



ARS

als modernes Gesundheitszentrum
unter Public Health Aspekten

Dr. med. David V. Steffen

I A N V A Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH

FVS+, Kongress Münster 2024,
28.06.2024



Dr. D. V. Steffen - Interessenkonflikte

- Niedergelassener Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Saarlouis, insgesamt 3 Sitze Psychiatrie & ärztl. Psychotherapie, 3 angestellte Fachärzte)
- Leitender Arzt von Ianua G. P. S. mbH, Saarlouis
- Vorstandsmitglied des BVDN Saar und Landessprecher Saarland, ambulanter Vertreter im Länder-Trio Saarland der DGPPN
- Vorstandsmitglied des FVS+
- Mitglied: DGPPN, BVDN, BVDP, BVVP Saar, DG-Sucht, DGS, FVS+, Facharztforum Saarland
- Mitglied der Vertreterversammlung der KV Saarland, Vorsitzender „Beratender Fachausschuss Psychotherapie“ der KV Saarland und im „Gemeinsamen Beirat Psychotherapie“ der Ärztekammer des Saarlandes und der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes, Landesbeirat „Sucht“
- Dozent an mehreren psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten





Eingangsüberlegungen zur ARS und Standortbestimmung

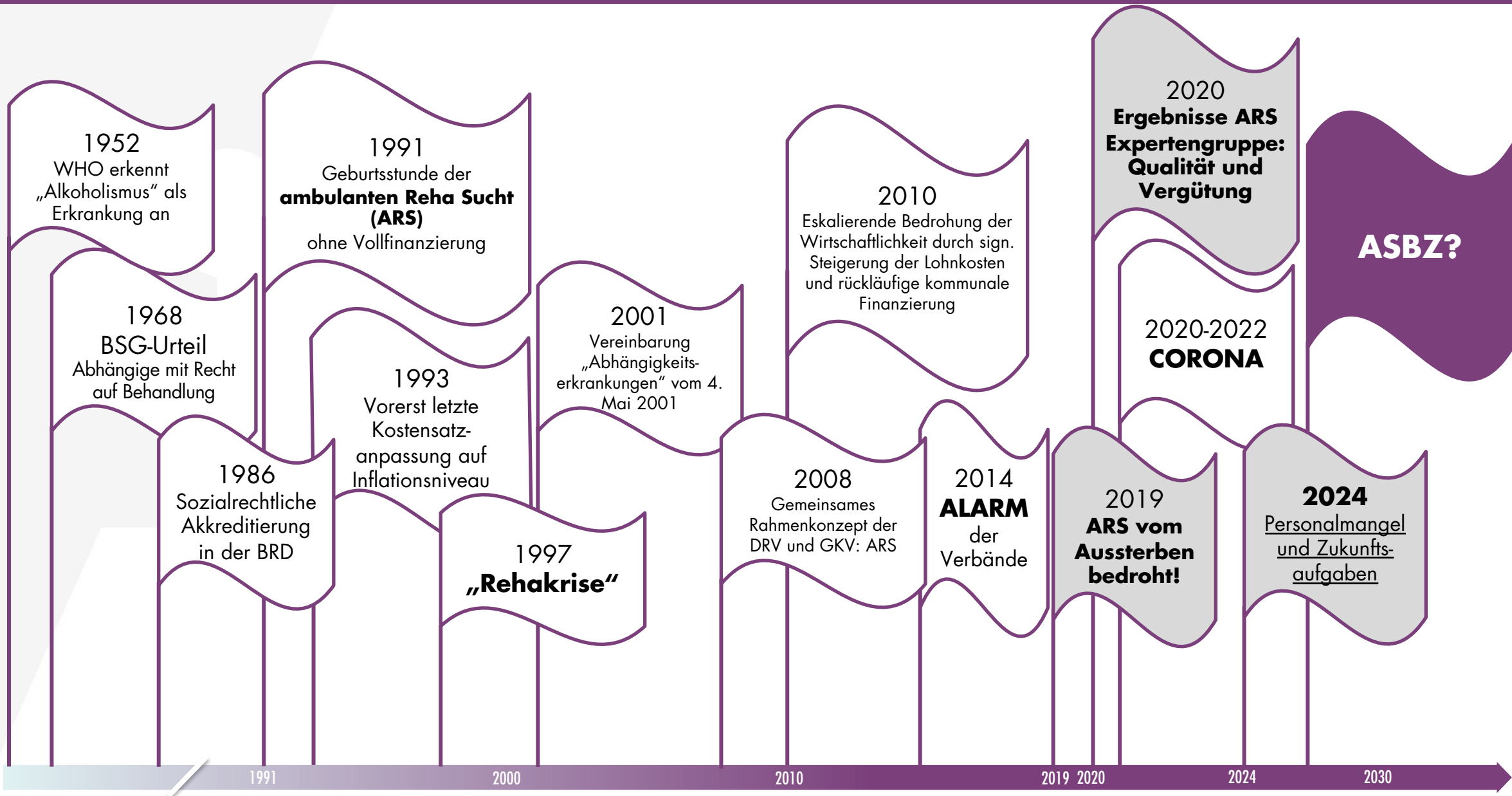
ARS als modernes Gesundheitszentrum unter Public Health Aspekten

Dr. med. David Steffen

IANVA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH



Historie der ARS



Zentrales Zukunftsproblem

Das Hauptproblem der nächsten Dekade wird nicht mehr sein, wie die Behandlung bezahlt wird, sondern wer sie überhaupt noch durchführt (=Personalmangel)!

Nach Hr. Minister Lauterbach: in den nächsten 10 Jahren fehlen mind. 50.000 Ärzte, Tendenz steigend (ca. +3.000-5.000/a)!!!



„Gesundheitspolitischer Trend (BMG)“

- **GKV-Finanzstabilisierungsgesetz**
- **Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)**
- **Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens Digital-Gesetz (DigiG)**
- **Cannabisgesetz (CanG)**
- **Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (Versorgungsgesetz I)**
- **Gesetz zum Umbau der gematik zur Digitalagentur**
- **Gesetz zur Krankenhausreform**
- **Gesetz zur Reform des Rettungsdienstes**
- **Gesetz zur Reform der Notfallversorgung**
- **Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (Versorgungsgesetz II)**



„Gesundheitspolitischer Trend“

digital
vor
ambulant
vor
stationär

In Österreich seit
Ende 2023 offizielle
staatliche
Ausrichtung des
Gesundheitswesens.



„Gesundheitspolitischer Trend“

“Wenn ich als Arzt mit einem Patienten spreche, habe ich bereits seine alten Befunde im Computersystem. Ich frage: Wie fühlen Sie sich? Die ganze Zeit hört eine Spracherkennungssoftware zu und überträgt die Stichpunkte, die wichtig sind, in die elektronische Patientenakte. Ich [als Patient] kann mit der KI über meine eigene ePA sprechen. Sie kann mir Empfehlungen geben, und ich kann sie fragen, ob bei meiner Behandlung vielleicht Fehler gemacht worden sind.“

(Prof. Karl Lauterbach, [spiegel.de](https://www.spiegel.de), 09.11.2023)



„Gesundheitspolitischer Trend“

GESUNDHEITS-
KIOSK

digital (ePA, eRz...)

**koordinierte und
bedarfsgerechte
sektorübergreifende
Versorgung**

**Stärkung der
Prävention???**

Krankenhausreform
(Level 1i als Hausarztersatz und ambulantes
Versorgungszentrum, §115g SGB V,
„zukünftige Facharztschiene“)

AMBULANTISIERUNG

„nur der Klinik“ (AOP, §115b Abs. 1 SGB V)

Klinikinsolvenzen
Personal-
mangel

Entbürokratisierung

Pflegekraft mit
Heilkundekompetenz
(community health nurse)

Abschaffung der doppelten
Facharztschiene?!



„Gesundheitskiosk“

1.300x

- **Niedrigschwellige Beratung**
- **Vermittlung von Leistungen:** medizinisch, Prävention und Gesundheitsförderung und Anleitung zu deren Inanspruchnahme
- **allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen** zur medizinischen und sozialen Bedarfsermittlung
- die **Koordinierung** der erforderlichen Gesundheitsleistungen und Anleitung zu deren Inanspruchnahme
- die **Unterstützung** bei der Klärung gesundheitlicher und sozialer Angelegenheiten
- die **Bildung eines sektorenübergreifenden Netzwerkes;**
- Durchführung einfacher **medizinischer Routineaufgaben** wie z.B. Blutdruck und Blutzucker messen, Verbandwechsel, Wundversorgung und subkutane Injektionen – veranlasst von Ärztinnen und Ärzten
- perspektivisch: Erweiterung um ergänzende Beiträge zur Sicherstellung der Primärversorgung



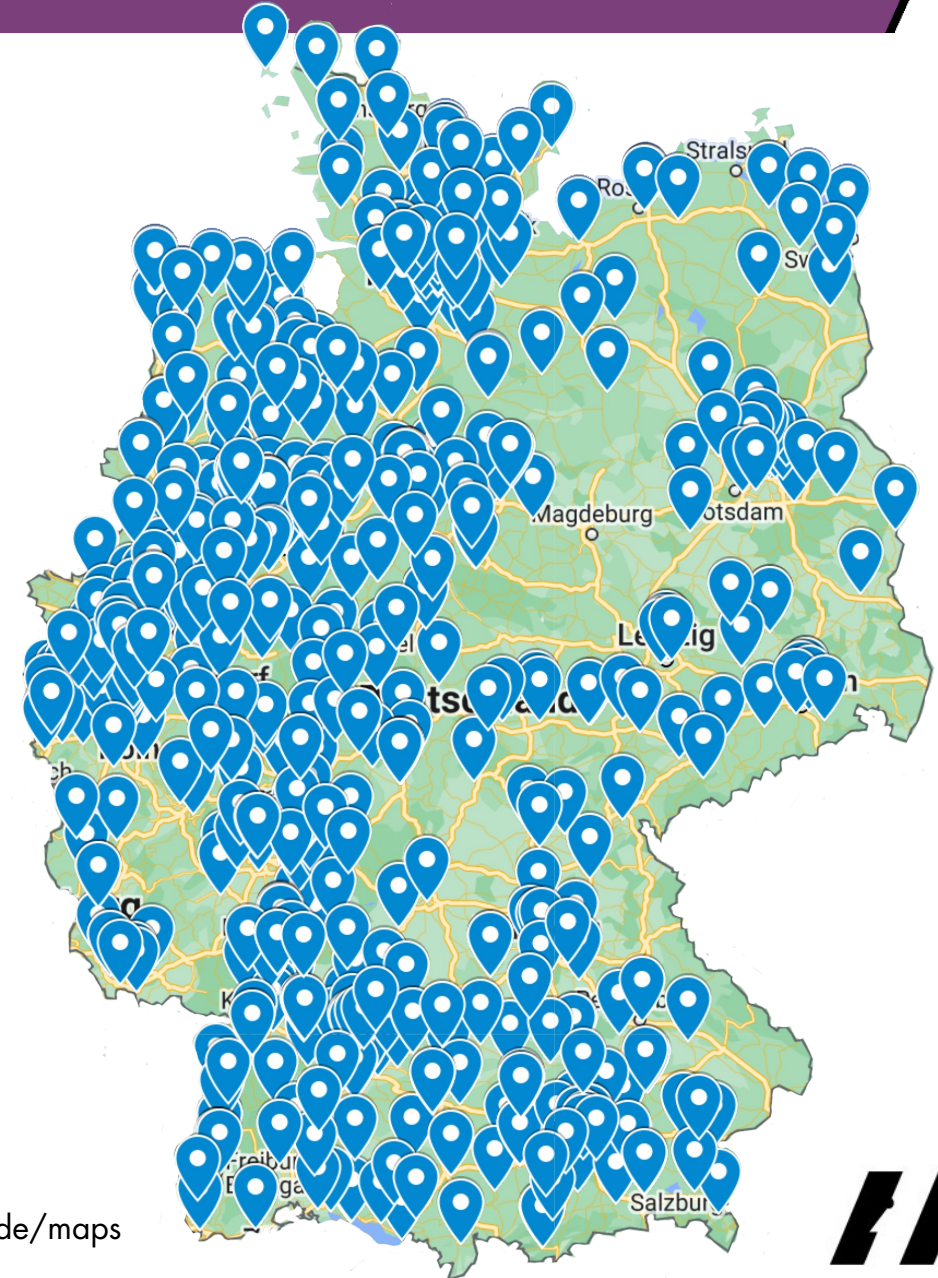
Eingangsthesen

- **ARS** ist eine hocheffektive multiprofessionelle Behandlung Abhängigkeitskranker
- Die **ambulante Rehaeinrichtung** könnte eine entscheidende Schlüsselrolle in Beratung, Entzug, Motivation, Rehabilitation, Suchtnachsorge und begleitende sowie anschließende fachärztliche und psychotherapeutische Mit- und Weiterbehandlung inkl. Fallsteuerung einnehmen (koordiniert und sektorübergreifend).



Ambulante Reha Abhängigkeitskranker (ARS)

- **370 anerkannte ARS-Einrichtungen in Deutschland**
(ohne Nebenstellen)
- ca. 5.200 ARS pro Jahr
- ca. 1.000 ambulante Weiterbehandlungen
- ca. 1.000 Kombi-Rehabilitationen
- ca. 9.000 Suchtnachsorge-
maßnahmen



Rehabilitandencharakterisierung (ARS)

- 74,4% Männer, 61,2% in Partnerschaft, 60,9% erwerbstätig
- Durchschnittsalter 45,7±13,0 Jahre
- 72% F10.2, 9,9% F63.0, 6,6% F12.2, 4,5% F19.2, 3,3% F15.2
- **50% mit behandlungsbedürftiger psychischer Komorbidität während ARS:**
- 30,4% Affektive Störung (ICD-10: F3)
- 10,4% Neurotische-, Belastungs- & Somatoforme Störung (ICD-10: F4)
- 7,3% Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F6)

nach Basisdokumentation 2021, FVS+



„Sollbruchstellen“

- **Sektorgrenzen** zwischen Beratung – Akutbehandlung – Rehabilitation und durch die Sozialgesetzbücher auch während einer ARS
- Kein tatsächlich niedrigschwelliger Zugang, sondern hohe bürokratische Hürden (Motivationsphase, Bewilligung, Bearbeitungszeiten etc.) zwischen den Sektoren und Behandlungsstellen





ARS – Effektivität

ARS als modernes Gesundheitszentrum unter Public Health Aspekten

Dr. med. David Steffen

IANVA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH



Studien zur Ergebnisqualität ARS (DGSS4)

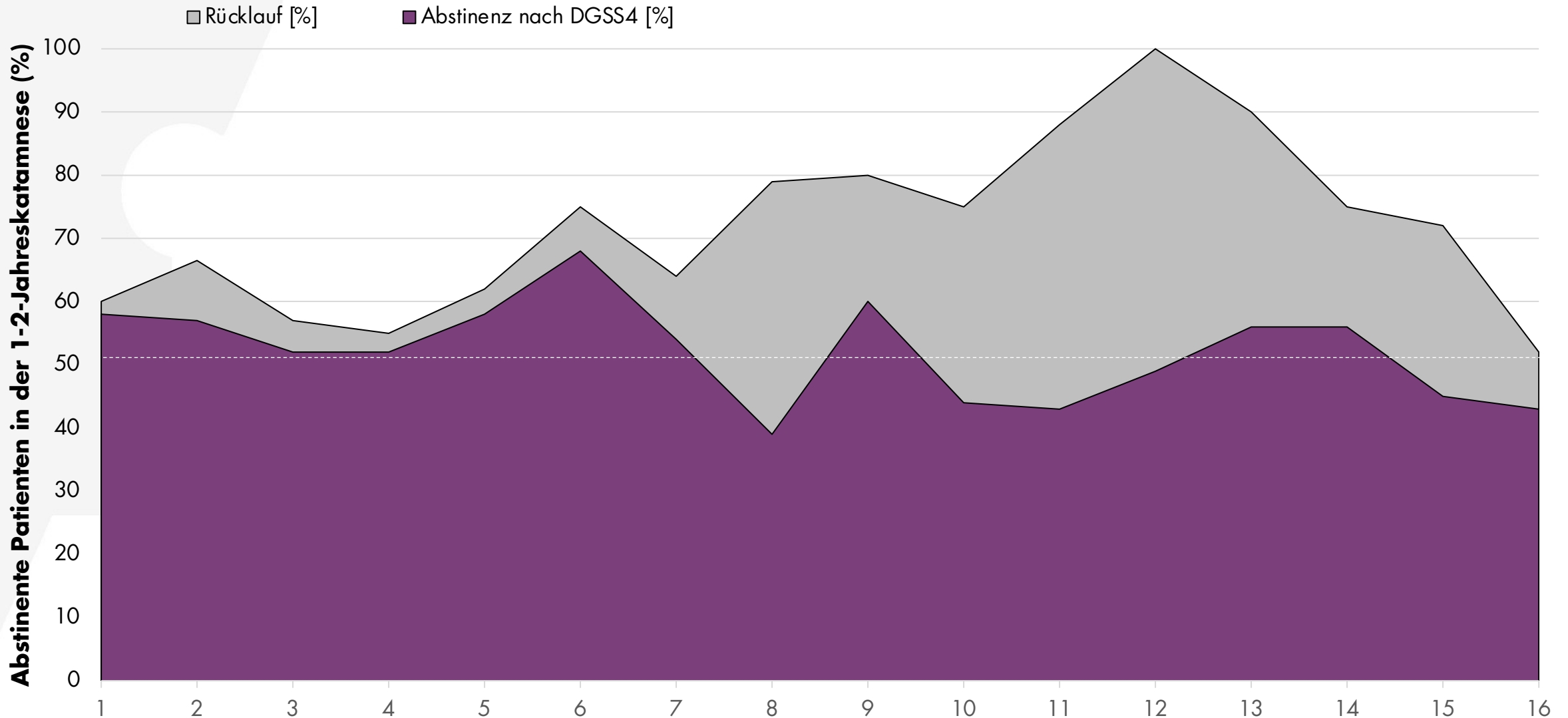
Kategorie	Steffen 2012 ¹⁾ n=259	FVS 2014 ²⁾ n=872	DCV/GVS 2015 ³⁾ n=935
Katamneserücklauf	61,8%	66,5%	[>45%, ca. 55%]
Katamnestische Abstinenzquote	57,5%	57,0%	52,0%
Abstinent	45,2%	49,4%	44,4%
Abstinent nach Rückfall	12,3%	7,6%	7,6%
Rückfällig (inkl. per Definition)	42,5%	43,0%	48%

DGSS4: Prozentuale Anteile beziehen sich auf alle Rehabilitanden im Bezugszeitraum ohne Drop-outs, Nichtantworter sind rückfällig per Definition, konservativste Berechnungsform

1. Steffen DV, Werle L, Steffen R, Steffen M, Steffen S: Nachhaltigkeit einer ambulanten psychoanalytisch-interaktionellen Suchtrehabilitation. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 2012, 80 (7), S. 394-401
2. Lange N, Steffen DV: Wirksamkeit der ambulanten Suchtrehabilitation bei Alkoholabhängigkeit: Ergebnisse einer multizentrischen Katamnesestudie nach berufsbegleitend ambulanter Suchtrehabilitation (ARS) bei Alkoholabhängigkeit. Deutscher Suchtkongress 2014
3. Walter-Hamann R, Wessel T: Einführung von Katamnesen in der Ambulanten Rehabilitation Sucht – Ausgewählte Ergebnisse der ersten Entlass-Jahrgänge 2011 und 2012. *Jahrbuch Sucht* 15, S. 199-213



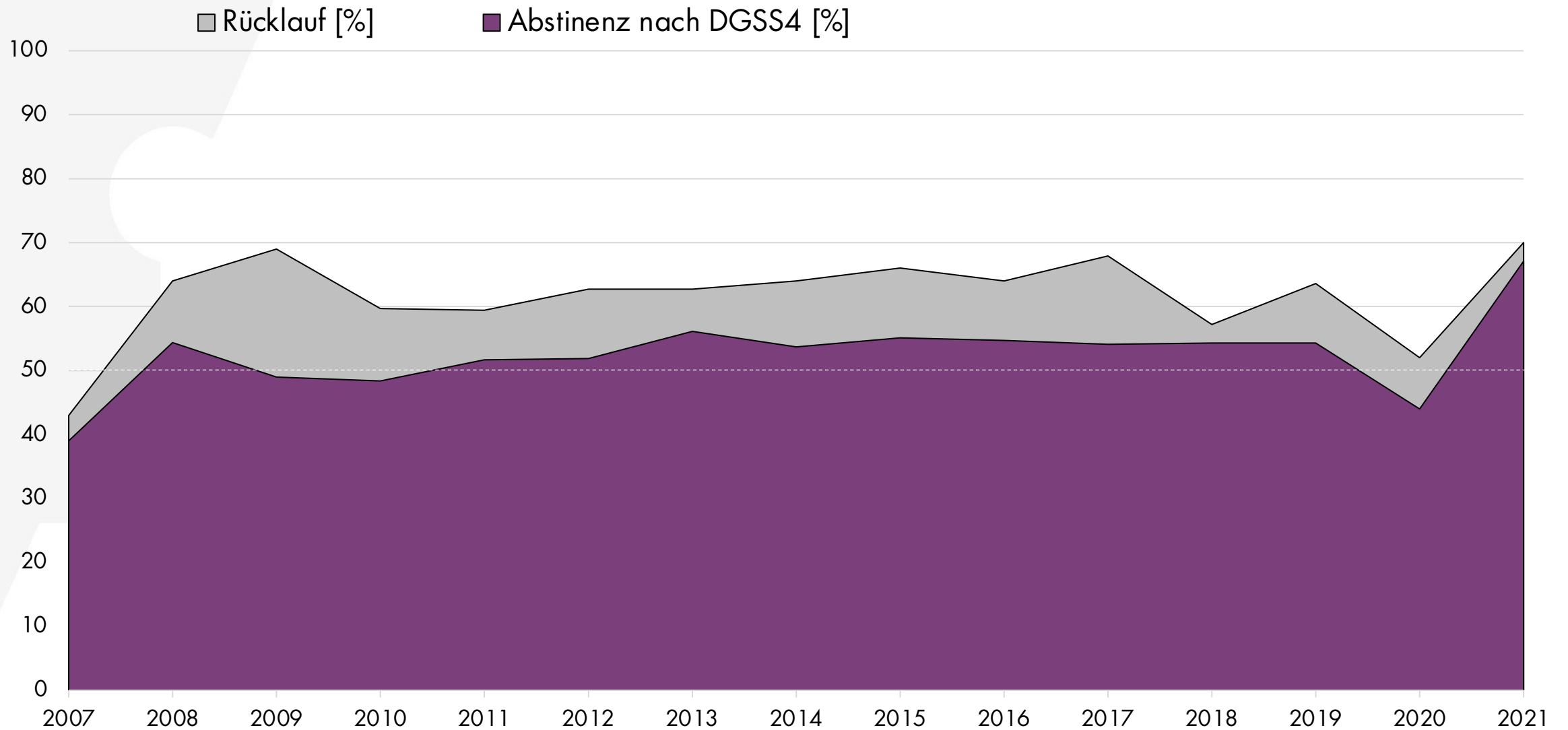
Übersicht der Ergebnisqualität in peer-review Studien zur ARS



Quelle: 1) Steffen et al. 2019, 2) Lange et al. 2014, 3) Walter-Hamann et. Wessel 2015, 4) Steffen et. al 2012 [Drogen], 5) Steffen et. al 2011a, 6) Steffen et. al 2011b, 7) Missel et al. 2011a, 8) Missel et. al 2010, 9) Mundle et al. 2001, 10) Soyka & Schmidt 2009, 11) Bottlender & Soyka 2005, 12) Bottlender & Soyka 2003, 13) Soyka et al. 2003, 14) Tecklenburg 2001, 15) Zeissler 1999, 16) Steffen et al. 2022



FVS-Katamnese (Entlassjahrgänge 2007-2021)



Gesamtstichprobe von n=4.873 mit 51,7% Abstinzquote nach DGSS4



Analyse von Prädiktoren der Abstinenz

Kategorie	β -Koeffizient	Signifikanz
Kontakt zu Selbsthilfegruppe	0.466	$p < 0,001$
Planmäßige Beendigung	0.100	$p = 0,003$
Kontaktzahl in Rehabilitation	0.082	$p = 0,020$
Zuvor ambulante Suchtrehabilitation	0.068	$p = 0,023$
Problematische Schulden > 10.000€	-0.069	$p = 0,018$
Alter bei Erstkonsum (später Beginn)	0.043	$p = 0,156$
Konsumjahre ohne Abhängigkeitssyndrom	0.002	$p = 0,957$
Anzahl vorangegangener Entzugsbehandlungen	-0.061	$p = 0,095$
Keine feste Beziehung	-0.029	$p = 0,382$
Arbeitslosigkeit	-0.001	$p = 0,984$

ANOVA: $R^2=0,333$, $F=39,72$, $p < 0,001$





GKV-Kostenentwicklung prä-post ARS und Qualifiziertem Entzug

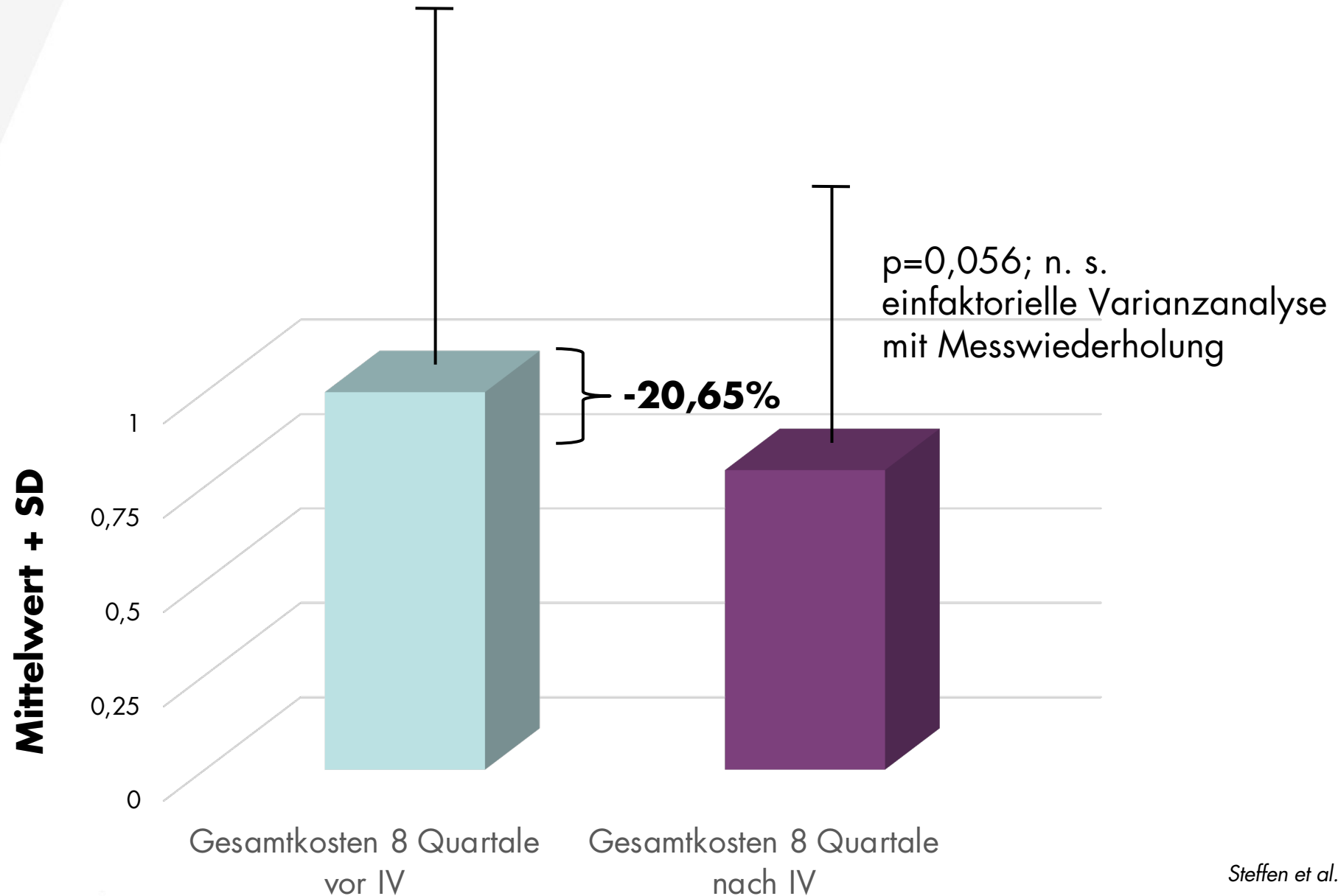
ARS als modernes Gesundheitszentrum unter Public Health Aspekten

Dr. med. David Steffen

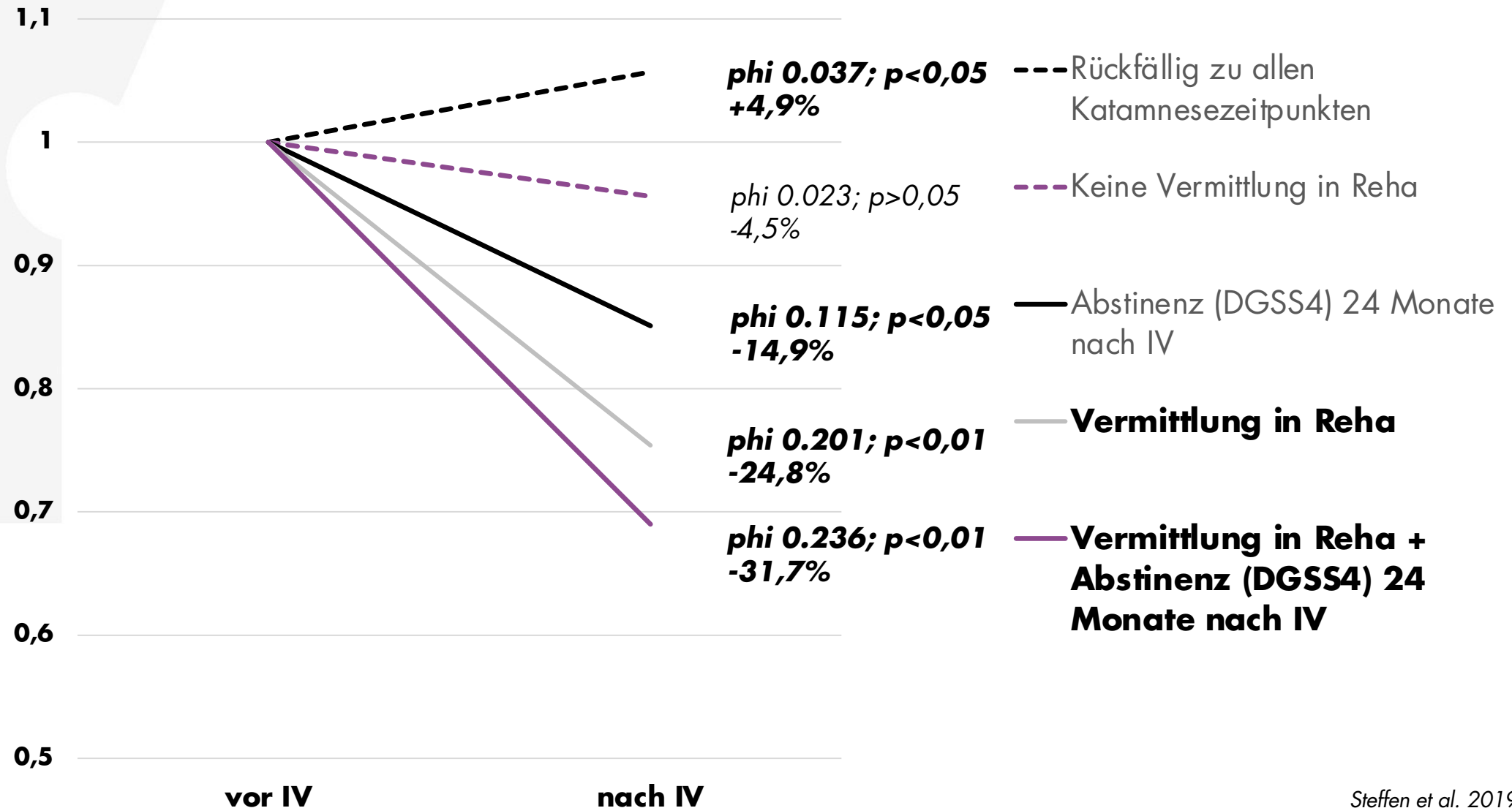
IANVA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH



Gesamtkosten (GKV): prä/post IV



Einflüsseffekte auf die Kostenveränderung





Die Vision...

ARS als modernes Gesundheitszentrum unter Public Health Aspekten

Dr. med. D. V. Steffen

IANVA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH



Vision eines ambulanten Suchtbehandlungszentrums

ASBZ

Fallmanagement

Beratung

Medizinische Behandlung
**Qualifizierter
Entzug und
Motivations-
phase**

Behandlung

ARS

„Nachsorge“

Suchtnachsorge,
fachärztliche &
psychotherap.
Weiterbehandlung
für ein Jahr

Selbsthilfe

Fachärztlich psychiatrische Mitbehandlung (eRz, eAU, ePA)

AOP, §115b Abs. 1 SGB V

SGB VI

§140 SGB V, §118 SGB V (PIAs), Ermächtigungsambulanz §116 Abs. 1 Satz 1 SGB V

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) §116b SGB V mit Öffnungsklausel für ambulante Rehabilitationseinrichtungen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

