ERGEBNISBAND

FIRE

Frühzeitige Intervention für den direkten Zugang zur Rehabilitation bei Entgiftung in der Akutversorgung

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt FIRE aus dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ vor.

Mit rehapro fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Erprobung innovativer Ansätze in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Nachsorge in den Jobcentern und Rentenversicherungsträgern und setzt damit den gesetzlichen Auftrag gemäß § 11 SGB IX um. Ziel ist es, die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu stärken und die trägerübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Wirksame Ansätze sollen identifiziert und in das Regelangebot der Jobcenter und Rentenversicherungsträger übernommen werden. Die gewonnenen Erkenntnisse aus rehapro können so allen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zugutekommen.

In diesem Band werden die Inhalte und Ziele des Projekts FIRE erläutert. Des Weiteren werden die Ergebnisse und Erkenntnisse zu den innovativen Ansätzen des Projekts sowie deren Wirkungen präsentiert. Außerdem werden Verstetigungsoptionen vor Ort sowie Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und bundesweiten Verstetigung dargestellt.

Mit der Dokumentation der Ergebnisse sollen der Erkenntnisgewinn aus den rehapro-Projekten nachhaltig verankert und eine Basis für den Diskussionsprozess zur bundesweiten Verstetigung geschaffen werden. Die Veröffentlichung der Ergebnisbände auf der Website bundesprogramm-rehapro.de macht die Erkenntnisse für alle Beteiligten und Interessierten sichtbar, leicht zugänglich und nutzbar.

Inhaltsverzeichnis

1 Darstellung des Modellprojekts 4
1.1 Ausgangslage 4
1.2 Inhalte 5
1.3 Ziele 6
1.4 Organisation/Beteiligte Akteure 7
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 7

2 Ergebnisse des Modellprojekts 10

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-) Ansätzen und deren Wirkungen 18

4 Verstetigung vor Ort 22
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 22
4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter/Rentenversicherungsträger (ggf. getrennt nach Verbundpartnern) 23

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 25

6 Anlagen 27
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 27
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 27
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 27

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

Deutschlandweit leiden etwa 3 % der Allgemeinbevölkerung unter einer Alkoholabhängigkeit (Atzendorf et al., 2019). Alkoholbezogene Störungen sind mit einem erhöhten Risiko für soziale Probleme, Folgeerkrankungen und vorzeitiger Sterblichkeit verbunden und verursachen erhebliche gesellschaftliche Kosten (Trautmann et al., 2016). Suchterkrankungen verlaufen zumeist chronisch und weisen hohe Komorbiditäten auf, Einschränkungen der sozialen und beruflichen Teilhabe sind häufig assoziiert: Psychische Erkrankungen erhöhen das Risiko um krankheitsbedingte Ausfalltage um den Faktor 3-5, bei Suchterkrankungen liegt die mittlere Anzahl pro Monat bei 5,3 Ausfalltagen im Vergleich zu 2,0 Tagen, wenn keine psychische Erkrankung vorliegt. Die Erwerbsunfähigkeitsrenten aufgrund psychischer Störungen sind in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen, im Jahr 2003 waren es noch 29,2 % im Jahr 2023 bereits 41,8 % (Deutsche Rentenversicherung, 2024a).

Das Angebot von Behandlungsmaßnahmen für Suchterkrankungen in Deutschland ist differenziert und umfasst zum einen Entzugsbehandlungen (auch: Entgiftungen), die im akutmedizinischen Sektor erbracht werden, und zum anderen ambulante, ganztägig ambulante und stationäre postakute medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (auch: Entwöhnungsbehandlungen) sowie berufliche Rehabilitationsmaßnahmen. Unter anderem übernehmen Suchtberatungsstellen im Suchthilfesystem wesentliche Aufgaben der Beratung von Betroffenen und Angehörigen vor allem durch die Erstellung des für einen Reha-Antrag in der Regel notwendigen Sozialberichts eine zentrale Funktion bei der Einleitung und Beantragung von Entwöhnungsbehandlungen. Während die Übernahme der akutmedizinischen Entzugsbehandlung in den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung fällt, ist die Deutsche Rentenversicherung (DRV) primärer Leistungsträger für die medizinische Rehabilitation von Suchterkrankungen. Sie übernimmt auf Grundlage des § 15 SGB VI rund 84 % der Entwöhnungsbehandlungen alkohol- und medikamentenabhängiger Patient*innen, wobei davon wiederum ca. 84 % auf die alkoholbedingten Entwöhnungen entfallen. Weitere Leistungsträger der Entwöhnung sind die Krankenversicherung sowie selten auch die Träger der Kinder- und Jugendhilfe und der Sozialhilfe (Fachverband Sucht+, 2023).

Primäres Ziel einer multimodalen Entwöhnungsbehandlung ist die dauerhafte Abstinenz bzw. Reduktion von Rückfallfrequenz, -schwere und -dauer. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf berufsbezogenen Maßnahmen, die eine dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben ermöglichen sollen.
Es bestehen zahlreiche Hinweise auf die Wirksamkeit von Entwöhnungsbehandlungen bei Alkoholabhängigkeit (Vogelsang, 2011; Rehm et al., 2019). Je nach Berechnungsform der katamnestischen Erfolgsquote zeigt sich, dass ein Jahr nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung zwischen 38,5 und 77,8 % der Patient*innen abstinent bzw. abstinent nach Rückfall sind (Bachmeier et al., 2022).

Trotz umfangreicher Unterstützungs- und Behandlungsangebote nimmt nur ein geringer Anteil der Personen mit einer alkoholbezogenen Störung eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in Anspruch. Die Behandlungsraten bei alkoholbezogenen Störungen betragen lediglich fünf bis 33 %. Somit gehören Suchterkrankungen zu den psychischen Störungen mit der größten Behandlungslücke (Trautmann et al., 2016). Die nahtlose Erbringung von Leistungen des suchtspezifischen Versorgungssystems wird auch von der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (AWMF) empfohlen. Hier heißt es, dass sich im Anschluss an die Entzugsphase postakute Interventionen, insbesondere medizinische Rehabilitationen, nahtlos anschließen sollten. Die Realität der Versorgung suchtkranker Menschen in Deutschland weicht jedoch in erheblichem Maß von diesen Empfehlungen ab: Im Jahr 2023 wurden 232.737 Patienten aufgrund einer psychischen Störung und Verhaltensstörung durch Alkohol in einem Krankenhaus akutstationär behandelt (Statistisches Bundesamt, 2023). Eine ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit in Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung, die in ca. 84 % der Fälle zuständig ist, wurde im gleichen Jahr jedoch lediglich in 26.571 Fällen durchgeführt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023b). Diese Zahlen belegen, dass nur ein Bruchteil der Menschen, die aufgrund einer F10-Diagnose im Krankenhaus behandelt werden, zeitnah eine Entwöhnungsbehandlung beginnt. Ohne eine entsprechende Behandlung sind so genannte „Drehtür-Effekte“, bei denen es innerhalb kurzer Zeiträume aufgrund von Rückfällen immer wieder zu erneuten Entgiftungen und damit akutstationären Mehrfachbehandlungen kommt, wahrscheinlich. Nach Angaben des Fach-verbandes Sucht e.V. (FVS)

finden im Durchschnitt 3,9 “einfache” Entzugsbehandlungen sowie 1,3 qualifizierte Entzüge im Vorfeld einer stationären Entwöhnungsbehandlung statt und es vergehen im Durchschnitt 15,6 Erkrankungsjahre bis zu einer Erstbehandlung in einer Suchtfachklinik (Fachverband Sucht+, 2023). An diesem Punkt soll eine zielgerichtete Intervention helfen, einen schnellen und direkten Weg durch das Suchthilfesystem zu einer stationären Entwöhnungsbehandlung zu finden.

Ein weiterer Befund im Versorgungsbereich Sucht ist die Reduzierung der Anzahl ambulanter und stationärer Entwöhnungsbehandlungen im Bereich der Deutschen Rentenversicherung von 2010–2023 um ca. 34 % bei gleichbleibenden Prävalenzzahlen für Alkoholabhängigkeit (Deutsche Rentenversicherung, 2024c). Zusammenfassend ist das Suchthilfesystem charakterisiert durch vielfältige Behandlungs- und Unterstützungsangebote, aber auch eine Unübersichtlichkeit für Betroffene aufgrund der sektoralen Trennung der Leistungserbringung mit unterschiedlichen Zuständigkeiten der Sozialleistungsträger für verschiedene Maßnahmen einer Behandlungskette und einem umfangreichen Antragsverfahren für die Beantragung einer Entwöhnungsbehandlung. Kenntnisse über vorhandene Behandlungsangebote (Entzug, Entwöhnung) gelangen oft sehr spät an die Betroffenen. Durch die geringe Inanspruchnahme von Entwöhnungsbehandlungen gehen große Potentiale verloren, Gesundheits- und Funktionsstörungen sowie soziale und berufliche Teilhabestörungen, die durch eine Suchterkrankung entstehen, frühzeitig und professionell zu behandeln. Dies gilt insbesondere für Personen, die sich während eines akutstationären Entzugs bereits im Kontakt zum medizinischen Versorgungssystem befinden und bei denen möglichst direkt und zeitnah die Information über, die Motivation zu und die Einleitung einer medizinischen Entwöhnungsbehandlung stattfinden sollte. Hier scheinen die Möglichkeiten einer gezielten Intervention bisher unzureichend genutzt. Die Reha-Abklärung und -Einleitung sollte idealerweise bereits in der akutmedizinischen Phase im Krankenhaus beginnen.

1.2 Inhalte

Ziel des rehapro-Modellprojekts war es, alkoholabhängige Patient*innen, die sich einer Entgiftungsbehandlung in einer Akutklinik unterziehen, durch eine bereits in der akutmedizinischen Phase stattfindende Intervention (externe zielgruppenspezifische Sozialberatung) für eine möglichst zeitnah im Anschluss an die Entgiftungsmaßnahme beginnende stationäre Entwöhnungsbehandlung zu motivieren und diese bestenfalls direkt mittels Reha-Eilantrag zu beantragen.

Im Rahmen des Modellvorhabens wurde Patient*innen, die während der Rekrutierungsphase in einem der teilnehmenden Akutkrankenhäuser entgiftet haben, ein Gesprächstermin mit einem/einer externen Sozialarbeiterin angeboten. Diese wurden bezüglich Alkoholentwöhnungsbehandlungen und Reha-Antragstellung geschult und im Motivational Interviewing (Miller & Rollnik, 2015) weitergebildet.

Das Personal im Akutkrankenhaus informierte den/die Patient*in über das Angebot und verständigte bei Teilnahmebereitschaft die beratende Sozialarbeiter*in. Der/Die Sozialarbeiter*in ist zu einem etwa 1- bis 2-stündigen Patient*innengespräch in die Akutklinik noch während der Entgiftung gekommen. Je nach Veränderungsbereitschaft des/der Patient*in hat er/sie zur Weiterbehandlung motiviert und bei entsprechender Indikation unmittelbar gemeinsam mit dem/der Patient*in einen Reha-Eilantrag für eine Entwöhnungsbehandlung gestellt. Die kooperierenden regionalen DRV-Träger waren über das Vorhaben informiert, um die entsprechenden Eilanträge zeitnah zu bearbeiten.

Als weiteres innovatives Element wurde der kürzlich entwickelte ärztlich-psychotherapeutische Befundbericht (Brünger et al., 2018) anstelle des normalerweise erforderlichen umfangreichen Sozialberichtes genutzt.

Flankierende telefonische Begleitung und eventuelle Besuche im häuslichen Umfeld durch den/die Sozialarbeiter*in sollten den/die Patient*in während einer eventuellen Wartezeit bis zur Entwöhnungsbehandlung unterstützen und Nicht-Antritte verhindern.

Patient*innen, die die Sozialberatung während des Entzuges in Anspruch genommen haben und bei denen auch nach der Beratung keine Motivation zur Entwöhnungsbehandlung vorhanden war, haben je nach individueller Veränderungsbereitschaft z. B. weitere allgemeine Informationsmaterialien, Informationen über das Suchthilfesystem oder Kontaktadressen erhalten.

Zur Vorbereitung wurde in gemeinsamen Workshops mit den beratenden Sozialarbeiter*innen und dem zuständigen ärztlichen und pflegerischen Personal der Akutklinik jeweils ein krankenhausspezifischer Verfahrensablauf festgelegt. Daraufhin erfolgte ein 1,5-monatiger Testlauf, um die Praktikabilität (Inhalte des Angebots, geplante Verfahrensabläufe) zu überprüfen und ggf. die Ablaufplanung sowie die entwickelten Instrumente (Dokumentationshilfen) zu optimieren.

Die folgende Abbildung stellt den Ablauf des Modellprojekts dar:

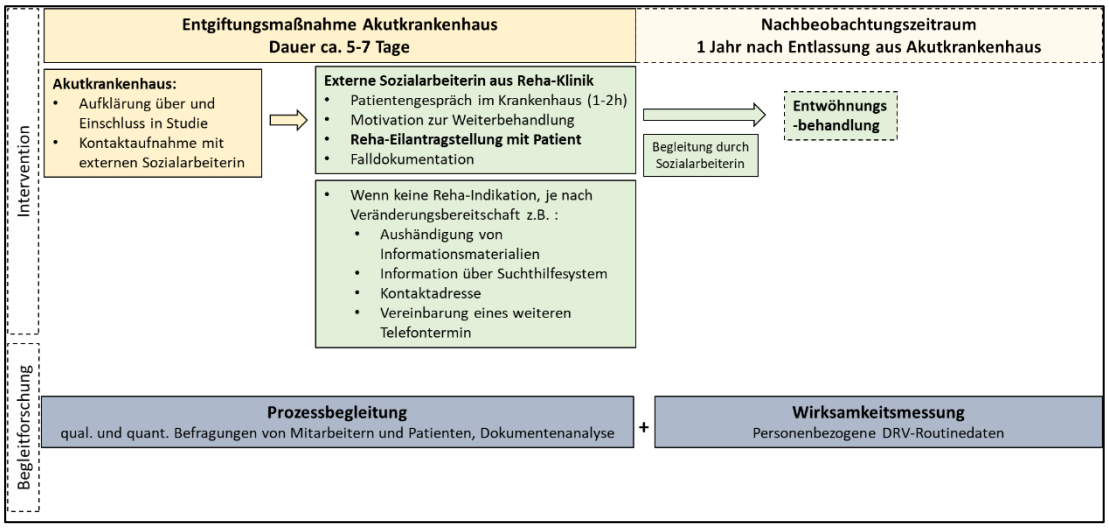


Abbildung 1: Projektablauf

1.3 Ziele

Ziel des Projektes ist es, durch eine innovative während der Entgiftungsbehandlung im Akutkrankenhaus ansetzende Intervention durch speziell geschultes Personal die Inanspruchnahme von stationären Entwöhnungsbehandlungen zu steigern. Die Reha-Abklärung und -Einleitung soll idealerweise bereits in der akutmedizinischen Phase im Krankenhaus beginnen. Die Nutzung des kürzlich entwickelten ärztlich-psychotherapeutischen Befundberichts [10] als alternatives, ökonomisches Antragformular anstelle des umfangreichen Sozialberichts sowie die Beantragung der Entwöhnungsmaßnahme als Eilantrag sind ebenfalls Bestandteile des Modellvorhabens (siehe 1.3) und sollen die direkte und zeitnahe Einleitung einer Entwöhnungsmaßnahme erleichtern. Die Bedeutung dieser Innovation ergibt sich aus dem Potential durch eine verstärkte Inanspruchnahme von Entwöhnungsmaßnahmen bei alkoholabhängigen Patienten neben der Förderung, des Erhalts und der Verbesserung der Funktionsfähigkeit einen wichtigen Bei-trag zur Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Erwerbsfähigkeit zu leisten. Modellhaft soll die sektorale Trennung von Entgiftung und Entwöhnung aufgehoben werden, um so Erkenntnisse für die Übertragbarkeit und Verstetigung dieses Ansatzes zu generieren.

Als primäres Zielkriterium wird die Inanspruchnahme einer stationären Entwöhnungsbehandlung innerhalb eines Jahres nach erfolgter Entgiftung definiert. Datengrundlage für den Wirksamkeitsnachweis des Modellvorhabens bilden DRV-Routinedaten der Studienteilnehmer*innen, in denen Daten zur Antragstellung und Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung registriert werden. Entsprechend der Antragstellung soll durch das Modellvorhaben eine Verdoppelung des Anteils durchgeführter Entwöhnungsmaßnahmen nach akutmedizinsicher Entzugsbehandlung erzielt werden, konkret eine Steigerung von 5,4 % auf mindestens 10,8 %. Der frühzeitige und möglichst direkte Zugang in eine qualifizierte Entwöhnungsmaßnahme soll einer weiteren Manifestierung der Suchterkrankung entgegenwirken und somit die Chancen auf eine langfristige berufliche und soziale Teilhabe erhöhen.

Im Rahmen einer Prozessevaluation wird die Akzeptanz des Angebots seitens des klinischen Personals und der Patient*innen sowie Indikatoren zur Umsetzbarkeit des Modellvorhabens und zur Abschätzung des Ressourcenaufwandes für die Durchführung des Modellvorhabens anhand der Falldokumentation und leitfadengestützter Interviews erhoben.

1.4 Organisation/Beteiligte Akteure

Das Modellvorhaben wurde in Kooperation mit zwei Reha-Kliniken und 17 Akutkrankenhäusern in den Bundesländern Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und dem Saarland durchgeführt. Die externen Sozialberater*innen, die die Leistung der Sozialberatung zur Überleitung in die Entwöhnungsbehandlung durchgeführt haben, waren an den beteiligten Reha-Kliniken (MEDIAN Kliniken Daun, MEDIAN Klinik Tönisstein) angesiedelt.

Folgende Akutkrankenhäuser waren als Kooperationspartner beteiligt: das Knappschaftsklinikum Saar mit den Kliniken Sulzbach und Püttlingen, das Knappschaftsklinikum Westfalen mit dem Krankenhaus Lütgendortmund, das St. Franziskus-Hospital in Köln, die Rhein-Mosel-Fachklinik in Andernach, das Florence-Nightingale-Krankenhaus Düsseldorf, die Evangelischen Kliniken Essen-Mitte, Klinik Königshof Krefeld, das Kreiskrankenhaus Saarburg, die LVR (Landschaftsverband Rheinland) Klinik Bonn, die LVR Klinik Düren, die LVR Klinik Essen, die LVR Klinikum Düsseldorf, das Kreiskrankenhaus St. Ingbert, das Stadtkrankenhaus Saarbrücken sowie das Verbundkrankenhaus Linz und das Verbundkrankenhaus Remagen.

Neben der DRV Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS) waren die regionalen RV-Träger DRV Rheinland, DRV Saarland, DRV Westfalen und DRV Rheinland-Pfalz als Kooperationspartner am Projekt beteiligt. Die Kooperation bestand in der Bereitschaft zur Anerkennung des Befundberichts anstelle des Sozialberichts und zur Prüfung des gestellten Reha-Antrags im Eilverfahren.

Für den Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe wurden aggregierte Daten der DRV Knappschaft-Bahn-See sowie der beteiligten Rentenversicherungsträger herangezogen. Dabei wurde auf eine historische Kontrollgruppe zurückgegriffen, die sich aus Personen zusammensetzte, die bei der KNAPPSCHAFT krankenversichert und gleichzeitig bei der Knappschaft-Bahn-See rentenversichert waren.

Alle am Projekt beteiligten Rentenversicherungsträger haben die Daten für jede Person der Interventionsgruppe (IG) pseudonymisiert per sicherer Datenübermittlung (Cryptshare) an die Charité weitergeleitet. Die Daten der historischen Kontrollgruppe (KG) wurden auch auf Ebene der individuellen Einträge im Versichertenkonto gezogen und dann nach einem vorgegebenen Schema aggregiert hat, so dass keinerlei Rückschlüsse auf die Individuen der Kontrollgruppe mehr möglich waren.

Die wissenschaftliche Begleitung wurde durch die Charité Berlin unter Leitung von Prof. Dr. Karla Spyra und Prof. Dr. Paul Gellert durchgeführt. Für die Studie wurden in Absprache mit dem Datenschutzbeauftragten der DRV Knappschaft-Bahn-See ein Datenschutzkonzept sowie Einwilligungserklärungen und Teilnahmeinformationen erstellt. Eine datenschutzrechtliche Würdigung durch den Datenschutzbeauftragten der DRV Knappschaft-Bahn-See erfolgte am 25.01.2020. Von allen Studienteilnehmenden wurde eine schriftliche informierte Zustimmung eingeholt.

Für die Übermittlung der Routinedaten wurde ein Antrag nach §75 SGB X bei den für die teilnehmenden Rentenversicherungsträger zuständigen Aufsichtsbehörden gestellt und genehmigt.

Die Studie wurde in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki durchgeführt und von der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin mit Voten vom 26.03.2021 und 21.04.2021 genehmigt (EA1(068/21).

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Die Evaluation von FIRE erfolgte anhand quantitativer und qualitativer Daten:

1. Analyse von Routinedaten
2. Leitfadengestützte Interviews mit Patient*innen, Mitarbeitenden der Akutkliniken und der teilnehmenden Rentensicherungsträgern, den beratenden Sozialarbeiter*innen sowie Therapeut*innen aus Rehakliniken mit nachfolgender inhaltsanalytischer Auswertung
3. Auswertung der Falldokumentation

Zielgruppe waren Patient*innen, die in einem der am Modellvorhaben teilnehmenden Akutkliniken stationär im Rahmen einer Entgiftung behandelt wurden. Es gab folgende Einschlusskriterien:

- Alter ab 18 Jahre
- behandlungsrelevante Diagnose ICD-10 F10, Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
- rentenversichert bei einer der teilnehmenden Rentenversicherungsträger: DRV KBS, DRV Rheinland, DRV Westfalen, DRV Saarland oder DRV Rheinland-Pfalz
- keine aktuell beantragte oder bewilligte Entwöhnungsbehandlung

Komorbide psychische oder körperliche Erkrankungen stellten keine Ausschlusskriterien dar.

Die a priori Fallzahlschätzung basierte auf dem primären Endpunkt des Anteils von Patienten, die innerhalb eines Jahres nach Entgiftung eine Entwöhnungsbehandlung in Anspruch genommen haben. Ausgehend von einem in der Literatur berichteten Anteil von 5,4 % als Referenz für die Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung nach einer erfolgten Entgiftung [11], sind für den Nachweis einer Verdopplung auf 10,8 % bei einem Signifikanzniveau von 0,05 und einer Power von 0,8 mindestens 296 Studienteilnehmer notwendig. Die Rekrutierung erfolgte vom 01.11.2020 bis 31.10.2023.

Der Vergleich zwischen IG und KG beruht auf sozio-demographischen Daten (Alter, Geschlecht, der Staatsangehörigkeit, Entgelt im Jahr vor und im Jahr nach der Rehabilitation), Daten zur Antragsstellung (Antragsdatum, Bewilligungsdatum) und Daten zur Rehabilitation (Antritt der Rehabilitation, Art der Entlassung aus der Rehabilitation). Für den Vergleich beider Gruppen, wurden die Daten nach Altersgruppen stratifiziert ausgewertet. Die gebildeten Altersgruppen waren 18 -25 Jahre als jüngste Altersgruppe, 26 - 35 Jahre, 36 - 45 Jahre, 46 - 55 Jahre und als älteste Altersgruppe 56 - 66 Jahre. Für diese Altersgruppen wurden die Häufigkeiten für die soziodemographischen Variablen (Altersgruppe, Ge-schlecht, Staatsangehörigkeit) ausgezählt und das durchschnittliche Alter in der Altersgruppe berechnet. Zudem wurden die Mittelwerte für die Entgelte der Versicherten im Jahr vor der Reha und im Jahr nach der Reha berechnet. Für die Antragsstellung wurden die Häufigkeiten der Antragsstellung (ja/nein) und der Bewilligung (ja/nein) ausgezählt. Für die Daten zur Rehabilitation wurden Häufigkeiten des Antritts der bewilligten Rehabilitation und die Art der Entlassung (regulär, vorzeitig – ärztliches Einverständnis liegt vor, disziplinarisch bzw. ohne ärztliches Einverständnis, verlegt bzw. überführt in eine andere Behandlungsform, verstorben). Zudem wurde die Anzahl der Behandlungstage aus dem Datum der Aufnahme und Entlassung berechnet und ein Mittelwert in den Altersgruppen gebildet.

Im Rahmen der qualitativen Erhebung wurden leitfadengestützte Interviews mit Patient*innen, mit Mitarbeitenden der Akutkliniken, mit den beratenden Sozialarbeiter*innen, mit DRV-Mitarbeitenden und mit Mitarbeitenden von Rehakliniken, in denen FIRE-Teilnehmer*innen zur Entwöhnung waren, geführt.

Die Leitfäden fokussierten je nach Akteursgruppe u. a. auf die Themen Bewertung der Intervention hinsichtlich Zufriedenheit und Umsetzbarkeit sowie des Befundberichts und des Eilverfahrens. Außerdem wurde die Meinung zu einer etwaigen Verstetigung von FIRE eingeholt.

Die Rekrutierung der Patient*innen erfolgte bei solchen Personen, die in der Einwilligungserklärung der schriftlichen Befragung ihr ausdrückliches Einverständnis hierfür erklärt und zugleich ihre Kontaktdaten angegeben hatten. Hierbei wurde möglichst auf ein ausgewogenes Verhältnis beim Geschlecht geachtet. Es wurden Patient*innen interviewt, die die externe Beratung bereits abgeschlossen hatten, die anschließende Entwöhnungsbehandlung aber zum Teil noch nicht.

Für die Interviews mit den Klinikmitarbeiter*innen der Akutkrankenhäuser wurden diejenigen angefragt, die in die Organisation und den Ablauf der FIRE-Intervention direkt eingebunden waren.

Ebenso wurden bei den beteiligten Rentenversicherungsträgern die Mitarbeiter*innen für die Interviews rekrutiert, die für die Bearbeitung der FIRE-Anträge zuständig waren.

In den Rehakliniken, in denen die FIRE-Teilnehmenden die Entwöhnungsbehandlung gemacht haben, wurden die Mitarbeiter*innen für Interviews angefragt, die die Therapie mit den FIRE-Teilnehmenden durchgeführt haben.

Die Interviews wurden überwiegend telefonisch, mit den beratenden Sozialarbeiter*innen videogestützt durchgeführt.

Die Audioaufnahmen der Interviews wurden nach dem Verfahren von Dresing & Pehl verschriftlicht (Dresing, Pehl, 2018). Hierbei wurden Angaben von Personen-, Unternehmens- und Ortsnamen anonymisiert.

Die Transkripte wurden anschließend mithilfe der strukturierenden Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring mithilfe der Software MAXQDA 2022 ausgewertet. Hierbei wurden sowohl deduktiv als auch induktiv Kategorien gebildet (Mayring, 2010).

Im Rahmen der Falldokumentation wurden neben der Reha-Antragsbereitschaft und dem Zeitraum von Klinikaufnahme bis zum Interventionstermin auch die Beratungsgesprächsdauer und die Häufigkeit weiterer Gespräche sowie die Merkmale des Motivational Interviewing dokumentiert.

Die Gesprächsdauer und die Häufigkeit weiterer Gespräche diente der Abschätzung des Ressoucenaufwands. Für die Abschätzung des Ressourcenaufwands wurde außerdem der Aufwand für die organisatorische Vorbereitung, die Fahrtwege sowie die Nachbereitung, die vor allem die Organisation des Rehabilitationsplatzes beinhaltete, herangezogen und erfolgte, abgesehen von der Gesprächsdauer und der Häufigkeit weiterer Gespräche, durch pauschale Annahmen in einem abgeschätzten Zeitrahmen.

Die Analyse der Falldokumentation erfolgte mittels deskriptiver Statistik.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

Quantitative Analyse

Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe der Interventionsgruppe umfasste insgesamt n=265 Personen mit einem durchschnittlichen Alter von 40,7 Jahren. Gut 80 % der Teilnehmenden war männlich. Verheiratet waren 62,6 % und knapp 10 % geschieden. 87,6 % sind in Deutschland geboren und 84,6 % haben als Muttersprache „deutsch“ angegeben.

In Bezug auf den höchsten Berufsabschluss haben gut 60 % der Teilnehmenden eine Lehre abgeschlossen bzw. einen Facharbeiterabschluss erworben, gefolgt kein Berufsabschluss mit einem Anteil von etwa einem Drittel.

22 % der Teilnehmer*innen haben eine weitere Abhängigkeitserkrankung, ca. 46 % eine weitere psychische Störung. Des Weiteren hatten über die Hälfte zuvor noch keine Entwöhnungsbehandlung gemacht, knapp ein Viertel haben eine und knapp 10 % haben zwei Entwöhnungen durchgeführt. Knapp 4 % haben drei bzw. vier und mehr Entwöhnungen gemacht.

Von nahezu allen Teilnehmer*innen war die Erwerbsfähigkeit bedroht.

Eingeschlossen in die historische Kontrollgruppe wurden alle Personen, die im Zeitraum von 01.01.20219 bis 31.08.2021 bei der KNAPPSCHAFT krankenversichert waren und bei der DRV KBS rentenversichert, um einen Vergleich der Daten zu ermöglichen. Alle Versicherten der Kontrollgruppe haben im benannten Zeitraum eine Entgiftung aufgrund einer Alkoholdiagnose gemacht, dies waren insgesamt 291 Personen. Von diesen haben 86 Personen einen Antrag auf eine Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) gestellt (29,6 %). 34 dieser Anträge wurden aus unterschiedlichen Gründen abgelehnt oder zur Bearbeitung an andere Sozialversicherungsträger weitergeleitet, 52 bewilligte Anträge gingen in die Analyse der Kontrollgruppe ein. Aus technischen Gründen auf Seiten der Rentenversicherungsträger konnten keine Daten der abgelehnten oder weitergeleiteten Versicherten abgerufen werden, sie gingen daher nicht in die im Folgenden beschriebene Auswertung ein.

Identifiziert wurden die Versicherten über die DRG Gruppen V60A und V60B in den Daten der Krankenversicherung. Alle Versicherten mussten das 18 Lebensjahr erreicht haben und nicht älter als 66 Jahre sein. Für alle so identifizierten Personen wurden bei der DRV Knappschaft-Bahn-See die im Versichertenkonto gespeicherten Angaben extrahiert.

Routinedatenanalyse

Die über das Auswertungsschema untersuchte Stichprobe umfasste insgesamt 257 bewilligte Fälle, davon 205 in der Interventionsgruppe (IG) und 52 in der Kontrollgruppe (KG). Von den 265 FIRE-Teilnehmer*innen konnten nur für 205 Routinedaten geliefert werden.

Die Bewilligungsquote lag in der Interventionsgruppe aufgrund von Voranfragen zum Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bei 100 % und in der Kontrollgruppe bei 60,5 % (86 Anträge, 52 Bewilligungen). Die Antrittsquote war in der KG vollständig (100 %), während in der IG vier Personen (≈ 2 %) die Maßnahme trotz Bewilligung nicht antraten.

Die demographische Zusammensetzung unterschied sich zwischen den Gruppen. Die KG war insgesamt älter (mittleres Alter 50,7 Jahre) als die IG (45,8 Jahre) und wies zugleich einen höheren Männeranteil auf (92,3 % vs. 81,5 %). Auch der Anteil deutscher Teilnehmer*innen war in der KG höher (96,2 % vs. 87,8 %).

Die durchschnittliche Rehabilitationsdauer betrug in der IG rund 91 Tage, in der KG 80 Tage. In der Altersdifferenzierung zeigte sich ein gegenläufiges Muster: In der KG nahm die Dauer mit dem Alter deutlich zu (von 41,7 Tagen bei 26 - 35-Jährigen bis 107,2 Tagen bei 56 - 66-Jährigen). In der IG

hingegen war die längste Dauer in der jüngsten Altersgruppe (18 - 25 Jahre: 103,6 Tage) zu verzeichnen, während die mittleren und älteren Altersgruppen mit 83 - 93 Tagen weitgehend stabil blieben. Damit sind die jüngeren Teilnehmenden in der IG am längsten in der Rehabilitation, während in der KG eine deutliche Verlängerung mit zunehmendem Alter sichtbar wird.

Hinsichtlich der Entlassarten zeigten sich ein paar auffällige Unterschiede: Der Anteil vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis entlassener Versicherter war in der KG deutlich größer (17,0 %) als in der IG (11,4). Auch die Anteile der vorzeitig ohne Einverständnis Entlassenen unterschied sich deutlich (KG 8,5 % vs. IG 21,9 %). Aus disziplinarischen Gründen wurden 2 Personen aus der IG entlassen. Des Weiteren waren Verlegungen in der IG wesentlich häufiger (16,9 % vs. 10,6 % in der KG), während reguläre Entlassungen in der KG deutlich häufiger (63,8 % vs. 49,3 %) erfolgten.

Die Entgelte der Teilnehmenden gingen in beiden Gruppen im Verlauf zurück. In der KG sank die Gesamtsumme von 28.719 auf 24.425 Euro (−15 %), in der IG von 23.244 Euro auf 18.519 Euro (−20 %).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich Interventions- und Kontrollgruppe in wesentlichen Vergleichsaspekten unterscheiden.

Während in der Interventionsgruppe alle Versicherten einen Antrag auf Rehabilitation gestellt haben, haben in der Kontrollgruppe nur 30 % der Versicherten nach dem Entzug auch einen Antrag auf Rehabilitation gestellt. Dies weist darauf hin, dass die direkte Ansprache von Versicherten und Initiierung einer Weiterbehandlung im Rahmen eines Fallmanagements direkt in der Klinik, in der die Entwöhnung durchgeführt wird, von Vorteil ist gegenüber des üblichen Entlassmanagements.

Des Weiteren gab es in der Interventionsgruppe keinerlei abgelehnte Anträge, was zum Teil auch an dem Modellcharakter der Studie lag, während es in der Kontrollgruppe ca. 40% abgelehnter Anträge gab.

Die soziodemographischen Variablen zeigten, dass die IG weiblicher war, mehr nicht-deutsche Staatsangehörige vertreten waren und im Durschnitt jünger (ca. 5 Jahre). Auch in den Entgelten im Jahr vor und nach der Reha zeigen sich Unterschiede, die darauf hindeuten, dass die Interventionsgruppe aus eher einkommensschwächeren Versicherten zusammengesetzt ist.

Im Hinblick auf den erfolgreichen Abschluss der Rehabilitation, im Sinne einer regulären Entlassung, zeigen sich bedeutsame Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Versicherten der IG (49,3 %) werden deutlich seltener regulär entlassen als die Versicherten der KG (63,8 %).

Analyse der Falldokumentation

Zu jedem*r FIRE-Teilnehmer*in wurden die Antragsbereitschaft zu Beginn des Beratungsgesprächs und der Zeitraum von Klinikaufnahme bis zum Interventionstermin erfasst. Außerdem wurden die Dauer des Beratungsgesprächs und die Anzahl zusätzlicher Gesprächstermine zur Abschätzung des Ressourcenaufwands sowie Merkmale und genutzte Gesprächstechniken des Motivational Interviewing erhoben.

Die Analyse der Falldokumentation hat gezeigt, dass die Antragsbereitschaft mit ca. 85 % der Teilnehmenden schon zu Beginn des Beratungsgesprächs sehr hoch war. Diese wollten auf jeden Fall bzw. wahrscheinlich einen Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung stellen. Unentschieden waren ca. 8 %. Die hohe Antragsbereitschaft kann darauf zurückzuführen sein, dass bei der Auswahl der Patient*innen auf eine gewisse Antragsbereitschaft geachtet wurde.

Die Dauer zwischen Klinikaufnahme und Interventionsgespräch lag in ca. 80 % der Fälle zwischen 1-9 Tagen, im Mittel bei 6,3 Tagen. Auffällig war, dass in wenigen Fällen die Dauer über 15 Tage betragen hat. Die größeren Zeitspannen zwischen der Klinikaufnahme und dem Beratungsgespräch sind vermutlich darauf zurückzuführen, dass ein Großteil der Patient*innen von psychiatrischen Stationen oder Krankenhäusern vermittelt wurden, wo die Dauer des Entzugs nicht auf die ca. 5 Tage beschränkt ist wie in allgemeinen Krankenhäusern.

Des Weiteren zeigte die Falldokumentation, dass Techniken des Motivational Interviewing genutzt wurden, wobei offene Fragen und aktives Zuhören dominiert haben. Außerdem erfolgte vor allem Confidence Talk und Change Talk, während Widerstand selten Thema in den Gesprächen war.

Bezüglich des Ressourcenaufwands wurde pro Fall im Minimum ein Aufwand von 4,5 Stunden, im Maximum von 5,7 Stunden abgeschätzt.

Qualitative Analyse

Es wurden 39 Interviews geführt, darunter 12 mit Patient*innen, 18 mit Mitarbeitenden der Akutkliniken, zwei mit den beratenden Sozialarbeiter*innen, 4 mit DRV-Mitarbeitenden und 3 mit Mitarbeitenden von Rehakliniken. Die meisten Interviews (n=36) wurden telefonisch geführt, die beiden Interviews mit den beratenden Sozialarbeiter*innen wurden videogestützt durchgeführt. Die Mehrheit der Patient*innen war männlich (n=9) und sie waren im Mittel 48,4 Jahre alt. Die Interviews wurden im Zeitraum von Januar 2022 bis Mai 2023 geführt. Sie dauerten durchschnittlich 17,4 Minuten mit einem Range von 8 bis 32 Minuten. Die meisten der interviewten Patient*innen haben den Entzug in der LVR Klinik Düren (4 Patient*innen) und Bonn (4 Patient*innen) gemacht. 2 Patient*innen waren in der LVR Klinik Essen und jeweils 1 Patient*in war in der Klinik Saarburg, Klinik Königshof Krefeld und im Kreiskrankenhaus Saar Sulzbach.

Patient*innen

Die Patient*innen bewerteten die FIRE-Intervention im Allgemeinen als sinnvolles Angebot und führten positiv das unkomplizierte und schnelle Vorgehen an.

„Ja, das ist absolut sinnvoll. Das ging ja wahnsinnig schnell. Also ich habe [den/die FIRE-Sozialarbeiter/in] im [Akutklinik] während der Entgiftung angesprochen, weil mir das Projekt vom Arzt wärmstens empfohlen worden ist und am nächsten Tag hatte ich dann bereits [den/die FIRE-Sozialarbeiter/in] vor Ort, die mich da sehr, sehr gut, sehr kompetent und fachlich gut, gut aufgestellt, beraten hat, sodass ich das Angebot natürlich sehr gerne wahrgenommen habe."

„Das hat mich schon sehr erstaunt, dass das alles so schnell und reibungslos ging. Und war sehr positiv überrascht, das muss ich sagen."

Erkennbar wurden positive Erfahrungen auch durch den Ausdruck einer gewissen Dankbarkeit und des Wunsches nach Verstetigung.

„Ja, ich bedanke mich auf jeden Fall für die Hilfe, also ich fühle mich super. Und ich glaube, das war das Ziel gewesen, dass ich mich super fühle und dass ich meinen Weg jetzt geradeaus gehen kann und nicht mehr mit den Stolpersteinen mit Alkohol. Denke ich."

„Und wie gesagt, ich kann Ihnen nur empfehlen, weiten Sie das Angebot aus. Das ist, also gerade in Zeiten, wo die Politik immer sagt, wir müssen weg von dieser Bürokratie, ist genauso ein Projekt wichtig, um den Leuten weiterzuhelfen möglichst schnell zu einer ordentlichen Entwöhnungsbehandlung zu kommen."

Der Zeitpunkt der Intervention, also das Beratungsangebot während des Entzugs, wurde von den Patient*innen positiv bewertet. In dieser Situation mit fehlendem Realitätsbezug wurde den Patient*innen eine Perspektive und Unterstützung gegeben. Sie fühlten sich nicht alleine gelassen.

„Also ich finde das sinnvoll, eigentlich / Man hat ja dann gar keinen Bezug mehr zu der Realität irgendwo und das ist toll, dass dann hinter dir jemand steht, der dich dann aufklärt, wie es weitergehen könnte. Ohne irgendwelche Vorbehalte oder so, irgendwo in eine Ecke gedrängt zu werden, was man machen muss. Es wurde ja nur gesagt, was man machen könnte. Die Entscheidung war ja frei wählbar von den Patienten in dem Sinne."

„Ja, man steht nicht alleine da. Man hat Hilfe direkt, und man steht nicht alleine da und kommt / ich sag mal/aus dem Entzug raus und weiß direkt, dass es weiter geht. Also das ist sehr sinnvoll."

Auch kurze Wartezeiten bzw. die Aussicht auf einen Rehabilitationsplatz waren wichtig, da die Patient*innen die Gefahr des Rückfalls bei „regulärer" Entlassung aus dem Entzug bei sich sahen. Dabei war ein bedarfsgerechter, individueller Übergang in die Entwöhnung möglich.

„Aber [er/sie] hat nur gesagt: „100%ig bekommst du den Therapieplatz“. Das hat mich motiviert und ich hätte ja rausgehen können, aber ich wollte nicht. Denn ich habe 100%ig gewusst, dass sobald ich rausgehe, werde ich wieder anfangen zu saufen.“

„Ja, das war auf eigenem Wunsch. Die hatten mir auch angeboten, dass, wenn man früher anreisen könnte, hätte ich das auch gekonnt, wenn ich denen gesagt hätte, ich kann auch schon am Montag oder so, oder Dienstag, dann wäre das auch kein Problem gewesen. Aber ich wollte halt noch die paar Tage zu Hause bleiben, noch genug Sachen einkaufen, weil wenn man ein paar Monate wegbleibt, da braucht man ja das ein oder andere. Da reicht keine kleine Sporttasche oder eine Plastiktüte.“

Die externen Sozialarbeiter*innen wurden aufgrund ihrer Kompetenz und ihres Engagements positiv beurteilt. Außerdem wurde die Unterstützung über das Beratungsgespräch hinaus von den Patient*innen geschätzt.

„Also, es war ein ganz, ganz gezieltes Gespräch, was auch, ich sag mal, nicht langweilig oder so war. Es war wirklich gut vorbereitet und zielführend, ja.“

„Ich bin komplett vernünftig aufgeklärt worden, ja.“

„Da haben wir wirklich/Weil wir uns/weil [der/die FIRE-Sozialarbeiter/in] sich sehr, sehr viel Zeit genommen hat, da haben wir wirklich alles abgearbeitet.“

Außerdem wurden die Unvoreingenommenheit bzw. die Beratung auf Augenhöhe sowie die Schnelligkeit und Flexibilität positiv erwähnt.

„Also, als sehr angenehm und auch nicht/[der/die FIRE-Sozialarbeiter/in] war nicht voreingenommen.“

„Ja und dann ist [er/sie] direkt mittags, pünktlich um 2 Uhr von [FIRE-Büro] bis nach [Entzugsklink] gefahren/das sind ja auch ein paar Kilometer und war dann auch pünktlich da. Also ich war schwer beeindruckt davon, dass das so zeitnah ging.“

Die vereinfachte, unbürokratische Antragstellung und das gemeinsame Ausfüllen wurden als Erleichterung und Unterstützung empfunden.

„FIRE an sich ist ja eine total tolle Angelegenheit, dass das endlich schnell geht, unbürokratisch geht, ohne dass man irgendwie zig Suchtberatungen aufsuchen muss und Gespräche führen muss. Und dann klappt das und das klappt wirklich gut.“

Negativ angemerkt wurde die Erfahrung bezüglich des Übergangsgeldes.

„Das Einzige, was man hier kritisch bemerken könnte, ist, dass für diesen Antrag für die Langzeitbehandlung nicht gleichzeitig auch ein Antrag auf Übergangsgeld gestellt worden ist, denn das war hinterher ein riesiges Theater. Das hat glaube ich acht oder neun Wochen gedauert bis dann die [Rentenversicherung] in der Lage war, mir das Übergangsgeld auszuzahlen. Also hätte ich jetzt nicht Freunde ge-habt, die mir helfen, dann hätte ich zum ersten Mal in meinem Leben meine Miete nicht bezahlen können, nur weil die Behörden untereinander unglaublich schlecht zusammenarbeiten. Also das ist wirklich das einzige Kritische, was ich anmerken möchte… .“

Als Ergebnis des Gesprächs wurde die Motivation und der Optimismus sowie die Entscheidungshilfe positiv angemerkt. Das Gespräch hat geholfen, sich für die Entwöhnungsbehandlung oder für eine spezifische Klinik zu entscheiden.

„Ja, nach diesem Gespräch war ich motiviert, eine Langzeittherapie zu machen. Das hat mir geholfen. Wirklich geholfen.“

„Ja, eine Entscheidung zu treffen, dass ich nach [Ortsname] gegangen bin in die Klinik.“

„[…], das hat mir einen Motivationsschub gegeben. Weil [sie/er] mir irgendwie so vermittelt hat: "Alles ist in trockenen Tüchern. Du brauchst nur noch zu unterschreiben, quasi und dann auf das Datum warten, bis du dahinfahren kannst."“

Kritisch angemerkt wurde, dass es zu viele Informationen innerhalb eines Gespräches waren und ggf. ein zweites Gespräch sinnvoll wäre. Außerdem wurde auch der Wunsch nach schriftlichen Informationen geäußert.
„Ja, ich würde mal sagen, ein Erstgespräch ist ganz klar, das ist aufschlussreich, aber sehr viele Informationen/Wenn man das dann vielleicht so stückelt, sag ich jetzt mal so, dass man zwei oder drei Mal so ein Gespräch führt, dass man da ein bisschen mehr Inhalt hat, sozusagen, was man sich auch merken kann, das wäre schon super irgendwo, und das wäre auch eigentlich mein Anliegen. Weil, wenn man da in eine Station kommt, wenn dass das erste Mal oder das zweite Mal ist, ich denke mal, da hat man andere Probleme."

„vielleicht noch / so informativ / vielleicht noch zwei, drei Zettel, wo man sich das noch durchlesen könnte."

Aus Sicht der interviewten Patient*innen sollte das Angebot weitergeführt bzw. ausgeweitet werden auf andere Akutkliniken.

„Ja, wenn die Anderen mithören, bitte weiterführen, das Programm"

„Ja. Das wäre besser. Weil da gibt es wirklich hilfsbedürftige Leute, die sind sehr verschlossenen. Und wenn man da in der Raucherpause so redet, merkt man, die Leute brauchen so ein Gespräch. Ich kann das so sagen, dass es besser ist, so ein Angebot in jeder Klinik zu haben."

„Also ich würde sagen, das macht absolut Sinn, das auszuweiten und wie gesagt, einfach auch diese Übergangsgeldgeschichte damit einzubinden und/weil, Sie helfen damit den Menschen tatsächlich irgendwie schneller irgendwie zu einer Lösung zu finden."

„Und das eben nicht nur in Entgiftungsanstalten, sondern auch ... ja, halt generell in Krankenhäusern."

Die Patient*innen sehen es als sinnvoll an, die Möglichkeit anzubieten, Angehörige in das Beratungsgespräch miteinzubeziehen.

„Also, jemand der eine Betreuung hat, der ist ja glaube ich nicht in der Lage, sich da noch wirklich richtig drum zu kümmern, oder auch Jugendliche/Na, das ist jetzt halt bei mir nicht der Fall. Sie (die Angehörigen) sollten halt/Also, ich würde halt sagen, situationsabhängig miteinbezogen werden."

„Bei einigen Leuten halte ich das für sinnvoll, ja. Das kam durchaus auf. Aber das ist halt eine Frage der Gestaltung vor Ort. Es gibt ja Leute, bei denen klappt das. Da möchten die das. Und dann gibt es ja Leute, die möchten das nicht. Aber grundsätzlich halte ich das für sinnvoll, das anzubieten, weil es ja doch irgendwie Familienverbände gibt, da ist man einfach unaufgeklärt und da wäre es schon ganz sinnvoll, wenn man den Leuten die Angst nimmt vor sowas."

Mitarbeitende der Akutkliniken

Die Ergebnisse basieren auf 18 Gesprächen mit 14 Personen, die in den Akutkliniken für FIRE verantwortlich bzw. koordinierend tätig waren. Da die Gespräche zu Beginn, in der Mitte und zum Ende der FIRE-Intervention geführt wurden, wurden mit 2 Personen jeweils 3 Gespräche geführt. Die Mehrheit der interviewten Mitarbeiter*innen waren weiblich (n=10). Die Interviews wurden im Zeitraum von Februar 2022 bis Dezember 2023 geführt. Sie dauerten durchschnittlich 22,5 Minuten mit einem Range von 11 bis 39 Minuten.

Die FIRE-Intervention wurde von den Mitarbeitenden der Akutkliniken insgesamt – auch bei anfänglicher Skepsis – aufgrund begrenzter Ressourcen als Unterstützung und Entlastung sowie als sinnvolles Angebot und Ergänzung im Versorgungssystem gesehen. Positiv bewertet wurden außerdem der reibungslose, schnelle Ablauf und die problemlose Implementierung in den Arbeitsalltag.

Kritisch angemerkt wurde, dass in den Akutkliniken nicht immer genug Personen über die FIRE-Intervention informiert waren.

Ein weiterer Kritikpunkt aus Sicht der Mitarbeitenden war auch, dass Krankenkassen nicht und Rentenversicherungsträger nicht in ausreichendem Umfang einbezogen waren. Schwierig war, dass der

Kostenträger immer erst herausgefunden werden musste und Patient*innen zum Teil nicht teilnehmen konnten.

Bezüglich des Zeitpunktes der Intervention wurde die Niedrigschwelligkeit durch das direkte Ansprechen im Entzug positiv bewertet sowie die Möglichkeit der Motivierung in der vulnerablen Situation. Des Weiteren wurde positiv bewertet, dass Patient*innen erreicht wurden, die sonst eher durch Raster fallen (z. B. „Drehtürpatient*innen“, wohnungslose Patient*innen und Patient*innen, die gar nicht per se wegen Sucht in die Klinik kamen.).

Die Zusammenarbeit und Kommunikation mit den externen Sozialarbeiter*innen wurde positiv bewertet. Konkret wurden die Kompetenz und das Reha spezifische Wissen sowie die Schnelligkeit und das Engagement hervorgehoben.

Als wichtiger Aspekt zum Abbau von Ängsten und zur Förderung der Motivation wurde auch die Anonymität und andere Perspektive der externen Beratenden angeführt.

Im Kontext einer anfänglichen Skepsis wurde die externe Beratung als Konkurrenz wahrgenommen, konnte dann aber als Entlastung gesehen werden, da die personelle Ausstattung des Sozialdienstes im Akutkrankenhaus nicht so gut ist und die Zusammenarbeit mit den externen Sozialberater*innen gut gelaufen ist.

Die Antragstellung bzw. der Befundbericht innerhalb der FIRE-Intervention wurden insgesamt positiv bewertet. Der Befundbericht wurde als praktikabel erachtet, da er schneller auszufüllen war, und als genauer empfunden als der herkömmliche Sozialbericht. Er stellte somit eine Arbeitserleichterung für das Personal dar und ermöglichte ein schnelleres Antragsverfahren und somit ein schnelleres, nahtloses Überleiten in die Reha.

Kritisch gesehen beim verwendeten Befundbericht wurde, dass bei mit Alkoholerkrankungen unerfahrenem Arztpersonal Fragen offengeblieben sind.

„[…] aber mit diesem Fragebogen hatten beide Ärzte, mit denen ich zu tun hatte, Probleme, den adäquat auszufüllen bis dahin, dass einer der Internisten gesagt hat: „Das sind ja Fragestellungen, dazu kann ich gar nichts sagen. Ich müsste da-“ und hat das getan „einen neurologischen Arzt zum Concierge in dem Fragebogen auch dazu bitten.“

Auch aus Sicht der Mitarbeitenden der Akutkliniken sollte das Angebot der externen Beratung beibehalten werden, möglichst aber das verkürzte Antragsverfahren in irgendeiner Form. Das Projektende bedeutete ein Verlust an Unterstützungsmöglichkeiten. Neben einer besseren Versorgung für die Patient*innen wurde die FIRE-Intervention als externe Unterstützung und zusätzliche Ressource wahrgenommen.

Der Einbezug von Angehörigen in die Beratung wird auch von den Mitarbeitenden als sinnvoll erachtet, wenn der*die Patient*in es will. Angehörige können als zusätzliche Motivation betrachtet werden, aber es wird als ungünstig erachtet, wenn die Patient*innen dann fremdmotiviert sind.

Mit Blick auf eine mögliche Verstetigung des Angebots wurden als Vorschläge zur Ansiedelung bzw. Besetzung der externen Beratung neben Suchtberatungsstellen das Gesundheitsamt als auch Klinik- oder Rehamanager*innen und Psycholog*innen/Sozialarbeitende sowie Personal aus Rehabilitationseinrichtungen angeführt. Gleichzeitig wird eine Ansprechperson bei der Rentenversicherung als wichtig erachtet.

Beratende Sozialarbeiter*innen

Die aufsuchende Beratung im FIRE-Modellprojekt wurde von einer Sozialarbeiterin und einem Sozialarbeiter durchgeführt. Die Interviews fanden im Mai 2024 statt und haben im Schnitt 134 Minuten gedauert, wobei das eine Gespräch über 123 Minuten und das andere Gespräch über 145 Minuten ging.

Auch von den externen Beratenden wurde die FIRE-Intervention als solche positiv bewertet.

Für ein aufsuchendes Beratungsangebot im Entzug sprechen aus Sicht der beratenden Sozialarbeiter*innen verschiedene Gründe. Ähnlich wie die Mitarbeitenden in den Akutkliniken wird von den

externen Beratenden die Niedrigschwelligkeit des Angebots und die hohe Veränderungsbereitschaft in der Entzugssituation hervorgehoben sowie, dass sonst schwer zu erreichende Patient*innen (wie z. B. „Drehtürpatient*innen“) erreicht werden. Als hilfreich für die Patient*innen wird auch die wertschätzende und unvoreingenommene Erfahrung gesehen.

Ein weiterer positiver Aspekt der externen Beratung ist aus Sicht der Sozialberatenden, dass mehr Betreuungsressourcen zur Verfügung stehen, um die Patient*innen bis zum Antritt der Entwöhnungsbehandlung zu unterstützen. Wichtig ist es, den geeigneten Zeitpunkt der Beratung im Entzug abzustimmen.

Die Vereinfachung des Antragverfahrens mit dem kürzeren ärztlich-psychotherapeutischen Befundbericht wurde auch von Seiten der beratenden Sozialarbeiter*innen als positiv und beibehaltenswert erachtet. Es führte zu einer erheblichen Zeit- und Ressourcenersparnis und lieferte trotzdem ausreichend Informationen.

Wesentliche Gesprächsinhalte der Beratung waren nach der Exploration der persönlichen Situation sowie der Zielformulierung und Erläuterung der Möglichkeiten im Suchthilfesystem die Wahl der Therapieform bzw. die Klinikwahl.

Das Verwenden eines Gesprächsleitfadens und der Techniken des Motivational Interviewing wurden als hilfreich bewertet. Um das Motivational Interviewing besser nutzen zu können, sind entsprechende Schulungen und Übung erforderlich.

Schwierigkeiten ergaben sich im Kontext der Beratung bei fehlendem Suchteingeständnis oder Unehrlichkeit und fehlendem Vertrauen sowie aufgrund zeitlicher oder sprachlicher Faktoren.
Auch die beratenden Sozialarbeiter*innen halten eine Verstetigung der Modellintervention, auch einzelner Teile, für sinnvoll.

In Hinblick auf den Ressourceneinsatz ist neben dem eigentlichen Beratungsgespräch der Aufwand davor in Abhängigkeit von der Anfahrt sowie danach miteinzukalkulieren.

Einbezug der Angehörigen in das Beratungsgespräch ist aus Sicht der externen Berater*innen nicht unbedingt erforderlich und sollte vom Patient*innenwunsch abhängig gemacht werden. Der Einbezug von Angehörigen sollte aber, wenn möglich, während der Entwöhnungsbehandlung erfolgen.

Auch die beratenden Sozialarbeiter*innen verorten die Besetzung der externen Beratung bei den Suchtberatungsstellen oder beim Gesundheitsamt oder auch beim Sozialdienst der Akutkliniken, wobei ein entsprechend ausgestatteter Stellenumfang erforderlich wäre.

Aus Sicht der beratenden Sozialarbeiter*innen sollten folgende Aspekte für die Verstetigung des Angebots berücksichtigt werden. Die Berater*innen sollten über eine gewisse Expertise über die Rehakliniken verfügen und möglichst die Gesprächstechnik des Motivational Interviewing beherrschen. Des Weiteren sollte neben der Berücksichtigung des kleinen Zeitfensters im Entzug genügend Zeit und ein Raum für das Beratungsgespräch zur Verfügung stehen sowie ein zweites Beratungsgespräch, insbesondere bei Wartezeit, möglich sein.

DRV-Mitarbeitende

Die Ergebnisse basieren auf 4 Gesprächen mit je zwei männlichen und weiblichen Personen, die in den beteiligten Rentenversicherungsträgern für die FIRE-Anträge verantwortlich waren. Die Interviews wurden im Februar und März 2024 geführt und dauerten durchschnittlich 17,5 Minuten mit einem Range von 14 bis 24 Minuten. Es waren nahezu alle beteiligten Rentenversicherungsträger bei den Interviews vertreten, wobei jeweils ein Interview mit einer*m Mitarbeiter*in der DRV Rheinland, DRV KBS, DRV Rheinland-Pfalz und der DRV Saarland geführt wurde.

Auch bei den DRV-Mitarbeitenden ist die FIRE-Intervention positiv bewertet worden.

Der Zeitpunkt der Beratung im Entzug und die frühzeitige Überleitung in die Entwöhnung wurde insbesondere für Patient*innen mit Alkoholabhängigkeit vor allem aufgrund der Rückfallgefahr als sinnvoll angesehen.

Bezüglich der besonderen Antragsstellung im FIRE-Projekt mit dem verkürzten Antragsverfahren und dem kurzen ärztlich-psychotherapeutischen Befundbericht gab es auch von den DRV-Mitarbeitenden keine grundsätzlichen Bedenken. Vor allem durch die ergänzende Seite zum sozialen Umfeld wurde der genutzte kurze Befundbericht als ausreichend informativ angesehen und nur in Ausnahmefällen weitere Informationen benötigt werden.

Auch aus Sicht der DRV-Mitarbeitenden wäre eine Ansiedlung der externen Berater*innen bei den Suchtberatungsstellen denkbar. Außerdem wird die Möglichkeit bejaht, das verkürzte Antragsverfahren als Standardverfahren implementieren zu können.

Für die Verstetigung wichtig ist nach Meinung der DRV-Mitarbeitenden, dass es neben den beratenden Sozialarbeiter*innen auch auf Seiten der Rentenversicherungsträger gut informierte Ansprechpartner gibt. Des Weiteren wäre eine Ausweitung des Angebots auf weitere Kostenträger, auch die Krankenkassen, wünschenswert.

Mitarbeitende von Rehakliniken

Es wurden insgesamt 3 Interviews mit Mitarbeitenden von Rehakliniken geführt, in denen FIRE-Teilnehmende eine Entwöhnungsbehandlung gemacht haben. Alle Interviewpartnerinnen waren weiblich und Psychotherapeutinnen, wobei zwei aus der MEDIAN Klinik Tönisstein und eine aus der Klinik Tiefental kamen. Die Interviews erfolgten im Zeitraum Januar bis März 2024 und dauerten im Schnitt 25 Minuten mit einem Range von 21 bis 28 Minuten.

Aus der Perspektive der Rehamitarbeiterinnen wurde die FIRE-Intervention als weiteres Unterstützungsangebot positiv bewertet.

Bezüglich des Zeitpunkts des Beratungsangebots im Entzug wurden von den Rehamitarbeitenden Vor- und Nachteile angeführt. Als vorteilhaft wurde der besondere Moment der Motivation in der Entgiftung sowie die Niedrigschwelligkeit und Nahtlosigkeit zur Vermeidung von Rückfällen gesehen. Gleichzeitig wurde das mögliche Fehlen von ausreichend Motivation und Eigeninitiative als Nachteil eingeräumt.

Positiv bewertet wurde auch die Besonderheit der externen Beratung dahingehend, dass sich die Patient*innen wertgeschätzt gefühlt hätten durch die externe Ansprechperson.

Den verkürzten Befundbericht bewerteten die Rehamitarbeitenden als Zeit sparend, aber trotzdem genauso informativ wie den Sozialbericht. Eventuell fehlende Informationen könnten im (Erst-)Gespräch eingeholt werden.

Im Zusammenhang mit dem verkürzten Befundbericht wird auch das Eilverfahren als positiv gesehen, wenn die Entwöhnung schnell begonnen werden muss, weil die Gefahr eines Rückfalls besteht. Gleichwohl wird zu Bedenken gegeben, dass die Motivation bei einem schnellen Antritt der Entwöhnungsbehandlung eventuell nicht ausreichend ist.

Bei einer möglichen Verstetigung sehen die Rehamitarbeitenden die Kliniksozialarbeiter*innen für die Beratung als geeignet an, da auf diese Weise eine Kontinuität und Beziehung bei den Ansprechpartner*innen entstehen kann.

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-) Ansätzen und deren Wirkungen

Ziel des Projektes war es, durch eine innovative während der Entgiftungsbehandlung im Akutkrankenhaus ansetzende Intervention durch speziell geschultes, externes Personal Patient*innen für eine möglichst zeitnah im Anschluss an die Entgiftungsmaßnahme beginnende stationäre Entwöhnungsbehandlung zu motivieren und diese bestenfalls direkt mittels Reha-Eilantrag zu beantragen und die Inanspruchnahme von stationären Entwöhnungsbehandlungen zu steigern. Die Reha-Abklärung und -Einleitung sollte idealerweise bereits in der akutmedizinischen Phase im Krankenhaus beginnen. Die Nutzung des ärztlich-psychotherapeutischen Befundberichts als alternatives, ökonomisches Antragsformular anstelle des umfangreichen Sozialberichts und des Befundberichts sowie die Beantragung der Entwöhnungsmaßnahme als Eilantrag waren ebenfalls Bestandteile der Innovation und sollten die direkte und zeitnahe Einleitung einer Entwöhnungsmaßnahme erleichtern.

Die Innovation in dem Projekt kann in drei Teilansätze aufgegliedert werden. Zum einen die aufsuchende Beratung während der stationären Entgiftung. Dieser Teilansatz kann als wirksam eingeschätzt werden. Die Zielgruppe wurde wie erwartet in einer vulnerablen Phase erreicht, sodass eine gewisse Änderungsbereitschaft genutzt werden konnte.

Die quantitativen Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass das primäre Zielkriterium – die Steigerung der Inanspruchnahme einer stationären Entwöhnungsbehandlung innerhalb eines Jahres nach erfolgter Entgiftung insofern erreicht werden konnte, als dass alle Versicherten der Interventionsgruppe zeitnah nach der Entgiftung einen Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung gestellt bzw. nahezu alle diese auch entsprechend angetreten haben. Allerdings kann aufgrund der fehlenden Bezugsgröße zu den Entzügen in den beteiligten Kliniken innerhalb des Interventionszeitraums keine Aussage dazu gemacht werden, ob sich die Reha-Anträge bzw. Reha-Antritte im Vergleich zur Kontrollgruppe verdoppelt haben. Während in der Interventionsgruppe alle Versicherten einen Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung gestellt haben, haben dies in der Kontrollgruppe nur knapp 30 % der Versicherten getan. Dies zeigt den deutlichen Vorteil der direkten Ansprache von Versicherten direkt in der Klinik, in der der Entzug durchgeführt wird, gegenüber einer Entlassung von Versicherten aus Kliniken, in denen vermutlich nur ein kleiner Teil der Patient*innen die Empfehlung und Unterstützung erhält, sich weitere professionelle Hilfe im Suchthilfesystem zu suchen. Die Entlassung aus der Entzugsbehandlung ohne eine weitere Betreuung widerspricht der Empfehlung, die in der S-3-Leitline zu Screening Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen (AWMF, 2020) gemacht wird.

Fast alle bewilligten Rehabilitationen werden in beiden Gruppen auch angetreten, in der IG sind es 98 % und in der KG sind es 100%. Diese Antrittsquote ist außerordentlich hoch, wobei davon auszugehen ist, dass die hier gefundene Antrittsquote deutlich größer ist als die reale Antrittsquote der bewilligten Rehabilitationen in dieser Diagnosegruppe. Leider gibt es in den offiziellen Statistiken der DRV keine Zahlen zu den Antritten bewilligter Rehabilitationen. Es lässt sich vermuten, dass die durchschnittliche Antrittsquote eher zwischen 80 und 90 Prozent liegt. Die sehr hohe Antrittsquote der IG lässt sich durch die durchgängige Betreuung der Versicherten zwischen Entlassung aus der Entzugsklinik und der Aufnahme in die Rehabilitationsklinik erklären. Die Versicherten hatten immer die Möglichkeit, die Sozialarbeiter*innen bei Fragen und Problemen zu kontaktieren, so dass sie bis zur Aufnahme in die Rehabilitationsklinik betreut wurden. Für die vollständige Antrittsquote in der Kontrollgruppe lassen sich nur indirekt Gründe vermuten, so zum Beispiel, dass die Antragsstellung dort bereits eine Auslese darstellt, so dass nur sehr motivierte und veränderungsbereite Versicherte einen Antrag stellen und dann auch die Rehabilitation antreten. Durch die Technik des „Motivational Interviewing“ im FIRE-Projekt werden auch Versicherte zur Antragsstellung bewogen, die nicht so hoch motiviert und veränderungsbereit sind.

Außerdem kann davon ausgegangen werden, dass ein großer Teil der Zielgruppe durch konventionelle Maßnahmen nicht erreicht worden wären. Durch das Ansetzen der Intervention im stationären Entzug konnte eine vulnerable Phase mit einer gewissen Änderungsbereitschaft genutzt werden.

Abgesehen von den Ergebnissen in Bezug auf die Antrags- und Antrittszahlen zeigen die quantitativen Ergebnisse weitere, zum Teil deutliche Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe.

In der KG waren die Versicherten im Durchschnitt älter, es waren mehr Männer in der Gruppe und mehr Versicherte mit deutscher Staatsbürgerschaft. Entsprechend war die IG im Durchschnitt jünger, es nahmen mehr weibliche Versicherte an der Studie teil und es waren mehr Versicherte ohne deutsche Staatsangehörigkeit in ihr vertreten.

Die Anteile der Entlassarten unterscheiden sich insbesondere in Hinblick auf die Anteile der regulär Entlassenen. In der KG (63,8%) ist dieser deutlich größer als in der IG (49,3 %). Bei näherer Betrachtung der Daten der IG fällt auf, dass auch diejenigen, die ohne ärztliches Einverständnis aus der Rehabilitation ausgeschieden sind, im Median 50,5 Tage behandelt wurden und damit zumindest eine längere weiterführende Behandlung erfahren haben. Bei einer Implementierung der Intervention in die Regelversorgung könnte man diesem Aspekt im Reha-Behandlungskonzept entsprechend Rechnung tragen, um solche vorzeitigen Entlassungen eventuell zu vermeiden.

Außerdem unterscheiden sich die Gruppen bei den Verlegungen in andere Versorgungsformen. In der Interventionsgruppe werden fast 17% verlegt. Zu den genauen Gründen dieser Verlegungen fehlen weitere Informationen in den uns zur Verfügung stehenden Daten. Aufgrund fehlender Routinedaten zu 60 Personen aus der IG und fehlenden Angaben zur Art der Entlassung bei 5 Personen (etwa 10 %) in der KG, ist die Interpretation der Ergebnisse leider ein wenig einschränkt.

Die durchschnittliche Reha-Behandlungsdauer ist nahezu identisch. In der IG und in der KG verbleiben die Versicherten für durchschnittlich 90 Tage (IG: 90, 4, KG, 90,8 Tage).

Im Hinblick auf die Entgelte zeigte sich in der Interventionsgruppe ein geringeres durchschnittliches Entgelt sowohl im Jahr vor der Rehabilitation (IG = 23.244 Euro vs. KG = 28.719 Euro) als auch im Jahr nach der Rehabilitation (IG = 18.519 Euro vs. KG = 24.425 Euro). Das heißt, im Jahr nach der Rehabilitation sinken die Entgelte in beiden Gruppen ab, in der IG ein wenig mehr (- 20 %) als in der KG (- 15 %). Die geringeren Entgelte in der IG sind ein Hinweis darauf, dass in der FIRE-Studie auch einkommensschwächere Versicherte bzw. mehr Versicherte ohne Einkommen in die Rehabilitation kommen als in der KG.

Aus den qualitativen Befragungen geht hervor, dass die FIRE-Intervention von allen befragten Akteur*innen insgesamt als hilfreich und entlastend sowie als Ergänzung im Versorgungssystem und gut in den Klinikalltag integrierbar wahrgenommen wurde.

Vorteilhaft für die Patient*innen war der erleichterte, schnelle Übergang in die Reha durch das frühzeitige Fallmanagement direkt aus dem stationären Entzug mit der Unterstützung bei Schwierigkeiten über das Beratungsgespräch hinaus. Auch diese zusätzliche Leistung einer persönlichen Begleitung durch die Sozialarbeiter*innen des Modellvorhabens als Ansprechpartner*innen hätte so nicht von den jeweiligen Sozialdiensten der Akutkliniken erbracht werden können.

Neben der Expertise rund um die Entwöhnungsbehandlung und die Beratungskompetenz der externen Berater*innen hat sich ein Gesprächsleitfaden sowie die Techniken des Motivational Interviewing für das Beratungsgespräch hat als wichtig erwiesen.

Der zweite innovative Teilansatz ist die Nutzung des ärztl.-psychotherapeutischen Befundberichts anstatt des Sozialberichts. Der verkürzte ärztlich-psychotherapeutischer Befundbericht hat sich sowohl für die antragsprüfenden DRV-Mitarbeiter*innen als auch für die aufnehmenden Rehabilitationskliniken als ausreichend informativ erwiesen und die Antragstellung erleichtert und beschleunigt, da nicht noch eine zusätzliche Antragshürde überwunden werden musste. Die Umsetzung im Eilverfahren war problemlos möglich, es gab keine administrativen Unterschiede zum etablierten Nahtlosverfahren.

Kritisch gesehen wurde die fehlende Möglichkeit, gleichzeitig auch das Übergangsgeld beantragen zu können, und dass nicht alle Rentenversicherungsträger beteiligt waren. Diese Eigenheiten des Modellprojektes könnten bei der Überführung in die Regelversorgung behoben werden.

Im Falle einer Verstetigung wurde die Ansiedlung der externen Berater*innen bei den Suchtberatungsstellen als eine sinnvolle Möglichkeit angesehen und auch die Einbeziehung von Angehörigen sollte auf Wunsch der Patient*innen möglich sein.

Die Befragten sprechen sich dafür aus, die externe Sozialberatung in die Regelversorgung zu überführen, um durch die Aussicht auf einen Reha-Platz und einen zügigen Übergang in die Entwöhnungsbehandlung die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme zu senken und Rückfällen vorzubeugen. Dies entspricht den Ergebnissen von Reichl et al. (2023) von einer Befragung von Patient*innen im Entzug, demnach eine Entwöhnung in den sechs Wochen bis drei Monaten nach dem Entzug die Rückfallwahrscheinlichkeit senken würde.

Reichl et al. (2023) haben auch gezeigt, dass Wartelisten einen der am häufigsten berichteten Gründe für das Ausbleiben einer Anschlussbehandlung innerhalb von drei Wochen darstellten. Gleichzeitig gaben die Patient*innen als potenziell hilfreiche Faktoren für die Inanspruchnahme einer Anschlussbehandlung u. a. kürzere Wartezeiten und stärkere Unterstützung bei der Aufnahme an. Die Implementierung der FIRE-Intervention würde den Anforderungen in diesem Kontext gerecht werden. Es ist davon auszugehen, dass durch eine externe Beratung im Entzug sowohl mehr als auch schwer erreichbare Patient*innen eine Entwöhnungsbehandlung beginnen als auch eine frühzeitige Inanspruchnahme erfolgen würde.

Für eine erfolgreiche Umsetzung der FIRE-Intervention ist eine gute Kooperation und Absprache mit festen Ansprechpartnern und klaren Prozessabläufen sowie ein guter Informationsaustausch sowohl mit und innerhalb der Akutklinik als auch mit den Rentenversicherungsträgern förderlich.

Die Analyse der Falldokumentation hat eine hohe Antragsbereitschaft schon zu Beginn des Beratungsgesprächs aufgezeigt. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass bei der Auswahl der Patient*innen auf eine gewisse Antragsbereitschaft geachtet wurde oder dass bei Patient*innen im Entzug grundsätzlich eine gewisse Bereitschaft zu einer langfristigen Therapie gegeben ist.

Die Dauer zwischen Klinikaufnahme und Interventionsgespräch lag im Mittel bei 6,3 Tagen. Entgegen der Erwartung gab es auch Fälle mit einer Dauer über 15 Tage. Die größeren Zeitspannen zwischen der Klinikaufnahme und dem Beratungsgespräch sind vermutlich darauf zurückzuführen, dass ein Großteil der Patient*innen von psychiatrischen Stationen oder Krankenhäusern vermittelt wurden, wo die Dauer des Entzugs nicht auf die ca. 5 Tage beschränkt ist wie in allgemeinen Krankenhäusern.

Mit Blick auf die Finanzierung der externen Beratung im Entzug ist ein Ressourcenaufwand pro Fall von etwa 5 Stunden zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse der Evaluation weisen darauf hin, dass ein großer Teil der Zielgruppe durch konventionelle Maßnahmen nicht erreicht werden würde und dass durch das Ansetzen der Intervention im stationären Entzug eine vulnerable Phase mit einer gewissen Änderungsbereitschaft genutzt werden konnte.

Abgesehen von der hohen Erfolgsquote bezüglich Reha-Anträgen und -Antritten sowie der Zufriedenheit mit der FIRE-Intervention an sich sowie der guten Umsetzbarkeit unter den Teilnehmenden und den beteiligten Akteuren deckt die FIRE-Intervention mit ihren einzelnen Komponenten wie frühzeitiges aufsuchendes und begleitendes Fallmanagement im Entzug, vereinfachtes Antragsverfahren mit verkürztem Befundbericht und Antragseilverfahren an der Schnittstelle Akutversorgung zu rehabilitativer Versorgung eine Vielzahl von Empfehlungen ab, die in der S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen (AWMF, 2020) in Bezug auf die Behandlung gegeben werden. Dort werden neben der Förderung niedrigschwelliger Zugangswege zu Suchtbehandlungsangeboten und der Weiterentwicklung sektorenübergreifender Behandlungsansätze u. a. eine frühzeitige, nahtlose und kontinuierliche Behandlung sowie die Erhöhung des Problembewusstseins für alkoholbezogene Störungen in den verschiedenen Versorgungsbereichen gefordert.

Die Verbesserung von Schnittstellen und die frühzeigte Erreichung Betroffener sind außerdem in aktuellen Handlungsempfehlungen von Gomes de Matos et al. (2024) zu finden, die von den Forschern nach der Untersuchung des Antragsrückgangs im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung aufgestellt worden sind. Darüber hinaus empfehlen Gomes de Matos et al. (2024) die Sicherstellung von Ressourcen zur Antragsunterstützung und die Erleichterung des Antragsprozesses. Empfohlen wird sowohl eine gesicherte Finanzierung der Beratungsstellen als auch des Sozialdienstes der Akutkliniken, in denen der Entzug erfolgt.

Das direkte Ausfüllen von Ärzt*innen vor Ort in der Akutklinik und der kompakte Formularumfang war sehr hilfreich für die zeitnahe Bearbeitung. Jedoch benötigt es auch hier sehr gute Absprachen, dass die Beratenden direkt nach dem Beratungstermin das vom ärztlichen Personal ausgefüllte Dokument zurückerhalten. Hier hat sich in der Praxis gezeigt, dass dies nicht immer geklappt hat und sich der Prozess sich an dieser Stelle verzögerte, weil die ärztlichen Angaben nicht bis zum Ende des Beratungstermins zur Verfügung standen. Trotzdem liegen die Informationen um ein Vielfaches schneller vor, als mit den herkömmlichen Unterlagen.

Die Umsetzung des Antragsprozesses auch im Eilverfahren ist die dritte innovative Komponente im Projekt. Diese war bei den beteiligten DRVen problemlos möglich. Die befragten DRV-Mitarbeiter*innen sahen keine administrativen Unterschiede zum etablierten Nahtlosverfahren, wobei feste Ansprechpartner*innen und klare Prozessabläufe hilfreich waren.

Die Patient*innen schätzten alle drei innovativen Bestandteile des Projektes und den dadurch erzielten schnellen Übergang in die Reha sehr.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Eine nahtlose Verstetigung des gesamten im Modellvorhaben erarbeiteten Prozesses war nicht möglich, da Erkenntnisse aus dem Projektverlauf Anpassungen im Rahmen einer möglichen Verstetigung nötig machen, die im Weiteren thematisiert werden. Unabhängig von den nachfolgend näher beschriebenen möglichen und teilweise nötigen Anpassungen stellt sich auch die Frage, ob die Intervention auch vor dem Hintergrund eines ressourcenorientierten Einsatzes des Reha-Budgets weiter fortgeführt werden sollte. Zwar ist die Intervention von den Beteiligten gut angenommen und als hilfreich bewertet worden. Zudem wird auch deutlich, dass eine andere, zusätzliche Zielgruppe erreicht wird und auch die Überleitung in die Reha ist häufiger als ohne die Intervention. Jedoch zeigen die Analysen der Routinedaten, dass die Interventionsgruppe die Reha häufiger vorzeitig und auch häufiger vorzeitig gegen den Rat des Arztes oder der Ärztin verlassen haben. Diese Punkte sind bei den weiteren Überlegungen und Planungen, ob und wie eine Weiterführung der Intervention sinnvoll ist einzubinden, auch gesundheitsökonomisch zu betrachten und abzuwägen. Gegebenenfalls werden auch noch Folgeuntersuchungen benötigt, da die Fallzahl der Kontrollgruppe zu klein ist, um verallgemeinerbare Ergebnisse zu erhalten. Abgesehen von diesen Überlegungen sind die folgenden Anpassungen der Intervention sinnvoll und möglich, wie sich im Projektverlauf gezeigt hat:

Die aufsuchende Beratung währen der Entgiftung im Krankenhaus ist eine der zentralen Aspekte der Intervention und kann als entscheidend betrachtet werden, für den weiteren Verlauf. Im Projekt wurde die aufsuchende Beratung von zwei bei einer Reha-Klinik angestellten Sozialarbeitenden übernommen. Die Ansiedlung der Sozialarbeitenden sollte im Rahmen der Verstetigung überdacht werden. Da die Beratenden haben im Modellvorhaben die Patient*innen unabhängig zu passenden Reha-Kliniken beraten und nicht nur in Kliniken eines Konzerns vermittelt. Dies muss auch in Zukunft so gewährleistet sein. Durch Wegfall der Fördermittel würde eine Anstellung von beratenden für eine Reha-Klinik wirtschaftlich nicht sinnvoll sein. Auch die Anstellung beim RV-Träger erscheint nicht ideal, da dann teils sehr lange Fahrzeiten zur Erreichung der kooperierenden Akutkrankenhäuser entstehen, die ebenfalls nicht wirtschaftlich sind. Eine dezentrale Ansiedlung der Beratenden erscheint ideal, sodass auch kurzfristig aufsuchende Beratungen in den Krankenhäusern möglich sind. Hierfür kämen die Suchtberatungsstellen in Frage. Diese sind bereits dezentral in der Fläche vorhanden und sind zudem bestens qualifiziert für den Kontakt mit der Zielgruppe. Außerdem würde dadurch auch den Kritikern der FIRE-Prozesse Rechnung getragen. Diese merkten auf Kongressen an, dass durch den Entfall der Sitzungen in den Suchtberatungsstellen für den Sozialbericht, welcher im Projekt durch den ärztlich-psychotherapeutische Befundbericht ersetzt wurde, der Kontakt zu den Suchtberatungsstellen gar nicht erst entstehe, aber auch nach der Rehabilitation für weitere Unterstützung von Bedeutung sei. Die Suchtberatungsstellen sind jedoch aktuell in vielen Regionen schon jetzt überlastet, sodass aufsuchende Beratungen, die einen zusätzlichen Zeitaufwand bedeuten, aktuell nicht regelmäßig geleistet werden könnten. Hier müsste die Rentenversicherung für die Finanzierung des zusätzlichen Aufwands der aufsuchenden Beratung aufkommen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage unter welcher Rechtgrundlage die Rentenversicherung ein Angebot einer aufsuchenden und einer möglichen Antragsstellung vorgelagerten Beratung erbringen kann. Hier wird aktuell § 12 Abs. 1 SGB IX geprüft, welcher die Rehabilitationsträger verpflichtet geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um eine frühzeitige Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs zu ermöglichen und eine Antragsstellung der Leistungsberechtigten hinzuwirken.

Die Bearbeitung der Reha-Antragsunterlagen bei den RV-Trägern im Eilverfahren sollte im Rahmen einer Verstetigung unbedingt weiter beibehalten werden und stellt für die RV-Träger keine gesonderte Herausforderung dar, da diese Abläufe auch im sogenannten Nahtlosverfahren bei Reha-Anträgen aus dem qualifizierten Entzug genutzt werden.

Eine Anpassungsoption im Rahmen einer möglichen Verstetigung läge auch bei der Nutzung der verkürzten Antragsunterlagen. Die verkürzten Antragsunterlagen wurde zwar an vielen Stellen wertgeschätzt, war jedoch bei einem RV-Träger nicht möglich. Auch hier konnten Versicherte erfolgreich beraten und im Antragsprozess unterstützt werden. Es hat sich also gezeigt, dass auch eine hilfreiche Unterstützung der Patient*innen möglich ist mir nur zwei der innovativen Komponenten. Für die Beratenden entsteht zwar ein höherer zeitlicher Aufwand mit den umfangreichen regulären

Unterlagen, für die Patient*innen lief trotzdem alles reibungslos ab. Teilweise hat der Prozess dadurch wenige Tage länger gedauert, bis die ausführlichen ärztlichen Unterlagen vorlagen und die Beratenden den ausführlichen Sozialbericht verfasst hatten. Eine Verstetigung hängt folglich nicht von dem Einsatz der verkürzten Antragsunterlagen ab. Vor dem Ziel der anzustrebenden Entbürokratisierung sollte jedoch möglichst an der Nutzung der verkürzten Antragsunterlagen festgehalten werden.

4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter/Rentenversicherungsträger (ggf. getrennt nach Verbundpartnern)

Eine Verstetigung der Prozesse und Beratung im Modellprojekt FIRE nur allein bei der DRV Knappschaft-Bahn-See als einzelnem Träger ist nicht sinnvoll und in der Praxis nicht möglich. Für die Anzahl der Versicherten der DRV Knappschaft-Bahn-See allein könnte das Angebot nicht vorgehalten werden. Da dann je kooperierendem Krankenhaus nur selten ein Fall vorkäme würden die Prozesse vermutlich schnell in Vergessenheit geraten. Dies würde auch in den Suchtberatungsstellen gelten und eine Anpassung der personellen Kapazitäten wäre aufgrund der geringen Fallzahl pro Beratungsstelle nicht möglich. Für den Prozess in den Akutkrankenhäusern ist es zudem entscheidend, dass möglichst wenig Aufwand bei der Ansprache von Patient*innen entsteht, die von einer Beratung profitieren könnten. Das heißt eine Prüfung bei welchem RV-Träger die Patient*innen versichert sind, sollte möglichst entfallen. Somit ist für eine Verstetigung des Angebotes im bisherigen Einzugsgebiet eine Beteiligung aller Regionalträger im Einzugsgebiet und der beiden Bundesträger nötig. Die DRV Knappschaft-Bahn-See prüft deshalb, ob eine Fortführung des FIRE-Angebotes im bisherigen Projektgebiet unter Einbindung aller RV-Träger möglich ist.

Im Zuge der Überlegungen zu einer möglichen Verstetigung der FIRE-Intervention erfolgte zum Ende der Projektlaufzeit ein Treffen mit interessierten Suchtberatungsstellen aus der FIRE-Region. Teilgenommen haben neben den Mitarbeiter*innen der KBS, Charité und den beteiligten Rehakliniken aus dem FIRE-Projekt Sozialarbeiter*innen aus zwei beteiligten Akutklinik sowie sieben Mitarbeiter*innen von sechs Suchtberatungsstellen.

Nach Vorstellung des konkreten Vorgehens der FIRE-Intervention wurde in einer anschließenden Diskussionsrunde der Wunsch nach engerer Kooperation geäußert, da das Potenzial des niedrigschwelligen Zugangs und des verkürzten Antragsverfahrens auch innerhalb der Suchtberatungsstellen gesehen wird. Insbesondere das verkürzte bzw. schnellere Antragsverfahren wird ausdrücklich befürwortet – auch unabhängig von der aufsuchenden Beratung im stationären Entzug. Gerade für mehrfach gefährdete, instabile oder sozial benachteiligte Patient*innen wäre ein schneller Zugang bzw. ein Eilverfahren zur Reha wichtig, da diese in klassischen Verfahren oft vorzeitig wegbrechen. Lange Wartezeiten führen häufig zu Rückfällen oder einem Motivationsverlust. Die Möglichkeit, das verkürzte Antragsverfahren nutzen zu können, war ein zentrales Anliegen der Suchtberatungsstellen. Vorgeschlagen wurde, dringliche Fälle künftig mit einem spezifischen Vermerk zu kennzeichnen, um sie im Antragsprozess priorisieren zu können. Ein Eilverfahren wäre daher insbesondere für Personen sinnvoll.

Des Weiteren wurde das aufsuchende Vorgehen als grundsätzlich sinnvoll und machbar eingestuft – jedoch in Abhängigkeit der personellen und finanziellen Ressourcen. In manchen Suchtberatungsstellen wird es gelegentlich – je nach Personallage – auch praktiziert. Eine flächendeckende Umsetzung sei jedoch nur mit entsprechender personeller und finanzieller Ausstattung möglich. Auch in Bezug auf die regionale Reichweite bestehen Herausforderungen, da große Landkreise mit langen Fahrtzeiten zu erheblichen Ressourcenkonflikten führen können. Außerdem könnte insbesondere in großen Landkreisen die Klärung regionaler Zuständigkeiten für aufsuchende Arbeit schwierig sein.

Abschließend wurde der Wunsch nach einer Verstetigung des Projekts betont – sowohl im Sinne einer strukturellen Kooperation als auch in Bezug auf das vereinfachte Antragsverfahren in den Regelstrukturen. Es bestand breite Zustimmung unter allen Beteiligten, dass die im Projekt gesammelten positiven Erfahrungen genutzt und die Zusammenarbeit zwischen Kliniken, Sozialdiensten, Rehakliniken und Beratungsstellen intensiviert werden soll.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Projekt von den Mitarbeiter*innen der Suchtberatungsstellen sehr positiv aufgenommen wurde. Die Suchtberatungsstellen befürworten eine

Verstetigung, sehen jedoch Herausforderungen bei der praktischen Umsetzung, insbesondere in Bezug auf Personalressourcen, Kommunikation und klare Zuständigkeiten.

Durch die angedachte Veränderung der Beratungspersonen müssten die Prozesse im Rahmen einer Verstetigung überarbeitet und neu etabliert werden, was einen hohen Ressourcenaufwand bei allen Beteiligten bedeuten würde, wie aus den Erfahrungen der Projektlaufzeit hervorgeht.

Bei den weiteren Überlegungen zur Verstetigung ist auch zu bedenken, dass anders als ursprünglich geplant nur wenige kleinere Akutkrankenhäuser regelmäßig Patient*innen gemeldet haben, die einen Beratungsbedarf hatten. Die meisten Teilnehmenden im Projekt wurden von psychiatrischen Krankenhäusern gemeldet. Die gemeldeten Patient*innen konnten aus unterschiedlichen Gründen nicht im qualifizierten Entzug behandelt werden und vom Nahtloserfahren folglich nicht profitieren. In diesen psychiatrischen Krankenhäusern herrscht jedoch eine höhere Sensibilität für das Thema Abhängigkeit vor, als es in den weiteren teilnehmenden Akutkrankenhäusern der Fall war. Zudem kommt hinzu, dass in vielen kleineren Akuthäusern keine Entgiftungsstationen mehr vorgehalten werden und Patient*innen teilweise auch in größere (psychiatrische) Einrichtungen mit größeren Entgiftungsstationen oder qualifiziertem Entzug weitervermittelt werden. Hier muss im Rahmen der Verstetigungsprüfung regional geschaut werden, wo ein Beratungsangebot nach dem FIRE-Vorbild vorgehalten werden sollte.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Die Übertragbarkeit der Ergebnisse aus dem Modellvorhaben FIRE auf andere Regionen Deutschlands ist als nur sehr eingeschränkt anzusehen. Bereits innerhalb der Modellregion haben sich deutliche regionale Unterschiede in Bezug auf die Struktur der Krankenhäuser und der vorgehaltenen Behandlungsangebote gezeigt. Durch die zum 01.01.2025 in Kraft getretene Krankenhausreform, ist mit weiteren starken Veränderungen in der Krankenhauslandschaft zu rechnen. Diese Veränderungen müssen auch in der Modellregion des Projektes genau beobachtet werden. Aber nicht nur die Situation der Krankenhäuser und damit das Angebot der Entgiftungsplätze unterscheidet sich regional stark, sondern auch die Angebote und Auslastungen der Suchtberatungsstellen. Beispielsweise sind die Suchtberatungsstellen in Mitteldeutschland tendenziell besser aufgestellt und bieten auch aufsuchende Beratungen an. In anderen Regionen insbesondere großen Landkreisen ist das Angebot von Suchtberatungsstellen gering und auch die Fachkräftegewinnung gestaltet sich schwierig, um Ressourcen aufzustocken.

Bei einer bundesweiten Übertragung und Verstetigung sollten auch die verkürzten Antragsunterlagen einheitlich genutzt werden. Hierzu sollte das für Suchterkrankung zuständige Gremium der Deutschen Rentenversicherung einbezogen werden, die einen bisher es für notwendig erachten einen ausführlichen Sozialbericht erstellen zu lassen und den Antragsunterlagen beizufügen.

Aus den genannten Gründen wird zum aktuellen Zeitpunkt von einer bundesweiten Verstetigung abgesehen. Der Fokus liegt zunächst auf einer eventuellen Verstetigung in der Region in der bereits das Modellvorhaben umgesetzt wurde. Hier ist jedoch aufgrund der beschriebenen stetigen Veränderung der Behandlungsangebote in den Akutkrankenhäusern zunächst eine Analyse der aktuellen Angebotssituation vorzunehmen.

Literatur

Atzendorf, J. Rauschert, Ch., Seitz, N.-N., Lochbühler, K. & Kraus, L. (2019): *Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland.* Deutsches Ärzteblatt, 116(35-36), 577–584.

AWMF - Federführende Fachgesellschaften: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) **(2020):** *Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen.* Dezember 2020. https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html (Zugriff am: 30.05.2025).

Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Daniel, H., Funke, W., Kemmann, D., Klein, T., Medenwaldt, J., Premper, V., Reger, F., Teigeler, H. & Wagner, A. (2022): *Effektivität der stationären Suchtrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2019 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige.* Sucht aktuell, **22**(1): p. 37-51.

Brünger, M., Krüger T., Missel P., Feige L. & Spyra K. (2018): *Entwicklung und Evaluation eines ärztlich-psychotherapeutischen Befundberichts: Option für neue Zugangswege in die Suchtrehabilitation.* Phys Med Rehab Kuror, (28): p. 32-38.

Deutsche Rentenversicherung (2024a): *Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2024.* Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2024b): *Rehabilitation 2023.* Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung (2024c): *Rehabilitationsleistungen im Zeitablauf 2024.* Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.

Fachverband Sucht+ (2023): *Basisdokumentation 2023. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht+ e.V..* Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, Band 31, Bonn, S. 6 – 37.

FDZ der DRV (2024): *Scientific Use File – Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf (Reha-L-SUF)***.**

Gomes de Matos, E., Müller, C., Loy, J. K. & Maiwald, A. (2024): *Projekt Entwöhnungsbehandlung „Analyse der Antragsrückgänge im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung"* [Abschlussbericht]. IFT Institut für Therapieforschung München.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2014): *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH).* Der Nervenarzt, **85**(1): p. 77-87.

Kiefer, F., Batra, A., Bischof, G., Funke, W., Lindenmeyer, J., Mueller, S., Preuss, U. W., Schäfer, M., Thomasius, R., Veltrup, C., Weissinger, V., Wodarz, N., Wurst, F. M., Leitliniengruppe AUD & Hoffmann, S. (2021): *S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen": Aktualisierung 2021 – Kurzfassung* SUCHT, vol. 67(2), pp. 77–103

Körkel, J. & Drinkmann, A. (2002)**:** Wie motiviert man unmotivierte Klienten? In: Sozialmagazin. 27. Jg., Nr. 10. S. 26-34

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015): Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Rehm, J., Rehm, M. X., Shield, K. D. & Gmel, G. (2014): *Reduzierung alkoholbedingter Mortalität durch Behandlung der Alkoholabhängigkeit.* SUCHT, vol. **60**(2): p. 93-105.

Reichl, D., Enewoldsen, N., Tegethoff, P., Gendlina, T., Saur, S., Lang, C., Fuhrmann, L., Weisel, K., Berking, M., Zink, M., Ahnert, A., Falkai, P., Kraus, T., Hillemacher, T., Müller, F.-N., Kornhuber, J., Bönsch, D., Achtert, K. & Steins-Loeber, S. (2023): *Nutzung von Anschlussmaßnahmen nach stationärem Alkoholentzug: Annahmen zum Stand der Vernetzung im deutschen Suchthilfesystem.* SUCHT, 69(5), 243–254. https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000835

Statistisches Bundesamt (2023). Vollstationär behandelte Patientinnen und Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) im Krankenhaus nach ICD-10 in 2023. https://www.destatis.de/DE/Zahlen-Fakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Kranken-haeuser/Tabellen/PsychischeVerhaltensstoerungen.html. 30.05.2025

Trautmann, S., Pieper, L., Kuitunen-Paul, S., Manthey, J., Wittchen, H.-U., Bühringer, G. & Rehm, J. (2016): *Prävalenz und Behandlungsraten von Störungen durch Alkoholkonsum in der primärärztlichen Versorgung in Deutschland.* SUCHT, vol. 62(4), pp. 233–243.

Vogelgesang, M. (2011): *DGRW-Update: Alkoholabhängigkeit.* Rehabilitation, **50**(5): p. 292-297.

Weigl, Tobia; Mikutta, Johannes (2019): Motivierende Gesprächsführung. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Frühzeitige Intervention für den direkten Zugang zur Rehabilitation bei Entgiftung in der Akutversorgung
Akronym	FIRE
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Projektbeteiligte	Charité-Universitätsmedizin Berlin, Median Kliniken Daun, Median Klinik Tönisstein, Knappschaftsklinikum Saar mit den Kliniken Sulzbach und Püttlingen, Knappschaftsklinikum Westfalen mit dem Krankenhaus Lüttgendortmund, St. Franziskus-Hospital Köln, Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Deutsche Rentenversicherung Saarland
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	01.01.2020 – 31.12.2023

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

FIRE: Poster im Rahmen des Reha-Kolloquiums 2021

Pressemitteilung: Austausch über rehapro-Modellvorhaben. Staatssekretär informiert sich über Projekte zur Stärkung der Rehabilitation. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/KnappschaftBahnSee/DE/Presse/pressemeldungen/2022/22_1_25_rehapro.html

Einfacher in die Reha Modellprojekt FIRE: Mit Unterstützung soll ein Leben ohne Abhängigkeit gelingen. zukunftjetzt 3/2021 Einfacher in die Reha - Zukunft Jetzt.

Schmidt, Detlef; Rittmann, Lena-Marie; Fahrenkrog, Sandra; & Weber, Fabian: Vortrag im Rahmen des Hauptstadtkongress 2023, Berlin. FIRE - schnelle und motivierende Überleitung aus der Entgiftung in die Entwöhnung.

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Vorträge

Bernert, S. & Fahrenkrog, S.: Frühzeitige Intervention für den direkten Zugang zu Rehabilitation bei Entgiftung in der Akutversorgung. 2. Online-Treffen Programmevaluation, 25.11.2020.

Bernert S., Fahrenkrog S., Walthart N., Fischer R. & Rittmann L.: Frühzeitige Intervention für den direkten Zugang zur Rehabilitation bei Entgiftung in der Akutversorgung. Deutsche Rentenversicherung. 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, online, 22.03.2021.

Bernert S., Fahrenkrog S., Walthart N., Weber, F., Fischer R. & Rittmann L.: Erfahrungen aus dem überleitenden Fallmanagement bei Abhängigkeitserkrankungen im Rahmen des rehapro-

Modellvorhabens FIRE. Deutsche Rentenversicherung. 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Hannover, 21. 02.2023.

Bernert S., Fahrenkrog S., Walthart N., Weber, F., Fischer R. & Rittmann L.: Frühzeitige Intervention für den direkten Zugang zur Rehabilitation bei Entgiftung in der Akutversorgung. Deutsche Rentenversicherung. 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Münster, 09.03.2022.

Bernert S., Walthart N., Weber, F. & Fahrenkrog S.: Frühzeitige Intervention für den direkten Zugang zu Rehabilitation bei Entgiftung in der Akutversorgung. Deutscher Suchtkongress, online, 14.09.2021.

Bernert S., Walthart N., Weber, F., Fahrenkrog S. & Rittmann L.: Fallmanagement im Rahmen des FIRE-Projektes zur frühzeitigen Intervention im Akutkrankenhaus bei Alkoholentgiftungen. Fachkonferenz rehapro, Duisburg, 22.09.2022.

Fahrenkrog, F.: Ergebnisse der Interviews mit Klinikmitarbeiter*innen und mit Patient*innen zur Akzeptanz des überleitenden Fallmanagements bei Abhängigkeitserkrankungen im Rahmen des rehapro-Modellvorhabens FIRE. 35. Suchtkongress des FVS*, Münster, 27.06.2024.

Rittmann, L. & Fahrenkrog, S.: Frühzeitige Intervention für den direkten Zugang zur Rehabilitation bei Entgiftung in der Akutversorgung. BMAS rehapro Fokusveranstaltung 2, Berlin, 25.04.2024.

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
11017 Berlin

Stand: September 2026

Hier abonnieren Sie die Newsletter des BMAS: www.bmas.de/newsletter

Service für hörbeeinträchtigte und gehörlose Menschen:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Gebärdentelefon: www.gebaerdentelefon.de/bmas

Satz/Layout: neues handeln AG
Fotos: Alle Fotos wurden vom Projekt zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages