

Therapieziel Abstinenz aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund

**Dr. med. Joachim Köhler
Ärztlicher Referent
Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation
Deutsche Rentenversicherung Bund**

Tagung DHS Erfurt 10.-12.10.2016

Überblick

- **Historische Aspekte (Suchtvereinbarung, Rückfall)**
- **Abstinenzparadigma**
- **Kontrolliertes Trinken**
- **Rehabilitanden in der Suchtrehabilitation**
- **Gesetzlicher Auftrag der RV**
- **AWMF-Leitlinie Alkoholbezogene Störungen**
- **Epidemiologie/Zugang zur Rehabilitation**
- **Zusammenfassende Beurteilung**

Historische Aspekte

Suchtvereinbarung 1978

„Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 20. November 1978

Eine Abhängigkeit im Sinne der Vereinbarung liegt vor, bei

- Unfähigkeit zur Abstinenz oder**
- Verlust der Selbstkontrolle oder**
- periodischem Auftreten eines dieser beiden Symptome.**

Keine Zielfestschreibung

Historische Aspekte

Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 4.5.2001

Ziele der medizinischen Rehabilitation sind:

- **Abstinenz zu erreichen und zu erhalten,**
- **körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen,**
- **die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst dauerhaft zu erhalten bzw. zu erreichen.**

Historische Aspekte

Umgang mit Rückfällen

Dogmatische Praxis:

- **einzig vertretbares Ziel**
- **unabdingbare Voraussetzung einer erfolgreichen Behandlung**

Neue Erkenntnisse aus der Forschung (Mitte 70er Jahre)

- **Verhütung von Rückfällen durch gezielte Vorbereitung**
- **individuelle Gefahrenmomenten suchen**
- **Bewältigungstraining**
- **differenziert auf Ursachen eingehen**

Historische Aspekte

Umgang mit Rückfällen

Entwicklung neuer Behandlungsmodelle (80er + 90er)

- effektive Behandlungsformen zur Verhütung von Rückfällen
- Wiedergewinnung der Kontrolle über das Konsumverhalten
- Rückfallvorbeugung und Rückfallbearbeitung

Etablierung neuer Behandlungsangebote (90er)

- Gezielte Rückfallprophylaxe
- individuelle Aufarbeitung von Rückfällen

Historische Aspekte

Abstinenzparadigma

- **Suchthilfesystem und in der Selbsthilfe**
- **Beeinflussung durch gesellschaftliche Bereiche**
- **Suchthilfe: tendenziell eher Schwerkranke**
- **nur eine kleine Minderheit der Abhängigen schafft kontrollierten Konsum**

Historische Aspekte

Kontrolliertes Trinken

- **1957 Selzer & Holloway, 1962 Davies, 1968 Reinert & Bowen**
- **2000 Körkel: Ambulantes Gruppenprogramm zum Erlernen des kontrollierten Trinkens**
 - **Alkoholkonsum sinkt auf die Hälfte des Konsums vor dem Programm und bleibt ein Jahr nach Ende des Programms stabil reduziert**
 - **Hälfte der Teilnehmer kann notwendige, weitergehende Hilfe annehmen**
 - **Manche Teilnehmer entschließen sich zur völligen Abstinenz**

Historische Aspekte

Kontrolliertes Trinken – Kritik aus dem Umfeld der Selbsthilfe

www.alkohol-hilfe.de/kontrink.htm

Die Sache hat einen Haken!

Warum "Kontrolliertes Trinken" nicht funktionieren kann!

Der "kontrolliert" trinkende Alkoholkranke - eine tickende Zeitbombe!



Historische Aspekte

Kontrolliertes Trinken – Diskussion

Suchtgedächtnis (Böning 1994)

Punktabstinenz (Lindenmeyer2001):

- **Kein Alkohol am ungeeigneten Ort**
- **Kein Alkohol zum ungeeigneten Zeitpunkt**
- **Kein Alkohol für bestimmte Personen**

Aktuelle Diskussion

Körkel 2016 (buss-Tagung)

- **Alkoholkonsummengen, -probleme und –abhängigkeitskriterien variieren kontinuierlich.**
- **Es gibt keine Belege für die ätiologische Dominanz oder gar Ausschließlichkeit biologischer Faktoren.**
- **Übermäßiger Alkoholkonsum lässt sich besser als Kontrollminderung denn als „Kontrollverlust“ erklären.**
- **Ein Teil der Alkoholabhängigen kann zu einem gemäßigten, nicht symptombelasteten Alkoholkonsum zurückfinden.**

Aktuelle Diskussion

Körkel 2016 (buss-Tagung)

- **Kontrolliert-reduzierten Konsum**
- **Schadensminderung**
- **Vorteile von Zieloffenheit**
- **Zieloffene Suchtbehandlung**

Historische Aspekte

Kontrolliertes Trinken – Position der DRV

- **Ambulante Therapieangebote für ausgewählte Personengruppen (riskanter und schädlicher Gebrauch) werden begrüßt.**
- **Integration in aktuelle Therapiekonzepte der stationären und ambulanten Rehabilitation von Abhängigkeitskranken schwer vorstellbar.**

Rehabilitanden in der Suchtreha

Basisdokumentation Fachverband Sucht 2014 Alkohol + Medikamente, stationär, (n=17.208)

- **Durchschnittsalter:** 45 Jahre
- **Dauer der Erkrankung:** 14 Jahre
- **erwerbstätig:** 41%
- **keine feste Beziehung:** 53%
- **Anzahl Entzugsbehandlungen:** 3,2
- **Anzahl psychische Komorbidität:** 0,7
- **Anzahl somatische Komorbidität:** 2,1

Rehabilitanden in der Suchtreha

Basisdokumentation Fachverband Sucht 2014, Drogen, stationär (n=2.691)

- **Durchschnittsalter:** 29 Jahre
- **Dauer der Erkrankung:** 12 Jahre
- **erwerbstätig:** 15%
- **alleinstehend:** 59%
- **Anzahl Entzugsbehandlungen:** 3,0
- **Anzahl psychische Komorbidität:** 0,6
- **Anzahl somatische Komorbidität:** 0,7

Ziel der Rehabilitation

Gesetzlicher Auftrag SGB VI:

Wiedereingliederung in das Erwerbsleben

Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit

Moderater Substanzkonsum mit Punktabstinenz???

AWMF-Leitlinie Alkoholbezogene Störungen

Beteiligung von Fachgesellschaften, Suchtverbänden, Einrichtungen, Selbsthilfe und DRV

„Postakute Interventionsformen sollen Patienten im Anschluss an die Entzugsphase als nahtlose weiterführende Behandlung angeboten werden. Dabei stellt die Abstinenz bei abhängigem Konsum die übergeordnete Zielsetzung dar.“

"Bei postakuten Interventionsformen ist Abstinenz bei Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD10: F10.2) primäres Therapieziel. Ist die Erreichung von Abstinenz zur Zeit nicht möglich oder liegt schädlicher bzw. riskanter Konsum vor, soll eine Reduktion des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden."

Epidemiologie/Zugang zur Reha

Prävalenz

Alkoholabhängigkeit:	1,5-2 Mio. (18-64 J.)
Medikamentenabhängigkeit:	1,4-1,9 Mio.
Drogenabhängigkeit:	320.000 (18-64 J., Cannabis, Kokain, Amphetamine) 100-150.000 (Opiate)

Rehabilitation (2015, DRV gesamt)

Anträge Suchtrehabilitation:	83.327
Bewilligungen:	59.057
durchgeführte Rehabilitation:	49.198

Epidemiologie/Zugang zur Reha

Erschwerter Zugang zur Rehabilitation?

Arbeitsgruppe „Frühzeitiger Zugang“ DRV, GKV, Suchtverbände und Suchteinrichtungen

- **Rahmenempfehlungen der DRV und GKV für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker**
- **„Ergänzende Hinweise“ der DRV und der GKV zur Anlage 4 zur Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 4. Mai 2001**

Zusammenfassung

Öffnung der Suchthilfe für größere Personenkreise

keine strikte Abstinenzorientierung

Harm reduction, Trinkmengenreduktion

**Angebote der Trinkmengenreduktion eher ambulant bei
schädlichem/riskantem Konsum und wahrscheinlich fehlenden
Voraussetzungen für Gefährdung der Erwerbsfähigkeit**

**Auswirkungen auf die Entwöhnungsbehandlung:
Beibehaltung der Abstinenz als Reha-Ziel**

**offene Diskussion über neue Behandlungsangebote und
Zuständigkeit der Sozialleistungsträger**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit...

Tagung der DHS Erfurt

**Therapieziel Abstinenz
aus Sicht der DRV Bund**

**Dr. med. Joachim Köhler
Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation
Deutsche Rentenversicherung Bund
Kontakt: drmed.joachim.koehler@drv-bund.de**