

PARTNERschaftlich

Infodienst 01/14

Gesamtverband
für Suchthilfe e.V.

Fachverband der
Diakonie Deutschland



... gemeinsam stark
im Verbund!



Ambulante Suchthilfe

Gut aufgestellt für die Zukunft!?

Inhalt

3

Editorial

Das Thema

4 - 5

Trotz geringer Ressourcen ein hochwertiges Angebot

Suchtberatung und Suchtbehandlung in ambulanten Fachstellen - ein Überblick

Gabriele Bartsch

6 - 8

Näher am Leben

Die Bedeutung der Ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus Sicht eines regionalen Leistungsträgers der Deutschen Rentenversicherung

Georg Wiegand

9 - 11

Vielfach unterschätzt

Die Ambulante Rehabilitation Sucht bleibt hinter ihren Möglichkeiten zurück

Klaus Polack

12 - 14

Ambulante Suchttherapie braucht eine Lobby!

Die strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen der ARS müssen besser werden

Anja Vennedey

14 - 15

Erstaunliche Ergebnisse

Die Beschäftigungssituation von Klienten in der ambulanten Rehabilitation - eine Analyse der Fachambulanz Sucht Emsland 2012

Dr. Ralf Drewes-Lauterbach

16 - 20

Einführung von Katamnesen in der Ambulanten Rehabilitation Sucht

Ausgewählte Projekt-Ergebnisse des ersten Entlass-Jahrgangs 2011

Dr. Theo Wessel

21 - 22

„Man gibt das Geld lieber jemandem, den man gut kennt“

Ein Gespräch mit Wolfgang Schmidt-Rosengarten, über die Zukunft der ambulanten Suchthilfe

Claudia Biehahn

22 - 23

Mitglieder News

24

Veranstaltungskalender

Partnerschaftlich 01/2014

Herausgeber

Gesamtverband für Suchthilfe e.V.
Fachverband der Diakonie Deutschland
Invalidenstr. 29
10115 Berlin
Tel. 030 83001 500
Fax 030 83001 505
gvs@sucht.org
www.sucht.org

Verantwortlich im Sinne des

Presserechts:

Dr. Theo Wessel
Geschäftsführer

Redaktion

Claudia Biehahn
vitamin be-Kommunikation
Tel. 05263 95 30 83
Fax 05263 95 30 84
biehahn@vitaminbe.info
www.vitaminbe.info

Layout

Sara Zitzmann
SZ Gestaltung, Detmold
sz@sz-gestaltung.de
www.sz-gestaltung.de

Bildnachweis

Titelfoto: Titelfoto: NEUE ARBEIT
Dienstleistungsagentur GmbH
Foto: S. 7: Sebastian Bernhard / Pixelio
S. 23: Diakonie Fachstelle Sucht
Dortmund/Lünen; BKD

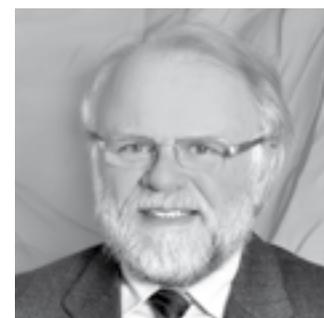
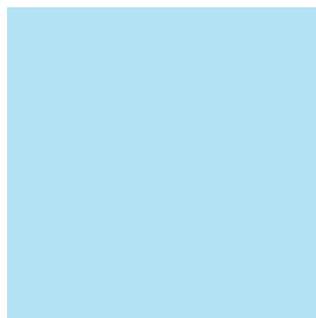
Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wie im letzten Jahr widmet sich das erste PARTNER-schaftlich-Magazin des Jahres der ambulanten Versorgung suchtkranker Menschen in Deutschland, eine Kernaufgabe diakonischer Suchthilfen. Die Ergebnisse diverser GVS-Fachausschüsse und Projektgruppen haben dazu beigetragen, Standpunkte zu diesem Themenkomplex zu klären. Im Mittelpunkt der Betrachtung standen dabei das Profil diakonischer Suchtberatung, der Stellenwert und die Refinanzierung ambulanter Suchttherapie, die Sozialraumorientierung ambulanter Suchthilfe und die verstärkte Berücksichtigung der Themen Elternschaft und Suchterkrankung sowie der Umgang mit suchtbelasteten Familien. An dieser Stelle ein ausdrücklicher Dank an alle Beteiligten!

Letztlich haben diese Ergebnisse auch zu zwei Fachveranstaltungen im Jahr 2014 geführt: *Ambulante Suchttherapie: Großgeschrieben - kleingespart - Implikationen für Träger und Einrichtungen in der Diakonie* und *9. Berliner Suchtgespräch: Ambulante Suchthilfe: Entwicklungen, Herausforderungen, Zukunftsthemen*. Beide Veranstaltungen fanden am 28.11.2013 in Berlin statt. Die Dokumentationen dieser Veranstaltungen finden Sie auf www.sucht.org.

In diesem Partnerschaftlich greifen wir den Themenschwerpunkt der beiden Veranstaltungen noch einmal aus verschiedenen Blickwinkeln auf:

- Die stellvertretende Geschäftsführerin der DHS, Gabriele Bartsch, gibt einen Überblick über Nachfrage und Verfügbarkeit von ambulanter Suchtberatung und -behandlung.
- Aus Sicht der DRV Braunschweig-Hannover beschreibt Georg Wiegand den Stellenwert der ambulanten Rehabilitation und der Kombinationsbehandlung Abhängigkeitskranker.
- Klaus Polack (DW Osnabrück) erläutert die Erfahrungen mit der Ambulanten Rehabilitation Sucht in Niedersachsen.
- Für bessere strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen der ARS plädiert Anja Venedey (Diakonie Düsseldorf) in ihrem Artikel.
- Interessante Ergebnisse einer Analyse der Beschäftigungsdaten von Klienten der Fachambulanz Sucht Emsland stellt Ralf Drewes-Lauterbach vor.



- Theo Wessel präsentiert erstmals ausgewählte Projekt-Ergebnisse der Katamnese-Untersuchungen von GVS und Caritas.
- Wolfgang Schmidt-Rosengarten, Geschäftsführer der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen, skizziert in einem Interview die Bereiche, die für die Zukunft der ambulanten Suchthilfe entscheidend sind.

Ich hoffe, dass diese Beiträge Ihnen Anregungen geben und die fachliche und wirtschaftliche Weiterentwicklung diakonischer Suchthilfen im ambulanten Bereich unterstützen können. Ich bin gespannt auf Ihre Rückmeldungen.

Und zum Schluss noch ein Hinweis in eigener Sache: Diese Ausgabe von PARTNERSchaftlich wird vorerst die letzte gedruckte Ausgabe sein. In Zukunft wollen wir unser Mitglieder-Magazin als Online-Version zur Verfügung stellen und den Newsletter GVS-aktuell darin integrieren. Diese Entscheidung ist Teil der Weiterentwicklung des Kommunikationskonzeptes des GVS. Sie werden rechtzeitig über alle Neuerungen informiert. Damit beendet auch Claudia Biehahn ihre Tätigkeit als Redakteurin von PARTNERSchaftlich. Für ihr langjähriges Engagement in diesem Bereich möchten wir uns, auch im Namen der Leserschaft, herzlich bedanken!

Eine interessante Lektüre wünscht

Theo Wessel

Ihr Theo Wessel

Trotz geringer Ressourcen ein hochwertiges Angebot

Suchtberatung und Suchtbehandlung in ambulanten Fachstellen - ein Überblick

Von Gabriele Bartsch

Deutschland verfügt über ein sehr professionelles und ausdifferenziertes Suchthilfesystem mit einer Vielzahl sich ergänzender oder alternativer Leistungsangebote. Es stellt eine umfangreiche Versorgung sicher. Sie reicht von niedrigschwelligen Einrichtungen über Beratung und Akutbehandlung bis hin zur medizinischen Rehabilitation.

Den bei weitem größten Teil des Suchthilfesystems machen die ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen aus. Das Angebot umfasst etwa 1.400 Beratungsstellen (einschließlich Institutsambulanzen) für ca. 450.000 bis 500.000 Menschen, die jährlich Beratung, Unterstützung oder Behandlung benötigen und nachfragen. Etwa 6.000 Mitarbeiter/innen sind in den Beratungs- und Behandlungsstellen beschäftigt, laut Deutscher Suchthilfestatistik (DSHS) im Schnitt ca. 4,3 Sozialarbeiter/innen pro Einrichtung. Dieser Durchschnitt variiert allerdings sehr stark je nach Bundesland und je nachdem, ob es sich um eine städtische oder ländliche Region handelt.

Die für die Beratungsarbeit qualifizierten Fachkräfte leisten durchschnittlich ca. 196 Stunden pro Woche. Die meisten Beratungsstellen haben fünf Tage pro Woche geöffnet, einige auch an Wochenenden oder nach 18.00 Uhr, um möglichst vielen Betroffenen und Angehörigen (auch nach der Arbeit) das Aufsuchen einer Beratungsstelle zu ermöglichen. Das Angebot ist kostenlos, vertraulich und auf Wunsch anonym. Diese Zahlen spiegeln jedoch nur das zeitliche Angebot wider. Inhaltlich decken die Beratungsstellen das gesamte Spektrum aller Substanzen und Verhaltenssuchte ab.

Die ambulanten Einrichtungen, von denen im Auswertungsjahr 2012 Angaben vorliegen, geben als Zielgruppen ihrer Beratungs- und Behandlungstätigkeit Klienten/ Klientinnen mit den folgenden Substanz- oder Verhaltensstörungen an: Alkohol (99,7%), Medikamente (96,8%), illegale Drogen (88,7%), 81,5% pathologisches Glücksspielen, Tabak 80,5%, Essstörungen (64%), sonstige Stoffe und Verhaltensweisen (71,6) (DSHS, Tabellenbände, Auswertungsjahr 2012).

Wer sind die Träger der Suchthilfe?

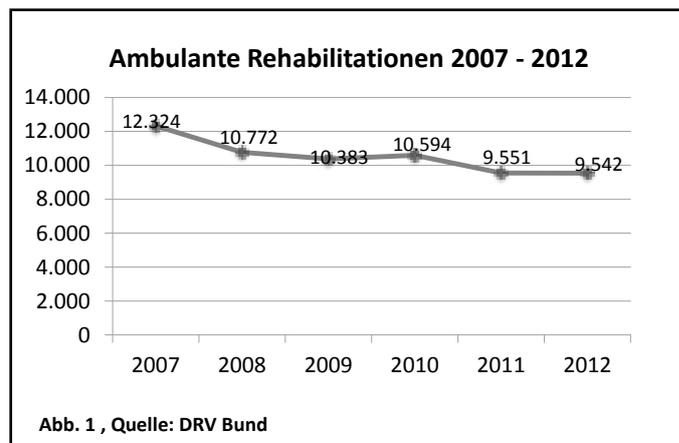
Mit einem Anteil von 87% (ambulant) bzw. 58% (stationär) befindet sich - unverändert seit 2007 - der überwiegende Teil der Einrichtungen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege oder anderer gemeinnütziger Träger. Die anderen Einrichtungen haben einen öffentlich-rechtlichen (ambulant: 9%, stationär: 13%), einen privatwirtschaftlichen (ambulant: 3%, stationär: 27%) oder einen sonstigen Träger (ambulant: 2%, stationär: 2%). Deutsche Suchthilfestatistik 2014

www.suchthilfestatistik.de/cms/content/view/116/

Darüber hinaus halten die Suchthilfeträger zielgruppenspezifische Angebote vor, insbesondere für Jugendliche, Frauen, Migranten/Migrantinnen und Kinder suchtkranker Eltern. Auch die Nachsorge und das Aufsuchen suchtkranker Menschen im Strafvollzug ist für viele Beratungsstellen fester Bestandteil ihres Angebots. Dazu kommen die Begleitung und Unterstützung von Selbsthilfe und, noch neu, die Arbeit mit Senioren/ Seniorinnen.

Geringere Nachfrage nach ambulanter Reha

Auf der Nachfrageseite ist zu beobachten, dass sich die Anzahl der in der DSHS erfassten ambulanten Betreuungen 2012 auf insgesamt 327.442 erhöht hat. Dieser Anstieg ist z.T. darauf zurückzuführen, dass sich mehr ambulante Einrichtungen an der Statistik der DSHS beteiligen. Mit 2,1% fällt dieser Anstieg jedoch geringer aus als die Steigerungsrate der Betreuungen (+7%). Dieser Entwicklung in der ambulanten Beratung steht jedoch ein Sinken der Nachfrage nach ambulanter Rehabilitation gegenüber.



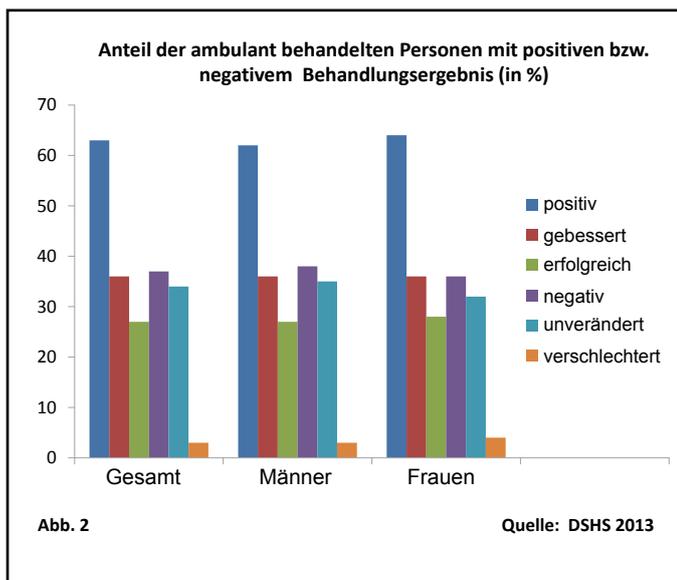
Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Veränderungen von Konsumgewohnheiten und -präferenzen, insbesondere bei den illegalen Drogen, auch Verschiebungen in der Nachfrage nach Beratung und Behandlung zur Folge haben. Am auffälligsten ist der Rückgang des Opiatkonsums in der Bevölkerung (18-59-Jährige) von 0,4% im Jahr 1995 auf 0,2% im Jahr 2009 sowie der Anstieg des Cannabiskonsums von 4,4% auf 5,2% im selben Zeitraum (ESA 2009).

Dies spiegelt sich auch in der Nachfrage nach Beratung und Behandlung wider:

Mit 25.699 Fällen stellen Klienten/Patienten mit cannabisbezogenen Störungen in ambulanten und stationären Einrichtungen die dritthöchste Zahl der zu betreuenden Personen dar, nach 116.904 Klienten/Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und 28.819 Klienten/Patienten mit opioidbezogenen Störungen (DSHS 2013).

Zugenommen hat darüber hinaus auch die Zahl der pathologischen Glücksspieler. Laut Jahrbuch Sucht 2013 stieg die Zahl pathologischer Glücksspieler, die Beratungsangebote annahmen, von 15.800 Glücksspielern im Jahr 2010 auf 16.800 im Jahr 2011 (Jahrbuch Sucht 2013, DHS & Pabst). Entsprechend ist der Anteil an Beratungen von Menschen mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Glücksspielen“ in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen zwischen 2009 und 2012 von 4% auf 6% gestiegen (DSHS 2013).

Für die Beratungs- und Behandlungsstellen bedeutet dies, dass sie ihr Angebot kontinuierlich auf die Bedarfe ausrichten, um suchtkranke Menschen besser zu erreichen und frühzeitig Ansatzpunkte und Konzepte für Hilfen zu entwickeln. Dies ist in den vergangenen Jahren trotz erheblicher Finanzierungsprobleme gelungen. Insbesondere konnten durch vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Projekte die Zielgruppen „Ältere Menschen mit Suchtstörungen“ und „Kinder suchtkranker Menschen“ besser erreicht werden. Auch das Thema „Elternschaft“ findet stärkere Berücksichtigung im Suchthilfesystem. Die Betreuungsergebnisse für Männer und Frauen sind insgesamt positiv (Abb. 2).



Die Deutsche Suchthilfestatistik gibt in ihren Sonderauswertungen wertvolle Hinweise auf Struktur, Nachfrage und Erfolge der Suchthilfe. Der aktuelle Kurzbericht „Klienten mit Migrationshintergrund in ambulanter und stationärer Suchthilfe“ beleuchtet die Zielgruppe der Migranten/Migrantinnen sowohl im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als auch im Vergleich zur Gesamtgruppe der Betreuten und Behandelten.

Klienten mit Migrationshintergrund in der ambulanten Beratung und Behandlung weisen Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung und zur Gesamtheit der Betreuten auf: Im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung finden sich in der Suchtberatung und -behandlung weniger Menschen mit Migrationshintergrund (Anteil an allen ambulant bzw. stationär Betreuten mit Migrationshintergrund: 16,8% bzw. 13% gegenüber 19,5% in der Allgemeinbevölkerung).

Menschen mit Migrationshintergrund, die eine Betreuung durch eine Suchtberatungs- und behandlungsstelle aufnehmen, unterscheiden sich von der Gesamtheit der Betreuten durch ihr Alter, ihre Wohnsituation, ihre Schulbildung, Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit. Wenn sie Suchtberatung nachfragen, sind sie in der Regel jünger als die Gesamtheit, haben jedoch im Schnitt ein Jahr später mit dem Substanzkonsum begonnen. Eine Ausnahme bilden Kokain- und Opiatkonsumentinnen mit Migrationshintergrund.

Bei allen weiteren erhobenen demographischen Merkmalen schneiden Migranten/Migrantinnen schlechter ab als die Gesamtheit der Betreuten. Auffällig ist auch die verkürzte Behandlungsdauer. Klienten/Klientinnen mit Migrationshintergrund werden in der Regel kürzer beraten bzw. behandelt. Es darf daher nicht verwundern, dass Klienten/Klientinnen mit Migrationshintergrund sich am seltensten in der Gruppe der erfolgreich Betreuten finden. Sie weisen eine höhere Grundproblematik und die niedrigste Behandlungsdauer auf. Die höchsten Anteile an Klienten mit Migrationshintergrund zeigen sich in den beiden Gruppen mit negativem Behandlungsergebnis.

Diese Ergebnisse weisen auf eine besondere Problematik abhängiger Menschen mit Migrationshintergrund in der Suchtberatung und -behandlung hin, für die noch keine zufriedenstellende Lösung gefunden worden ist.

Fazit: Für wenig Geld, mit geringen Ressourcen und unter unterschiedlichsten Bedingungen hält die Suchthilfe in Deutschland ein qualitativ hohes Angebot mit breiter Ausrichtung für schwierige Zielgruppen vor. Die Träger der Suchthilfe passen das Angebot an wechselnde Bedarfe an und sichern damit die Grundlage für eine an die realen Konsumgegebenheiten angepasste Versorgung. Damit dies in Zukunft so bleibt, ist weiterhin eine genaue Beobachtung der Konsumtendenzen erforderlich sowie die finanzielle Absicherung der Beratungs- und Behandlungsstellen und die Behebung des sich abzeichnenden Fachkräftemangels.



Gabriele Bartsch
 Deutsche Hauptstelle
 für Suchtfragen (DHS) e.V.
 Referat Grundsatzfragen /
 stellv. Geschäftsführung
 Tel. 02381 9015 17
 bartsch@dhs.de

Näher am Leben

Die Bedeutung der Ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus Sicht eines regionalen Leistungsträgers der Deutschen Rentenversicherung

Von Georg Wiegand

Zur Geschichte

Ambulante medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker (ARA) gibt es als Leistung der Rentenversicherung erst seit 1991. Die neue Leistungsform wurde möglich, weil die gesetzliche Renten- und Krankenversicherung (GRV und GKV) die „Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht (EVARS)“ entwickelt hatten. Sie trat am 01.04 1991 in Kraft. Bis dahin gab es auf Seiten der GRV seit 1968 ausschließlich stationäre Leistungsformen. In der EVARS waren erstmals die konzeptionellen, strukturellen und personellen Anforderungen für Leistungsanbieter definiert. 1997 trat eine Neufassung der EVARS in Kraft, die dann durch die Anlage 1 der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ (VA) vom Mai 2001 ersetzt wurde. Seit dem 03.12.2008 gilt für die ARA das „Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (GR-ARA)“. Leistungsanbieter sind überwiegend die ambulanten Suchtberatungsstellen der freien Wohlfahrtspflege.

Allgemeines

Die ARA findet in der Regel in ambulanten Einrichtungen zur Prävention und Beratung von Abhängigkeitserkrankungen statt, die von der GRV anerkannt sind, die ARA durchzuführen. Ist eine ARA beantragt, prüft der Rehabilitationsträger die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des Rehabilitanden und entscheidet, ob er oder sie rehabilitationsbedürftig und -fähig ist und eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Dazu gehört unbedingt auch eine positive Erwerbsprognose. Eine eventuell erforderliche Entzugsbehandlung muss vorher abgeschlossen sein.

Ziele der ARA sind, die Rehabilitanden möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben einzugliedern oder wiedereinzugliedern. Zu diesen Zielen trägt es bei, eine abstinente Lebensweise zu festigen und die mit der Abhängigkeitserkrankung einhergehenden körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen zu beheben. Die Abstinenz dient der Teilhabe.

Voraussetzung für die Belegung durch den zuständigen Träger der GR ist ein Vertrag mit der Rehabilitationseinrichtung. Die ARA kann bis zu 18 Monate dauern und insgesamt 120 Therapieeinheiten umfassen, plus zwölf Gespräche mit Angehörigen/Bezugspersonen, wenn der Rehabilitand dem vorher zustimmt.

ARA-Leistungen werden in Wohnortnähe erbracht, wodurch die Rehabilitanden im beruflichen und sozialen Umfeld bleiben und dies therapeutisch genutzt werden kann.

Hierin liegt eine der Hauptbedeutungen der ARA, weil diese Faktoren für die Teilhabe der Rehabilitanden am Berufsleben entscheidend sind und im stationären Rahmen nur teilweise berücksichtigt werden können. Wichtig ist, dass die Einrichtungen entsprechende Leistungen (z.B. arbeitsbezogene) in den Konzepten vorsehen und durchführen und sich nicht ausschließlich medizinisch-psychotherapeutisch betätigen.

Ebenso kann die ARA stationäre Leistungen gleichwertig ergänzen. Die Kombination beider Leistungsformen (z.B. im Kombi-Nord-Konzept), ermöglicht einzelfallbezogen, eine individuell am Bedarf und an den Bedürfnissen der Rehabilitanden ausgestaltete Rehabilitationsleistung.

Die Kriterien für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation (Entwöhnung) bei Abhängigkeitserkrankungen sind in der Anlage 3 der VA vom Mai 2001 definiert. Die ARA ist für alle Formen von Substanzabhängigkeiten einsetzbar, auch für Substituierte.

➔ Indikationen

Die sozialmedizinische Indikation für eine ARA setzt nicht allein eine medizinische Diagnose voraus. Ob eine Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen ambulant, ganztätig ambulant, stationär oder in einer Kombination dieser Leistungsformen durchgeführt werden soll, hängt von folgenden Faktoren ab:

- Art und Ausmaß der Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der (drohenden) Beeinträchtigungen der Teilhabe, vor allem am Berufsleben und am sozialen und beruflichen Umfeld,
- von den Einstellungen des Rehabilitanden und den fachlichen Einschätzungen der Behandler und Gutachter,
- vom Vorhandensein einer nach der VA anerkannten ambulanten Einrichtung in Wohnortnähe. D.h. Rehabilitanden sollen die ambulante Rehabilitationseinrichtung in einer angemessenen Fahrzeit (möglichst in 45 Minuten) erreichen können,
- davon, dass das soziale Umfeld (noch) aktiv stabilisierende/unterstützende Funktion hat,
- von einer stabilen Wohnsituation,
- von erkennbaren Fähigkeiten zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Rehabilitationsplans,
- von einer erkennbaren Bereitschaft und Fähigkeit, abstinenz zu leben und suchtmittelfrei am ambulanten Rehabilitationsprogramm regelmäßig teilzunehmen.

Eine ARA ist vor allem dann indiziert, wenn folgende Aspekte und Ziele berücksichtigt werden: berufsbegleitende Rehabilitation bei vorhandenem Arbeitsplatz, Belastungserprobung am Arbeitsplatz während der Rehabilitation. Belastungserprobung im häuslichen Bereich, alltagsnahes Training und Berücksichtigung im Rehabilitationsprozess und / oder Nutzung eines gesundheitsförderlichen häuslichen Umfelds (Familie) zum Erreichen des Rehabilitationsziels. Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit schließen eine ambulante Rehabilitation nicht aus. Die Aussagen im ärztlichen Befundbericht und im Sozialbericht geben Aufschluss über die Indikationsstellung. Neben den medizinischen Voraussetzungen müssen die Rehabilitanden über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität und physische und psychische Belastbarkeit verfügen.

Für eine ARA kommen Versicherte in Frage, deren Suchtentwicklung und -verlauf zwar langjährig sein kann, die Abhängigkeitsentwicklung aber erst spät aufgetreten ist und einen geringen Ausprägungsgrad hat. Auf der Ebene der psychischen und somatischen Störungen sind nur leichte Beeinträchtigungen als Belastung zu erkennen. Die Rehabilitanden müssen in der Regel mit einer Interventionsfrequenz von zwei Therapieeinheiten pro Woche plus Besuch einer Selbsthilfegruppe auskommen, um stabil abstinent bleiben zu können. Sehr unterstützend sind eine berufliche Integration und eine stabile Bewältigungskompetenz. Die Bewältigungskompetenz sollte in vielen Lebensfeldern gut sein. Ein guter Prädiktor ist auch, wenn erst wenige Erstbehandlungen, eine hohe Änderungsbereitschaft und eine sehr gute Compliance vorliegen. Die Abstinenzkompetenz und eine erwerbsbezogene Lebensweise sind schon bei Behandlungsbeginn zu erkennen. Daten wie Erwerbstätigkeit und Anzahl der Fehltage am Arbeitsplatz, Verbesserung oder Verschlechterung des Erwerbsstatus, usw. müssen neben der Abstinenz bei der Erfolgsmessung eine prominente Rolle spielen.

Ausschlusskriterien

Eine ambulante Rehabilitation bei abhängigkeitskranken Menschen ist nicht angezeigt,

- wenn schwere Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet bestehen, die eine ambulante Rehabilitation in Frage stellen: z.B. akute Intoxikation, akute Psychose, chronische psychotische Prozesse, manifeste Suizidalität, fremdgefährdendes Verhalten oder erhebliche psychische oder körperliche Komorbidität, die in einer ambulanten Einrichtung nicht ausreichend mit behandelt werden können.
- wenn ein den Rehabilitationserfolg behinderndes Umfeld besteht (beispielsweise bei massiven familiären Konflikten, destruktiven Partnerbeziehungen oder bei instabiler Wohnsituation).

Entwicklungen

Im Bundesgebiet sind von den ca. 950 ambulanten Beratungsstellen etwa 470 als ambulante Behandlungsstellen durch die Träger der GRV anerkannt. 50 davon sind Einrichtungen der DRV Braunschweig-Hannover. Im Jahr

2013 wurden bundesweit ca. 9400, von der GRV finanzierte ambulante Leistungen abgeschlossen; 2001 waren es 8400 Leistungen. Obwohl es auch im stationären Sektor keine rasanten Entwicklungen gab (2001: 40.000 zu 2013: 44.000 Leistungen), sieht man an den Zahlen die Dominanz des traditionellen, stationären Sektors in der medizinischen Reha Abhängigkeitskranker und das Entwicklungspotenzial der ARA.



Die stationäre Dominanz ist einerseits indikativ begründbar: Rehabilitanden sind, bevor sie einen Antrag stellen, ca. zwölf Jahre manifest abhängigkeitskrank. In dieser, durchgehend unter dem Einfluss toxischer Substanzen gelebten Zeit haben sie mental-psychische und körperliche Veränderungen erlebt, mit allen damit verbundenen Organbelastungen einschließlich des Umbaus der neurobiologischen Regulationsmechanismen. Auch ihre Identität hat sich gewandelt. Zudem sind sie zu mehr als 60% mit komorbiden psychischen Störungen belastet. Das ist alles in der medizinischen Reha zu bearbeiten, um wieder stabil berufstätig zu werden.

Andererseits steckt meines Erachtens zu viel unreflektierte Tradition dahinter, die von traditionell aufgestellten Suchtberatungsstellen, der sozialen Arbeit der Entgiftungsstationen in den psychiatrischen- und anderen Krankenhäusern, den Hausärzten, der betrieblichen Suchtprävention und -beratung, der Selbsthilfe und zum Teil auch von der GRV getragen wird.

Ambulante Rehabilitation setzt an der Lebenswelt der Rehabilitanden an

Die Lebenswelt eines Menschen umfasst viele Bereiche, unter anderem die Kommunikation mit seinem sozialen Umfeld, sein privates und berufliches Handeln. In dieser Lebenswelt treten Situationen auf, die in der Lebenswelt der stationären Klinik nur mittelbar antizipierbar sind, die aber Rehabilitanden in die ARA unmittelbar einfließen lassen können. Die Rehabilitanden bringen ihre Probleme als Stimmung und als Symptome - von Therapeuten und Gruppenmitgliedern bemerkbar - oder als selbstgewähltes Thema Woche für Woche frisch erlebt in die Behandlung ein. Das kann die Rehabilitanden einerseits entlasten, andererseits mit direkt in der Lebenswelt erprobaren Handlungsalternativen ausstatten. In der ARA

Das Thema ■■■

kann also sehr viel mehr als in der stationären Einrichtung berücksichtigt werden, was auf die Rehabilitanden im Hinblick auf seine Kontextfaktoren positiv oder belastend wirkt.

Die Bedeutung der ARA liegt auch in der Wirkung der zur Verfügung stehenden Zeit. Die unter der lang anhaltenden Wirkung toxischer Substanzen veränderten Strukturen und Funktionen neuronaler Verschaltungen sind zwar im Prinzip reversibel, benötigen hierfür aber mehr als ein Jahr therapeutische Begleitung. Die Abstinenz allein reicht dafür nicht aus. Nötig sind das dauerhafte Erleben und die Erfahrung erfolgreicher alternativer Prozesse und Strategien des Denkens, Fühlens und Handelns der Rehabilitanden über den genannten Zeitraum.

Ambulante Rehabilitation als poststationäre Weiterbehandlung

Aus Aktenanalysen, Gesprächen mit Versicherten, aus einem Fallmanagementprojekt, aber auch aus systematischen Gründen wissen wir, dass Rehabilitanden, nachdem sie eine stationäre Reha-Leistung regulär beendet haben, sich häufig in einer sehr instabilen Übergangssituation befinden. Diese instabile Lebenslage erklärt sich mit den komplexen, schwer zu bewältigenden akuten Problemen der Versicherten, wie Schulden oder Beziehungskonfusionen und den Schwierigkeiten, mit der neuen, abstinenten Identität umzugehen. Vieles davon war in der vorangegangenen, stationären Behandlungsphase nicht antizipierbar, weil es den Rehabilitanden nicht bewusst war oder sie es aus Scham- und Schuldgefühlen nicht benennen konnten. Oder beides.

Diesen Menschen ist eine ambulante Weiterbehandlung für mindestens sechs Monate anzubieten. Sie ist auch erforderlich, um der toxisch bedingten Verlangsamung des Gehirns entgegenzuwirken und durch eine verlängerte Behandlungszeit produktive Entwicklungsmöglichkeiten der neuronalen Verschaltungen zu ermöglichen, die in der kurzen stationären Reha nicht vollständig bewältigt werden können. Nachsorge-Gespräche ohne therapeutischen Anspruch genügen hier nicht. Sie können im Rahmen der Selbsthilfe geführt werden.

Ambulante Rehabilitation als Modul der Kombi-Nord-Behandlung

Die Kombi-Nord-Behandlung bietet den Versicherten der drei norddeutschen Untergliederungen der DRV an deren individuellen Gegebenheiten und Möglichkeiten entlang planbare Reha-Verläufe. Ambulante, ganztägig ambulante und stationäre Module können flexibel und im Wechsel miteinander innerhalb eines einjährigen Behandlungsrahmens kombiniert werden. Patienten, die z.B. in der stationären Reha ihre, in diesem Rahmen zu ermöglichenden Ziele erreicht haben, können ihre dort erworbene Sicherheit im ambulanten Setting unter den realen Bedingungen der Lebenswelt erproben und therapeutisch weiter bearbeiten lassen. Wenn ihnen noch nicht alles wie erwartet gelingt oder Probleme auftauchen sollten, müssen sie nicht als gescheitert bewertet werden, sondern können in der

Kombi-Nord aus dem ambulanten Modul in das stationäre wechseln, ohne einen neuen Antrag stellen zu müssen. Sie können danach erneut in ein ambulantes Modul oder in ein ganztägig ambulantes wechseln, um zu erfahren, welche der neuen Erkenntnisse und Handlungsmöglichkeiten sich unter den Bedingungen der Lebenswelt bewähren. Aber auch Versicherte, die ein stationäres Modul für sich strikt ablehnen, können - Abstinenzfähigkeit vorausgesetzt - ambulant beginnen und in die nächst intensivere Therapieform wechseln, wenn sie ambulant nicht stabil bleiben können. Das kann ohne starre Vorausplanung wohnortnah, individuell flexibel eingerichtet werden. Voraussetzung ist, dass die beteiligten Einrichtungen sich zu Therapieverbänden zusammenschließen, um dieses eng verzahnte Therapiemanagement leisten zu können, bei dem die ARA eine bedeutende Rolle spielt.

Ambulante Rehabilitation und berufliches Fallmanagement

Wie auch anderswo wird für arbeitslose Versicherte der DRV Braunschweig-Hannover ein berufliches Fallmanagement angeboten. Mit ihm sollen Rehabilitanden nach der stationären Reha bei der beruflichen Wiedereingliederung unterstützt werden. Hierbei kann die ambulante poststationäre Reha sehr helfen. Rehabilitanden können dort motiviert werden, ihre beruflichen Vorhaben zu verwirklichen. Die aus dem Bereich der beruflichen Anbieter rekrutierten Fallmanager können bei der ARA-Einrichtung anfragen, wenn Termine versäumt wurden oder andere Irritationen aufgetreten sind. Die Fachkräfte der ARA können darüber hinaus selbständig Arbeitgebergespräche, Arbeitsplatzbesuche etc. abzurechnen. Einige Einrichtungen in Niedersachsen haben sich selbst zu beruflichen Anbietern entwickelt.

Fazit

Die ARA ist nicht einfach nur eine zusätzliche Leistungsform. Sie ist besonders bedeutsam, weil sie z.B. stationäre Behandlungsformen ergänzt und in andere Leistungen eingeflochten ist. Vor allem aber wegen ihres konkreten, engen Bezuges zu den Lebenswelten der Rehabilitanden, besonders bei der Organisation der Teilhabe am Erwerbsleben.



Georg Wiegand
Referat Reha-Strategie
der Abteilung Leistung I
Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover
Tel. 0511 829 1114
georg.wiegand@drv-bsh.de

Vielfach unterschätzt

Die Ambulante Rehabilitation Sucht bleibt hinter ihren Möglichkeiten zurück

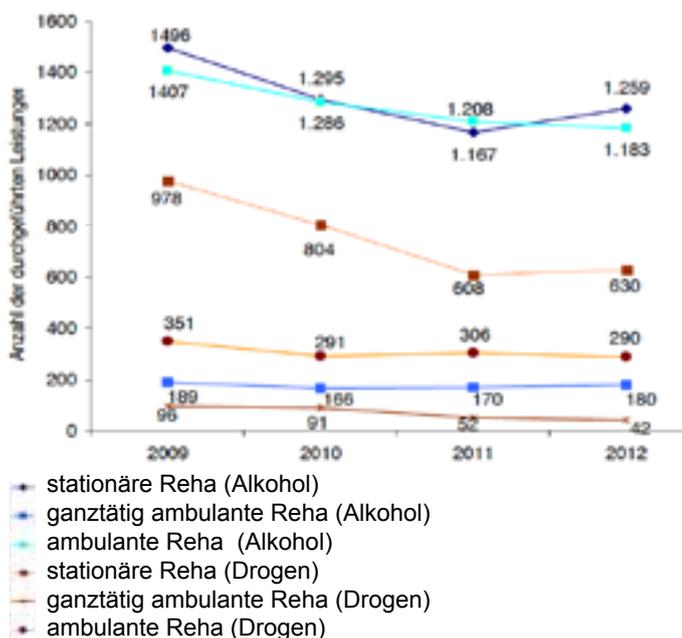
Von Klaus Polack

Die ambulante Rehabilitation Suchtkranker (ARS) in der heutigen Form ist seit 23 Jahren möglich. Es verwundert, wie wenig entwickelt diese Behandlungsform in vielen Regionen Deutschlands trotzdem immer noch ist. Schaut man auf die Versorgungssituation der ARS in Deutschland, so ergibt sich ein recht uneinheitliches Bild. In Niedersachsen scheint die Versorgung mit ARS heute bundesweit führend zu sein. Hier hat vor allem die heutige DRV Braunschweig-Hannover (damals noch LVA Hannover) seit Anfang der 90er Jahre viel für die ambulante Rehabilitation getan.

Versorgungsstruktur in Niedersachsen

Hier einige Zahlen, die die Situation in Niedersachsen verdeutlichen: 76 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention sowie diverse Neben- und Außenstellen werden 2014 vom Land Niedersachsen mit ca. 8 Millionen € gefördert. (Die Hälfte dieser Fachstellen sind in diakonischer Trägerschaft!). Fast alle Fachstellen sind von den DRVen als ambulante Behandlungsstellen anerkannt. Somit gibt es in Niedersachsen eine nahezu flächendeckende Versorgung mit ARS. In Niedersachsen gibt es ca. 1.200 stationäre Rehabilitationsplätze, davon allein ca. 500 in der Region Osnabrück. Seit 2010 hält sich in Niedersachsen, zumindest bei der DRV Braunschweig-Hannover als Kosten- und Leistungsträger, der Anteil der durchgeführten ambulanten und stationären Maßnahmen die Waage:

Durchgeführte Entwöhnungsbehandlungen der DRV Braunschweig-Hannover nach Indikation und Durchführungform



Quelle: Tabelle der DRV Braunschweig-Hannover 2013

ARS in den Fachstellen der Diakonie in Stadt und Landkreis Osnabrück

Die vier Fachstellen Sucht der Diakonie in der Region Osnabrück in Bramsche, Georgsmarienhütte, Melle und Osnabrück inklusive ihrer vier Außenstellen sind seit dem 1.1.2012 im Diakonischen Werk in Stadt und Landkreis Osnabrück gGmbH (DW-OSL) zusammengeschlossen. Diese Fachstellen entwickelten schon seit Anfang der 90er Jahre die ARS. Die Fachstellen des Landkreises schlossen sich deshalb bereits 1992 zu einer gemeinsamen Behandlungsstelle für ARS zusammen. Die Fachstelle in Osnabrück bietet ARS bereits ein Jahr länger an. 1991 bzw. 1992 bekam sie die Anerkennung von der DRV Braunschweig-Hannover, 1992 bzw. 1994 die Anerkennung von der DRV Bund und 1997 die Anerkennung als Einrichtung zur ambulanten Behandlung betäubungsmittelabhängiger Straftäter (§ 35 BtMG).

Vernetzung hat in dieser Region immer schon gut funktioniert, so dass sich die ARS trotz der eher großflächigen und zum Teil ländlichen Region sehr bürgernah und „kundenfreundlich“ entwickeln konnte. So gelang es der DW-OSL, im Jahr 2013 insgesamt 654 ambulante Behandlungen durchzuführen. Davon waren 392 ambulante Rehabilitationen, 89 ambulante Weiterbehandlungen, 77 Kombi-Nord, 15 Kombi DRV Bund und 81 Nachsorge-Fälle.

In diesem Jahr haben die Fachstellen unserer DW-OSL insgesamt 3.795 Patienten versorgt, davon 2.844 mit einer ICD-10-F Diagnose. Das bedeutet, dass ca. 23% der ambulanten Patienten auch ambulant behandelt wurden. Das Suchthilfeteam der DW-OSL besteht aus 64 festangestellten Mitarbeitenden. Es ist multidisziplinär aus Sozialarbeitern, Psychologen, Ärzten und Verwaltungskräften zusammengesetzt. Davon haben allein 26 eine anerkannte suchtherapeutische Zusatzausbildung. Zusätzlich beschäftigen wir 18 freie Mitarbeitende, überwiegend Psychologen und Ärzte.

Förderfaktoren für eine gute Entwicklung von ARS

Die Bündelung der Kräfte im DW-OSL brachte der Suchthilfe im Sozialraum von Stadt und Landkreis Osnabrück weitere Vorteile, wie gemeinsam organisierte und von allen belegte Gruppen. Auch in der Psychoedukation gibt es jetzt viele gemeinsam belegte Veranstaltungen. Es wurde ein gemeinsames Reha-Konzept erarbeitet.

Weitere Förderfaktoren waren:

➔ Gute Einbindung in regionale Verbünde

(dem Sozialraum übergeordnet): Seit 2000 gibt es den Diakonieverbund Sucht in der Region Osnabrück-Emsland. Das unterstützte die Entwicklung von gemeinsamen Produkten wie MPU-Vorbereitung, Abstinenznachweise, Homepage, Konzepte, u.a..

➔ Gute verbandliche Einbindung

besonders in die ELAS Niedersachsen und in den GVS in Berlin:

- gemeinsame Interessenvertretung und intensiver Ideenaustausch;
- gemeinsam entwickeltes Qualitätsmanagement unter dem Dach vom "Qualitätsverbund Suchthilfe der Diakonie" (von der ELAS initiiertes QM-Verbund);
- Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Fachstelle Sucht, vom GVS initiiert, durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. anerkannt.

➔ Leistungsvereinbarung mit der Kommune

In dieser Leistungsvereinbarung steht: „Gegenstand dieses Vertrages sind nicht die Leistungen, die die Träger für z. B. Versicherungsträger, Unternehmen usw. erbringen und zukünftig erbringen werden (z. B. Rehabilitationsmaßnahmen, betriebliche Präventionsmaßnahmen) - nachstehend „Fremdleistungen“ genannt. Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass diese Fremdleistungen einerseits einer Stärkung und weiteren Refinanzierung der Beratungsstellen förderlich sind, andererseits die Leistungserbringung im Rahmen dieses Vertrages aber nicht beeinträchtigen dürfen.“ Unter der noch häufig mit Kommunen vereinbarten „Fehlbedarfsfinanzierung“ kann sich ARS nicht entwickeln.

➔ Große Unterstützung durch die DRV Braunschweig-Hannover

- Den Trend zur ambulanten Arbeit hat dieser Regionalträger früh erkannt und alle Fachstellen immer ermuntert und unterstützt ARS anzubieten. Besonders Herrn Georg Wiegand gilt unser großer Dank.
- Schulungen für Berichtswesen und ICF wurden zur Verfügung gestellt;
- Betonung der Gleichrangigkeit von ambulanter und stationärer Rehabilitation;
- gemeinsame Entwicklung von Kombi-Therapiemodellen seit 1999 (EMS): bei den ambulanten Stellen war immer das Fallmanagement angesiedelt;
- Kombi-Nord-Behandlung seit 2009;
- 2013: ambulante Weiterbehandlung (bis zu 18 Monate, bis zu 120 + 12 Therapieeinheiten) bleibt die Regelbehandlung nach stationärer Rehabilitation, nicht die „Nachsorge“;
- „Nachsorge“ wird in Einzelfällen nach ambulanter Rehabilitation oder Kombi-Nord-Behandlung bewilligt.

➔ Unternehmerisches Denken

- Unser Träger ermöglichte freies Wirtschaften: Das durch ARS verdiente Geld konnte immer in neues Personal fließen, auch Investitionen in Personal wurden gefördert;
- das Prinzip der Vergütung von Leistungen löste das alte Alimentierungsdenken ab;
- es war immer Spaß an der kreativen Weiterentwicklung des „Produktes“ ARS vorhanden.

➔ Ambulant und stationär auf Augenhöhe

- Der so genannte „stationäre Königsweg“ in der Suchtbehandlung war gestern.

- Die Fachstellen entwickelten Selbstbewusstsein als ambulante Behandlungsstellen.

Grundversorgung ist unterfinanziert

Vor der Reha stehen Beratung und Antragstellung. Die Motivation von Suchtkranken für eine Behandlung und die Vorbereitung darauf ist meist ein (zeit-)aufwändiger Prozess. Neben Einzelsitzungen und der Antragsstellung bieten sich zusätzlich noch wöchentlich stattfindende Informationsgruppen an. Die DW-OSL bieten hierzu insgesamt elf wöchentlich stattfindende, offene (= Einstieg ist jederzeit möglich) Gruppen mit folgender Differenzierung an:

- für Alkohol- und Medikamentenbetroffene
- für jugendliche Missbraucher (MOVE)
- in russischer Sprache
- für Konsumierende illegaler Drogen.

Diese für alle Bürger kostenlose Grundversorgung wird von den meisten Kommunen und Ländern größtenteils völlig unzureichend bezuschusst. Das führt dazu, dass die Träger entweder beträchtliche Eigenmittel für diese Grundversorgung aufbringen müssen oder diese Angebote nicht sehr kundenfreundlich sein können (z. B. lange Wartezeiten, keine Sprechstunden im Krankenhaus).

Unsere Behandlungsgruppen

Unsere Behandlungsgruppen sind grundsätzlich offen, so dass - wie in der Beratungs- und Antragsstellungsphase - jederzeit ein Einstieg möglich ist. Wir unterscheiden hier zwischen:

1. Bezugstherapiegruppen

- Intensivgruppen: an zwei Tagen die Woche bzw. zwei Einheiten hintereinander
- ressourcenorientiert-systemisch, verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch
- russisch
- Glücksspiel
- „KlarAktiv“ für Ältere
- Nachsorge
- illegale Drogen

2. Indikationstherapiegruppen

- gestalttherapeutisches Gruppenprogramm für traumatisierte Suchtkranke
- „Ängste und Depressionen erfolgreich bewältigen“ (VT-Manual)
- Rückfallprophylaxe-Trainingsgruppe (VT-Manual nach Körkel)
- „Zufriedenheit finden“ (VT-Manuale, Genusstraining)
- Berufs-Coaching
- MPU-Vorbereitung

3. Angehörigentherapiegruppen

- CRAFT Therapieprogramm für Angehörige (Community Reinforcement and Family Training) bei unmotivierten Partnern
- Angehörigen-Therapiegruppen bei motivierten Partnern
- regelmäßige Angehörigenseminare der Bezugstherapiegruppen

4. Psychoedukation

- regelmäßige ärztliche Info-Seminare und Arztvorträge
- Frauenseminare (halbtägig samstags)
- Kommunikationstraining (halbtägig samstags)
- Entspannungsseminare (halbtägig samstags)

Zur Wirtschaftlichkeit

Die Wirtschaftlichkeit der ARS wird stark beeinflusst von folgenden Faktoren:

a) Compliance

Die Compliance unserer ambulanten Patienten ist - auch wirtschaftlich gesehen - immer wieder ein Problem. Im Jahr 2013 wurden nur 72,95% der geplanten Einzel- und Gruppentherapietermine von den Patienten wahrgenommen. Neben Nichterscheinen zu den Therapien (7,53%) waren insbesondere Krankheit, Arbeit und Urlaub die Hauptgründe für Terminabsagen:

Entschuldigte Teilnahmen	19,52%
nicht entschuldigte Teilnahmen	7,53%
Teilnahmen	72,95%
Gesamt	100%

b) Auslastung der Therapiegruppen

Es können zwölf bzw. acht (bei Drogenabhängigkeit) Patienten in eine Behandlungsgruppe aufgenommen werden. Neben der Wirtschaftlichkeit ist auch die Qualität der Gruppen von einer möglichst vollen Besetzung abhängig. Die Steuerung des Zieles von gut ausgelasteten Gruppen ist in einer größeren Einrichtung oder einem größeren Verbund deutlich einfacher.

c) Auf Feiertagen fallende Gruppentherapie-Termine werden vor- oder nachgeholt. Wöchentliche Gruppen finden also 52-mal im Jahr statt. Dieses verlässliche Setting ist auch für die Patienten sehr unterstützend.

d) Co-Therapiesystem

Wie häufig besucht der Co-Therapeut zusammen mit dem Haupttherapeuten die Gruppe? Der Co-Therapeut sollte die Kontinuität einer Gruppe sicherstellen und bei Urlaub und Krankheit vertreten. Wir legen großen Wert darauf, dass junge, noch nicht so erfahrene Therapeuten zwecks Ausbildung regelmäßig als Co-Therapeuten mit erfahrenen Kollegen in die Gruppe gehen. Dass aber zwei erfahrene Therapeuten eine Gruppe ständig gemeinsam durchführen, kann die Gruppentherapie inhaltlich erschweren, wirtschaftlich ist es überhaupt nicht.

e) „Produktivität“ der Therapeuten

Wie viel Prozent der Tätigkeit eines Therapeuten findet direkt „face to face“ mit den Patienten statt? Wie hoch sind die indirekten Tätigkeiten (Team, Berichte, Case Management, Fallsupervision, Fortbildung)? Nach unseren Erfahrungen ist hier ein Direkt-indirekt-Verhältnis von 60:40 anzustreben.

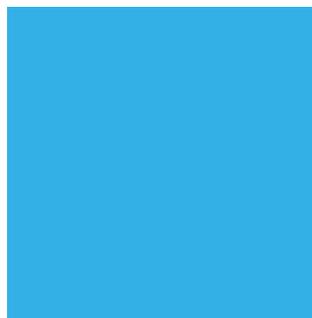
Wünsche und Forderungen

Um die ARS in Deutschland weiter voranzubringen, gibt es folgende Erfordernisse:

- Ein riesiges Problem aller Fachstellen Sucht ist die Finanzierung der Grundversorgung. Deshalb ist zumindest die Kostenübernahme der Antragstellung und Motivationsklärung durch DRV/KK notwendig;
- ambulante Weiterbehandlung, zumindest für bestimmte Patientengruppen durch alle Kosten-/Leistungsträger (Vorschlag: nach RMK-Kriterien);
- jährliche Verhandlungen der Vergütungssätze mit den Kosten- und Leistungsträgern, Anpassung an Lohnentwicklung und Inflation;
- ein „Nachsorgekonzept“ als wirkliche Nachsorge (z. B. nach 18 Monaten ambulanter Rehabilitation) wäre sinnvoll;
- Kombi-Behandlungen mit flexibler und individuell abgestimmter ambulant-tagesklinisch-stationärer Behandlungsplanung sollten überall gefördert werden;
- ein zunehmendes Problem ist, dass das psychiatrische System (im Bereich SGB V) Suchtkranke als attraktive Kunden entdeckt und sowohl stationär als auch ambulant zu versorgen versucht. Dadurch werden immer mehr Patienten von der in drei Jahrzehnten gewachsenen, viel differenzierteren und sehr erfolgreichen Suchtrehabilitation (des Bereiches SGB VI) ausgeschlossen. Eine Neubestimmung der Kooperation beider Systeme erscheint dringlich.

Fazit und Ausblick

Die stärkere Integration von Medizin in die Arbeit der Fachstellen Sucht erscheint mir notwendig. Zum Beispiel ist die Substitutionsbehandlung in der Fachstelle Sucht eine ideale Ergänzung: Medizin und psychosoziale Begleitung sind hier wirklich integriert, was sonst kaum gelingt. Auch die Integration einer suchtmmedizinischen Schwerpunktpraxis in eine größere Fachstelle Sucht wäre ideal. Hervorragende Ergebnisse bei der Rehabilitanden-Befragung der DRV Bund 2013 bezeugen: „Die ambulanten Sucht-Rehabilitanden konstatieren eine hohe Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme und einen beachtlichen patienten-seitig wahrgenommenen Reha-Erfolg.“ Die ambulante Rehabilitation wird sich weiter etablieren. Die Freie Wohlfahrtspflege ist derzeit noch Träger fast aller ambulanten Behandlungsstellen. Es wird sich zeigen, ob diese Träger flexibel und mutig genug sein werden, um diese Entwicklung mit voranzubringen.



Klaus Polack
Geschäftsbereichsleiter Suchthilfe
Diakonisches Werk in Stadt und
Landkreis Osnabrück
Tel. 05401 36587 10
klaus.polack@dw-osl.de

Ambulante Suchttherapie braucht eine Lobby!

Die strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen der ARS müssen besser werden

Von Anja Venedey

Als ich angefragt wurde, einen Artikel über meinen Vortrag bei der GVS-Tagung „Ambulante Suchttherapie - Großgeschrieben - kleingespart“ für das Magazin Partnerschaftlich zu schreiben, habe ich mich entschieden, dies aus einer persönlich-fachlichen Perspektive zu tun. Sie beruht auf meiner Arbeit im ambulanten Suchthilfebereich der vergangenen 15 Jahre. Dabei geht es mir sowohl um finanzielle Aspekte als auch um inhaltlich-fachliche Fragestellungen zu den Angeboten ambulanter Suchttherapie, die nicht getrennt voneinander betrachtet werden können.

Vorweg: Ambulante Suchttherapie bietet unseren Patienten mannigfaltige Chancen und Möglichkeiten. Patienten können wohnortnah, eingebunden in eventuell noch vorhandene berufliche und familiäre Bezüge, sich möglichst frühzeitig mit der eigenen Suchterkrankung auseinandersetzen und sich durch eine gefestigte Abstinenzentscheidung aus der Abhängigkeit, die eine Suchterkrankung immer bedeutet, befreien. Ich halte dies für eine immens wichtige Errungenschaft unseres Versorgungssystems in den letzten Jahrzehnten. Umso mehr liegt mir der Erhalt und Ausbau dieser Rehabilitationsform am Herzen, weil sie für die Menschen, die sich uns anvertrauen, ein wirklicher Gewinn ist.

In unserer Fachambulanz der Diakonie Düsseldorf bieten wir seit über 20 Jahren ambulante medizinische Rehabilitation (ARS) für Menschen mit Alkohol-, Medikamenten oder Mehrfachabhängigkeiten an. Daneben gibt es ein eigenständiges ambulantes Rehabilitationsangebot für pathologische Glücksspieler in unserer Einrichtung.

Darüber hinaus bieten wir für Menschen, die eine stationäre Suchttherapie oder eine tagesklinische (ganztägig ambulante) Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen haben, Anschlussmaßnahmen an. Dies wird je nach Leistungsträger als „Nachsorge“ oder „ARS nachstationär“ bezeichnet. In diesem Zusammenhang sind die gemeinsamen Rahmenkonzepte zur Ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.2008 und das gemeinsame Nachsorgekonzept vom 31.10.2012 maßgeblich und handlungsleitend¹. Auch wenn es formal nicht ganz korrekt ist, möchte ich dies im Folgenden als die Maßnahmen der ambulanten Suchttherapie beschreiben.

Rahmenkonzept ARS

In der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitserkrankter Menschen gibt es seit 1991 (Abschluss der ersten Empfehlungsvereinbarung) die Möglichkeit eine ambulante Suchttherapie als Leistung der ambulanten medizinischen Rehabilitation durchzuführen. Anforderun-

gen und Voraussetzungen an die Patienten, das Personal und die Einrichtungen sind dabei in verschiedenen Publikationen und Veröffentlichungen der Leistungsträger beschrieben². Beratungsstellen und Fachambulanzen in diakonischer Trägerschaft waren von Beginn an an dieser Entwicklung beteiligt. Rehabilitationsangebot und die damit verbundenen Begriffe sind jedoch je nach Region unterschiedlich, was überregionale Diskussionen und Vergleiche erschwert. Vielen Trägern ambulanter Suchttherapie ist jedoch gemein, dass sich die gegenwärtigen Regelungen zu den Anforderungen und die Ausführung der Rehabilitationsmaßnahmen nicht kostendeckend gestalten lassen.

Zuerst ein Blick auf die Ambulante medizinische Rehabilitation (ARS). Sie ist als gleichberechtigter Baustein in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter neben der stationären oder der ganztägig ambulanten (tagesklinischen) Rehabilitation anzusehen. Sie stellt **das Modul** ambulanter Suchttherapie dar. Daher ist es aus meiner Sicht auch irreführend bzw. kontraproduktiv für sozialpolitische Forderungen, wenn Beratungsstellen heute in ihrem Leistungsangebot „ambulante Behandlung oder Therapie“ angeben und damit eine andere Leistung als die ARS meinen.

Bundesweit gibt es 341 anerkannte diakonische Fachstellen. Rund die Hälfte der Einrichtungen bietet ARS/Nachsorge an. Damit fällt uns eine gewichtige Stimme in der Profilierung, Weiterentwicklung und im Ausbau der ARS zu, die wir noch offensiver nutzen können.

Das Rahmenkonzept zur ARS trifft Aussagen zum Ziel, zur Zielgruppe und Indikationsstellung, zu strukturellen, konzeptionellen und personellen Anforderungen sowie zu räumlichen Gegebenheiten, in denen die ambulante Suchttherapie durchgeführt werden muss.

Kritische Punkte

Ich möchte einige kritische Punkte herausgreifen, die die Umsetzung formal schwierig gestalten und die ARS oftmals wirtschaftlich für viele Einrichtungen zu dem gegenwärtig gezahlten Entgelt nicht kostendeckend gestaltbar macht. Als einen kritischen Punkt in der Umsetzung sehe ich unter anderem die umfangreichen Anforderungen zu den Gebiets- und Zusatzbezeichnungen des Arztes als verantwortlichen Leiter der ambulanten medizinischen Rehabilitation an. Viele Einrichtungen haben Schwierigkeiten diese Stellen zu besetzen bzw. Nachfolger/innen bei Personalwechsel zu finden. Hinzu kommt die Berechnung für die zeitliche Mitarbeit des Arztes in der ARS, die

¹ vgl. DRV: Vereinbarungen im Suchtbereich. Online unter: www.deutsche-rentenversicherung.de

² ebenda

auf drei Stunden pro ARS-Gruppe pro Woche festgesetzt wurde. Bei größeren ARS- Verbänden kommt hier schnell die Notwendigkeit für eine umfangreichere Mitarbeit des Arztes auf. Dabei stellt sich aber die Frage, ob das Aufgabenfeld des Arztes in der ARS sowie die Vergütung der ARS durch die Leistungsträger, diese Mitarbeit notwendig macht und finanziell ermöglicht.

Daneben berichten viele Einrichtungen von der Forderung der Leistungsträger nach begleitenden, aber nicht leistungsauslösenden Angeboten für Patienten der ARS durch fachlich qualifiziertes Personal. Das bedeutet, dass Einrichtungen zusätzliche Angebote, wie z.B. Entspannungstraining für ARS Patienten anbieten müssen, diese aber nicht mit dem Leistungsträger abrechnen können. Personal- und Sachkosten sind dann anderweitig zu finanzieren.

Die strukturellen Anforderungen können kaum geleistet werden. Bislang war die ARS auf Querfinanzierungen angewiesen, um die Anforderungen der Leistungsträger umsetzen zu können. Damit unterscheidet sich die ARS signifikant von den anderen Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. Diese Querfinanzierung wird zunehmend problematisch, da die Kommunen ihre Förderung einschränken und eine klare Leistungsabgrenzung einfordern. Sie sehen die Finanzierung (verständlicherweise) als alleinige Aufgabe der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung an. Während die ARS für viele Träger und Einrichtungen wirtschaftlich zu Beginn eine zusätzliche Einnahmequelle darstellte, wird sie heute für viele ein betriebswirtschaftliches Ärgernis. Immer häufiger stellen sich Träger die Frage: „Können wir uns das noch leisten?“

Rahmenkonzept Nachsorge

Wenn es um die Situation der ambulante Suchttherapie geht und um die verschiedenen Angebotsformen zur Rehabilitation und Nachsorge für Abhängigkeitskranke, dann darf das neue gemeinsame Rahmenkonzept zur Nachsorge vom 31.10.2012 nicht außer Acht gelassen werden. Hier trifft der bereits oben benannte Aspekt zu, dass es bundesweit sehr unterschiedliche inhaltliche und finanzielle Regelungen gegeben hat, die mit dem neuen Rahmenkonzept vereinheitlicht werden sollten. Daneben soll das Leistungssegment „Suchtnachsorge“ gestärkt werden.

Das verabschiedete Konzept bietet nun auf der einen Seite Einrichtungen die Möglichkeit, Nachsorgeangebote zu platzieren, die es vorher noch nicht konnten, und so „weiße“ Flecken in der Versorgungslandschaft zu verringern. Daneben gibt es Regionen, für die das verabschiedete Entgelt (35,50 €) pro Nachsorgeeinheit, eine Verbesserung der gegenwärtigen Situation darstellt. Insgesamt wurden die qualitativen und quantitativen (personellen) Mindestanforderungen gesenkt. So ist z.B. keine besondere suchtherapeutische Zusatzqualifikation des Personals mehr zwingend erforderlich, wird jedoch im Hinblick auf eine qualifizierte Durchführung der Nachsorge begrüßt.

Qualifiziertes Personal wird also gewünscht, aber nicht kostendeckend finanziert. In unserer Einrichtung befinden sich jährlich ca. 100 Patienten im Leistungssegment Nachsorge, die zuvor eine ganztägig ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen haben. Es gilt, die zuvor erreichten Rehabilitationserfolge zu stabilisieren, den Wiedereinstieg in den Beruf zu begleiten, Teilhabe zu fördern, familiäre Beziehungen und Freizeitverhalten abstinenzhaltend und förderlich zu gestalten und mit vermeintlichen Rückschlägen konstruktiv umzugehen. „Nachsorge“ bedeutet eine richtig anspruchsvolle und harte Arbeit!

Die Themen, die Anliegen, die Sorgen der Menschen, die zu uns kommen, sind vielfältig, komplex und schwierig. Kürzere Rehabilitationszeiten und komorbide Krankheitsbilder tragen dazu bei. Die erste Zeit nach einer Suchtrehabilitation, wenn der Abhängigkeitskranke wieder in seinem vertrauten Umfeld ist, ist oft entscheidend für eine längerfristige Abstinenz oder einen erneuten (andauernden) Rückfall. Aus meiner Erfahrung geht daher das, was in dem Rahmenkonzept als Aufgabe der Nachsorge beschrieben wird, oftmals an dem Bedarf unserer Klienten vorbei. Sie brauchen ein therapeutisch qualifiziertes Einzel- und Gruppenangebot, welches den bisherigen Rehabilitationserfolg stabilisiert und ausbaut.

Das neue Nachsorgekonzept bietet diese Möglichkeiten nicht mehr. Es reduziert das Angebot in seiner Qualität deutlich und es bedeutet für Einrichtungen, die bislang qualitativ höherwertige Angebote für ein deutlich höheres Entgelt (bis zu 49,00 €) anbieten konnten, eine erhebliche finanzielle Verschlechterung. Als Konsequenz kann die bisherige Qualität des Angebotes nicht aufrechterhalten werden. Die Auswirkungen für unsere Klienten sind absehbar. Aber auch für viele Einrichtungen verschärft sich die finanzielle Schieflage durch den verabredeten Kostensatz.

Für mich ist die Verabschiedung dieses Nachsorgekonzeptes unverständlich. Aus meiner Perspektive sehe ich viele Verlierer: Zum einen die Klienten, die an einer entscheidenden Nahtstelle für ihre langfristige Abstinenz ein qualitativ schlechteres Angebot bekommen. Die Einrichtungen, die eine zum Teil über 25%ige (!) Kürzung des Leistungsentgeltes kompensieren müssen. Und die Leistungsträger, die an der Absicherung ihrer vorher finanzierten Rehabilitationsmaßnahmen sparen.

Daher ist die Forderung einiger Suchtverbände ausdrücklich zu begrüßen, neben der neuen ambulanten Nachsorge eine ambulante Weiterbehandlung als suchtrehabilitatives Angebot flächendeckend zu installieren. Die ambulante Weiterbehandlung würde den Patienten, die einen weitergehenden Bedarf nach einer ganztägig ambulanten oder stationären Rehabilitation haben, eine längerfristige, engmaschigere, qualifizierte Anschlussmaßnahme geben, um den Rehabilitationserfolg langfristig zu sichern. Gerade die Deutsche Rentenversicherung Bund zeigt sich hier aber bisher sehr zögerlich.

Das Thema ■■■

Daneben ist die weitere Aufsplitterung der Angebote (ARS vs. Nachsorge) für viele kleinere Einrichtungen kritisch zu bewerten, weil sie aufgrund von Personalkapazität und Klientenzahl nicht mehrere Angebote parallel anbieten können. In der Konsequenz könnte dies bedeuten, dass es künftig wieder mehr „weiße Flecken“ in unserer Versorgungslandschaft geben wird.

Ambulante Suchttherapie braucht eine Lobby!

Die ambulante Suchttherapie ist wahrlich die kleine Schwester der stationären Rehabilitationsmaßnahmen. Deren Zahl liegt um ein Vielfaches höher. Umso mehr brauchen die ambulanten (Reha-)Maßnahmen eine Lobby. Hierfür ist eine starke verbandliche Vertretung erforderlich. Da ist auch der GVS gefragt. Das Projekt „Einführung von Katamnesen in der ARS“, das der GVS zusammen mit der Caritas durchführt, ist ein richtiger und wichtiger Schritt für die Lobby der ambulanten Suchttherapie. Die ersten Ergebnisse (siehe Seiten 16-20) zeigen, dass sich die ARS mit ihren Rehabilitationsergebnissen nicht zu verstecken braucht. Langfristig wird das unsere Verhandlungsposition gegenüber den Leistungsträgern verbessern. Es ist wünschenswert, dass sich möglichst viele Einrichtungen hier in den nächsten Jahren anschließen.

Ambulante, ganztägig ambulante und stationäre Rehabilitation Abhängigkeitskranker müssen wirklich gleichgestellt werden. Dazu gehört es, die Vergütungssätze der ARS durch jährliche Kostenkalkulationen und Verhandlungen zwischen Leistungsträgern und Anbietern anzupassen. Sollte dies nicht mit den einzelnen Anbietern möglich sein, so ist zumindest eine regional verortete Verhandlung notwendig, um strukturellen Unterschieden Rechnung zu tragen.

Es ist nicht zu akzeptieren, dass dies sowohl für den stationären als auch für den ganztägig ambulanten Rehabilitationsbereich gängige Praxis ist, nicht aber für Anbieter ambulanter Maßnahmen.

Weiterhin müssen Module individualisierter Rehabilitationsmaßnahmen (Kombi-Modelle / ambulante Weiterbehandlung) entwickelt werden, um den Patienten passgenaue und frühzeitige Hilfen anzubieten. Dazu gehört es auch, Konzepte zu arbeitsbezogenen Leistungen als Bestandteil der ARS zu entwickeln und in vorhandene Angebote einzufügen.

Und nicht zuletzt müssen wir mit dem, was wir täglich an guter und unterstützender Arbeit in der ambulanten Suchttherapie in den Einrichtungen und im Verband leisten, offensiv und selbstbewusst in die Öffentlichkeit gehen!



Anja Venedey

Sachgebietsleiterin Diakonie Düsseldorf
Suchtberatungs- und Therapiezentrum
Fachambulanz und Tagesklinik
Tel. 0211 735 33 09
anja.venedey@diakonie-duesseldorf.de

Erstaunliche Ergebnisse

Die Beschäftigungssituation von Klienten in der ambulanten Rehabilitation - eine Analyse der Fachambulanz Sucht Emsland 2012

Von Dr. Ralf Drewes-Lauterbach

Motiviert wurde diese Arbeit unter anderem durch einen Vortrag von Herrn Georg Wiegand von der DRV Braunschweig-Hannover bei der Jahrestagung der ELAS 2012 in Hannover. Er forderte die ambulanten Fachstellen und Fachambulanzen eindringlich dazu auf, auch beschäftigungsbezogene Daten zur ambulanten Rehabilitation von abhängigen Menschen zu präsentieren.

Als ein Ergebnis möchte ich an dieser Stelle eine erste Analyse für das Arbeitsjahr 2012 der Fachambulanz Sucht Emsland darstellen. Wir sind eine Facheinrichtung des Diakonischen Werkes des evangelisch-lutherischen Kirchenkreises Emsland-Bentheim und führen schon seit 1998 ambulante medizinische Rehabilitationen mit abhängigen Menschen durch. Grundlage dieser Analyse sind die Beschäftigungsdaten aller behandelten Personen (N = 100),

die die ambulante Behandlung in 2012 in einem der drei Standorte der Fachambulanz Sucht Emsland beendet haben. Dabei wird nicht zwischen regulärer und irregulärer Beendigung differenziert. Die Tabellen zeigen schon in der groben Differenzierung ein sehr interessantes Ergebnis.

Erwerbssituation 2012 (alle Rehabilitanden)

Arbeitssituation T1 Behandlungsbeginn

	VB	TZ	AUS	AS	EU	R	HE	N
Alkohol	26	3	1	13	7	3	3	56
Drogen	19	3	5	9	0	0	0	36
PGS	5	2	0	1	0	0	0	8
N T1	50	8	6	23	7	3	3	100

Arbeitssituation T2 Behandlungsende

	VB	TZ	AUS	AS	EU	R	HE	N
Alkohol	29	4	6	6	6	3	2	56
Drogen	22	2	5	5	0	0	2	36
PGS	5	2	0	1	0	0	0	8
N T1	56	8	11	12	6	3	4	100

Legende: **VB:** Vollzeitbeschäftigung, **TZ:** Teilzeitbeschäftigung, **AUS:** Berufs- oder Schulausbildung/Studium, **AS:** arbeitssuchend, **EU:** Erwerbsfähig verrentet, zeitbegrenzt oder dauerhaft, **R:** altersberentet, **HE:** Hausfrau/-mann, Elternzeit, nicht erwerbstätig, **PGS:** Pathologisches Glücksspiel

Die Zahlen zeigen, dass schon zu Beginn der Anteil der Menschen, die einer Arbeit oder Ausbildung nachgehen, hoch ist (zus. 64%), der Anteil von arbeitssuchenden Menschen dagegen (23%) erfreulich niedrig. Der Anteil der berenteten (erwerbsunfähig und Altersrente) und nicht erwerbstätigen Menschen ist mit 13% noch deutlich niedriger.

Bei Behandlungsende ist diese Verteilung deutlich zugunsten der Arbeitstätigkeit und Ausbildung verschoben (zus. 75%, d.h. eine Steigerung um 11%). Die Veränderung leitet sich gänzlich aus der Reduzierung der Zahl der arbeitssuchenden RehabilitandenInnen ab.

Differenziert man die Daten nach den behandlungsrelevanten Hauptdiagnosen (Alkohol, Drogen und Pathologisches Glücksspiel), so zeigen sich noch interessantere Ergebnisse. Zum einen sind bei Behandlungsbeginn die Menschen, die berentet sind oder aktuell nicht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen (Haushalt, Elternschaft etc.) ausschließlich dem Alkoholbereich zuzuordnen (13 Personen bzw. 23% der Gruppe).

Betrachtet man die Daten zu Arbeit und Ausbildung, so sind dort vermehrt Personen aus dem Drogenbereich (27 Personen bzw. 75% der Gruppe) und dem Pathologischen Glücksspiel (7 Personen bzw. 87,5% der Gruppe) zu finden. Für den Alkoholbereich liegt die Quote (30 Personen bzw. 54% der Gruppe) deutlich niedriger.

Bezogen auf die aktuelle Arbeitslosigkeit zu Beginn der Behandlung liegen die Zahlen für den Alkohol- und den Drogenbereich nah beieinander (23% bzw. 25% der jeweiligen Gruppen). Nur der Bereich Pathologisches Glücksspiel liegt deutlich darunter (12,5%).

Bei Behandlungsende konnten für Arbeitstätigkeit und Ausbildung im Alkoholbereich deutliche Steigerungen erzielt werden (von 54% auf 69,6%). Der Bereich Pathologisches Glücksspiel blieb stabil und für den Drogenbereich ergab sich eine weitere Steigerung (von 75% auf 80,5%). Außerdem begaben sich in diesem Bereich zwei Frauen in Elternzeit.

Zusammengefasst zeigt diese erste Analyse der Daten aus unserer ambulanten Rehabilitationsarbeit einige sehr interessante Ergebnisse bezüglich der Arbeitstätigkeit der Klienten:

1. Es findet sich bei Beginn einer ambulanten Rehabilitation eine hohe Anzahl von Klienten in Arbeit oder Ausbildung, bei denen die Behandlung dazu beiträgt, dass sich ihre Situation weiter stabilisiert.
2. Die Zahlen zeigen, dass zu Behandlungsbeginn deutlich mehr Drogenabhängige und Pathologische Glücksspieler in Arbeit oder Ausbildung sind als Alkoholabhängige. Dies ist für den Bereich der Drogenabhängigkeit ein überraschendes Resultat und widerspricht gängigen Betrachtungsweisen.
3. Durch die ambulante medizinische Rehabilitation konnte der hohe Anteil von Klienten in Arbeit oder Ausbildung (zus. 64%) noch einmal erheblich gesteigert werden (um 11%). Dies bestätigt aus meiner Sicht, wie wichtig die alltagsbezogene Einbettung therapeutischer Aktivitäten in der Arbeit mit abhängigen Menschen ist, so wie sie durch die ambulanten Behandlungen ermöglicht werden.

Derzeit werden die Daten noch genauer analysiert. Es gibt eine Vielzahl interessanter Fragen, zu denen weitere Veröffentlichungen geplant sind. Insgesamt lässt sich schon sagen, dass die ambulante medizinische Rehabilitation wichtige und qualitativ fundierte Beiträge zu einer verbesserten Erwerbstätigkeit von abhängigen Menschen leistet.



Dr. phil. Ralf Drewes-Lauterbach
 Leiter der Fachambulanz Sucht Emsland
 Tel. 04961 98 88 0
 drewes-lauterbach@diakonie-emsland.de

Die Klinik Eschenburg - Fachklinik für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen - sucht ab sofort unbefristet

eine/n Sozialtherapeut/in
 (Vollzeitstelle, die aufgeteilt werden kann)

für den bezugstherapeutischen Bereich.

Zu Ihren Aufgaben gehören die Einzel - und Gruppentherapie der Patienten, die Dokumentation und das Mitwirken im multi-professionellen Team. Für die Behandlung der Suchtpatienten sind Kenntnisse über die Behandlung von Depressionen, Borderline - und Persönlichkeitsstörungen hilfreich.

Wir bieten Ihnen die Zusammenarbeit mit einem sehr erfahrenen Team, branchenübliche Vergütung, ein gutes Betriebsklima und Möglichkeiten der Weiterbildung.

Bewerbungen bitte an:

Dr. Klein, Klinik Eschenburg,
 An der Hardt 1-3, 35713 Eschenburg,
 klein@klinik-eschenburg.de,
 Tel. 02774 - 91340.

Gerne beantworte ich auch Ihre Fragen.



Einführung von Katamnesen in der Ambulanten Rehabilitation Sucht

Ausgewählte Projekt-Ergebnisse des ersten Entlass-Jahrgangs 2011

Von Dr. Theo Wessel

Der Gesamtverband für Suchthilfe - Fachverband der Diakonie Deutschland (GVS) und der Deutsche Caritasverband e.V. (DCV) arbeiten gemeinsam seit 2011 in Kooperation mit der Firma Redline DATA an der bundesweiten Einführung von Katamnesen in der Ambulanten Rehabilitation Sucht (ARS). Das Interesse und die Bereitschaft der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, sich an dem Katamnese-Projekt zu beteiligen, waren in beiden Verbänden von Beginn an sehr hoch. Nach umfangreichen Vorarbeiten der beiden Verbände standen im Jahr 2013 erstmalig die Ergebnisse der Katamnese-Daten der Klienten und Klientinnen zur Verfügung, die in 2011 eine ambulante Suchtbehandlung beendet haben.

Der Untersuchung wurde ein Verfahren nach dem Deutschen Kerndatensatz (DHS, 2008) zugrunde gelegt. Dieser Datensatz ermöglicht es ambulanten, ganztägig-ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland, sich an Routineerhebungen als Ein-Jahres-Katamnesen zu beteiligen. Ziel ist u.a. der statistische Nachweis der Effektivität der ambulanten Behandlung über die Kriterien „dauerhafte Suchtmittelabstinenz“, Teilhabe am Arbeitsleben, Lebenszufriedenheit im psychischen und sozialen Bereich und soziale Integration unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Klienten und Klientinnen im ambulanten Hilfefeld.

In den folgenden Ausführungen werden wesentliche Ergebnisse dieser ersten verbandsübergreifenden, bundesweiten Katamnese-Erhebung ARS zusammengestellt. Diese Präsentation wird den am Projekt beteiligten Einrichtungen und weiteren Verantwortlichen aus den beiden Verbänden zur Verfügung gestellt.

Auf eine Veröffentlichung der Ergebnisse - über die beiden Verbände GVS und DCV hinaus - wird zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch verzichtet. GVS und DCV haben sich darauf verständigt, zunächst die Auswertung der zweiten Datenerhebung (Beender in 2012) einzubeziehen und die vorliegenden Ergebnisse damit abzusichern. Auf der Grundlage von Ergebnissen zweier Entlass-Jahrgänge sind dann weitere Veröffentlichungen im Rahmen von Fachtagungen oder in Fachpublikationen vorgesehen. Den vorliegenden Text habe ich mit Frau Walter-Hamann verfasst und für diese Veröffentlichung angepasst.

Wir freuen uns nun, die Ergebnisse dieser ersten Erhebung zur Verfügung stellen zu können. Und wir bedanken uns herzlich bei allen Einrichtungen, die uns Katamnese-Daten zur Verfügung gestellt haben, sowie bei den zuständigen Referenten und Referentinnen in den Landesverbänden und den Verantwortlichen in den Ev. Landesarbeitsgemeinschaften (ELAS), die das Vorhaben intensiv unterstützt und begleitet haben.

1. Untersuchungsdesign und Stichprobe

An dem Projekt haben sich 88 ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen von Caritas und Diakonie beteiligt. Davon haben 66 Einrichtungen Katamnese-Daten für die vorliegende bundesweite Aggregation mit insgesamt 2.347 Fällen zur Verfügung gestellt. Dieses Sample der 66 beteiligten Einrichtungen ist repräsentativ im Hinblick auf die regionalen Kontexte (Ballungsgebiet, Großstadt, Kleinstadt, Land), die Größen der Fachstellen (Personal-ausstattung) und den Erfahrungsumfang mit ARS (kurz-, mittel- und langfristig).

In den 66 beteiligten Einrichtungen wurde eine Totalerhebung des Entlass-Jahrganges 2011 vorgenommen. Alle beteiligten Einrichtungen arbeiten nach einem rehabilitationswissenschaftlich fundierten Behandlungskonzept, die Maßnahmen ARS und Nachsorge werden klientenorientiert individuell geplant und durchgeführt. Die beteiligten ambulanten Fachstellen lieferten aussagefähige und repräsentative Daten, und zwar 1.284 Fälle ARS mit und ohne stationäre Beteiligung sowie 721 Fälle Nachsorge nach Beendigung einer stationären Behandlung.

Die Rücklaufquote ARS lag in den 66 Einrichtungen im Durchschnitt bei etwa 52%; eine Rücklaufquote von mehr als 25% haben 59 der Einrichtungen, eine Rücklaufquote von mehr als 45% haben 48 der Einrichtungen erreicht. 50 der Einrichtungen haben Katamnese-Daten aus der Nachsorge eingereicht. Die Rücklaufquote Nachsorge lag bei diesen 50 Einrichtungen bei etwa 46%; eine Rücklaufquote von mehr als 25% haben 41 Einrichtungen, eine Rücklaufquote von mehr als 45% haben 26 Einrichtungen erreicht.

Im Mittelpunkt der Untersuchung standen die Katamnesen der rein ambulanten Behandlung Sucht (Anteil 40%) sowie der ambulanten Behandlungen Sucht mit stationärer Beteiligung (Anteil 23%). Aufgrund des unerwartet hohen Rücklaufs sind auch die Daten zur Reha-Nachsorge (Anteil 37%) ausgewertet worden.

In die Auswertung wurden vorerst ausschließlich KlientInnen mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit (ICD 10, F10) einbezogen, da sie mit 1.284 Fällen ARS und 721 Fällen in der Nachsorge einen Anteil von 86% der Gesamtstichprobe umfassen. Die nicht berücksichtigten Fälle (342) bezogen sich auf die Hauptdiagnosen F 63 Pathologisches Glücksspiel (135), diverse Drogenabhängigkeiten F11, 12, 13, 14, 15, 19 (188,6% Anteil an der Gesamtstichprobe) und F50 Essstörungen (2). In 17 Fällen gab es keine Angabe zu den Hauptdiagnosen. Somit verblieben in der Auswertung:

- 800 Fälle ARS ohne stationäre Beteiligung
- 484 Fälle ARS mit stationärer Beteiligung und
- 721 Fälle Reha-Nachsorge.

Die weiteren Ausführungen beziehen sich auf diese oben genannten Fälle. Die Tabellen, die in einigen Kapiteln aufgenommen wurden, sind der Auswertung von Redline DATA entnommen.

2. Standards der Untersuchung

Die Untersuchung orientierte sich an den „Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie DGSS (1985, 1992, 2001). Alle im Jahr 2011 entlassenen Klientinnen und Klienten wurden rund zwölf Monate (in einem zeitlichen Korridor von zehn bis 14 Monaten) nach Beendigung ihrer ARS-, bzw. Nachsorge-Behandlung angeschrieben mit der Bitte, den beiliegenden Katamnese-Fragebogen ausgefüllt an die versendende ambulante Fachstelle zurückzuschicken. Erinnerungsschreiben erfolgten jeweils nach drei bzw. sechs Wochen. Die Klientinnen und Klienten hatten sich vorab schriftlich mit der Zusendung des Katamnese-Bogens einverstanden erklärt.

Nach den Standards der DGSS lassen sich vier verschiedene Abstinenzquoten berechnen, die sich jeweils auf unterschiedliche Klientengruppen (z.B. in der Untersuchung Erreichte oder planmäßig Entlassene) beziehen. Die wichtigste Berechnungsform (DGSS-4) umfasst alle im Bezugsjahr entlassenen Klientinnen und Klienten, die die Behandlung zumindest begonnen haben („intention to treat“). Diese Berechnungsformel ist die „strengste“ und ergibt jeweils niedrigere Ergebnisse als die anderen, weil

- hierbei alle Klienten und Klientinnen, die nicht an der Katamnese-Befragung teilgenommen haben, als nicht abstinent definiert werden und
- auch Therapie-Abbrecher berücksichtigt werden.

DGSS-4 eignet sich daher am besten, um Ergebnisse verschiedener Katamnese-Untersuchungen zu vergleichen.

Als abstinent gilt nach DGSS, wer im Katamnese-Zeitraum keinen Alkohol, keine Drogen und keine psychoaktiven Medikamente konsumiert hat. Ebenso als „erfolgreich behandelt“ wird die Klientengruppe bewertet, die zum Befragungszeitpunkt mindestens 30 Tage abstinent war.

Nach den Standards der DGSS wurden in der Auswertung der Katamnesen nur die Daten der Einrichtungen berücksichtigt, die eine Rücklaufquote von mehr als 25% erreicht haben. In die Auswertung der Basisdaten wurden die Daten aller Einrichtungen aufgenommen, die sich an der Erhebung beteiligt haben.

3. Kooperation mit Redline DATA

Die Daten wurden von den 66 beteiligten Einrichtungen direkt an Redline DATA, Ahrensboek, jeweils in Form eines Datensatzes pro Klient oder Klientin in pseudonymisierter Form gesandt. Die Dateneingänge erfolgten zwischen 01.02.2013 und 31.08.2013. Redline DATA hat diese Datensätze nach Häufigkeitsverteilungen aggregiert, in Tabellenform aufbereitet und den beiden Verbän-

den zur Verfügung gestellt. Die beteiligten Einrichtungen erhielten von Redline DATA jeweils eine Auswertung ihrer einrichtungsbezogenen Katamnese-Daten.

Redline DATA unterliegt als datenverarbeitendes Unternehmen im Gesundheitsbereich strengen datenschutzrechtlichen Vorgaben. Zusätzlich haben DCV und GVS mit Redline DATA eine Vereinbarung zur datenschutzrechtlichen Behandlung der Katamnese-Daten ARS getroffen. Zudem ist festgelegt, dass die Verwendung der Katamnese-Daten ARS ausschließlich in der Entscheidung der beiden Verbände liegt.

4. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Klienten- und Behandlungsmerkmale sowie die Angaben zum Aufnahme- und Entlassungsstatus wurden auf der Basis des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe (DHS, 2008) erfasst.

4.1 Soziodemographische Daten

In der ARS ohne stationäre Beteiligung und in der Nachsorge zeigen sich ein höherer Frauenanteil (etwa 34%) als in der ARS mit stationärer Beteiligung (etwa 27%). Die Altersverteilung ist in allen Behandlungsformen ähnlich. Das Durchschnittsalter liegt bei 47,2 Jahren (Standardabweichung 9,3), Minimum 20 Jahre, Maximum 70 Jahre.

Der Familienstand ist ähnlich verteilt. Etwa 49% der Klienten und Klientinnen sind verheiratet. In der Reha-Nachsorge finden sich geringere Anteile Verheirateter und mehr Ledige. In der ARS leben mit ca. 60% deutlich mehr Klientinnen und Klienten in einer festen Beziehung als in der Reha-Nachsorge (51%). 94% wohnen zu Behandlungsbeginn selbstständig oder bei anderen Personen.

Partnersituation

	Ohne stationäre Beteiligung	Mit stationärer Beteiligung	Nachsorge
Keine Angabe	1,1%	0,2%	0,1%
Alleinstehend	31,9%	36,6%	44,9%
Zeitweilige Beziehungen	3,3%	2,7%	3,6%
Feste Beziehungen	63,0%	60,3 %	51,0%
Sonstige	0,8%	0,2%	0,3%

Zum Behandlungsbeginn gibt es *markante Unterschiede in der Erwerbstätigkeit*: 21,4% der Klientinnen und Klienten sind arbeitslos bei ARS ohne stationäre Beteiligung, 35,3% bei ARS mit stationärer Beteiligung und 38% bei Reha-Nachsorge. In der ARS ohne stationäre Beteiligung sind 59% der Klientinnen und Klienten zu Behandlungsbeginn erwerbstätig, 15% sind nichterwerbstätig.

Zum Behandlungsende zeigen sich folgende Merkmale: 17,1% sind arbeitslos bei ARS ohne stationäre Beteiligung (-4%), 28,7% bei ARS mit stationärer Beteiligung (-6%) und 32,0% bei Reha-Nachsorge (-6%).

Erwerbstätigkeit zum Behandlungsbeginn

	Ohne stationäre Beteiligung	Mit stationärer Beteiligung	Nach-sorge
Keine Angabe	4,6%	7,6%	1,4%
Erwerbstätig	59,0%	45,0%	46,5%
Arbeitslos	21,4%	35,3%	38,0%
Nicht erwerbstätig	15,0%	12,0 %	14,1%

Erwerbstätigkeit zum Behandlungsende

	Ohne stationäre Beteiligung	Mit stationärer Beteiligung	Nach-sorge
Keine Angabe	5,8%	7,0%	4,2%
Erwerbstätig	60,5%	52,7%	48,7%
Arbeitslos	17,1%	28,7%	32,0%
Nicht erwerbstätig	16,6%	11,6 %	15,1%

4.2 Behandlungsdaten

Zur *Art der Beendigung* der ambulanten Behandlungen (Haltequote): planmäßig ARS ohne stationäre Beteiligung 68,1%, planmäßig ARS mit stationärer Beteiligung 61,8%, planmäßig Reha-Nachsorge 63,5%. Die Behandlungen, die mit Abbruch der Klienten und Klientinnen beendet wurden, zeigen in der ARS ohne stationäre Beteiligung mit 11,5% den niedrigsten Wert gegenüber 20,0% in der ARS mit stationärer Beteiligung und mit 18,2% in der Nachsorge. Der Anteil der Behandlungen, die durch die Einrichtungen abgebrochen wurden, war in der ARS mit und ohne stationäre Beteiligung sowie in der Reha-Nachsorge zwischen 2,2% und 2,7% recht gering. In andere Einrichtungen wurden etwa 5% der KlientInnen während der rein ambulanten Behandlung verlegt, in der ARS mit stationärer Beteiligung 2,7% und in der Nachsorge 3,6%.

Art der Beendigung

	Ohne stationäre Beteiligung	Mit stationärer Beteiligung	Nach-sorge
Keine Angabe	0,9%	1,0%	0,6%
Regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	68,1%	61,8%	63,5%
Vorzeitig auf ärztliche/ therapeutische Veranlassung	4,3%	5,2%	5,1%
Vorzeitig mit ärztlichem/ therapeutischem Einverständnis	5,1%	6,0%	5,1%
Vorzeitig ohne ärztliches/ therapeutisches Einverständnis; Abbruch durch Klient / Klientin	11,5%	20,0%	18,2%
Disziplinarisch - Abbruch durch die Einrichtung	2,1%	2,7%	2,2%
Außerplanmäßige Verlegung	2,0%	0,6%	1,4%
Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	5,3%	2,7%	3,6%
Verstorben	0,8%	0,0%	0,3%

In 92% aller Fälle erfolgte die *Bewilligung* der ambulanten Behandlung durch einen Rentenversicherungsträger, in 8% der Fälle durch eine Krankenkasse.

Die *durchschnittliche Dauer* der Maßnahme lag bei ARS ohne stationäre Beteiligung bei zehn Monaten, bei ARS mit stationärer Beteiligung bei acht Monaten, bei Reha-Nachsorge bei sechs Monaten. Die durchschnittliche Anzahl der Therapieeinheiten lag bei ARS ohne stationäre Beteiligung bei 50, bei ARS mit stationärer Beteiligung bei 36, bei Reha-Nachsorge bei 20 Einheiten. 37% aller bewilligten ambulanten Maßnahmen wurden nach Antrag verlängert, bei ARS ohne stationäre Beteiligung sogar bei 54% aller Maßnahmen.

4.3 Vergleich der Katamnese-Antworte und -Nichtantworter

Ein Vergleich der Katamnese-Antworte mit den Katamnese-Nichtantwortern zeigt folgende nennenswerte Unterschiede bei einer Rücklaufquote von mehr als 25%, bezogen auf alle **ARS-Fälle**: Die Antworter haben einen höheren Frauenanteil (34% zu 30%), einen höheren Altersdurchschnitt, einen höheren Anteil in fester Partnerschaft (65% zu 60%), einen höheren Anteil im selbstständigen Wohnen (93% zu 90%) und einen geringeren Anteil in der Erwerbstätigkeit (56% zu 60%).

Ein Vergleich der Katamnese-Antworte mit den Katamnese-Nichtantwortern zeigt folgende nennenswerte Unterschiede bei einer Rücklaufquote von mehr als 25% bezogen auf alle **Nachsorge-Fälle**: Die Antworter haben einen höheren Frauenanteil (41% zu 34%), einen höheren Anteil in fester Partnerschaft (55% zu 46%), einen höheren Anteil im selbstständigen Wohnen (92% zu 86%) und einen höheren Anteil in der Erwerbstätigkeit (55% zu 41%). Beide Gruppen zeigen sowohl in der ARS als auch in der Nachsorge deutliche Unterschiede bei soziodemografischen Merkmalen.

4.4 Abstinenzquoten nach Behandlungsart

4.4.1 Ambulante Rehabilitation Sucht

Nach Berechnungsform 1 (DGSS-1) werden alle erreichten Klientinnen und Klienten, die planmäßig aus der ARS entlassen wurden, einbezogen. Bei einer Rücklaufquote > 45% (498 Fälle): 78,5% abstinent, 11,4% abstinent nach Rückfall und 10% rückfällig.

Nach Berechnungsform 2 (DGSS-2) werden alle Klientinnen und Klienten, die planmäßig aus der ARS entlassen wurden, einbezogen. Bei einer Rücklaufquote > 45% (763 Fälle): 51,2% abstinent, 7,5% abstinent nach Rückfall, 6,6% rückfällig und 34,7% definiert rückfällig bezogen auf die Nichterreichten.

Nach Berechnungsform 3 (DGSS-3) werden alle erreichten Klienten und Klientinnen, die aus der ARS entlassen wurden, einbezogen. Bei einer Rücklaufquote > 45% (557 Fälle): 74,5% abstinent, 12,7% abstinent nach Rückfall und 12,7% rückfällig.

Nach der konservativsten Berechnungsform 4 (DGSS-4) werden alle KlientInnen, die aus der ARS entlassen wurden, einbezogen. Bei einer Rücklaufquote > 45% (935 Fälle) 44,4% abstinent, 7,6% abstinent nach Rückfall, 7,6% rückfällig und 40,4% definiert rückfällig bezogen auf alle Nichterreichten (widersprüchliche Angaben, unbekannt verzogen, unfähig zur Beantwortung, keine Angaben).

Abstinenzquote nach DGSS-4 mit Rücklauf >=25%

	Anzahl	In Prozent
Abstinent	474	41,4%
Abstinent nach Rückfall	80	7,0%
Rückfällig	79	6,9%
Definiert rückfällig	513	44,8%
Gesamt	1146	100%

Alle Entlassenen

Abstinenzquote nach DGSS-4 mit Rücklauf >=45%

	Anzahl	In Prozent
Abstinent	415	44,4%
Abstinent nach Rückfall	71	7,6%
Rückfällig	71	7,6%
Definiert rückfällig	378	40,4%
Gesamt	935	100%

Alle Entlassenen

4.4.2 Nachsorge

Nach Berechnungsform 1 (DGSS-1) werden alle erreichten KlientInnen, die planmäßig aus der Nachsorge entlassen wurden, einbezogen. Bei einer Rücklaufquote > 45% (185 Fälle): 71,4% abstinent, 11,4% abstinent nach Rückfall und 17,3% rückfällig.

Nach Berechnungsform 2 (DGSS-2) werden alle Klienten und Klientinnen, die planmäßig aus der Nachsorge entlassen wurden, einbezogen. Bei einer Rücklaufquote > 45% (272 Fälle): 48,5% abstinent, 7,7% abstinent nach Rückfall, 11,8% rückfällig und 32% definiert rückfällig bezogen auf die Nichterreichten.

Nach Berechnungsform 3 (DGSS-3) werden alle erreichten Klienten und Klientinnen, die aus der Nachsorge entlassen wurden, einbezogen. Bei einer Rücklaufquote > 45% (208 Fälle): 67,3% abstinent, 12,5% abstinent nach Rückfall und 20,2% rückfällig.

Nach der konservativen Berechnungsform 4 (DGSS-4) werden alle Klienten und Klientinnen, die aus der Nachsorge entlassen wurden, einbezogen. Bei einer Rücklaufquote > 45% (935 Fälle) 41,7% abstinent, 7,7% abstinent nach Rückfall, 12,5% rückfällig und 38,1% definiert rückfällig bezogen auf alle Nichterreichten (widersprüchliche Angaben, unbekannt verzogen, unfähig zur Beantwortung, keine Angaben).

Abstinenzquote nach DGSS-4 mit Rücklauf >=25%

	Anzahl	In Prozent
Abstinent	218	33,1%
Abstinent nach Rückfall	80	5,3%
Rückfällig	67	10,2%
Definiert rückfällig	339	51,4%
Gesamt	659	100%

Alle Entlassenen

Abstinenzquote nach DGSS-4 mit Rücklauf >=45%

	Anzahl	In Prozent
Abstinent	140	41,7%
Abstinent nach Rückfall	26	7,7%
Rückfällig	42	12,5%
Definiert rückfällig	128	38,1%
Gesamt	336	100%

Alle Entlassenen

4.5 Vergleich des Behandlungsendes mit dem Katamnese-Zeitpunkt bei Katamnese-Antwortern nach Behandlungsart

Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die Veränderungen, die sich im Leben der Klienten und Klientinnen zwischen dem Behandlungsende und dem Zeitpunkt der Katamnese-Erhebung entwickelt haben. Bei den **ARS**-Fällen (633) zeigen sich zum Katamnese-Zeitpunkt Veränderungen

- in der Partnersituation mit einem höheren Anteil fester Beziehungen (Zunahme von 7,9 %) und
- im Bereich der Erwerbstätigkeit durch einen geringeren Anteil Arbeitsloser (24,5% zu 20,4%) und
- durch einen höheren Anteil Erwerbstätiger (52,4% zu 55,9%).

Bei den **Nachsorge**-Fällen (320) zeigen sich zum Katamnese-Zeitpunkt ebenfalls Veränderungen

- in der Partnersituation mit einem höheren Anteil fester Beziehungen (Zunahme um 10,6%) und
- im Bereich der Erwerbstätigkeit durch einen geringeren Anteil Arbeitsloser (31,6% zu 23,4%) und
- durch einen höheren Anteil Erwerbstätiger (51% zu 55%).

5. Diskussion der Ergebnisse

Die mit diesem Projekt verbundene Zielsetzung der Implementierung von Routine-Katamnesen in der ambulanten Suchtbehandlung der beiden Verbände ist mit einem ersten sehr guten Datendurchlauf erreicht worden. Die Katamnese-Daten sind statistisch valide und aussagefähig. Insgesamt ist der Nachweis einer hohen Ergebnisqualität mit einer repräsentativen Stichprobe aus 66 Einrichtungen verbandsübergreifend erbracht worden. Die katamnestischen Erfolgsquoten sind bei ARS mit und ohne stationäre Beteiligung günstiger als bei der

Reha-Nachsorge. Tendenziell am günstigsten sind die Erfolgsquoten bei ambulanter Behandlung ohne stationäre Beteiligung mit 52,0% nach DGSS-4.

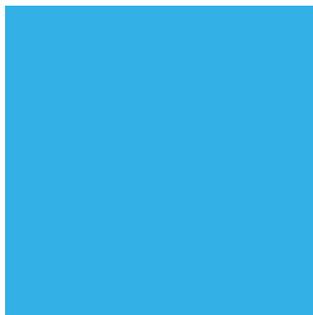
Die Stichprobenanalyse der drei Behandlungsarten zeigt deutlich, dass sie sich in den soziodemografischen Merkmalen und den Behandlungsmerkmalen unterscheiden. Die Gruppe ARS ohne stationäre Beteiligung ist günstiger einzuschätzen. Der Fachverband Sucht hat mittlerweile die vierte Routine-Katamneseuntersuchung der ambulanten Behandlung Abhängigkeitskranker vorgelegt zum Entlass-Jahrgang 2010 (Missel, P. et.al. 2013a). Auch hier wird eine hohe Ergebnisqualität der Suchtbehandlung aus neun ambulanten Einrichtungen mit 334 Fällen nachgewiesen, mit einer katamnestischen Erfolgsquote von 50,6% nach DGSS-4.

Vergleicht man die Ergebnisse der Ambulanten Rehabilitation Sucht mit der stationären Suchtrehabilitation (BUSS 2012, Missel, P. et al. 2013b) zeigen sich deutliche Unterschiede in den soziodemografischen Merkmalen und den Behandlungsmerkmalen. Insgesamt zeigt sich, dass die indikative Zuweisung der Klientinnen und Klienten zu den Behandlungsarten ambulant oder stationär zielgruppengerecht erfolgt. Die ambulanten Klienten und Klientinnen sind prognostisch vergleichsweise günstiger einzuschätzen. Die katamnestischen Erfolgsquoten liegen leicht höher als in der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Die vorliegenden grundsätzlich positiven Ergebnisse der ambulanten Suchtbehandlung werden auch durch die von der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung durchgeführten Rehabilitanden-Befragung zur ambulanten Sucht-Rehabilitation gestützt (DRV-Bund 2013). Beteiligt waren hier 4.233 Rehabilitanden aus 329 ambulanten Fachstellen Sucht, die im Zeitraum von August 2009 bis Juli 2011 befragt worden sind.

Literatur

- BUSS - Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (2012). Auswertung der Katamnese-daten zum Entlassjahrgang 2010 - Alkohol-Einrichtungen. www.suchthilfe.de/themen/statistik.php.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) (1985). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) (1992). Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. SUCHT 47. Jahrgang, Sonderheft 2.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2008). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Stand: 23.07.2008. www.dhs.de.
- Deutsche Rentenversicherung Bund-Reha-Qualitätssicherung (2013). Ambulante Suchtrehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden. DRV-Bund: Berlin.
- Missel, P. et al. (2013a). Effektivität der ambulanten Suchtbehandlung - FVS-Katamnese des Entlass-Jahrgangs 2010 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell, 20/1, 26-34.
- Missel, P. et al. (2013b). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlass-Jahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell, 20/1, 13-25.



Dr. Theo Wessel
Geschäftsführer

GVS Gesamtverband für Suchthilfe e. V.
Fachverband der Diakonie Deutschland
Tel. 030 83001 501
wessel@sucht.org



GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE MBH

IANUA ist eine anerkannte Einrichtung der ambulanten Suchtrehabilitation und sucht zur Erweiterung des multidisziplinären Teams zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Dipl. Sozialarbeiter/in oder Dipl. Sozialpädagogen/in

in Vollzeit-/Teilzeittätigkeit. Der Einsatz erfolgt als Bezugstherapeut/in in der ambulanten Suchtrehabilitation, der Orientierungs- und Vorbereitungsphase und der Indikativen Gruppenarbeit. Voraussetzung ist eine abgeschlossene oder fortgeschrittene, VDR anerkannte Zusatzausbildung zum/zur Sozial-/Suchttherapeuten/in. Klinische Erfahrung in der Arbeit mit Suchtkranken und in der Gruppentherapie ist von Vorteil.

Wir erwarten von Ihnen Freude an der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten, Mitgestaltungskraft und Engagement bei unseren Projekten. IANUA, eine der größten ambulanten Suchtrehabilitationseinrichtungen Deutschlands, bietet Ihnen eine überdurchschnittlich attraktive Vergütung, eine flexible Arbeitszeitgestaltung, ein dynamisches Team und mit Saarlouis, der heimlichen Hauptstadt des Saarlandes, einen passenden Rahmen für Ihre Work-Life-Balance bei gutem Betriebsklima. Bewerbungsunterlagen an: [ianua G.P.S.mBH](mailto:ianua.G.P.S.mBH), Lisdorfer Str. 2, 66740 Saarlouis

IANUA

LISDORFER STRASSE 2
66740 SAARLOUIS
TEL. 06831 46 00 55
FAX 06831 46 00 57
info@ianua-gps.de
www.ianua-gps.de

A M B U L A N T E
BEHANDLUNG UND
REHABILITATION
ABHÄNGIGKEITSKRANKER
P R Ä V E N T I O N

„Man gibt das Geld lieber jemandem, den man gut kennt“

Ein Gespräch mit Wolfgang Schmidt-Rosengarten, Geschäftsführer der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen, über die Zukunft der ambulanten Suchthilfe

Bis in die 90er Jahre wurde vor allem die Drogenhilfe mit viel öffentlicher Aufmerksamkeit und Geld bedacht. Inzwischen ist das Thema Sucht auf der politischen Agenda weit nach hinten gerückt. Und in 40 Jahren ist es nicht gelungen Suchtberatung als gesetzliche Leistung zu verankern und damit eine tragfähige Finanzierung zu schaffen. Woran liegt das?

Schmidt-Rosengarten: Solange Gelder vorhanden waren, hat sich kaum jemand um Fragen einer langfristigen finanziellen Absicherung der Arbeit gekümmert. In den 70ern konnte sich niemand vorstellen, dass Suchthilfe mal nach Kassenlage finanziert wird.

Welchen Anteil haben die Suchtberatungsstellen selbst an dieser Entwicklung? Was haben sie versäumt?

Schmidt-Rosengarten: Die Verbände, Träger und Mitarbeitenden in den Suchtberatungsstellen haben jahrelang ihre ganze Energie in die Entwicklung neuer Konzepte für neue Konsumformen und Substanzen investiert. Sie haben sehr engagiert zum Beispiel die Substitution gesellschaftsfähig gemacht oder nach dem Alkohol-Urteil 1968 überhaupt erst die Suchthilfe-Strukturen aufgebaut. Es hat viele Idealisten in die Suchthilfe gezogen, die als Praktiker und Praktikerinnen immer zuerst ihre Klienten im Blick hatten. An langfristige Lobbyarbeit oder gar Werbung in eigener Sache hat niemand gedacht. Dafür fehlte das Bewusstsein. Es gab die Haltung „Werbung macht man für Waschmittel. Die Gesellschaft wird unsere tolle Arbeit schon bemerken und uns dafür danken.“

Dem ist leider nicht so...

Schmidt-Rosengarten: Nein, wir müssen schon trommeln. Wir müssen lernen, gute Öffentlichkeitsarbeit zu machen. Das ist natürlich nicht einfach, weil es mittlerweile einen „Renovierungsstau“ gibt und es sehr an Geld und Personal fehlt. Aber es ist auch ein mentales Problem. Die Suchthilfe hat nicht gelernt, ihre Arbeit öffentlich in ein gutes Licht zu rücken. Dabei gibt es ganz viel, auf das sie stolz sein kann. Unser Suchthilfesystem ist weltweit einzigartig. Viele Länder beneiden uns um unser professionelles System, das Suchtkranken individuelle Wege aus der Sucht ermöglicht.

Also sind in erster Linie mentale Veränderungen nötig, um die Probleme zu bewältigen?

Schmidt-Rosengarten: Natürlich kann man die veränderten und ohne Frage schwierigen finanziellen Rahmenbedingungen nicht außer Acht lassen. Aber die Suchthilfe muss auch die Kränkung überwinden, nicht mehr der Nabel der Welt, das Lieblingskind im sozialen Bereich zu sein. Sie ist ein Bereich unter vielen, die alle Geld brau-

chen und die alle um Fachkräfte buhlen. Wobei die Suchthilfe bei vielen Studierenden kein besonders gutes Image mehr hat. Das Arbeitsfeld gilt bei den jungen Leuten nicht mehr als so attraktiv. Der Nachwuchs ist nicht mehr so idealistisch.



Zur Person:

Wolfgang Schmidt-Rosengarten kann auf eine lange Zeit in der Suchthilfe zurückblicken: Seit 1982 arbeitet er in diesem Bereich, seit 1998 ist er Geschäftsführer der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen.

Umso wichtiger ist es, die positiven Seiten des Arbeitsfeldes aufzuzeigen: die interdisziplinären Teams, die Freiräume, die hohe Arbeitsqualität und die Tatsache, dass es nie langweilig wird. Es gibt immer neue Konsummuster und neue Klientengruppen. Auch hier geht es also um das Thema Werbung in eigener Sache. Eine gute Öffentlichkeitsarbeit ist auch für die Personalpolitik extrem wichtig. Außerdem sollte sich die Suchthilfe stärker als Dienstleister begreifen: Wir haben unseren Arbeitsplatz, weil es unsere Klienten gibt.

Sie haben fünf Bereiche identifiziert, die die ambulante Suchthilfe zukunftsfähig machen könnten - welche sind das?

Schmidt-Rosengarten: Da ist als erstes das **Leistungsangebot**. Es wird immer seltener eine pauschale Finanzierung geben. Deshalb sollte das Leistungsangebot breiter werden und auf Refinanzierbarkeit abzielen. Es muss die Bereitschaft entwickelt werden, mit innovativen Konzepten initiativ auf neue Konsummuster und Substanzen zu reagieren. Dabei ist es auch nötig, die Methoden zu überprüfen: Wie wirksam sind sie? Und wie effektiv? Muss es beispielsweise immer ein Einzelsetting sein oder geht es nicht mit Gruppentherapien? Professionelles Case Management sollte überall Standard sein.

Das zweite wichtige Thema ist die **Personalgewinnung und -bindung**: Wir konkurrieren mit vielen anderen Bereichen um die guten Leute. Das habe ich schon gesagt. Wir müssen die Vorteile unseres Arbeitsfeldes offensiv herausstellen und über innovative Möglichkeiten der Personalgewinnung nachdenken. Es muss aber auch Etats geben für Fortbildungen, Supervision, Literatur.

Das Thema ■■■

Als drittes sollte sich der Fokus auf die **Arbeits- und Organisationsstrukturen** richten: Sie müssen bei vielen Einrichtungen effizienter werden. Es ist heute schwer möglich, eine Suchtberatungsstelle mit 1,5 Stellen zu führen. Trägerübergreifende Beratungsverbände würden hier mehr Spielraum im Einsatz von Personal und Mitteln geben. Eine Selbstverständlichkeit sollten einfache Zugangswege für die Klienten sein, also kundenfreundliche Öffnungszeiten und eine ausgedehnte telefonische Erreichbarkeit. Und eine EDV-gesteuerte Dokumentation. Sie kann zudem gut für die Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden: Mit fundierten Fakten kann man untermauern, was man Tolles gemacht hat. Allerdings man muss es auch in der Sprache der Leser tun!

Als viertes die **Finanzen**: Wir sind darauf angewiesen, dass die Politik uns hilft. Aber wir müssen auch deutlicher machen, dass wir Teil der kommunalen Daseinsfürsorge sind. Deshalb müssen wir die Vernetzung mit anderen Akteuren in der Kommune stärker herausstellen. Dabei sind wir auch wieder bei der Öffentlichkeitsarbeit: Man gibt das Geld lieber jemandem, dem man schon kennt, der ein positives Image hat.

Das fünfte Thema betrifft den Anspruch der **anwaltlichen Haltung**: Das ist ein Spagat, den man sich immer bewusst machen muss. Ich muss mich immer fragen, bin ich gerade Dienstleister oder bin ich gesellschaftlicher Akteur? Was ist mit meinem Leitbild vereinbar? Sich dieses Dilemma bewusst zu machen ist besser, als das Problem in der Arbeit auszublenden.

■■■ Mitglieder News

Drogenberatung Herford fragt ihre Klienten jetzt „Jambo? - Wie geht's Dir?“

„Jambo“ ist Kisuaheli und bedeutet „Wie geht es Dir!?!“. Diese Frage stellt die Drogenberatung des Diakonischen Werkes im Kirchenkreis Herford (DROBS) seit Februar 2014 in individuell vereinbarten Abständen (max. zweimal monatlich) ihren Klienten per SMS, sofern sie einer Teilnahme zugestimmt haben.

Die Idee zu dieser innovativen Abfrage der aktuellen Befindlichkeit per SMS stammt aus den USA und wird derzeit in Kenia bei der Behandlung von HIV-Patienten eingesetzt. Ärzte nutzen das System, um in Kontakt mit Patienten zu bleiben, die oft weit von medizinischen Einrichtungen entfernt leben. Inspiriert von den positiven Rückmeldungen der Patienten in Afrika, adaptierte die Drogenberatung Herford das Kommunikationsmodell und passte es den Bedürfnissen suchtkranker Menschen an.

„Möchtest Du einen Anruf von uns, sende „JA“ als Antwort“, steht in der SMS, die die DROBS verschickt. Kommt ein „Ja“, nimmt ein/e Mitarbeiter/in der Drogenberatung (max. dreimal) werktags binnen 36 Stunden telefonisch Kontakt unter der Mobilfunknummer auf, an die die ursprüngliche Nachricht gesendet wurde. Erhält die DROBS keine Rückmeldung, erfolgt keine Kontaktaufnahme.

Wagen Sie eine Prognose...

Die Suchthilfe wird auch in Zukunft gebraucht. Es wird aber vielleicht weniger um Wachstum als um Bestandssicherung gehen. Wir würden künftig mehr gewinnen, wenn wir deutlich machen können, was eine adäquat ausgestattete Suchthilfe der Gesellschaft insgesamt an Vorteilen bringt, nicht nur den einzelnen Klienten und ihren Familien. Das gesetzlich verankerte Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe bei Menschen mit Behinderungen, zu denen auch Suchtkranke zählen, bedeutet, dass die Erfolge der Suchtarbeit nicht mehr ausschließlich am Erreichen der Abstinenz zu messen sind. Die Leistungen der Suchthilfearbeit zur Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe der Klienten und Klientinnen und damit auch ihre Beiträge zu einer Verbesserung der Lebensqualität, muss die Suchthilfe deshalb zukünftig besser publizieren und dokumentieren.

Hier fehlen allerdings vielfach noch entsprechende Items in den EDV-Dokumentationsvorlagen. Zudem wären die Inhalte von Begriffen wie „Verbesserung der Lebensqualität“ noch zu definieren. Das ist alles nicht einfach, ich weiß. Aber wir sollten es versuchen. Und da bin ich auch wieder beim Thema Öffentlichkeitsarbeit. Es ist extrem wichtig, dass die Suchthilfe hier dazu lernt.

Die Fragen stellte Claudia Biehahn

Die „Jambo?“-SMS soll die Teilnehmenden des Projekts animieren, sich wiederkehrend die Frage zu stellen „Wie geht's mir eigentlich?“. Gleichzeitig soll das Gefühl vermittelt werden „Da ist jemand, der denkt an mich und kümmert sich.“ Mit „Jambo?“ soll der Weg zu einer frühzeitigen, niedrigschwelligen Kontaktaufnahme geebnet und in einem zweiten Schritt Interventionen platziert werden, bevor sich Probleme manifestieren oder außer Kontrolle geraten.

□ Kontakt: Diakonisches Werk im Kirchenkreis Herford e.V.
Tel. 05221 1659 22,
klaus.brameier@dw-herford.de

Klaus Brameier

50 Jahre Blaukreuz-Fachklinik Curt-von-Knobelsdorff-Haus

„Wir wollen weiter“ lautet das Motto der Fachklinik Curt-von-Knobelsdorff-Haus, die in diesem Jahr ihr 50-jähriges Bestehen feiert. Sechs Veranstaltungen in 2014 krönen das Jubiläumsjahr und bieten Gelegenheit zum gemeinsamen Feiern, Danksagen, Rückblicken und Erinnern. Infos zu den Jubiläumsveranstaltungen sind auf der Website zu finden:

www.curt-von-knobelsdorff-haus.de

Evelyn Fast

Claudia Büse ist neue Leiterin der Diakonie Fachstelle Sucht Dortmund/Lünen



Seit 15. Oktober 2013 hat die die Fachstelle Sucht des Diakonischen Werkes Dortmund und Lünen gGmbH eine neue Leitung: Claudia Büse (Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin und Suchttherapeutin M.Sc.) trat die Nachfolge von Christel Botterbusch an.

Claudia Büse arbeitet seit 21 Jahren in unterschiedlichen Bereichen der sozialen Arbeit. Kontakt zur Suchthilfe fand sie in der stationären Suchtarbeit

mit mehrfach drogenabhängigen Männern, in der ambulanten Tätigkeit in einer Drogenberatungsstelle sowie in der niederschweligen Arbeit in Krisencafés, Straßens-trich, Druckraum und als Qualitätsbeauftragte. Zuletzt war sie wieder stationär in einer Entwöhnungsklinik für Medikamenten- und Alkoholabhängige tätig.

Aktuell setzt sie sich unter anderem mit dem Thema „Sucht im Alter“ auseinander. Im Januar 2015 ist ein Symposium für niedergelassene Haus-, sowie Krankenhausärzte und Pflegepersonal zu diesem Thema geplant, für das schon namhafte Experten gewonnen werden konnten.

Claudia Büse

- Kontakt: Claudia Büse,
Diakonie Fachstelle Sucht
Tel. 0231 84 94 464
buese@diakoniedortmund.de

Trinkspiel aus England verbreitet sich über Facebook

Trinkfeste Typen schütten einen halben Liter Bier in wenigen Sekunden vor ihrer Web-Cam auf ex in sich rein. Den Film stellen sie auf Facebook und nominieren drei weitere Personen zum Saufen. Das fragwürdige Trinkspiel nennt sich „Neknominat“: „Nek your drink, nominate another“ (exe dein Getränk und nominiere jemand anderen).

Das Trinkspiel kommt aus England und verbreitet sich gerade in Deutschland. Rainer Breuninger, Geschäftsführer der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Landesverband Württemberg, sagt dazu: „Junge Menschen experimentieren mit Suchtmitteln um ihre Grenzen auszu-testen. Das ist normal. Es geht nicht darum, den Alkohol zu verteufeln, aber wir weisen auf die immer höher wer-dende Leichtfertigkeit hin, wie wir mit Alkohol umgehen. Fatal ist der Gruppendruck, unter den sich Jugendliche mit solchen Aktivitäten setzen lassen. Nur wenige Teen-ager oder junge Menschen können diesem widerstehen.“

Pressemitteilung Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, LV Württemberg

„Alkohol macht nicht nur Dich kaputt“

„Alkohol macht nicht nur Dich kaputt“ - so lautet der eindrückliche Slogan der Anzeigenkampagne, die die Werbeagentur „Jung von Matt“ für das Blaue Kreuz in Deutschland entwickelt hat.



Foto: Jung von Matt

Mit dieser kreativ umgesetzten Idee möchte die Agentur auf Alkoholmissbrauch aufmerksam machen und die Arbeit des Blauen Kreuzes unterstützen. Die Anzeigen des Blauen Kreuzes sind bisher in verschiedenen Magazinen und auf einigen Plakatwänden in Hamburg zu sehen.

Jürgen Naundorff ist neuer Bundessekretär des Blauen Kreuzes in Deutschland



Seit dem 1. Januar 2014 ist Jürgen Naundorff aus Stoll-berg im Erzgebirge neuer Bundessekretär des Blauen Kreuzes in Deutschland. Der 51jährige trat die Nachfolge von Reinhard Lahme aus Alte-na an, der mit 64 Jahren Ende 2013 in den Ruhestand ging. Jürgen Naundorff war zuvor 25 Jahre Blaukreuz-Sekretär in Sachsen. Neben einer fünf-jährigen Bibelschulbildung am Gnadauer Theologischen

Seminar Falkenberg (GTSF) absolvierte Jürgen Naun-dorff ein berufsbegleitendes Studium zum Sozialpädago-gen an der Evangelischen Hochschule Dresden und eine systemisch-familientherapeutische Zusatzausbildung. Der 51-Jährige ist verheiratet und hat drei Kinder.

Unterstützt wird Jürgen Naundorff in seiner neuen Funk-tion von Manfred Fiedelak (Vertretung in Gremien und Suchtverbänden) und Hansgeorg Panczel (Präsenz in der Bundeszentrale). „Ich möchte mich mit neuen, um-setzbaren Ideen, meinen erworbenen Kenntnissen und Erfahrungen sowie meinem Gottvertrauen einbringen, um so gemeinsam mit den vielen ehrenamtlich und hauptamt-lich Mitarbeitenden in unserem Verband unsere Arbeit weitergestalten zu können. Dazu möge uns Gott segnen“, sagt der neue Bundessekretär.

Evelyn Fast

Tagungen / Kongresse

11. Sucht-Selbsthilfe-Konferenz „Sucht-Selbsthilfe und Prävention“

Datum: 25. - 27.04.2014

Ort: Erkner bei Berlin

Info: info@dhs.de

37. FDR BundesDrogenKongress „Unsere Arbeit - Eure Arbeit“

Datum: 26. - 27.05.2014

Ort: Köln

Info: mail@fdr-online.de

Hamburger Suchttherapietage

Datum: 10.-13.06.2014

Ort: Hamburg

Info: www.suchttherapietage.de

Fachtag der Diakonie Deutschland „Junge Menschen in besonderen Lebensverhältnissen zwischen den Hilfesystemen - psychisch krank - suchtkrank - wohnungslos“

Datum: 19.06.2014

Ort: Berlin

Info: gvs@sucht.org

Diakonie fördert Projekte zum Thema: „Genuss und Lebensqualität im Alter“

Mehr als 400.000 Menschen über 60 Jahre sind alkoholabhängig und bis zu 2,8 Millionen älterer Menschen nehmen zu viele psychoaktive Medikamente ein. Die Diakonie Deutschland macht sich seit Jahren dafür stark, das Thema der Suchtentwicklungen im Alter mehr in die Öffentlichkeit zu rücken. Um für das Thema zu sensibilisieren, Informationen zu geben und auf bestehende Unterstützungsangebote in der Region aufmerksam zu machen, unterstützt und fördert die Diakonie Deutschland Veranstaltungen zum Thema „Genuss und Lebensqualität im Alter - Suchterkrankungen wahrnehmen“.

Dies können Veranstaltungen, Fachtagungen oder Fortbildungsangebote sein. Wichtig ist, dass die Termine von Seniorenselbsthilfegruppen oder -vertretungen, Organisationen der offenen Altenarbeit gemeinsam mit Einrichtungen der Suchthilfe bzw. der Suchtselbsthilfe durchgeführt werden. Initiativen aus der kirchlichen Seniorenarbeit werden ausdrücklich begrüßt.

Gefördert werden auch Veranstaltungen der Suchthilfe in Kooperation mit dem primären Gesundheitssystem. Ziel der Initiative ist es, das Thema aus der Tabuzone zu holen und eine breite Sensibilisierung zu erreichen, damit Menschen auch im Alter in Würde und Respekt leben.

- Information und Bewerbung: Dr. Katharina Ratzke, Tel. 030 652 11 1659, katharina.ratzke@diakonie.de

GVS Weiterbildungen zum/r Sozialtherapeuten/in Sucht

Informationsveranstaltungen zur Weiterbildung:

10.04.2014, 17-19 Uhr in Stuttgart

(psychoanalytisch orientierter Fachbereich)

30.10.2014, 17-19 Uhr in Berlin

(verhaltenstherapeutischer und psychoanalytischer Fachbereich)

Verhaltenstherapeutisch (VT) orientierte Kurse

Gruppe 64/VT, Start: ab 06. Mai 2014, München

(Einstieg auch ab Juli 2014 zum 2. Seminar möglich)

Gruppe 65/VT, Start: ab August 2014, Berlin

Gruppe 66/VT, Start: ab April 2015, Eisenach

Psychoanalytisch (PA) orientierte Kurse

Gruppe 26 / Berlin, Start: 17.02.2014, Berlin

(Einstieg auch ab Mai 2014 zum 2. Seminar möglich)

Gruppe 51/Süd, Start: ab April 2014, Stuttgart

Gruppe 2/West, Start: ab November 2014

Postgraduiertenseminar zur psychoanalytisch-interaktionellen Methode

Termin: 15.-16.05.2014

Ort: Fachklinik Ringgenhof

Die Zieglerischen Suchtrehabilitation gGmbH

□ Informationen und Anmeldung:

GVS Fort- und Weiterbildung

Invalidenstraße 29, 10115 Berlin

Tel. 030 83001 503, Fax 030 83001 505

thorith@sucht.org

www.sozialtherapeut.sucht.org

Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung!

www.eltern-sucht.de
Information und Vernetzung für Betroffene und Fachkräfte

Nutzen Sie die GVS-Themenwebsite für aktuelle Meldungen und Veranstaltungen zum Thema Elternschaft und Sucht.

**Stellen Sie Ihre Angebote und Termine ein,
bloggen Sie mit!**

Der GVS sucht:

Referentinnen und Referenten auf Honorarbasis

für das neue Weiterbildungsprogramm
„Elternschaft und Suchterkrankung“

Alle Informationen auf der
GVS-Stellenbörse www.sucht.org
und bei Nicola Alcaide, Tel: 030 83001 506,
Mail: alcaide@sucht.org

