

Die Rolle der Psychotherapie bei der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen aus Sicht der DRV

Dr. Ulrike Worringen

Bereich Interdisziplinäre Zusammenarbeit
Abteilung Rehabilitation der DRV Bund

Überblick

- Suchttherapie und Psychotherapie
- Bedeutung psychischer Komorbidität
- Rehabilitationskonzept
- Peer Review
- Therapeutische Leistungen in der Rehabilitation
- Reha-Therapie-Standard
- Personalstellenansatz
- Transprofessionelle Zusammenarbeit

Entwicklung der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen

- 1968 Sucht als Erkrankung sozialrechtlich anerkannt
- Ausbau der (stationären) Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen
- Bio-psycho-soziales Krankheitskonzept
- Multiprofessionelles Behandlungsteam
- Berufsgruppenspezifisch – und –übergreifend ein psychotherapeutisches Verständnis
- Psychotherapie – Suchttherapie: parallele Weiterentwicklungen
- Suchttherapeutische Weiterbildung durch DRV

Suchttherapeutische Weiterbildung

seit 1993 Deutsche Rentenversicherung



fundierte theoretische und praktische Weiterbildung auf der Grundlage eines **wissenschaftlich abgesicherten Psychotherapieverfahrens**, das aus einem verhaltenstherapeutischen oder tiefenpsychologischen Krankheitsmodell ableitbar ist für das **Tätigkeitsfeld der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen**

→ auf der Grundlage einer wissenschaftlich begründeten Theorie Aussagen zur **Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen unter Beachtung eines bio-psycho-sozialen Störungsmodells**

Psychotherapie – Heilkunde

Psychotherapiegesetz (PsychThG) seit 1999

- jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene **Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist** (§ 1 Abs. 3, Psychotherapeutengesetz)
- Als Voraussetzung für die Berufsausübung wird im PsychThG der Erwerb der **Approbation** (staatliche Zulassung) festgelegt.

Vergleich Psychotherapie - Suchttherapie

	Psychologische Psychotherapie	Suchttherapie
Zugang aus den Studiengängen	Psychologie	Medizin, Psychologie, Soziale Arbeit (Bachelor)
Theorie	600 Stunden	200 Stunden
Supervision	150 Stunden (50 Std. Einzel)	200 Stunden
Selbsterfahrung	120 Stunden	
Praktische Tätigkeit	1.800 Stunden	mind. 50% Tätigkeit in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen
Praktische Ausbildung	600 Stunden Richtlinienpsychotherapie SGB V	
Gesamtumfang	870 Stunden + 2.400 Tätigkeit	400 Stunden + Berufstätigkeit
Gesamtdauer	3 bzw. 5 Jahre (berufsbegleitend)	2-3 Jahre (berufsbegleitend)

Psychische Komorbiditäten bei Abhängigkeitserkrankungen

- Angsterkrankungen
- Depressive Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Essstörungen
-

→ **psychische Multimorbidität ist die Regel**

Aus der Praxis Thieme

Psychische Komorbidität bei Suchterkrankungen – Entstehung und Therapie eines komplexen Bedingungsgefüges

Monika Vogelgesang

Im Studium lernen wir die Diagnosekriterien des Abhängigkeitssyndroms kennen, in der psychotherapeutischen Ausbildung erwerben wir ein tieferes Verständnis der Verursachungsmechanismen der Sucht und werden an therapeutische Vorgehensweisen herangeführt. Der Praxischock erfolgt, wenn die realen Fälle sich als wesentlich komplexer erweisen als im Lehrbuch vorgesehen. Ursächlich hierfür ist nicht selten das Vorliegen psychischer Begleiterkrankungen.

Alkoholabhängige weisen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine 3,7-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine vorjährige Major Depression auf. Ihre Wahrscheinlichkeit im Vorjahr an einer Dysthymie gelitten zu haben ist um den Faktor 2,8 erhöht [1]. Bei 44 % in Behandlung befindlicher Alkoholabhängiger lag eine Störung aus dem depressiven Formenkreis vor [1].

Entsprechend ihres insgesamt deutlich höheren Vorkommens beim Frauen finden sich depressive Erkrankungen bei weiblichen Abhängigen häufiger als bei Männern. Depressive Störungen erhöhen bei Frauen die Wahrscheinlichkeit an einer Sucht zu erkranken und gehen bei ihnen eher der Sucht voraus, wohingegen bei Männern die Sucht der Depression zeitlich vorangeht [2][3]. Neben den depressiven Störungen kommen bei Suchterkrankten auch andere Störungen aus dem neurotischen Formenkreis sowie Persönlichkeitsstörungen häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung [4]. Über Zweifachstörungen hinausgehend gibt es in der Literatur kaum verlässliche Angaben. Suchterkrankungen ohne psychische Komorbidität treten im Setting der Entwöhnungstherapie immer weniger in Erscheinung. In der Klinik Münchwiess liegen sie mit 4 % nur bei einer Minderheit der Suchtklientel vor. Durchschnittlich werden hier 3,5 Diagnosen aus dem Bereich psychischer Störungen festgestellt. Neben den Suchterkrankungen führen Störungen aus dem depressiven Formenkreis sowie Angsterkrankungen, gefolgt von Persönlichkeitsstörungen [5].

Merke
Psychische Multimorbidität ist in der stationären Entwöhnung die Regel.

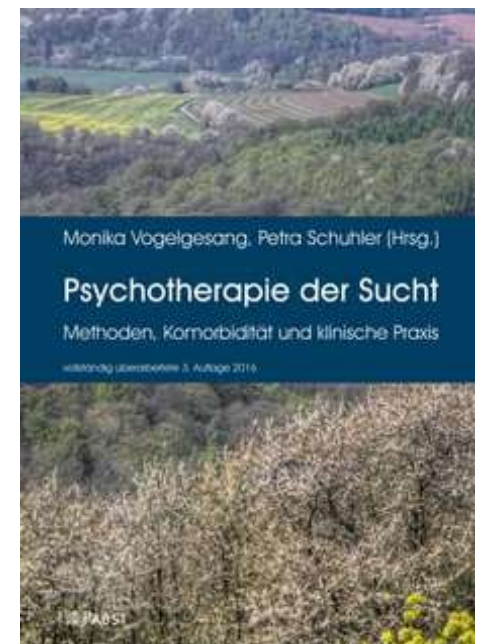
Suchtkranke mit psychischer Komorbidität sind seltener erwerbsfähig und öfter arbeitslos. Sie leiden unter einem stärkeren Kontrollverlust, heftigeren Entzugserscheinungen und weisen eine schlechtere Prognose sowohl bezüglich einer Suchtmittelabstinenz als auch der komorbiden Symptomatik auf [6][7]. Trotz ihrer gravierenden Folgen

wurde der psychischen Multimorbidität traditionell zu wenig Aufmerksamkeit zuteil. Erst in den letzten Jahren wendet sich die Forschung vermehrt dieser Thematik zu. Das Ausmaß, in dem die komorbide Symptomatik im klinischen Kontext gewürdigt wird, hängt wesentlich von dem jeweiligen Behandlungsetting ab. So wird man im Gegensatz zu psychosomatischen Kliniken und der ambulanten Psychotherapie im suchttherapeutischen Bereich immer die Substanzabhängigkeit als Hauptdiagnose einstufen.

Bezogen auf die nicht prioritär fokussierte Erkrankung besteht das Risiko, dass sie unterschätzt wird, dass ihr eine inadäquate Therapie zuteilwird und die Symptomatik persistiert. Eine mangelnde Würdigung der Komorbidität hat darüberhinausgehend auch negative Auswirkungen auf die Indexstörung: Aufgrund der Verwobenheit beider Störungen wird die Funktionalität auch der als prioritär eingestuft Erkrankung nicht vollumfänglich erkannt, mit der Folge ihrer unzureichenden Behandlung und Symptompersistenz.

PRAXISTIPP
Aus der mangelnden Beachtung psychischer Störungen folgt neben deren Persistenz auch eine Rückfallgefährdung bezüglich des Substanzkonsums. Deshalb ist es notwendig, nicht nur auf die gerade ins Konzept passende Erkrankung und einzelne Teile der Pathologie einer Patientin, sondern auf deren gesamte Person mit allen Symptomen und Ressourcen zu fokussieren. Unter Beachtung der für die einzelnen Störungen vorliegenden Standards kann Therapie dann als darauf bezogene individuelle „Maßanfertigung“ erfolgen.

Funktionalitäten
Die einzelnen Störungen sind in einem Sinzusammenhang miteinander verbunden, dessen Verständnis essen-



Bedeutung psychischer Komorbiditäten für die Behandlung (Vogelsang 2023)

- Psychische Komorbidität häufig, insbesondere depressive Störungen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen
- verschlechtert die Abstinenzprognose
- Störungssymptome sind vielfältig miteinander verbunden und halten sich gegenseitig aufrecht
- allen Störungen gleichwertige therapeutische Beachtung zu schenken
- Notwendigkeit des Setzens von Prioritäten, aber alle Symptome durchgängig im Auge behalten
- zwischen basalen Zielen, die für alle Störungen in der Therapie handlungsleitend sind, und spezifischen Zielen, die ausschließlich einzelnen Erkrankungen zugeordnet werden, unterscheiden
- Gefahr der kompensatorischen Eskalation von Symptomen, die gerade nicht im Fokus stehen, muss Beachtung finden und zu gegensteuernden Maßnahmen führen

DRV Begutachtungsleitlinie Abhängigkeitserkrankungen, 2018

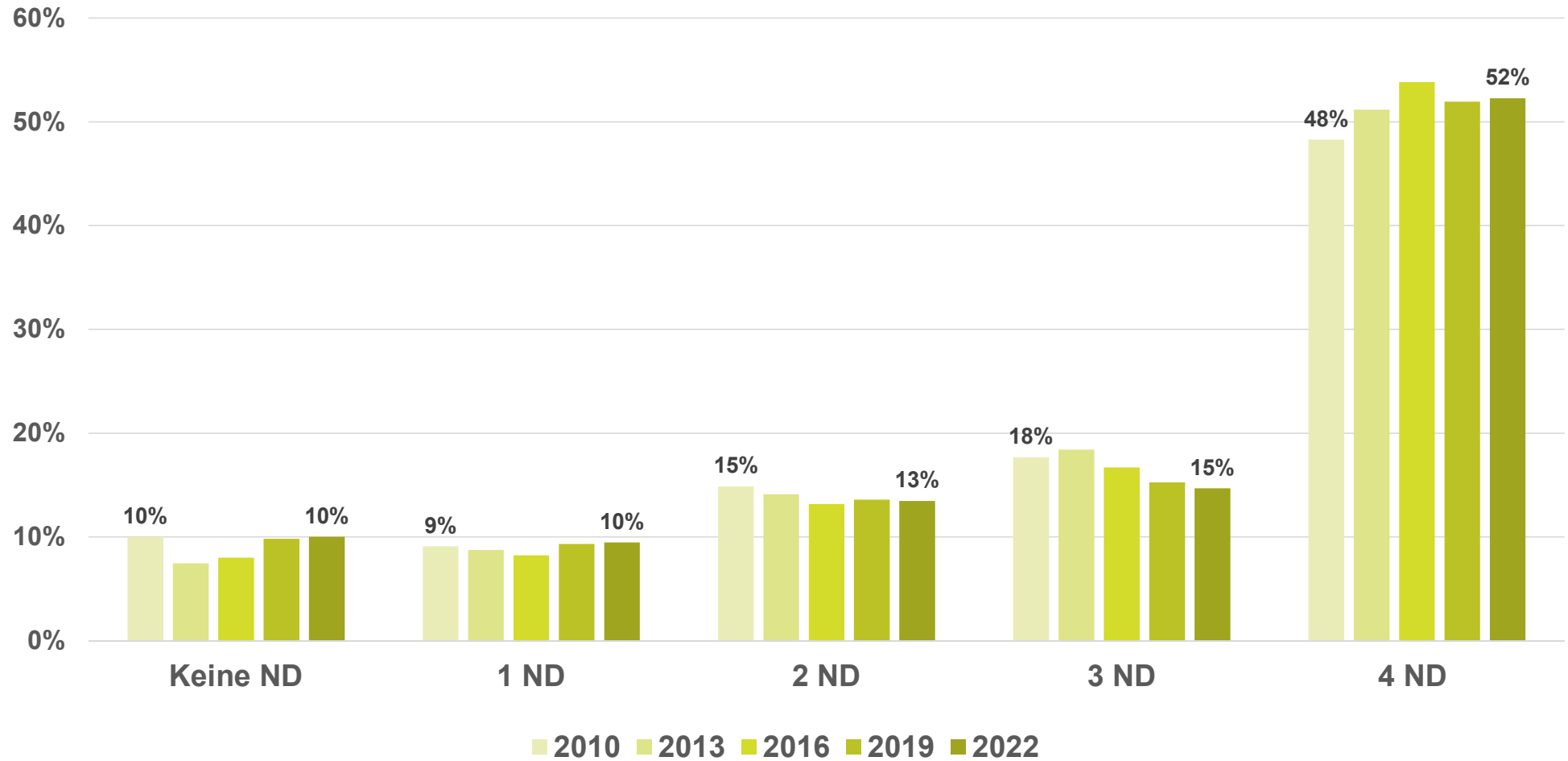
- organische Folgestörungen
- psychopathologische Auffälligkeiten wie organisch-psychische Folgestörungen, psychische Folgestörungen
- psychische Komorbiditäten schon vor Beginn der Abhängigkeit

können Aktivitäten und Teilhabe einschränken

qualitative Leistungseinschränkungen durch den Einfluss der Substanz z.B. auf Reaktionsfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit

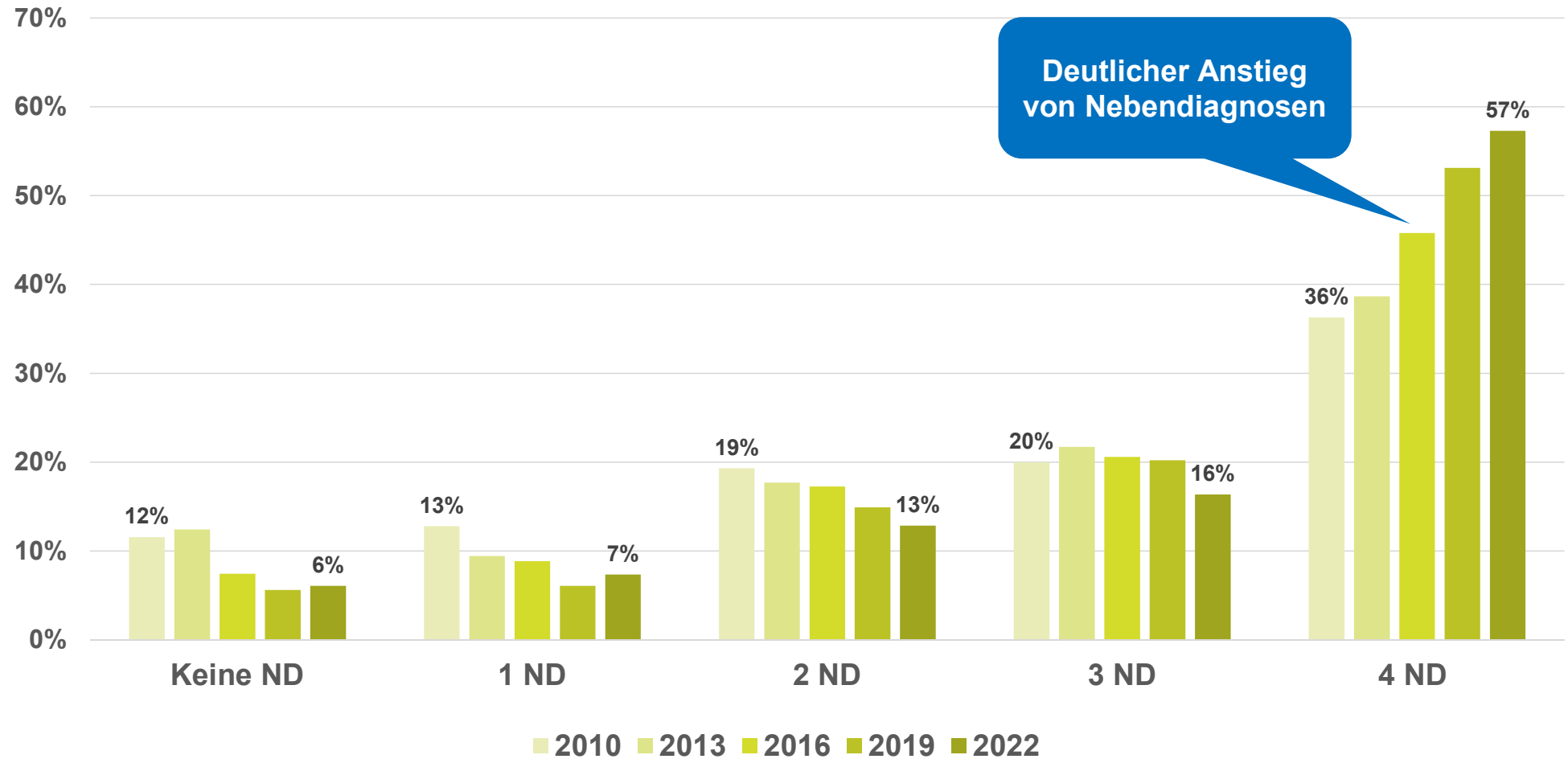


Alkoholabhängigkeit mit Anzahl von Nebendiagnosen in %:

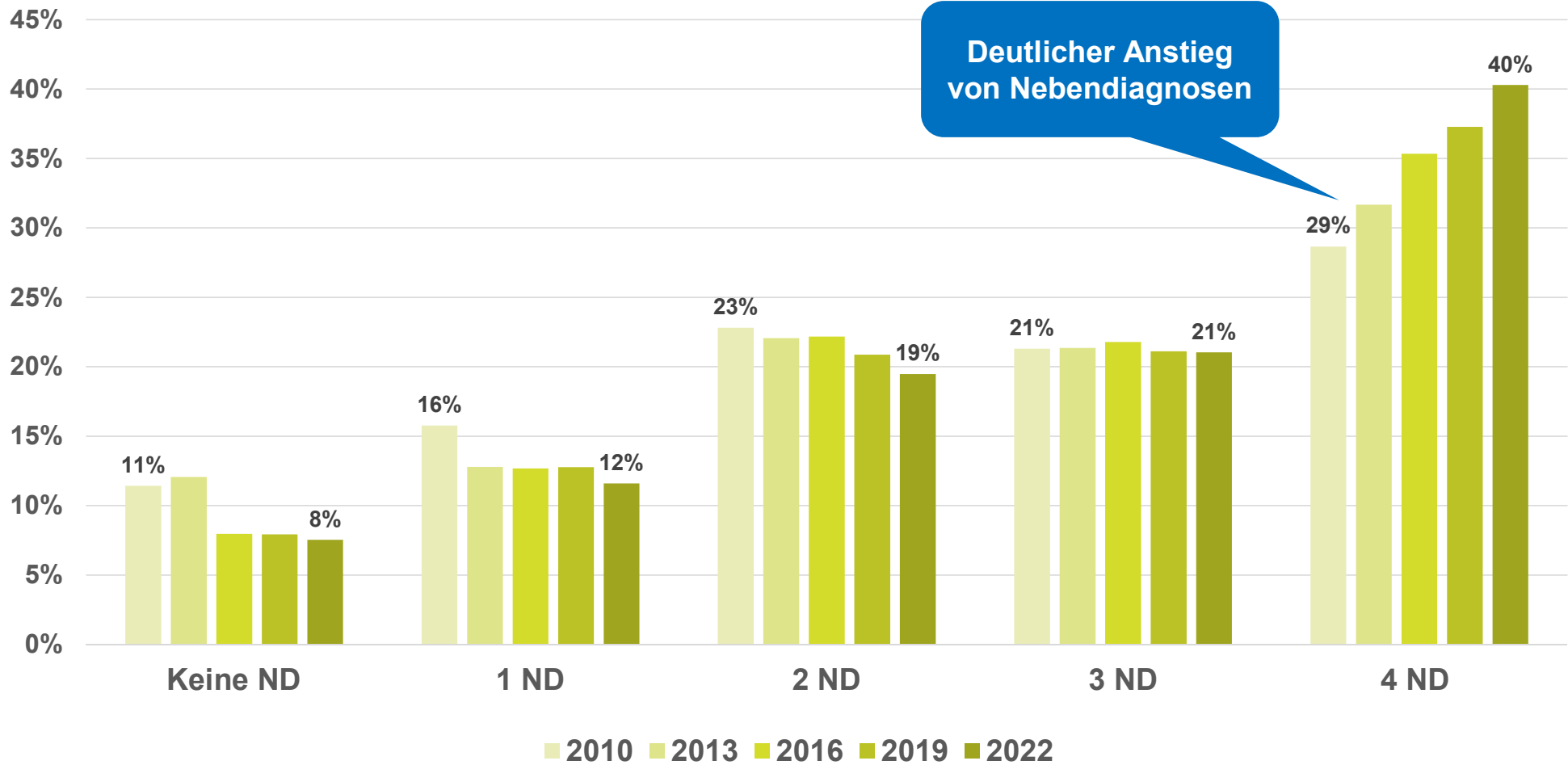


Opiadabhängigkeit mit Anzahl von Nebendiagnosen

in %:



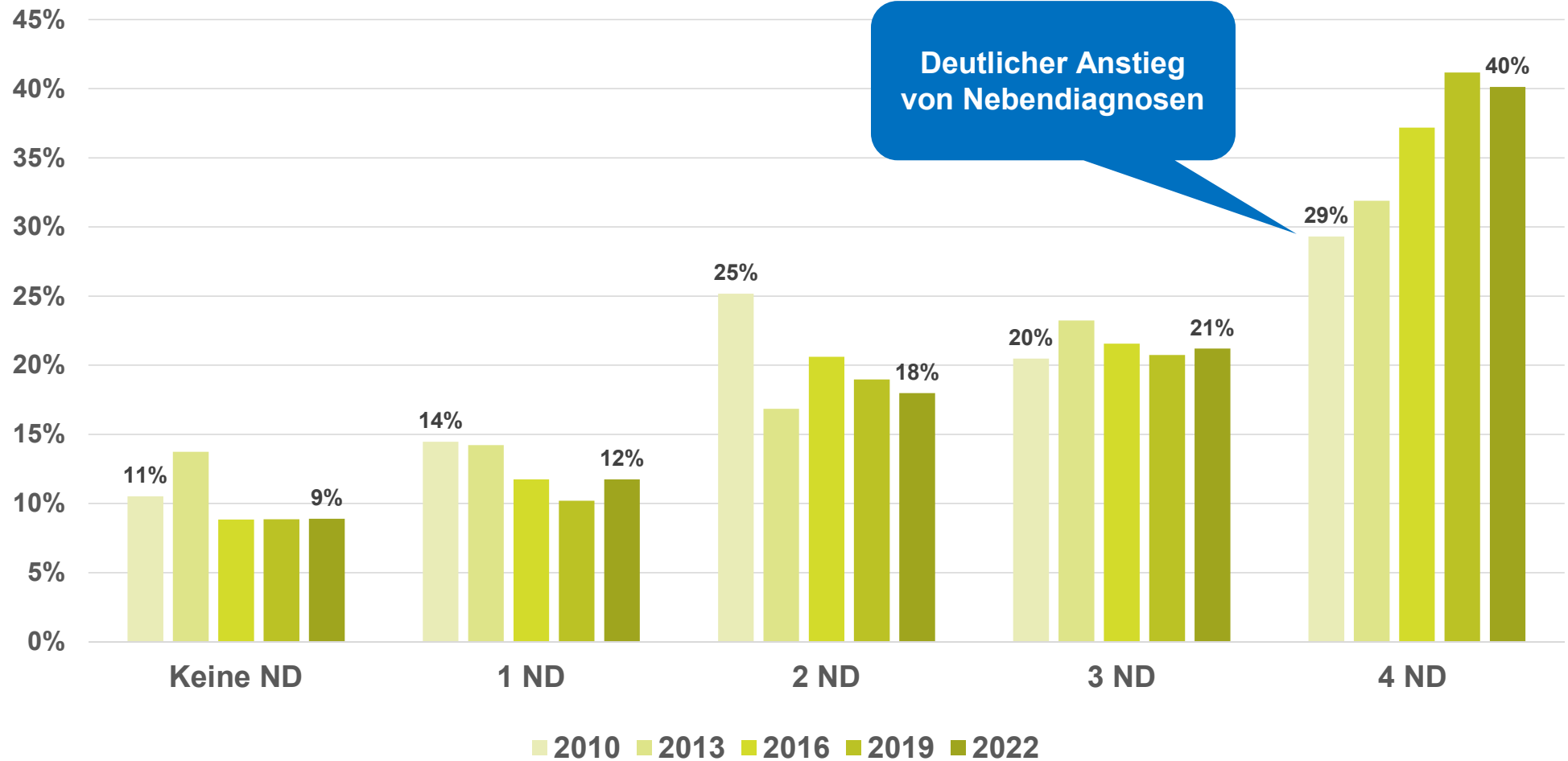
Cannabisabhängigkeit mit Anzahl von Nebendiagnosen in %:



Kokainabhängigkeit mit Anzahl von Nebendiagnosen

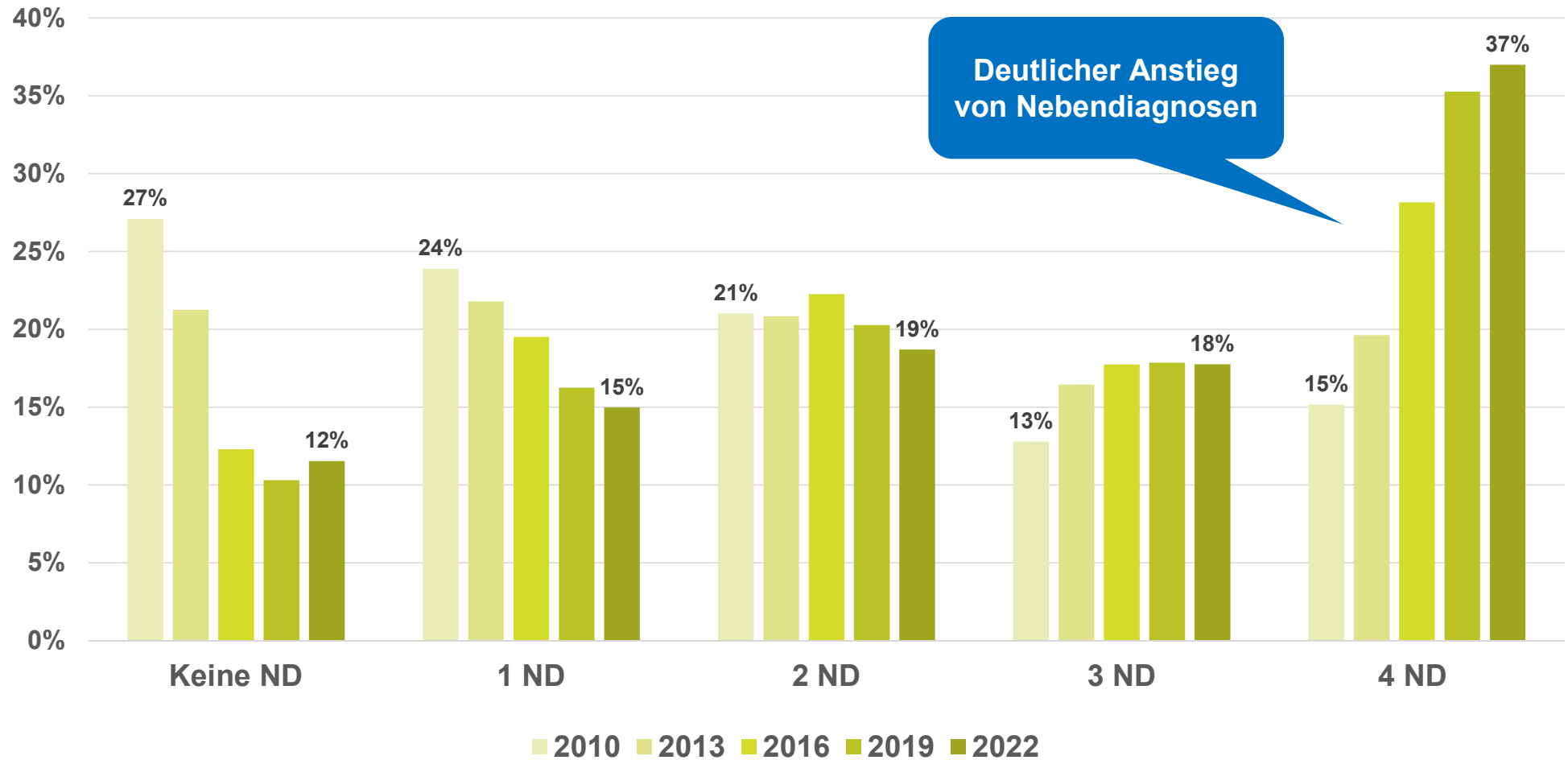
in %:

Deutsche Rentenversicherung
Bund



Multipler Substanzgebrauch / psychotrop mit Anzahl von Nebendiagnosen in %:

Deutsche Rentenversicherung
Bund



Rehabilitationskonzept DRV 2013

→ grundsätzlich sollten Behandlungskonzept und -setting so ausgerichtet werden, dass eine psychische Komorbidität mitbehandelt werden kann (DRV, 2018, 2013)

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

Im Mittelpunkt steht die Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen (Entwöhnungsbehandlung). Eine theoretisch-wissenschaftliche Fundierung des Rehabilitationsansatzes auf der Grundlage evidenzbasierter Therapieverfahren ist unverzichtbar.

Als Grundanforderung ergibt sich für ein Rehabilitationskonzept, dass es nachvollziehbar (transparent und folgerichtig) und wissenschaftlich begründet (d. h. auf der Basis von Persönlichkeitstheorien und den sich daraus ergebenden Krankheitsmodellen, insbesondere verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch, z. B. unter Berücksichtigung der jeweils gültigen AWMF-Leitlinien²) die Abhängigkeitserkrankung und ggf. vorliegende **psychische Komorbidität** sowie deren Therapie beschreibt. Dies schließt jedoch nicht aus, dass unter diesem gemeinsamen Dach theoretischer Fundierung Methoden unterschiedlicher Psychotherapieschulen angewandt werden – soweit diese mit dem gewählten theoretischen Ansatz kompatibel sind.

Rehabilitation

Vereinbarungen im Suchtbereich

- Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“
- Gemeinsame Rahmenkonzepte
- Leitfaden zur Erstellung und Prüfung von Konzepten
- Auswahlkriterien zur Prüfung von Weiterbildungen

Reha-Entlassungsbericht und Peer Review DRV 2025, 2016

→ Keine explizite Anforderung an Diagnostik der psychischen Komorbidität im Peer Review, aber im Leitfaden zur Erstellung des ärztlichen Reha-Entlassungsbericht

Sozialmedizin

Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht

→ Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung
→ Stand: 01/2025

Deutsche Rentenversicherung

Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung

Peer Review – Psychosomatik und Sucht

→ Manual mit Checkliste
→ Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation
→ 12. Auflage, 2016

Deutsche Rentenversicherung Rehabilitation – mit Sicherheit Qualität

Bereich B – Diagnostik
vgl. Ärztlicher Entlassungsbericht, insbesondere Blatt 2 („Anamnese“, „sozialmedizinische Anamnese“, „Aufnahmebefund“, „Diagnostik während Rehabilitation“)

		keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravier. Mängel	nicht relevant
B.1	Allgemeiner körperlicher Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.2	Indikationsspezifischer Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.3	Therapierelevantes Modell zur Verursachung der Symptomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.4	Interne und externe technische Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusammenfassende Bewertung des Bereichs B – Diagnostik

Mängelbewertung:

	keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei deutlichen oder gravierenden Mängeln des Bereiches bitte Zutreffendes ankreuzen:

Der klinische Gesamtstatus der Rehabilitandin/ des Rehabilitanden ist nach der orientierenden körperlichen und psychischen Befunderhebung nicht erkennbar.

Die beschriebenen reha-relevanten Beeinträchtigungen der Körperstrukturen und -funktionen sind nicht mit adäquatem Aufwand diagnostisch geklärt.

Die Diagnostik im Bereich der Körperstrukturen und -funktionen orientiert sich nicht an der Klärung subjektiv angegebener Beeinträchtigungen bezogen auf Aktivität und Teilhabe.

Die gestellten Diagnosen sind durch Anamnese und Untersuchungsbefund nicht hinreichend fundiert.

Sonstiges

Bewertungspunkte:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
sehr gut					sehr schlecht					

1. Anamnese

1.1 jetzige Beschwerden
(zum Beispiel rasche Ermüdbarkeit)

1.2 bisheriger Verlauf der reharelevanten Beeinträchtigungen

1.3 weitere reharelevante Erkrankungen
(zum Beispiel Diabetes, Adipositas, **Depression**)

1.4 biographische Anamnese (bei psychischen Erkrankungen)

1.5 vegetative Anamnese (zum Beispiel Schlafstörungen)



3. Aufnahmebefund, Diagnostik während der Rehabilitation

3.1 Allgemeiner körperlicher Befund, indikationsunabhängig

3.2 Allgemeiner psychischer Befund

3.3 Fachspezifischer Befund (*indikationsspezifisch*)

3.4 Diagnostik

mit Ausrichtung auf reha-spezifische Ziele und Fragestellungen

Erfassung der vorhandenen bzw. beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten sowie deren Auswirkungen auf das jeweilige Leistungsvermögen

Validierung anamnestisch erhobener Angaben zur Beeinträchtigung der Fähigkeiten (*zum Beispiel Ausdauer, häusliche Selbstversorgung, (fein-)motorische Fähigkeiten*)



Peer Review DRV 2016

→ Therapien psychischer
Beeinträchtigungen

Reha-Qualitätssicherung
der Deutschen Rentenversicherung

**Peer Review –
Psychosomatik und Sucht**

→ Manual mit Checkliste
→ Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation
→ 12. Auflage, 2016

Deutsche
Rentenversicherung
Rehabilitation
mit Sicherheit Qualität

Bereich C – Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis

vgl. Ärztlicher Entlassungsbericht, insbesondere Blatt 1b, Blatt 2 („Reha-Prozess und -Ergebnis“)

		keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravier. Mängel	nicht relevant
C.1	Individuelle Erwartungen der Rehabilitandin/ des Rehabilitanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.2	Vereinbarte individuelle Reha-Ziele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.3	Therapien psychischer Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.4	Therapien somatischer Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.5	Edukative Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.6	Dichte der Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.7	Besonderheiten im Rehabilitationsverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.8	Motivation und Kooperation der Rehabilitandin/ des Rehabilitanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.9	Rehabilitandenselbsteinschätzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.10	Beurteilung durch Ärztin/Arzt bzw. therapeutisches Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.11	Plausibilität der Entlassungsdiagnosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.12	Kritische Würdigung des Reha-Prozesses und der Reha-Ergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klassifikation therapeutischer Leistungen

Kapitel G (Entwurf KTL 2025)



Deutsche
Rentenversicherung
Bund

Psychotherapeutische Leistungen können in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen ausschließlich von Ärzten entsprechender Qualifikation, Psychologischen Psychotherapeuten oder Fachpsychotherapeuten erbracht werden. Suchttherapeutischer Leistungen können neben diesen Berufsgruppen auch Sozialarbeiter (BA, MA, Diplom) und Sozialpädagogen (BA, MA, Diplom) Psychologen (MA, Diplom) und Ärzte nicht psychotherapeutischer Fachrichtungen, jeweils mit DRV-akzeptierter psychotherapeutisch-orientierter, suchttherapeutischer Zusatzqualifikation erbracht werden.



Klassifikation therapeutischer Leistungen

Kapitel G (Entwurf KTL 2025)

Um dem unterschiedlichen Zugang psychotherapeutischer und suchtttherapeutischer Leistungen in der Behandlung von Abhängigkeitskrankheiten gerecht zu werden, erfolgt die Dokumentation dieser Leistungen in der KTL getrennt voneinander. Entscheidend für die Codierung der erbrachten Leistung ist die jeweilige Schwerpunktsetzung. Leistungen, bei denen die Therapie der Abhängigkeitskrankheit im Vordergrund steht, werden mit den Dokumentationscodes für suchtttherapeutische Leistungen codiert. Leistungen, bei denen die Therapie zugrunde liegender therapiebedürftiger psychischer Komorbiditäten bei Abhängigkeitskrankheiten den Schwerpunkt darstellt, werden mit den Dokumentationscodes für psychotherapeutische Leistungen codiert.



Suchttherapeutische Leistungen in der KTL

Kapitel G (Version 2015)

Qualitätsmerkmale

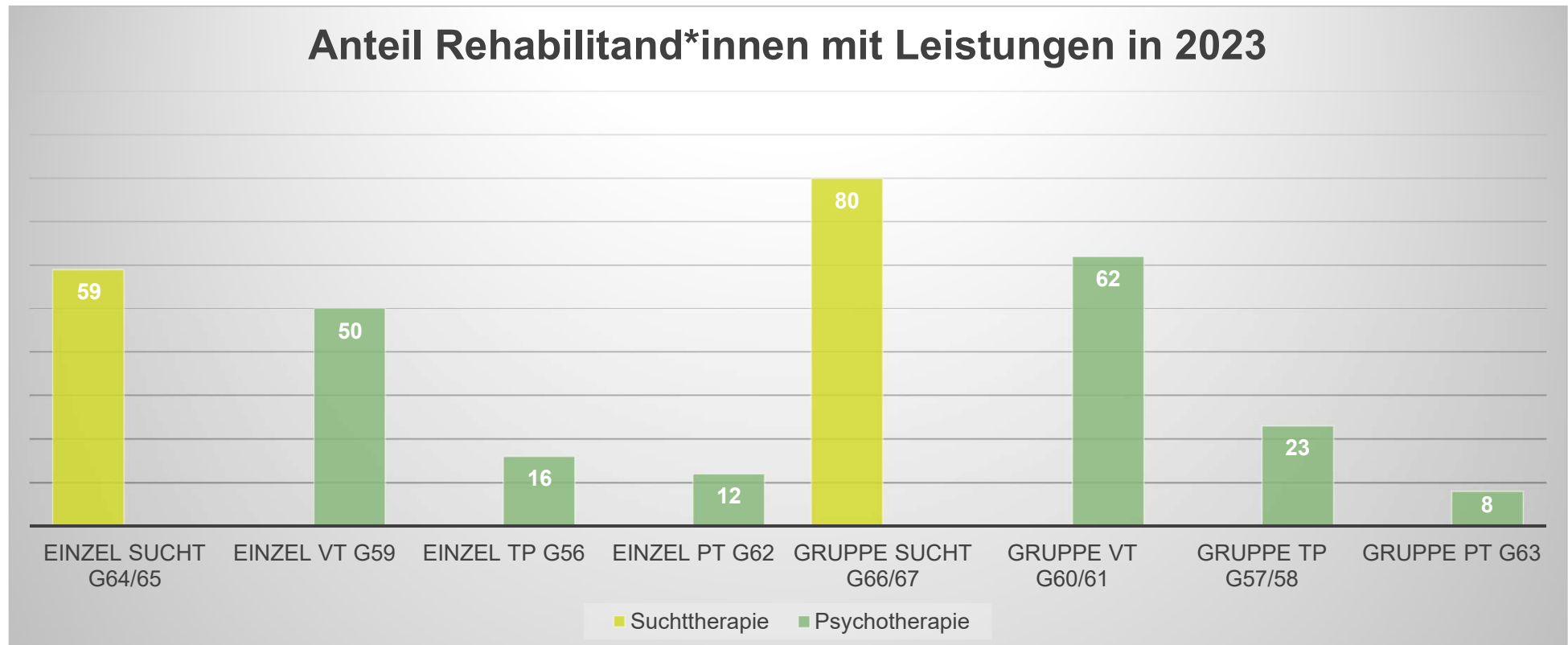
Berufsgruppe:	Sozialarbeiter (BA, MA, Diplom), Sozialpädagoge (BA, MA, Diplom), Psychologe (MA, Diplom), Arzt, alle jeweils mit DRV Bund-akzeptierter suchttherapeutischer Zusatzqualifikation, Arzt entsprechender Qualifikation, Psychologischer Psychotherapeut
Zusatzqualifikation:	
Fachgebiet:	Abhängigkeitskrankheiten
Indikation:	Abhängigkeitsproblematik
Therapieziel:	individuelle Problemanalyse im Zusammenhang mit der Abhängigkeitskrankheit und möglicher psychischer Komorbidität, Erkennen und Verändern problematischer Verhaltensweisen, Erarbeitung angemessener Problemlösestrategien, Vermittlung von Strategien zur Rückfallprävention, Förderung von Eigenaktivitäten, Aufbau oder Stabilisierung eines suchtmittelfreien Freundes- bzw. Bekanntenkreises, Förderung der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung
Minstdauer:	25 Minuten
Frequenz:	mindestens 1 mal pro Woche
Anzahl Rehabilitanden:	1 Rehabilitand
Weitere Hinweise:	Dokumentationscodes der suchttherapeutischen Basistherapie

Qualitätsmerkmale

Berufsgruppe:	Sozialarbeiter (BA, MA, Diplom), Sozialpädagoge (BA, MA, Diplom), Psychologe (MA, Diplom), Arzt, alle jeweils mit DRV Bund-akzeptierter suchttherapeutischer Zusatzqualifikation, Arzt entsprechender Qualifikation, Psychologischer Psychotherapeut
Zusatzqualifikation:	
Fachgebiet:	Abhängigkeitskrankheiten
Indikation:	Abhängigkeitsproblematik, bei gruppenfähigen Rehabilitanden
Therapieziel:	Erkennen und Verändern problematischer Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Abhängigkeitskrankheit und möglicher psychischer Komorbidität, Erarbeitung angemessener Problemlösestrategien, Verbesserung des Interaktionsverhaltens, Vermittlung von Strategien zur Rückfallprävention, Förderung von Eigenaktivitäten, Aufbau oder Stabilisierung eines suchtmittelfreien Freundes- bzw. Bekanntenkreises, Förderung der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung
Minstdauer:	60 Minuten
Frequenz:	mindestens 1 mal pro Woche
Anzahl Rehabilitanden:	maximal 12 Rehabilitanden (maximal 8 Rehabilitanden bei Drogenabhängigen)
Weitere Hinweise:	

KTL Leistungen Sucht- und Psychotherapie DRV 2024

Anteil Rehabilitand*innen mit Leistungen in 2023



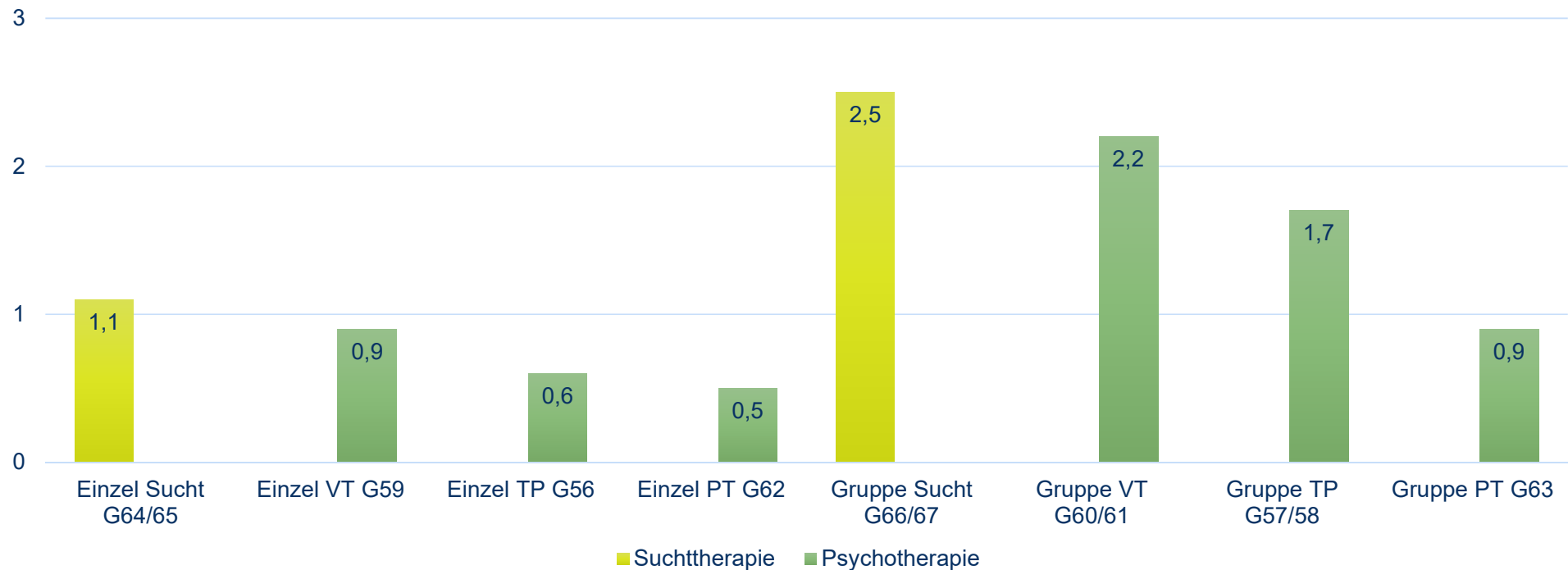
VT=Verhaltenstherapie

TP=Psychodynamisch

PT= sonstiges Psychotherapieverfahren

KTL Leistungen Sucht- und Psychotherapie in der Gesamtgruppe Alkoholabhängigkeit

Anzahl Leistungen pro Woche in 2023, DRV 2024



VT=Verhaltenstherapie

TP=Psychodynamisch

PT= sonstiges Psychotherapieverfahren

Reha-Therapiestandard Alkoholabhängigkeit DRV 2016

RTS Alkoholabhängigkeit (Basis: KTL 2015)			
ETM	Bezeichnung	Minstdauer	Mindestanteil
01	Sucht- und Psychotherapie: Einzelinterventionen	mind. 25 Min. pro Woche	mind. 90 %
02	Sucht- und Psychotherapie: Gruppeninterventionen	mind. 240 Min. pro Woche	mind. 90 %
03	Therapien zur Förderung psychosozialer Kompetenz und kognitiver Fähigkeiten	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 50 %
04	Angehörigenorientierte Interventionen	mind. 120 Min. pro Reha	mind. 20 %
05a	Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose	mind. 90 Min. pro Woche	mind. 90%
05b	Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige	mind. 45 Min. pro Woche	mind. 75 %
06	Tabakentwöhnung	mind. 250 Min. pro Reha	mind. 15 %
07	Entspannungsverfahren	mind. 30 Min. pro Woche	mind. 40 %
08	Bewegungstherapie	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 70 %
09	Gesundheitsbildung	mind. 300 Min. pro Reha	mind. 80 %
10	Ernährungstherapeutische Leistungen	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 80 %
11	Gestalterische Ergotherapie und Künstlerische Therapien	mind. 100 Min. pro Woche	mind. 70 %
12	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 90 %
13	Vorbereitung nachgehender Leistungen	mind. 30 Min. pro Reha	mind. 90 %

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015	
ETM 01	Sucht- und Psychotherapie: Einzelinterventionen
Therapeutische Inhalte	<p>Bei diesem Modul handelt es sich um einen basalen und unverzichtbaren Kern der Entwöhnungsbehandlung, bei dem einzeltherapeutisch die bisherige und aktuelle Problematik und die zukünftige Rückfallgefahr thematisiert werden.</p> <p>Dazu gehören die Bearbeitung dysfunktionaler Verhaltensmuster und Kognitionen, Aufbau von Verhaltenalternativen und Bewältigungskompetenzen. Konflikt- und beziehungsorientierte, aufdeckende Bearbeitung von Motiven und Funktionen des Alkoholkonsums, sowie die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung mit dem Ziel einer Stärkung der Ich-Funktion und Nachreifung.</p> <p>Ziele sind z. B. Entwicklung und Stabilisierung der Persönlichkeit und Förderung einer selbstbestimmten abstinenter Lebensweise.</p>
Formale Ausgestaltung	Minstdauer pro Woche: mind. 25 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<ul style="list-style-type: none"> F551 Psychologische Beratung in Konfliktsituationen einzeln F554 Psychologische Beratung zu allgemeinen Problemstellungen einzeln F555 Orientierende psychologische Beratung einzeln G551 Psychotherapeutische Krisenintervention einzeln G561 Psychotherapie psychodynamisch einzeln: Supportive, ichstrukturelle oder interaktionelle Therapie G562 Psychotherapie psychodynamisch einzeln: Körperzentrierte Therapie G563 Psychotherapie psychodynamisch einzeln: Psychoanalytisch orientierte Therapie G569 Sonstige Psychotherapie psychodynamisch einzeln G591 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch einzeln: Expositionstraining G592 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch einzeln G620 Psychotherapie weitere Verfahren einzeln G641 Suchttherapeutische Krisenintervention einzeln G651 Suchttherapie psychodynamisch orientiert einzeln G652 Suchttherapie verhaltenstherapeutisch orientiert einzeln G653 Suchttherapie weitere Verfahren einzeln
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 90 %
Weitere Hinweise	u. a. Berücksichtigung individueller Therapieziele

Erfolgreiche Teamarbeit

Faktoren erfolgreicher Teamarbeit zur Erreichung eines gemeinsamen Ziels bzw. zur Lösung einer gemeinsamen Aufgabe

- Kontinuierliche Interaktion
- Effektive Kommunikation
- Austausch von Wissen
- **Rollenklarheit und –verständnis**
- Partizipation bei Entscheidungen
- Prozess- und Patientenorientierung



Foto: Richard Carey/fotolia.com

Teamtypen (Thylefors et al. 2005)

multidisziplinär

- hierarchisch strukturiert
- Ärzt*in leitet, koordiniert und erstellt Reha-Plan
- jede Fachdisziplin hat definierte Rollen und spezifische Aufgaben
- arbeiten unabhängig voneinander
- fachspezifische Behandlungsziele und Behandlungsstrategie
- nur Problemfälle werden bi- oder multilateral mit dem Arzt besprochen
- Keine regelmäßigen Fallbesprechungen im Team

interdisziplinär

- flache Hierarchien, größere Gleichstellung
- höhere Grad der Kommunikation und Kooperation zwischen den Fachdisziplinen
- regelmäßige Teamsitzungen, relevanten Fälle werden besprochen
- gemeinsame Behandlungsziele und Behandlungsstrategie
- Schaffung von Synergieeffekten durch Austausch

transdisziplinär

- geteilte Verantwortung
- höchster Grad an Kommunikation und Kooperation zwischen den Fachdisziplinen
- gemeinsame Festlegung der Behandlungsziele und Behandlungsstrategien
- Austausch von Wissen und Fähigkeiten
- fachdisziplinübergreifendes Arbeiten

Kontinuum nach Schwarz et al. 2014

„beratende Begleitung“

–

„abgestimmte Leistung“

–

„gemeinsame Leistung“

Zusammenfassung

- Psychische Komorbidität hat einen hohen sozialmedizinischen Stellenwert in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen
- Unterscheidung zwischen Suchtherapie und Psychotherapie in den therapeutischen Leistungen
- Im Reha-Therapiestandard und Peer Review wird psychische Komorbidität nur indirekt berücksichtigt
- Suchttherapie und Psychotherapie personell in einer Funktionsgruppe, aber werden im Sollstellenplan getrennt berücksichtigt

Diskussion

- Differentialdiagnostische Kompetenz
- Diagnostik und Behandlung von psychischen Komorbiditäten
- Transdisziplinäre Zusammenarbeit im Team

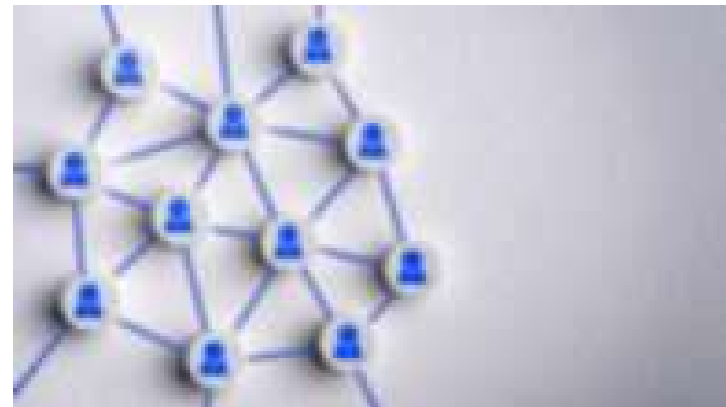


Foto: mpix-foto@ADOBE Stock Bildarchiv DRV Bund

**Vielen Dank für
Ihre
Aufmerksamkeit!**

Kontakt

dr.ulrike.worringen@drv-bund.de