

Ambulant, stationär, ganztägig ambulant

DBDD
DHS IFT BZgA

Wie hilfreich ist diese Klassifikation zur Standortbestimmung in der Suchthilfe?

IFT
Institut für
Therapieforschung
München

38. fdr+sucht+kongress „Gutes besser machen“

29.04.2015 in Hannover

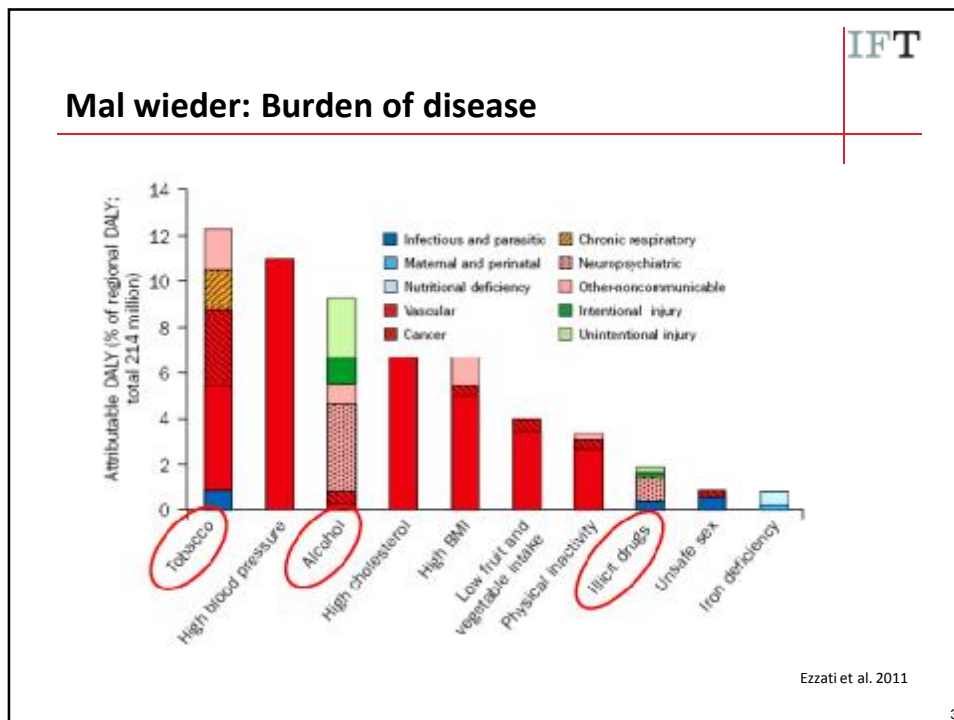
Tim Pfeiffer-Gerschel

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht – IFT München

Schon die Definition ist schwierig...

IFT

- Sucht ist ein Zustand **periodischer** oder **chronischer Vergiftung**, hervorgerufen durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge und gekennzeichnet durch 4 Kriterien: unbezwingbares Verlangen, Toleranz, Abhängigkeit, individuelle und soziale Schädigung. (WHO, 1957)
- Sucht ist ein **unabweichbares Verlangen** nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und **zerstört** die **sozialen Bindungen** und die **sozialen Chancen** des Individuums. (Wanke, 1985)
- Drug addiction is a **brain disease**. Although initial drug use might be voluntary, once addiction develops this control is markedly disrupted. (Volkow, 2004)



IFT

Differenziertes Hilfesystem

- **Hausärzten** kommt eine besondere Rolle zu, da sie häufig erste Anlaufstelle für Abhängigkeitskranke und -gefährdete darstellen
- Kernstück des Suchthilfesystems sind neben den Hausärzten
 - ca. 1.300 **Suchtberatungs-** und **Behandlungsstellen**
 - etwa 300 **psychiatrische Institutsambulanzen**
 - rund 800 Einrichtungen der **Eingliederungshilfe** sowie
 - rund 500 (**ganztags**) **ambulante** und
 - 320 **stationäre** Therapieeinrichtungen

Leune 2014

4

Eigenzitation: REITOX-Bericht 2014

Art der Einrichtung	Anzahl [gerundet]	Plätze [gerundet]
Beratungsstellen und -dienste (pro Jahr) ca.	1.300	> 500.000
Substitutionsbehandlung (registriert)	8.416	77.300
Niedrigschwellige Angebote	> 300	
Spezialisierte Krankenhausabteilungen	> 300	> 7.500
Psychiatrische Kliniken	300	> 220.000
Psychiatrische Institutsambulanzen	300	91.800
Entzug mit Motivationsanteilen	190	> 2.000
(Ganztags) Ambulante Rehabilitation	100	> 1.000
Vollstationäre Rehabilitation	320	13.200
Adaptionseinrichtungen	115	> 1.200
Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	268	> 10.700
Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	112	> 1.200
Ambulantes Betreutes Wohnen	460	> 12.000
Arbeitsprojekte/Qualifizierungsmaßnahmen	250	> 4.800
Selbsthilfegruppen	8.700	keine gesicherten Zahlen

BOPST 2014; Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2011; Leune 2013

5

Klassifikation anhand von Merkmale der Einrichtung

**Annahme:
Unterschiede in den durchgeführten
Interventionen**

6

IFT

Beteiligung nach Einrichtungstypen

Einrichtungstyp	
1	Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis
2	Niedrigschwellige Einrichtung
3	Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz
4	Institutsambulanz
5	Ambulant Betreutes Wohnen
6	Arbeits-und Beschäftigungsprojekt
7	Krankenhaus/-abteilung
8	Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung
9	Stationäre Rehabilitationseinrichtung
10	Adaptionseinrichtung
11	Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie
12	Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie
13	Pflegeheim
14	Maßregelvollzug
15	Int. Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug
16	Ext. Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug
Gesamt (Anzahl Nennungen)	

Durchgeführte
Maßnahmen,
Ausstattungen,
Budgets,
Kostenträger:

Höchst
heterogen

7

IFT

Beteiligung nach Einrichtungstypen

Einrichtungstyp	2008	2009	2010	2011	2012
1	1	1	1	1	1
2	29	24	31	33	38
3	751	777	775	768	784
4	2	2	2	1	
5	39	46	50	48	54
6	3	3	5	7	6
7	5	5	5	6	5
8	12	13	19	14	
9	94	114	134	120	198
10	25	30	36	32	
11	8	7	8	10	8
12	17	20	21	34	33
13	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0
16	10	7	8	14	12
Gesamt (Anzahl Nennungen)	996	1.049	1.089	1.088	1.139

8

Durchgeführte Maßnahmen

Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS)

Durchgeführte Maßnahmen	Ambulant	Stationär
Medizinische Notfallhilfe	0,1%	0,9%
Substitutionsbehandlung	0,6%	0,5%
Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution	6,2%	0,3%
sonstige med. Maßnahmen	0,5%	15,9%
Entzug / Entgiftung	0,8%	2,3%
Ambulante Suchtberatung	82,2%	0,9%
Ambulante Entwöhnungsbehandlung	9,7%	2,0%
Teilstationäre Entwöhnungsbehandlung	0,2%	3,9%
Stationäre Entwöhnungsbehandlung	0,3%	82,5%
Kombinationstherapie	0,5%	2,0%
Adaptionsbehandlung	0,2%	6,8%
Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen	2,0%	0,1%
Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	0,2%	0,4%
Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	0,6%	7,7%
Psychiatrische Behandlung	0,3%	9,0%
Psychotherapeutische Behandlung	1,0%	18,4%
Sonstige Maßnahmen	6,8%	10,7%

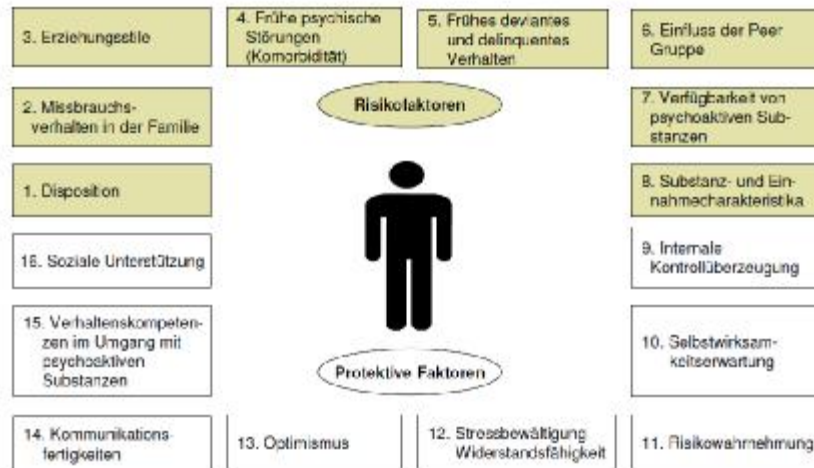
DSHS 2014

9

Klassifikation durch „Merkmale“ der Person

10

Risiko- und Schutzfaktoren



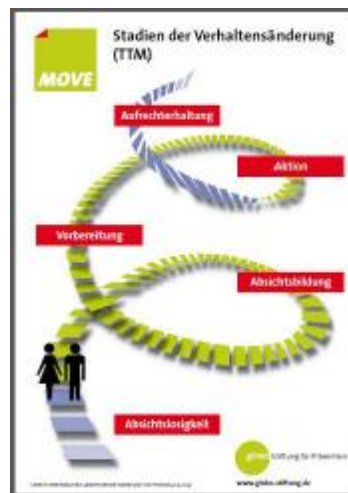
Phasenmodell

Kontakt- und Motivationsphase

Entgiftungs-/Entzugsphase

Entwöhnungsphase

Integrations- und Nachsorgephase



Klassifikation durch Kostenträger: Orientierung am Geldstrom

13

Zur Auflockerung – ein Quiz

„Aus der Bahn geworfen? Das Maß verloren?
Oder einfach keine Kraft zur Selbsthilfe?
Oft bedarf es eines entscheidenden ersten
Schrittes. Wir helfen dabei.“

14

Lösung

IFT



15

Gesetzliche Rentenversicherung

IFT

- Die gesetzliche Rentenversicherung führt (...) Leistungen mit dem Ziel durch, eine erheblich gefährdete oder bereits geminderte **Erwerbsfähigkeit wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen**, zumindest aber eine Verschlechterung abzuwenden.
- **Gut:** Abhängigkeitserkrankung, Erwerbsfähigkeit ist *erheblich gefährdet* und durch Entwöhnungstherapie wiederherstellbar, Motivation ist überhaupt vorhanden und überwiegend *intrinsisch*, dauerhafte Erfolgsaussicht ist gegeben (*wie viele Therapien?*), Abstinenz, Wiedereingliederung ins Erwerbsleben
- **Nicht so gut:** bestimmte Substanzen, Erwerbsfähigkeit nicht wiederherstellbar (§ 14 SGB IX), fehlende *Mitwirkung* (Sozialbericht, Labor etc.), fehlende *Einsicht* und *Motivation*, bereits mehrere Therapien durchgeführt, (Untersuchungs-) Haft (Ausnahme: § 35 BtMG)

16

Krankenversicherungsrecht

- Im **Krankenversicherungsrecht** ist der Anspruch auf vollstationäre Behandlung im Krankenhaus davon abhängig, dass die Aufnahme im Krankenhaus erforderlich ist, **weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung (...)** erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

17

So einfach ist das alles nicht...

Pressemitteilung

Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 11 SGB V



Nr. 14 / 2011

Psychotherapie

Ambulante Psychotherapie bei Suchterkrankungen künftig ausnahmsweise auch ohne Abstinenz möglich

Berlin, 14. April 2011 – Eine ambulante Psychotherapie für von Alkohol, Drogen oder Medikamenten abhängige Patientinnen und Patienten ist künftig ausnahmsweise auch dann möglich, wenn noch keine Suchtmittelfreiheit vorliegt. Diese Ausnahme von der weiterhin bestehenden Regelung, dass Suchtkranke vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung abstinent sein müssen, beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) heute in Berlin.

Seite 1 von 2

Ihre Ansprechpartnerin:

Kristin Rüm-Sternel

Telefon: 0049 030 27600-173

Telefax: 0049 030 276038-185

E-Mail: kristin.rae-sternel@g-ba.de

Internet:

www.g-ba.de

18

Klassifikationssystem

Orientierung an statistischen Größen

19

DSM-5 Sucht und zugehörige Störungen

- Substanzgebrauchsstörung, Wegfall des „Missbrauchs“
- Wiedereinführung des „**Suchtbegriffs**“
- Kategoriale Einteilung wird zu Gunsten einer **dimensionalen Betrachtung** aufgegeben, 11 Kriterien
- „Dependence“ nur noch im physiologischen Sinne, Einordnung von Toleranzentwicklung und Entzugssymptomen: per se keine Störung im psychiatrischen Sinne
- *Eigentlich*: Feststellung des Bedarfs (Diagnostik) vor Behandlung
- *Realität*: Behandlung „unterschwelliger“ Störungsbilder – Syndrome, die mit Diagnosen hinterlegt werden

20

Inhaltliche Fragen

- „Wollen wir wirklich jede abgeschwächte Problematik zur ‚Störung‘ oder Krankheit erheben? (...) Schließlich muss die Behandlung von der Solidargemeinschaft der Versicherten erstattet werden, die als ‚Krankenkassen‘ und eben nicht als ‚Lifestylekassen‘ organisiert sind“
(Heinz, Kluge & Beck 2011)
- „Die Senkung von Schwellen (...) macht Sinn, weil dadurch Interventionen Auftrieb erhalten können, die bei der großen ‚Masse‘ (...) ansetzen, um schwerwiegendere Verläufe zu verhindern“
(John 2011)

21

Die Suche nach den objektiven Kriterien

- „Die Definitionen von Krankheiten sind gerade im Bereich psychischer Störungen oftmals ‚soziale Konstruktionen‘ (...). Vor weniger als 60 Jahren hat (...) das Expertenkomitee (...) der WHO noch Alkohol und Tabak als Substanzen bezeichnet, die nicht süchtig machen (WHO 1957).“ (Rehm 2011)

Fragen...

- Grundsätzlicher Wandel des Versorgungssystems?
- „Sucht“ als „neuer“ alter Begriff: größeres Gewicht der psychischen Merkmalen (Risiko: Grad der gesellschaftlichen Unerwünschtheit?)
- Aufrechterhaltende Bedingungen von Suchtverhalten primär psychisch – hat aber körperliche, soziale, psychische Folgen

22

DSM-5 Sucht und zugehörige Störungen

Die optimistische Perspektive

- „Die Aufhebung der bisherigen (...) fest verankerten Begriffe Abhängigkeit und Missbrauch wird ungewohnt sein, birgt aber eine Chance für die Weiterentwicklung von Sicht- und therapeutischen Herangehensweisen“
(Rumpf & Kiefer 2011)

Der gnadenlose Realist

- „Die zentrale Frage ist, wie Leistungsträger (...) mit der neuen Klassifikation umgehen werden, denn diese bewegen sich gerne auf der Ebene so genannter objektiver Merkmale“ (Fleischmann 2011)

23

Wrapping up



24

Fast geschafft...

- **Nicht jede diagnostizierbare Störung** ist zwingend **behandlungsbedürftig**, nicht ambulant und schon gar nicht stationär oder rehabilitativ
- Bisherige Klassifikationsansätze sind **gewachsen** und **tradiert**, sie haben ihre Relevanz und Begründbarkeit
- Das Gesundheitswesen ist auf Diagnosen angewiesen, Versorgung: Kategorial (Handlungssicherheit)
- Berücksichtigung **existierender** Versorgungssysteme; Übersicht: Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland“ (DHS 2014)

25

Perspektivisch

- **Ziel:** Finden **relevanter**, d.h. am **individuellen** und **gesellschaftlichen** Bedarf orientierter Interventionen
- Therapien nach „**Intensität**“ von Abhängigkeit differenzieren, an deren prognostische Validität
- Interventionen sind nicht „**per se**“ an ein bestimmtes setting gebunden
- Aufsplitterung in Systeme, die sich **über Kostenträger oder Modalitäten definieren**, macht fachlich keinen Sinn
- **Prognose:** Die Güte des deutschen Versorgungssystems hängt nicht von der Existenz von „Spezialversorgungssystemen“ ab, sondern vom Willen der Solidargemeinschaft, welche Versorgung sie sich leisten will und kann (bedarfsgerecht, fachlich begründet, für viele/intensive Fälle)

26

Vielen Dank für Ihre Zeit!

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel, Dipl. Psych. PPT
DBDD Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
IFT Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25, D-80804 München
Tel.: 089 – 36 08 04 40
pfeiffer-gerschel@ift.de