

Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zur Kombinationsbehandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

1. Definition

Eine Kombinationsbehandlung verbindet mindestens zwei Leistungsformen (Module) in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker (stationär, ganztägig-ambulant oder ambulant) zu einer Maßnahme mit einem Bewilligungsbescheid sowie entweder festen Ablauf und definierter Dauer der Module oder flexiblem Behandlungsablauf innerhalb eines definierten Rahmens.

2. Kombi-Modelle

Es existieren bundesweit verschiedene Modelle für Kombinationsbehandlungen mit unterschiedlichen Vorgaben für die Dauer und Reihenfolge der Module bzw. unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Darüber hinaus sind weitere Modelle denkbar.

- Das ‚klassische‘ Modell ist die Kombination von stationärer und ambulanter Behandlung mit regional unterschiedlicher Dauer des stationären Moduls, meistens 6-12 Wochen in Abhängigkeit vom Konzept, der Indikation Alkohol/Drogen und den Vorgaben der jeweiligen DRV. Der ambulante Teil schließt sich bei einer Gesamtdauer der Maßnahme von i.d.R. 12 Monaten mit zumeist 40 Behandlungseinheiten an.
- Ein Modell, das von den norddeutschen Rentenversicherungsträgern DRV Braunschweig-Hannover, DRV Oldenburg-Bremen und DRV Nord entwickelt wurde ist ‚Kombi-Nord‘. Es zeichnet sich durch eine weitgehende Flexibilisierung des Behandlungsverlaufs aus, mit den möglichen Modulen stationär, ganztägig-ambulant, ambulant und Adaption sowie einzelnen speziellen ergänzenden Leistungsformen. Die Planungs- und Steuerungsverantwortung für eine Behandlungsdauer von bis zu einem Jahr liegt bei den Leistungserbringern in Abstimmung mit den Rehabilitanden.
- Ein weiteres Modell, das nicht im engeren Sinne als Kombinationsbehandlung verstanden wird, ist die ‚ganztägig-ambulante Entlassphase‘, bei der die letzte Phase der stationären Rehabilitation (meisten 4 Wochen) in ganztägig-ambulanter Form durchgeführt wird, um den Übergang in die Lebenswirklichkeit der Rehabilitanden intensiver gestalten zu können.
- Vor dem Hintergrund der o.g. Definition wäre auch die Kombination von Entwöhnung mit integrierter Adaption, das insbesondere im Indikationsbereich Drogen Anwendung findet, ein Kombi-Modell – in diesem Fall mit zwei stationären Modulen, die unterschiedliche therapeutische Schwerpunkte haben.

3. Bewertung

Die moderne Suchthilfe erbringt ihre Leistungen in einem Arbeitsfeld- und Methoden-übergreifenden Verbundsystem, das ein sorgsam geplantes Fall- und Schnittstellenmanagement erfordert. Die Reha-Kombinationsbehandlung entspricht diesem Konzept aus unterschiedlichen Gründen:

- Durch die Delegation eines Teils der Planungs- und Steuerungsverantwortung an die Leistungserbringer und Rehabilitanden können die Behandlungsverläufe flexibler und individualisierter im Sinne personenzentrierter Hilfen gestaltet werden.
- Es können Synergien durch die Kombination der Vorteile verschiedener Behandlungsformen genutzt werden, bspw. geschützter Rahmen zu Beginn der Behandlung im stationären Setting und sinnvolle Realitätskonfrontation am Ende der Behandlung im ambulanten Setting.
- In gut funktionierenden Netzwerken bzw. Verbundsystemen können die Behandlungsabläufe und Schnittstellen optimiert werden.
- Eine Modul-übergreifende Bewilligung der Leistungen verringert den administrativen Aufwand für die Beantragung und Bewilligung der Leistungen.

Teilweise nicht oder nicht ausreichend geklärt sind allerdings organisatorische Fragen, die sich für die Leistungserbringer aus der Durchführung von Kombinationsbehandlungen ergeben:

- Es entsteht zusätzlicher Aufwand für die konzeptionelle und fallbezogene Abstimmung in den Netzwerken und Verbundsystemen, der nicht vollständig von den Leistungsträgern refinanziert wird. Zum einen müssen die Therapiekonzepte zwischen den Einrichtungen, die an Kombi-Modellen beteiligt sind, abgestimmt werden. Zum anderen muss ein nahtloser Übergang zwischen den Modulen (Übergabegespräche) sowie eine gemeinsame Dokumentation (Reha-Entlassungsbericht) sichergestellt werden, was erheblichen organisatorischen und technischen Aufwand verursacht (u.a. Fahrtzeiten für persönliche Übergabegespräche, Anschaffung von Videokonferenzsystemen für Übergabegespräche, Entwicklung von Standards und sicheren Übermittlungsverfahren für Beiträge zum E-Bericht).
- Die von den einzelnen Trägern der DRV favorisierten Kombi-Modelle unterscheiden sich regional zum Teil stark und widersprechen den Grundsätzen einer einheitlichen und nahtlosen Behandlung. Eine Einrichtung oder ein Verbund, der Rehabilitanden verschiedener Leistungsträger behandelt, hat einen erheblichen Mehraufwand durch die Beachtung unterschiedlicher Regelungen (bspw. Dauer des stationären Moduls) einzelner Kombi-Modelle.

Bei der zukünftigen Weiterentwicklung der vorhandenen Kombi-Modelle, die in enger Abstimmung zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern erfolgen sollte, sind u.a. folgende Aspekte zu beachten:

- Die längeren Behandlungsdauern in der Drogentherapie finden keine hinreichende Berücksichtigung bei der Konzeption der Kombi-Modelle. So ist bspw. der Gesamtrahmen von einem Jahr bei Kombi-Nord zu kurz für eine stationäre Langzeittherapie und eine anschließende ambulante Phase. Außerdem sollte die Begrenzung der ganztägig-ambulanten Entlassung auf i.d.R. 4 Wochen bei der Langzeittherapie proportional angepasst werden können (also etwa 6-8 Wochen Entlassphase bei 26 Wochen Gesamtbehandlung analog zu 4 Wochen bei 16 Wochen Gesamtbehandlung).
- Es ist derzeit unklar, welchen Stellenwert die Kombinationsbehandlung neben den ‚klassischen‘ Behandlungsformen stationär, ganztägig-ambulant und ambulant hat. Sinnvoll wäre es, Kombi-Modelle als alternative vierte Behandlungsform zu definieren, allerdings müssten dafür klare Indikationskriterien entwickelt werden. Es fehlen bislang Studien zur Wirksamkeit der Kombinationsbehandlung, die auf hinreichend großen Fallzahlen basieren. Mit entsprechenden Katamnese-Erhebungen sollte der Nachweis erbracht werden, dass Kombinationsbehandlungen bei richtiger Indikationsstellung eine ähnliche Erfolgsquote erbringen, wie andere Behandlungsformen. Erste Daten und Analysen aus einzelnen Einrichtungen bestätigen diese Vermutung. Dazu wird auf drei Quellen verwiesen (siehe Anlage):
 - a) Lukas-Werk Gesundheitsdienste – Profillinienvergleich Zufriedenheit Kombi-Nord-Patienten vs. Suchtreha-Patienten (ganztägig ambulant und stationär) für die Jahrgänge 2010 bis 2012
 - b) Reha-QS der DRV - Rehabilitandenbefragung Ambulante Sucht-Rehabilitation August 2009 bis Juli 2011
 - c) Projekt DCV/GVS - Ein-Jahreskatamnese ambulante Reha Sucht zum Jahrgang 2011

4. Fazit

Die Kombibehandlung ist eine sinnvolle und dem Verbundsystem der Suchthilfe angemessene Behandlungsform, wenn ihre Vorteile konsequent genutzt werden. Dazu gehören die vom Leistungserbringer in Abstimmung mit dem Rehabilitanden gesteuerte Flexibilität innerhalb eines vorgegebenen Rahmens und ein zielführendes Schnittstellenmanagement.

Anlage: Erfolgsquoten bei Kombi-Behandlung

Die Lukas-Werk Gesundheitsdienste Wolfenbüttel stellen für die Jahre 2010 bis 2012 Ergebnisse einer Patientenbefragung zur Behandlungszufriedenheit zur Verfügung. Insgesamt 20 Dimensionen wurden mit einer Likert-Skalierung gemessen und ein Profillinienvergleich für die Patientengruppe mit Kombi-Nord Behandlung (Fachambulanzen, Fachklinik und Tagesklinik) mit n=580 und die Patientengruppe ohne Kombibehandlungen (ausschließlich stationäre und ganztägig-ambulante Suchtrehabilitation) mit n=843. Die Strukturdaten für die Kombi-Nord Behandlung sind in Abbildung 1 dargestellt, der Profillinienvergleich in Abbildung 2. In 13 Dimensionen gibt es keinen Unterschied in der Patientenzufriedenheit, in 7 Dimensionen gibt es minimale Unterschiede, die nicht signifikant sind. Insgesamt zeigt sich in allen Dimensionen eine hohe Patientenzufriedenheit, ein Unterschied zwischen den Behandlungsmodalitäten ist nicht feststellbar.

Strukturdaten Kombi Nord Patienten aus Patientenbefragung 2010 bis 2012

	2010	2011	2012
	N= 236	N=166	N= 176
	in %		
Altersgruppe			
Jünger als 18	0,0	0,0	0,0
18-25	1,3	1,8	4,5
26-30	3,0	6,1	6,7
31-40	22,3	19,5	16,8
41-50	43,3	43,9	42,5
51-60	25,4	25,6	25,7
61-65	2,6	2,4	3,4
älter als 65	2,1	0,7	0,5
Geschlecht			
weiblich	16,5	23,0	16,2
männlich	83,5	77,0	83,8

Abbildung 1: Strukturdaten Kombi-Nord Behandlung

Profillinie

<p>Zusammenstellung:</p> <p>Vergleichslinie:</p> <p>Zusammenstellung:</p>	<p>Patientenzufriedenheit der Patienten, die an der modularen Kombinationstherapie teilgenommen haben Zeitraum: 2010-2012 - Einrichtungen: Fachklinik, Tagesklinik und Fachambulanzen</p> <p>Patientenzufriedenheit der Patienten, die nicht an der modularen Kombinationstherapie teilgenommen haben Zeitraum: 2010-2012 - Einrichtungen: Fachklinik, Tagesklinik und Fachstellen</p>
<p>Verwendete Werte in der Profillinie: Mittelwert</p>	



Abbildung 2: Profillinienvergleich Patienten mit und ohne Kombi-Behandlung

Diese Ergebnisse werden durch die von der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung durchgeführten Rehabilitandenbefragung zur ambulanten Sucht-Rehabilitation gestützt, beteiligt waren hier 4.233 Rehabilitanden aus 329 ambulanten Fachstellen Sucht im Zeitraum August 2009 bis Juli 2011. 9% nahmen an einer ARS im Rahmen einer Kombinationsbehandlung teil (n=381).

Beide Befragungen weisen eine ausreichend große Anzahl von Beteiligten nach, so dass eine repräsentative Aussagekraft zu Kombinationsbehandlungen gegeben ist. Patientenseitige Urteile zur Zufriedenheit als auch subjektive Einschätzungen des wahrgenommenen Behandlungserfolges zeigen eindeutig, dass Kombi-Therapie aus Patientensicht eine sinnvolle Ergänzung der Reha-Landschaft darstellt.

Erste Aussagen zur Ergebnisqualität von Kombibehandlungen ergeben sich aus dem vom Deutschen Caritasverband und dem Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe Diakonie Deutschland durchgeführten Projekt zur Implementierung von Katamnesen bei Ambulanter Rehabilitation Sucht (ARS) für den Entlassjahrgang 2011. Es konnten in 34 Fachstellen Sucht der beiden Verbände insgesamt 254 Fälle mit Kombi-Behandlungen identifiziert werden, das waren etwa 11% aller ARS-Fälle der Katamneseuntersuchung. Dazu kamen weitere 287 Fälle von ARS mit (teil-)stationärer Beteiligung, die nicht explizit als Kombibehandlung ausgewiesen worden sind.

Strukturdaten Kombibehandlung (n=254 – 79,9% männlich, 21,1% weiblich)

Jünger als 19	0,0%
20 - 29	6,6%
30 - 39	17,3%
40-49	43,7%
50-59	26,8%
60-69	4,7%
Älter als 70	0,1%

Die Rücklaufquote lag bei 44,5%. Erfolgsquoten nach DGSS3 liegen bei 86,7%, nach DGSS4 bei 38,6%.

Strukturdaten ARS mit (teil-)stationärer Beteiligung

(n=541 aus 47 Fachstellen Sucht – 72,8% männlich, 27,2% weiblich)

Jünger als 19	0,4%
20 - 29	5,9%
30 - 39	16,6%
40 - 49	40,7%
50 - 59	29,4%
60 - 69	6,1%
Älter als 70	0,9%

Die Rücklaufquote lag bei 46,8%. Erfolgsquoten nach DGSS3 liegen bei 87,0%, nach DGSS4 bei 40,6%.

Insgesamt bestätigen diese Katamnese-Ergebnisse die Wirksamkeit von Kombi-Behandlungen und spiegeln die Ergebnisse der beiden Patientenzufriedenheitsbefragungen. Eine Vergleichbarkeit ergibt sich aus dem Abgleich der Strukturdaten. Die vorliegenden Fallzahlen lassen eine Bewertung des Therapieerfolges zu. Eine differenziertere Betrachtung der Ergebnisqualität von Kombi-Behandlungen erfolgt an anderen Stellen.