch deren vielfältigen Auswirkungen auf das Leben des suchtkranken Menschen gerecht wird.
33. Bei der Substitutionsbehandlung von drogenabhängigen Menschen (z.B. mit Methadon) sollte die Finanzierung der psychosozialen Begleitmaßnahmen grundsätzlich geregelt werden. Darüber hinaus ist eine enge Zusammenarbeit – gemäß dem Grundsatz „Hilfe vor Strafe“ – der Drogenhilfe mit Justizvollzugsanstalten sowie Entzugsstationen (z.B. in psychiatrischen Einrichtungen) notwendig, um die Motivation zur Inanspruchnahme einer ambulanten Beratung und Betreuung aufzubauen und ggf. die Vermittlung in eine abstinenzorientierte stationäre Therapie einzuleiten. Hier darf es nicht zum durch Einsparungen öffentlicher Mittel verursachten Wegfall entsprechender vernetzter Strukturen zwischen Suchtkrankenhilfe und Justiz-

vollzugsanstalten kommen. Drogenabhängigen Menschen, die bereit sind, eine abstinenzorientierte Therapie anzutreten, sollte dies unmittelbar ermöglicht werden (s. Modellprogramme „Behandlung sofort“ bzw. „Therapie sofort“).

Die Möglichkeiten einer abstinenzorientierten ambulanten Behandlung Drogenabhängiger sollten mittels katamnesticer Untersuchungen geprüft und gesichert werden.

34. Die Einrichtung des Nationalen Drogen- und Suchtrates durch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, an dem die zuständigen Bundesressorts und Länderministerkonferenzen zusammen mit Vertretern der Bundesärztekammer, Suchthilfeverbänden, Gesetzlichen Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Kommunalen Spitzenverbände, der Bundesagentur für Arbeit, Selbsthilfe und Wissenschaft an einem gemeinsamen Tisch versammelt sind, wird begrüßt. Über gemeinsame Anstrengungen, Abstimmungsprozesse und Empfehlungen wird versucht, die Suchtproblematik zu reduzieren, die Prävention durch konzentrierte Aktionen zu stärken oder auch Schnittstellenprobleme der Behandlung zu reduzieren. Die Umsetzung entsprechender Empfehlungen obliegt den jeweils zuständigen Stellen.
35. Die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker lohnt sich auch aus ökonomischen Gründen. Die Effektivität der stationären Behandlung ist belegt, über 50 % der in einer Fachklinik behandelten alkoholabhängigen Patienten sind beispielsweise nach einem Jahr abstinent. Erste Belege gibt es auch für die ambulante und ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung. Erhebliche Kosteneinsparungen für unsere Gesellschaft entstehen durch die Vermeidung von Früh-

verrentungen und entsprechenden Beitragszahlungen für die Rentenversicherung, die Reduktion von Kosten im akutmedizinischen Bereich für die Krankenkassen und den Rückgang von Arbeitsunfähigkeit und entsprechende Krankheitskosten für Arbeitgeber. Diese Einsparungen übersteigen die Kosten der Behandlung bei weitem.

36. Alle Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, insbesondere Einrichtungen der ambulanten, ganztägigen ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation, sollten für jeden Entlassjahrgang ein Basisdokumentationssystem einsetzen, eine suchtspezifische und symptomorientierte Standarddiagnostik vorhalten, die Patientenzufriedenheit messen und eine prospektive kontinuierliche 1-Jahres-Katamnese (Routinekatamnese als Totalerhebung) durchführen. Die finanzielle Förderung und Unterstützung ausgewählter Forschungsvorhaben durch die Leistungsträger sowie die zuständigen Bundesministerien im Sinne einer praxisnahen Versorgungsforschung unter Beteiligung der Rehabilitationseinrichtungen und maßgeblichen Suchtverbände wird mit Nachdruck gefordert.
37. Gegenüber der Politik fordert der FVS, dass medizinische Rehabilitationsleistungen auch zukünftig über die sozialen Sicherungssysteme solidarisch finanziert werden. Medizinische Rehabilitationsleistungen sollten auch Pflichtleistungen in den Tarifen der privaten Krankenversicherung werden.
38. Eine Erweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses um Vertreter der medizinischen Rehabilitation ist notwendig, damit systemübergreifende und integrierte Versorgungs- und Behandlungskonzepte unter Einbezug rehabilitativer Aspekte gestärkt werden.

## 9. Schlusswort

In Deutschland verfügen wir über ein qualitativ hochwertiges Behandlungssystem für abhängigkeitskranke Menschen, dessen Effektivität und Effizienz belegt ist. Von daher sollten zukünftige Bemühungen darauf zielen, das Erreichte zu erhalten und noch zu verbessern. Angesichts eingeschränkter Ressourcen und der Diskussion um die Finanzierbarkeit von gesundheitlichen und sozialen Leistungen ist es umso notwendiger

grundsätzliche Ziel- und Positionsbestimmungen vorzunehmen. Denn notwendig ist es, erfolgreiche Strukturen der Suchtkrankenhilfe und -behandlung zu erhalten und gleichzeitig entsprechende Weiterentwicklungen voranzubringen. Wir brauchen hierzu den Konsens der verschiedenen Leistungsträger, der Leistungserbringer und der Politik. In diesem Zusammenhang sei abschließend darauf verwiesen, dass

sich die Behandlung von abhängigkeitskranken Menschen nicht nur aus ethischen und sozialpolitischen, sondern auch aus ökonomischen Gründen heraus für die Gesellschaft lohnt. Die Einsparungen durch die Rehabilitation übersteigen die Ausgaben für die Rehabilitation bei weitem. Suchtrehabilitation lohnt sich von daher für alle Beteiligten.

## Literatur

- Aasland, O.G. (1996): Prävention alkoholbezogener Probleme: Der Public-Health-Ansatz, *Sucht* 42, 236 - 245
- aktiva (2011): Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation – Neuaufgabe 2011, Köln
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthán, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., Buhrmann, M., Ekselius, L. (2006): Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial, *J. Consult Clin Psychol.* 74 (4), 677-86
- Arend, H. (1999): Indikationskriterien in der ambulanten Therapie Abhängigkeitskranker, *SuchtAktuell* 01.99, 14 - 17
- Augurzyk, B., Reichert, A. R., Scheuer, M. (2011): Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011, rwi Materialien, Heft 66, Essen
- Bachmeier, R. et al. (2011): Teilband I: Basisdokumentation 2010 Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängige, in: Fachverband Sucht e.V. (Hg.): Basisdokumentation 2010 - Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e. V., Bonn, 6 - 22
- Bauer, B., Hoffman, S., Kulick, B. (2010): Rahmenkonzept Modulare Arbeitsintegration bei der Ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken (MAARS), Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Speyer
- Bauer, S., Kordy, H. (Hg.) (2008): E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung, Heidelberg
- Bauer, S., Okon, E., Meermann, R. (2008): Nachsorge über SMS. In: Bauer, S. und Kordy, H.: E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung, Heidelberg
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F., Rottmann, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu Psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit, Reihe: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 35, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Köln
- Berger, T., Hohl, E., Caspar, F. (2009): Internet-based treatment for social phobia: A randomized controlled trial, *J. Clin Psychol.* 12, 1-15
- Bergmann, E., Horch, K. (2002): Kosten alkoholassoziierter Krankheiten – Schätzungen für Deutschland - Beiträge zur Berichterstattung des Bundes, hrsg. vom Robert Koch-Institut, Berlin
- Bien, T., Miller, W.R. & Tonigan, J.S. (1993): Commentary. Brief interventions for alcohol problems: a review, *Addiction* 88, 315 - 336
- BKK (2005): Gesundheitsreport 2005. „Krankheitsentwicklungen im Blickpunkt: Psychische Gesundheit“, Essen
- Blankers, M., Nabitz, U., Kerssemakers, R., Schramade, M., Schippers, G. (2008): Internetprogramm Selbsthilfe Alkohol: Erste Ergebnisse, *SUCHT* 54 (5), 280 - 288
- Böner, K.-H. (1997): Das 'Beste' für den Suchtkranken - Zur Rationalität von Therapieangeboten, in: Fachverband Sucht e.V. (Hg.): Das 'Beste' für den Suchtkranken - Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 20, Geesthacht, 15 - 25
- Bohrke-Petrovic, S. (2004): Das „Fachkonzept-Fallmanagement“ der Bundesagentur für Arbeit, Folienvortrag Hannover am 02.12.2004
- Borges, P., Zimolong, H., Moorées, A., (2011): Marktwirtschaft und Marktpreisfindung bei der Vergütungssatzfindung, *SuchtAktuell* 18/02.11, 55 - 57
- Bösinger-Schmidt, M. (2011): Integrationsprozesse im SGB II am Beispiel von Menschen mit Suchterkrankungen, Folienvortrag im Rahmen des 24. Heidelberger Kongresses des Fachverbandes Sucht e.V. am 07.06.2011 (s. www.sucht.de – Veranstaltungen)
- Brattberg, G. (2006): Internet-based rehabilitation for individuals with chronic pain and burnout: a randomized trial, *Int. J. Rehabil. Res.* 29(3), 221 - 227
- Brendryen, H., Kraft, P. (2008): Happy Ending: a randomized controlled trial of a digital multi-media smoking cessation intervention, *Addiction* 103 (3), 478 - 484
- Brenner, R., Funke, W., Garbe, D., Hockelmann-Hettinger, P., Missel, P., Schneider, B. (2006): Komponentenevaluation: Besonderheiten und erste Ergebnisse aus zwei Trägerverbänden der ambulanten Suchtrehabilitation, in: Fachverband Sucht (Hg.): Integrierte Versorgung - Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 29, Geesthacht, 251 - 260
- Bühringer, G. (1997): Geschichte der Methadon-Substitution in Deutschland, Aktuelle Probleme und Lösungsvorschläge, in: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Tagungsdokumentation: 10 Jahre Methadon-Substitution in NRW, Düsseldorf, 35 - 71
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2004): Fachkonzept „Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement im § SGB II, III“, Nürnberg
- Bundesagentur für Arbeit: Das arbeitnehmerorientierte Integrationsmodell der Bundesagentur für Arbeit (§ SGB II und SGB III) – Leitkonzept Arbeitsvermittlung und Vermittlung von schwerbehinderten Menschen (Nicht-Reha), Version 6.0
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Schriftenreihe der BAR Heft 12, Frankfurt am Main
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2008): ICF-Praxisleitfaden 2 in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, Frankfurt am Main
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen, Frankfurt am Main
- Bundesärztekammer (Hg.) (2007): Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit – Leitfaden für die ärztliche Praxis, Köln
- Bundesärztekammer, Fachverband Sucht e.V. (2010): Hausärztliche Versorgung und Suchtbehandlung – Erkennen, Steuern, Handeln, Gemeinsames Positionspapier, *SuchtAktuell* 18/01.11, 60 - 63
- Bundespsychotherapeutenkammer, Fachverband Sucht (2009): Psychotherapie und Suchtbehandlung – Möglichkeiten der Kooperation – Gemeinsames Positionspapier, *SuchtAktuell* 16/01.09, 38 - 41
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen - Ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis, Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006): Bühler, A. Kröger, C.: Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs, Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“, Band 29, Köln
- Carlbring, P., Smit, F. (2008): Randomized Trial of Internet-Delivered Self-Help With Telephone Support for Pathological Gamblers. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 76(6), 1090 - 1094
- Cussler, E.C., Teixeira, P.J.; Going, S.B., Houtkooper, L.B., Metcalfe, L.L., Blew, R.M., Ricketts, J.R., Lohman, J., Stanford, V.A., Lohman, T.G. (2008): Maintenance of weight loss in overweight middle-aged women through the internet, *Obesity*, 16 (5), 1052 - 1060
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (2010): DAK Gesundheitsreport 2010, Hamburg
- Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V. (Hg.) (2011): Mit psychisch beanspruchten Mitarbeitern umgehen – ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalmanager der DGFP e.V., Praxispapier 6/2011, Düsseldorf
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hg.) (2010): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe - Definition und Erläuterung zum Gebrauch, Stand 05.10.2010 (s. www.dhs.de)
- Deutsche Rentenversicherung, Gesetzliche Krankenkassen (1994): Verfahrensabsprache der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Adaptionsphase bei Abhängigkeitserkrankungen vom 8. März 1994
- Deutsche Rentenversicherung, Gesetzliche Krankenkassen (1996): Gemeinsame Aussage der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger zur Umsetzung der Spargesetze im Bereich der Rehabilitation Suchtkranker (5.11.1996)
- Deutsche Rentenversicherung, Gesetzliche Krankenkassen (2001): Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischer Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker vom 4.5.2001

- Deutsche Rentenversicherung, Gesetzliche Krankenkassen (2001): Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen, März 2001
- Deutsche Rentenversicherung, Gesetzliche Krankenversicherung (2008): Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker zum 3.12.2008
- Deutsche Rentenversicherung (2010): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung – Somatische Indikationen, Berlin
- Deutsche Rentenversicherung, Gesetzliche Krankenkassen (2011): Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23.9.2011
- Doyle, A.C., Goldschmidt, A., Huang, C., Winzelberg, A.J., Taylor, C.B., Wilfley, D.E. (2008): Reduction of overweight and eating disorder symptoms via the Internet in adolescents: a randomized controlled trial, *J Adolesc Health*, 43 (2), 172 - 179
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik, Berlin
- Edwards, G. et al. (Hg.) (1997): Alkoholkonsum und Gemeinwohl - Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung, Stuttgart
- Edwards, G., Orford, J., Egert, S., Guthrie, S., Hawker, A., Hensman, C., Mitcheson, M., Oppenheimer, E., Taylor, C. (1977): Alcoholism: a controlled trial of treatment and advice, *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 1004 - 1031
- Egner, U., Grünbeck, P. (2004): Analyse der Rehaverlaufsdaten zu den Folgen der Sucht und zum Verlauf nach der Rehabilitation, in: Fachverband Sucht e. V. (Hg.): Sucht macht krank!, Schriftenreihe des FVS, Band 27, Geesthacht, 64 - 73
- Ehrenreich, H. et al. (1997): OLITA - An alternative in the treatment of therapy resistant chronic alcoholism, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247, 51 - 54
- Fachausschuss Soziotherapie (2010): Krankheitsverläufe bei chronischen Abhängigkeitskrankungen in der Soziotherapie, Düsseldorf
- Fachverband Sucht e.V., Heide, M. (Hg.) (1990): Individualisierung in der Suchttherapie - Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 10, Bonn
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (1992): Michael Klein: Klassifikation von Alkoholkern durch Persönlichkeits- und Suchtmerkmale, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 9, Bonn
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (1993): Ambulante und stationäre Suchttherapie - Möglichkeiten und Grenzen, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 12, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (1994): Therapieziele im Wandel, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 13, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (1995a): Qualitätsmanagement in der Entwöhnungsbehandlung, Reihe: „Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung“, Band 1
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (1995b): Qualitätssicherung der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 16, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (1995c): Qualitätsmerkmale in der stationären Therapie Abhängigkeitskranker - Praxisorientierte Beiträge, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 18, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (1996): Sucht und Erwerbsfähigkeit, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 17, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (1997a): „Das ‚Beste‘ für den Suchtkranken - Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien“, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 20, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (1997b): Stellungnahme zur Größe von Fachkliniken für Suchtkranke: (K)ein Qualitätsmerkmal in der Behandlung Abhängigkeitskranker?, *SuchtAktuell* 3+4.97, 34 - 36
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (1998): „Suchttherapie unter Kostendruck - Entwicklungen und Perspektiven“, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 21, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (2002): „Die Zukunft der Suchtbehandlung - Trends und Prognosen“, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Band 25, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (2003): „Qualität ist, wenn ...! - Qualitätsentwicklung in der Suchtbehandlung“, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Band 26, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (2004a): „Sucht macht krank!“, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Band 27, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (2004b): Wolfsburger Resolution zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben von suchtkranken Menschen vom 04.12.2003, *SuchtAktuell* 11/01.04, 74 - 75
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (2005): „Perspektiven für Suchtkranke: Teilhabe fördern, fördern, sichern“, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Band 28, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (2006): „Integrierte Versorgung: Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation“, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Band 29, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V., DEGEMED (2011): Internes Qualitätsmanagement: Auditleitfaden 4.0 zum Zertifizierungsverfahren nach FVS/DEGEMED für die Bereiche „Abhängigkeitserkrankungen“ und „Psychosomatik“ (stationäre Einrichtungen), Bonn
- Fleming, M.F., Barry, K.L., Manwell, L.B., Johnson, K., London, R. (1997): Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices, *JAMA - The journal of the American Medical Association*, April 2, 1997 - Vol. 277, No. 13, 1039-1045
- Franzkowiak, P., Hallmann, H.-J., Weissinger, V. (1996): Qualitätssicherung in der Suchtprävention - Eine Bestandsaufnahme, *Sucht Report* 4/96, 29-36
- Frietsch, R. (2011): Schnittstellenmanagement zwischen Suchtkrankenhilfe und Arbeitsmarktintegration (FAIRE-Projekt), Vortrag am 12.10.2011, Wilhelmsheim
- Funke, W., Missel, P., (2009): Gemeindeferne und Gemeindeferne Behandlung „Empirische Hinweise zur Indikationsstellung“, *SuchtAktuell* 16/2.09, S. 26 - 28
- Funke, W., Schneider, B. (2001): Kontrolliertes Trinken als Ziel der Abhängigkeitsbehandlung. „Unkontrollierte Wissenschaft oder unkontrollierte Praxis?“, *SuchtAktuell* 8/01.01, 24 - 31
- Garbe, D. et al. (2011): Teilband II Basisdokumentation 2010 - Fachkliniken für Drogenabhängigkeit, in: Fachverband Sucht e.V. (Hg.): Basisdokumentation 2010 - Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Bonn, 23 - 35
- GEBERA (2010): Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation - Neuauflage 2010, Düsseldorf
- Geyer, D., Batra, A. Beutel, M., Funke, W., Görlich, P., Günthner, A., Hutschenreuter, U., Küfner, H., Mann, K., Möllmann, C., Müller-Fahnow, W., Müller-Mohnssen, M., Soyka, M., Spyra, K., Stetter, F., Veltrup, C., Wiesbeck, G. & Schmidt, L. G. (2006): AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht* 52/1, 8 - 34
- Glaeske, G. (2012): Medikamente 2010 - Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): *Jahrbuch Sucht* '12, Lengerich, 90 - 111
- Gödecker-Geenen, N. (2011): Folienvortrag „Soziale Arbeit, Beratung und Case-Management in der Medizinisch-beruflichen Rehabilitation“, anlässlich Sitzung des MBI-Arbeitskreises in Berlin
- Görgen, W., Hartmann, R. (2002): Neue Wege in der Behandlung Suchtkranker in der frühen Sekundärprävention, Geesthacht
- Goldkaramay, V., Chicholas, B., Vogler, J. (2009): Die Zwischenergebnisse des Forschungsprojektes „Wirksamkeit einer internetgestützten Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation“. *DRV-Schriften* 83, 41 - 42

- Grobe, Th. G. (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, Robert Koch-Institut, Berlin
- Grobe, Th. G., Dörning, H., Schwartz, F. W. (2004): Stationäre Behandlungen wegen Alkoholmissbrauch in Akutkrankenhäusern: Trends, Risikofaktoren, Rehospitalisierungsraten, Assoziationen zu anderen Erkrankungen, Mortalität, **SuchtAktuell** 11/02.04, 5 - 10
- Heide, M. (1994): Nichts geht mehr!? - Erfahrungen aus 15 Jahren soziotherapeutischer Betreuung von chronisch alkoholabhängigen Frauen und Männern. In: Fachausschuss Soziotherapie (Hg.): Nichts geht mehr!? Aspekte der Soziotherapie Alkoholabhängiger, Verhaltensmedizin Heute, Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, Heft 3, 10 - 22
- Henkel, D. (1996): Zur epidemiologischen, ätiologischen und rehabilitativen Relevanz der Arbeitslosigkeit für den Alkoholismus: Empirische Fakten, theoretische Reflexionen und politische Forderungen, in: Fachverband Sucht (Hg.) (1997): Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag?, Geesthacht, 307 - 329
- Henkel, D., Zemlin, U., Dornbusch, P. (2003, 2004): Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen, Teil I., II, III, **SuchtAktuell** 10/02.03, 11/01.04 und 02.04
- Henkel, D., Zemlin, U. (Hg.) (2008): Arbeitslosigkeit und Sucht – Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Frankfurt a.M.
- Hoffmann, S. (2011): „MAARS“ macht mobil ... - Modulare Arbeitsintegration bei der ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken, Vortrag anlässlich des 24. Heidelberger Kongress des FVS „Was bleibt? Nachhaltigkeit in der Suchtbehandlung“ am 07.06.2011, Heidelberg (s. www.sucht.de – Veranstaltungen)
- Holschbach, U. (2010): Bedeutung der stationären Rehabilitation: Effekte vor und nach der Entwöhnung – Verbesserungspotentiale, Vortrag anlässlich des 23. Heidelberger Kongress des FVS am 15.06.2010 (s. www.sucht.de – Veranstaltungen)
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (2011): IAB-Kurzbericht 11/2011, Kurz vor der Reform „Arbeitsmarktinstrumente auf dem Prüfstand“, Nürnberg
- Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) (2011): IAB-Kurzbericht 18/2011, Eingliederungsvereinbarung in der Praxis – Reformziele noch nicht erreicht, Nürnberg
- Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten (2004): IQMP-Reha, Integriertes Qualitätsmanagement - Programm - Reha, Berlin
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A., Dilling, H. (1996): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Band 71, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden
- John, U. (1997): Bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung bei Alkoholkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Regionale Suchtkrankenversorgung, Konzepte und Kooperationen, Freiburg, 11 - 26
- Kainz, B. et al. (2010): Wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens „Reha-Fallbegleitung bei Alkohol- Medikamenten- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen“ im Rahmen des 23. Heidelberger Kongresses des Fachverbandes Sucht e.V. am 15.06.2010 (s. www.sucht.de – Veranstaltungen)
- Klein, W., Missel, P., Braukmann, W. (1997): Effizienz stationärer Abhängigkeitsrehabilitation: Ergebnisse zum langfristigen sozialmedizinischen Rehabilitationserfolg, Verhaltensmedizin Heute - Fortschritte in der Rehabilitation, Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, 7, 47 - 58
- Klein, W., Knufinke, R., Missel, P., Roeb-Rienas, W. (2006): Ergebnisevaluation zur integrierten stationären Behandlung Abhängigkeitskranker, in: Fachverband Sucht (Hg.): Integrierte Versorgung - Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 29, Geesthacht, 105 - 128
- Koch, U. (2012): Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen, Vortrag anlässlich des 21. Reha-Wissenschaftlichen Kolloquiums, 06.03.2012, Hamburg
- Körkel, J.: Kontrolliertes Trinken: Vom Abstinenzfundamentalismus zur bedarfsgerechten Behandlungsoptimierung, **SuchtAktuell** 8/01.01, 16 - 23
- Kramer, D. (2010): Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen – Ein Pilotprojekt, **SuchtAktuell** 17/02.10, 34 - 37
- Kremer, G., Dormann, S., Pörksen, N., Wessel, T., Wienberg, G. (1997): Die Umsetzung sekundärpräventiver Strategien bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern, in: Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien in der medizinischen Basisversorgung und Ambulante Entgiftung, Freiburg, 60 - 73
- Kulick, B. (1999): Warum bewilligen wir genau das? - Indikationskriterien in der Auswahl von Maßnahmen aus Sicht des Leistungsträgers, **SuchtAktuell** 01.99, 8 - 13
- Kulick, B. (2006): Überwindung von Sektorgrenzen in der Suchtbehandlung: Das Kombinationsbehandlungsmodell der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, in: Fachverband Sucht (Hg.): Integrierte Versorgung - Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 29, 139 - 250
- Küfner, H. (1998): Ergebnisse der Suchtbehandlung, **SuchtAktuell** 5/01.98 + 02.98, 29 - 34
- Küfner, H., Feuerlein, W., Huber, M. (1998): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskattamnese, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung, Suchtgefahren, 34, 157 - 172
- Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G., Janik-Konecny, T. (1993): Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs, Baden-Baden
- Künzel, J., Sonntag, D., Bühringer, G. (2001): Über den Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten, **SuchtAktuell** 8/02.01, 15 - 17
- Kypri, K., Saunders, J.B., Williams, S.M., McGee, R.O., Langley, J.D., Cashell-Smith, M.L., Gallagher, S.J., (2004): Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: a double-blind randomized controlled trial, *Addiction* 99(11), 1410 - 1417
- Lange, N. et al. (2011): Teilband IV Basisdokumentation 2010 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen, in: Fachverband Sucht e. V. (Hg.): Basisdokumentation 2010 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Bonn, 46 - 56
- Längle, G., Röhm, A., Böhm-Sturm, E. (2009): Schnittstelle Hausärzte: Wie binden wir die Niedergelassenen in das Suchthilfenetzwerk ein?, in: Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland, Bonn, 132 - 139
- Leune, J. (2012): Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland, in: Jahrbuch Sucht 12, DHS (Hg.), Lengerich, 193 – 208
- Leydecker, M., Crämer, C. (2012): Frühintervention von Alkoholproblemen – Ergebnisse des Modellprojektes „Früh-A“ in Brandenburg, **SuchtAktuell** 19/01.12, 46 - 53
- Lindenmeyer, J. (2005): Teilhabe von Suchtkranken nach SGB IX - Anspruch und Wirklichkeit, in: Fachverband Sucht e. V. (Hg.): Perspektiven für Suchtkranke - Teilhabe fördern, fordern, sichern, Geesthacht, 45 - 60
- Lindenmeyer, J. (2010): Die Indikationsentscheidung als Voraussetzung einer gezielten Behandlungssteuerung, **SuchtAktuell** 17/02.10, 24 - 28
- Linke, S., Brown, A., Wallace, P. (2004): Down your drink: A web-based intervention for people with excessive alcohol consumption, *Alcohol & Alcoholism* 39(1), 29 - 32

- Löschmann, Ch., Brünger, M., Koch, U. (1996): Strukturelle und konzeptionelle Voraussetzungen in Kliniken der stationären Suchtbehandlung als Elemente der Qualitätssicherung, Deutsche Rentenversicherung 4/96, 247 - 263
- Mayfield, D., McLeod, G., Hall, P. (1974): The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument, American Journal of Psychiatry 131, 1121 - 1123
- Meyer, Al., et al. (2002): Brief intervention for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment - seeking and non-treatment - seeking populations, *Addiction* 97, 279 - 292
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991): Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior, New York
- Missel, P. et al. (1997): Effektivität und Kosten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker - Ergebnisse einer klinikübergreifenden Katamnese, *SuchtAktuell* 3+4.97, 10 - 22
- Missel, P. (2007): Ergebnisqualität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker-Ausgewählte Ergebnisse, *Sucht-Aktuell* 14/01.07, 16-26
- Missel, P. (2008): Ergebnisqualität und Art der Beendigung der stationären Abhängigkeitsrehabilitation: Differenzierte Zusammenhangsanalysen von Entlassart und katamnestic Ergebnissen. DRV-Schriften, 77, 511-512
- Missel, P., Schäfer, R. (1997): Qualitätsmanagement in der Therapie Suchtkranker, in: Jeschke, H. A., Lang, J. R. (Hg.): Rehabilitation im Umbruch, Kulmbach
- Missel, P., Schneider, B., et al. (2009): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation FVS Katamnese des Entlassjahrgangs 2006 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, *SuchtAktuell* 16/01.09, 5 - 16
- Missel, P., Schneider, B. et al. (2010a): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige 2007, *SuchtAktuell* 17/01.10, 9 - 20
- Missel, P., Schneider et al. (2010b): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, *SuchtAktuell* 17/01.10, 57 - 63
- Missel, P., Schneider, B., et al. (2011a): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, *SuchtAktuell* 18/01.11, 15 - 26
- Missel, P., Schneider, B. et al. (2011b): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige, *SuchtAktuell* 18/01.11, 27 - 33
- Missel, P., Schneider, B. et al. (2012a): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, *SuchtAktuell* 19/01.12, 16 - 27
- Missel, P., Schneider et al. (2012b): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige, *SuchtAktuell* 19/01.12, 28 - 35
- Missel, P., Zemlin, U. (1994): Neuere Entwicklungen in der Verhaltenstherapeutischen Behandlung von Suchterkrankungen. In: Ziecke, M., Sturm, J. (Hg.): Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie, Weinheim, 141-163
- Moyer, A. et al. (2002): Brief intervention for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations, *Addiction* 97, 279 - 292
- Müller-Fahrnow, W., Spyra, K. (1995): Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation - Das Programm der Rentenversicherung und Rahmenbedingungen für den Bereich der Entwöhnungsbehandlungen, in: Fachverband Sucht (Hg.) Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 16, Geesthacht, 65 - 99
- Müller-Fahrnow, W. et al. (2002): Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven - Eine Expertise des Lehrstuhls für Versorgungsforschung - Humboldt-Universität zu Berlin, DRV-Schriften, Band 32
- Nabitz, U.W., Schippers, G.M., Merckx, M.J.M. (2010): Das Stepped-Care-Modell: Von der Minimalintervention zur umfassenden Behandlung, *SuchtAktuell* 17/02.10, 19 - 23
- Neubauer, E., Schiltenswolf, M., Möbner, M. (2008): Onlinenachsorge nach stationärer multimodaler Schmerztherapie (2008), in: Bauer, S. und Kordy, H.: E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung, Heidelberg
- Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L. Müller, S. (2010): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen - Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009, *SUCHT*, 56 (5), 327 - 336
- Pfeiffer-Gerschel, T., Künzel, J., Steppan, M. (2011): Deutsche Suchthilfestatistik 2009 - ein Überblick über die wichtigsten Ergebnisse, *SUCHT*, 57 (6), 2011, 421 - 430
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983): Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390 - 395
- Prognos (2009): Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger - Sicherung von Produktivität und Wachstum, Basel
- Prognos (2011): Reha-Budget: Der Deckel hält nicht mehr - Argumente, die eine Anhebung des Reha-Budgets erforderlich machen, Basel
- Rall, P. (2012) Liaisondienst Rems-Murr Klinik Schorndorf - ein Modell der Frühintervention im Allgemeinkrankenhaus, *SuchtAktuell* 19/01.12, 54 - 59
- Reimann, A., (2002): Vorwort in: Müller-Fahrnow, W. et al.: Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven - Eine Expertise des Lehrstuhls für Versorgungsforschung, DRV-Schriften, Band 32
- Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G., Cuijpers, P. (2007): Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial, *Addiction* 103, 218 - 227
- Rosa, H. (2005): Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne, Frankfurt
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., John, U.: Development of a Screening Questionnaire for the General Hospital and General Practices, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 1997, 894 - 898
- Rumpf, H. J. et al. (2002): Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie, *SUCHT* 46 (1), 9 - 17
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band 3, Über-, Unter- und Fehlversorgung
- Salize, H.J., Dillmann-Lange, C., Kentner-Figura, B. (2003): Alkoholabhängigkeit und somatische Komorbidität bei alleinstehenden Wohnungslosen, *SuchtAktuell* 10/02.03, 52 -57
- Schäfer, R. (2011): Was heißt Marktpreis?!, *SuchtAktuell* 18/02.11, 58 - 60
- Schneider, B., Buschmann, H. C., Gies, C. (1999): Indikationskriterien für die stationäre Behandlung auch unter Berücksichtigung spezieller Trainingsprogramme, *SuchtAktuell* 6/01.99, 22 - 24
- Schneider, B., Götz, H., Groos, J. (2005): Kooperation und Vernetzung von Akutbehandlung und Rehabilitation: Auf dem Weg zur Integrierten Versorgung, *SuchtAktuell* 12/01.05, 28 - 31
- Schneider, B., Knuth, S. et al. (2011): Teilband V Basisdokumentation 2010 - Ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen, in: Fachverband Sucht e.V. (Hg.): Basisdokumentation 2010 - Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Bonn, 57 - 63
- Schneider, B., Knuth, S. et al. (2011): Effektivität der Ganztägig Ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008, *SuchtAktuell* 18/01.11, 34 - 41
- Schneider, B., Knuth, S., et al. (2012): Effektivität der Ganztägig Ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009, *SuchtAktuell* 19/01.12, 36 - 45

- Schütz, H., Kupka, P., Koch, S., Kaltenborn, B. (2011): Eingliederungsvereinbarungen in der Praxis, IAB - Kurzbericht, 18/2011, Nürnberg
- Selbsthilfe- und Abstinenzverbände (1997): Sucht Selbsthilfe. Ein Positionspapier der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände, Hamburg
- Sonntag, D., Künzel, J. (2000): Hat die Thera- piedauer bei alkohol- und drogenabhän- gigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?, *SUCHT* 46, Sonderheft 2
- Soyka, M., Queri, S., Küfner, H., Rösner, S. (2005): Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige?, *Nervenarzt*, 76, 72 - 77
- Spyra, K. et al. (2005): Strukturierte Quali- tätsberichte von Rehabilitationskliniken - Ein softwareunterstütztes Konzept für Rehabilitationskliniken zur Erhebung und Veröffentlichung von qualitätsrele- vantem Daten zur medizinischen Reha- bilitation, *SuchtAktuell* 12/02.05, 49 - 55
- Spyra, K., Egner, U., Fahrenkrog, S., Köhn, S., Lindenmeyer, J., Missel, P. (2011): Reha- bilitanden-Management-Kategorien - For- schungsergebnisse für die klinische Pra- xis, *SuchtAktuell* 18/02.11, 28 - 28
- Steingass, H.-P. (1994): Kognitive Funktio- nen Alkoholabhängiger, *Geesthacht*
- Steingass, H.-P., Verstege, R. (1993): Evalua- tion in soziotherapeutischen Einrichtun- gen, *Praxis der klinischen Verhaltensme- dizin und Rehabilitation*, 6, 249 - 253
- Stempel, K. (2012): Rauschgiftlage 2010, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): *Jahrbuch Sucht* 12, Lengerich, 152 - 164
- Stopp, J. (2009): Spezifisches Therapie- Ma- nagement zur beruflichen Integration Suchtkranker während und nach der me- dizinischen Rehabilitation - Evaluation eines Projektes des Diakonie-Kranken- hauses Harz in Elbingerode, *SuchtAktuell* 16/02.09, 62 - 67
- Süß, H.M. (1995): Zur Wirksamkeit der The- rapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse, *Psychologische Rundschau*, 46, 248 - 266
- Teigeler, H. et al. (2011): Teilband III Basisdo- kumentation 2010 - Adaptionseinrich- tungen, in: Fachverband Sucht e.V. (Hg.): *Basisdokumentation 2010 - Ausgewähl- te Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V.*, Bonn, 36 - 45
- Teigeler, H., Reger, F. (2011): Katamnese der Adaptionseinrichtungen im FVS 2010, Vortrag anlässlich des 24. Heidelberger Kongress „Was bleibt? Nachhaltigkeit in der Suchtbehandlung“ am 07.06.2011 (s. www.sucht.de - Veranstaltungen)
- Tossmann, P. (2005): Das Internet in der Prä- vention des Substanzkonsums, *Präven- tion*, 28 (4), 117 - 120
- Veltrup, C., Lindenmeyer, J. (1998): Behand- lungsindikation bei Menschen mit Alko- holproblemen, *SuchtAktuell* 5/01.98 + 02.98, 24 - 28
- Veltrup, C. (2001): Behandlung von Alkohol- abhängigen: Hilfen für selektive Indika- tionsentscheidungen, *SuchtAktuell* 8/01.01, 4 - 12
- Verstege, R. (1997): Qualität ist die Voraus- setzung für effektive Adaption, *Sucht- Aktuell* 3+4/1997, 31 - 32
- Verstege, R. (2000): Adaption: Was, wo, wie, für wen, wie lange und warum?, in: Fach- verband Sucht e. V. (Hg.): *Indikationsstel- lung und Therapieplanung bei Sucht- erkrankungen*, Schriftenreihe des FVS, Band 23, Geesthacht, 332 - 342
- Verstege, R. (2008): Adaptionsbehandlung im Rahmen medizinischer Rehabilitation, in: Henkel, D. und Zemlin, U. *Arbeitslosigkeit und Sucht*, Frankfurt am Main, 474 - 499
- Wagner, H.-B. (1996a): Zur Situation tages- klinischer Suchtbehandlung in Deutsch- land, in: Wagner, H.-B., Krausz, M., Schwoon, D.R. (Hg.): *Tagesklinik für Suchtkranke*, Freiburg, 9 - 13
- Wagner, H.-B. (1996b): Internationale Erfah- rungen mit tagesklinischer Suchtbe- handlung, in: Wagner, H.-B., Krausz, M., Schwoon, D.R. (Hg.): *Tagesklinik für Suchtkranke*, Freiburg, 13 - 18
- Wagner, H.-B., Krausz, M., Schwoon, D.R. (Hg.) (1996): *Tagesklinik für Suchtkranke*, Freiburg
- Wagner, A., Henke, J., Nägele, B., Pagels, N., Henkel, D. (2009): Erhebung von Ansät- zen guter Praxis zur Integration Sucht- kranker im Erwerbsleben im Rahmen des § SGB II - eine bundesweite Erhebung der § SGB II - Träger - Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
- Warmerdam, L., van Straten, A., Twisk, J., Rip- per, H., Cuijpers, P. (2008): Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial, *J Med Internet Res.* 10(4), e44
- Weber, A., Hörmann, G., Heipertz, W. (2007): Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus so- zialmedizinischer Sicht, *Deutsches Ärzte- blatt*, Jg. 104, Heft 43, 26. Oktober 2007, A 2957 - 2962
- Weissinger, V. (1989): Suchtprävention - Eine Studie, Bonn
- Weissinger, V. (1991): Thesen zur Prävention. *SUCHT* 3, 198 - 204
- Weissinger, V. et al. (2011): Basisdokumenta- tion 2010 - Zentrale Ergebnisse im Über- blick, Fachverband Sucht e.V. (Hg.): *Basis- dokumentation 2010 - Ausgewählte Daten zur Entwicklungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V.*, Bonn, 57 - 68
- Weissinger, V. (2012): Förderung der Teilha- be Abhängigkeitskranker am Arbeitsle- ben - Erfordernisse für ein organisations- übergreifendes Schnittstellenmanage- ment, *SuchtAktuell* 19/01.12, S. 60 - 69
- Weltgesundheitsorganisation (2000): Inter- nationale Klassifikation psychischer Stö- rungen, ICD-10 Kapitel V (F) *Klinisch-dia- gnostische Leitlinien*, Bern, Göttingen Toronto, Seattle, 4. Auflage
- Weltgesundheitsorganisation - Regional- büro für Europa (2011): *Europäischer Ak- tionsplan zur Verringerung des schädli- chen Alkoholkonsums (2012 - 2020)*, EUR/ RC 61/13, Kopenhagen
- Weyerer, S. (2003): Psychopharmakage- brauch und -missbrauch im Alter, in: Förstl, H. (Hg.): *Lehrbuch der Gerontopsy- chiatrie und -psychotherapie*, Stuttgart
- Wienberg, G. (1992): Die vergessene Mehr- heit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Men- schen, Bonn
- Wiers, R. W., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E. S., Lindenmeyer, J. (2011): Re-training auto- matic action tendencies. Changes alco- holic patients' approach bias for alcohol and improves treatment outcome, *Psy- chological Science*, 20, 1-8
- Wolf, M., Zimmer, B., Dogs, P. (2008): Chat- und E-Mail-Brücke: Nachsorge nach stationärer Psychotherapie. In: Bauer, S., Kordy, H.: *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung*, Heidelberg
- Zemlin, U., Herder, F. (1994): Ergebnisse der summativen und differentiellen Evalua- tion eines individualisierten stationären Behandlungsprogramms für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 27, S. 128 - 192
- Zemlin, U. (2000a): Stationäre Behandlungs- dauer und Therapieerfolg, in: Fachver- band Sucht e.V. (Hg.): *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, Schriftenreihe des FVS, Band 23, Geesthacht, 215 - 233
- Zemlin, U. (2000b): Lohnt sich eine längere Behandlungsdauer bei Therapiewieder- holern?, in: Fachverband Sucht e.V. (Hg.): *Indikationsstellung und Therapiepla- nung bei Suchterkrankungen*, Schriften- reihe des FVS, Band 23, Geesthacht, 234 - 257
- Zemlin, U., Dornbusch, P., Hähnle, M., Jorda, V., Kolb, W. (2002): Die Tagesklinik Stutt- gart der Fachklinik Wilhelmsheim: Indika- tion und Programmgestaltung einer teil- stationären Entwöhnungsbehandlung für Alkoholabhängige - erste Erfahrungswerte, *SuchtAktuell* 9/02.02, 31 - 42
- Zemlin, U. (2005): Teilhabe am Arbeitsleben und der Gesellschaft fördern: Empfeh- lungen und Forderungen aus Sicht der Be- handler, in: Fachverband Sucht e. V. (Hg.): *Perspektiven für Suchtkranke - Teilhabe fördern, fordern, sichern*, Geesthacht, 78 - 100
- Zielke, M. (2006): Krankheitsverläufe von Versicherten mit aktuellen alkohol- bedingten Intoxikationen auf der Basis von Sekundärdaten der DAK, *Sucht- Aktuell*/01.06, 7 - 19
- Zielke, M. (2007): Alkoholassoziiertes Kran- kenhausgeschehen nach Entgiftungen im Akutkrankenhaus und nach stationä- ren Rehabilitationsmaßnahmen unter einer altersbezogenen Perspektive, *SuchtAktuell* 14/02.07, 18 - 25

# Fachverband Sucht e.V.

## „Hilfe für Suchtkranke – Verzeichnis der Einrichtungen“



Die Broschüre „Hilfe für Suchtkranke – Verzeichnis der Einrichtungen“ gibt einen detaillierten Überblick über die Mitgliedseinrichtungen des FVS. Diese Broschüre wird regelmäßig überarbeitet.

Die letzte Ausgabe wurde im Jahr 2010 publiziert. Die Broschüre wendet sich insbesondere an Multiplikatoren, welche in der Beratung und Vermittlung im Bereich der Suchtkrankenhilfe tätig sind. Der FVS vertritt ca. 6.800 stationäre und viele (ganztägig) ambulante Behandlungsplätze im Bereich der Entwöhnungsbehandlung in Deutschland.

Neben der Beschreibung der jeweiligen Behandlungseinrichtungen finden Sie auch Informationen zu den spezifischen Behandlungsangeboten und den belegenden Kostenträgern.

Entsprechende jeweils aktualisierte Angaben befinden sich auch im Internet unter [www.sucht.de](http://www.sucht.de) unter der Rubrik „Behandlungseinrichtungen“.

Die Broschüre kann bestellt werden (bei größeren Mengen gegen Portoerstattung):

**Fachverband Sucht e. V.**  
**Walramstraße 3, 53175 Bonn**  
**Tel. 02 28 - 26 15 55, Fax 02 28 - 21 58 85**  
**service@sucht.de**  
**oder im Internet: [www.sucht.de](http://www.sucht.de) / Behandlungseinrichtungen**  
**Online-Bestellformular: [www.sucht.de](http://www.sucht.de) / Veröffentlichungen / Hilfe für Suchtkranke**

# Heidelberger Kongresse des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS): Themen im Überblick

Seit dem Jahr 1987 führt der FVS jährlich seinen Bundeskongress in Heidelberg durch. Themen sind bislang:

- 1987 „Irreguläre Therapiebeendigung – Panne oder Chance?“
- 1989 „Individualisierung der Suchttherapie“
- 1990 „Sucht und Psychosomatik“
- 1991 „Abhängigkeit zwischen biochemischem Programm und steuerbarem Verhalten“
- 1992 „Ambulante und stationäre Suchttherapie – Möglichkeiten und Grenzen“
- 1993 „Therapieziele im Wandel“
- 1994 „Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker“
- 1995 „Sucht und Erwerbsfähigkeit“
- 1996 „Das 'Beste' für den Suchtkranken – Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien“
- 1997 „Suchttherapie unter Kostendruck – Entwicklungen und Perspektiven“
- 1998 „Suchtbehandlung: Entscheidungen und Notwendigkeiten“
- 1999 „Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen“
- 2000 „Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie!“
- 2001 „Die Zukunft der Suchtbehandlung: Trends und Prognosen“
- 2002 „'Qualität ist, wenn...' - Qualitätsentwicklung in der Suchtbehandlung“
- 2003 „Sucht macht krank!“
- 2004 „Perspektiven für Suchtkranke: Teilhabe fördern, fordern, sichern“
- 2005 „Integrierte Versorgung: Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation“
- 2006 „Wirksame Therapie! Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung“
- 2007 „Die Qualitäten der Suchtbehandlung“
- 2008 „Lebensalter, Suchtformen und Behandlungspraxis“
- 2009 „Suchtbehandlung passgenau!“
- 2010 „Integration oder Separation? Suchtbehandlung im Gesundheitssystem“
- 2011 „Was bleibt? Nachhaltigkeit in der Suchtbehandlung“
- 2012 „Meilensteine der Suchtbehandlung – 25 Jahre Heidelberger Kongress“
- 2013 „Der Mensch im Mittelpunkt – Was bedeutet dies für die Suchtbehandlung?“



## Interesse an einer Mitgliedschaft im Fachverband Sucht e.V?

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) ist ein bundesweit tätiger Verband, in dem Einrichtungen zusammengeschlossen sind, die sich der Behandlung, Versorgung und Beratung von Suchtkranken widmen. Er wurde 1976 gegründet und vertritt heute ca. 95 Mitgliedseinrichtungen mit über 6.500 stationären und vielen ambulanten Therapieplätzen.

Die Organe des FVS sind die Mitgliederversammlung und der gewählte Vorstand. Zur Erfüllung seiner Aufgaben unterhält der FVS eine Geschäftsstelle in Bonn. Der Verband ist als gemeinnützig anerkannt. Der FVS ist politisch und konfessionell unabhängig und vertritt vornehmlich die Einrichtungen in freier Trägerschaft.

Der Verband verfolgt das Ziel, geeignete Maßnahmen zu fördern, die ein suchtfreies Leben ermöglichen und sich gegen die Entstehung, Aufrechterhaltung und Folgen von Sucht richten.

Die Förderung bezieht sich besonders auf Behandlungs- und Versorgungsangebote, welche die verschiedenen Aspekte der Sucht berücksichtigen und den betroffenen Personen eine individuell angemessene Betreuung gewährleisten. Präventive Maßnahmen, die geeignet sind, Suchtentwicklungen zu verhindern, werden auf breiter Ebene unterstützt.

Der Verband widmet sich vorrangig der Qualitätssicherung bestehender und zukünftiger Behandlungsangebote sowie dem Wirksamkeitsnachweis präventiver Maßnahmen.

Der FVS ist auch Mitglied im Drogen- und Suchtrat, der die Aufgabe hat, die Drogenbeauftragte der Bundesregierung bei der Erledigung ihrer Aufgaben zu beraten und zu unterstützen.

Nähere Informationen zum FVS und seinen Aktivitäten finden Sie im Internet unter <http://www.sucht.de>.

Falls Interesse an einer Mitgliedschaft Ihrer Einrichtung besteht, so können Sie dort entsprechende Antragsformulare für stationäre, ganztägig ambulante und ambulante Rehabilitationseinrichtungen sowie soziotherapeutische Einrichtungen unter der Rubrik „Mitgliedschaft im FVS“ herunterladen.

Im Rahmen des Aufnahmeverfahrens wird für Fachkliniken, Adaptionseinrichtungen und stationäre soziotherapeutische Einrichtungen auch ein Aufnahme-Audit durchgeführt.

Entsprechende Checklisten zum Aufnahme-Audit finden Sie ebenso im Internet wie auch die Konditionen für eine Mitgliedschaft (unter „Beitragsregelung“).



## FVS/DEGEMED: Zertifizierungsverfahren gemäß BAR-Anforderungen

Die Qualität bestehender und zukünftiger Behandlungsangebote für Menschen mit substanzbezogenen Störungen zu fördern, stellt eine der zentralen Aufgaben des Fachverbandes Sucht e. V. (FVS) dar. Neben Ansätzen der externen Qualitätssicherung durch die Leistungsträger gewinnen in den letzten Jahren zunehmend einrichtungsinterne Qualitätsmanagement- und Zertifizierungsverfahren an Bedeutung. Diese werden auch vom Gesetzgeber z. B. im Rahmen des § 137d SGB V oder des § 20 SGB IX gefordert. Die Leistungserbringer werden darin verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sicherzustellen, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert. Ferner müssen stationäre Rehabilitationseinrichtungen sich zertifizieren lassen, um von Leistungsträgern belegt zu werden.

Der Fachverband Sucht e. V. hat zusammen mit der DEGEMED ein Zertifizierungsverfahren für die Bereiche „Abhängigkeitserkrankungen“ und „Psychosomatik“ entwickelt. Mit diesem Verfahren sollen die kontinuierliche und die transparente Darstellung entsprechender Leistungen gefördert werden. Das Zertifizierungsverfahren ist DIN-EN-ISO 9001 fundiert und enthält Aspekte des EFQM-Modells. Darüber hinaus sind reha- und suchtspezifische Qualitätskriterien enthalten und bestehende Ansätze zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation (z. B. Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger) in das Verfahren integriert. Vom Selbstverständnis des Verfahrens her geht es nicht vordringlich darum, ein Zertifikat zu erlangen, sondern auf der Basis des bereits Erreichten weitere Reflektions- und Qualitätsentwicklungsprozesse anzustoßen. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist eine hohe Motivation und die Bereitschaft der Leitung und Mitarbeiter sich auf diesen Prozess einzulassen. Bei der Entwicklung des Verfahrens wurde mit ausgewählten und kompetenten Zertifizierungsunternehmen zusammengearbeitet. Diese können auch das externe Audit durchführen und sind berechtigt - bei Erfüllen der entsprechenden Kriterien - Zertifikate zu erteilen. Hierbei handelt es sich um folgende Gesellschaften: EQZert, LGA InterCert, DIOcert (Stand: Juni 2012).

Das Zertifizierungsverfahren ist in den Versionen 4.0 und 3.0 von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation nach Prüfung offiziell nach § 20 II a SGB IX anerkannt. Der FVS ist hierfür die herausgebende Stelle.

Von Nichtmitgliedern des FVS wird bei Nutzung des FVS/DEGEMED-Verfahrens eine Lizenzgebühr von 1.000,00 € erhoben.

Der Auditleitfaden 4.0 kann von der Homepage des FVS heruntergeladen werden unter: <http://www.sucht.de/qualitaetsmanagement.html>. Dort finden sich auch Audit-Checklisten für ambulante Rehabilitationseinrichtungen und Einrichtungen der Psychotherapie.

