

Ursula Marschall, Walter Ullrich, Christoph Sievers

## Eine Sucht kommt selten allein – Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung

Suchterkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen und verursachen jährlich hohe Kosten vor allem durch wiederholte stationäre Behandlungen. Dabei leiden die Betroffenen neben den stoffbezogenen Süchten vor allem an psychischen Begleiterkrankungen wie Depressionen und Angststörungen. Die Behandlung dieser Komorbiditäten soll ein Schwerpunkt der Nachsorgephase im Versorgungssystem für abhängigkeitskranke Menschen sein, wird aber nur in geringem Maße in der ambulanten Psychotherapie umgesetzt. Die Erfolge von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen können durch eine psychosoziale Betreuung unmittelbar nach Entlassung nachhaltig gesichert werden. Besonders am Beispiel der Suchtpatienten lässt sich zeigen, dass durch eine intensive Verzahnung und Vernetzung ambulanter und stationärer Behandlungsstrukturen eine medizinisch qualitative und kosteneffektive Versorgung entstehen kann.

### Einleitung und Ausgangssituation

In der öffentlichen Wahrnehmung werden Suchterkrankungen primär mit dem Gebrauch illegaler Drogen in Verbindung gebracht. Zu den häufigsten substanzbezogenen Süchten gehören aber die Abhängigkeit und der Missbrauch von Alkohol, Tabak und Medikamenten. In Deutschland weisen nach einer Schätzung, die auf repräsentativen Bevölkerungsdaten basiert, 1,6 Millionen Menschen eine aktuelle Alkoholabhängigkeit auf, ein aktueller Alkoholmissbrauch liegt bei 3,2 Millionen Menschen vor (Bühringer et al. 2002). Jährlich sterben 74.000 Menschen an den direkten oder indirekten Folgen des Alkoholkonsums (John und Hanke 2002). 3,8 Millionen Menschen sind abhängige Raucher und fast 1,5 Millionen Betroffene sind von Medikamenten abhängig (Zimmermann et al. 2008). Hinzu kommen 600.000 Konsumenten von Cannabis und 170.000 bis 200.000 Menschen, die andere illegale Drogen missbrauchen oder von ihnen abhängig sind (Kraus und Bühringer 2008).

Neben intensiven Bemühungen um die Prävention vor Suchterkrankungen stehen derzeit vor allem die komorbiden psychischen Krankheiten im Fokus aktueller Forschungen, die gehäuft bei substanzbezogenen Störungen vorkommen. Dazu zählen affektive Störungen wie Depressionen ebenso wie Angst- und Persönlichkeitsstörungen (Zimmermann et al. 2008). Eine effektive Suchtbehandlung fokussiert demnach nicht nur auf die Substanzeinnahme und deren Beendigung, sondern berücksichtigt auch die bestehenden Komorbiditäten. Psychische Störungen, die im Anschluss an die Suchtbehandlung fortbestehen, führen zu einer Vergrößerung des Rückfallrisikos. Daher hat die Psychotherapie bei der Therapie von Suchterkrankungen einen festen Stellenwert (Brück und Mann 2006). Sie begleitet nicht nur die Phase der Entgiftung und Entwöhnung, sondern ist wichtig zur Behandlung der begleitenden psychischen Komorbiditäten in der Nachsorgephase.

Den nahtlosen Übergängen in den verschiedenen Behandlungsphasen der Suchtbehandlung kommt, ebenso wie der guten Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungssektoren, eine besondere Bedeutung zu. Die stationäre Entgiftung sollte intensiv mit der Anschlusstherapie verzahnt werden, um die Behandlungsmotivation und Compliance der Patienten zu erhalten. In Untersuchungen brachen 43,3 Prozent der Alkoholabhängigen und 62,4 Prozent der Drogenabhängigen stationäre Entgiftungstherapien ab. Als Gründe dafür wurde auch die unzureichende Vernetzung der Therapiemöglichkeiten angeführt (Braune et al. 2008).

Die Therapie von Suchterkrankungen verursacht bei Krankenkassen jährlich hohe Kosten mit steigender Tendenz. Allein die Krankheitskosten alkoholbezogener Störungen werden auf insgesamt 24,4 Milliarden Euro geschätzt (DHS 2008). Dabei nehmen die stationären Behandlungskosten den größten Teil ein. Daten des Statistischen Bundesamtes belegen nicht nur für das Jahr 2007, dass Alkoholstörungen als häufigste Suchterkrankung die führende Krankenhausdiagnose in der Altersgruppe der 15- bis unter 65-Jährigen darstellen (Statistisches Bundesamt 2008).

Dennoch kann nicht nur die Verringerung der stationären Aufenthalte zur Reduktion der Therapiekosten führen. Auch die Behandlung der Komorbiditäten in der Nachsorgephase ist ein entscheidender Baustein zur Verhinderung von Rückfällen und damit erneuten stationären Krankenhausaufenthalten. Dagegen nehmen nur sehr wenige Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen eine ambulante Psychotherapie in Anspruch. Alkoholbedingte Störungen werden nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern nur bei 1,5 Prozent der sich in ambulanter Psychotherapie befindlichen Patienten angegeben. Hier ist vielmehr von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, da vermutlich der schädliche Gebrauch psychotroper Substanzen wie etwa Alkohol nicht ausreichend erfasst und codiert wird. Als Gründe hierfür werden vielfach die Einschränkungen der Indikationsbereiche seitens der Psychotherapie-Richtlinien angeführt (Bilitza 2009).

In § 1 der Psychotherapie-Richtlinien (Bundesministerium für Gesundheit 2009) sind im Kapitel D (Anwendungsbereiche) Abhängigkeitserkrankungen als Krankheiten, bei denen Psychotherapie angewendet werden kann, nicht erwähnt. Im selben Kapitel wird aber unter § 2 die Psychotherapie unter bestimmten Voraussetzungen doch wieder zugelassen. Die Psychotherapie ist zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen von Alkohol, Drogen oder Medikamenten indiziert, wenn eine Entgiftungsbehandlung vorausgegangen ist und sich der Patient im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz befindet. Diese nicht eindeutigen Formulierungen scheinen mitverantwortlich für die geringe Behandlungsquote von Sucht-Patienten durch niedergelassene Psychotherapeuten zu sein.

In der hier durchgeführten Analyse auf Basis von BARMER-Daten sollen mit Blick auf die Komorbiditäten von Suchterkrankungen folgende Fragen beantwortet werden:

- 1.) Wie häufig wurden im ambulanten Bereich Suchterkrankungen diagnostiziert und entsprechend codiert? Ist eine Veränderung im Drei-

Jahres-Überblick zu verzeichnen? Wie oft treten diese Erkrankungen in den unterschiedlichen Altersgruppen auf?

- 2.) Mit welcher Häufigkeit wurden Komorbiditäten festgestellt und welche Kombinationen der zusätzlichen psychischen Störungen traten auf?
- 3.) Wie oft waren im Jahr 2007 stationäre Krankenhausbehandlungen bei den identifizierten Versicherten mit Suchterkrankungen erforderlich?
- 4.) In welchem Maße nahmen Menschen mit substanzbezogenen Störungen und bestehenden psychischen Komorbiditäten, die im Jahr 2007 einen qualifizierten stationären Entzug gemacht haben, im Anschluss daran eine ambulante Psychotherapie in Anspruch?

### Kurzdarstellung des medizinischen Hintergrundes

Das Wissen um die Ursachen und die Behandlung aller Suchtkrankheiten hat sich besonders durch die neurobiologischen Forschungen der letzten 20 Jahre deutlich verbessert. Mittlerweile wird ein multikonditionales Bedingungsmodell, das die spezifischen Wirkungen des Suchtmittels, also das Suchtpotenzial, ebenso wie die individuellen Faktoren – genetische Belastung und Lerngeschichte – berücksichtigt, als Erklärungsmodell für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen zugrunde gelegt. Dazu gehören ebenfalls Umweltbedingungen wie die Verfügbarkeit von Drogen, gesetzliche Regelungen, soziale Strömungen und kulturelle Traditionen.

Bei der Diagnose von Suchterkrankungen wird vor allem zwischen dem „schädlichen Gebrauch“ und der „substanzbezogenen Abhängigkeit“ unterschieden. Gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10-GM 2009) liegt schädlicher Gebrauch dann vor, wenn infolge von Substanzkonsum eine Gesundheitsstörung körperlicher oder psychischer Art eingetreten ist. Dieser Begriff ersetzt den eher wertenden Ausdruck „Substanzmissbrauch“. Eine substanzbezogene Abhängigkeit ist dann gegeben, wenn der Substanzkonsum Vorrang gegenüber anderen Verhaltensweisen hat und der Konsum trotz bereits schädlicher Folgen fortgesetzt wird (Dilling et al. 1991, Saß et al. 2003). In den Behandlungsleitlinien substanzbezogener Störungen (Schmidt et

al. 2006) werden unterschiedliche Therapiephasen definiert. Die Besonderheit im deutschen Gesundheitssystem sind unterschiedliche Kostenträger in der Akutbehandlung und Rehabilitationsphase.

Die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 (vormals „Empfehlungsvereinbarung Sucht“ von 1978) regelt die Leistungs- und Kostenzuständigkeiten zur Behandlung Abhängigkeitskranker, sofern eine Rehabilitation indiziert ist. Die Kosten für ambulante und stationäre Akutbehandlungen wie etwa die Entzugsbehandlungen werden ausschließlich von den Krankenkassen übernommen. Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen mit dem Ziel der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben werden vom Rentenversicherungsträger, zum Teil von den Krankenkassen und nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) auch von der Sozialhilfe getragen.

Eine medizinische Rehabilitationstherapie, die sogenannte Entwöhnungsbehandlung, ist aber nur dann angezeigt, wenn der Abhängige motiviert und zur erforderlichen Nachsorge bereit ist. Dies wird im Rahmen der qualifizierten Entzugsbehandlung angestrebt. Durch den Wechsel des Kostenträgers – die qualifizierte Entzugsbehandlung gehört in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen, die erforderliche medizinische Entwöhnungsbehandlung aber in den Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherungsträger – ist häufig ein nahtloser Übergang in der Behandlungskette erschwert. Dies geschieht in einer besonders rückfallgefährdeten Phase der Suchtbehandlung. Die Therapiephasen der Suchtbehandlung, die Versorgungssektoren und die zuständigen Kostenträger sind in der Tabelle 1 aufgeführt.

**Tabelle 1: Therapiephasen der Suchtbehandlung**

| Therapiephasen der Suchtbehandlung | Ziele und Maßnahmen   | Versorgungssektor und Aufgabenbeschreibung  | Kostenträger   |
|------------------------------------|---|---|--|
| Vorphase                           | Früherkennung<br>Kurzzeitintervention<br>Motivation zur Verhaltensänderung  | Niedergelassene Ärzte im ambulanten Sektor wie beispielsweise Hausärzte   | Krankenversicherung  |
| Akutbehandlung                     | Entgiftung  | Körperliche Entgiftung in vollstationärer Behandlung; Akutkrankenhäuser oder psychiatrische Kliniken  | Krankenversicherung  |
|                                    | Qualifizierter Entzug/<br>qualifizierte Entgiftung  | Körperliche Entgiftung und multimodale Behandlung mit psychotherapeutischen Ansätzen zur Motivation weiterführender Behandlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• psychiatrische Kliniken mit Suchtschwerpunkt</li> <li>• etwa drei Wochen</li> </ul> | Krankenversicherung  |
| Rehabilitationsbehandlung          | Entwöhnung, Festigung der Abstinenz, Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit in Alltag und Beruf; Psychotherapie mit verhaltenstherapeutischen Elementen | Ambulant in Suchtberatungsstellen (8 bis 16 Wochen) oder vollstationär in Suchtfachkliniken (sogenannte Langzeittherapie); Dauer 8 bis 16 Wochen  | Rentenversicherungsträger, nur in Einzelfällen Krankenversicherung |
| Nachsorgephase                     | Stabilisation der Abstinenz; Weiterbehandlung psychischer Komorbiditäten  | Niedergelassene Ärzte (Hausärzte); Suchtambulanzen und Suchtberatungsstellen; Psychotherapeuten und Psychologen   | Krankenversicherung  |

## Beschreibung der Datenbasis

Die hier gezeigten Analysen basieren auf Abrechnungsdaten der BARMER der Jahre 2005 bis 2008. Diese sind im SGB V im § 295 „Abrechnung ärztlicher Leistungen“ und im § 301 „Abrechnung Krankenhäuser“ näher spezifiziert. Mit den Daten der gesetzlichen Krankenversicherung kann in besonderer Weise der sektorübergreifende Versorgungsverlauf der Betroffenen dargestellt werden. Die BARMER ist als Ersatzkasse eine Körperschaft öffentlichen Rechts. Sie agiert bundesweit mit rund sieben Millionen Versicherten. Die Zusammensetzung von 5,3 Millionen Mitgliedern und 1,7 Millionen Familienversicherten entspricht dem durchschnittlichen Verhältnis in allen gesetzlichen Krankenkassen (GKV).

## Analysen und Ergebnisse

**Frage 1: Wie häufig wurden im ambulanten Bereich Suchterkrankungen diagnostiziert? Ist eine Veränderung im Drei-Jahres-Überblick zu verzeichnen? Wie oft treten diese Erkrankungen in den unterschiedlichen Altersgruppen auf?**

Für die Datenanalyse wurden alle Versicherten einbezogen, bei denen im Jahr 2005 in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen eine der folgenden Suchterkrankungen diagnostiziert worden ist. Auch für die Jahre 2006 und 2007 wurden die Patienten mit diesen Parametern identifiziert.

ICD-Code F10: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

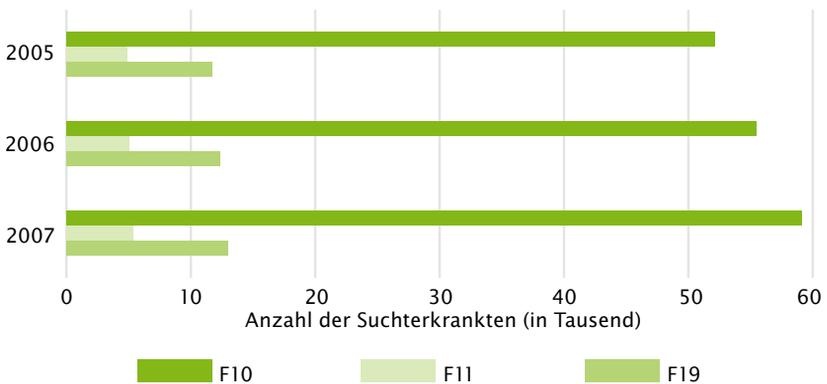
ICD-Code F11: Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide

ICD-Code F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Die Abbildung 1 zeigt, dass die Anzahl der Betroffenen mit Opiatabhängigkeit und der Patienten mit einem multiplen Substanzgebrauch (Polytoxikomanie) auch im Verlauf der Jahre 2006 und 2007 weitgehend konstant bleibt. Die Anzahl von Menschen mit alkoholassozierten Störungen nimmt im Verlauf der Jahre zu. Im Jahr 2007 wurde bei 59.000 Menschen (das entspricht knapp 0,9 Prozent der BARMER-Versicherten) in zwei

aufeinanderfolgenden Quartalen eine Alkoholerkrankung festgestellt, bei 15.000 Versicherten (das entspricht einem Anteil von 0,2 Prozent der BARMER-Versicherten) bestand eine Drogenabhängigkeit und 13.000 Personen (das entspricht knapp 0,2 Prozent der BARMER-Versicherten) betrieben einen sogenannten multiplen Substanzgebrauch. Bei etwa 5.000 BARMER-Versicherten lagen mehrere dieser Suchterkrankungen gleichzeitig vor. Ohne Mehrfachnennungen lag bei 72.000 Menschen im Jahr 2007 eine substanzbezogene Suchterkrankung vor. Dies entspricht einem Anteil von rund einem Prozent aller BARMER-Versicherten. Diese identifizierte Versichertengruppe von 72.000 Betroffenen stellt die Grundgesamtheit für alle weiteren der nachfolgenden Analysen dar.

**Abbildung 1: Anzahl der Suchterkrankten pro Jahr**

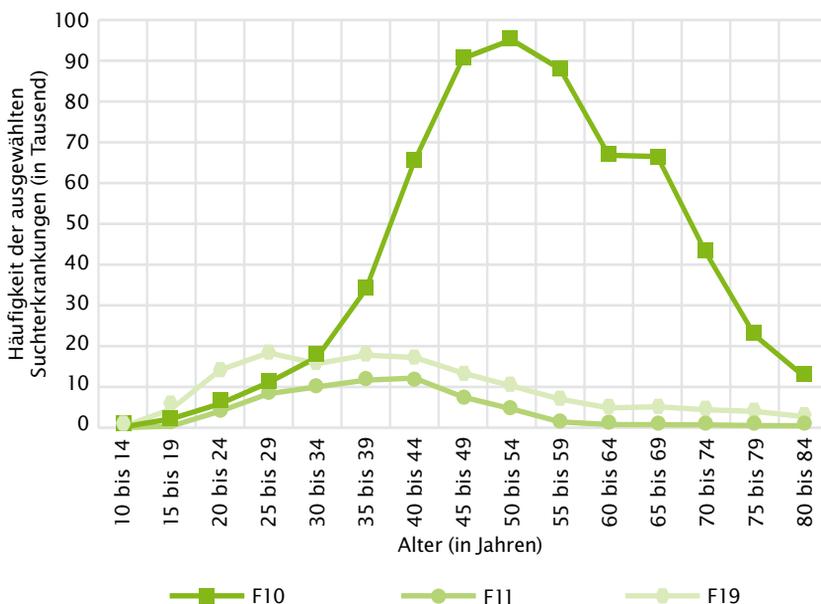


Datenbasis: BARMER-Daten 2005 bis 2007

Im Anschluss an diese Darstellung soll die Häufigkeit der ausgewählten Suchterkrankungen in den unterschiedlichen Altersgruppen betrachtet werden. Hierzu wurden nach einer Alters- und Geschlechtsstandardisierung die jeweiligen Krankheitsprävalenzen der ausgewählten Suchterkrankungen bei der BARMER auf den gesamten Bestand der gesetzlichen Krankenkassen hochgerechnet. Betrachtet man die Häufigkeit

der ausgewählten Suchterkrankungen in den unterschiedlichen Altersgruppen, so fällt auf, dass bis zum 30. Lebensjahr der Anteil der Personen mit multiplen Substanzstörungen deutlich über dem Anteil mit Alkoholstörungen und den Drogenabhängigen liegt. Ab diesem Alter überwiegen dann deutlich die Betroffenen mit Alkoholstörungen. Während die Drogenabhängigkeit und die multiplen Substanzstörungen ab dem 55. bis zum 59. Lebensjahr deutlich zurückgehen, betrifft die Alkoholabhängigkeit auch im Rentenalter noch knapp 70.000 gesetzlich Versicherte.

**Abbildung 2:** Häufigkeit von ausgewählten Suchterkrankungen



Datenbasis: BARMER-Daten 2007

**Frage 2: Mit welcher Häufigkeit wurden Komorbiditäten festgestellt und welche Kombinationen der zusätzlichen psychischen Störungen traten auf?**

Wie aus Erhebungen des „Fachverbandes Sucht“ aus dem Jahr 2007 zu entnehmen ist, konnten folgende Begleiterkrankungen besonders während der stationären Langzeitbehandlung bei Alkoholabhängigen identifiziert werden:

- Nikotinabhängigkeit
- Persönlichkeitsstörungen
- depressive Störungen
- Angststörungen

Die gleichen Begleiterkrankungen sind auch bei Drogenabhängigkeit und multiplem Substanzgebrauch bekannt. Diese Co-Diagnosen wurden auch bei den 72.000 Versicherten der vorher definierten Grundgesamtheit (siehe dazu die Frage 1) untersucht. In Abhängigkeit der zugrunde liegenden Suchterkrankung ergibt sich das folgende Bild (siehe Tabelle 2).

**Tabelle 2: Suchterkrankungen und Co-Diagnosen (alle Angaben in Prozent)**

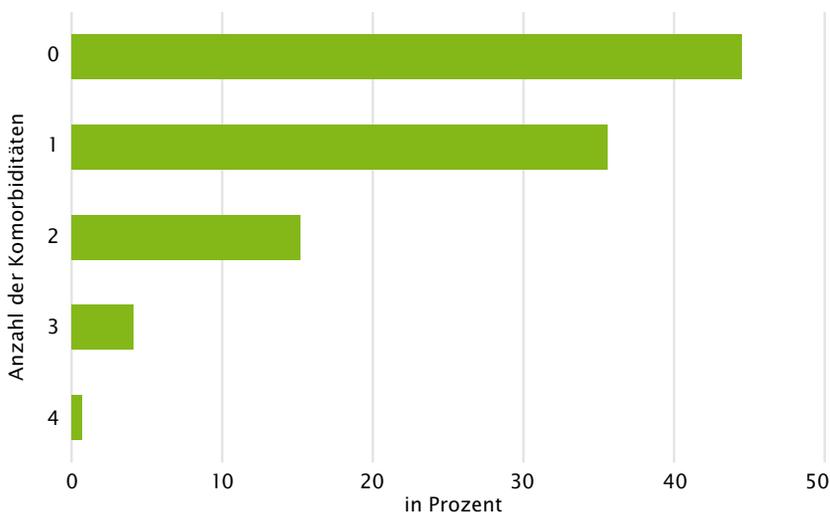
| Suchterkrankung                                 | keine Komorbidität | Nikotin-<br>abhängigkeit | Depressionen | Angst | Persönlichkeits-<br>störungen |
|---|--------------------|--------------------------|--------------|-------|-------------------------------|
| Alkohol-<br>abhängigkeit                        | 44,5               | 18,5                     | 39,0         | 14,5  | 9,0                           |
| Drogen-<br>abhängigkeit                         | 37,3               | 13,7                     | 46,8         | 18,3  | 19,0                          |
| Personen mit<br>multiplem Subs-<br>tanzgebrauch | 33,5               | 14,6                     | 50,7         | 22,5  | 18,6                          |

Datenbasis: BARMER-Daten 2007

Betrachtet man die Anzahl der Komorbiditäten mit der Häufigkeit ihres Auftretens, zeigen sich je nach Erkrankungen die in den Abbildungen 3 bis 5 dargestellten Ergebnisse.

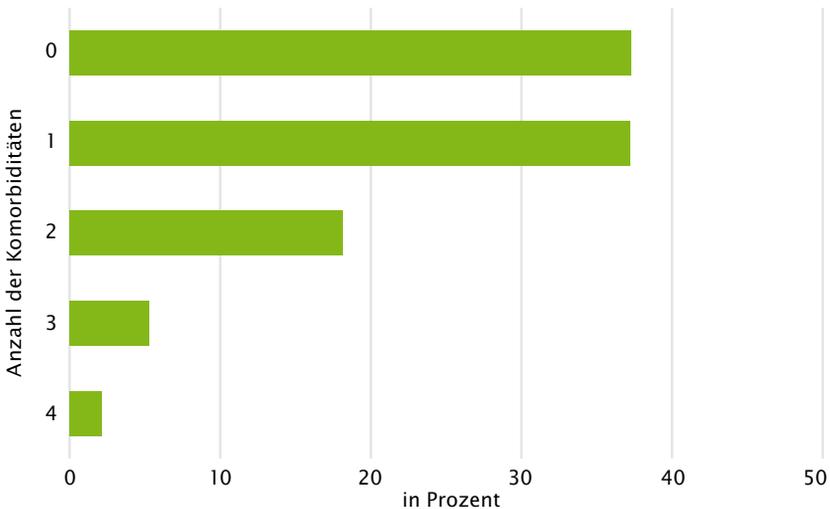
**Abbildung 3:** Häufigkeit der Komorbiditäten bei Alkoholabhängigkeit

---



Datenbasis: BARMER-Daten 2007

Anhand der dargestellten Verteilung wird deutlich, dass unabhängig von der bestehenden Suchterkrankung bei über 35 Prozent aller Betroffenen mindestens eine weitere Begleiterkrankung auftritt. Mit einer Wahrscheinlichkeit von 15 Prozent ist auch mit zwei zusätzlich zur Suchterkrankung auftretenden Erkrankungen zu rechnen. Diese Auswertungen unterstützen die klinischen empirischen Erfahrungen, dass bei Patienten mit Suchterkrankungen nicht nur im Lauf der Suchterkrankung mit zusätzlichen organischen Erkrankungen zu rechnen ist, wie beispielsweise Leberfunktionsstörungen bei Alkoholabhängigkeit. Auch psychische Komorbiditäten treten in verstärktem Maße in Zusammenhang mit Suchterkrankungen auf.

**Abbildung 4:** Häufigkeit der Komorbiditäten bei Drogenabhängigkeit

Datenbasis: BARMER-Daten 2007

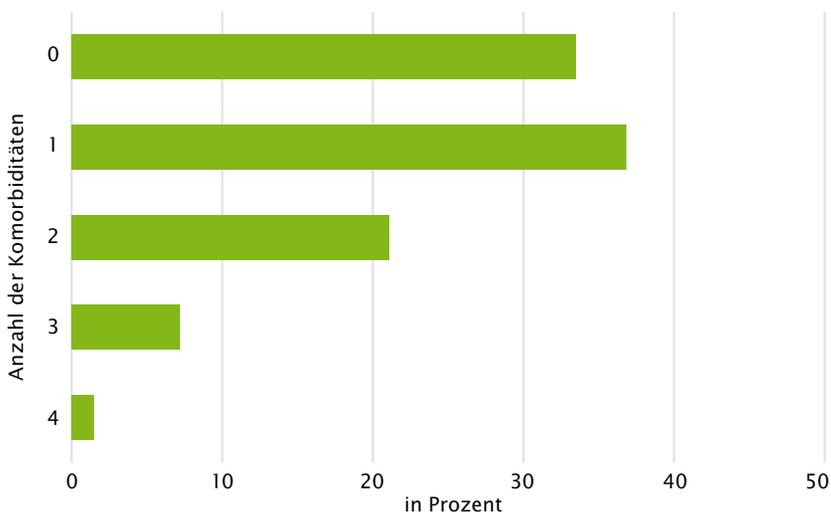
Differenziert man die ausgewerteten psychischen Begleiterkrankungen, so tritt eine begleitende Depression in fast 21 Prozent der Fälle auf. Eine Angststörung begleitet gleichzeitig die Depression zusätzlich zur Suchtkrankheit bei sechs bis etwa zehn Prozent aller Fälle. Bei bis zu rund vier Prozent aller Fälle tritt eine Persönlichkeitsstörung in Kombination mit den affektiven Störungen wie Depression und Angsterkrankung auf (siehe dazu die Tabelle 3).

Dass die Depression die am häufigsten auftretende Komorbidität darstellt, ist aus medizinischer Sicht nicht verwunderlich. Hier ist die Bedeutung der Prävalenz dieser Erkrankung bekannt. Anhand der Auswertung von Krankenkassendaten, die als Abrechnungsdaten vorliegen, kann nicht beurteilt werden, ob die Depressionen substanzinduziert sind oder ob es sich um eine zusätzlich auftretende Erkrankung handelt. Diese Unterscheidung ist bei der genannten Fragestellung auch zu vernachlässigen.

Durch diese Analysen soll vor allem auf die Bedeutung der Komorbiditäten für die weitere Versorgung der Patienten fokussiert werden.

**Abbildung 5:** Häufigkeit der Komorbiditäten bei multiplem Substanzgebrauch

---



Datenbasis: BARMER-Daten 2007

Die Auswertungen zeigen auch sehr deutlich, dass bei den betroffenen Menschen nicht nur eine Suchterkrankung, sondern auch anhaltende Symptome von weiteren psychischen Krankheiten festgestellt wurden. Hierbei sollte nochmals in Erinnerung gerufen werden, dass ausschließlich Versicherte betrachtet worden sind, bei denen in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen von einem niedergelassenen Arzt eine Suchterkrankung und zusätzlich eine weitere Komorbidität festgestellt wurde. Damit wird wiederum die Bedeutung der psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Suchterkrankungen unterstrichen. Folgerichtig ergibt sich im Weiteren die Frage, wie die Behandlung der psychischen Begleitkrankheiten in das Behandlungskonzept der Suchtkrankheiten

eingebunden wird oder ob hier Versorgungsdefizite ausgemacht werden können.

**Tabelle 3: Suchterkrankungen und Begleiterkrankungen**  
(alle Angaben in Prozent)

| Suchterkrankung                         | Depression | Depressionen und Angststörung | Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörung |
|---|------------|-------------------------------|---|
| Alkohol-abhängigkeit                    | 20,9       | 6,0                           | 1,8   |
| Drogen-abhängigkeit                     | 23,7       | 6,9                           | 2,7   |
| Personen mit multiplem Substanzgebrauch | 23,8       | 9,5                           | 3,5   |

Datenbasis: BARMER-Daten 2007

**Frage 3: Wie oft waren im Jahr 2007 stationäre Krankenhausbehandlungen bei den identifizierten Versicherten mit Suchterkrankungen erforderlich?**

Von den 72.000 Patienten, die eine ambulante Diagnose der ausgewählten Suchterkrankungen in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2007 erhalten haben und bei denen ebenfalls die geschilderten Komorbiditäten diagnostiziert wurden, wurden 46.000 Personen im Jahr 2007 auch stationär behandelt. Insgesamt verursachte dieser Personenkreis über 66.000 Krankenhausfälle mit Leistungsausgaben von über 208 Millionen Euro. Dies entspricht einem Anteil von gut vier Prozent aller BARMER-Krankensausgaben im Jahr 2007.

Diese gesamten Krankenhausfälle beinhalten stationäre Aufenthalte in Folge von Krampfanfällen, Sturzereignissen oder auch Vergiftungen beispielsweise in Zusammenhang mit Medikamenten oder anderen Substanzen. Auch wenn aus medizinischer Sicht diese Krankenhausaufenthalte durch Komplikationen mit Suchterkrankungen in Verbindung

zu bringen sind, wurde hierbei die Abhängigkeitserkrankung nicht als Hauptentlassungsdiagnose angegeben.

Die nachfolgenden Tabellen 4 bis 6 stellen den Zeit- und Kostenaufwand aller Krankenhausaufenthalte der 46.000 Patienten mit der spezifischen Suchterkrankung als Hauptdiagnose dar. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Krankenhausbehandlungen gerichtet, die die Entzugsbehandlungen von Suchterkrankungen im Krankenhaus dokumentieren. Diese stationären Behandlungen werden in den aufgeführten DRGs (Diagnosis Related Groups) zusammengefasst. Die unterschiedlichen Kennzeichnungen beziffern differierende Krankheitsausprägungen, die ebenso Informationen zu auftretenden Symptomen wie Hinweise auf erfolgte Therapien geben.

**Tabelle 4: Spezifische Suchterkrankungen (Alkoholabhängigkeit) und Kosten**

| Suchterkrankung     | DRG und nähere Bezeichnung              | Anzahl Personen | durchschnittliche Verweildauer (in Tagen) | Kosten pro Fall (in Euro) | Gesamtkosten (in Euro) |
|---------------------|---|-----------------|---|---------------------------|------------------------|
| Alkoholabhängigkeit | teilstationär/vorstationär              | 622             |   | 1.959                     | 757.332                |
| Alkoholabhängigkeit | B69C, transitorisch ischämische Attacke | 156             | 29  | 6.065                     | 1.109.935              |
| Alkoholabhängigkeit | V60A                                    | 1.340           | 11  | 2.600                     | 4.361.362              |
| Alkoholabhängigkeit | V60B                                    | 1.762           | 8   | 1.860                     | 4.450.242              |
| Alkoholabhängigkeit | V60C                                    | 5.225           | 8   | 1.955                     | 18.442.189             |
| Summe               |   | 9.105           |   | 14.439                    | 29.121.060             |

Datenbasis: BARMER-Daten 2007

Erläuterung der DRG-Ziffern (V60): Alkoholintoxikation und -entzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ...

... mit psychotischem Syndrom oder Qualifiziertem Entzug (V60A)

... ohne psychotisches Syndrom, ohne Qualifizierten Entzug, mit Entzugssyndrom (V60B)

... ohne psychotisches Syndrom, ohne Qualifizierten Entzug, ohne Entzugssyndrom (V60C)

**Tabelle 5:** Spezifische Suchterkrankungen (Drogenabhängigkeit) und Kosten

| Suchterkrankung    | DRG und nähere Bezeichnung | Anzahl Personen | durchschnittliche Verweildauer (in Tagen) | Kosten pro Fall (in Euro) | Gesamtkosten (in Euro) |
|--------------------|----------------------------|-----------------|---|---------------------------|------------------------|
| Drogenabhängigkeit | V60A                       | 59              | 15  | 4.152                     | 271.039                |
| Drogenabhängigkeit | V61Z                       | 180             | 12  | 2.700                     | 621.029                |
| Drogenabhängigkeit | V63Z                       | 783             | 12  | 3.124                     | 3.573.965              |
| Summe              |                            | 1.022           |   | 9.976                     | 4.466.033              |

Datenbasis: BARMER-Daten 2007

Erläuterung der DRG-Ziffern

V60A Alkoholintoxikation und -entzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder Qualifiziertem Entzug

V61Z Drogenintoxikation und -entzug

V63Z Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit

Bevor auf die unterschiedliche Verweildauer der stationären Behandlung eingegangen wird, sind nähere Informationen zu medizinischen Hintergründen in der Entzugsbehandlung von Suchterkrankungen erforderlich. Bei der stationären Behandlung von Suchterkrankungen, insbesondere in der Therapie der Alkoholabhängigkeit, wird in der Akutbehandlung die körperliche Entgiftung von dem Qualifizierten Entzug unterschieden. Unter der körperlichen Entgiftung wird das abrupte Absetzen der suchterzeugenden Substanz inklusive der Behandlung möglicherweise auftretender Entzugserscheinungen verstanden. Das Ziel der qualifizierten Entzugsbehandlung ist das Erreichen der Krankheitseinsicht des Patienten, die Vermittlung erster Techniken im Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung und die Motivierung zur Inanspruchnahme weiterführender Behandlung der Abhängigkeit (Entwöhnung). Langfristig wird die Dauerabstinenz angestrebt.

**Tabelle 6:** Spezifische Suchterkrankungen (Multipler Substanzgebrauch) und Kosten

| Sucht-<br>erkrankung                               | DRG und<br>nähere<br>Bezeichnung | Anzahl<br>Personen | durchschnitt-<br>liche Verweil-<br>dauer (in Tagen) | Kosten<br>pro Fall<br>(in Euro) | Gesamt-<br>kosten<br>(in Euro) |
|--|----------------------------------|--------------------|---|---------------------------------|--------------------------------|
| Personen mit<br>multiplem<br>Substanz-<br>gebrauch | V60A                             | 42                 | 17  | 3.205                           | 150.678                        |
| Personen mit<br>multiplem<br>Substanz-<br>gebrauch | V61Z                             | 205                | 14  | 3.005                           | 760.286                        |
| Personen mit<br>multiplem<br>Substanz-<br>gebrauch | V64Z                             | 982                | 13  | 2.980                           | 4.243.897                      |
| Summe  |                                  | 1.229              |   | 9.190                           | 5.154.861                      |

Datenbasis: BARMER-Daten 2007

Erläuterung der DRG-Ziffern

V60A Alkoholintoxikation und -entzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder Qualifiziertem Entzug

V61Z Drogenintoxikation und -entzug

V64Z Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit

Der Qualifizierte Entzug betrachtet die körperlichen, psychischen und sozialen Dimensionen der Störung und wird in der Regel durch ein multidisziplinäres Team durchgeführt. Dazu gehört psychiatrische, psychologisch/psychotherapeutische Kompetenz ebenso wie die Mitarbeit von Sozialarbeitern, Ergo- und Bewegungstherapeuten.

Nimmt man die Gruppe der alkoholabhängigen Versicherten in die nähere Betrachtung, da sie die größte Gruppe innerhalb der Suchtabhängigen darstellt, so traten bei 5.225 Patienten so starke Störungen durch den Alkoholmissbrauch auf, dass eine stationäre Behandlung von immerhin

durchschnittlich acht Tagen erforderlich war. Entzugerscheinungen wie lebensgefährliche Blutdruckkrisen oder massive vegetative Begleiterscheinungen wie Schwitzen und Zittern traten bei diesen Patienten nicht auf. Da nach Absetzen der suchtauslösenden Substanz erst innerhalb von Tagen mit diesen Symptomen zu rechnen ist, ist aus medizinischer Sicht dennoch ein mehrtägiger Krankenhausaufenthalt bei einer Alkoholabhängigkeit erforderlich. Diese sogenannten Entgiftungsbehandlungen erfolgen meistens in Akutkrankenhäusern. Der Fokus liegt hier auf der Therapie der organischen Symptome. Seelische Begleiterkrankungen stehen hierbei nicht im Zentrum der Behandlung.

Ohne auftretende Entzugssyndrome wird den Betroffenen vielfach die Konsequenz ihres schädigenden Verhaltens nicht bewusst, so dass weder mit einer Motivation zu einer weiterführenden Behandlung noch mit einer Behandlung der psychischen Komorbidität zu rechnen ist (Mann et al. 2006). Für diese stationären Behandlungen sind Kosten von über 18 Millionen Euro angefallen. Rechnet man allein diese Aufwendungen in Geldbeträge von zusätzlichen Prämien um, die absehbar von jedem Versicherten gesetzlicher Krankenkassen in einem überschaubaren Zeitraum zusätzlich aufzuwenden sind, so ergibt sich ein Betrag von 0,30 Euro. Das bedeutet, dass zukünftig jeder BARMER-Versicherte monatlich 0,30 Euro aufwenden muss, um diese stationäre Behandlung mit seinem Versicherungsbeitrag zu finanzieren.

Die längere Verweildauer von durchschnittlich elf Tagen und die höheren individuellen Fallkosten – durchschnittlich liegen diese Kosten bei 2.600 Euro pro Fall – bei der qualifizierten Entzugsbehandlung sind auf den ersten Blick auffällig. Die qualifizierte Entzugsbehandlung wird überwiegend in psychiatrischen Fachkliniken durchgeführt, denn nur dort steht das erforderliche multidisziplinäre Team in der Regel zur Verfügung. Die wissenschaftliche Evaluation dieser Behandlung ist bereits in mehreren Kliniken anhand von katamnestischen Nachuntersuchungen erfolgt und konnte die deutliche Überlegenheit gegenüber der reinen körperlichen Entgiftung besonders auch im Hinblick auf

die nachfolgenden Abstinenzraten zeigen (Mann und Stetter 2002). Als Gesamtkosten für den stationären Aufenthalt von 1.340 Personen, die einen qualifizierten Entzug durchgeführt haben, entstanden 4,36 Millionen Euro. Empirische Untersuchungen aus dem Jahr 1999 (Driessen et al. 1999) konnten eine verbesserte Kosteneffektivität gegenüber der reinen körperlichen Entgiftung bestätigen. Bestehen zusätzlich behandlungsbedürftige komorbide psychische Erkrankungen, so ist eine weitere psychotherapeutische Begleitung und Therapie auch nach dem stationären qualifizierten Entzug aus medizinischer Sicht erforderlich.

**Frage 4: In welchem Maße nahmen Menschen mit substanzbezogenen Störungen und bestehenden psychischen Komorbiditäten, die im Jahr 2007 einen qualifizierten stationären Entzug gemacht haben, im Anschluss daran eine ambulante Psychotherapie in Anspruch?**

Im Jahr 2007 wurde bei 72.000 BARMER-Versicherten eine Suchterkrankung und mindestens eine Begleiterkrankung diagnostiziert. Von diesen wurden 46.000 Personen im selben Jahr stationär behandelt. Nur bei insgesamt 2.572 Patienten war die Suchterkrankung die Hauptentlassungsdiagnose und es erfolgte ein stationärer qualifizierter Entzug. Mehrfachbehandlungen bei beispielsweise gleichzeitig bestehender Alkohol- und Drogenabhängigkeit wurden ausgeschlossen. Von diesen führten allein 1.340 Patienten einen Alkoholentzug durch.

Im Anschluss an diesen stationären Aufenthalt nahmen 77 Patienten (das entspricht einem Anteil von gut sechs Prozent) nach einem qualifizierten Alkoholentzug und 17 Patienten nach einem stationären Drogenentzug eine ambulante Psychotherapie in Anspruch. Neben Allgemeinmedizinern und Neurologen wurden die unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren hauptsächlich von ärztlichen beziehungsweise psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt. Die Ergebnisse der weiteren Analysen sind in der nachfolgenden Grafik zusammengestellt.

**Tabelle 7: Psychotherapeutisch behandelte Patienten**

| Psychotherapie  | Anzahl der behandelten Patienten insgesamt | Anteil der Patienten (in Prozent) | Behandlergruppe                 | Anzahl behandelte Patienten je Behandlergruppe | durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche | durchschnittliche Anzahl der Tage nach KH-Entlassung | Anzahl der Tage nach KH-Entlassung (Min./Max.) |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|
| tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeit; Einzelbehandlung) | 14   | 1,0                               | ärztlicher Psychotherapeut      | 5  | 8  | 58   | 4/137  |
|   |  |                                   | psychologischer Psychotherapeut | 1  | 22                                       | 161  | 161  |
|   |  |                                   | Verhaltenstherapeut             | 8  | 6  | 141  | 6/323  |
| tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeit; Einzelbehandlung) | 7  | 0,3                               | ärztlicher Psychotherapeut      | 4  | 16                                       | 105  | 8/280  |
|   |  |                                   | Verhaltenstherapeut             | 3  | 11                                       | 21   | 6/45   |
| Verhaltenstherapie (Kurzzeit; Einzelbehandlung)                           | 27   | 1,0                               | ärztlicher Psychotherapeut      | 1  | 2  | 319  | 319  |
|   |  |                                   | psychologischer Psychotherapeut | 23   | 10                                       | 118  | 3/367  |
|   |  |                                   | Verhaltenstherapeut             | 3  | 14                                       | 178  | 16/294   |
| Verhaltenstherapie (Kurzzeit; Einzelbehandlung)                           | 10   | 0,4                               | psychologischer Psychotherapeut | 8  | 11                                       | 73   | 5/354  |
|   |  |                                   | Verhaltenstherapeut             | 2  | 4  | 17   | 5/30   |

Datenbasis: BARMER-Daten 2007

Betrachtet man die ärztlichen Fachgruppen, die psychotherapeutische Behandlungen im Jahr 2008 durchführten, zeigt sich das folgende Ergebnis.

**Tabelle 8: Ärztliche Fachgruppen und psychotherapeutische Behandlungen**

| Fachgruppe                             | Anzahl der Behandler |  | Anteil der Behandler, die Suchtbehandlungen durchführen, an allen Behandlern (in Prozent) | Anteil der Fälle mit Sucht-diagnosen (in Prozent) |
|--|----------------------|--|---|---|
|  | gesamt               | nur die, die Suchtbehandlungen abgerechnet haben |   |   |
| Ärzte für psychotherapeutische Medizin | 4.034                | 434  | 10,8  | 2,0   |
| Nichtärztliche Psychotherapeuten       | 6.357                | 574  | 9,0   | 1,4   |
| Verhaltenstherapeuten                  | 6.435                | 356  | 5,5   | 1,0   |

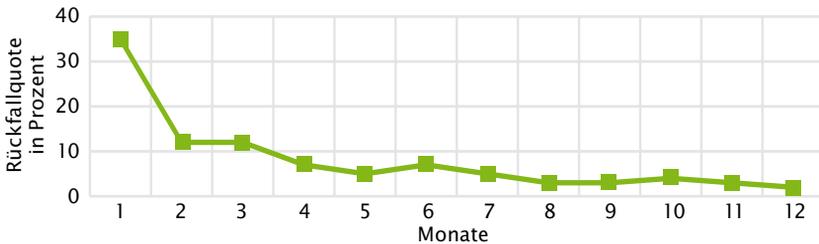
Datenbasis: BARMER-Daten 2008

Die Tabelle 8 zeigt, dass nur knapp elf Prozent der ärztlichen und neun Prozent der psychologischen Psychotherapeuten Patienten mit Sucht-diagnosen im Jahr 2008 behandelten. Nur zwei Prozent der Fälle bei ärztlichen Psychotherapeuten und nur knapp anderthalb Prozent der Fälle bei psychologischen Psychotherapeuten betreffen Patienten mit Suchterkrankungen. Diese Ergebnisse zeigen besonders unter dem Aspekt der Rückfallprophylaxe einen umfassenden Handlungsbedarf. Bei den untersuchten Versicherten bestand bei 35 Prozent neben der ambulant diagnostizierten Suchterkrankung auch noch eine psychische Begleiterkrankung, wovon Depressionen und Angststörungen gehäuft auftraten. Nur knapp sechs Prozent der betrachteten Patienten mit ambulant diagnostizierten Komorbiditäten werden nach Entlassung aus stationärer qualifizierter Alkoholentzugsbehandlung psychotherapeutisch weiterbehandelt.

Eine psychotherapeutische Weiterbehandlung dieser Komorbiditäten ist vor allem im Hinblick auf die Rückfallprophylaxe anzustreben.

Katamneseerhebungen zeigen, dass sich die Erfolge von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen besser sichern lassen, wenn Patienten unmittelbar nach ihrer Entlassung weiter psychosozial betreut werden (Wessels 2009). Die meisten Rückfälle finden in den ersten zwei Monaten nach dem Entzug beziehungsweise der Entwöhnung statt. Wer diese Phase ohne Rückfälle übersteht, hat gute Chancen auf ein suchtfreies Leben. Wie die nachfolgende Grafik illustriert, sind über 50 Prozent der alkoholabhängigen Patienten noch ein Jahr nach einer stationären Behandlung abstinent.

**Abbildung 6: Rückfallquoten**



Quelle: Grafik nach Wessels 2009

### Diskussion und Fazit

Substanzstörungen treten häufig auf und verursachen – nicht zuletzt wegen der häufig rezidivierenden stationären Behandlungen – hohe Kosten. Neben diesen Substanzstörungen weisen über 35 Prozent der untersuchten Versicherten weitere psychische Komorbiditäten auf, am häufigsten Depressionen und Angststörungen. Diese psychischen Begleiterkrankungen erfordern neben der qualifizierten Suchtbehandlung auch eine adäquate psychotherapeutische Therapie. Die daraus abzuleitenden Konsequenzen für die Versorgung von substanzabhängigen Menschen wurden auch bei einer Fachtagung der Bundespsychotherapeutenkammer und dem Fachverband Sucht im November 2008 formuliert (Sucht Aktuell 2009).

Eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung von Patienten mit Substanzabhängigkeiten und Komorbiditäten ist besonders im Anschluss an eine qualifizierte stationäre Entzugsbehandlung anzustreben. Die Analysen von Ablehnungsquoten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zeigen, dass Versicherte mit Suchterkrankungen häufig nicht in Behandlung genommen werden. Daher fordert die Bundespsychotherapeutenkammer eine verstärkte Bereitschaft von niedergelassenen Psychotherapeuten, Patienten mit Substanzstörungen und weiter bestehenden Komorbiditäten nach erfolgtem Entzug und Entwöhnung weiterzubehandeln.

Um die Behandlungsmotivation und die Compliance der Suchtpatienten zu erhalten, ist ein eng verzahnter und über die Sektorengrenzen hinausgehender Behandlungsverlauf erforderlich. Dazu ist ein wechselseitiges Schnittstellen- und Entlassmanagement zwischen den Versorgungsbereichen erforderlich.

Diese Kenntnisse im Zusammenhang mit Suchterkrankungen haben auch für Krankenkassen eine zunehmende Bedeutung. Eine Reduktion der stationären Behandlung auf die rein körperliche Entgiftung in fünf bis sieben Tagen senkt zwar kurzfristig die stationären Behandlungskosten, birgt aber im weiteren Verlauf ein deutlich erhöhtes Risiko für Rückfälle der Suchterkrankung mit erneuter stationärer Behandlungsnotwendigkeit. Forschungsergebnisse zur qualifizierten Entzugsbehandlung mit dreiwöchiger Dauer haben ihre Kosteneffektivität unter Beweis gestellt (Driessen et al. 1999).

Unter besonderer Berücksichtigung der gleichzeitig bestehenden Komorbiditäten ist eine zeitnahe weiterführende psychosoziale Betreuung und Weiterbehandlung der Patienten mit Suchterkrankungen erforderlich. Hier können bedarfsadaptierte und auf die besonderen strukturellen Gegebenheiten angepasste selektive Versorgungsverträge (beispielsweise Integrationsverträge nach § 140 ff.) helfen, Behandlungsbrüche zwischen den Sektorengrenzen zu reduzieren. Eine begleitende Evaluation

unter Berücksichtigung der medizinischen Ergebnisqualität und ökonomischer Parameter ist dabei selbstverständlich erforderlich.

Auch innovative Ansätze der Krankenkassen im Versorgungsmanagement – und hier insbesondere im Management des Einzelfalles – können die Bemühungen der Fachverbände unterstützen. Die Kontinuität des Behandlungspfades unter Berücksichtigung der psychischen Komorbiditäten ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Patienten zur Bewältigung ihrer Suchterkrankung, aber auch für die beteiligten Behandler zur Steigerung ihrer medizinischen Behandlungsqualität. Nicht zuletzt profitieren auch Krankenkassen langfristig von diesem Vorgehen. Bei sinkenden Rückfallquoten reduzieren sich auch die Behandlungskosten im stationären Bereich.

### Literatur

- Bilitza, K. W. (2009): Praxis der ambulanten Psychotherapie der Sucht. In: Sucht Aktuell. Heft 1. S. 57-62.
- Braune, N. J., J. Schröder, P. Gruschka, K. Daecke und J. Pantel (2008): Determinanten eines Therapieabbruchs während der stationären qualifizierten Entgiftungsbehandlung bei Patienten mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie. Heft 5. S. 217-224.
- Brück, R. und K. Mann (2006): Alkoholismusspezifische Psychotherapie. Manual mit Behandlungsmodulen. Köln.
- Bühringer, G., R. Augustin, E. Bergmann, K. Bloomfield, W. Funk, B. Junge, L. Kraus, C. Merfert-Diete, H. J. Rumpf, R. Simon und J. Töppich (2002): Alcohol consumption and alcohol related problems in Germany. Seattle WA.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009): Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapierichtlinien) – in der Fassung vom 17. Juli 2008/16. Oktober 2008. BAnz Nummer 8 vom 16. Januar 2009. S. 212
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen – DHS (2008): Jahrbuch Sucht 08. Geesthacht.

- Dilling, H., W. Mombour und M. H. Schmidt (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation. Bern.
- Driessen, M., C. Veltrup, K. Junghanns, A. Przywara und H. Dilling (1999): Kosten-Nutzen-Analyse klinisch-evaluiertes Behandlungsprogramme. Erweiterte Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. In: Der Nervenarzt. Nummer 5. S. 463-470.
- John, K., und M. Hanke (2002): Tobacco smoking- and alcohol drinking-attributable cancer mortality in Germany. In: European Journal of Cancer Prevention. Nummer 1. S. 11-17.
- Kraus, L., und G. Bühringer (2008): Institut für Psychotherapieforschung München. [www.ift.de](http://www.ift.de)
- Mann, K., und F. Stetter (2002): Die qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen: Entwicklung und Evaluation. In: K. Mann (Hrsg.): Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Lengerich. S. 59-73.
- Mann, K., S. Loeber, B. Croissant und F. Kiefer (2006): Qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. Köln.
- Saß, H., H.-U. Wittchen, M. Zaudig und I. Houben (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM – IV-TR. Hogrefe. Göttingen.
- Schmidt, L. G., M. Gastpar, P. Falkai und W. Gaebel (Hrsg.) (2006): Evidenzbasierte Suchtmedizin – Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen. Köln.
- Statistisches Bundesamt (2008): Krankenhauslandschaft im Umbruch. Wiesbaden.
- Wessels, T. (2009): Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen – Ansatzpunkte zur Verbesserung. In: Die Krankenversicherung. Ausgabe 02 und 03. S. 49-52.
- Zimmermann, U. S., S. Bilger und K. Mann (2008): Suchtkrankheiten. In F. Schneider und W. Niebling (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Heidelberg 2008. S. 301-374.

