



## Zugangswege erweitern, Übergänge optimieren am Beispiel der Suchtrehabilitation (alkoholbezogene Störungen)

WS 3 Übergänge optimieren  
DVfR-Kongress "Teilhabe – Anspruch und Wirklichkeit in der  
medizinischen Rehabilitation" 14./15. November 2016

Dr. Volker Weissinger



### Gliederung des Vortrags:

- I. Zugangswege bei alkoholbezogenen Störungen:  
Ausgangsbedingungen und Schnittstellenprobleme
- II. Zugangswege zur Behandlung:  
Entwicklungspotentiale auf Basis der AWMF-Leitlinie  
"Alkoholbezogene Störungen"
- III. Weitere Handlungsansätze am Beispiel
- IV. Schlussbemerkungen



## I Zugangswege bei alkoholbezogenen Störungen: Ausgangslage und Schnittstellenprobleme

Alkoholabhängigkeit	1,77 Mio.
Alkoholmissbrauch	1,61 Mio.
Krankenhausfälle 2012 (mit F10 Diagnose)	345.034
Entwöhnungsbehandlung "Alkoholabhängigkeit" (DRV 2012)	37.855
Kontakt zum Hausarzt der Menschen mit alkoholbezogenen Störungen (≥ 1mal/Jahr)	> 70 %

## I Zugangswege bei alkoholbezogenen Störungen: Ausgangslage und Schnittstellenprobleme

### Betroffene nehmen ihr Problem oft nicht wahr!

Wahrnehmung schädlicher Wirkungen des Gebrauchs von Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten nach substanzbezogenen Störungen nach DSM-IV (Deutscher Suchtsurvey 2012)

	Abhängigkeit	Missbrauch
Alkohol Problemwahrnehmung	47.8 %	19.1 %

Anmerkung: Problemwahrnehmung bezüglich mehrerer Substanzen möglich.

## I Zugangswege bei alkoholbezogenen Störungen: Ausgangslage und Schnittstellenprobleme

### Betroffene nehmen Hilfen oft nicht in Anspruch!

Geschätzte Minimal- und Maximalwerte der Prävalenz der Inanspruchnahme professioneller Hilfe für Personen mit einer substanzbezogenen Störung nach DSM-VI ( (Deutscher Suchtsurvey 2012)

		Abhängigkeit	Missbrauch
Alkohol	Max. [%]	22.5	a)
	Min. [%]	10.8	a)
Illegale Drogen	Max. [%]	48.4	5.1
	Min. [%]	31.7	1.3

Max.: Maximalwert. Basiert auf der Annahme, dass professionelle Hilfe von Personen ohne Problembewusstsein ebenso häufig in Anspruch genommen wird wie von Personen mit Problembewusstsein.  
Min.: Minimalwert. Basiert auf der Annahme, dass Personen ohne Problemwahrnehmung keine Hilfe in Anspruch nehmen.  
a) Die vorliegenden Daten erlauben keine Prävalenzschätzungen für Alkoholmissbrauch. Professionelle Hilfe: Hausärztliche Hilfe, Psychotherapie, ambulante Suchtberatung, stationäre Entgiftung, stationäre Rehabilitation.

## I Zugangswege bei alkoholbezogenen Störungen: Ausgangslage und Schnittstellenprobleme

### Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit: Abhängigkeitsdauer und Anzahl der Entzugsbehandlungen

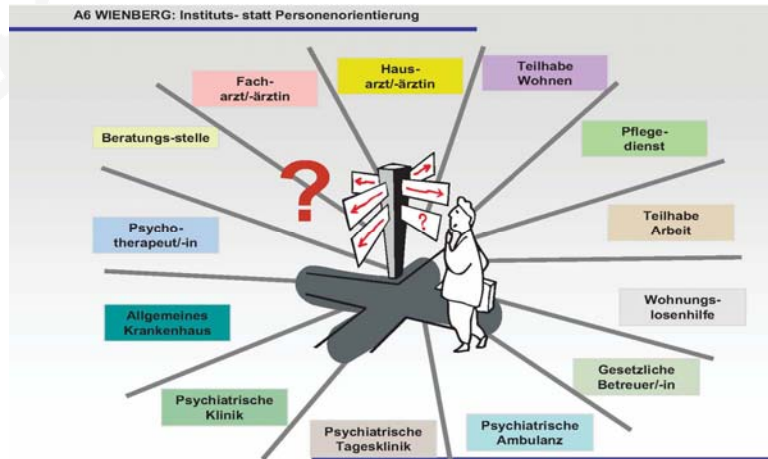
Basisdokumentation 2014 Fachverband Sucht e.V. (FVS)

	FVS
Abhängigkeitsdauer bis zur Erstbehandlung (N=8.208)	12,9 +/- 9,5 Jahre
Anzahl der Entzugsbehandlungen (N=17.059)	3,2 +/- 6,4 Entzugsbehandlungen

## I Zugangswege bei alkoholbezogenen Störungen: Ausgangslage und Schnittstellenprobleme

Versorgungs- und Behandlungssystem für alkoholbezogene Störungen:  
Ausgangslage und Schnittstellenprobleme

**Betroffenen fehlt oft die Orientierung!**



## I Zugangswege bei alkoholbezogenen Störungen: Ausgangslage und Schnittstellenprobleme

Vermittelnde Instanz in Fachkliniken A/M  
(Basisdokumentation – Jahrgang 2014 FVS)

Vermittelnde Instanz	FVS (N=16.522)
keine/Selbstmelder	2,0%
Familie	2,4%
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	2,3%
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	2,2%
Suchtberatungs- und/oder –behandlungsstelle, Fachambulanz	55,6%
Krankenhaus / Krankenhausabteilung (insbesondere Entzug)	20,3%
soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)	1,5%
Kosten-, Leistungsträger	5,4%
sonstige	8,4%

## I Zugangswege bei alkoholbezogenen Störungen: Ausgangslage und Schnittstellenprobleme

### FAZIT (Hoch, Batra, Mann 2015)

1. Deutschland verfügt über ein differenziertes und hochqualifiziertes System der Suchthilfe.
2. Das Hilfesystem erreicht aber nur ca. 10% der behandlungsbedürftigen Menschen.
3. Die meisten suchtgefährdeten und suchtkranken Menschen haben Kontakt zur medizinischen Versorgung und/oder sozialen Hilfen.



**Screening, Erkennung, frühzeitige Intervention  
sowie sektorenübergreifende Vernetzung!**

## II Zugangswege zur Behandlung: Entwicklungspotentiale auf Basis der AWMF - S3 Leitlinie "Alkoholbezogene Störungen" (vorrangig medizinischer Bereich)

1. Früherkennung und -intervention durch niedergelassene Ärzte
2. Nahtloser Zugang zur Entwöhnungsbehandlung im Anschluss an Entgiftung und Entzug
3. Case-Managementansätze am Beispiel

## II Zugangswege zur Behandlung: Entwicklungspotentiale auf Basis der AWMF-Leitlinie "Alkoholbezogene Störungen"

### 1. Früherkennung und -intervention durch niedergelassene Ärzte

#### EINZELEMPFEHLUNGEN der AWMF Leitlinie "Alkoholbezogene Störungen":

##### Screening (4.8.1.1.1 und 4.8.1.1.2)

- Screening /Früherkennung soll in allen Einrichtungen der Primärversorgung eingesetzt bzw. erfolgen. Empfohlen wird der Einsatz des AUDIT/AUDIT-C

##### Kurzintervention (4.8.1.2.1 - 4.8.1.2.3)

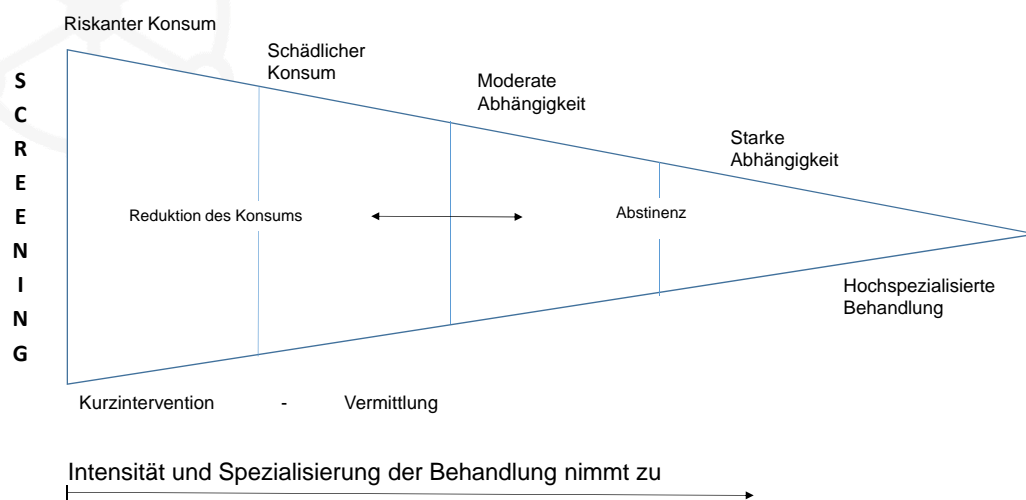
- Kurzinterventionen sollen riskant Alkoholkonsumierende und sollten Rauschtrinkern angeboten werden. Sie sollen in der primärmedizinischen Versorgung eingesetzt werden.

##### Rolle des Hausarztes (4.8.1.10.1 und 4.8.1.10.2)

- Hervorhebung der zentralen Rolle des Hausarztes. Dies betrifft die Erkennung, Behandlung, Begleitung alkoholbezogener Störungen und bei Alkoholabhängigkeit die Information über und Vermittlung in weiterführende Angebote (Entzug, Entwöhnung).

## II - 1. Früherkennung und -intervention durch niedergelassene Ärzte

### Ausbau differenzieller Interventionsangebote nach Schweregraden (s. DSM 5)



## II - 1. Früherkennung und -intervention durch niedergelassene Ärzte

### Umsetzungsproblem A

#### A) Einsatz Screening-Diagnostikverfahren (AWMF LL Alkoholbezogene Störungen)

- ➔ Screening und Diagnostikverfahren zur Früherkennung alkoholbezogener Störungen flächendeckend und systematisch in der medizinischen Grundversorgung einsetzen.

Vorschlag S3 LL (S. 29 zu 2.1.5.4):

- Jeden Patienten in allen Settings screenen,
- Wiederholung in entsprechenden Zeitintervallen, alle 1-2 Jahre wird als angemessen angesehen.

- ➔ Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Case-finding, d.h. frühzeitige Identifizierung von Personen mit besonderem Risiko für schädlichen Alkoholgebrauch (im Rahmen der Erstanamnesen und von Gesundheitsuntersuchungen)

## II - 1. Früherkennung und -intervention durch niedergelassene Ärzte

### Umsetzungsproblem B: Vergütung Früherkennungsintervention

**Umsetzungsprobleme bei alkoholbezogenen Interventionen aus Sicht der Hausärzte**  
(Liegmann, K.: Risiko Alkohol? Früherkennung und Intervention in der Hausarztpraxis, 2015)

Umsetzungsprobleme (N= 123)	ja	nein	weiß nicht
fehlende suchtmmedizinische Qualifikation	40,5 %	44,6 %	14,9 %
Intervention nicht in den Praxisalltag integrierbar	56,7 %	36,7 %	6,7 %
fehlende finanzielle Vergütung	87,7 %	12,3 %	
Suchttherapie keine hausärztliche Aufgabe	25,2 %	74,8 %	
fehlende Kooperation mit suchtherapeutischen Einrichtungen	60,7 %	39,3 %	

## II - 1. Früherkennung und -intervention durch niedergelassene Ärzte

### Screening, Kurzinterventionen, Follow-up-Gespräche (3 Jahre)

- ⇒ neu:  
Verträge der KKH mit  
einzelnen KBVen
- ⇒ hausarztzentrierte  
Versorgung

aber: Regelungen gelten nur  
für KKH-Versicherte in 2  
Versorgungsregionen

 Kaufmännische  
Krankenkasse



### VERTRAG nach § 73 a SGB V

zur qualitätsgesicherten Reduktion  
des Alkoholkonsums

zwischen der

der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin  
Masurenallee 6 A, 14057 Berlin  
-KV Berlin-

und der

Kaufmännischen Krankenkasse - KKH  
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover  
-KKH -

## II Zugangswege zur Behandlung: Entwicklungspotentiale auf Basis der AWMF-Leitlinie "Alkoholbezogene Störungen"

### 2. Nahtloser Zugang zur Entwöhnungsbehandlung im Anschluss an Entgiftung und Entzug

#### AWMF LL Alkoholbezogene Störungen (3.8.3-1):

Postakute Interventionsformen sollen im Anschluss an die Entzugsphase als nahtlose  
weiterführende Behandlung angeboten werden. („soll“, KKP, 76,9%)

#### Krankenhausbehandlung 2012 – F10-Diagnosen:

Frauen 94321 (Platz 15), Männer 250112 (Platz 1)



## II - 2. Nahtloser Zugang zur Entwöhnungsbehandlung im Anschluss an Entgiftung und Entzug

### Direktverlegung/Nahtlosverfahren der GKV und DRV aus dem Qualifizierten Entzug in die Entwöhnungsbehandlung in Entwicklung (Folge der UAG Frühzeitiger und nahtloser Zugang: GKV, DRV, DHS, Koordination FVS)

- Nahtlose Verlegung vom Krankenhaus in die Entwöhnungseinrichtung
- Kurzfristige Bearbeitung des Reha-Antrags durch die Reha-Träger
- Enge Abstimmung zwischen Krankenhaus und Entwöhnungseinrichtung
- Organisierter und begleiteter Transport, vorzugsweise durch Mitarbeiter der Entwöhnungseinrichtung
- Fahrkostenregelung nach § 53 SGB IX

- ⇒ Rahmenempfehlungen DRV/GKV in Abstimmung
- ⇒ Umsetzung erfolgt dann auf Landesebene (2017)

## II - 2. Nahtloser Zugang zur Entwöhnungsbehandlung im Anschluss an Entgiftung und Entzug

### Empfehlungen der S3 LL und Entwicklungspotentiale an ausgewählten Beispielen - Zugang aus Entzugsbehandlung

- Entwicklung eines Nahtlosverfahrens der DRV/GKV ist auf den qualifizierten Entzug beschränkt
- S3 LL "Alkoholbezogene Störungen" empfiehlt zwar, dass die Qualifizierte Entzugsbehandlung statt einer rein körperlichen Entgiftung angeboten werden sollte (s. 3.3.3.1, "sollte", KKP, 100%).

aber:



Qualifizierter Entzug ist zahlenmäßig derzeit (noch) der geringere Anteil an allen Entgiftungs-/Entzugsbehandlungen (mit kürzeren Behandlungsdauern)



hoher Anteil an Patienten mit alkoholbezogenen Störungen ohne F10-Diagnose, sondern aufgrund somatischer Folgeerkrankungen im Krankenhaus

## II - 2. Nahtloser Zugang zur Entwöhnungsbehandlung - Krankenhaus

Beispiel: Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen im Krankenhaus (Weissing, Missel 2012)

### Umsetzungsbeispiel: Frühintervention durch die Schaffung von Netzwerken – hier: "Liaisondienst Rems-Murr-Klinik" (Abb. 1)



## II Zugangswege zur Behandlung: Entwicklungspotentiale auf Basis der AWMF-Leitlinie "Alkoholbezogene Störungen"

### 3. Case-Managementansätze am Beispiel

#### AWMF LL Alkoholbezogene Störungen:

#### Versorgungsmanagement als systemübergreifender Ansatz Kernpunkt für die Implementierung (100% Zustimmung):

"Die Nahtlosigkeit der Leistungserbringung durch die Realisierung eines **trägerübergreifenden Schnittstellenmanagements** und das **systematische Zusammenwirken** der beteiligten Leistungsträger und -erbringer (z.B. im Rahmen von Suchthilfe-Netzwerken) ist zu gewährleisten."

## II - 3. Case-Managementansätze am Beispiel

### Problembereiche: Beispiel stationäre Suchtrehabilitation

a) Nichtantrittsquote 2009 – stationäre Suchtrehabilitation Erhebung der Suchtverbände (,buss', CaSu, GVS, FDR, FVS)

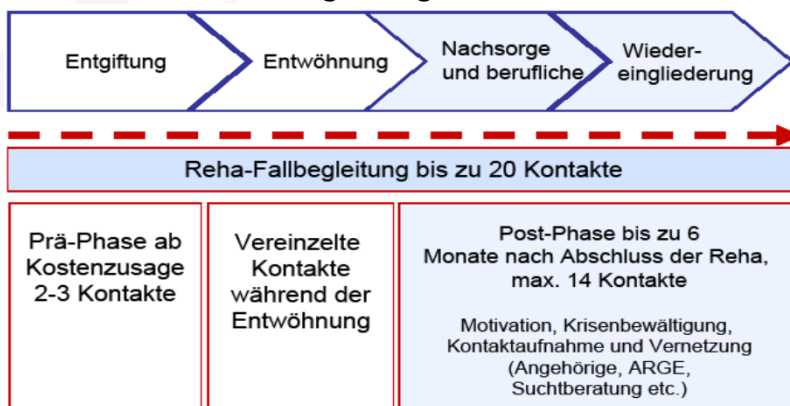
b) Nichtantrittsquote DRV Bund (2015)

	Quote (%)		Quote (%)
Gesamt (= 159 Kliniken)	26,28	Gesamt	15,4
Alkohol	19,10	Alkohol	13,9
Drogen	37,73	Drogen	20,1

## II - 3. Case-Managementansätze am Beispiel

### Reha-Fallbegleitung – DRV Rheinland-Pfalz

#### Ablauf der Reha-Fallbegleitung (Kainz et al. 2010)



Die Antrittsquote (93% Teilnehmer vs. 61% Nichtteilnehmer) und die Quote planmäßiger Entlassungen ist deutlich erhöht.

### III Weitere Handlungsansätze am Beispiel (jenseits der AWMF S3 LL)

1. Firmenservice der Rentenversicherung (Beispiel: DRV Westfalen)
2. Integrierte Betreuung von Arbeitslosen mit substanzbezogenen Störungen im JobCenter (Beispiel: JobCenter Essen)
3. Integrierte stationäre Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung (DRV KBS)
4. Zugang aus der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation (DRV Bund)
5. Nahtlose Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung der DRV Mitteldeutschland (ohne Sozialbericht)
6. Zugangswege über unterschiedliche Medien

### III Weitere Handlungsansätze am Beispiel

#### 1. Beispiel: Betrieblicher Bereich: Firmenservice der Rentenversicherung: Bundesweite Telefonhotline (0800-1000 453) und Beratungsangebote vor Ort

Hier: Beispiel Kreis Warendorf (DRV-Westfalen)  
(DRV Westfalen, Keck 15.06.2016)

Ansatz: Aktives Zugehen des Firmenservice der DRV auf Betriebe (auch Kleinbetriebe!)

#### Konkrete Aktivitäten zur Umsetzung:

- 1. Schritt: Vernetzung über einen **regionalen Arbeitskreis** aus Personalverantwortlichen, Betriebsservice Gesunde Arbeit (kostenloses Beratungs- und Lotsenangebot der DRV Westfalen und regionale Suchtberatungsstelle)
- 2. Schritt: Sensibilisierung von Unternehmen und Beschäftigten durch eine (ggfs. betriebsübergreifende) **Veranstaltungsreihe** zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement (Arbeitsschutz, BEM, Prävention einschließlich Sucht)
- 3. Schritt: Vereinbarung einer **strukturierten Kooperation** zwischen Betrieb, DRV Westfalen und Suchtberatungsstelle in den Themenfeldern Prävention, Rehabilitation und Nachsorge (unter **Einbeziehung von Werks- und Betriebsärzten**)

### III Weitere Handlungsansätze am Beispiel

#### 2. Beispiel:

#### Integrierte Betreuung von Arbeitslosen mit psychischen sowie mit substanzbezogenen Störungen im JobCenter

(Beispiel Essen, vgl. Mikoteit 15.06.2016)

- Konzept zur **integrierten Gesundheits- und Arbeitsmarktförderung** (Schwerpunkt: Seelische Gesundheit inklusive substanzbezogene Störungen bei Langzeitarbeitslosen)
- Spezialisierte und in der Führung von **motivierenden Gesundheitsgesprächen geschulte Fachkräfte** des JobCenters stehen in allen 10 Standorten des JC Essen zur Verfügung
- Ziel der Gespräche ist die **Identifikation** von "Verdachtsfällen" und der Aufbau von **Motivation** z.B. zur Inanspruchnahme einer professionellen Fachberatung (freiwillige Inanspruchnahme von Angeboten)
- Erleichterter Zugang durch die Einrichtung einer "Zweigstelle" der **Institutsambulanz** des Klinikums (Psychiatrie) in den **Räumlichkeiten des JobCenters**
  - Etablierung einer psychiatrischen sowie einer suchtmmedizinischen Sprechstunde
- Gemeinsame Erarbeitung der weiteren Schritte (JobCenter-Fachkräfte, Klinikmitarbeiter, Kunde) und Unterstützung bei den Zugängen zu stationärer und ambulanter Behandlung

### III Weitere Handlungsansätze am Beispiel

#### 3. Beispiel:

#### ISBA – Integrierte stationäre Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung (Voraussetzung: bewilligte Entwöhnungsbehandlung)

(Kirchner 15.06.2016)



#### Verfahrensablauf

➔ Antrittsquote 99,3%



### III Weitere Handlungsansätze am Beispiel (Leistungsträger, Leistungserbringer, Politik)

#### 4. Beispiel: Komorbide Suchtprobleme: Zugang aus der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation Praxisempfehlungen (DRV Bund)

- Komorbide Suchtprobleme sind in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation ein bedeutsames Thema.
- Entsprechende Auffälligkeiten kommen vor.
- Gleichzeitig gibt es Unsicherheiten im Umgang.
- Praxisempfehlungen sollen Handlungssicherheit erhöhen (Inhalte: Screening/Diagnostik, Interventionen, Weitervermittlung in weiterführende Suchtbehandlung, Dokumentation)

➔ Nun folgt der Praxistest !!!



### III Weitere Handlungsansätze am Beispiel

#### 5. Beispiel: Nahtlose Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung DRV Mitteldeutschland (ohne Sozialbericht) (Ueberschär 15.06.2016)

- Antragstellung in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern (seit 01.01.2007), im Akutkrankenhaus (seit 01.01.2010) und nahtlose Verlegung in eine Entwöhnungseinrichtung
- Antragstellung nach § 125/§ 145 SGB III (Aufforderung durch die Agentur für Arbeit, einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen) (seit 01.01.2007) und in den ARGEN und optierenden Kommunen (Projekt "Magdeburger Weg") (seit 01.09.2007)
- Antragstellung in Justizvollzugsanstalten (seit 01.09.2008)
- Antragstellung vom Hausarzt, Betriebs- und Werksarzt (seit 11.2011)

#### Ergebnisse (Ueberschär 2016)

1. "Direkteinweisung" zur Entwöhnungsbehandlung ist genauso erfolgreich wie bei bisherigem Zugangsweg
2. Bundesweite Öffnung würde zu moderatem Anstieg der Anträge führen

### III Weitere Handlungsansätze am Beispiel

#### 6. Beispiel: Zugangswege über verschiedene Medien ausbauen

- a. Apps
- b. Online-Dienste
- c. Telefonservice

### III Weitere Handlungsansätze am Beispiel

#### 6. Beispiel: Zugangswege über verschiedene Medien ausbauen

##### a. Mobile Health – Angebote (App)

- USA – APP-Store von Apple:  
über 100.000 App zu Lebensqualität, Fitness,  
Gesundheit
- Marktvolumen mobiler Gesundheitsangebote  
(mhealth) 2016: ca. 20 Mrd. US-Dollar
- Deutsches Ärzteblatt:  
Viele Chancen, wenig Evidenz, fehlende  
Standards- und Qualitätskriterien und  
Zulassungsverfahren ungeklärt

**➔ Vision: Entwicklung zertifizierter Gesundheits-Apps (inkl. substanzgebundener und –ungebundener Störungen unter Beteiligung der maßgeblichen Akteure) und deren Bewerbung**

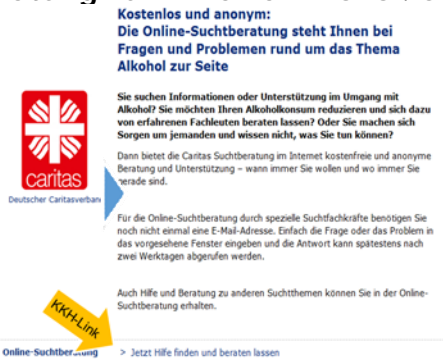
### III Weitere Handlungsansätze am Beispiel

#### 6. Beispiel: Zugangswege über verschiedene Medien ausbauen

##### b. Online-Beratung:

##### Beispiel: Caritas-Onlineberatung zum Thema Alkohol/Sucht

- Die Onlineberatung ist seit September 2014 auf [www.kkh.de](http://www.kkh.de) verlinkt
- Einzelberatung als Chat oder per E-Mail, auch für Angehörige, Kollegen, Führungskräfte etc.
- Das Angebot wird regelmäßig in der aktiv+ und dem Firmenmagazin news + beworben
- 1.980 Personen haben den KKH-Link genutzt



**Kostenlos und anonym:**  
Die Online-Suchtberatung steht Ihnen bei Fragen und Problemen rund um das Thema Alkohol zur Seite

Sie suchen Informationen oder Unterstützung im Umgang mit Alkohol? Sie möchten Ihren Alkoholkonsum reduzieren und sich dazu von erfahrenen Fachleuten beraten lassen? Oder Sie machen sich Sorgen um jemanden und wissen nicht, was Sie tun können?

Dann bietet die Caritas Suchtberatung im Internet kostenfreie und anonyme Beratung und Unterstützung – wann immer Sie wollen und wo immer Sie gerade sind.

Für die Online-Suchtberatung durch spezielle Suchtfachkräfte benötigen Sie noch nicht einmal eine E-Mail-Adresse. Einfach die Frage oder das Problem in das vorgesehene Fenster eingeben und die Antwort kann spätestens nach zwei Werktagen abgerufen werden.

Auch Hilfe und Beratung zu anderen Suchtthemen können Sie in der Online-Suchtberatung erhalten.

**KKH-Link**  
Online-Suchtberatung > Jetzt Hilfe finden und beraten lassen

Intensivierung der Bewerbung der Onlineberatung für Firmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

**Vision: Neutrale und bundesweit übergreifende Online-Beratungsangebote unter Beteiligung der maßgeblichen Akteure und deren Bewerbung**

### III Weitere Handlungsansätze am Beispiel

#### 6. Beispiel: Zugangswege über verschiedene Medien ausbauen

##### c. Telefonservice

##### Das BZgA - Infotelefon zur Suchtvorbeugung

**Telefon: (02 21) 89 20 31**  
(Preis entsprechend der Preisliste ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Kölner Ortsnetz)

**Beratungszeiten:**  
Montag bis Donnerstag: von 10 bis 22 Uhr und Freitag bis Sonntag: 10 bis 18 Uhr

Dabei handelt es sich um einen telefonischen Informationsdienst der BZgA zu Fragen der Suchtprävention.

**Das Infotelefon erfüllt verschiedene Aufgaben:**

- Beantwortung von Fragen zur Suchtvorbeugung;
- Persönliche Beratung bei Suchtproblemen mit dem Ziel, an geeignete lokale Hilfs- und Beratungsangebote zu vermitteln;
- Vermittlung von Anschriften und Telefonnummern der Suchtberatungsstellen sowie anderer geeigneter Beratungsdienste;
- Benennung von lokalen Ansprechpartnern zur Unterstützung oder Beratung sowie von relevanten BZgA-Medien zur Suchtprävention.

Das Infotelefon setzt seinen Schwerpunkt in der Suchtvorbeugung, nicht in der individuellen Beratung von Betroffenen, die jedoch an die entsprechenden Beratungsstellen weitervermittelt werden.



**Sucht & Drogen Hotline**

Hilfe

Sucht & Drogen Hotline

Bundesweite telefonische Beratung in Sucht- und Drogenfragen für Betroffene und ihre Angehörigen:

Öffnungszeiten: Montag bis Sonntag von 0.00 bis 24.00 Uhr

Telefon: **01805 313031** (kostenpflichtig, 0,14 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min. Dieser Dienst wird unterstützt von NEXT ID.)

Website: [www.sucht-und-drogen-hotline.de](http://www.sucht-und-drogen-hotline.de)

**Vision: Breite Bewerbung neutraler Info-Telefonangebote zur Suchtvorbeugung durch die verschiedenen Akteure (organisationsübergreifende Kampagnen)**





## IV Schlussbemerkungen

### "Rehabilitation lohnt sich!"

#### Durch einen frühzeitigen und nahtlosen Zugang in die Rehabilitation Suchtkranker werden

- die Nichtantrittsquoten verringert,
- weitere Entzugsbehandlungen und erneute Entwöhnungsbehandlungen damit vermieden,
- betriebliche Ausfallzeiten und Kosten für den Arbeitgeber reduziert,
- hohe Folgekosten zu Lasten der Sozialleistungsträger (GKV, DRV, BA, Kommunen) gespart,
- den betroffenen Menschen geholfen, wieder ein selbstbestimmtes suchtfreies Leben zu führen,
- Angehörigen, Partnern und insbesondere auch Kindern neue Perspektiven für das Zusammenleben mit dem betroffenen suchtkranken Menschen eröffnet.



## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

*Dr. Volker Weissinger*  
FACHVERBAND SUCHT e.V.  
Walramstraße 3  
53175 Bonn  
[sucht@sucht.de](mailto:sucht@sucht.de)  
[www.sucht.de](http://www.sucht.de)