JOHANNESBAD

Fachklinik
FREDEBURG

Die Rehabilitation Suchtkranker 2030
Chancen und Risiken
Dr. med. Dieter Geyer

28. Wissenschaftliches Symposium
„Suchtmedizin 2030 – was kommt auf uns zu?
Norddeutscher Suchtforschungsverbund e.V. Hannover 10.05.2030

Interessenkonflikte

Zum Thema:

- Keine

Allgemein

- Bis Ende 2022 Ärztlicher Direktor der Johannesbad Fachkliniken Fredeburg, Holthauser Mühle und der Adaption Dortmund, damit Interesse am wirtschaftlichen Wohlergehen der Einrichtungen
- Keine Zuwendungen der Pharmaindustrie
- Keine Beteiligung oder Aktien der Alkohol- und Tabakindustrie

Rückblick: Entwicklung der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker

Bundessozialgericht 1968 3RK 63/66

- Alkoholismus als Erkrankung
- Anrecht auf Finanzierung der Behandlung

Empfehlungsvereinbarung Sucht 20.11.1978

- Regelung der Zuständigkeit Leistungs- und Kostenträger
- Anforderungen an die Einrichtungen
- Zielvorgaben

Rückblick: Entwicklung der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker

Phase 1: Aufbau und Standardisierung

Phase 2: Profeessionalisierung und Individualisierung

- Stationär, zunächst Alkohol (und Medikamente) Dauer 6 Monate, geschlossene Gruppen; Drogen, Dauer 1 Jahr. Konzentration auf Suchtstörung, kaum Beachtung der Komorbidität. Rückfällige wurden entlassen
- Stellenplan mit Qualifizierungsanforderungen an Sucht- und Psychotherapet:innen
- wissenschaftlich fundiertes Konzept, inzwischen unter Einbezug der Forderung nach Evidenz-Basierung und ICF-Orientierung
- Qualitätssicherung (Zertifizierung, Strukturqualität, Peer-review, Patient:innen-Befragungen Visitationen, KTL, ETM, Katamnesen
- Ambulante und ganztägig ambulante Reha (Tagesklinik), Kurzzeitbehandlung, Kombinationsbehandlung, Adaption, Ambulante Weiterbehandlung, Nachsorge als Teil der med. Rehabilitation (wieder abgeschafft) und Nachsorge

Bildquelle: Anatoly Maslennikov

Rückblick: Entwicklung der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker

- Kürzere Behandlungsdauer
- Rückfallbehandlung
- Mitbehandlung psychische Komorbidität
- Gender-Aspekte (z.B. Frauengruppen, Frauenkliniken)
- Altersaspekte (Junge und ältere Personen)
- Migrationsaspekte (z.B. muttersprachliche Angebote)
- Anpassungen an veränderte Konsummuster und neue Indikationen (Pathologisches Glücksspielverhalten, ab 01.07.23 Pathologischer Mediengebrauch)
- Berufliche Maßnahmen, bis zuletzt BORA (Berufsorientierte Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter)

Bildquelle: Staufendirekt

Etablierte Praxis der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker

Kontrollierte Praxis

- Empirische Absicherung der Entwöhnungsbehandlung (seit 1996 Katamnes mit jeweils N > 10.000)
- Gesicherte, standardisierte Diagnostik (ICD 10, ICF, Assessment zu Rehabilitanden-Management-Kategorien)
- Sozialmedizinische Qualifikation der Leitemden Ärzt:innen
- Integration störungsspezifischer psychotherapeutischer Ansätze
- Übernahme moderner verhaltenstherapeutischer („3. Welle“, Schema-Therapie, DBT), psychodynamischer (z.B. Mentalisierungsbasierte Therapie) und systemischer Therapie
- Kognitive Bias-Modifikation (Stichwort: per Joystick zur Abstinenz)

Bildnquelle: Kath. Theol. Fakultät Uni Würzburg

Etablierte Praxis der stat. Rehabilitation

- Multimodale, interdisziplinär erbrachte Komplexbehandlung mit somatischen, psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen und psychoedukativen Ansätzen.
- Leistungserbringung stark reguliert:
- Leistungsmenge: 15-40 Leistungen pro Woche
- Leistungsdauer in Stunden: 17-40 pro Woche
- Leistungsverteilung (Anzahl KTL-Kapitel): 7-11 pro Woche

Bildnachweis: adipositas-muenchen.de

Etablierte Praxis der stat. Rehabilitation

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) regelt wer welche Leistungen mit wie vielen Patient:innen gleichzeitig erbringen darf und wie lang die einzelne Leistung sein muss. Die Leistungen sind in 11 Kapitel gegeliedert:

a. Sport- und Bewegungstherapie
b. Physiotherapie
c. Information, Motivation, Schulung
d. Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie
e. Ergo-, Arbeits- und andere funktionale Therapie
f. Klinische Psychologie, Neuropsychogie
g. Psychotherapie
h. Reha-Pflege und Pädagogik
l. Rekreationstherapie
m. Ernährungsmedizinische Leistungen

Somatomedizinische und fachpsychiatrische ärztliche Leistungen werden nicht erfasst und damit auch nicht ausgewertet

Bildnachweis: adipositas-muenchen.de

Spannungsfelder

Spannungsfeld: Anspruch / Realisierung

Kürzere Behandlungsdauer
Budgetierte, knappe Finanzausstattung
Personalmangel

Differenzierte Behandlung
Hohe Anforderungen an Struktur-
und Prozessqualität sowie Qualifikation des Personals

Spannungsfelder

- Zerlegung der Behandlung in einzelne, je nach Störung oder Behandlungsfortschritt kombinierte Module versus Therapeut:in-Patient:in-Beziehung als wichtigstem Wirkfaktor
- Verbessert das aufwendige TQM und die externe QS tatsächlich die Ergebnisqualität?
- Vernetzungsarbeit versus direkter Patient:innen bezogener Arbeit bei Personalmangel
- Hohe Struktur- und Personalanforderungen (z.B. Qualifizierungsanforderungen an Sucht- und Psychotherapeut:innen) trotz Personalmangel

Zwischenspiel: Aus einem fiktiven Rückblick aus dem Jahr 2037 von 2012 anlässlich des 25. Kongresses des FVS

Bildquelle: Depositphotos

- Früherkennung und Frühintervention wurden Standard
- Entzugsbehandlungen ohne suchttherapeutische Kompetenz gehören lange der Vergangenheit an
- Schnittstellenprobleme zwischen akutmedizinischer Versorgung, Rehabilitation und subsidiären Hilfen wurden abgebaut
- Betroffene nutzen ihr persönliches Reha-Budget und finden die für sie „passgenaue“ Behandlung
- Die Behandlungsergebnisse junger Suchtkranker haben sich verbessert

Bildquelle: Depositphotos

- Altenhilfe und Suchthilfe sind gut vernetzt
- Suchtbehandlungen erfolgen nicht vorrangig nach der Substanz organisiert
- Abhängige Raucher haben ein Anrecht auf Finanzierung ihrer Tabakentwöhnung, die flächendeckend angeboten wird
- „Forscher“ und „Praktiker“ sind exzellent vernetzt
- Versorgungs- und Anwendungsforschung wird (besser) gefördert

Bildquelle: Depositphotos

Entwicklungstrends der Rehabilitation Sucht Chancen und Risiken

- Trio-Gesetz
- Wirtschaftliche Situation
- Personelle Situation
- Schnittstellen innerhalb der Suchtkrankenversorgung
- Schnittstellen zur Reha anderer Indikationen
- Schnittstellen zur Berufswelt und Prävention
- Weiterentwicklung Suchttherapie
- Weiterentwicklung integrierte Psychotherapie

Trio-Gesetz - 01.07.2023

Trio-Gesetz

1. Digitale Rentenübersicht (soll Transparenz in der Alterssicherung erhöhen)
2. Stärkung der sozialen Selbstverwaltung
3. **Mehr Transparenz in der Rehabilitation** (Transparenz und Nachvollziehbarkeit bei der Beschaffung von Rehabilitationsleistungen)

Trio-Gesetz - 01.07.2023

Zuweisung zur stationären Reha Sucht ab dem 01.07.23

- Wunsch und Wahlrecht der:s Versicherten (Einrichtung muss einen Vertrag nach § 38 SBG IX abgeschlossen haben und sozialmedizinische Kriterien müssen erfüllt sein: Haupt- und Nebendiagnosen und unabdingbare Sonderanforderungen)
- Falls kein Wunsch seitens der:s Versicherten: Zuweisung nach QP-Punkten, Wartezeit, Entfernung zum Wohnort. Der:m Versicherten werden vier Reha-Klinken vorgeschlagen. Dabei droht eine einseitige Bevorzugung der DRV-eigenen Kliniken (die ersten zwei sind DRV-eigene Kliniken, unabhängig von QP – es gibt allerdings nur eine direkt und eine indirekt der DRV gehörende Sucht-Reha-Klinik in Rh-Pf. und BW)
- Die Zuweisung nach QP droht Kliniken zu benachteiligen, die stärker gestörte Patienten:innen rehabilitieren, da diese den subjektiven Behandlungserfolg geringer einschätzen als weniger gestörte und geringere Zufriedenheitswerte aufweisen

Trio-Gesetz - 01.07.2023

Drei „Fachabteilungen“ innerhalb der Sucht-Reha

- 85001: Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
- 85002: Drogenabhängigkeit
- 85004: Stoffungebundene Abhängigkeit (Patholgisches Glücksspielverhalten, Pathologischer Mediengebrauch)

Die Festlegung auf diese drei „Indikationen“ widerspricht den aktuellen Konsumtrends und erschwert aus fachlicher Perspektive die Weiterentwicklung der Reha-Sucht

Wirtschaftliche Situation

Reha-Einrichtungen erhalten keine staatlichen Förderungen. Der Pflegesatz muss den Betrieb, die Instandhaltung und Investitionen ermöglichen

- Bis vor wenigen Jahren seitens der DRV und v.a. der GKV Abkoppelung der Pflegesätze von der Lohnentwicklung
- Seit 2020 Umsatz- und Erlös-Einbußen durch Corona-bedingte Belegungsausfälle und gestiegene Energiekosten
- Erschwerte Instandhaltung und Investitionen bei stark gestiegenen Baukosten
- Dennoch zeigen internationale Hedgefonds Interesse an der Übernahme von Reha-Kliniken. Zum Teil unrealistische Gewinnmargen werden gefordert.

- **Dies genannten Entwicklungen gefährden die Existenz vor allem kleiner Suchtkliniken und damit vor allem der Drogeneinrichtungen.**

Bildquelle: Dreamstime.com

Personelle Situation

Zunehmender Personalmangel in allen relevanten Berufsgruppen gefährdet die Aufrechterhaltung der differenzierten Angebote

- Psychologische Psychotherapeut:innen
- Sozialpädagog:innen
- Ärzt:innen
- Pflegekräfte
- Ergotheraeut:innen

Trotz Personalmangel höhere Anforderungen an die Qualifizierung der Mitarbeitenden

Bildquelle: www.alamy.com

Personelle Situation

Personalmangel und hohe Anforderungen an die Qualifizierung der Mitarbeitenden

- Sozialpädagog:innen in suchtspezifischer Weiterbildung und Psycholog:innen in Ausbildung zur:m psychologischen Psychotherapeuten werden als Bezugstherapeut nicht anerkannt (Psychologen ein Jahr vor Abschluss)
- Sozialpädagog:innen, die eine suchtspezifische Qualifikation anstreben, müssen in einer anerkannten Sucht-Reha-Klinik oder ambulanten Reha-Einrichtung arbeiten, um zugelassen zu werden, können aber im Stellenplan nicht berücksichtigt, und damit eigentlich nicht bezahlt werden

Sucht-Reha-Einrichtungen werden bezüglich Anerkennung ihrer Aus-, Fort,- und Weiterbildungsaktivitäten von den Ärztekammern und für die Approbation der Psychologen zuständigen Behörden diskriminiert

Bildquelle: www.alamy.com

Schnittstellen Suchtkrankenversorgung

Schnittstelle Akutbehandlung/Entwöhnungsbehandlung

- Erfolgsmodell „Nahtlosverfahren“ (seit 01.08.2017)
- Beispiel FK Fredeburg: Inzwischen ca. 25% aller Aufnahmen
- QE-Abteilungen weisen unterschiedliche Vermittlungsquoten auf. Daten hierzu werden nicht systematisch erhoben. Einige QE-Abteilungen berichten über durch Personalmangel bedingte ausbleibende Vermittlungen, da keine Zeit für die Antragsstellung verbleibe.
- Engere Zusammenarbeit der Abteilung QE mit bevorzugt angesteuerten Reha-Kliniken: Diese könn(t)en bei der Antragstellung unterstützen.
- Motivationsuntertstützung durch Filme und Patientenberichte aus der Reha

Bildquelle: PADline.de

Schnittstellen Suchtkrankenversorgung

Schnittstelle ambulante Beratung und Rehabilitation/stationäre Rehabilitation

- Vermittlung in stationäre Reha: **Nutzung moderner Kommunikationstechniken für Austausch zwischen Berater:in, Patient:in und stationärer Einrichtung**. Investitionskosten in Datenschutz sichere Optionen sind inzwischen gering.
- Erfolgsmodell Kombinationsbehandlung. Leider aufgrund der Auswirkungen der Pandemie, des Personalmangels und knapper finanzieller Ressourcen ambulanter (und neuerdings auch stationärer Einrichtungen) derzeit rückläufig.

Bildquelle: PADine.de

Schnittstellen Suchtkrankenversorgung

Ambulant/stationäre Kombinationsbehandlung

- Grundlage ist das gemeinsame Rahmenkonzept der DRV und GKV vom 14.11.2014 und das Konzept Kombi-Nord vom 30.06.2017
- DRV allgemein: A+M: 8 Wo, D: 16 Wo stat. plus 40+4 Einheiten ambulant
- Kombi-Nord: Gesamtbehandlungsdauer 52 Wochen, bei Bedarf auf 72 Wo verlängerbar
- Beispiel Kombi-Nord:
  - Übergabegespräch
  - Belastungserprobung für amb. Th. (BEAT)
  - QZ der beteiligten Einrichtungen (2 bis 4 mal pro Jahr)
  - Therapielotse mit der Aufgabe, alle Beteiligten zu vernetzen, Verwaltung und Dokumentation

Bildquelle: PADline.de

Schnittstellen Suchtkrankenversorgung

Grundprinzip der Kombinationsbehandlung

- verbindliche, im Rahmen der Rehabilitation festgelegte Kooperations- bzw. Koordinationsformen (z.B. Übergabekonferenzen, videogestützte Konferenzen, Berichterstattung, Fallbesprechungen) mit Überprüfung der jeweiligen Abläufe (Ablaufcontrolling) und/oder
- Qualitätszirkel, in denen insbesondere Prozesse der Zusammenarbeit bewertet und optimiert werden.

Kombinationsbehandlungen sollten ausgebaut und eigentlich der Regelfall (unter der Voraussetzung der Flexibilisierung der Behandlungsdauer) werden. Die Umsetzung droht aber an knappen Ressourcen zu scheitern.

Bildquelle: PADline.de

Schnittstelle Reha andere Indikation

Psychosomatik

- **Suchtnahe Psychosomatik**: Die RV berichtet von zahlreichen Anträgen auf eine psychosomatische Reha, in denen nach „Aktenlage“ eine im Ausmaß unklare Suchtstörung vorzuliegen scheint. Solche Patient:innen sollten einer spezialisierten Abteilung in einer Psychosomatischen Reha-Klinik zugewiesen werden, die eng mit einer Sucht-Reha kooperiert. Nach einer Diagnostik- und ggf. Motivationsphase kann die/der Patient:in in das passende Setting vermittelt werden.
- **Gemeinsame therapeutische Interventionen für Rehabilitand:innen aus der Psychosomatik und der Sucht**

  - Psychoedukation bei affektiven und Angststörungen, ADHS, PTBS, Psychose, Impulskontrollstörungen
  - Sport- und Bewegungstherapie
  - auf die berufliche (Re-)Integration abzielende Diagnostik und Interventionen
  - Psychotherapie bei komplexen psychischen Störungen

Bildquelle: PADline.de

Schnittstelle Reha andere Indikation

Somatische Rehabilitation

- Eine Minderung der berufsbezogene Leistungsfähigkeit und damit der Erwerbsfähigkeit resultiert bei Suchtkranken öfter aus den Folge- und vor allem psychischen und somatischen Begleiterkrankungen, die zu Funktionsstörungen und daraus resultierenden Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe führen (am häufigsten sind Störungen des muskulo-skelettalen Systems)
- **Telemedizin: Videosprechstunden sozialmedizinische kompetenter Fachärzt:innen der somatischen Reha könnten einen wesentlichen Beitrag zu Verbesserung der beruflichen (Re-)Integration leisten.**
- Umgekehrt könnten Videosprechstunden von Suchtmediziner:innen und Suchttherapeut:innen dazu beitragen, die in den somatischen Indikationen rehabilitierten Suchtkranken zu detektieren und zur Inanspruchnahme geeigneter Hilfen zu motivieren.

Bildquelle: PADline.de

Schnittstelle medizinische und berufliche Reha

- Leistungen der medizinischen und beruflichen Reha können nicht gleichzeitig erbracht werden
- Suchtkranke weisen häufig einen erheblichen Förderbedarf zur beruflichen Teilhabe auf
- Die Abbruchquoten Suchtkranker während berufsbezogener Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind hoch.
- Der Anteil bislang unerkannter Suchtstörungen bei Teilnehmer:innen der beruflichen Reha ist hoch

Entwicklungspotenzial:

- Engere Kooperation von Sucht-Reha-Kliniken mit Berufsförderungswerken zur berufsbezogenen Eignungs- und Fähigkeitsdiagnostik und zur Integrationsförderung

Bildquelle: Internationaler Bund

Schnittstelle medizinische und berufliche Reha

- Die Johannesbad Adaption Dortmund hat sich in ein Apartesmentgebäude des Berufsförderungswerks Dortmund eingemietet (40 Plätze)
- Leistungen aus der beruflichen Reha, die kooperativ vom Berufsförderungswerk Dortmund erbracht werden, sind in die medizinische Reha (Entwöhnungstherapie Phase II) integriert
- Die Kooperation (digital) für die Entwöhnungstherapie Phase I (Johannedsbad Fachklinik Fredeburg) ist im Aufbau

Schnittstelle medizinische und berufliche Reha

Kooperative Leistungen des Berufsförderungswerks

- **Arbeitspsychologische Beurteilung**
- **Arbeitsmedizinische Beurteilung**
- **Grunderprobung CeprA** (Zentrum für praktische Arbeitserprobung, drei Tage)
- **Facherprobung CeprA**
- FCE-Untersuchung (soweit als vorgezogene LTA-Leistung besonders bewilligt)
- Begutachtungen
- **Einzelberatung zur Berufswegeplanung und Stellenrecherche**
- **Integrationszentrum**
- Gruppen-Förderkurse
- **Hospitationen in den Ausbildungsbereichen**
- Mitnutzung des kaufmännischen und gewerblich/technischen LernCenters

Schnittstelle medizinische und berufliche Reha

Ausbau weiterer berufsbezogener Kooperationen

- Jobcenter
- Berufsinformationszentren
- Arbeitgeber
  - Praktika, auch am eigenen Arbeitsplatz
  - Schulungen für Auszubildende, Mitarbeiter:innen und Vorgesetzte
  - Entwicklung von Präventionsprogrammen Sucht und Psychosomatik
  - Kurze stationäre diagnostische Abklärungen und Kriseninterventionen (finanziert vom AG)

Suchttherapie und Psychotherapie

- Integration der modernen Verfahren der Verhaltenstherapie, psychodynamischen Therapien und systemischer Ansätze, falls noch nicht geschehen.
- Integration der kognitiven-Bias-Modifikation (s. z.B. Manning et al. 2021 für Entzugsbehandlung, Wiers et al 2018 für Entwöhnung) bzw. der Cue-Exposure Therapie, sobald verfügbar, in die Reha-Konzepte. Sollte bis 2030 umgesetzt sein!

  - alle Substanzen und Suchtformen

  - Nutzung aller Medien

Manning V, Garfield JBB, Staiger PK et al. (2021) Effect ofnCognitive Bias Modifikation on Early Relapse amang Adults undergoing Inpatient Alcohol Withdrawal Treatment. A Randomized Clkinical Trial. JAMA Psychiatry 78 (2): 133_142

Wiers RW, Boffo M, Field M (2018) What´s in a trial? On the importance of distingishing between experimental lab-studies and randomized controlled trials; the case of cognitive bias modification and alcohol use disorders. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 79 (3) 333-343
Bildquelle: Gesundheitkompakt.de

Dr. med. Dieter Geyer

Suchttherapie und Psychotherapie

Ausbau (störungs-)spezifischer Behandlungskonzepte

- Jugendliche und junge (bis etwa 25 Jahre) alte Konsumenten
  - mehr Erlebnispädagogik, längere Tagesbetreuungszeiten…
- Ältere Konsumenten mit Pflegegraden
- ADHS
- PTBS bei Migrant:innen

Suchttherapie und Psychotherapie

Stichwort Digitalisierung: Verschränkte digitale und „herkömmlich“ analoge Interventionen; Virtual Reality

- Alternative oder vorgeschaltet zur professionellen Entwöhnungsbehandlung (siehe z.B. „Ohne Alkohol mit Nathalie“)
- Nachsorge durch die/den stationären Bezugstherapeut:in (Video-Sprechstunde, -Gruppe)
- Integration digitaler Behandlungsangebote für psychische Komorbidität (z.B. bei affektiven und Angststörungen) in die Behandlungskonzepte
- Virtuell-Reality Psychotherapie, als virtuelle Expositionsbehandlung bei spezifischen Phobien, begrenzt bei der sozialen Phobie, als Weiterentwickung :VR-kognitive Verhaltenstherapie (siehe z.B. Eichenberg 2021)
- Entwicklung VR-Behandlungsansätze für Suchtstörungen (Ablehnungstrainings, für Zigarettenabhängigkeit liegen bereits Studien vor)

Eichenberg C: Virtual-Reality in der Psychotehrapie. Anwendungen mit klinischem Potenzial. 2021 Deutsches Ärzteblatt 11: 515-518

Suchttherapie und Psychotherapie

„While craving provocation in VR is effective across addictive disorders, treatments based exclusively on virtual exposure to drug related cues has shown heterogenous results“ (Segawa et al. 2020)

Optionen:

- Ergänzend integriert in bestehenden multimodale Behandlungskonzepte
- Erlernen von Bewältigunsstrategien, auch unter Nutzung von Augmented Reality
- Integriertes Biofeedback fördert das Erlernen von Bewältigungsstrategien und ermöglicht der:m Therapeut:in ein Monitoring des Erregungslevel und dessen Dokumentation
- Projekt „Virtual Reality zum therapeutischen Einsatz in der Suchtmedizin“ , Biomedizinisches Labor der Hochschule München (Hanshans et al 2021)
- Pilotstudie VR-CET bei Tabakabhängigkeit, AG Batra, Tübingen

Bildquelle: Spiegel

Dr. med. Dieter Geyer

Johannesbad Fachkliniken Fredeburg und Holthauser Mühle
Johannesbad Adaption Dortmund
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Rehabilitationswesen

Zu den drei Buchen 1
57392 Schmallenberg
02974/72-3722
dieter.geyer@johannesbad.com
dr.dieter.geyer@gmx.de