

## TEIL B: AUSGEWÄHLTE THEMEN

### 11 Stationäre Versorgung Drogenabhängiger in Deutschland

#### 11.1 Geschichte und allgemeine Rahmenbedingungen

##### 11.1.1 Überblick

Die stationäre Versorgung ist ein grundlegendes Element der Behandlungs- und Rehabilitationsformen Drogenabhängiger. In Deutschland existieren ca. 320 Einrichtungen mit über 13.200 Plätzen, die stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen anbieten. Davon existieren 4.000 Plätze für Drogenabhängige. Ziele der Rehabilitation sind die Erreichung und Erhaltung von Abstinenz, die Behebung oder der Ausgleich der körperlichen und seelischen Störungen und eine möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Dieses Sonderkapitel basiert auf den Vorgaben der EMCDDA, die die Beschreibung der stationären Versorgung auf Landesebene angeregt hat, um einen EU-weiten Vergleich zu ermöglichen. Demgemäß werden die historischen Entwicklungsverläufe und die aktuelle Rolle und Entwicklungen im übergeordneten Drogenhilfesystem sowie die Verfügbarkeit und die Merkmale stationärer Versorgungsprogramme dargestellt. Die Beschreibung der Qualitätssicherungssysteme und ein Ausblick auf zukünftige Entwicklungen schließen das Kapitel ab.

In Anlehnung an die Vorgabe der EMCDDA ist „stationäre Versorgung“ definiert als eine Bandbreite stationärer Behandlungsmodelle und -programme, therapeutischer oder anderer Angebote für Drogenkonsumenten, die medizinische und psychosoziale Interventionen im Kontext stationärer Unterbringung in Anspruch nehmen. Ein entscheidendes Kriterium solcher Programme ist, dass sie verschiedenen Behandlungsbedürfnissen entsprechen und sowohl den Drogenkonsum, Gesundheit und Lebensqualität als auch berufliche und soziale Teilhabe berücksichtigen. Das Sonderkapitel befasst sich explizit nicht

- mit stationärer Entgiftung,
- mit Angeboten, die sich einzig der Vorhaltung sozialer Unterstützung für Drogenabhängige widmen (z. B. Notunterkünfte, Wohnheime) und
- mit Angeboten für Drogenkonsumierende in Haftanstalten oder für abhängigkeitskranke Sträflinge in Maßregelvollzugskliniken gemäß § 61 StGB.

Diese Bereiche - vor allem die stationäre Entgiftung - sind selbstverständlich wichtige Bestandteile der stationären Versorgung. Doch um die Vergleichbarkeit der stationären Versorgung auf EU-Ebene zu gewährleisten, wird in erster Linie die medizinische Rehabilitation in den Fokus genommen, die eng mit sozialen Rehabilitationsmaßnahmen

verknüpft ist. Hier soll die durch die Entgiftung erreichte Abstinenz stabilisiert und die Abhängigkeit langfristig beendet werden.

Um ein möglichst umfassendes Bild der stationären Versorgung zu ermöglichen werden verschiedene Quellen genutzt. Allerdings können diese aufgrund ihrer Selektivität nur bedingt miteinander verglichen werden. Grundlegende Daten für die stationäre Versorgung bieten neben der Deutschen Suchthilfestatistik auch der Basisdatensatz Suchtpsychiatrie, die Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, die Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund, Basis- und Katamnesedaten des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe, die Basisdokumentation des Fachverbandes Sucht sowie regionale Monitoringsysteme.

### **11.1.2 Geschichte der stationären Versorgung seit 1945**

In der Nachkriegszeit war die Suchthilfe in Deutschland wenig organisiert und arbeitete vorwiegend mit ehrenamtlichen Helfern. 1962 wurde die Zahl der stationären Einrichtungen für Alkoholabhängige bundesweit mit 18 angegeben, 1968 mit 26. Insgesamt standen etwa 1000 bis 2000 Betten zur Verfügung, für Abhängige illegaler Drogen existierten keine besonderen Einrichtungen (Vogt & Scheerer 1989). Vor dem Hintergrund der Zunahme jugendlicher Drogenkonsumenten Ende der 60er/Anfang der 70er Jahre sowie der Weichenstellung durch die Umwandlung des Opium- zum Betäubungsmittelgesetz (1981) fiel der Startschuss für den Ausbau der stationären Drogentherapie. Ein wichtiger Meilenstein war die Anerkennung der Sucht als Krankheit im Jahre 1968 (BSG-Urteil vom 18. Juni 1968), wodurch die Kosten der Suchtbehandlung von den Kostenträgern übernommen werden mussten (Schmid & Vogt 1998). In der Folge stieg sowohl die Nachfrage nach Behandlungsplätzen für Alkoholabhängige als auch der Bedarf an geeigneten Behandlungsangeboten für Drogenabhängige. Aus den sogenannten „Release-Gruppen“, die vorher als Anlaufstelle für opiatabhängige Jugendliche dienten, entwickelten sich professionelle und planmäßig geförderte Angebote.

Die Notwendigkeit differenzierter Angebote für Alkohol- bzw. Drogenabhängige wurde für den stationären Bereich insbesondere im „Aktionsprogramm zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmissbrauchs“ aus dem Jahr 1970 bekräftigt:

*„Die Zusammenlegung von Drogensüchtigen mit Alkoholsüchtigen oder mit Geisteskranken in den psychiatrischen Kliniken ist vom therapeutischen Standpunkt her abzulehnen. Der Mangel an eigenen Einrichtungen und Sonderabteilungen in Kliniken für diese Gruppe ist besorgniserregend“* (BMJFG 1972).

Ein umfangreiches Förderprogramm der Bundesregierung wurde initiiert, das als „Großmodell zur Beratung und Behandlung drogen- und alkoholgefährdeter und -abhängiger junger Menschen“ bekannt wurde (Schmid 2003). Innerhalb dessen wurden neben ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen auch Entzugskliniken und therapeutische (Wohn-) Gemeinschaften (TG) gefördert. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurden „Mindestkriterien“ für die stationäre Drogenbehandlung erarbeitet. Insbesondere die

Einstellung psychosozialer Fachkräfte führte zu einer zunehmenden Professionalisierung der therapeutischen Einrichtungen.

Die Aufnahme in eine TG war mit erheblichen bürokratischen Hürden verbunden, nicht zuletzt aufgrund des noch knappen Angebotes (Bühringer 1996). Stationäre wie ambulante Drogentherapie war geprägt vom Abstinenzparadigma sowie einem rigiden Therapieverständnis von „Nachreifung“ und „Resozialisierung“. Diese auf Konfrontation und Repression basierenden Therapieansätze führten allerdings zu hohen Abbruchs- und folglich niedrigen Erfolgsraten (Schmid & Vogt 1998).

Am 20. November 1978 wurde die Empfehlungsvereinbarung „Sucht“ der Krankenkassenträger und Rentenversicherungsanstalten verabschiedet (Verband deutscher Rentenversicherungsträger 1978). Diese schrieb für Drogeneinrichtungen eine maximale Größe von 30 Plätzen fest. Die damaligen Gründe sind auch heute noch aktuell: Die überschaubare Größe verhilft den Drogenabhängigen zur besseren Orientierung und trägt zu ihrer umfassenden und individuellen Förderung bei (DHS 2008). Hier wurde weiterhin festgelegt, dass die Krankenkassen primärer Kostenträger für die Entgiftung sind und die Rentenversicherung zuständig für die stationäre Entwöhnungsbehandlung ist. Diese sollte gewährt werden, wenn eine dauerhafte Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft möglich schien. Weiterhin konnten Entwöhnungsbehandlungen nur in Einrichtungen durchgeführt bzw. vom Rentenversicherungsträger finanziert werden, wenn diese von dem selbigen auch dafür anerkannt waren (Verband deutscher Rentenversicherungsträger 1978). Gerade die TGs hatten Probleme, die Anforderungen zur Finanzierung durch die Rentenversicherungsträger zu erfüllen, da weder Diagnosen vergeben wurden noch Behandlungspläne oder Ärzte vorhanden waren. Um von den Rentenversicherungsträgern gemäß ihrer Qualitätsstandards anerkannt zu werden, professionalisierten die therapeutischen Einrichtungen ihre Konzepte, verstärkten ihre Kooperation mit dem medizinischen Bereich und setzten stärker auf therapeutische Zusatzqualifikationen (Schmid 2003).

In den 80er Jahren verloren die TGs ihre Monopolstellung bei der Behandlung Drogenabhängiger (Schmid & Vogt 1998) (vgl. Kapitel 2.2.1). Stationäre Übergangseinrichtungen und sogenannte „Kompakttherapien“ wurden ausgebaut (vgl. Kapitel 2.2.4), die Langzeittherapien im Rahmen der TGs verkürzten sich. Der Umgang mit Rückfällen änderte sich insofern, als dass jener zunehmend als Teil des therapeutischen Prozesses verstanden wurde und nicht mehr ohne Weiteres ein Grund für eine Entlassung war. Neben dem „kalten“ Entzug etablierten sich verschiedene Formen medikamentengestützter Entzugsprogramme (Schmid & Vogt 1998).

Ab 1980 ergänzten gewerbliche Einrichtungen die bis dahin ausschließliche Trägerschaft des Suchthilfesystems durch die Verbände der freien Wohlfahrtspflege (Täschner et al. 2010).

Ein wichtiger Meilenstein war das zum 1. August 1981 in Kraft getretene Betäubungsmittelgesetz (BtMG), welches auf die Kooperation zwischen Justiz, Suchthilfe

und Kostenträger ausgerichtet war, um Drogenabhängigkeit und Begleitkriminalität gemeinsam wirkungsvoll bewältigen zu können (Kraatz-Maček 2011; Künzel et al. 2012). Straffällig gewordenen Drogenabhängigen konnte nun eine Behandlung ihrer Abhängigkeit außerhalb des Strafvollzuges ermöglicht werden. Entsprechend des § 35 BtMG kann die Strafvollstreckung in bestimmten Fällen zugunsten einer therapeutischen Versorgung zurückgestellt, auf die Strafe angerechnet oder die Vollstreckung einer Reststrafe ausgesetzt werden. Bis 1992 galt diese Regelung nur für die Behandlung in stationären Einrichtungen, seither ist es auch möglich, die Auflagen im Rahmen von ambulanten Therapien zu ermöglichen (Schmid & Vogt 1998).

Im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte ist im deutschen Suchthilfesystem zudem die Abkehr von relativ einheitlich ausgerichteten Therapiekonzepten hin zur Entwicklung zielgruppenspezifischer Suchthilfeangebote zu erkennen. Wichtiger Meilenstein im Jahr 2001 war der Ersatz der Empfehlungsvereinbarung von 1978 durch die „Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker“ (Vereinbarung Abhängigkeits-erkrankungen). Hier werden in dezidiert Weise Form und Inhalte der Therapie vorgegeben, das Fachpersonal bestimmt, Organisationsstruktur der Rehabilitation festlegt und die Dauer der Therapie empfohlen (DRV et al. 2001c).

### **11.1.3 Strategien und grundsätzliche Rahmenbedingungen stationärer Versorgung**

Nach der Grundsatzentscheidung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) vom 18. Juni 1968 handelt es sich bei der Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit um eine behandlungsbedürftige Krankheit (buss 2012). Menschen mit einer substanzbezogenen Störung steht unter der Berücksichtigung weiterer Voraussetzungen (vgl. Kapitel 11.2.1) eine Kostenübernahme der erforderlichen akutmedizinischen (Entzug bzw. Entgiftung) und entwöhnungsorientierten Behandlung (medizinische Rehabilitation) zu. Die stationäre Entwöhnungsbehandlung zählt in Deutschland überwiegend zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 9 und 15 Sozialgesetzbuch (SGB) VI. 85 % der Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation im Indikationsbereich Abhängigkeiten werden durch den Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) als Leistungsträger finanziert (Koch 2011). Grundlage ist die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ von 2001. Wenn keine Ansprüche bei der gesetzlichen Rentenversicherung (RV) gemäß SGB VI bestehen, wird geprüft, ob ein Anspruch auf Kostenübernahme bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht. Falls weder bei der RV noch bei der GKV Ansprüche bestehen, tritt zur Finanzierung der stationären Drogentherapie der jeweils zuständige Sozialhilfeträger gemäß SGB XII im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips (nachrangige Zuständigkeit) ein (Jungblut 2004). Arbeitslose und ältere Bürger haben ebenso einen einklagbaren Anspruch auf Entwöhnung bzw. deren Finanzierung. Bei Beamten sind die jeweils geltenden beamtenrechtlichen Versorgungsregelungen zu berücksichtigen. Private Krankenkassen haben die Suchtbehandlung überwiegend vertraglich aus ihrer Leistungsgewährung ausgeschlossen.

Entweder kann hier auf Kulanzbasis eine Kostenübernahme erreicht werden oder die Patienten müssen die Behandlung selbst zahlen (buss 2012). Im Falle einer fehlenden Finanzierung der Behandlung kann auf kostenfreie Angebote, wie z. B. der Selbsthilfe zurückgegriffen werden.

Ziele der Rehabilitation sind die Erreichung und Erhaltung von Abstinenz, die Behebung oder der Ausgleich der körperlichen und seelischen Störungen und eine möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (DRV et al. 2001c).

Die Kosten für die Suchtrehabilitation machten im Jahr 2010 17 % (500 Mio. Euro von 3.011 Mio. Euro ohne Übergangsgeld) der Gesamtkosten medizinischer Leistungen der DRV aus (Beckmann & Naumann 2012). Die Gesamtausgaben der RV im Zusammenhang mit illegalen Drogen in Form von medizinischen Rehabilitationen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Renten wegen Erwerbsminderung betragen 2006 etwa 171,7 Mio. Euro. Drogenabhängige werden akutmedizinisch auch in suchtpsychiatrischen Einrichtungen der psychiatrischen Fachkliniken und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken versorgt, beispielsweise durch Notfallbehandlungen, Kriseninterventionen oder qualifizierten Entzug. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Medikation, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationen usw. im Zusammenhang mit illegalen Drogen werden auf 1,4 Mrd. Euro geschätzt (Mostardt et al. 2010).

## **11.2 Verfügbarkeit und Merkmale**

### **11.2.1 Bundesweite Verfügbarkeit und Zugang**

#### **Zugang**

Die medizinische Rehabilitation kommt für Abhängigkeitskranke nur in Betracht, wenn Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose vorliegen. Der Bewilligung einer Rehabilitation geht ein Antragsverfahren voraus, in dem formale und inhaltliche Kriterien zur Bewilligung erfüllt werden müssen (buss 2012). Das Antragsverfahren beinhaltet ein ärztliches Gutachten, in dem die Notwendigkeit der Entwöhnungsbehandlung bestätigt wird, sowie in der Regel einen Sozialbericht, der durch eine Beratungsstelle oder einen Sozialdienst erstellt wird. Weiterhin müssen die je nach Kostenträger individuell vorgegebenen Mindest-Versicherungszeiten / Beitragszahlungen gegeben sein. Alle Kostenträger fordern von den Betroffenen ein Minimum an Krankheitseinsicht und eine vorhandene Motivation zur Therapie und Nachsorge. Die Freiwilligkeit ist eine zwingende Voraussetzung für die Bewilligung einer Therapie<sup>131</sup>. Zudem besteht die Erwartung, dass nach der Entwöhnungsbehandlung die Leistungsfähigkeit im

---

<sup>131</sup> „Leistungen und Inanspruchnahme der Suchtkrankenhilfe basieren, mit Ausnahme des Bereichs § 35 BtMG „Therapie statt Strafe“, auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Nach § 63 und § 64 Strafgesetzbuch (StGB) kann unter bestimmten Umständen für psychisch kranke oder suchtkranke Straftäter Maßregelvollzug (MRV) in speziellen Maßregelvollzugskliniken angeordnet werden.“

Arbeitsleben wieder hergestellt werden kann (DRV et al. 2001c). Damit die Entwöhnungsbehandlung möglichst früh beginnen kann, hat beispielsweise die DRV Mitteldeutschland ab Oktober 2003 schrittweise die Zugangswege vereinfacht und im November 2011 die verbindliche Erstellung des Sozialberichts abgeschafft (DRV 2012 zit. n. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a). Da der Hausarzt in 80 % der Fälle erster Ansprechpartner in Fragen der Suchtmittelabhängigkeit ist, kann allein auf Grundlage des ärztlichen Befundes die Entscheidung über eine Rehabilitationsmaßnahme erfolgen (ebd.).

Die Auswahl der Leistungsform orientiert sich an den gemeinsam erstellten Kriterien der Rentenversicherung und Krankenkassen (DRV et al. 2001a).

### **Kriterien zur Bewilligung einer stationären Rehabilitation (Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen, Anlage 3)**

- Es bestehen schwere Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet, die eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation in Frage stellen.
- Die Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld (z. B. bei massiven familiären Konflikten oder destruktiven Partnerbeziehungen) ist erforderlich, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.
- Das soziale Umfeld des/der Abhängigkeitskranken hat keine unterstützende Funktion. (Anmerkung: Die Behandlungsstelle allein kann die Funktion des intakten sozialen Umfeldes nicht übernehmen.)
- Der/die Abhängigkeitskranke ist beruflich nicht integriert und bedarf infolgedessen spezifischer Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung, die ambulant nicht erbracht werden können.
- Eine stabile Wohnsituation ist nicht vorhanden.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme oder zur Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung nicht ausreichend vorhanden ist.
- Der/die Abhängigkeitskranke ist nicht bereit oder nicht in der Lage, während der ambulanten Entwöhnung abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen.
- Ein langer oder intensiver Suchtverlauf kann insbesondere vor dem Hintergrund der vorgenannten Kriterien eine Indikation für eine stationäre Entwöhnung darstellen.

Grundsätzlich muss über den Antrag binnen sechs Wochen entschieden sein (Bewilligungsverfahren), in besonderen Fällen ist ein „Eilverfahren“ möglich. Sind alle Voraussetzungen gegeben, muss der Leistungsträger die Maßnahme bewilligen. Fehlt es an der günstigen Prognose zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, müssen gemäß dem Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe Krankenkasse oder Sozialhilfe die

Behandlung finanzieren (buss 2012). Eine ablehnende Entscheidung muss begründet sein, gegen diese ist (kostenfrei) Widerspruch möglich.

Nach Bewilligung lädt die Rehabilitationseinrichtung den Betroffenen kurzfristig ein. Das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten nach § 9 SGB IX muss hier Berücksichtigung finden, um den Behandlungserfolg nicht schon im Vorfeld zu gefährden. Den Wünschen ist sowohl bei der Entscheidung – in der Regel über Art, Umfang und Ort der Leistungserbringung – wie auch bei der Ausführung – Art, Umfang, Intensität und Qualität der Entwöhnungsmaßnahme – Rechnung zu tragen. Darunter können beispielsweise ein wohnortnaher Therapieplatz oder der Wunsch nach einer ambulanten Entwöhnung verstanden werden. Die Anregungen werden in Abstimmung mit dem Betroffenen im Sozialbericht oder im ärztlichen Gutachten festgehalten. Wenn die Wünsche des Berechtigten nicht mit den Pflichten der Rehabilitationsträger kollidieren sowie die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit eingehalten werden, wird ihnen entsprochen (DRV et al. 2001c).<sup>132</sup> Eine Adaptionsbehandlung zur Unterstützung der Reintegration kann bei Bedarf angeschlossen werden.

### Einrichtungstypen

Die Rehabilitationsträger sind durch ihren Sicherstellungsauftrag (§ 19 Absatz 1 SGB IX) dafür verantwortlich, dass Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Zahl<sup>133</sup> zur Verfügung stehen, die entsprechende Qualitätsanforderungen erfüllen. Je nach Diagnose und Indikation kann die medizinische Rehabilitation entweder angetreten werden

- in einer anerkannten Psychosozialen Beratungsstelle (ambulante Reha) oder
- in einer Tagesklinik (ganztägig-ambulante bzw. teilstationäre Reha) oder
- in einer spezialisierten Fachklinik bzw. der Entwöhnungsabteilung eines Psychiatrischen Krankenhauses (stationäre Reha) (buss 2012).

Alle Einrichtungen haben Mindestanforderungen hinsichtlich Struktur und Qualität zu erfüllen (vgl. Kapitel 3). Darüber hinaus besteht in der Ausgestaltung Spielraum, so dass große Unterschiede in Bezug auf Behandlungsdauer, Behandlungsleitbild, Behandlungsmethoden

---

<sup>132</sup> Bei einem sofortigen Therapieantritt, wie beispielsweise das Angebot des Drogennotdienstes Berlin „Therapie sofort“, kann durch den direkten Übergang in eine Therapieeinrichtung nicht immer dem Wunsch- und Wahlrecht entsprochen werden. Aufgrund des unmittelbaren Termins richtet sich die Wahl der Einrichtung auch nach freien Platzkapazitäten (Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V. 2012).

<sup>133</sup> „Der Sicherstellungsauftrag normiert in erster Linie das zu erreichende Ziel: die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen müssen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Welche Rehabilitationsdienste und -einrichtungen aber überhaupt erforderlich sind, wie die Zahl und die Qualität als ausreichend zu bemessen sind und wie die Fachlichkeit und regionale Präsenz zu gestalten sind, wird nicht festgelegt. Dieses ist aber konkret aus den Anforderungen abzuleiten, die sich aus Art, Umfang, Qualität und sonstigen Anforderungen an die Leistungen zur Teilhabe ergeben“ (Welti et al. 2007).

sowie nicht zuletzt Qualifikation des therapeutischen Personals zwischen den Einrichtungen bestehen (vgl. Klosterhuis et al. 2011).

### Dauer

Für den Bereich der von illegalen Drogen Abhängigen dauern Langzeittherapien in der Regel bis zu 26 Wochen, Kurzzeittherapien 12 bis 16 Wochen, Wiederholungsbehandlungen 16 Wochen und Auffangbehandlungen (Rückfallaufarbeitungen und Auffrischung nach früherer Entwöhnung) 10 Wochen. Zusätzlich ist eine Adaptionsbehandlung von elf bis zwölf Wochen möglich. Es besteht ferner die Möglichkeit zur kombinierten Behandlung mit ganztägig-ambulanter und/oder ambulanter berufsbegleitender Rehabilitation (mit unterschiedlicher Dauer des stationären Moduls). Eine Verlängerung oder Verkürzung der stationären Rehabilitationsdauer kann bei vorliegender medizinischer Notwendigkeit und/oder ungünstiger Prognose im Rahmen der den Einrichtungen vorgegebenen Richtwerten (Zeitbudget) erfolgen (DRV 2010a).

### Anzahl der Einrichtungen und Plätze

In Deutschland existieren ca. 320 Einrichtungen mit über 13.200 Plätzen, die vollstationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen anbieten (Tabelle 11.1) (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011). Darüber hinaus stehen in etwa 300 spezialisierten Krankenhausabteilungen mindestens 7.500 Betten zur Verfügung. Es existieren zudem ca. 300 stationäre suchtpsychiatrische Einrichtungen, in denen im Laufe eines Jahres rund 220.000 abhängigkeitskranke Patienten behandelt werden (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011).

Tabelle 11.1 Übersicht über die stationären Angebote der Suchthilfe

Art der Einrichtung	Anzahl	Plätze
Vollstationäre Entwöhnungseinrichtungen	>320	>13.200
→ davon für Drogenabhängige*		4.000*
Teilstationäre Entwöhnungseinrichtungen	>100	>1.000
Adaptionseinrichtungen	>115	>1.200
Einrichtungen der Sozialtherapie		
→ stationär	268	>10.700
→ teilstationär	112	>1.200
Betreutes Wohnen*	275*	7.500*
→ davon für Drogenabhängige*	80*	2.750*
Stationäre suchtpsychiatrische Einrichtungen	ca. 300	k.A.

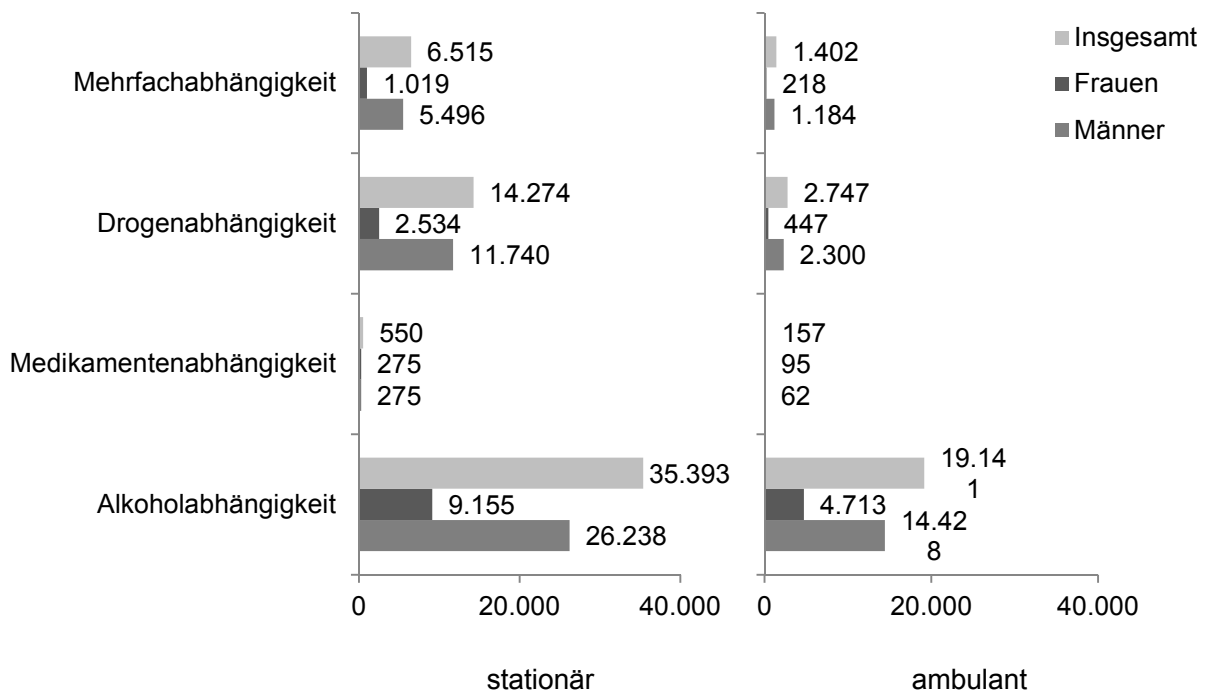
\*Angaben gemäß Länderkurzberichte über die Situation im Suchtbereich 1998 bis 2004 und Fortschreibungen durch J. Leune zit. n. Fachverband Sucht e.V. 2011.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2011.



Basierend auf den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) haben Hildebrand und Kollegen (2009) Schätzungen zur Erreichungsquote der ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen berichtet. Zwischen 45 % und 60 % der geschätzten Personen mit einem schädlichen Gebrauch bzw. mit einer Abhängigkeit von Opioiden werden erreicht, allerdings nur etwa 4 % bis 8 % der entsprechenden Cannabiskonsumenten (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011).

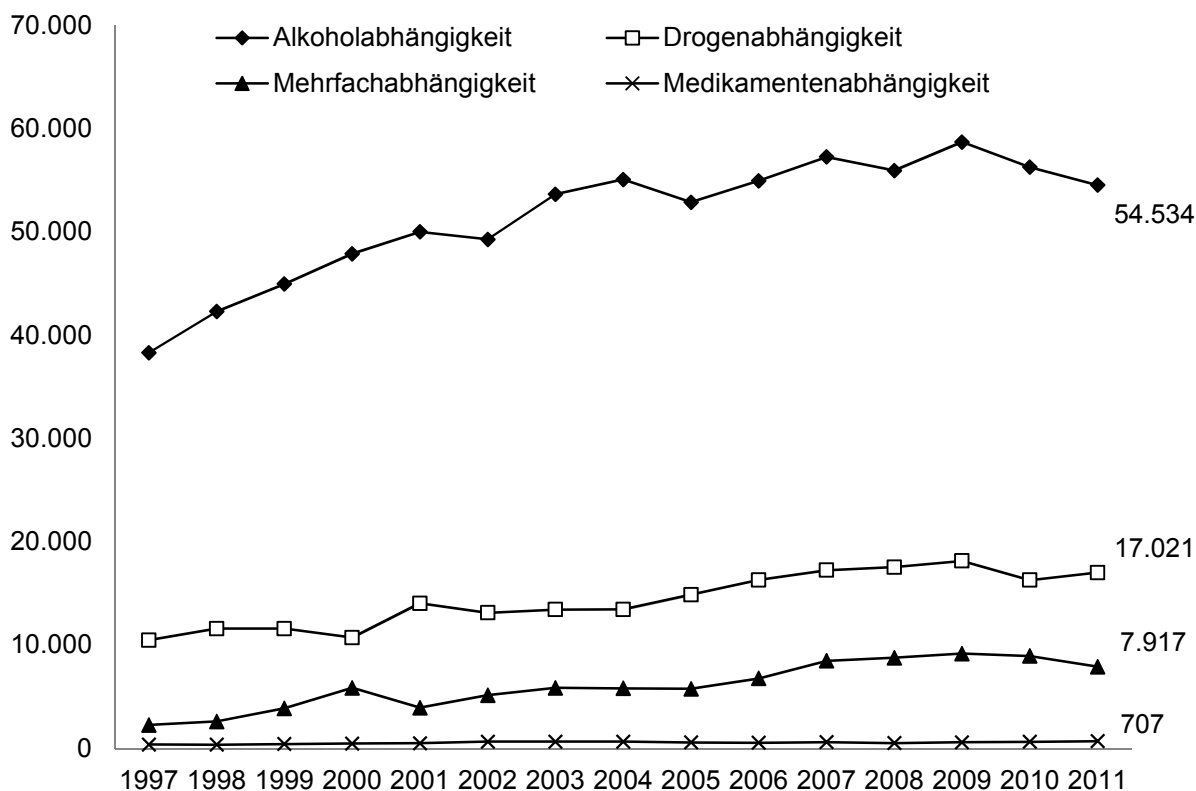
Im Rahmen der an der Deutschen Suchthilfestatistik teilnehmenden stationären Einrichtungen befindet sich mit einem Anteil von 56 % der überwiegende Teil der stationären Einrichtungen in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege oder anderer gemeinnütziger Träger. 13 % der stationären Einrichtungen haben einen öffentlich-rechtlichen bzw. 29 % einen privatwirtschaftlichen und 3 % einen sonstigen Träger (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011). Zwei Drittel der an der DSHS teilnehmenden stationären Einrichtungen wenden sich auch an Konsumenten illegaler Drogen.



DRV 2012, persönliche Mitteilung.

Abbildung 11.1 Bewilligungen von Entwöhnungsbehandlungen nach Art der bewilligten Leistung sowie nach Geschlecht im Jahr 2011

Insgesamt stieg die Anzahl der Bewilligung stationärer Leistungen von 42.795 im Jahr 2007 um 32,6 % auf 56.732 Bewilligungen im Jahr 2011 (für die stationären und ambulanten Bewilligungen im Jahr 2011 siehe Abbildung 11.1). Deutlicher ist der Anstieg der Bewilligung ambulanten Leistungen im selben Zeitraum mit 255,6 % zu beziffern (1997: 8.653, 2011: 30.767) (DRV zit. nach Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a). Insgesamt stieg die Bewilligung von Entwöhnungsbehandlungen Drogenabhängiger zwischen den Jahren 1997 bis 2011 um 62,2 % (1997: 10.491, 2011: 17.021) (siehe Abbildung 11.2).



Ohne Leistungen zur Eingliederung nach § 31 Abs.1Nr. SGB VI mit Nachsorgeleistungen im Anschluss an eine Entwöhnung.  
 DRV zit. nach Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a.

Abbildung 11.2 Entwicklung bei den Bewilligungen von Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung in den Jahren 1997 bis 2011 (aufgeschlüsselt nach Arten der Abhängigkeitserkrankungen)

Für den Diagnosebereich F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen wurden 2011 von der DRV-Bund insgesamt 41.733 Leistungen in einer stationären Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen, davon 27.982 im Bereich Alkohol. Tabelle 11.2 verdeutlicht, dass im illegalen Bereich annähernd 47 % aller Leistungen auf polyvalentem Konsum beruhen. 3.404 Leistungen (24,7 %) beziehen sich auf die Erstdiagnose des Opioidkonsums, 2.237 Leistungen (16,3 %) auf den Cannabiskonsum. Beträgt das Durchschnittsalter im Bereich F10-F19 40,4 Jahre, so ist das niedrigste Durchschnittsalter im Bereich illegaler Drogen bei der Hauptdiagnose Cannabinoide mit 28,1 Jahren und das höchste Alter bei Sedativa/Hypnotika mit 44,8 Jahren zu verzeichnen (vgl. Tabelle 11.2). Der Männeranteil derer, die eine stationäre Entwöhnungsbehandlung wegen Drogenabhängigkeit abgeschlossen haben, beträgt 83 % (DRV 2012, persönliche Mitteilung).

Tabelle 11.2 Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Berichtsjahr 2011 - Stationäre Entwöhnungsbehandlung für Erwachsene

Hauptdiagnose	Leistungen	Durchschnittsalter
Opioide	3404	34,8
Cannabinoide	2237	28,1
Sedativa/Hypnotika	244	44,8
Kokain	515	34,3
Stimulanzien	867	28,7
Halluzinogene	15	28,9
Flüchtige Lösungsmittel	41	35,9
Multiple/And. Substanzen	6421	31,5

DRV 2012, unveröffentlichte Datenquelle.

### Behandlungen: Psychiatrie

Ergänzend zu den Daten der DSHS und DRV-Bund kann die Erhebung des Basisdatensatz Suchtpsychiatrie hinzugezogen werden. Die Zahlen der Suchtbehandlungen sind aufgrund von möglichen Überschneidungen nicht additiv zu den Daten der DSHS oder der DRV-Bund zu verstehen. Die suchtpsychiatrischen Einrichtungen der psychiatrischen Fachkliniken und die suchtpsychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken sind neben den Einrichtungen für Beratung und Rehabilitation die zweite große Säule der Suchtkrankenversorgung in Deutschland. Diese Einrichtungen führen niedrigschwellige qualifizierte Entzugsbehandlungen durch, es werden aber auch Notfälle behandelt und Kriseninterventionen sowie Komplexbehandlungen im Fall von Komorbidität vorgenommen. Auch eine vertiefte Diagnostik und Reintegrationsplanungen werden durchgeführt. Ein multiprofessionelles Team behandelt alle Arten von Abhängigkeitserkrankungen stationär, teilstationär oder ambulant. Das gewährleistet eine medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Rundumversorgung. Einer Hochrechnung zufolge fanden im Jahr 2010 ca. 300.000 stationäre Suchtbehandlungen in psychiatrischen Kliniken statt. Dazu kommen rund 300.000 Quartalsbehandlungen, die in den psychiatrischen Institutsambulanzen der Kliniken durchgeführt wurden. Bei 31 % der stationären psychiatrischen Fälle handelte es sich um Suchtpatienten. Im Vergleich dazu wurden laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes in Einrichtungen der Inneren Medizin nur 150.000 Behandlungen wegen Alkohol- oder Drogenerkrankungen durchgeführt. Die meisten Patienten waren primär alkoholabhängig (ca. 70 %). Bei jeweils ca. 10 bis 13 % waren Störungen durch Opioidkonsum oder einen multiplen Substanzgebrauch Anlass für eine stationäre Behandlung (DGPPN/Bundessuchtausschuss der psychiatrischen Krankenhäuser 2011 zit. n. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a).

### Behandlungen: Krankenhausdiagnosestatistik

Die Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes erfasst die Entlassdiagnosen aller Patienten stationärer Einrichtungen, u.a. analog der ICD-Diagnosen (F10-F19). Auch hier handelt es sich um eine Statistik, die sich mit den Daten der vorher genannten Erfassungsquellen überschneiden kann. In Krankenhäusern erfolgt eine kurzfristige Behandlung, beispielsweise aufgrund akuter Intoxikation. Im Berichtsjahr 2010 wurden insgesamt 95.884 Patienten mit Suchtdiagnose im illegalen Substanzbereich stationär im Krankenhaus betreut (Statistisches Bundesamt 2011b; vgl. Tabelle 11.3). 43,2 % aller Drogenfälle im Akutbereich beruhte auf polyvalentem Konsum, allerdings setzt sich hier der sinkende Trend der letzten Jahre fort (2008: 45,8 %, 2009: 43,2 %). Ein Anstieg ist bei den Akutbehandlungen von Cannabiskonsumenten zu verzeichnen (2010: 8,5 %, 2009: 7,7 %). Es wird davon ausgegangen, dass in 50-80 % der Fälle der Opioidkonsum die größte Rolle spielt, da der Substanzgebrauch meist eine Kombination aus Opioid- und Kokain- bzw. anderen Substanzkonsum beinhaltet (vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2011).

Tabelle 11.3 Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen im illegalen Substanzbereich gemäß Krankenhausstatistik 2010

Hauptdiagnose	Krankenhausstatistik 2010	
	Absolut	Prozent
Opioide	32.538	33,9%
Cannabinoide	8.145	8,5%
Sedativa/Hypnotika	9.270	9,7%
Kokain	1.076	1,1%
Stimulanzien	2.805	2,9%
Halluzinogene	430	0,4%
Fl. Lösungsmittel	171	0,2%
Multiple/And. Substanzen	41.449	43,2%
Gesamt	95.884	100,0%

Statistisches Bundesamt 2011b, S. 22.

### 11.2.2 Merkmale stationärer Suchthilfeeinrichtungen

#### Allgemeine Ansätze

Im Laufe der Jahre wurden verschiedene Therapiekonzepte weiterentwickelt. Sie fußen auf unterschiedlichen theoretischen Grundlagen und werden in professionell geführten stationären Einrichtungen umgesetzt. Um die Qualität der Einrichtungen zu sichern, gelten einheitliche Standards der Leistungsträger (vgl. Kapitel 3). Diese finden sich im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen u.a. in dem 2012 in Kraft getretenen „Gemeinsamen Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer

Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (DRV 2011a). Unabhängig von der Leistungsform gelten für alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation prinzipiell die gleichen Mindestanforderungen hinsichtlich Struktur und Qualität.

Grundanforderung für Rehabilitationskonzepte sind evidenzbasierte Therapieverfahren (z. B. unter Berücksichtigung der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (vgl. Kapitel 3.1)), die auf den bio-psychozialen Modellvorstellungen der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) basieren. Die monomethodische Anwendung eines bestimmten Verfahrens hat sich in der Psychotherapie nicht bewährt. Stattdessen werden verfahrensübergreifende sog. „integrative“ Therapien verwandt. So werden beispielsweise Psychotherapie und Soziotherapie zur „psychozialen Behandlung“ (Täschner et al. 2010). Die gängigste Form psychotherapeutischer Verfahren ist die Motivationsbehandlung und beruht auf den Prinzipien des „Motivational Interviewings“ (Miller & Rollnick 1999). Nach einer gezielten Förderung der Änderungsmotivation werden anschließend Ziele und Vorgehensweisen herausgearbeitet. Das Verfahren wird insbesondere für Drogenabhängige mit geringer Behandlungs- und Abstinenzmotivation als geeignet betrachtet. Weiterhin wird häufig ein breit gefächertes Angebot verhaltenstherapeutischer Maßnahmen angeboten (u.a. kognitive Therapie, Kompetenztraining, etc.). Zwei Schwerpunkte sind hier die Motivierung nach Miller und Rollnick sowie die Rückfallprävention (Marlatt & Gordon 1985). Des Weiteren sind Pharmako- und Psychotherapie in der Drogentherapie häufig miteinander verknüpft. Es gilt der Grundsatz: Keine medizinische Intervention ohne zusätzliche Motivation (ebd.). Die pharmakologische Behandlung von Opiatabhängigkeit und -missbrauch orientiert sich an den 2011 veröffentlichten Leitlinien der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) (Soyka et al. 2011a).

#### **Exkurs: Die Therapeutische Gemeinschaft (TG)**

In Therapeutischen Gemeinschaften werden Patienten nicht nur „behandelt“. TGs werden durch die Aktivität und den Einsatz von Patienten und Therapeuten gleichermaßen konstituiert; sie gründen auf wechselseitige Hilfe und Unterstützung; das Lernen voneinander und miteinander ist ein Wirkprinzip der Behandlung (DHS 2008). TGs im ursprünglichen Sinn gibt es in Deutschland nur noch in sehr geringer Anzahl. Sie verloren in den 80er Jahren ihre Monopolstellung bei der Behandlung Drogenabhängiger (CaSu 2007; DHS 2008).

Dennoch arbeiten zahlreiche Fachkliniken der medizinischen Suchtrehabilitation auch mit den Prinzipien der TGs. Dazu gehören v.a. die Strukturierung des Alltags, psychodynamische Verfahren zur Förderung der Abstinenz sowie die Einhaltung bestimmter Regeln zum Zusammenleben mit anderen Drogenkonsumenten (Jungblut 2004). Fachkliniken zur medizinischen Rehabilitation, die das Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft in ihr Konzept integrieren, weisen in der Regel zwischen 25 und 50 Behandlungsplätze auf und zählen somit zu den kleineren Rehabilitationseinrichtungen (DHS 2008). In TGs werden vorwiegend junge Erwachsene (auch mit deren Kindern) behandelt, die in Genese und Folge der Abhängigkeitserkrankung oftmals von tiefgreifenden Störungen

der Persönlichkeit, schwerwiegenden Entwicklungsdefiziten, ausgeprägten Verwahrlosungstendenzen und teils hohen Belastungen in der Biographie wie massiver Gewalterfahrung, Entwurzelung oder Zwangsprostitution betroffen sind. Die Konzepte der Fachkliniken sind eingebunden in Qualitätssicherungsprogramme und sind von den federführenden Leistungsträgern anerkannt.

Allerdings fürchten die Einrichtungen, die sich auf das Wirkprinzip der TGs berufen, um ihre wirtschaftliche Existenz aufgrund der Kürzung von Behandlungszeiten, Deckelung von Kostensätzen oder Budgetierung von Zeitkontingenten (CaSu 2007). Eine Statistik zu Fachkliniken, die speziell auf dem Wirkprinzip der TGs beruhen, ist aufgrund der niedrigen Fallzahl nicht vorhanden. Die Zahlen zu den Betten und jährlichen Klienten sind noch schwieriger zu ermitteln, da in einigen Gemeinschaften die Betroffenen ihr Leben lang bleiben (z. B. nach wie vor möglich bei Synanon<sup>134</sup> in Berlin).

## **Integration von Angeboten**

### ***Wesentliche Elemente einer Drogentherapie***

Im Folgenden sollen die wesentlichen Elemente der Rehabilitation beschrieben werden. Diese Beschreibung orientiert sich an dem gemeinsamen Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23.09.2011 (DRV 2011a). Ausführungen finden sich zu folgenden Elementen:

- Aufnahmeverfahren
- Rehabilitationsdiagnostik
- Medizinische Therapie/Rehabilitation
- Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche
- Arbeitsbezogene Interventionen
- Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken
- Freizeitangebote
- Sozialdienst
- Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung
- Angehörigenarbeit
- Rückfallmanagement

Die fachärztliche Untersuchung und die *Erstdiagnostik* einschließlich Dokumentation finden am Aufnahmetag statt. Zeitpunkt und Form der Einführung des Rehabilitanden in den Rehabilitationsablauf werden ebenso am ersten Tag festgelegt (DRV 2011a).

---

<sup>134</sup> [www.synanon-aktuell.de](http://www.synanon-aktuell.de)

Die *Rehabilitationsdiagnostik* ist die Grundlage zur Erstellung eines individuellen Rehabilitations- und Behandlungsplans. Hier werden verschiedene Instrumente verwendet, z. B. Screening-Verfahren, Checklisten oder strukturierte und standardisierte Interviews (z. B. der „Addiction Severity Index“ (EuropASI)). Diese werden sowohl zu Beginn, im Verlauf und zum Abschluss einer medizinischen Rehabilitation eingesetzt und erfassen die vorliegenden Störungen, die Ressourcen und möglichen Veränderungspotenziale. Die Diagnostik ist bio-psycho-sozial ausgerichtet und orientiert sich an der ICF (DRV 2011a).

*Medizinische Rehabilitation/Therapie* findet ausschließlich in Einrichtungen mit multiprofessionellen Teams statt. Die Einrichtungen stehen unter ärztlicher Verantwortung und Leitung. Gesundheitsfördernde Maßnahmen, Physiotherapie und Raucherentwöhnung erweitern das Spektrum medizinischer Leistungen (DRV 2011a). Die Entgiftung gehört nicht zu den Leistungen einer Entwöhnungseinrichtung der DRV, diese wird in suchtspezifischen Fachabteilungen in Krankenhäusern oder Einrichtungen der Psychiatrie durchgeführt. Obwohl Drogenabhängige i.d.R. zum Zeitpunkt des Antritts einer Entwöhnungsbehandlung abstinent leben sollten, sind Notfallbehandlungen nicht auszuschließen. Die Therapie von *Begleiterkrankungen* ist weiterer Bestandteil. Insbesondere durch Virusinfektionen bedingte Leberentzündungen sind klassische Folgen des intravenösen Drogenkonsums, die in der Entwöhnungsbehandlung behandelt werden. Orientierung in der Behandlung bei Hepatitis C bieten die 2006 veröffentlichten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e. V.) (Backmund et al. 2006) sowie die 2010 überarbeitete S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS) (Sarrazin et al. 2010). Ebenso sind die Behandlungen von Infektionen mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) und sexuell übertragbaren Krankheiten in stationären Einrichtungen der Drogentherapie die Regel. Einen weiteren Überblick über die differenzierten Behandlungsformen liefern (Täschner et al. 2010).

*Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche* auf der Grundlage einer wissenschaftlich abgesicherten Psychotherapiemethode sind Kernelemente der Entwöhnungsbehandlung. In aller Regel ist die Kombination von Einzel- und Gruppengesprächen vorgesehen. Die Ausgestaltung der Gruppen ist abhängig vom Bedarf der Rehabilitanden und vom Therapieverständnis. Grundsätzlich ist ein Bezugstherapeut für eine Gruppe verantwortlich, wobei von der Einrichtung sicherzustellen ist, dass der Bezugstherapeut im Urlaubs- oder Krankheitsfall vertreten wird (sog. „Cotherapeutesystem“). Die Gruppengröße beträgt 6 bis 8 Rehabilitanden bei Drogenabhängigen. Die Gruppengespräche umfassen etwa 100 Minuten, Einzelgespräche in der Regel 50 Minuten (DRV 2011a). Ferner werden geschlechtsspezifische oder anderweitig spezifische Gruppentherapien angeboten.

*Arbeitsbezogene Interventionen* sind ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Sie dienen der beruflichen Orientierung und Re-Integration, die bei Abhängigkeitskranken nachweislich einen stabilisierenden Faktor für eine dauerhafte Abstinenz darstellen und minimieren das „krankheitsbedingte Rückfallrisiko“. Arbeitsbezogene Interventionen für Drogenabhängige fokussieren sich stärker auf die

Einübung von Basiskompetenzen, bevor weitere Leistungen eingeleitet werden, während bei Alkoholabhängigen oft Berufsausbildung und konkrete berufliche Erfahrungen vorhanden sind und die Förderung beruflicher Wiedereingliederung im Vordergrund steht.

Die arbeitstherapeutische Abteilung einer Einrichtung ist im Rahmen der Gesamtverantwortung der medizinisch-therapeutischen Therapieleitung zuständig für die einschränkungsangepasste und fähigkeitsfördernde Arbeitstherapie, die innerhalb der Therapiesteuerung festgelegt wird. Neben qualitativen Aspekten wie Diagnostik/Befunderhebung (unterstützt durch standardisierte Verfahren wie z. B. die „Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA)“ ist ebenso die quantitative Ebene (Zeitdauer, Intensität, Kontext) relevant, um den Rehabilitationserfolg zu sichern und weitere Zielebenen zu unterstützen (Besserung der Beschwerden auf psycho-sozialer sowie auf somatischer Ebene, Vermittlung von Problembewusstsein und Krankheitseinsicht) (Hylla & Peter-Höhner 2010). Zu den arbeitsbezogenen Interventionen gehören Arbeitstherapie, Ergotherapie, Beschäftigungs-/Gestaltungstherapie und berufsintegrierende Maßnahmen.

Rehabilitanden mit psychischen Störungen, körperlichen oder geistigen Behinderungen werden in der *Arbeitstherapie* an die Grundanforderungen des Arbeitslebens herangeführt. Auch systemerhaltende Dienstleistungen für die Einrichtung, wie der Einsatz in der Küche, im Speisesaal, in der Hauswirtschaft oder in der Renovierung gehören zum Teil, aber nicht ausschließlich, zu arbeitstherapeutischen Maßnahmen (DRV 2011a). Der Einsatz von Arbeitstherapie ist nicht zwingend. Arbeitsbezogene Interventionen können auch durch andere berufsintegrierende Maßnahmen wie Belastungserprobung, Praktikum, Arbeits- und Bewerbungstraining oder PC-Schulungskurse erfolgen. Hierzu gehört z. B. auch ein Modul „Problembewältigung am Arbeitsplatz“, in dem Verhaltensstrategien zur Sicherung des Arbeitsplatzes erprobt und Kompetenzen zum Umgang mit Autoritäten, Kritik, Über- und Unterforderung und in der Kommunikation erlernt und erprobt werden.

#### **Berufliche Teilhabe: Beispiele für besondere Modelle**

Das Modellprojekt „Reha-Fallbegleitung“ richtet sich an Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige mit erwerbsbezogenen Problemen. Seit 2007 beteiligt die DRV Rheinland-Pfalz daran 16 Fachkliniken in Rheinland-Pfalz und dem Saarland. Abhängigkeitskranke, die lange arbeitslos sind oder deren beruflicher Lebenslauf gravierend gestört ist und die eine Entwöhnungsbehandlung ohne anhaltenden Erfolg hinter sich oder eine bewilligte Entwöhnungsbehandlung nicht angetreten haben, bekommen bereits vor Beginn der Rehabilitationsleistung einen Reha-Fallbegleiter zur Seite gestellt. Gemeinsam wird ein persönlicher Integrationsplan erarbeitet. Dieser wird dann, begleitet durch ein kontinuierliches Monitoring, Schritt für Schritt umgesetzt. Die Betreuung umfasst gezielte Interventionen, um die Betroffenen zu stärken und zu motivieren, alle Hilfen bis zur beruflichen Wiedereingliederung zu nutzen. Das soll nicht nur mehr Rehabilitanden bewegen, die Entwöhnungsbehandlung anzutreten, sondern auch zu einer Sicherung des



Rehabilitationserfolgs beitragen. Für die Mehrzahl der Versicherten stellt dieses Angebot eine gute Unterstützung dar (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a).

Die DRV Rheinland-Pfalz bietet gemeinsam mit Fachkliniken für Abhängigkeitskranke in der Südpfalz ein spezifisches Assessment an. Das Berufsorientierungscenter für die Rehabilitation und Integration Suchtkranker (BORIS) wendet sich an alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Rehabilitanden, deren Erwerbsbiografie gravierend gestört ist. Sofern sie sich mindestens acht Wochen in der Entwöhnungsbehandlung befinden und ausreichend motiviert sind, wird ein eintägiger Aufenthalt in einem Berufsorientierungscenter ermöglicht. Ergänzend zur Routine- und Standarddiagnostik in den Fachkliniken werden arbeitsbezogene Assessmentverfahren und Rollenspiele mit Videomitschnitt durchgeführt. Standardisierte durchgeführte Verhaltensproben zum Sozial- und Kommunikationsverhalten zeigen, wie sich die Person in beruflichen Alltagssituationen verhält. Jährlich nehmen an dem Projekt ca. 150 Rehabilitanden teil (ebd.).

„Step by Step“ ist ein Projekt zur Förderung der Reintegration von Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Beratungsstelle des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv) Rastatt/Baden-Baden und die Fachklinik Fischer-Haus leiten das Projekt. Finanziert wird es über Mittel des Europäischen Sozialfonds (ESF) und durch die Jobcenter des Landkreises Rastatt und der Stadt Baden-Baden. Die Zielgruppe sind Personen im SGB II-Leistungsbezug (Grundsicherung für Arbeitssuchende) mit Vermittlungshemmnissen für den allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund eines problematischen Suchtmittelkonsums. Sie sollen in den allgemeinen Arbeitsmarkt verbessert wiedereingegliedert und gesundheitlich und psychisch stabilisiert werden. Dabei sind Betriebe aus der Umgebung, die einen Praktikumsplatz anbieten, wichtige Kooperationspartner. Das Konzept beinhaltet die Qualifizierung der Fallmanager/Jobcenter, spezielle psychosoziale und berufliche Fördermaßnahmen für die Betroffenen (gestuftes Programm), die Einbeziehung des bestehenden Projekts „Übungswerkstatt“ des Fischer-Hauses und die Vermittlung/Übernahme in ein Arbeitsverhältnis oder eine vorgeschaltete Reha-Maßnahme. Die ersten Erfahrungswerte zeigen, dass durch den niedrigschwelligen Ansatz die Abbruchquote niedrig ist. Andererseits ist ein Großteil der zugewiesenen Kunden nicht bzw. nicht zeitnah in ein Praktikum zu vermitteln, da z.T. andere Hilfen primär indiziert werden (z. B. stationäre Behandlung) oder eine auf länger ausgelegte Motivations- und Beziehungsarbeit erforderlich ist. Betont werden die hohen Synergieeffekte durch die direkte Zusammenarbeit zwischen Jobcenter und Suchthilfe (Höhner 2012).

Die *Ergotherapie* hat zum Ziel, in Kooperation mit anderen Berufsgruppen verloren gegangene bzw. noch nicht vorhandene Funktionen körperlicher, geistiger oder psychischer Art durch entsprechende Maßnahmen positiv zu verbessern. Hierzu werden lebenspraktische Handlungen, handwerkliche Aktivitäten und gestalterische Prozesse als gezielte therapeutische Maßnahmen eingesetzt (DRV 2011a).

In der *Beschäftigungs- bzw. Kreativtherapie* stehen der spielerische, kreative Umgang mit Material und der Selbsterfahrungsaspekt im Vordergrund, um den persönlichen Ausdruck mit

symbolischen Mitteln anzuregen. Bestimmte Themen aus der Psychotherapie können im Umgang mit unterschiedlichsten Materialien aufgegriffen und auf diese Weise in einem anderen Medium weiter bearbeitet werden (DRV 2011a).

*Bewegungstherapeutische Maßnahmen* sind weiterer Bestandteil einer Therapie, da körperliche Bewegung nachweislich viele psychische Erkrankungen bessert. Dadurch können zudem teilhaberelevante Ziele der verbesserten körperlichen Leistungsfähigkeit erreicht werden (DRV 2011a). Auch eine sinnvolle *Freizeitgestaltung* steht im Kontext von Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und ist mitentscheidend für die Aufrechterhaltung der Abstinenz sowie die Wiederaufnahme einer Arbeit. Die Rehabilitanden werden angeregt, ihre Freizeit aktiv und eigenverantwortlich zu gestalten. Für die Leitung von Freizeitangeboten gilt ebenso eine entsprechende Qualifikation der Durchführenden (z. B. Sportlehrer bzw. Übungsleiter) (DRV 2011a).

Des Weiteren arbeiten Therapieeinrichtungen mit internen oder externen *Sozialdiensten* zusammen, die begleitende Hilfen im sozialen Umfeld anbieten (z. B. sozialrechtliche Beratung, Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung, Vorbereitung der Nachsorge und Kontakt zu Selbsthilfegruppen). Grundlage ist die Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ (BAR 2005b).

Zu den Therapieelementen gehören auch *Patientenschulungen und Gesundheitsbildung*, da der Lebensstil Drogenabhängiger ein erhöhtes Risiko für somatische und psychische Erkrankungen bedingt. Die DRV-Bund stellt Rehaeinrichtungen das Programm „Aktiv Gesundheit fördern“ zur Verfügung, das sich auf das Modell der Gesundheitsförderung bezieht und Seminareinheiten u.a. zu Schutzfaktoren, Ernährung, Bewegung und Stress bietet (DRV 2011b).

Ein intaktes soziales Umfeld ist ein wesentlicher Prognosefaktor für ein abstinentes Leben. Wesentlich für Interventionen im Rahmen der *Angehörigenarbeit* ist, dass eine kontinuierliche Beziehung besteht, die aus Sicht des Rehabilitanden bzw. des Therapeuten einer Bearbeitung bedarf. Dies ist nicht zuletzt von Bedeutung bei allein stehenden Rehabilitanden. Angehörigenarbeit findet begleitend und unterstützend statt (z. B. Angehörigenseminare). Wohnortnähe erleichtert die Einbeziehung von Angehörigen in die therapeutische Arbeit (DRV 2011a).

Rückfälle bzw. Rückfallgefährdung gehören zum Wesen der Abhängigkeitserkrankung. Therapieeinrichtungen verfügen über ein *Rückfallkonzept*, die Vorbeugung und den Umgang mit Rückfällen regelt. Maßnahmen sind indikationsabhängig regelmäßige Alkoholkontrollen (z. B. Atemalkoholkontrollen oder Ethylglucuronid<sup>8</sup> (ETG)-Untersuchungen) sowie Medikamenten- und Drogenscreenings (DRV 2011a).

### ***Zielgruppenspezifische Angebote***

Die Installierung von Spezialangeboten im Bereich der Versorgung Suchtmittelabhängiger ist sinnvoll, um die Bearbeitung bestimmter Themen zu ermöglichen. Zudem ermöglicht dies den Mitarbeitern Kompetenzen aufzubauen, um diesen Spezialthemen angemessen therapeutisch zu begegnen und den Betroffenen helfen zu können (Korsukéwitz 2010).

Besondere stationäre Angebote bestehen etwa für Frauen, für Eltern mit Kindern, für Minderjährige oder für Migranten. Gleichzeitig wird auf Grenzen der Differenzierung aufmerksam gemacht, da spezielle therapeutische Leistungen nicht flächendeckend, sondern nur in Kompetenzzentren vorgehalten werden können (ebd.).

### *Frauen/ Schwangere*

Die DRV-Bund belegt gegenwärtig bundesweit im Drogenbereich vier stationäre Einrichtungen, deren Behandlungsangebot sich ausdrücklich nur an Frauen richtet. Die Regionalträger belegen noch weitere Einrichtungen (Korsukéwitz 2010). Auch mänderspezifische Einrichtungen, in der Mändern ihre Rolle und ihre Verhaltensweisen in genderspezifischen Gruppen oder Fragestellungen thematisieren, haben sich als sinnvoll erwiesen.

### *Eltern mit Kindern*

In stationären Sucht-Rehabilitationsbehandlungen gibt es für drogenkonsumierende Eltern familientherapeutische Angebote. Außerdem werden Seminare angeboten, die die Erziehungskompetenz der Eltern fördern (als Beispiel für Angebote, die an die Eltern gerichtet sind) (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011). Als Beispiel kann die Fachklinik Böddiger Berg genannt werden, die ein zielgruppenspezifisches Angebot für drogenkonsumierende Eltern innerhalb der stationären Rehabilitation bereithält.<sup>135</sup> Des Weiteren wird auf das Sonderkapitel „Drogenkonsumenten mit Kindern (Abhängige Eltern und kindesbezogene Themen)“ des Drogen- und Suchtberichts 2011 verwiesen.

### *Jugendliche und junge Erwachsene*

In Bezug auf drogenabhängige Jugendliche treffen zwei differierende Hilfesysteme aufeinander: die Jugendhilfe und die Suchthilfe. Schnittstellenprobleme bzw. Probleme in der Finanzierung der stationären Maßnahmen ergeben sich beim Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter. Gemäß Angaben des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr 2011) gewähren Jugendämter zunehmend keine Hilfen mehr, wenn Jugendliche die Altersgrenze von 18 Jahren erreicht haben. Dies geschieht ungeachtet der Tatsache, dass das SGB VIII (Kinder und Jugendhilfe) nach wie vor einen Anspruch auf Erst-Hilfeleistungen bis zu einem Alter von 21 Jahren vorsieht, Folge-Hilfeleistungen sind bis zu einem Alter von 27 Jahren zu gewähren. Der Gesetzgeber sieht hier eine Novellierung des Gesetzes vor (§ 78, SGB VIII), die das Ziel hat, die Altersgrenzen neu festzulegen.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die stationäre Postakutbehandlung, die Suchttherapie im eigentlichen Sinn, auf 8-10 Wochen angelegt. Bei lange bestehendem Substanzkonsum, negativ beeinflussendem Umfeld und vielen Vorbehandlungen wird eine stationäre Postakutbehandlung als rehabilitative Langzeittherapie (12-18 Monate) in dafür spezialisierten Einrichtungen notwendig, finanziert nach SGB V (Krankenkasse) oder/und SGB VIII (Jugendhilfe). Bei fehlender sozialer Unterstützung, insbesondere dysfunktionaler

---

<sup>135</sup> [www.drogenhilfe.com/boeddiger\\_berg](http://www.drogenhilfe.com/boeddiger_berg)

Familie, kann die Unterbringung in einer geeigneten Jugendhilfeeinrichtung erfolgen (Kinder- und Jugendhilfsgesetz (KJHG) §§ 34, 35, 35a und 41 SGB VIII) (fdr 2011).

Einen Ausschnitt stationärer Einrichtungen für Jugendliche zeigt die Expertise „Jugend Sucht Vernetzung“ (fdr 2011) auf. Den Einrichtungen zur Entwöhnungsbehandlung (z. B. Therapiestation „COME IN!“ in Hamburg, „Teen Spirit Island“ in Hannover, Jugendbauernhof „Freedom“ in Neureichenau/Bayern, Inizio München oder JELLA Stuttgart) ist gemein, dass sie Nachreifung, Identitätsbildung und Wiedereingliederung in den altersgerechten gesellschaftlichen Bezugsrahmen anstreben. Dies wird auf der Basis von therapeutischer Gemeinschaft, positiver Bindungs- und Beziehungserfahrung, Psychotherapie, gekoppelt mit (heil-, sozial- und sozio-) pädagogischen und sozialen Angeboten erreicht. Das Alter der Betreuten liegt zwischen 11-18 Jahren, die Dauer beträgt ca. 12 Monate. Die Kostenträger sind Rentenversicherungen, Krankenkassen, Jugend- und Sozialämter. Die Jugendhilfeeinrichtung „Balance“ in Gransee/Brandenburg ist eine Jugendhilfeeinrichtung, die Jugendliche zwischen 14-22 Jahren nach Entgiftung aufnimmt. Die psychosozialen Angebote werden durch die zuständigen Jugendämter (§§ 34, 35a und 41 SGB VIII), in Ausnahmefällen durch Krankenkassen (Einzelverträge) finanziert (fdr 2011). Die DRV-Bund belegt gegenwärtig bundesweit fünf stationäre Fachkliniken für diese Personengruppe (Korsukéwitz 2010).

#### *Menschen mit Migrationshintergrund*

Ebenso konnten in den letzten Jahren durch eine sich inzwischen entwickelnde Vielfalt muttersprachlicher und kultursensibler Konzepte und Angebote Versorgungslücken für Menschen mit Migrationshintergrund geschlossen werden. Ein Beispiel ist die an dem aktuellen Bundesmodellprojekt „TransVer – transkulturelle Versorgung von Suchtkranken“ teilnehmende Fachklinik im Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) in Warstein. Deren Angebot richtet sich an drogenabhängige Migranten aus dem russischen Sprachraum. Mit russischsprachigen Therapiegruppen, individueller Entlassungsvorbereitung und Angehörigengruppen sollen Betroffene motiviert werden, die Behandlung fortzuführen und zu beenden. Zugleich soll die Anbindung an nachbetreuende ambulante Angebote verbessert werden.

An dem Projekt nimmt auch der Träger mudra e.V. teil, zu dem die seit 1995 bestehende Therapieeinrichtung „dönus“ gehört (mudra e.V. 2012). Hier werden Drogenabhängige aus dem türkisch-orientalischen Kulturkreis behandelt, deren spezielle Situation als Migranten im therapeutischen Alltag berücksichtigt wird. Das Team besteht aus muttersprachlichen und deutschen Mitarbeitern, die Einrichtung verfügt über 22 Plätze. Die Ergebnisse des Projekts TransVer werden Ende 2012 vorgestellt (FOGS 2012).

#### *Ältere Menschen*

Untersuchungen und Statistiken weisen heute einen größeren Anteil älterer Drogenkonsumenten auf als vor zehn Jahren, das Durchschnittsalter ist in diesem Zeitraum gestiegen. In den meisten Einrichtungen für ältere psychisch kranke Menschen gehören Alkohol- und Drogenabhängige allerdings nicht zu den Zielgruppen. Die Studie „Ältere

Drogenabhängige in Deutschland“ (Vogt et al. 2010), die die Situation dieser Personengruppe in den Städten Frankfurt und Berlin untersuchte, ergab, dass die Drogen- und Suchthilfe sich mit einigen Angeboten gezielt an ältere Drogenabhängige richtet. Exemplarisch werden neun stationäre Therapieeinrichtungen aus Berlin aufgezeigt, die von älteren Drogenabhängigen genutzt werden können (ebd.).

### **Komplementäre Einrichtungen**

Insbesondere für Drogenabhängige mit erheblichen Beeinträchtigungen im Bereich Aktivitäten und Teilhabe ist ein langfristiges Behandlungsprogramm erforderlich (BAR 2005a). Hier stehen soziale Hilfen sowie tagesstrukturierende Angebote mit dem Ziel eines möglichst selbständigen und von Hilfe unabhängigen Lebens im Vordergrund. Diese Hilfeangebote können auch zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs als nachgehende Leistungen (Nachsorgemaßnahmen, Adaption) in Betracht kommen. Z. B. wenn bei der Behandlung von Abhängigkeitskranken die Entwöhnungstherapie in einer Suchthilfe-Einrichtung aufgrund der spezifischen Auswirkungen und Folgen der Abhängigkeit zum Erreichen des Rehabilitationsziels nicht ausreicht (insbesondere bei erheblicher Rückfallgefährdung durch Wohnungs- und/oder Arbeitslosigkeit), muss unter Alltagsbedingungen erprobt werden, ob die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand den Anforderungen des Erwerbslebens und der eigenverantwortlichen Lebensführung gewachsen ist. Eine Maßnahme kann dabei auch der therapeutisch indizierte Umfeldwechsel sein.

Die Adaptionphase ist in das Medizinische Rehabilitationssystem für Abhängigkeitskranke eingebettet und umfasst die Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Rehabilitanden, eine Hilfestellung zur Vorbereitung der selbständigen Lebensführung sowie therapeutische Leistungen der Einzel- und Gruppentherapie in begleitender und in ihrer Intensität abnehmender Form. In aller Regel schließt sich die Adaptionphase nahtlos an die Behandlungsphase (Entwöhnung) als zweiter Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an (DHS 2008).

Nachsorge- und Adaptionseinrichtungen sind entweder in ein Netzwerk mit stationären Suchttherapieeinrichtungen eingebettet oder es handelt sich um räumlich abgetrennte Einrichtungen von stationären Suchttherapieeinrichtungen. Derartige Betreuungsangebote stehen insbesondere in Form von Wohngemeinschaften, betreutem Wohnen, Übergangseinrichtungen und sozialtherapeutischen Heimen zur Verfügung.

### **Integration der Substitution in die stationäre Versorgung**

In der Regel bedeutet Suchtrehabilitation Hinführung zu Abstinenz bzw. Therapie unter Abstinenzbedingungen. Eine Ausnahme stellt die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger bei übergangweisem Einsatz von Substitutionsmitteln dar. Seit 2001 ist die Aufnahme von substituierten Patienten in die Entwöhnungsbehandlung möglich. In der Anlage 4 der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ zwischen Krankenkassen und Rentenversicherung wurden Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei

übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels festgelegt (DRV et al. 2001b). Auch bei substitutionsmittelgestützten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ist die vollständige Drogenabstinenz das Ziel. Das gilt auch in Bezug auf das Substitutionsmittel. Dessen Einsatz ist in diesem Sinne „übergangsweise“ (ebd.).

Stationäre Angebote für substituierte Drogenabhängige liegen bundesweit nur in kleiner Anzahl vor. Teilweise haben diese Kliniken eine Höchstzahl von substituierten Rehabilitanden festgelegt, um zu verhindern, dass die Substitution zum allein bestimmenden Thema wird (Korsukéwitz 2010). Die Deutsche Rentenversicherung Bund belegt in diesem Indikationsbereich zwei stationäre Einrichtungen, die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach und die Facheinrichtung für Psychosomatische Medizin der Kliniken Wied. Die Regionalträger belegen weitere Einrichtungen. Gerade in Baden-Württemberg ist mit einer Ausweitung der Angebote für diese Personengruppe zu rechnen, nachdem die DRV Baden-Württemberg entsprechende Konzeptänderungen in speziellen Einrichtungen unterstützt (Korsukéwitz 2010).

Beispielhaft kann das Projekt SURE (Substitutionsgestützte Rehabilitation) genannt werden. Seit Januar 2011 wird das auf drei Jahre angelegte Projekt stationär in der Fachklinik Drogenhilfe Tübingen und ganztags ambulant in der Reha-Einrichtung „Tagwerk“ in Stuttgart durchgeführt. Zielgruppe sind Opiatabhängige, die grundsätzlich rehabilitationsfähig sind, aber den Einstieg in eine abstinenzorientierte Behandlung ohne das Substitut nicht finden. Es wird angestrebt, dass sich diese Menschen beruflich wieder eingliedern und am gesellschaftlichen und sozialen Leben teilnehmen. Die Bereitschaft zur Abdosierung und Abstinenz ist Voraussetzung für eine Aufnahme. Das Substitutionsmittel wird unter Aufsicht zugelassener Substitutionsärzte schrittweise reduziert und später ganz abgesetzt. Die Rehabilitanden sind in das übliche Therapieprogramm beider Einrichtungen integriert. Bis Februar 2012 konnten elf Aufnahmen realisiert werden, wovon bis dato noch fünf in Behandlung waren, so dass bisher nur wenige Ergebnisse zu berichten sind. Zum Berichtszeitpunkt hat ein Patient wie geplant über acht Wochen abdosiert und die Therapie nach insgesamt 24 Wochen regulär und erfolgreich beendet (Drogenhilfe Tübingen & Tagwerk Stuttgart 2012).

### **Kooperationen und Vernetzung**

Rehabilitation ist nach dem SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“) kein abgeschlossener Sektor des Gesundheitswesens oder eines einzelnen Leistungsträgers. Der Gesetzgeber fordert, im Interesse der betroffenen Menschen, eine Gesamtplanung und die Koordinierung verschiedener Reha-Träger, -Leistungen und -Einrichtungen. Damit steht das SGB IX für eine neue Form der Leistungserbringung im Sinne einer umfassend verstandenen Teilhabe, die über die spezifischen Ansprüche des SGB V und SGB VI hinausgeht (DHS 2008). Es gilt das Gebot einer möglichst nahtlosen Verknüpfung von Teilhabeleistungen, um Hilfemaßnahmen anbieten zu können, die möglichst individuell und spezifisch auf die Bedürfnisse und Ressourcen der Betroffenen

abgestimmt sind.<sup>136</sup> Ebenso fordert die DRV-Bund in ihrem Leitfaden zur Konzeptprüfung (DRV 2011a) Rehabilitationseinrichtungen auf, die Unterstützung durch und Kooperationen mit Wirtschaftsunternehmen insbesondere in den Bereichen Alkohol, Medikamente, Drogen, Tabak und Glücksspiel darzustellen. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zeigt in der Dokumentation „Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund“ den aktuellen Stand und die optimale Gestaltung von Verbundformen auf (DHS 2010b). Insbesondere wird die Verknüpfung der Hilfesegmente der Akutbehandlung, Betreuung und Beratung im Verbundsystem der Suchthilfe, in der gesundheitlichen Versorgung sowie in der sozialen Sicherung als auch den Hilfesegmenten zur Förderung der Teilhabe und Behandlung geschildert. Ausgewählte Beispiele für regionale Verbundsysteme geben einen Eindruck vom Stand der Umsetzung sowie von Vor- und Nachteilen regionaler Verbundsysteme.

Für den stationären Sektor sind insbesondere die zunehmenden Kombinationsbehandlungen zu nennen. Die flexible Gestaltung der ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Therapiemöglichkeiten in Form von Modulen ermöglicht ein maßgeschneidertes Hilfeangebot für Abhängigkeitskranke. Weiterhin werden durch eine engere Zusammenarbeit der Leistungsanbieter Schnittstellenprobleme verringert, um somit die Effektivität und Effizienz der Maßnahmen zu steigern.

#### **Kombimodelle: Regionale Beispiele**

Die DRV Braunschweig-Hannover, die DRV Oldenburg-Bremen und die DRV Nord führen seit 2009/2010 gemeinsam die „Kombi-Nord“, eine Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitskranke, in Norddeutschland durch. Eine Neuerung im Jahr 2012 wird sein, dass die Übergabegespräche zwischen den beteiligten Einrichtungen auch als Videokonferenz stattfinden können. Darüber hinaus soll es künftig einen einheitlichen Entlassungsbericht geben (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a).

Ein weiteres Modell für eine Kombinationsbehandlung findet sich im Saarland, das Modell Kombi-Saar. Das Modell der SHG Fachklinik Tiefental für Abhängigkeitserkrankungen und der IANUA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH wendet sich an Versicherte mit Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit – ausgenommen Heroinabhängige und Personen, die an Substitutionsprogrammen teilnehmen. Am Anfang steht ein ambulantes Vorgespräch bei IANUA, um zu prüfen, ob in einem vorangegangenen Entzug Abstinenz erreicht wurde. Falls nicht, sind zunächst qualifizierte Entzugsmaßnahmen durchzuführen, bevor ein Therapievertrag geschlossen wird. Die Kombibehandlung wird als Gesamtleistung mit festgelegten stationären und ambulanten Phasen bewilligt. In der Regel soll sie ein Jahr nicht überschreiten. Die stationäre Behandlung findet in der Fachklinik Tiefental statt und dauert acht Wochen. In der ambulanten Phase probiert der Rehabilitand erste Veränderungsschritte und vertieft sie. Dies umfasst in der Regel 80 Therapiegespräche (TG) sowie acht TG für Angehörige (ebd.).

<sup>136</sup> vgl. z. B. das Projekt „Step by Step“, Kapitel 2.2.2, in der die Zusammenarbeit zwischen Jobcentern und der Suchthilfe beschrieben werden.

Die DRV Bayern Süd hat bei Cannabisabhängigkeit im Therapiezentrum Grafrath als ergänzendes Angebot eine Kombinationstherapie anerkannt. Die Rehabilitation beginnt stationär, was in der Regel zwölf Wochen dauert. Es folgen 40 ambulante Therapieeinheiten in den kooperierenden ambulanten Behandlungsstellen (ebd.).

### 11.3 Qualitätsmanagement

#### 11.3.1 Leitlinien und Standards stationärer Suchthilfe

Das Bemühen, medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen auf möglichst hohem Qualitätsniveau zu erbringen wurde durch die Standardvorgaben der „Empfehlungsvereinbarung Sucht“ von 1978 nachhaltig befördert.

Aktuelle Grundlagen für die Durchführung von Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation sind zum einen die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (DRV et al. 2001c). Zum anderen ist die BAR<sup>137</sup>-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen eine Basis der Arbeit im stationären Suchthilfesektor (BAR 2005a). Die Arbeitshilfe gibt einen Überblick über die allgemeinen Grundsätze und Grundlagen von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, substanzbezogenen Störungen und Abhängigkeitserkrankungen (inkl. Diagnostik, Rehabilitationsziele, Handlungsprinzipien, Indikationsstellung), die Ausgestaltung und Organisation des Suchthilfesystems für abhängige Menschen, die vorhandenen Rehabilitationsangebote und die sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen.

Weitere Grundanforderung an stationäre Therapieeinrichtungen ist die Orientierung des Therapiekonzepts an die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Derzeit befinden sich die Leitlinien zu „Cannabisbezogenen Störungen“, „Opioidbezogenen Störungen“ (Akutbehandlung und Postakutbehandlung), „Psychische und verhaltensbezogene Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene“ und „Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien)“ sowie zu den Substanzen Alkohol und Tabak in der Überarbeitung (vgl. Sonderkapitel des REITOX-Berichts 2011, Pfeiffer-Gerschel et al. 2011).

Um eine einheitliche Dokumentation in Psychosozialen Beratungsstellen und stationären Einrichtungen für Personen mit substanzbezogenen Störungen, Essstörungen und pathologischem Spielverhalten zu sichern, wird der deutsche Kerndatensatz zur

---

<sup>137</sup> Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) fördert und koordiniert die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Sie verfolgt satzungsgemäß das primäre Ziel darauf hinzuwirken, dass die Leistungen der Rehabilitation nach gleichen Grundsätzen zum Wohle der behinderten und chronisch kranken Menschen durchgeführt werden. Sie repräsentiert Träger der gesetzlichen Krankenversicherungen, der gesetzlichen Unfallversicherungen, der gesetzlichen Rentenversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit. Weitere Mitglieder sind die Bundesländer, der Bundesverband der Deutschen Arbeitgeberverbände, der Deutsche Gewerkschaftsbund, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung ([www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)).



Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) in der aktuellen Version seit Januar 2007 bundesweit eingesetzt. Er entstand 1998 als ein gemeinsamer Mindestdatensatz im Rahmen eines Konsensprozesses zwischen vielen beteiligten Institutionen und Personen, der im Fachausschuss Statistik (früher Statistik-AG) der DHS stattfand. Seit 2002 wird der Kerndatensatz durch die AG Deutsche Suchthilfestatistik (AG DSHS), in der neben den Leistungserbringern auch Bund, Länder, Rentenversicherung und Gesetzliche Krankenversicherung vertreten sind, als bundesweit einheitlicher Datensatz zur Dokumentation der Suchthilfebehandlung beschlossen. Die mithilfe des KDS erhobenen Daten der einzelnen Einrichtungen werden unter Nutzung unterschiedlicher Softwarelösungen in aggregierter Form an das Institut für Therapieforschung gesendet und dort im Rahmen des von BMG finanzierten Projekts Deutsche Suchthilfestatistik gebündelt und ausgewertet. Ein wesentliches Ziel der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) ist die Darstellung und die Analyse der Qualität des Versorgungssystems, die frühzeitige Erkennung neuer Problembereiche sowie die Ausarbeitung von Verbesserungsvorschlägen, um die Versorgung der Klientel mit (primär) substanzbezogenen Störungen zu optimieren. Weiterhin dient sie als Monitoringsystem auf Bundesland-, Verbands- und Klientenebene. Die Deutsche Suchthilfestatistik hat sich zu einem anerkannten und hochwertigen Monitoringinstrument im Bereich der deutschen Suchtkrankenhilfe entwickelt, das auch Trendanalysen von Daten für die Versorgungsforschung ermöglicht (DHS 2010a).

Um die Kooperation der Rehabilitationsträger in der Qualitätssicherung zu fördern, wurde erstmals Ende 1999 eine Gemeinsame Erklärung der Spitzenverbände der Renten-, Kranken- und Unfallversicherungsträger zur Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung verabschiedet. Diese gilt für Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation und der stationären Vorsorge. Dabei wurden konkrete Anforderungen, Ziele und Inhalte der externen Qualitätssicherung und des internen Qualitätsmanagements festgelegt. Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sowie Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach § 135a SGB V verpflichtet:

- sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
- einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Die Inhalte der Vereinbarung berücksichtigen die Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung nach § 20 Abs. 1 SGB IX. Seit Oktober 2009 ist ein Qualitätsmanagementverfahren für alle Erbringer stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verpflichtend. Zur Erfüllung dieser gesetzlichen Aufgabenstellung ist auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) die „Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX“ erarbeitet worden (BAR 2009), in der grundsätzliche Anforderungen an ein Qualitätsmanagementverfahren geregelt wird. Außerdem wird ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren festgelegt.

**Anforderungen an ein einrichtungswartungsinternes Qualitätsmanagement (BAR 2005a)**

- Teilhabeorientiertes Leitbild
- Einrichtungskonzept
- Indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte
- Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Einrichtung
- Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems
- Beziehungen zu Rehabilitanden/Bezugspersonen/Angehörigen, Behandlern, Leistungsträgern, Selbsthilfe
- Systematisches Beschwerdemanagement
- Externe Qualitätssicherung
- Interne Ergebnismessung und -analyse (Verfahren)
- Fehlermanagement
- Interne Kommunikation und Personalentwicklung

Die stationären Rehabilitationseinrichtungen sind gesetzlich verpflichtet, ein Qualitätsmanagementverfahren durchzuführen, das von der BAR anerkannt worden ist. Die meisten Qualitätsmanagementsysteme (QM-Systeme) in der medizinischen Rehabilitation basieren auf der DIN EN ISO 9001:2000 (DHS 2008). Die 2001 gegründete Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. „deQus“ unterstützt Suchttherapieeinrichtungen bei der Einführung und Zertifizierung von QM (deQus 2000). Nach jeder Leistung zur medizinischen Rehabilitation erstellt die Rehabilitationseinrichtung einen Entlassungsbericht auf Grundlage des „Leitfadens zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“ (DRV 2009). Der Leitfaden informiert darüber, wie die Berichterstattung in der medizinischen Rehabilitation inhaltlich zu strukturieren ist und welche Regeln für die sozialmedizinische Dokumentation gelten. Darüber hinaus finden noch weitere Leitfäden Anwendung<sup>138</sup>. Ausführliche Informationen zu Entwicklung, Methoden und Umsetzung nationaler Behandlungsleitlinien finden sich im REITOX-Bericht 2010 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010a).

Das Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherungsträger liegt der Systematik der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zugrunde. Zu den praktizierten Verfahren der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung gehören die Rehabilitandenbefragung, das Peer-Review-Verfahren, Auswertungen zu den Reha-Leistungsdaten im Rahmen der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) und den Reha-Therapiestandards zur Alkoholabhängigkeit (DRV 2012; Klosterhuis et al. 2011). Die Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung stützt sich

<sup>138</sup> Übersichtliche Darstellung unter <http://www.suchthilfe.de/themen/basis.php>

zunächst auf die Routinedaten, die im Laufe der Beantragung, Entscheidung und Durchführung der Reha-Maßnahmen dokumentiert werden. Grundlegend sind zur Beschreibung der Rehabilitandenstruktur die Merkmale Alter, Geschlecht, Schweregrad, soziale Situation etc. (Klosterhuis et al. 2011). Die kontinuierliche Rehabilitandenbefragung bezieht sich auf die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit den durchgeführten Behandlungen und Beratungen sowie auf die Bewertung des Rehabilitationserfolgs aus Patientensicht (ebd.). Berechnet werden die Kennzahlen nach dem Prinzip eines Qualitätsoptimums (=100 Qualitätspunkte). Dabei werden die Einzelergebnisse in Qualitätspunkte umgerechnet. Im Jahr 2011 bewerteten durchschnittlich 76 % aller Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankungen die durchgeführte Reha-Maßnahme als erfolgreich, was demzufolge 76 von 100 Qualitätspunkten entspricht. Es wurden 74 Qualitätspunkte bei der Zufriedenheit der Rehabilitanden erreicht, was einer Durchschnittsnote von „2“ auf einer Skala von „1“ (sehr gut) bis „5“ (schlecht) entspricht. Bei der Begutachtung individueller Rehabilitationsverläufe im Peer-Review-Verfahren erhielten die Suchteinrichtungen im Jahr 2011 74 Qualitätspunkte, was den Ergebnissen der vorherigen Jahre entspricht (DRV zit. n. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a). Weiterhin wird das therapeutische Leistungsspektrum bewertet und verglichen, indem die routinemäßige Dokumentation der durchgeführten Behandlungen in den Entlassungsberichten ausgewertet wird. Betrachtet man die 2011 erbrachten Leistungen von 66 Suchteinrichtungen, so erreichen diese durchschnittlich 74 von 100 möglichen Qualitätspunkten. Die beste Einrichtung erreicht 82, das Schlusslicht 68 Qualitätspunkte (ebd.).

### **Personal**

In der Suchtbehandlung dürfen nur Fachkräfte mit einschlägiger Weiterbildung tätig werden. Für die Rehabilitation hat die Deutsche Rentenversicherung Richtlinien für die Weiterbildung von Fachkräften in der Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker erlassen, in denen entsprechende Weiterbildungsgänge eine „Empfehlung zur Anerkennung“ erhalten können. Im Rahmen der Umstrukturierung des Ausbildungssystems in Deutschland nach europäischen Vorgaben (Einführung von Master und Bachelor an Universitäten und Fachhochschulen) werden auch die Anforderungen an therapeutische Mitarbeiter in der Suchthilfe neu definiert und konzipiert. Bei der Umgestaltung der Ausbildungsgänge für Sozialarbeiter, Psychologen und Mediziner für die Suchthilfe spielen postgraduale Ausbildungen eine besonders wichtige Rolle. Zu den wesentlichen Behandlungsstandards bei Drogenabhängigkeit gehört die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen aus Sozialarbeit/Pädagogik, Psychologie, Psychiatrie und anderen Fächern der Medizin (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011).

Die Stellenplanbeschreibung der DRV-Bund basiert weitgehend auf den Vorgaben der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (DRV et al. 2001c), die unterschiedliche Gruppenstärken in der Psychotherapie für Alkohol- und Medikamentenabhängige und Abhängige von illegalen Drogen vorgibt. Für die Gruppen- und Einzeltherapie bei Drogenabhängigen sollte für jeweils 6 bis 8 Patienten ein Therapeut (entweder Arzt, Psychotherapeut, Sozialarbeiter/Sozialpädagoge oder Ergotherapeut) mit geeigneter

Qualifikation zur Verfügung stehen. Darüber hinaus sollen weitere übergreifend tätige Therapeuten in ausreichender Zahl und ggf. auch medizinisches Personal vorhanden sein (ebd.). Im Allgemeinen richtet sich die Personalbemessung nach den neuesten Strukturanforderungen. Sie wird in Zusammenhang mit dem Therapiekonzept der Einrichtungen individuell vereinbart (DRV 2010a).

Zum indikationsübergreifenden Vergleich ist es sinnvoll, die Mitarbeiterzahlen auf eine einheitliche Anzahl von Rehabilitanden zu beziehen. Die DRV-Bund hat zur Personalbemessung das Verhältnis so gewählt, dass die Mitarbeiterzahl genannt ist, die für eine Einrichtung mit einer durchschnittlichen Belegung von 100 Rehabilitanden benötigt wird (DRV 2010b). Dabei sind gerade bei den Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen die Besonderheiten kleiner Abteilungsgrößen zu berücksichtigen. In der Tabelle 11.4 sind die erforderlichen Berufsgruppen in Funktionsgruppen zusammengeführt, um die Flexibilität bei der Erfüllung der Personalanforderungen zu erhöhen. Die Bemessung für die Anzahl der geforderten Mitarbeiter erfolgt auf der Ebene der Funktionsgruppen. Hier ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere bei den Abhängigkeitserkrankungen neben Ärzten und Diplom-Psychologen auch Diplom-Sozialpädagogen und Diplom-Sozialarbeiter psychotherapeutisch bzw. suchtttherapeutisch tätig sein können, sofern sie über eine anerkannte therapeutische Zusatzausbildung verfügen. Die Gruppe der Sozialarbeiter ist allerdings ebenso für die Aufgaben der klinischen Sozialarbeit zuständig.

Eine regelmäßige Fortbildung der Mitarbeiter muss gemäß den Anforderungen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ von 2001 sichergestellt werden (vgl. Anlage 1 Ziffer 7, Anlage 2 Ziffer 8). Einrichtungen in öffentlicher und frei-gemeinnütziger Trägerschaft sind i. d. R. an die jeweils gültigen Tarifsysteme gebunden. Zusätzlich ist bei der Organisation des Personaleinsatzes das Arbeitszeitgesetz zu berücksichtigen. Die Personalkosten machen 70 % der Gesamtkosten in einer Suchtfachklinik aus. In den letzten Jahren ist es aufgrund des Fachkräftemangels und den hohen Anforderungen der Leistungsträger (z. B. ständige ärztliche Präsenz) immer schwieriger geworden, einzelne Stellen in den Einrichtungen zu besetzen. Problematisch stellt sich die Situation im ärztlichen Bereich und hier besonders für kleine Einrichtungen dar (DHS 2008). Das Problem betrifft sowohl Assistenz- und Facharztstellen wie auch die Position der ärztlichen Leitung.

Tabelle 11.4 Personelle Anforderungen – Anzahl / 100 Rehabilitanden

Berufsgruppen	Abhängigkeitserkrankungen			
	Alkohol / Medikamente		Illegale Drogen	
	Anzahl / 100	Funktions- gruppe	Anzahl / 100	Funktions- gruppe
Ärzte	3	3	3	3
Dipl.-Psychologen	5		5	
Dipl.-Sozialarb. / Dipl.- Sozialpäd.	5*	10	9*	14
Pflegepersonal	6	6	6	6
Physiotherapeut				
Dipl.-Sportlehrer	2,5	2,5	2,5	2,5
Sportl. / Gymnastiklehrer				
Diät-Assistent / Ökotrophologe	0,5	0,5	0,5	0,5
Ergotherapeut				
Beschäftigungstherapeut				
Berufstherapeut	4,5	4,5	4,5	4,5
Kreativtherapeut (Gest., Kunstth.)				

\*inklusive 1 Dipl.-Sozialarbeiter für die klinische Sozialarbeit

gekürzt nach DRV 2010b, S. 21.

### **Verknüpfung zwischen Finanzierung und Wirkung**

Gerade in Zeiten knapper Ressourcen werden von den Kostenträgern der Einrichtungen Qualitätsnachweise gefordert, dennoch liegen nur wenige Evaluationsstudien zur Frage vor, inwieweit die Maßnahmen einer stationären Rehabilitation zur Abstinenz und sozialen und beruflichen Integration von Drogenabhängigen beitragen. In Katamnesestudien ist eine geringe Ausschöpfungsquote zu verzeichnen, z.B. aufgrund von fehlendem Einverständnis für die Teilnahme an der Katamneseerhebung, ungültigen Adressen der Angeschriebenen oder weil es sich um Verweigerer, nicht Erreichte, Verstorbene oder Patienten handelt, die unfähig zur Beantwortung sind. Fischer et al. (2007a,b) untersuchten innerhalb des Forschungsprojekts Drogenkatamnese drei rheinland-pfälzische Einrichtungen der abstinentengestützten Drogenrehabilitation in einer prospektiven Studie. Unter den einbezogenen 429 Patienten wurden Daten zu vier Messzeitpunkten (Behandlungsbeginn/-ende, 6- und 12-Monatskatamnese) erhoben. Die Ausschöpfungsquoten liegen für die Halbjahreskatamnese bei 55,3 % und für die Jahreskatamnese bei 41,5 %. Aufgrund der methodischen Schwierigkeiten bewegen sich „Erfolgsnachweise“ im Rahmen konservativer und optimistischer Schätzungen. Geht man in dieser Studie nach den konservativen Schätzungen, so bewegen sich die Erfolgsquoten zwischen 21,5 % und 25 %, bei den optimistischen Schätzungen liegen die Erfolgsquoten zwischen 41 % und 55 %. Sonntag und

Künzel (2000) dokumentieren in ihrer Übersichtsarbeit verschiedener Katamnesestudien eine Ausschöpfungsquote zwischen 30% und 60% sowie Abstinenzraten zwischen 23 % und 37 % für 12-Monats-Katamnesen. Sie konstatieren, dass ca. ein Viertel der Drogenabhängigen ein Jahr nach ihrer stationären Behandlung abstinent ist (ebd.). Insgesamt ist die Behandlung Drogenabhängiger katamnestisch erfolgreicher, wenn die Behandlungsbeendigung planmäßig erfolgt, die Behandlungsdauer über 16 Wochen beträgt, die Betroffenen sich freiwillig behandeln lassen und eine eher kurze Abhängigkeitsdauer bis maximal 10 Jahre aufweisen. Günstige Faktoren sind weiterhin das weibliche Geschlecht und ein eher niedriges Alter bei Behandlungseintritt (Fischer et al. 2007b).

Kosten-Effektivitätsstudien liegen in Deutschland im Bereich illegaler Drogen kaum vor. Im Rahmen des deutschen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger<sup>139</sup> wurde in der gesundheitsökonomischen Begleitforschung neben den spezifischen Ergebnissen zu Kosten und Nutzen heroingestützter Behandlung auch allgemeine Informationen über Behandlungskosten (v.d.Schulenburg & Claes 2006) erhoben. In Tabelle 11.5 sind die Kosten für Drogentherapien, ambulante und stationäre (psychiatrische) Behandlungen je Woche dargestellt. Diese sind prinzipiell über das Projekt hinaus auf das Suchthilfesystem insgesamt übertragbar. Die stationäre drogenfreie Therapie wird mit 3.047 € pro Woche und Patient veranschlagt, der Aufenthalt in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft mit 700 € und für psychiatrische Kliniken werden 1.048 € angegeben. Die meisten Angaben beruhen dabei auf Schätzungen oder Berechnungen anhand von Sekundärdaten (z. B. Deutsche Suchthilfestatistik, Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser). Anteile für Personal- oder Sachkosten können nicht beziffert werden.

---

<sup>139</sup> Beim bundesdeutschen Modellprojekt zur Heroinvergabe handelt es sich um eine wissenschaftliche Arzneimittelprüfstudie, die von 2002 bis 2004 in sieben Städten und mit insgesamt 1.015 Studienteilnehmern stattfand und in deren Rahmen Schwerstabhängige injizierbares Heroin als Medikament erhielten. Eine Kontrollgruppe erhielt parallel die Ersatzdroge Methadon.

Tabelle 11.5 Kosten unterschiedlicher Therapien je Woche

	Therapiekosten je Woche
Ambulante Entgiftung	32 €
Stationäre Entgiftung	2.469 €
Ambulante Substitution (ohne Kosten für das Substitut)	32 €
Psychosoziale Begleitung	37 €
Ambulante drogenfreie Therapie	52 €
Stationäre drogenfreie Therapie	3.047 €
Therapeutische Wohngemeinschaft (begleitend)	700 €
Tagesklinik	700 €
Psychiatrische Klinik	1.048 €
Ambulante psychiatrische Klinik (begleitend)	50 €
Sonstige Klinik/Station	3.047 €
Sonstige Behandlung	700 €

v.d.Schulenburg &amp; Claes 2006.

#### 11.4 Diskussion und Ausblick

Die stationäre Versorgung Drogenabhängiger ist ein wesentlicher Bestandteil des differenzierten und wirkungsvollen Suchthilfesystems in Deutschland. Nicht nur wissenschaftliche Ergebnisse und erfahrungsorientiertes Wissen aus der Praxis haben zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung, Modifikation und Innovation des Leistungsangebots geführt, sondern auch die zunehmende Ökonomisierung und Rationalisierung haben die Anforderungen an die stationären Einrichtungen Drogenabhängiger steigen lassen (DHS 2008). Nicht zuletzt führen die Auswirkungen des demografischen Wandels zu Herausforderungen der stationären Suchthilfe.

Aus Sicht der DRV-Bund stellt sich mit großer Dringlichkeit die Frage, wie die knappen Mittel mit noch höherer Effizienz und noch größerer individueller Passgenauigkeit eingesetzt werden können (Hebrant 2011). Es wird betont, dass trotz der allgemeinen Knappheit der finanziellen Ressourcen der Grundsatz der DRV-Bund „Keine Rehabilitation nach Kassenlage!“ bestehen bleibt und somit jeder Antrag individuell nach Maßgabe der Leitlinien geprüft wird und auch keine Absenkung der Bewilligungsquote zu verzeichnen ist (Hebrant 2011). Dennoch sprechen Experten von einer „Finanzkrise der Rehabilitation“ (Koch 2011). Die Suchtfachverbände warnen, dass das System der Suchtrehabilitation massiv unter Druck gerät (vgl. buss et al. 2011). Durch die gedeckelten Reha-Budgets der Deutschen Rentenversicherung bzw. durch die Umsetzung von Sparmaßnahmen werden die Mittel für eine medizinische Rehabilitation knapp. Folgen der Sparmaßnahmen werden sichtbar in dem Beschluss „Anpassung und Harmonisierung der Richtwerte für die Verweildauern“ vom 21.9.2010 (Koch 2011). Im Zuge dieser Sparmaßnahmen zeichnet sich die Tendenz der

Verkürzung der Verweildauern im Bereich stationärer Einrichtungen zur Behandlung von Drogenabhängigkeit bzw. eine vermehrte Durchführung von ambulanten oder Kombi-Maßnahmen sowie eine strengere Prüfung der Bewilligung der Reha-Maßnahmen ab (Koch 2011; Zellner 2011). Dadurch sind insbesondere Fachkliniken, die nach dem Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft arbeiten, in eine prekäre Lage geraten (DHS 2008). Es wurde in den letzten Jahren deutlich, dass die Haushaltslage für Rehabilitation angespannt bleibt und in den nächsten Jahren keine deutliche Entlastung zu erwarten ist. Die Anhebung des Reha-Budgets wird von vielen Seiten befürwortet, allerdings erscheint es unwahrscheinlich, dass eine Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen in naher Zukunft umgesetzt wird (Koch 2011).

Die Flexibilisierung der Angebotsstruktur wird vor allem durch den Ausbau teilstationärer und ambulanter Behandlungsangebote deutlich. Ab 2012 ermöglicht die DRV-Bund den Rehabilitanden von einer stationären in eine wohnortnahe ganztägige ambulante Einrichtung zu wechseln – als sogenannte „erweiterte ganztägig ambulante Entlassungsform“. Bisher war das nur in Einzelfällen möglich, wenn der Versicherte zufällig nahe der jeweiligen stationären Rehabilitationseinrichtung wohnte (Hebrant 2011). Vier von den von der DRV-Bund belegten 35 ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen (Stand: Februar 2010) haben sich ausschließlich auf die Rehabilitation von Drogenabhängigen spezialisiert, 22 behandeln nur Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und sieben rehabilitieren alle drei Indikationen zusammen (Korsukéwitz 2010). Eine regelhafte Kombination stationärer und ganztägig ambulanter Rehabilitation als Alternative und Ergänzung zum Markt wird angestrebt (Hebrant 2011). Die Definition der Kurz- und Langzeittherapie wird somit aufgebrochen und die Dauer der Behandlung flexibler gestaltet.

Good-Practice stellt das Kombi-Nord Modell dar. Das bisherige Modell zur Kombinationsbehandlung „stationär/ambulant“ sieht grundsätzlich nur den stationären Beginn der Maßnahme vor. Es bedarf der flexiblen Handhabung ambulanter und stationärer Elemente, die einen bedarfsorientierten Ein- und Umstieg innerhalb der Reha-Maßnahme ermöglichen (DHS 2008).

Es muss berücksichtigt werden, dass zunehmend kränkere Patienten in die stationäre Rehabilitation kommen (Fachverband Sucht e.V. 2012). Weiterhin zeigt sich, dass aufgrund des Fallpauschalensystems sowie Sparmaßnahmen im deutschen Gesundheitswesen die Phase der Entgiftung deutlich kürzer geworden ist. Patienten können in dieser kurzen Zeitspanne der Entgiftungsphase nicht genügend motiviert und auf eine stationäre Entwöhnung vorbereitet werden. Dadurch wird die Entwöhnungsphase erschwert bzw. der Betreuungsaufwand erhöht (Fachverband Sucht e.V. 2012; Zellner 2011). Eine nahtlose Vernetzung zwischen dem Akutbereich und der Rehabilitationseinrichtung ist wichtig, um einen möglichen „Drehtüreffekt“ im Bereich der Entgiftung zu vermeiden. Aber auch der Anschluss an eine Rehabilitation darf im Vernetzungsgefüge nicht außer Acht gelassen werden. Die Rehabilitationsnachsorge sowie die Einbindung in eine Selbsthilfegruppe sichern nachhaltig den Behandlungserfolg (DHS 2008).



Die fortlaufende Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Wirksamkeitsprüfung, gerade vor dem Hintergrund knapper finanzieller Mittel, werden weiterhin zentrale Themen in der stationären Suchthilfe bleiben. Die Bedeutung der Zertifizierungen wird aufgrund der gesetzlichen Anforderungen zunehmen. Dies führt zu einer deutlichen Verbesserung der Behandlungsqualität (DHS 2008). Auch wird die Nutzung neuer Technologien Einzug in die Rehabilitation halten (Fachverband Sucht e.V. 2012). Dazu gehören beispielsweise die Online-Antragsstellung, ein verbesserter Datenaustausch oder Klinikinformationssysteme. Doch muss dafür auch ausreichendes und vor allem qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen. Da weder aus Zuschüssen noch aus Vergütungen oder Kostensätzen tarifgerechte oder marktübliche Gehälter gezahlt werden können, deutet sich ein Fachkräftemangel in allen Berufsgruppen der Suchthilfe an (Leune 2012). Problematisch stellt sich die Situation vor allem im ärztlichen Bereich und hier besonders für kleine Einrichtungen dar (DHS 2008).

Arbeitsbezogene Maßnahmen sind ein unabdingbarer Bestandteil der Rehabilitation mit dem Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. In Zukunft wird stärker darauf geachtet werden müssen, dass berufliche Rehabilitationsleistungen für den Übergang in die Erwerbsphase im Verlauf und am Ende der medizinischen Rehabilitation für den Übergang in die Erwerbsphase gesichert sind (DHS 2008). Nicht zuletzt ist hier auch aufgrund der zunehmenden Flexibilisierung und Differenzierung des Leistungsangebots eine noch intensivere Kooperation zwischen den einzelnen Behandlungseinrichtungen und Betrieben erforderlich, die dem SGB IX Rechnung trägt.

Die Beobachtung und Analyse von Trends und Veränderungen innerhalb der Klientel für die Entwicklung der Angebote ist von großer Bedeutung. Die Gesamtheit der Abhängigkeitskranken zeigt ein immer heterogeneres Bild: Menschen mit Mehrfachabhängigkeit oder zusätzlicher psychiatrischer Diagnose, Menschen mit Migrationshintergrund, in Obdachlosigkeit oder Langzeitarbeitslosigkeit (DHS 2008). Gerade der Konsum mehrerer psychoaktiver Substanzen wird immer häufiger als „Normalfall“ bezeichnet (Zellner 2011). Bei der Drogenabhängigkeit werden je nach Untersuchung in bis zu 70 % der Fälle Doppeldiagnosen nachgewiesen (DHS 2008). Es lässt sich eine Tendenz feststellen, dass bei Mehrfachabhängigkeit oft die führende Diagnose den Ausschlag gibt und über die Zuweisung entscheidet und daher als einzige Diagnose statistisch erscheint (Hebrant 2011). Je nach Schwere der Störung ergeben sich unterschiedliche Anforderungen an das Profil der Rehabilitationseinrichtungen, wie die Mitbehandlung leichter komorbider Störungen, eine kombinierte Behandlung oder einer spezialisierten Behandlung mit besonderem Schwerpunkt auf der komorbiden Störung (DHS 2008). Zudem muss die Größe der Einrichtung an die Bedürfnisse der Klientel angepasst sein. Insbesondere muss im Einzelfall eine längere Therapiedauer ermöglicht werden. Hierdurch ergibt sich auch bezüglich der Ausstattung eine veränderte Kostenstruktur. Komorbid erkrankte Patienten erfordern nicht nur ein besonders qualifiziertes Personal, sondern oft auch einen höheren Aufwand im Sachkostenbereich (Medikamente) (DHS 2008). Zunehmend werden sich die Rehabilitation und die im Einzelfall zur Anwendung kommenden Maßnahmen am

individuellen Bedarf und personenbezogenen Zielen im Hinblick auf Art, Dichte sowie die zeitliche Verteilung der Leistungen orientieren (DHS 2008).