

60. Further Fortbildungstag

Nachsorge in der Sucht-Reha: Wer? Was? Wie lange?



15.11.2011

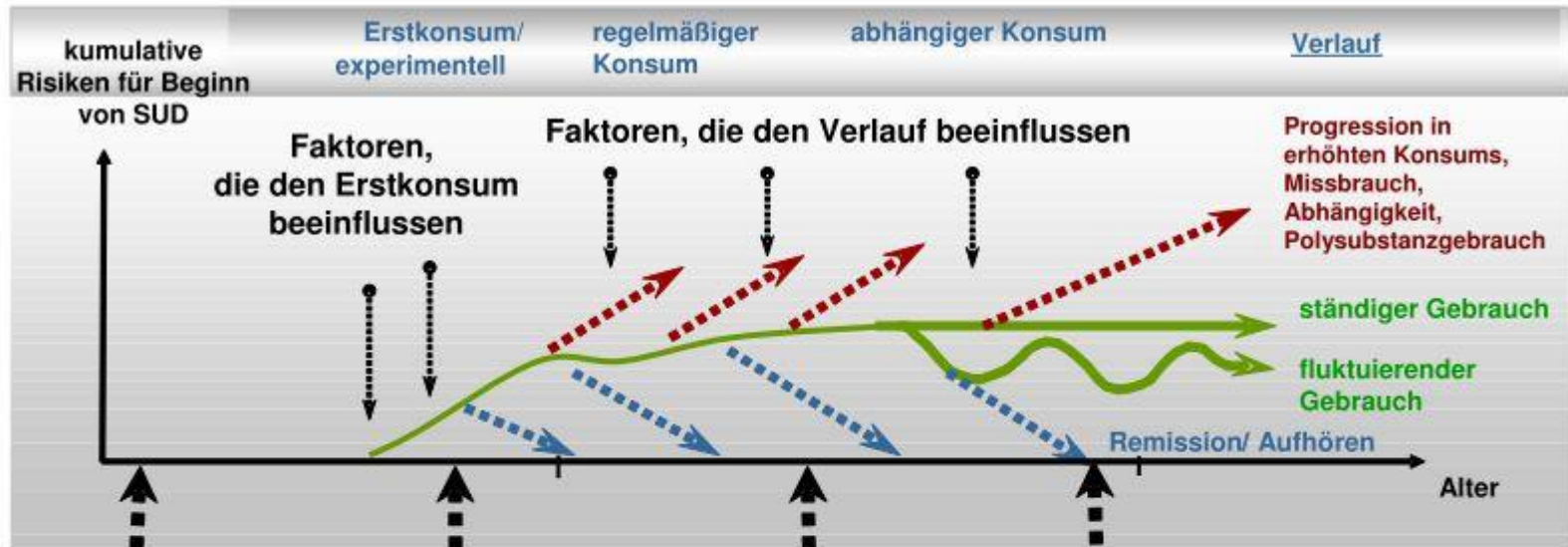
Worum geht es?

- Die Sucht-Reha-“Kette“
- Nachsorge und Nachhaltigkeit
- Wer – was – wie lange?

Warum Nachhaltigkeit?

- Eine Suchterkrankung ist eine „lange Geschichte“
- Die Hilfe sollte von Art, Dosis und Zeitpunkt her angemessen erfolgen

Die „lange Geschichte“.



Vulnerabilität (angeboren oder erworben)

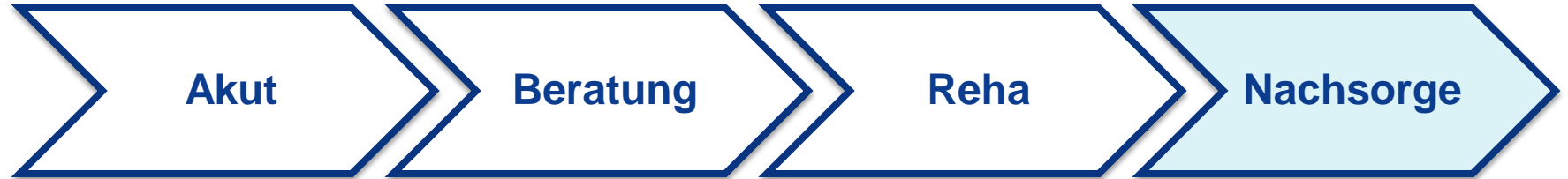
- Geschlechte
- genetische Faktoren
- perinatale Faktoren
- Entwicklungsfaktoren
- ungünstige soziale Erfahrungen/ Bedingungen
- Temperament, Persönlichkeit
- frühkindliche Erfahrungen
- neuropsychologische Faktoren

spätere/ proximale Risikofaktoren

- Psychopathologie
- familiäres Klima
- Selbstachtung/ Selbstwirksamkeit/ Selbstkontrolle
- kogn./ neuropsychologische Funktion
- Lebensereignisse und ungünstige soz. Bedingungen
- Drogenverfügbarkeit/ gleichzeitiger Gebrauch
- soziale Unterstützung/ peer group

Beispiele für Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren

Sucht-Behandlung – ein Prozess.



Rentenversicherung (Angebote im Bereich Such-Reha)

- Ambulante Reha-Nachsorge (klassische Form)
 - Adaption (Teil der medizinischen Reha)
 - Betreutes Wohnen (in Gruppen)
 - (Berufliche Integration, zählt nicht zur medizinischen Reha)
-

Krankenversicherung

- Hausärztliche Weiterbetreuung
- Fachärztliche Weiterbetreuung/Psychotherapie
- Soziotherapie

Verschiedene Träger/Organisationen

- betriebliche/betriebsärztliche Betreuung
- betreutes Einzelwohnen
- Therapeutische Wohngemeinschaften
- Selbsthilfe-Angebote
- (Sozialtherapeutische Langzeiteinrichtungen)

Was soll denn nachhaltig sein?

- Beitragszahlung?
- Abstinenz?
- Teilhabe am Leben?

Reha rechnet sich – aber für wen?

- Gesellschaft
- Kostenträger
- Betriebe
- Patient

DRV: Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach Entwöhnungsbehandlung 2004

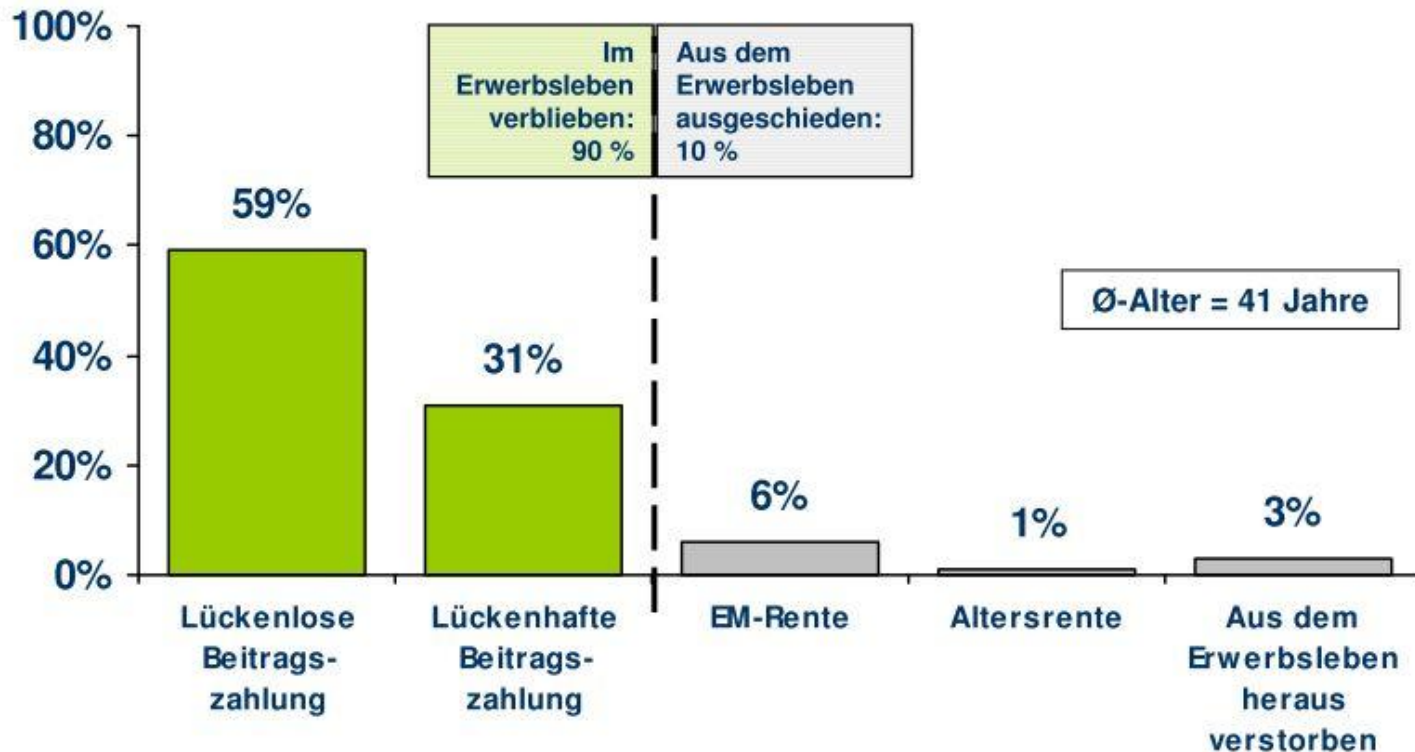
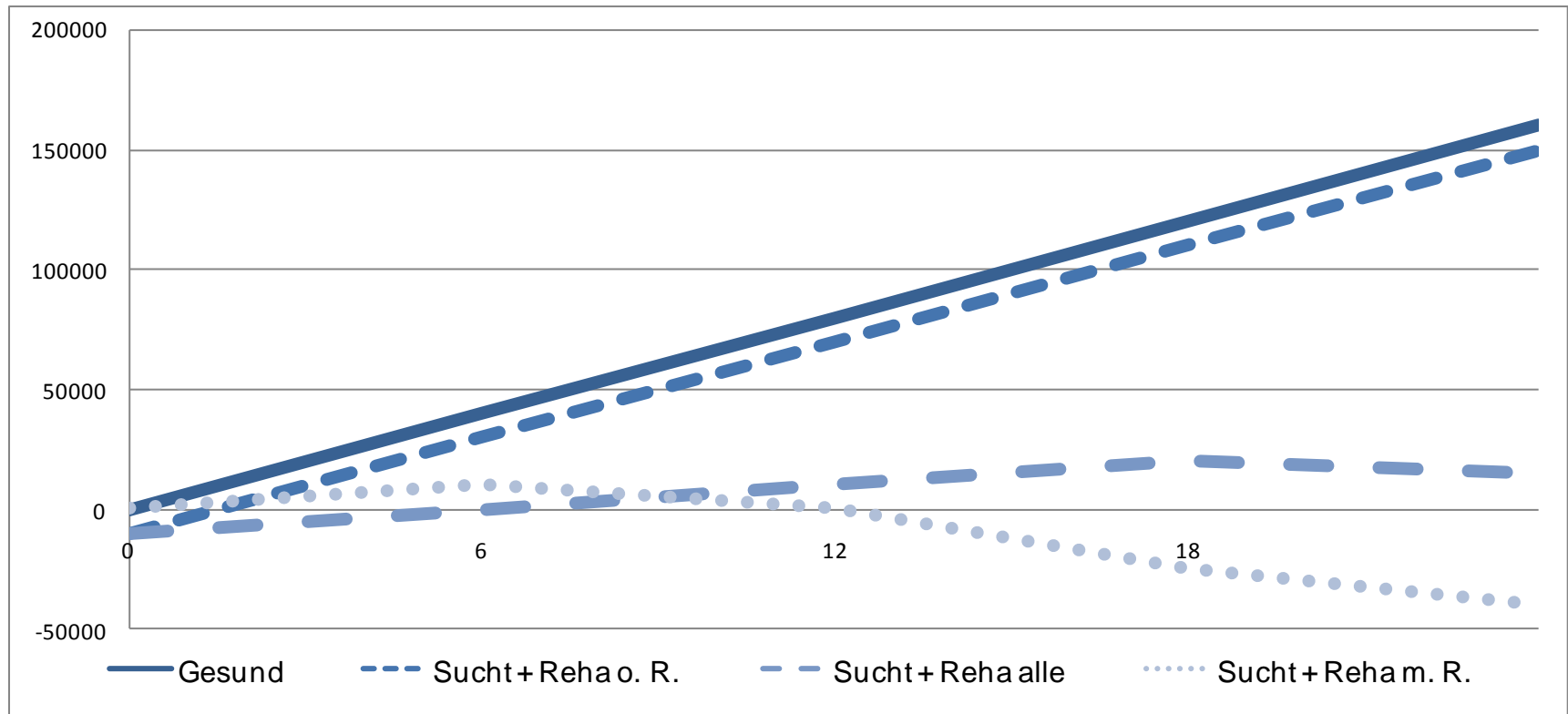


Abb. 26 Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation (ohne sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI)



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2008, eigene Berechnungen

Kostenträger DRV (85% der stat. Sucht-Rehas)



Alkoholinterventionen: Return on Investment (ROI)

- Volkswirtschaftlich (Beispiel CH):

Return on investment in prevention

	Tobacco	Alcohol
Return on investment	41	23
Confidence intervals	(28 - 48)	(11 - 29)

- Betrieblich (Beispiel USA):
ca. 4 US\$ Kosteneinsparung für 1 US\$ Prävention

Evaluationsebenen nach Schulte (1993)

- (Psychopathologische) Symptomatik
- Krankheitsfolgen
- Theoriebezogene Wirkfaktoren/Zielvariablen

Symptomatik z. B. bei Alkoholabhängigkeit

- Erfolg = Symptommfreiheit = Abstinenz! (?)
- Gilt das auch für Reha z. B. bei Depression, Angst- oder Schmerzerkrankung?
- Sucht-Reha: Höchste Erfolgsrate gemessen mit härtestem Kriterium

Alkoholinterventionen: Abstinenzraten

- Prävention:

**Effektivität suchtpräventiver LKP
(Botvin, 1996)**

Nach einem Jahr

- etwa 50% weniger Raucher
- etwa 50% weniger Alkoholkonsumenten
- etwa 50% weniger Marijuanaexperimentierer

- Therapie:

DGSS 3 (N=5.893)		DGSS 4 (N=10.461)	
4.263	72,4%	4.263	40,8%

Nach einem Jahr abstinent

Gute Prognose bei

- günstigen Randbedingungen (bio/psycho/sozial)
- raschem initialen Erfolg
- guter Beziehung zwischen Patienten und Behandlern
- strukturiertem Therapie-Ansatz
- hoher Erfolgserwartung des Patienten
- Booster-Sitzungen