

Entwicklung und Evaluation eines ärztlich-psychotherapeutischen Befundberichts.

Option für neue Zugangswege in die Suchtrehabilitation

Martin Brünger (1), Tim Krüger (1), Peter Missel (2), Lothar Feige (3), Karla Spyra (1)

(1) Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin,

Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Berlin

(2) MEDIAN Kliniken Daun, Verhaltensmedizinisches Zentrum für Seelische Gesundheit,

Daun

(3) Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburger Institut für

Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung, Wolfsburg

Hinweis:

Dies ist ein Postprint der Veröffentlichung Brünger M, Krüger T, Missel P, Feige L, Spyra K. Entwicklung und Evaluation eines ärztlich-psychotherapeutischen Befundberichts.

Option für neue Zugangswege in die Suchtrehabilitation. Phys Med Rehab Kuror 2018; 28: 32-38; DOI: 10.1055/s-0043-120573

Bitte zitieren Sie ausschließlich die hier genannte Veröffentlichung mit der DOI 10.1055/s-0043-120573.

Einleitung

Abhängigkeitserkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen in Deutschland mit einer 12-Monats-Prävalenz von 5,7% (exklusive Nikotinabhängigkeit) gemäß Deutschem Erwachsenen Gesundheitssurvey (DEGS) [1]. Hierbei sind Suchterkrankungen besonders häufig untereinander und mit anderen psychischen Störungen komorbid [1,2] und weisen gemessen an disability-adjusted life years (DALY) die höchste gesellschaftliche Belastung aller Krankheiten überhaupt auf [3]. Daher ist eine adäquate Therapie von Menschen mit Suchterkrankungen sowohl aus individueller als auch Public Health-Perspektive besonders bedeutsam.

Die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen spielt eine bedeutende Rolle bei dem Ziel, dauerhaft abstinent zu leben bzw. die Rückfallfrequenz, -schwere und -dauer zu

minimieren [4]. Es bestehen zahlreiche Hinweise für die Wirksamkeit von Entwöhnungsbehandlungen. Hierzu liegen Überblicksarbeiten vor [u.a. 5]. Weiterhin existieren jährliche Katamnese-Untersuchungen hinsichtlich der Abstinenzquoten bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen [u.a. 6]. Auch die Deutsche Rentenversicherung betont in ihrer Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen [7] und in den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit [8] die Bedeutung der multimodalen Entwöhnungsbehandlung. Zudem wurde die Bedeutung von komorbidem problematischem Suchtmittelkonsum in nicht auf Sucht spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen erkannt [9]. Daneben bestehen aus gesundheitsökonomischer Perspektive Hinweise für eine positive Kosten-Nutzen-Relation für die Therapie alkoholbezogener Störungen inklusive der Entwöhnung [10,11].

In der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ wird daher empfohlen, den Patientinnen und Patienten im Anschluss an die Entzugsphase postakute Interventionsformen, insbesondere medizinische Rehabilitationen, nahtlos anzubieten [12]. Untersuchungen zeigen jedoch für Alkoholabhängigkeit, dass die Vermittlungsquoten von Entgiftung bzw. qualifiziertem Entzug in die Entwöhnung je nach Definition und Studie lediglich zwischen 11% und 30% liegen [13]. Für illegale Drogen liegt die geschätzte Prävalenz der Inanspruchnahme professioneller Hilfe für Personen mit Abhängigkeit von illegalen Drogen gemäß Epidemiologischem Suchtsurvey 2012 zwischen 31,7% und 48,4%. Entwöhnungsbehandlungen machen hier allerdings nur einen Teil aller professionellen Hilfen aus [14]. Zudem ist die Anzahl der stationären und ambulanten Entwöhnungsbehandlungen im Bereich der Deutschen Rentenversicherung von 2010 bis 2015 um etwa 20% zurückgegangen, obgleich die Prävalenz von Abhängigkeitserkrankungen seit Jahren auf hohem Niveau liegt [15].

Diese Befunde deuten auf die Existenz von Barrieren im Zugang zur Entwöhnungsbehandlung hin. Aktuell sind in das Antragsverfahren zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Regelfall Suchtberatungsstellen eingebunden, welche das Formular „Sozialbericht – Psychosoziale Grundlagen“ ausfüllen. Aufgrund der geringen Vermittlungsquoten scheint die Erschließung

ergänzender Zugangswege auf der Grundlage einer qualifizierten Befundung durch Ärzte bzw. Psychotherapeuten vergleichbar zur somatischen und psychosomatischen Rehabilitation wünschenswert.

Ziel des hier vorgestellten qualitativen Forschungsprojekts ist daher die Entwicklung und Evaluation eines ärztlich-psychotherapeutischen Befundberichts, welcher im Zugang zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker zum Einsatz kommen kann. Der Befundbericht soll für alle Indikationen in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker nutzbar sein.

Material und Methodik

Es wurde eine qualitative Studie im Zeitraum Februar 2014 bis Januar 2016 durchgeführt. Zunächst wurden die Konstrukte und Informationen festgelegt, welche im Befundbericht erfasst werden sollen. Hierbei fand eine Orientierung an den sozialmedizinischen Begutachtungsleitlinien der Deutschen Rentenversicherung [7] und den bestehenden Antragsunterlagen statt. Weiterhin wurden die Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung zur Strukturqualität von Reha-Einrichtungen und an stationäre Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen [16] sowie die Reha-Therapiestandards berücksichtigt [8].

Um die spätere Anwendung des ärztlich-psychotherapeutischen Befundberichts so praktikabel und valide wie möglich zu gestalten, erfolgte bei der Konzeption des Befundberichts nach Möglichkeit eine Orientierung an bestehenden Instrumenten. Hierzu zählen der Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe und der zugehörige Fragebogen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen [17]. Eine wichtige Basis stellt die ICF-Klassifikation mit den Bereichen Teilhabe und Kontextfaktoren dar [18]. Die Erhebung eines psychopathologischen Befunds erfolgt in Anlehnung an das in der Psychiatrie etablierte System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP), wurde jedoch an die Bedürfnisse eines Screenings bei Abhängigkeitskranken angepasst [19].

Alkoholbezogene Störungen repräsentieren bei Weitem die häufigsten Diagnosen in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker [20]. Daher wurden die Consumption Questions des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) als Screening-Instrument in die Entwurfsversion des Befundberichts integriert [21].

In der ersten Entwurfsversion des Befundberichts werden auf sieben Seiten Angaben zur Person, biographische Angaben und Sozialanamnese, für die Rehabilitation relevante Diagnostik und belastende Faktoren (darunter Teilhabe und Kontextfaktoren), Vorbehandlung, Suchtmittelanamnese, psychopathologischer Befund und weitere Angaben zur beantragten Rehabilitation erfasst.

Evaluation des Befundberichts

Um diese Literatur-basierte erste Entwurfsversion des Befundberichts zu evaluieren, wurden im Rahmen eines sich anschließenden zweistufigen Delphi-Verfahrens strukturierte postalische Befragungen mit quantitativen und qualitativen Evaluationselementen zu Verständlichkeit und Relevanz von Items sowie Kapiteln des Befundberichts und zur globalen Bewertung durchgeführt [22].

An der Evaluation nahmen von 17 angefragten Personen 15 Expertinnen und Experten mehrerer Professionen (insbesondere Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie sowie Psychologische Psychotherapeuten) teil. Besonderer Wert wurde bei der Rekrutierung auf eine breitgefächerte Auswahl der Experten gelegt, um möglichst viele und potenziell unterschiedliche Sichtweisen und Erfahrungshintergründe relevanter Akteure im Suchthilfesystem in die Evaluation einzubinden. Unter den studienteilnehmenden Expertinnen und Experten sind daher die Bereiche stationäre Reha-Einrichtung, ambulante Reha-Einrichtung, Suchtberatung, vertragsärztliche Versorgung, Leistungsträger, Fachverband und Wissenschaft vertreten.

Die quantitative Analyse zur Verständlichkeit und Relevanz aller 86 Items und 7 Kapitel der Entwurfsversion sowie zur globalen Bewertung des Befundberichts erfolgte auf Basis

vierstufiger Likertskalen von 0 (negativ) bis 3 (positiv). Antworten auf offene Fragen und weitere Anmerkungen auf dem Befundbericht und Evaluationsbogen sowie in Anschreiben wurden inhaltsanalytisch in Anlehnung an Mayring ausgewertet [23].

Ablauf und Auswertung der zweiten Runde des Delphi-Verfahrens wurde analog zur ersten Runde gestaltet – aufgrund der hohen Zustimmung hinsichtlich Verständlichkeit und Relevanz der einzelnen Items mithilfe eines verkürzten, überwiegend qualitativen Evaluationsbogens.

Ergebnisse

Erste Delphi-Runde

Insgesamt konnte ein breiter Zuspruch der Experten zur Entwurfsfassung des Befundberichts verzeichnet werden. Dies zeigen die Auswertung der globalen Bewertung des Befundberichts und die Analyse der Rückmeldungen zu einzelnen Kapiteln und Items. Die Experten bewerteten den Aufbau mehrheitlich als sinnvoll und gaben die Einschätzung, dass alle wesentlichen Informationen im Befundbericht erfasst werden (**Abb. 1**). Diese Bewertung spiegelt sich beispielhaft auch in den offen geäußerten Meinungen zweier Experten wider:

„In der Gesamtkonzeption ist das umfassend, logisch und zielführend.“

„[Der] Befundbericht ist inhaltlich umfassend. [Die] Reihenfolge ist sinnvoll aufgebaut.“

Kritischer wurde in der ersten Delphi-Runde der zeitliche Aufwand zum Ausfüllen des Befundberichts gesehen. Hier äußerte ein beträchtlicher Teil der Experten die Meinung, dass der Aufwand nicht oder eher nicht vertretbar sei (**Abb. 1**). Dies deckt sich mit der Einschätzung eines Mitarbeiters einer Suchtklinik im qualitativen Evaluationsteil:

„Allerdings bezweifle ich, dass zum Beispiel Hausärzte diesen Aufwand zu leisten gewillt sind. Da würde ich eine deutlich abgespeckte Version empfehlen.“

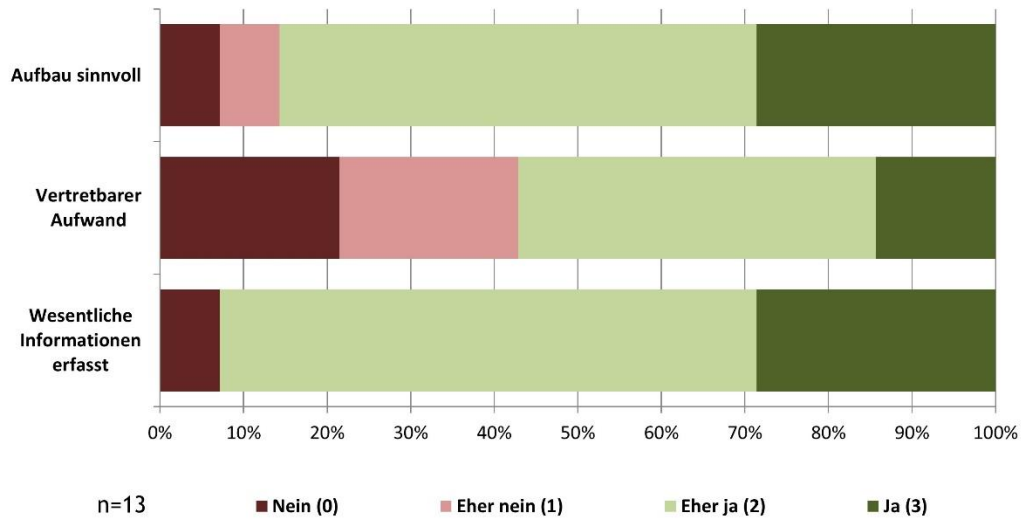


Abb. 1 Globale Bewertung des Befundberichts (Delphi-Runde 1)

Fast alle Experten beurteilten die Relevanz der sieben Kapitel der Entwurfsversion für die sozialmedizinische Begutachtung des Reha-Antrages als „wichtig“ oder „sehr wichtig“. Die Relevanz des psychopathologischen Befunds wurde etwas geringer als die der anderen Kapitel bewertet (**Abb. 2**). Dies deckt sich mit den Ergebnissen der qualitativen Analyse. Hier wurde von einzelnen Experten die Streichung oder eine reduzierte Erfassung des psychopathologischen Befunds empfohlen. Dies traf auch auf die Erfassung von Aktivitäten, Partizipation und Kontextfaktoren nach ICF zu.

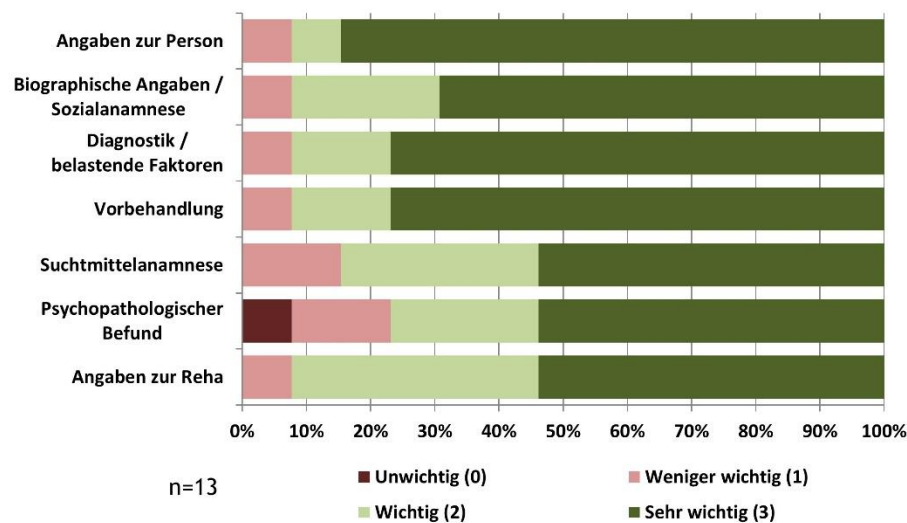


Abb. 2 Relevanz einzelner Kapitel für die sozialmedizinische Begutachtung des Reha-Antrags

Die Verständlichkeit und Relevanz der einzelnen Items für die sozialmedizinische Begutachtung beim Leistungsträger wurde in allen Fällen von der bei Weitem überwiegenden Anzahl an Experten als gegeben angesehen. **Abb. 3** und **4** zeigen beispielhaft für die Items des Kapitels Vorbehandlung die Bewertungen der Experten.

Die Zielsetzung des Befundberichts wurde als sinnvoll erachtet und begrüßt, wie exemplarisch die Äußerung eines Mitarbeiters einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung demonstriert:

„Die Erstellung eines ärztlich-psychotherapeutischen Befundberichts zur Beantragung einer Suchtrehabilitation ist unbedingt lohnend und unterstützenswert.“

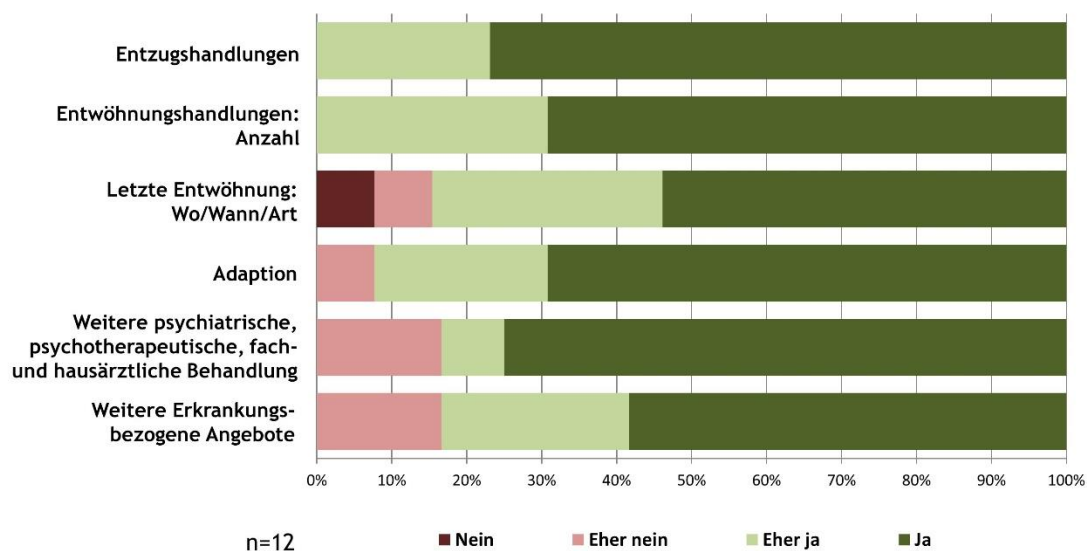


Abb. 3 Verständlichkeit der Items des Kapitels Vorbehandlung

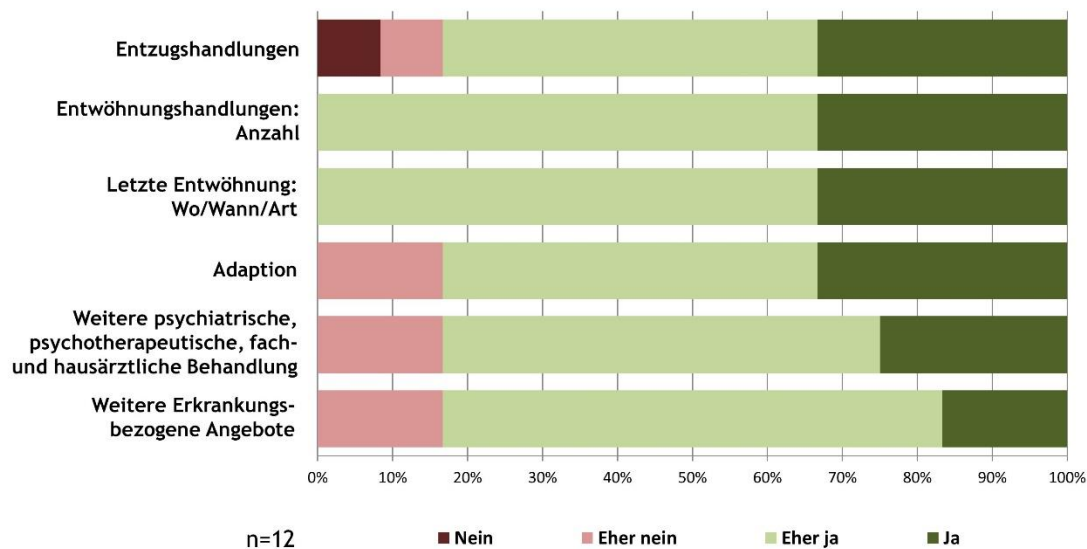


Abb. 4 Relevanz der Items des Kapitels Vorbehandlung für die sozialmedizinische Begutachtung des Reha-Antrags

Zweite Delphi-Runde

Die Rückmeldungen der Experten in der ersten Delphi-Runde führten zu einer Überarbeitung der ersten Entwurfsversion des Befundberichts. Der psychopathologische Befund und die Erfassung von Aktivitäten, Partizipation und Kontextfaktoren nach ICF wurden in einen fakultativen Anhang ausgegliedert. Dieser Anhang kann dann ausgefüllt werden, wenn dies aus Sicht des Arztes bzw. Psychotherapeuten besonders relevant für den Reha-Antrag erscheint. Damit konnte der Hauptteil des Befundberichts von sieben auf fünf Seiten verkürzt werden.

Zudem wurde die Übersichtlichkeit weiter verbessert, indem das Design vereinheitlicht und nach Möglichkeit die Seitentrennung nach Sinnabschnitten eingeführt wurde. Neu wurde ein

Deckblatt geschaffen, welches die Zielsetzung des Befundberichts erläutert und Hinweise zum Ausfüllen gibt und somit die Anwendung des Befundberichts erleichtern soll. Um den Aufwand für Ärzte und Psychotherapeuten weiter zu minimieren, wurde auf die Möglichkeit explizit hingewiesen, dass insbesondere Angaben zur ausfüllenden Einrichtung, zum Versicherten sowie biographische Angaben und Sozialanamnese auch durch Personal ausgefüllt werden können.

Inhaltlich erfolgten auf Basis der Expertenvorschläge kleinere Änderungen durch Streichungen (inhaltliche Überschneidungen von Items, z.B. zu Suizidalität), Ergänzungen (z.B. Erfassung von Haustieren im Haushalt, Substitutionsbehandlungen in der Vorgeschichte) und Konkretisierungen (z.B. Differenzierung des Bezugs von Arbeitslosengeld I und II). Weiterhin erfolgte eine bessere Abgrenzung in der Erhebung von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen einerseits und pathologischem Glücksspiel bzw. pathologischem PC-/Internetgebrauch andererseits.

Die überarbeitete Fassung des Befundberichts wurde erneut an die Experten zur Re-Evaluation geschickt. Die Rückmeldung im Rahmen der zweiten Delphi-Runde war ganz überwiegend positiv und übertraf noch die Einschätzung in der ersten Delphi-Runde. Dies zeigt der Vergleich der globalen Bewertung der ersten und zweiten Runde: In allen drei übergreifenden Fragen ergab sich auf der von 0 (negativ) bis 3 (positiv) reichenden Likert-Skala ein deutlicher Anstieg um jeweils 0,5 bis 0,6 Punkte auf Mittelwerte zwischen 2,1 und 2,6 Punkten (**Abb. 5**).

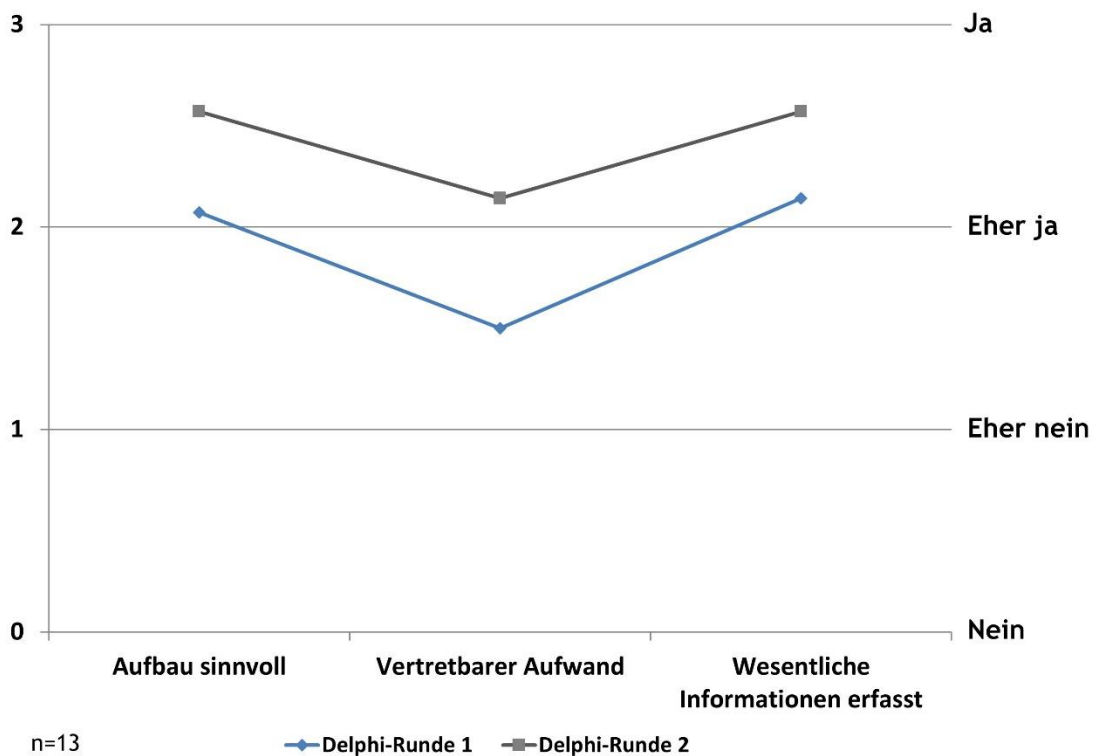


Abb. 5 Vergleich der globalen Bewertung in Delphi-Runden 1 und 2

Bei einigen wenigen Items erfolgten nach Hinweis der Experten erneut Präzisierungen. Da es keine neuen substanziellen Änderungsvorschläge gab, konnte das Delphi-Verfahren abgeschlossen und die Pilotversion des Befundberichts finalisiert werden.

Diskussion

Eine Entwurfsversion des ärztlich-psychotherapeutischen Befundberichts wurde Literaturbasiert erstellt und anschließend von Experten im Rahmen eines zweistufigen Delphi-Verfahrens evaluiert und weiterentwickelt. Die globale Bewertung des ärztlich-psychotherapeutischen Befundberichts durch die beteiligten 15 Expertinnen und Experten ergab in der ersten Delphi-Runde ein überwiegend positives Bild, welches in der Folgebefragung nach Überarbeitung noch günstiger ausfiel. Aufbau, Inhalt und Verständlichkeit des Befundberichts wurden durch die Experten insgesamt positiv

eingeschätzt. Die Schaffung eines ergänzenden Zugangsweges in die Rehabilitation Abhängigkeitskranker wurde begrüßt. Auf Basis der qualitativen und quantitativen Auswertung der Rückmeldungen zu einzelnen Items und Kapiteln wurden Präzisierungen, Umstellungen und Streichungen an der Entwurfsversion des Befundberichts vorgenommen und eine Pilotversion des Befundberichts erstellt.

Die Pilotversion umfasst in der Langfassung fünf Seiten plus einen zweiseitigen fakultativ auszufüllenden Anhang für psychopathologischen Befund sowie Teilhabe und Kontextfaktoren nach ICF. Die Zielgruppe dieser Langfassung des Befundberichts stellen insbesondere Fachärzte und Psychotherapeuten im ambulanten Sektor dar. Um auf die besonderen Rahmenbedingungen bei Hausärztinnen und Hausärzten einzugehen, wurde auf Basis des Delphi-Verfahrens zusätzlich eine zweiseitige Version des Befundberichts konzipiert. Diese verzichtet auf den fakultativen Anhang und enthält die wesentlichen Bestandteile der Langfassung. Beide Fassungen des ärztlich-psychotherapeutischen Befundberichts sind im Internet frei zugänglich [24].

Der Befundbericht wurde so konzipiert, dass er nach Möglichkeit bestehende Instrumente aufgreift. Dies kann das Ausfüllen des Befundberichts durch die Anwender erleichtern. Weiterhin wurden überwiegend Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien verwendet. Dies soll zum einen die Geschwindigkeit beim Ausfüllen erhöhen und kann zum anderen insbesondere die weniger such- bzw. sozialmedizinisch erfahrenen Anwender unterstützen, alle für die Befundung relevanten Informationen zu bedenken und somit dazu beitragen, die Vollständigkeit der Angaben zu erhöhen. Um auch vom Regelfall abweichende Eintragungen vermerken zu können, wurden bei Bedarf zusätzlich Freifelder bzw. die Rubrik „Sonstiges“ mit der Möglichkeit zur Spezifizierung implementiert.

Auf die Möglichkeit einer fundierten Befundung wurde bei der Konzeption des Befundberichts besonderen Wert gelegt. Separat werden stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen, pathologisches Glücksspiel bzw. pathologischer PC-/Internetgebrauch und weitere psychische Störungen, aber auch andere für die Behandlung relevante Diagnosen gemäß ICD-10 erfasst. Die Infektionskrankheiten AIDS (HIV) und Hepatitis C (HCV), welche bei Drogenkonsum

überproportional häufig komorbid auftreten können [25,26], werden expressis verbis zur Auswahl gestellt.

Neben einer aktuellen Suchtmittelanamnese, welche ergänzend psychiatrische, neurologische und andere Auffälligkeiten im Zusammenhang mit dem Suchtmittelkonsum umfasst, wird die Vorbehandlung sowohl hinsichtlich bisheriger Entzugs-, Entwöhnungs- und Substitutionsbehandlungen sowie Adaptionen als auch in Bezug auf die weitere psychiatrische, psychotherapeutische und ärztliche Behandlung erfasst. Hierzu gehören sonstige in Anspruch genommene erkrankungsbezogene Angebote wie sozialtherapeutische Maßnahmen, therapeutisches Wohnen und Selbsthilfegruppen. Bei Bedarf kann umfassend und angepasst an das Auftreten bei Abhängigkeitskranken erstmals im Antragsverfahren auf Suchtrehabilitation strukturiert ein psychopathologischer Befund dokumentiert werden.

Auf Grundlage des Befundberichts und der weiteren Antragsunterlagen wird der sozialmedizinische Dienst des Leistungsträgers zudem in die Lage versetzt, Rehafähigkeit und -bedürftigkeit sowie Rehamotivation hinreichend zu beurteilen.

Mit dem ärztlich-psychotherapeutischen Befundbericht steht eine Alternative zum Sozialbericht zur Verfügung, welche perspektivisch im Rahmen eines Reha-Antragsverfahrens bei Abhängigkeitserkrankungen zum Einsatz kommen kann. Andere Screening-Instrumente wie die Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE) [27] oder das Konzept der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) [28] dienen eher der Differenzierung verschiedener Fallgruppen bzw. der Fallschwere und sind als Interview respektive Selbsterhebungsinstrument konzipiert. Im Gegensatz zum Sozialbericht, welcher in der Regel in Suchtberatungsstellen ausgefüllt wird, basieren die Angaben im Befundbericht auf einer qualifizierten Befundung durch Fachärzte bzw. Psychotherapeuten.

Suchtberatungsstellen erreichen aus unterschiedlichen Gründen nicht alle Abhängigkeitserkrankten. Dies kann beispielsweise durch eine geringe Dichte an Angeboten der Suchtkrankenhilfe gerade im ländlichen Raum bedingt sein. Es ist am Beispiel von Schwerpunktpraxen Sucht bekannt, dass die Überweisungshäufigkeit von Abhängigkeitskranken durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit zunehmender

Entfernung signifikant abnimmt [29]. Noch deutlich vor anderen Hilfsangeboten wie ambulanten Suchtberatungsstellen werden am häufigsten niedergelassene Ärzte durch Personen mit Abhängigkeitserkrankungen konsultiert [14]. So werden etwa 80% der Alkoholabhängigen wenigstens einmal im Jahr im ambulanten Sektor ärztlich betreut [30].

Zu den weiteren Ursachen der geringen Inanspruchnahme von Suchtrehabilitationen zählen die unzureichende Problemwahrnehmung für die schädlichen Wirkungen einer Substanzabhängigkeit durch Betroffene und die generell geringe Inanspruchnahme professioneller Hilfe [14]. Hinzu kommt, dass die Abhängigkeitsdauer vor der ersten Entwöhnungsbehandlung gemäß einer Auswertung des Fachverbandes Sucht für Fachkliniken mit Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit im Mittel bei 12,9 Jahren liegt [31]. Besonders gering fällt bislang die Vermittlungsquote aus ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Praxen aus. Lediglich etwa 2,6% der Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in der stationären Suchtrehabilitation werden durch den vertragsärztlichen Bereich vermittelt [6]. Durch eine ergänzend ermöglichte direkte Antragstellung einer Entwöhnungsbehandlung im niedergelassenen Bereich könnten schnittstellenbedingte und andere Hürden im Zugang zur Suchtrehabilitation zumindest in Teilen abgebaut werden und bislang unterversorgte Patientengruppen mit Rehabilitationsbedarf eine bedarfsorientierte und leitliniengerechte Therapie erhalten.

Im Gegensatz zu allen anderen Indikationsgruppen inklusive psychosomatischer Rehabilitation existieren jedoch bislang bundesweit flächendeckend keine direkten Zugangspfade in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker, obwohl bereits 2010 ein gemeinsames Positionspapier der Bundesärztekammer und des Fachverbandes Sucht die Absenkung der Zugangshürden in die Suchtrehabilitation und die direkte Antragstellung mithilfe eines ärztlichen Befundberichtes durch niedergelassene Ärzte forderte [32]. Regional bzw. auf einzelne Leistungsträger und Rehabilitationskliniken begrenzte direkte Zugangswege in die Suchtrehabilitation wie bei der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland zeigen, dass eine Implementierung neuer Zugangspfade grundsätzlich möglich ist und

hierdurch Betroffene mit Rehabilitationsbedarf einer Entwöhnungsbehandlung zugeführt werden können [33,34].

Limitationen und Stärken

Das vorliegende Forschungsprojekt weist sowohl Stärken als auch Limitationen auf. Aufgrund des qualitativen Studiendesigns kann die Studie keinen repräsentativen Anspruch erheben. Ein Vorteil des Forschungsprojekts liegt jedoch in der detaillierten Experten-Evaluation und daraus abgeleiteten Weiterentwicklung der ersten Entwurfsversion zur Pilotversion des Befundberichts im Rahmen des Delphi-Verfahrens. Die breite Auswahl der Experten aus relevanten Bereichen des Suchthilfesystems und der Wissenschaft unter Einbeziehung mehrerer Leistungsträger stellt eine weitere Stärke der Studie dar. Für die Implementierung eines ergänzenden Zugangsweges in die Suchtrehabilitation ist die Akzeptanz der zuständigen Leistungsträger notwendig. Auch wenn regional Hinweise bestehen, dass durch ergänzende Zugangswege zusätzliche Betroffene in die Suchtrehabilitation geführt werden können [33,34], sollte untersucht werden, welche Menschen durch ergänzende Zugangswege erreicht werden können und von diesen profitieren.

Schlussfolgerung

Es wurde ein Diagnosen-fundierter und ICF-begründeter ärztlich-psychotherapeutischer Befundbericht entwickelt und in einem Delphi-Verfahren durch Experten evaluiert. Im Befundbericht können alle relevanten Aspekte für die sozialmedizinische Begutachtung des Rehabilitationsantrages auf Basis einer qualifizierten ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Befundung erfasst werden. Mithilfe des neuen Befundberichts könnten ergänzend zum etablierten Zugang über Suchtberatungsstellen zukünftig neue Zugangswege in Entwöhnungsbehandlungen für Patientengruppen erschlossen werden, bei denen Barrieren im Zugang zur Suchtrehabilitation bestehen.

Literaturverzeichnis

1. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2014; 85: 77-87
2. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21: 655-679
3. Effertz T, Mann K. The burden and cost of disorders of the brain in Europe with the inclusion of harmful alcohol use and nicotine addiction. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013; 23: 742-748
4. Vogelgesang M. Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. *Rehabilitation* 2016; 55: 256-266
5. Vogelgesang M. DGRW-Update: Alkoholabhängigkeit. *Rehabilitation* 2011; 50: 292-297
6. Bachmeier R, Feindel H, Herder F et al. Effektivität der stationären Suchtrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell* 2017; 24: 53-69
7. Deutsche Rentenversicherung Bund. Leitlinie für die sozialmedizinische Beurteilung. Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen. Berlin; 2014
8. Deutsche Rentenversicherung Bund. Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. Berlin; 2016
9. Schlöffel M, Funke W, Pollmann H et al. Gegenwärtige Praxis des Umgangs mit komorbidem problematischem Suchtmittelkonsum in nicht auf Sucht spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen – Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung. *Rehabilitation* 2016; 55: 95-101
10. UKATT Research Team. Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ* 2005; 331: 544
11. Bestmann A, Büschges JC, Köhler J et al. Return to Work bei Abhängigkeitserkrankungen nach medizinischer Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. *Sucht* 2016; 62: 216
12. AWMF. S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". Düsseldorf; 2015
13. Weithmann G, Hoffmann M. Vermittlung in Entwöhnung nach Alkoholentzugsbehandlung. *Sucht* 2006; 52: 297-303
14. Gomes de Matos E, Kraus L, Pabst A et al. Problembewusstsein und Inanspruchnahme von Hilfe bei substanzbezogenen Problemen. *Sucht* 2013; 59: 355-366
15. Deutsche Rentenversicherung Bund. Rehabilitationsleistungen im Zeitablauf 2016. Berlin; 2016
16. Deutsche Rentenversicherung Bund. Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen. Berlin; 2010
17. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. München; 2010
18. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: DIMDI; 2005
19. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Göttingen: Hogrefe; 2006
20. Deutsche Rentenversicherung Bund. Rehabilitation 2015. Berlin; 2016
21. Dybek I, Bischof G, Grothues J et al. The reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a German general practice population sample. *Journal of studies on alcohol* 2006; 67: 473-481
22. Häder M. Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: Springer VS; 2014
23. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz; 2015

24. Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft,. Ärztlich-psychotherapeutischer Befundbericht für Abhängigkeitskranke. Version 1.0. Im Internet: <http://medsoz.charite.de/befundbericht/> abgerufen am 15.09.2017
25. Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet* 2008; 372: 1733-1745
26. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet* 2011; 378: 571-583
27. Buchholz A, Rist F, Kufner H et al. Die deutsche Version des Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit. *Sucht* 2009; 55: 219-242
28. Spyra K, Köhn S, Ammelburg N et al. Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) – Entwicklungsprozess und ausgewählte Ergebnisse am Beispiel der Suchtrehabilitation. *Rehabilitation* 2011; 50: 298-307
29. Coder B, Röske K, Ulbricht S et al. Die Kooperation niedergelassener Ärzte mit den Schwerpunktpraxen „Sucht“ in Mecklenburg-Vorpommern. *Psychiat Prax* 2007; 34: 283-288
30. Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U et al. Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen bei Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *Sucht* 2000; 46: 9-17
31. Weissinger V. Zugangswege erweitern, Übergänge optimieren: Handlungsbedarf und -ansätze am Beispiel der Suchtrehabilitation. *Sucht aktuell* 2017; 24: 15-33
32. Bundesärztekammer, Fachverband Sucht. Hausärztliche Versorgung und Suchtbehandlung – Erkennen, Steuern, Handeln. *Dtsch Arztebl* 2010; 107: A1877-1878
33. Forschner L, Kriz D, Nübling R. Neuer Zugangsweg in die Entwöhnungsbehandlung für arbeitslose und suchtkranke Menschen. Modellprojekt „Magdeburger Weg“. Eine retrospektive Studie zur Katamnese der Behandlungsjahrgänge 2007, 2008, 2009. *Sucht aktuell* 2015; 19: 70-76
34. Ueberschär I, Kampczyk U, Schmidtke B et al. Die Notwendigkeit eines einfachen Zugangs in die Rehabilitation Suchtkranker. *Sucht aktuell* 2017; 24: 11-14