

Schriftenreihe „Sucht- und Drogenforschung“

Herausgegeben von W.-D. Scholz und K. Tielking

In der Schriftenreihe „Sucht- und Drogenforschung“ werden Forschungs- und Diskussionsbeiträge publiziert, die im Rahmen der gleichnamigen Arbeitsstelle an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg entstanden sind. Die einzelnen Bände beziehen sich sowohl auf den gesellschaftlichen und institutionell organisierten Umgang mit legalen und illegalen Drogen, als auch auf die individuellen, lebensweltbezogenen Auswirkungen und Hintergründe. Die Schriftenreihe versteht sich als Forum für drogen- und gesundheitspolitische Fragen, Kontroversen und Perspektiven. Mit den Veröffentlichungen soll für ein differenziertes Verständnis von Sucht und Drogenkonsum geworben werden, das dem Grundverständnis der Arbeitsstelle ‚Sucht- und Drogenforschung‘ entspricht. Ziel der Schriftenreihe ist, mit ihren Beiträgen aus der Grundlagen- und Evaluationsforschung zur Innovation, Verbesserung und Humanisierung der Drogenpolitik und Suchtkrankenhilfe beizutragen. Das schließt auch ausdrücklich Möglichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung ein.

Die Schriftenreihe „Sucht- und Drogenforschung“ wurde von Prof. Dr. Rüdiger Meyenberg geschaffen. Sie wird nach seinem Tod im Sinne seiner Zielvorstellungen über eine reflektierte Auseinandersetzung mit der Sucht- und Drogenproblematik fortgesetzt. Zugleich ist sie eine Erinnerung und ein Dank an seine erfolgreichen Forschungen in diesem wichtigen Feld der wissenschaftlichen Arbeit.

Die Herausgeber

Kerstin Ratzke

Neue Ansätze in der Behandlung von Alkoholabhängigen

Eine empirische Untersuchung über
Möglichkeiten und Grenzen systematisierter
Zuweisungsentscheidungen in der Modularen
Kombinationsbehandlung

Band 11

**Der Schriftenreihe
„Sucht- und Drogenforschung**



BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Oldenburg, 2011

Verlag / Druck / Vertrieb

BIS-Verlag
der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Postfach 2541
26015 Oldenburg

E-Mail: bisverlag@uni-oldenburg.de
Internet: www.bis-verlag.de

ISBN 978-3-8142-2234-9

Inhalt

Vorwort	17
Einleitung	21
1 Abhängigkeitserkrankungen – Krankheitskonzept, Versorgungssystem und die Rehabilitation von Alkoholabhängigen	27
1.1 Alkoholabhängigkeit als Gegenstand erziehungswissenschaftlicher Forschung und Praxis	27
1.2 Das multifaktorielle Krankheitsverständnis von Alkoholabhängigkeit	29
1.3 Gesundheitsförderung und Prävention	31
1.4 Strukturelle Rahmenbedingungen und aktuelle Herausforderungen in der Versorgung von Abhängigkeitskranken	34
1.5 Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen	35
1.6 Zusammenfassung	37
2 Kombinationsbehandlungen – Qualitäten und Motivlagen für neue Ansätze in der Behandlung von Alkoholabhängigen	39
2.1 Stand und Entwicklung von Kombinationsbehandlungen	40
2.2 Die Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund (MOKO)	44
2.3 Perspektiven der Kosten- und Leistungsträger	47
2.4 Perspektiven der Leistungsanbieter in der Suchthilfepraxis	53

2.5	Forschungsbezogene Perspektiven	56
2.5.1	Gesundheitswissenschaftliche Implikationen für Kombi- Behandlungen	58
2.5.2	Angaben zur Effektivität und Effizienz von Kombi- Behandlungen	60
2.6	Zusammenfassung	66
3	Systematische Zuweisungsentscheidungen – Indikationskriterien und Klassifikationssysteme	69
3.1	Grundlagen der Zuweisungsentscheidung	70
3.2	Kriterien der Zuweisungsentscheidung	73
3.3	Das Zuweisungsverständnis der Modularen Kombinationsbehandlung	75
3.4	Zuweisung in der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund	78
3.5	Weitere Konzepte der Zuweisung in der Rehabilitation von Alkoholabhängigen	81
3.5.1	Zuweisung in die Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)	81
3.5.2	Rehabilitanden-Management-Kategorien bei stationären Entwöhnungsbehandlungen von Alkoholabhängigen	85
3.5.3	Die Leitlinie „Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“	87
3.5.4	Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit	89
3.6	Zusammenfassung	91
4	Erhebungsdesign und methodisches Vorgehen	95
4.1	Grundlagen der Untersuchung	96
4.2	Erhebungsverfahren	97
4.3	Untersuchungsstichprobe	100
4.4	Erhebungsinstrumente	101
4.4.1	Inhalte der Fragebögen – Klienten	103
4.4.2	Inhalte der Fragebögen – Therapeuten	106
4.4.3	Kernbereiche der Untersuchung	109

4.5	Datenaufbereitung für eine rechnergestützte Datenanalyse und Auswertung	112
5	Ergebnisse	115
5.1	Übersicht über die Stichprobe	115
5.1.1	Datenbasis	116
5.1.2	Soziodemographie und soziale Situation	117
5.1.3	Lebenszufriedenheit	121
5.1.4	Alkoholabhängigkeit und Gesundheitszustand	122
5.1.5	Störungsbilder und Suchtdiagnosen	123
5.1.6	Therapievorbereitung	125
5.1.7	Bisherige Entgiftungen	126
5.1.8	Frühere Entwöhnungsbehandlungen	127
5.1.9	Bisherige stationäre Entwöhnungen	127
5.1.10	Bisherige ambulante Entwöhnungen	128
5.1.11	Beantragte Behandlungsvarianten/Prospektive Therapieplanung	128
5.1.12	Antrittsquote der Gesamtbehandlung MOKO	130
5.1.13	Haltequote im (teil-)stationären Modul	131
5.1.14	Wechsel vom (teil-)stationären Modul in das poststationäre ambulante Modul	131
5.1.15	Haltequote im poststationären ambulanten Modul	132
5.1.16	Planmäßige Beendigung der Gesamtbehandlung MOKO	132
5.2	Frequenz- und Kontingenzanalyse der Indikationskriterien	133
5.2.1	Institutioneller Kontext	133
5.2.2	Verhalten im stationären Setting	147
5.2.3	Therapieabbrüche	153
5.2.4	Stationäre Langzeitbehandlung	155
5.2.5	Abstinenzverhalten	156
5.2.6	Neue Verhaltensmuster stationär lernen, ambulant erproben	163
5.2.7	Soziales Umfeld	169
5.2.8	Sozialstrukturelle Bedingungen	177
5.3	Logistische Regression	180
5.4	Clusteranalyse	182
5.5	Zusammenfassung	184

6	Möglichkeiten und Grenzen systematischer Zuweisungsentscheidungen in der Modularen Kombinationsbehandlung	191
6.1	Qualitäten des Indikationskriterienkataloges	191
6.1.1	Offenheit und Nicht-Determinismus als Qualitätsmerkmal	191
6.1.2	Kontexte und Kontextualisierung als Qualitätsmerkmal	193
6.1.3	Thematisierung des Settings als Qualitätsmerkmal	194
6.1.4	Konzentration auf die Prozessqualität als Qualitätsmerkmal	195
6.1.5	Zusammenfassung	196
6.2	Grenzen des Indikationskriterienkataloges	196
6.2.1	Zirkularität von Zuweisungsentscheidungen	196
6.2.2	Einzelfallorientierung und aktuelle Prozesssteuerung	197
6.2.3	Vielfalt von Varianzquellen und Evidenzbasierung	199
6.2.4	Zusammenfassung	200
6.3	Andere Wege der Systematisierung oder Standardisierung als Option	201
6.3.1	Empirische Grundlagen	201
6.3.2	Teilhabeorientierung	204
6.4	Impulse für die Praxis	206
6.5	Weiterer Forschungsbedarf	209
7	Fazit	213
	Literatur	217

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Selbstbeschreibung des aktuellen Zustandes	65
Abb. 2	Klientenbefragung	103
Abb. 3	Therapeutenbefragung	106
Abb. 4	Soziodemographie und Eingangsmerkmale der Klienten	109
Abb. 5	Behandlungsplanung	110
Abb. 6	Behandlungsdurchführung	111
Abb. 7	Behandlungserfolge	111
Abb. 8	Datenbasis der prozessbegleitenden Erhebungen in der MOKO	116
Abb. 9	Alter der Klienten	117
Abb. 10	Geschlecht der Klienten	118
Abb. 11	Partnerbeziehung bei Betreuungsbeginn	118
Abb. 12	höchster bisher erreichter Schulabschluss	119
Abb. 13	Erwerbstätigkeit in den letzten sechs Monaten vor Betreuungsbeginn	120
Abb. 14	Lebenszufriedenheit	121
Abb. 15	Zufriedenheit mit der Partnerschaft bzw. familiären Situation	121
Abb. 16	Zufriedenheit mit dem Freundes- oder Bekanntenkreis	122
Abb. 17	Abhängigkeitsdauer in Jahren	122
Abb. 18	länger andauernde Abstinenzperioden	123
Abb. 19	Suchtdiagnosen zusammengefasst	124
Abb. 20	diagnostizierte Symptombereiche	125
Abb. 21	Person oder Einrichtung, die den Anstoß zur Behandlung gegeben hat	125
Abb. 22	Anzahl der bisherigen stationären Entgiftungen	126
Abb. 23	frühere Entwöhnungsbehandlungen	127
Abb. 24	Anzahl der bisherigen stationären Entwöhnungsbehandlungen nach Geschlecht	127
Abb. 25	Anzahl der bisherigen ambulanten Entwöhnungsbehandlungen nach Geschlecht	128
Abb. 26	Prospektive Therapieplanung ambulantes Modul	129

Abb. 27	Prospektive Therapieplanung stationäres Modul	129
Abb. 28	Prospektive Therapieplanung ganztägig ambulantes Modul	130
Abb. 29	ambulanter Beginn der MOKO	130
Abb. 30	Haltequote im (teil-)stationären Modul	131
Abb. 31	Wechsel vom (teil-)stationären in das poststationäre ambulante Modul	131
Abb. 32	Haltequote poststationäres ambulantes Modul	132
Abb. 33	Aussage: „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit“	134
Abb. 34	zeitlich überwiegende Wohnsituation in den letzten sechs Monaten	134
Abb. 35	Korrelation „Wohnsituation in den letzten sechs Monaten“ und Aussage „Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“	135
Abb. 36	bisherige stationäre Entgiftungen	136
Abb. 37	bisherige stationäre Entgiftungen – klassiert	137
Abb. 38	Korrelation „bisherige stationäre Entgiftungen – klassiert“ und Aussage „Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“	138
Abb. 39	Abschluss der letzten stationären Entgiftung	139
Abb. 40	Korrelation „frühere Entwöhnungsbehandlungen“ und Aussage „Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“	139
Abb. 41	Abschluss der letzten ambulanten Entwöhnungsbehandlung	140
Abb. 42	Abschluss der letzten stationären Entwöhnungsbehandlung	140
Abb. 43	Abschluss der letzten ganztägig ambulanten Entwöhnungsbehandlung	140
Abb. 44	Korrelation „bisherige ambulante Entwöhnungsbehandlungen“ und Aussage „Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“	141
Abb. 45	Korrelation „bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlungen“ und Aussage „Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“	142
Abb. 46	Korrelation „bisherige ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlungen“ und Aussage	

	„Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“	143
Abb. 47	Korrelation „bisherige Substitutionsbehandlungen“ und Aussage „Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“	144
Abb. 48	Kontakte zu Hilfeeinrichtungen	145
Abb. 49	Mehrfachantworten – Kontakte zu Hilfeeinrichtungen	145
Abb. 50	Korrelation „Kontakte zu Hilfeeinrichtungen“ und Aussage „Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“	146
Abb. 51	bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlungen	148
Abb. 52	Abschluss der letzten stationären Entwöhnungsbehandlung	149
Abb. 53	Aussage: „Die für diesen Klienten durchgeführte tagesklinische oder stationäre Behandlungszeit war Ihrer Meinung nach...“	150
Abb. 54	überwiegender Grund für die nicht-reguläre Beendigung	151
Abb. 55	Einschätzung zur Eignung des therapeutischen Behandlungsrahmens der (Tages-) Klinik	152
Abb. 56	Arbeitsbündnis zwischen Klient und Therapeut während der Behandlung	152
Abb. 57	Aufbau einer therapeutischen Beziehung zwischen Klient und Therapeut	153
Abb. 58	Abschluss der letzten ambulanten Entwöhnungsbehandlung	154
Abb. 59	Abschluss der letzten stationären Entwöhnungsbehandlung	154
Abb. 60	bisherige ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlungen	154
Abb. 61	Aussage: „Nach vorangegangenen Behandlungen ist eine alleinige stationäre Langzeitmaßnahme nicht erforderlich“ – nur Fälle mit früheren Entwöhnungsbehandlungen	155
Abb. 62	Einsicht in die Alkoholabhängigkeit	157
Abb. 63	Abstinenzprognose	157
Abb. 64	Änderungsmotivation	158
Abb. 65	Dauer der letzten Abstinenzphase in Wochen	159
Abb. 66	Jahr der letzten Abstinenzphase	160
Abb. 67	Korrelation „Dauer der letzten Abstinenzphase“ und „Jahr der letzten Abstinenzphase“	161
Abb. 68	Korrelation „frühere Entwöhnungsbehandlung“ und „längere Abstinenzperioden“	162

Abb. 69	Korrelation „bisherige stationäre Entgiftungen – klassiert“ und „längere Abstinenzperioden“	163
Abb. 70	Einschätzung zur Eignung des therapeutischen Behandlungsrahmens der (Tages-)Klinik	165
Abb. 71	Rückfall während der (teil-)stationären Behandlung	165
Abb. 72	Aussage: „Der Klient scheint für die Integration in sein soziales Umfeld gefestigt“	165
Abb. 73	Aussage: „Der Klient ist bereit und in der Lage, abstinenz zu leben und suchtmittelfrei regelmäßig am ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen“	166
Abb. 74	Aussage: „Eine ambulante Weiterbehandlung erscheint erfolgsversprechend und eine (teil-)stationäre Behandlung ist nicht mehr erforderlich“	166
Abb. 75	Aussage: „Die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung ist vorhanden“	167
Abb. 76	Aussage: „Die Abhängigkeitserkrankung sowie deren Begleit-/Folgeerkrankungen im psychischen Bereich lassen den Wechsel in die ambulante Entwöhnungsbehandlung inzwischen zu“	167
Abb. 77	Aussage: „Die Abhängigkeitserkrankung sowie deren Begleit-/Folgeerkrankungen im körperlichen Bereich lassen den Wechsel in die ambulante Entwöhnungsbehandlung inzwischen zu“	168
Abb. 78	Aufrechterhalten der erzielten positiven Veränderungen	168
Abb. 79	Fortführung der Behandlung in der Fachambulanz notwendig und sinnvoll	169
Abb. 80	ambulanter Beginn der MOKO geplant	170
Abb. 81	Familiensituation bei Betreuungsbeginn	171
Abb. 82	Partnerbeziehung bei Betreuungsbeginn	171
Abb. 83	zeitlich überwiegende Lebenssituation in den letzten sechs Monaten	172
Abb. 84	Arbeitslosigkeit dichotom – nur Fälle mit ambulatem Rehabilitationseingang	172
Abb. 85	Anzahl an Personen (einschließlich Familie) auf deren Hilfe Verlass ist – nur Fälle mit ambulatem Rehabilitationseingang	173

Abb. 86	Freizeitkontakte – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang	173
Abb. 87	Aussage: „Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen“ – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang	173
Abb. 88	Aussage: „Ich fühle mich häufig ausgeschlossen und allein“ – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang	174
Abb. 89	Aussage: „Ich vermisse häufig die Gesellschaft anderer Menschen“ – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang	174
Abb. 90	Aussage: „Mit meinen Mitmenschen habe ich wenig gemeinsam und ich finde wenig Verständnis“ – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang	174
Abb. 91	Aussage: „Wenn ich alltägliche Probleme habe, gibt es immer jemanden, mit dem ich darüber reden kann“ – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang	175
Abb. 92	Aussage: „Es gibt Menschen, an die ich mich wenden kann und auf die Verlass ist“ – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang	175
Abb. 93	zeitlich überwiegende Wohnsituation in den letzten sechs Monaten – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang	176
Abb. 94	Einsicht in die Alkoholabhängigkeit – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang	176
Abb. 95	Abstinenzprognose – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang	176
Abb. 96	Änderungsmotivation – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang	177
Abb. 97	Aussage: Eine langzeitstationäre Rehabilitation wird durch besondere soziale Verpflichtungen (Partnerschaft, Familie...) verhindert.	178
Abb. 98	Korrelation „arbeitslos – ja oder nein“ und Aussage „Eine langzeitstationäre Rehabilitation wird durch die Arbeitssituation verhindert“	179
Abb. 99	Gütekriterien des Modells	181
Abb. 100	Determinanten des Abbruchs der MOKO (finalees logistisches Regressionsmodell)	181
Abb. 101	Cluster „soziale Integration“	183

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
Bado	Basisdokumentation Sucht
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BEG	Belastungserprobungsgruppe
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
buss	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGRW	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Groups
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EbM	Evidenzbasierte Medizin
ETM	Evidenzbasierte Therapiemodule
EVS	Alkoholentwöhnung im Verbundsystem
FDR	Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V.
FVS	Fachverband Sucht e. V.

ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
LVA	Landesversicherungsanstalt
MOKO	Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund
QZ	Qualitätszirkel
RKI	Robert Koch Institut
RMK	Rehabilitanden-Management-Kategorien
RSD	Reha-Statistik-Datensatz
SGB	Sozialgesetzbuch
VA	Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
VFRNB	Verein zur Förderung der Rehabilitation in Niedersachsen und Bremen
WHO	World Health Organization

Vorwort

Abhängigkeitserkrankungen und schädlicher Substanzkonsum stellen in unserer Gesellschaft nach wie vor ein bedeutendes epidemiologisches, gesundheitliches und volkswirtschaftliches Problem dar. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) gibt allein für die erwachsene Bevölkerung 1,3 Mio. Menschen an, die behandlungsbedürftig alkoholabhängig sind. Hinzu kommen 2,7 Millionen Menschen mit einem schädlichen Alkoholkonsum (Missbrauch) (DHS 2010¹). Berücksichtigt man die Kinder und PartnerInnen von Menschen mit Alkoholproblemen, beläuft sich die Zahl der von diesem Problem Betroffenen allein in Deutschland auf über 10 Millionen Menschen. Dieser Problematik entgegen zu treten und Strategien zur Gesundheitsförderung wie auch speziell Suchtprävention zu entwickeln, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Erziehungswissenschaften, deren Fokus in dieser Arbeit in einem transdisziplinären Verständnis im Mittelpunkt steht, spielen für die Suchthilfe eine besondere Rolle, stellen doch die SozialpädagogInnen/SozialarbeiterInnen die größte Berufsgruppe in diesem sozialen Arbeitsfeld dar (Dollinger/Schmidt-Semisch 2007; Sonntag/Pfeiffer-Gerschel 2009).

Einen besonderen Stellenwert nimmt in der Suchtprävention wie auch in der Sucht- und Drogenpolitik die berufliche, so genannte „professionelle“ Suchthilfe ein. Diese setzt zeitgemäße Ansätze der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention um (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). In der Behandlung von Suchtkranken wiederum spielen die legalen Süchte (Medikamente, Tabak, Alkohol) die größte Rolle, betrachtet man die Anzahl der Betroffenen sowie die Anzahl der Hilfeangebote. Nachvollziehbar und folgerichtig treten in diesem Kontext immer wieder auch Fragen nach der optimalen Ausgestaltung dieser Hilfeangebote sowie nach deren Qualität, Effektivität und Effizienz auf.

1 Die Literatur kann bei den Autoren angefragt werden.

In diesem Zusammenhang ist in den letzten Jahren immer deutlicher geworden, dass das häufig verbreitete und institutionenbezogene Denken und Handeln einer zeitgemäßen Behandlung nicht mehr genügt (u. a. FVS 2009; Geyer et. al 2006; Tielking 2000; Tielking/Kuß 2003; Tielking 2005; Korte et al. 2008). Vielmehr sind vor dem Hintergrund der sehr komplexen Abhängigkeitserkrankungen mit häufig langjährigen Krankheitsverläufen ambulant-stationär kombinierte und auf die individuellen Bedarfe ausgerichtete Behandlungsangebote erforderlich. Zur Konzeption von Kombinationsbehandlungen und Verbundarbeit in der Suchthilfe wurden an der Carl von Ossietzky Universität, AG Devianz, diverse Forschungsprojekte erfolgreich durchgeführt und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Suchthilfe zur Diskussion gestellt. Seit 2009 wird das Rahmenkonzept der „Kombi-Nord“ in Niedersachsen, Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern durch die Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung vorgegeben und bundesweit sind diverse Kombi-Konzepte eingeführt worden (Korte et al. 2008; Weiler et. al. 2010). Umso wichtiger ist es, dass weitere Forschungen zu bisher offen gebliebenen Fragen durchgeführt werden. Einer dieser Fragekomplexe ist auf die Zielgruppe der Kombi-Therapien zu richten, u. a.: Für wen sind Kombi-Therapien geeignet? Nach welchen Kriterien sollen BeraterInnen und TherapeutInnen entscheiden, in welche Behandlungsform Hilfesuchende überwiesen werden sollen?

In der hier vorliegenden Arbeit wird dieses Forschungsthema aufgegriffen und es werden Möglichkeiten und Grenzen systematischer Zuweisungsentscheidungen in der Modularen Kombinationsbehandlung in den Mittelpunkt gestellt. Damit wird ein hoch relevantes, aktuelles und zugleich anspruchsvolles Thema aus der Suchthilfepraxis und -forschung erörtert und weiterer Entwicklungsbedarf aufgezeigt. Themenstellung und Ergebnisse der Arbeit von Kerstin Ratzke verweisen darauf, wie notwendig es ist, dass sich die pädagogische Forschung solcher Problem- und Fragestellungen aus der Suchtforschung annimmt und sie nicht – wie bisher üblich – der medizinischen Wissenschaft oder dem bloßen Gesundheitsmanagement überlässt. Nur so kann vermieden werden, dass dieses Feld der Gesundheitswissenschaften nicht medizinisch-technisch oder administrativ-ökonomisch verkürzt dargestellt und bearbeitet wird. Im Forschungs- und Handlungsfeld der Suchthilfe vermittelt die Erziehungswissenschaft aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive nämlich nicht nur wichtige analytische Erkenntnisse, sie ist auch als handlungsorientierte Wissenschaft wichtig für die Theoriebildung und prakti-

sche Arbeit der zahlreichen SozialpädagogInnen bzw. -arbeiter, die vor allem in den ambulanten Hilfeinrichtungen der Suchtarbeit zu finden sind.

Mit der vorliegenden Studie findet die in den letzten 10 Jahren an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg von den Mitgliedern der AG Devianz geleistete Forschungsarbeit zum Thema „Kombi-Therapie“ ihren vorläufigen Abschluss. Deshalb möchten wir uns als Leiter der AG Devianz bei allen KooperationspartnerInnen (insbesondere den beteiligten MitarbeiterInnen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen und Braunschweig-Hannover, der Lukas Werk Suchthilfe gGmbH, der ambulanten und stationären Suchthilfeinrichtungen) sowie bei unseren MitarbeiterInnen in den jeweiligen Forschungsprojekten – hier insbesondere Kerstin Ratzke – für die ausgesprochen konstruktive und über einen solch langen Zeitraum sehr erfolgreiche Zusammenarbeit herzlich bedanken. Der Dank ist zugleich mit einer Aufforderung und Bitte verbunden, die Entwicklungsarbeit zu neuen Ansätzen in der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, speziell den Kombi-Therapien, unermüdlich fortzusetzen. Dies meint ausdrücklich die Beschäftigung mit primär praxisrelevanten Aspekten (u. a. die ICF-Diagnostik, die Behandlungsplanung unter Einbeziehung der KlientInnen/PatientInnen, das Berichtswesen, Qualitätsentwicklungsmaßnahmen, die Kostenerstattung) wie auch die Bearbeitung forschungsrelevanter Themen (u. a. die Evidenzbasierung, insbesondere die Indikations-, Behandlungs- und Erfolgskriterien). Dieser Aufgaben werden wir uns von Seiten der Hochschule im Sinne eines konstruktiven Praxis-Theoriediskurses auch in Zukunft engagiert annehmen. Dabei hoffen wir weiterhin auf gelungene Kooperationen mit den PraxisvertreterInnen und wünschen allen Akteuren im Sinne der hilfebedürftigen Menschen Beharrlichkeit und Erfolg!

Oldenburg, Januar 2011

Wolf-Dieter Scholz
Knut Tielking

Einleitung

Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit stellen ein Problem von großem individuellem und gesellschaftlichem Ausmaß dar. Der Konsum von Alkohol ist weit verbreitet und anerkannt – die Kulturbedingtheit des Umgangs mit Alkohol gehört zum gesicherten Wissensbestand. Folgen des Konsums jedoch zeigen eine unauflösbare Ambivalenz zwischen kultureller Anpassung und Problemverhalten auf (vgl. Hurrelmann/Settertobulte 2008). Krankheit, eine verkürzte Lebenszeit, Schwierigkeiten in Partnerschaft, Familie und Beruf sowie damit im Zusammenhang stehende psychische Belastungen wie Scham oder der Verlust des Selbstwertgefühls sind alkoholbedingte Problemlagen auf der Seite des Individuums. Auf gesellschaftlicher Ebene resultieren daraus immense volkswirtschaftliche Schädigungen durch Krankheitszeiten, Arbeitsunfähigkeit, frühzeitige Verrentung und Kosten für die Gesundheitsversorgung oder Integration von devianten Gruppen. In Anbetracht dieses hohen, mehrdimensionalen Ausmaßes der Konsequenzen von Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit ist es umso wichtiger, sich neben den Ursachen, Folgen und Präventionsmaßnahmen insbesondere auch mit den gegebenen Hilfeansätzen und Versorgungsstrukturen zu befassen, um die Brisanz der individuellen, sozialen und gesellschaftlichen Probleme abzumildern.

Als fester Bestandteil der Alltagskultur ist zumindest der moderate Konsum von Alkohol weithin üblich oder akzeptiert. Nur wenige Menschen negieren den Konsum absolut. Nach Angaben des Epidemiologischen Suchtsurveys von 2006 leben 3,1 % der befragten 18 bis 64-jährigen Erwachsenen lebenslang abstinent (vgl. Pabst/Kraus 2008: 36). Der Pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol lag im Jahr 2008 in Deutschland bei durchschnittlich 9,9 Litern reinem Alkohol (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS²) 2010: 24).

2 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Fließtext auch Abkürzungen verwendet. Diese werden jeweils bei ihrer ersten Verwendung in Klammer eingeführt. Alle erläuterten Abkürzungen sind in das Abkürzungsverzeichnis dieser Arbeit aufgenommen.

Zwar nimmt der Verbrauch seit Jahren tendenziell ab, 1990 lag er noch bei 12,1 Litern, doch hat die Bundesrepublik hier im europäischen Vergleich nach wie vor eine Spitzenposition inne. Eine höhere Konsumrate weisen lediglich Luxemburg, Irland, Ungarn und Tschechien auf. (Vgl. DHS 2010: 30) Insgesamt gelten in Deutschland zehn Millionen Menschen als behandlungs- oder zumindest beratungswürdig (vgl. Mann 2008: 41).

Vergegenwärtigt man sich, dass 10 % der deutschen Bevölkerung die Hälfte der alkoholischen Getränke konsumieren und 7,9 % als riskante, 2,4 % als gefährliche und 0,4 % als hochkonsumierende Trinker gelten^{3 4} (vgl. Fachverband Sucht (FVS) 2008; Hüllinghorst 2008: 39; Pabst/Kraus 2008: 38), wird deutlich, dass es vielmehr individuelle Trinkmuster sind, welche die Brisanz ausmachen und Potential für Gesundheitsgefährdungen oder Folgeschäden besitzen.

Abhängig von Trinkhäufigkeit und Menge des Konsums sind unterschiedliche Konsequenzen zu beobachten. Ein seltener, aber überhöhter Alkoholkonsum kann insbesondere die Gefahr von Alkoholvergiftungen sowie durch eingeschränkte Sinneswahrnehmungen eine erhöhte Unfallgefahr für Konsumenten und Unbeteiligte, häufig auch Aggression und Gewalt fördern. Über einen längeren Zeitraum übermäßiger, chronischer Alkoholkonsum steht im Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für Krebs oder Organschädigungen, wie z. B. Veränderungen der Leber, der Bauchspeicheldrüse oder des Herzens. Als psychische Krankheitsfolgen sind bspw. Stimmungsschwankungen, Angstzustände oder Depressionen zu nennen. Diese individuellen physischen und psychischen Problemlagen stehen nicht selten mit immensen Krankheitsfolgen sowohl im sozialen Umfeld der Betroffenen als auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene in Zusammenhang. So bedingt ein fortdauernder übermäßiger Alkoholkonsum oft auch Konflikte im Freundes- und Familienkreis und Probleme finanzieller Art oder zieht Schwierigkeiten im

3 Die Angaben des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 (vgl. Pabst/Kraus 2008: 36) bezüglich des Konsums von Alkohol in den letzten 30 Tagen wurden hier hochgerechnet auf die Situation in der Bundesrepublik (vgl. Pabst/Kraus 2008; FVS 2008). Ausführliche Ausführungen zur Repräsentativität der Erhebung sowie den methodologischen Grundlagen finden sich bei Kraus/Baumeister (vgl. 2008).

4 Ein riskanter Alkoholkonsum liegt vor, wenn Frauen 20–40 g und Männer mehr als 30–40 g reinen Alkohol pro Tag konsumieren. Ein gefährlicher Gebrauch liegt vor, wenn die tägliche Trinkmenge über 60 g reinem Alkohol bei Männern und 40 g Alkohol bei Frauen liegt (vgl. DHS 2003).

Beruf nach sich. Schließlich sind von derartigen Konsequenzen im privaten und persönlichen Bereich auch Einrichtungen des Sozialwesens, die Polizei und Justiz betroffen. Sie werden hinzugezogen, wenn bspw. alkoholassoziierte Gefährdungen des Straßenverkehrs, Unfälle im Beruf, Gewalt und Ruhestörung auftreten. (Vgl. DHS 2003, 2007; Robert Koch Institut (RKI) 2008)

Auch anhand sozioökonomischer Parameter lässt sich nachvollziehen, welche Bedeutung dem Alkoholkonsum im Zusammenhang mit Gesundheitsgefährdungen und Folgeschäden beizumessen ist. Alkoholkonsum und damit assoziierte Krankheiten führen direkt zu Behandlungsausgaben oder Kosten für die Überwindung von gesundheitlichen Einschränkungen. Weiterhin fallen indirekte, volkswirtschaftliche Kosten an, zieht man den Produktivitätsverlust infolge von Krankheit, Individualität und Tod in Betracht (vgl. Tielking/Ratzke 2007). Für das Jahr 2002 wurden die Kosten alkoholbezogener Morbidität und Mortalität auf insgesamt 24,4 Milliarden Euro geschätzt. Darunter verteilen sich 8,4 Milliarden Euro direkte alkoholbedingte Kosten auf ambulante und stationäre Behandlungen, direkte nicht medizinische Kosten und Rehabilitation⁵. 16 Milliarden Euro entfallen auf indirekte Kosten im Zusammenhang mit Todesfällen, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung. (Vgl. DHS 2010: 34f.)

Die Daten und Fakten zur Epidemiologie und den sozio-ökonomischen Konsequenzen zeigen auf, wie folgenreich unter individuellen und gesellschaftlichen Aspekten übermäßiger und überhöhter Konsum von Alkohol ist. Die krankhaften und lebensbedrohlichen Folgen verweisen zugleich auf die Notwendigkeit, entsprechend vielfältige Hilfsangebote und Unterstützungsmöglichkeiten vorzuhalten. Gleichzeitig sind bestehende Angebote fortlaufend zu verbessern, um den Belastungen der Betroffenen entgegenzuwirken und die weitreichenden volkswirtschaftlichen Konsequenzen einzudämmen. Insofern stellt sich gesellschaftlich die Aufgabe, Bedingungen zu schaffen, die eine sinnvolle Präventionsarbeit ermöglichen, insbesondere aber auch effektive und effiziente Versorgungsstrukturen zu etablieren, die Betroffene bei der Bewältigung und Behandlung ihrer Alkoholproblematik unterstützen.

5 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Verlauf der Arbeit nicht ständig der Begriff medizinische Rehabilitation verwendet, sondern auch – kurz – Rehabilitation oder Reha. Sofern nicht explizit darauf verwiesen wird, sind jedoch stets medizinische Rehabilitationen, d. h. Entwöhnungsbehandlungen in Zuständigkeit der Rentenversicherung, gemeint.

Die Bedeutung der Erziehungswissenschaft ist in diesem Kontext evident. Es gehört im Themenfeld Gesundheit zu ihrer Aufgabe – theoretisch wie anwendungsorientiert – (sozial-)pädagogische Zusammenhänge zu reflektieren und auf die Gestaltung von Bildungsprozessen oder die erzieherische und (sozial-) pädagogische Praxis hinzuwirken (vgl. Raithel u. a. 2007).⁶ Dass erziehungswissenschaftliche Perspektiven dabei in jedem Feld der Aufgabentrias „Beratung, Behandlung und Prävention“ von Bedeutung sind, wird im weiteren Verlauf detaillierter dargelegt (vgl. Kap. 1).

Die vorliegende Arbeit ist in diesem Kontext entstanden. In ihrem Mittelpunkt stehen die Rehabilitation von Alkoholabhängigen und die vor Beginn zu bewältigende Aufgabe der Zuweisung in die Leistungs- und Behandlungsangebote. Mit dem Begriff Zuweisung wird die Vermittlung oder Hinführung von Klienten⁷ in Rehabilitationsverfahren bezeichnet. Die konventionell verbreiteten Begriffe Indikation und Indikationsstellung werden nur eingeschränkt verwendet – dies wird im weiteren Verlauf noch näher erläutert (vgl. Kap. 3.3).⁸

Die Arbeit prüft – im Verständnis einer handlungsorientierten Erziehungs- und Sozialwissenschaft – die bestehenden Vorgaben hinsichtlich ihrer Adäquatheit für die praktische Anwendung in der Rehabilitation und geht der Frage nach, ob bzw. inwiefern Möglichkeiten bestehen, Zuweisungsentscheidungen zu systematisieren.

6 In dieser Arbeit wird der Terminus Erziehungswissenschaft in Anerkennung der spezifischen Doppeldeutigkeit – Erziehungswissenschaft als Forschungsdisziplin und als Lehre von der Gestaltung von Bildungs- und Erziehungszusammenhängen – verwendet. Zwar werden die Begriffe im gegenwärtigen Sprachgebrauch häufig synonym genutzt, jedoch zumindest in der historischen Rückschau wird der Begriff Pädagogik allein auf die pädagogische Praxis und das Wissen der Praxis bezogen (vgl. Grunert 2006: 152).

7 Zu Gunsten einer vereinfachten und besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit, soweit nicht explizit anders herausgestellt, der Begriff Klient verwendet. Seine Verwendung bezieht sich allgemein auf die Adressaten der medizinischen Rehabilitation bzw. der Kombi-Behandlung. Die Bezeichnung Klient wird i. d. R. im ambulanten Bereich verwendet und betont die Kundenperspektive der Betroffenen. Im stationären Setting ist der Begriff Patient geläufig – er hebt damit insbesondere auf die ärztliche Behandlung ab.

8 Der Begriff Indikation, definiert als Grund zur Anwendung eines bestimmten diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens (vgl. Psyhrembel 2007: 905), besitzt primär medizinischen Duktus. Für den Zusammenhang dieser Arbeit greift dies – wie noch darzulegen ist – zu kurz. Sofern es sich nicht um Zitate handelt oder explizit die MOKO-Indikationskriterien (vgl. LVA Hannover 2005) gemeint sind, werden im weiteren Verlauf anstelle von Indikation und Indikationsstellung die Begriffe Zuweisung bzw. Zuordnung und Allokation verwendet.

Den Ausgangspunkt für diese Arbeit stellt das Modellprojekt „Wissenschaftliche Begleitung der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe und ihrer externen Kooperationspartner“ dar. Die Arbeitsgruppe (AG) Devianz der Universität Oldenburg hat hier unter finanzieller Förderung der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH in Wolfenbüttel und der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Braunschweig-Hannover die wissenschaftliche Begleitforschung zur Modularen Kombinationsbehandlung (MOKO) übernommen (vgl. Ratzke u. a. 2006; Korte u. a. 2008). In den Jahren 2005 bis 2008 wurde das im Feld der Rehabilitation von Alkoholabhängigen angesiedelte Forschungsvorhaben realisiert. Die neuen Strukturen und Prozesse der Aufbau- und Ablauforganisation der MOKO wurden eingeführt und auf ihren Beitrag zur Flexibilisierung und Individualisierung von Alkoholentwöhnungsbehandlungen untersucht.

Die nun vorliegende Arbeit basiert auf diesen grundlegenden Ausarbeitungen (Untersuchungsdesign, Erhebungsinstrumente), geht jedoch insgesamt deutlich darüber hinaus. Sie knüpft an die bisher gesicherten Erkenntnisse an und verdichtet diese unter einer zentralen Perspektive. Das Thema Zuweisung wird als eine für Rehabilitationsverfahren entscheidende und für Kombinationsbehandlungen⁹ bisher noch nicht ausführlich bearbeitete Dimension behandelt.

Durch die für die MOKO vorgegebenen Indikationskriterien (vgl. Kap. 3.4) besteht erstmals mit dieser Arbeit die Möglichkeit, die Zuweisung in eine Kombinationsbehandlung empirisch zu untersuchen. Im weiteren Verlauf enthält die Arbeit eine kritische Auseinandersetzung über die Möglichkeiten und Grenzen, Zuweisungsverfahren in die MOKO zu systematisieren.

Zunächst erfolgt in den Kapiteln 1 bis 3 eine ausführliche Diskussion der mit dem Thema der Arbeit verbundenen Problemlagen. Kapitel 4 und 5 enthalten den empirischen Teil der hier vorliegenden Arbeit. Im 6. Kapitel werden die Ergebnisse im Hinblick auf die zentrale Fragestellung diskutiert und Schlussfolgerungen für Wissenschaft und Praxis aufgezeigt. Abschließend wird in Kapitel 7 das Fazit gezogen.

9 Kombinationstherapien werden im Verlauf dieser Arbeit auch als Kombi-Behandlungen oder Kombi-Therapien bezeichnet. Darüber hinaus werden auch Begriffe wie Verbundbehandlung, Verbundarbeit oder vernetzte Rehabilitation zur Bezeichnung dieses Rehabilitationsangebotes verwendet.

Die Arbeit ist orientiert an den für das Modellprojekt geltenden Rahmenbedingungen. Alle für die Belange dieser Arbeit relevanten Fragestellungen und Themen wurden in die Erhebungsverfahren und standardisierten Befragungsinstrumente des Modellprojektes integriert. Die Verfasserin dieser Arbeit war über die gesamte Laufzeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin mit der Bearbeitung der Studie betraut und hat die entsprechenden Berichte und Erhebungsinstrumente mit erstellt (vgl. Korte u. a. 2008). Die Auswertung der spezifischen Fragestellungen der hier vorliegenden Untersuchung hat allein die Verfasserin dieser Arbeit vorgenommen.

Im Interesse der Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die grammatikalisch männliche Sprachform verwendet. Dies erfolgt jedoch in einem generischen Verständnis. Sofern nicht explizit hervorgehoben, gelten alle personenbezogenen Angaben oder Personenbezeichnungen für Frauen und Männer gleichermaßen.

1 Abhängigkeitserkrankungen – Krankheitskonzept, Versorgungssystem und die Rehabilitation von Alkoholabhängigen

„Zu welcher Behandlung raten Sie einem suchtkranken Freund?“ – fragt Ralf Schneider, Vorstandsvorsitzender des Fachverbandes Sucht (FVS) e. V., vor dem Hintergrund seiner Überlegungen zur Qualität von Suchtbehandlungen (vgl. Schneider 2007). Antworten auf diese Frage sind vielfältig und insbesondere durch den Standpunkt des Ratgebers im Verhältnis zum Behandlungssystem geprägt – Vertreter des Kosten- und Leistungsträgers bspw. dürften hier andere Antworten formulieren als Behandler. Auch Suchtberater oder -therapeuten müssen Fragen dieser Art immer wieder, und zwar professionell, d. h. suchttheoretisch fundiert und unter Beachtung der individuellen Bedarfe und gegebenen Rahmenbedingungen, begründen. Ihre Anamnese, Hinweise zu Schwerpunkten in der Rehabilitation und die Empfehlung eines Leistungsangebotes stehen am Anfang der Suchtbehandlung und in engem Zusammenhang mit der anschließenden Zuweisung in eine Rehabilitationsleistung durch den Kosten- und Leistungsträger.

Nachfolgend wird grundlegend in das Phänomen Alkoholabhängigkeit, das Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke und die Rehabilitation im Rahmen von Kombinationsbehandlungen eingeführt. Außerdem werden Konzeptionen und systematische Ansätze für Zuweisungsentscheidungen in der Rehabilitation vorgestellt und hinsichtlich ihres Zielgedankens differenziert betrachtet.

1.1 Alkoholabhängigkeit als Gegenstand erziehungswissenschaftlicher Forschung und Praxis

Zur Versorgung alkoholabhängiger Menschen existiert ein differenziertes und mit unterschiedlichen Zuständigkeiten und Vernetzungen zu anderen Angeboten und Einrichtungen ausgestattetes Hilfesystem – das Suchthilfe-

system (vgl. DHS 2010: 151ff.). Als Teilsystem des Sozial- und Gesundheitssystems ist die Suchthilfe ein Feld praktischer wie auch theoretischer erziehungswissenschaftlicher Beschäftigung. Sie lässt sich unterteilen in die Bereiche Beratung, Behandlung und Prävention.¹⁰

Forschungsbezogen setzt sich Erziehungswissenschaft im Feld der Suchthilfe zum einen mit handlungsorientierten oder handlungsfeldbezogenen Fragen der Vermeidung, Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit und zum anderen den damit einhergehenden Hilfemöglichkeiten, d. h. den Strukturen und Verfahren im System Suchthilfe, auseinander. „Untersuchungsgegenstände“ sind damit sowohl Personen oder spezifische Zielgruppen als Adressaten der Suchthilfe, Institutionen und Organisationen des Suchthilfesystems als auch die darin fachlich und professionell Tätigen (vgl. Lüders 2006: 466ff.).

Mit Blick auf die Praxis zeigt die Suchthilfe ebenfalls ein vielfältiges Arbeitsfeld auf – sie umfasst Leistungen der Prävention, der Akutversorgung, der Rehabilitation, der Integration und der Selbsthilfe. Die Bezeichnungen der Leistungsbereiche besitzen in diesem Kontext eine rechtliche Prägung, da sich mit ihnen berufsgruppenspezifische Tätigkeitszuschnitte verbinden: „Zur Ausübung von Heilkunde sind in Deutschland bisher nur 3 Berufsgruppen berechtigt, nämlich Ärzte, approbierte Psychotherapeuten und Heilpraktiker. Andere Berufsgruppen fungieren als Heilhilfspersonen, wie z. B. Krankenschwestern und Pfleger. In der Versorgung Suchtkranker bilden aber die Sozialpädagogen die größte Berufsgruppe, die rechtlich selbständig nur eine Beratung durchführen darf“ (Soyka/Küfner 2008: 310).

Daten der Deutschen Suchthilfestatistik zu den beteiligten Berufsgruppen konkretisieren die Eingebundenheit und Relevanz der Erziehungswissenschaft in die Suchthilfe: In ambulanten Hilfeeinrichtungen bspw. gehören 69 % der therapeutisch Beschäftigten den Berufsgruppen Sozialpädagoge oder Sozialarbeiter an (vgl. Sonntag 2007: S14). In stationären Einrichtungen für legale Substanzen sind 13 % der Bediensteten Sozialarbeiter und Sozialpäda-

10 Das Suchthilfesystem lässt sich weiter untergliedern. Es umfasst bspw. auch niedrigschwellige Angebote wie die Frühhilfe, Wohnprojekte oder die Selbsthilfe, welche als Zusammenschluss der Gemeinschaft von Bürgern ebenfalls relevant ist (vgl. DHS 2010: 153). Eine differenzierte Betrachtung ist jedoch an dieser Stelle verzichtbar, in der vorliegenden Arbeit steht der Bereich der Behandlung im Mittelpunkt.

gogen, im illegalen Bereich sind sie mit 17 % sogar die am stärksten vertretende Berufsgruppe (vgl. Sonntag 2007: S47ff.).

Die Angaben zeigen den zentralen Stellenwert der Berufsgruppe der Sozialpädagogen oder -arbeiter in der Suchthilfe auf. (Sozial-)Pädagogische und sozialarbeiterische Tätigkeiten sind dabei insgesamt vielfältig. Für den Bereich der Behandlung resp. Rehabilitation, welcher im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht (vgl. Kap. 1.5), lassen sich als Kernaufgaben anführen:

- die Klärung des sozialen und beruflichen Status
- die Entwicklung von Ausbildungs- und beruflichen Perspektiven
- Schuldnerberatung
- Alltagsorientierung in der Klientenbetreuung
- Antragstellung und Vermittlung von Maßnahmen

(vgl. Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. (FDR) 1997: 58).

Letztgenannter Aspekt verweist unmittelbar auf das Thema der hier vorliegenden Arbeit – die Zuweisungsentscheidung. Als Teil der Antragstellung und Vermittlung gehört sie zur Behandlungsvorbereitung und somit auch zur Aufgabe (sozial-)pädagogischen oder sozialarbeiterischen Personals.

1.2 Das multifaktorielle Krankheitsverständnis von Alkoholabhängigkeit

Zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von missbräuchlichem oder abhängigem Alkoholkonsum existieren verschiedene somatisch-medizinische, psychologische und soziologische Modelle (vgl. Soyka/Küfner 2008: 20ff.). Sie alle basieren grundlegend auf einem spezifischen Krankheitsverständnis bzw. Verständnis von Abhängigkeit und ihrem Behandlungsprozess. Die WHO definierte 1964 den Begriff drug dependence als Zustand physischer und psychischer Funktionseinschränkung und empfahl ihn durch Zusammenstellung mit der jeweiligen psychotropen Substanz als stoffgebundene Abhängigkeit zu verwenden (vgl. DHS 2003). Mit der Anerkennung der (Trunk-)Sucht als Krankheit im Jahr 1968 und der Zuständigkeit von Krankenkassen und der Rentenversicherung für die Behandlung seit dem Jahr 1978 wurde diese Sichtweise auch in Deutschland etabliert (vgl. DHS 2003). Sie begründet zum einen eine medizinische Verantwortlichkeit in der Behandlung, zum anderen den Anspruch auf Behandlung.

Die Behandlung ist – vor dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Bedingungsmodells für die Entstehung einer Suchterkrankung (vgl. Schuntermann 2003; Geyer u. a. 2006) – ganzheitlich orientiert und schließt medizinische, psychiatrische, psychotherapeutische und soziale Hilfen ein. Die Behandlung des multifaktoriellen Bedingungsgefüges der Suchterkrankung wird somit als interdisziplinäre Aufgabe aufgefasst, die durch Ärzte und Psychologen, aber auch Sozialpädagogen und -arbeiter ausgeführt wird.

Diese Charakteristik geht einher mit den im Verlauf des 20. Jahrhunderts gesammelten Erkenntnissen darüber, dass gesellschaftlich dominante Krankheitsbilder – zu denen Suchterkrankungen aufgrund ihrer Prävalenz gehören – eng verbunden sind mit den Bedingungen der Lebensführung. Physische, psychische, soziale und ökologische Belastungen werden als Folge der modernen Lebensweise verstanden und nicht (mehr) allein vor dem Hintergrund individueller, somatischer oder genetischer Dispositionen interpretiert. Gesundheitsprobleme sind danach nur unzureichend durch individuumzentrierte, biomedizinische Zusammenhänge zu erklären. Um der Komplexität von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit gerecht zu werden, bedarf es vielmehr einer dynamischen Perspektive auch unter Beachtung von lebensgeschichtlichen Einflüssen und den Besonderheiten des soziokulturellen und sozioökonomischen Umfeldes (vgl. Homfeldt/Sting 2006: 14; Soyka/Küfner 2008: 20).

Das bio-psycho-soziale Modell ist auch Grundlage für die von der WHO herausgegebene „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (vgl. Dilling u. a. 1991; DIMDI 2005) zur Beschreibung des Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigungen sowie den Umweltfaktoren eines Menschen. In der ICF sind in Erweiterung der allein medizinisch orientierten Klassifikation, der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme“, aktuelle gültige Fassung: ICD-10 (vgl. DIMDI 2010b), zusätzlich Handlungs- und Teilhabeaspekte des Menschen einbezogen, die sich als Kontextfaktoren auf die Gesundheit auswirken.¹¹

11 Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme (ICD)“ ist von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und ermöglicht die weltweit einheitliche Erfassung und Dokumentation von Gesundheitsproblemen. Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ ist ebenfalls eine von der WHO herausgegebene Klassifikation. Sie knüpft an die Krankheitsklassifikation der ICD an und zielt auf die Beschreibung funktionaler Ge-

1.3 Gesundheitsförderung und Prävention

Das oben dargelegte Krankheitsverständnis unterstreicht soziokulturell die Bedeutung von Gesundheit als gemeinschaftliches hohes Gut. Ihre Erhaltung oder Wiederherstellung sind unter kollektiver Perspektive Motiv und Motivation für das Engagement verschiedenster, nicht nur medizinisch-kurativ orientierter Professionen. Raithel u. a. verstehen diesen Zusammenhang als sich im historischen Prozess herausgebildetes positives Gesundheitsideal (vgl. 2007: 237). Dieses kulturabhängige und Wandlungsprozessen unterliegende Ideal spiegelt sich in der 1986 verabschiedeten „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ wider: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“ (WHO 1986).

Der Ansatz der Gesundheitsförderung geht zurück auf das durch Aaron Antonovsky entwickelte Konzept der salutogenetischen Problemwahrnehmung (vgl. Antonovsky 1997). Als Kritik an einer rein pathogenetisch-kurativen Sichtweise der Medizin folgt sein Ansatz nicht allein den Ursachen einer Krankheit und den Möglichkeiten der Beseitigung, sondern richtet den Blick auf Gesundheit und die dafür notwendigen Bedingungen, Ressourcen und schützenden Faktoren. Gesundheit wird dabei verstanden als ein Konstrukt vieler Einflussfaktoren, welches durch entsprechende Rahmenbedingungen und Maßnahmen zu fördern und zu erhalten sei. Maßnahmen der Gesundheitsförderung zielen demnach ressourcenorientiert auf eine Stärkung der protektiven Faktoren. (Vgl. Lützenkirchen 2005: 19f.)

Zu dieser Zielerreichung integriert das Konzept der Gesundheitsförderung sowohl Ansätze, die auf der personalen Ebene und dem individuellen Gesundheitsverhalten ansetzen als auch Leistungen, welche die Strukturen und Bedingungen von gesundheitsrelevantem Verhalten betreffen. In der Terminologie der Gesundheitsförderung sind damit Verhaltens- und Verhältnis-

sundheit unter Einbeziehung des sozialen und ökologischen Umfeldes der Betroffenen (vgl. Perrez/Baumann 2005: 113ff.).

strategien gemeint. Verhaltensstrategien zielen auf den Schutz vor Risikofaktoren und eine kognitive, emotionale und/oder handlungsorientierte Intervention auf personaler Ebene zur Veränderung von „schädlichen“ Lebensweisen. Diese schädlichen Einstellungen und Verhaltensweisen können, dem Ansatz der Gesundheitsförderung nach, geändert werden. Verhältnisstrategien basieren auf der Annahme einer sozialen Bedingtheit von Gesundheit und zielen auf gesundheitliche Belastungen und Ungleichheiten sowie die Beeinflussung von Lebens- und Umweltbedingungen (vgl. Lützenkirchen 2005; Raithel u. a. 2007).

Die einzelnen Strategien finden z. B. Ausdruck in der Gesetzgebung zur Reduktion von Gesundheitsbelastungen, in Leistungen zur Unterstützung von Gesundheitshandeln, in gesundheitsförderlichen Strukturmaßnahmen und in der Förderung von gesundheitsrelevanten Handlungs- und Wahlmöglichkeiten des Einzelnen (vgl. Kaba-Schönstein 2003). Ihre Umsetzung und Realisierung wird als interdisziplinäre Aufgabe verstanden. Sowohl Vertreter aus Politik, Wirtschaft, Praxis als auch aus verschiedenen Disziplinen der Wissenschaft entwickeln konzeptionelle Ideen zu Verhältnis- und Verhaltensmaßnahmen, gestalten das Gesundheitssystem oder erbringen die Leistungen.

Seit den 1980er Jahren arbeiten Vertreter der verschiedenen Teilsysteme im Fach Gesundheitswissenschaften zusammen. In theoretischen, empirischen und anwendungsbezogenen Forschungsarbeiten befassen sie sich „mit den körperlichen, psychischen und gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit, der systematischen Erfassung der Verbreitung von gesundheitlichen Störungen in der Bevölkerung und den Konsequenzen für Organisation und Struktur des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems“ (Hurrelmann/Laaser 2003: 17).

Die Suchthilfe ist ein relevanter Teil der Gesundheitsförderungskonzeption und mit der Umsetzung von Verhältnis- und Verhaltensmaßgaben befasst. Sie konzentriert sich dabei im Wesentlichen auf den Bereich der Prävention (vgl. Caplan 1964) bzw. auf Beratung, Behandlung und Prävention.¹² „Suchtprä-

12 Der Präventionsbegriff von Caplan (1964) differenziert die Bereiche primär, sekundär und tertiär. Neue Entwicklungen der Suchthilfe und die Entstehung weiterer Angebote, wie z. B. die Frühintervention und Motivationstherapien, oder aber Begriffe wie Nachsorge oder Rückfallprävention zeigen, dass insgesamt Unschärfen darin bestehen, den Präventionsbegriff zu definieren. In dieser Arbeit wird dieser umfassende Präventionsbegriff nicht bzw. nicht ohne Rekurs auf die Aufgabentrias Beratung, Behandlung und Prävention verwendet, um begriffliche Verwirrungen zu vermeiden (vgl. Soyka/Küfner 2008: 481).

vention ist integraler Bestandteil der Gesundheitsförderung und kann nicht losgelöst von gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen betrachtet werden“ (FVS 2005: 55). Angebote der Prävention werden klassisch differenziert in primäre, auf die Krankheitsursachen und Ätiologie bezogen, sekundäre, auf die Entstehung und Pathogenese fokussiert, und tertiäre Aktivitäten, die den Krankheitsverlauf in den Blick nehmen (vgl. Waller 2006: 186; Homfeld/Sting 2006: 158).

Der Bereich der Primärprävention befasst sich mit Maßnahmen zur Reduktion des Konsums und der Vermittlung oder Stärkung von Kompetenzen im Umgang mit Suchtmitteln. Ziel ist hier eine frühzeitig ansetzende und dauerhaft erfolgende Intervention.

Sekundärpräventive Ansätze der Suchthilfe zielen auf die Vermeidung von missbräuchlichem Konsum und Chronifizierungen durch Beratung oder Frührehabilitation.

Leistungen der tertiären Prävention richten sich an Abhängigkeitskranke, die eine Stabilisierung in der gesundheitlichen, sozialen und persönlichen Situation, Überlebens- oder Wiedereingliederungshilfen benötigen. Ein wesentliches Feld der tertiären Prävention in der Suchthilfe stellt die im Mittelpunkt dieser Arbeit stehende Behandlung bzw. Rehabilitation (vgl. Kap. 1.5) dar. Rehabilitation ist eine verhältnisbezogene Aktivität im Krankheitsverlauf und intendiert Veränderungen in der Person wie auch in ihrem Verhalten (vgl. Waller 2006: 186). Die für die Gesundheitsförderung charakteristische disziplinenübergreifende Zusammenarbeit gilt auch für den Bereich der tertiären Prävention bzw. Behandlung: „Im Rahmen der Rehabilitation ist eine Verzahnung insbesondere der ärztlichen, psychologischen, psychotherapeutischen, arbeits- und ergotherapeutischen, pädagogischen, diätischen und pflegerischen Leistungen unter Einfluss von Hilfen zur Bewältigung von psychosozialen Problemlagen und zum Abbau von Risikofaktoren erforderlich“ (FVS 2005: 57).

Vertreter der Ökonomie, Verwaltungswissenschaft sowie Natur- und Umweltwissenschaft vervollständigen – dem Ansatz der Gesundheitsförderung entsprechend – die in der Suchthilfe vertretenen Professionen. Sie befassen sich auch über die praktische Arbeit hinaus mit den Ausgangsbedingungen von Abhängigkeit oder ihrer Vermeidung sowie der Entwicklung von Hilfsangeboten und Versorgungsstrukturen.

1.4 Strukturelle Rahmenbedingungen und aktuelle Herausforderungen in der Versorgung von Abhängigkeitskranken

Das oben bereits vor dem Hintergrund eines dreiteiligen Präventionsauftrags angedeutete Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke in Deutschland gilt allgemein als gut ausgebaut und effektiv, sofern die Angebote von den Betroffenen nachgefragt und angenommen werden (vgl. DHS 2007: 146). Schon 1992 hat Wienberg in einem allgemeinen Rahmenmodell der Suchthilfe herausgearbeitet, welche Hilfen und Hilfsmöglichkeiten auf Ebene des Versorgungssystems existieren:

1. Angebote, die sich auf Basis von psycho- und psychotherapeutischen Verfahren primär auf eine Modifikation von Verhalten, Einstellungen, Affekten und Interaktionen der Person beziehen;
2. Interventionen, die sich auf die soziale Situation und das soziale Umfeld der Betroffenen beziehen und eine psychosoziale-psychiatrische Basisversorgung leisten, sowie
3. Hilfen, die primär auf die körperlichen Aspekte der Abhängigkeits-erkrankung und auch als medizinische Basisversorgung zu bezeichnen sind, fokussieren (vgl. Wienberg 1992: 16).

Als zentrales Ergebnis seiner Analyse benannte Wienberg damals die Versäulung der Teilsysteme, d. h. die geringe Verbindung zwischen den drei Bereichen und den Mangel an Kooperation. Beide Aspekte bedingen eine für Abhängigkeitskranke unangemessene oder unzureichende Hilfeleistung. Weiter konnte Wienberg belegen, dass nur ca. 6 % des gesamten behandlungsbedürftigen Klientels in den klassischen Rehabilitationssektor und damit in qualifizierte Behandlungsmaßnahmen gelangen. Die „vergessene Mehrheit“, d. h. Personen im Vorfeld oder im Frühstadium der Abhängigkeit oder aber mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke, verbleibt in der Regel ohne angemessene und nachhaltig wirkende Hilfe. Sie gehört in Teilen zu der Gruppe der so genannten Drehtürpatienten, also denjenigen, die wiederholend in der psychiatrischen Versorgung Behandlungen in Anspruch nehmen. Das Gesamtversorgungssystem für Abhängigkeitskranke ist demnach insgesamt als nicht bedarfsgerecht und hinsichtlich des Zuganges als hochschwierig anzusehen (vgl. Wienberg 1992, 2001).

Diese Systemdiagnose ist in ihren Grundzügen nach wie vor aktuell. Bereits in den einleitenden Ausführungen wurde vor dem Hintergrund der Prävalenz,

Mortalität und Morbidität im Zusammenhang des Alkoholkonsums deutlich, dass der relativ hohe Alkoholgebrauch mit entsprechend hohen Zahlen alkoholbezogener Erkrankungen und Todesfällen sowie damit verbundenen Kosten für die medizinische Versorgung und Lösung sozialer Probleme einhergeht (vgl. DHS 2010: 45).

Die Diskrepanz in der Versorgung Alkoholabhängiger ist auch ersichtlich in der Gegenüberstellung der Anzahl durchgeführter Entwöhnungsbehandlungen und der Anzahl potenziell Behandlungsbedürftiger. Nach Expertenschätzungen kommen jährlich nur maximal 2 % der Betroffenen in eine suchttherapeutische Behandlung (vgl. Weber u. a. 2007: 324). Gleichzeitig wird eine Vielzahl Abhängigkeitskranker aufgrund somatischer Folgeerkrankungen regelmäßig von niedergelassenen Ärzten oder in Krankenhäusern behandelt. Diese Kontakte bedingen einen hohen Ressourcenverbrauch im akutmedizinischen Bereich, ohne dass die eigentliche Suchterkrankung und entsprechende substanzbezogene Störungen nachhaltig behandelt werden (vgl. Weissinger 2006: 59).

Gründe für diese Verhältnisse sind auch in der Infrastruktur angesiedelt – nicht für jeden Alkoholkranken steht unmittelbar ein passgenauer Behandlungsplatz zur Verfügung. Prinzipiell ließe sich das Betreuungsverhältnis allerdings verbessern, würden alkoholassoziierte Erkrankungen frühzeitig erkannt und als diese fachgerecht und suchtmedizinisch behandelt. Untersuchungen zeigen stattdessen eine durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von mehr als zwölf Jahren, ehe die erste stationäre Entwöhnungsbehandlung angetreten wird (vgl. Weissinger 2006: 59).

1.5 Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen

Entwöhnungsbehandlungen werden als Angebote und Leistungen der tertiären Prävention unter den Begriff der medizinischen Rehabilitation gefasst. Da sich das Rehabilitationssystem als „eigenständiger Bereich mit eigenen Institutionen und Arbeitsstrukturen ausdifferenziert“ hat, besitzt der Begriff Tertiärprävention in der Fachdiskussion keinen großen Stellenwert (vgl. Homfeld/Sting 2006: 159). Seine Prägung besitzt der Begriff Rehabilitation vielmehr durch seine sozialrechtliche Einordnung und die mit ihr befassten Professionen und Institutionen.

Für die Durchführung sind allgemein Einrichtungen der professionellen Suchthilfe zuständig, die sich mit Blick auf das formale therapeutische Setting differenzieren lassen. Die stationäre Rehabilitation findet i. d. R. in ausgewiesenen Fachkliniken statt. Ambulante Behandlungen werden in Fachstellen für Sucht und Suchtprävention¹³ durchgeführt. Weiter gibt es ganztägig ambulante bzw. teilstationäre Angebote, die in Tageskliniken realisiert werden, und Adaptionsbehandlungen.¹⁴ Die gesetzliche Rentenversicherung oder die gesetzliche Krankenversicherung sind als Kosten- und Leistungsträger zuständig für die medizinische Rehabilitation und übertragen den Leistungsanbietern einen entsprechenden Behandlungsauftrag (vgl. Frietsch 2004).¹⁵

Traditionell finden Suchtbehandlungen auf Basis eines dualen Systems statt, in welchem zwischen Entgiftung oder Entzug gegenüber Entwöhnung differenziert wird. Während in der Entgiftungs- oder Entzugsbehandlung die Überwindung des Abhängigkeitssyndroms durch Unterbrechung des Alkoholkonsums, Diagnostik und Behandlung der Folgeerscheinungen im Zentrum stehen und – insbesondere in Konzepten der qualifizierten Entgiftung – Krankheitseinsicht und Therapiebereitschaft gefördert werden, haben Entwöhnungsbehandlungen schwerpunktmäßig das Erreichen einer dauerhaften Abstinenz und die Rehabilitation mit Blick auf die Erwerbsfähigkeit zum Ziel (vgl. RKI 2008: 21f.). Diese Unterscheidung spiegelt sich auch in der Trennung der Zuständigkeiten zwischen Kranken- und Rentenversicherung wider. Im Verantwortungsbereich der Krankenversicherung liegen Leistungen, die eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vermeiden sollen (vgl. §11 Abs. 2 SGB V). Rehabilitation meint hier die akutmedizinische Versorgung. Auf

13 Die Bezeichnungen für die Anbieter ambulanter medizinischer Rehabilitation variieren. Auch Psychosoziale Beratungsstellen, Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke und Fachambulanzen Sucht können ambulante Rehabilitationen durchführen, sofern sie eine Anerkennung der Kosten- und Leistungsträger dafür besitzen.

14 Zu Gunsten einer vereinfachten und besseren Lesbarkeit werden die Behandlungssettings ganztägig ambulant resp. teilstationär oder tagesklinisch zusammen mit dem stationären Setting auch allgemein als (teil-)stationär bezeichnet, sofern nicht explizit auf Unterschiede rekurriert wird. Für den Kontext der Arbeit ist die Abgrenzung zwischen (teil-)stationär und ambulant nicht relevant, so dass auf weitere Differenzierungen verzichtet werden kann.

15 Selten kommen auch die gesetzliche Unfallversicherung oder andere Sozialhilfeträger als Leistungsträger in Betracht. Aufgrund der für diese Arbeit geltenden Rahmenbedingungen steht die medizinische Rehabilitation unter Trägerschaft der Rentenversicherung im Mittelpunkt der Erörterungen.

Seiten der Rentenversicherung wird die Rehabilitationsleistung als Förderung der Teilhabe (vgl. § 9 Abs. 1 SGB VI) verstanden.

Mit dem Begriff Teilhabe wird allgemein ein Verständnis über gesellschaftliche Beteiligung, Mitwirkung und Mitbestimmung zum Ausdruck gebracht. Als durch Sozialleistungen untermauertes gesellschaftspolitisches Ziel enthält das SGB IX den Auftrag der Förderung der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Da Abhängigkeitskranke als behindert oder von Behinderung bedroht gelten, stellen die Angebote der Suchthilfe Leistungen zur Teilhabe dar (vgl. § 4 SGB IX).

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt diese Teilhabeförderungsleistungen als medizinische Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie als sonstige und ergänzende Leistungen. Sie sollen den Folgen einer Krankheit bzw. einer körperlichen, geistigen oder seelischen Einschränkung oder Behinderung der Erwerbsfähigkeit entgegenwirken oder helfen, sie zu überwinden. Ziel ist die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit zur Vermeidung des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsprozess. Bei diesen Leistungen steht somit die berufliche und soziale Wiedereingliederung im Zentrum.

Für den Bereich der medizinische Rehabilitation im Bereich Abhängigkeitskrankungen sind die sozialrechtlichen Maßgaben für die Leistungserbringung in der im Jahr 2001 verabschiedeten Vereinbarung „Abhängigkeitskrankungen“ (VA) konkretisiert (vgl. VA 2001). Aus ihr gehen die Rahmenbedingungen der Behandlung sowie die Anforderungen an die Leistungserbringung, auch unter Perspektive der beteiligten Berufsgruppen, hervor.¹⁶

1.6 Zusammenfassung

In den bisherigen Ausführungen wurde grundlegend in das Bedingungsgefüge von Alkoholabhängigkeit sowie in den versorgungssystemischen Um-

16 Im Jahr 2008 trat das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker in Kraft (vgl. Gemeinsames Rahmenkonzept 2008). Das Gemeinsame Rahmenkonzept wurde zwischen der Deutsche Rentenversicherung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen, unter Einbeziehung der Wohlfahrtsverbände und Suchtfachverbände, verabschiedet, baut auf der VA aus dem 2001 auf und beschreibt detailliert die Ziele, Voraussetzungen und Zielgruppen sowie die Anforderungen an die ambulanten Einrichtungen für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

gang mit diesem Problem eingeführt. Als wesentlich herauszustellen ist die disziplinübergreifende, somatisch-medizinische, psychologische, (sozial-)pädagogische und soziologische Ansätze integrierende Herangehensweise sowohl in der Forschung als auch in der praktischen Gestaltung und Anwendung von Interventionen. Mit der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen ist dabei ein für den Fortgang dieser Arbeit zentraler Leistungsbe- reich behandelt worden.

Ein wesentlicher Aspekt ist in den bisherigen Ausführungen allerdings noch unberücksichtigt – die Frage danach, wie Rehabilitation praktisch gestaltet und realisiert wird. Nachfolgend wird mit dem Thema Kombinationsbe- handlung ein spezifisches Rehabilitationsangebot in der Rehabilitation Alko- holabhängiger vorgestellt.

2 Kombinationsbehandlungen – Qualitäten und Motivlagen für neue Ansätze in der Behandlung von Alkoholabhängigen

Kombinationsbehandlungen stellen eine relativ neue und flexible Möglichkeit dar, die Behandlung von Alkoholabhängigen zu organisieren. Als Kombinationsbehandlungen werden in dieser Arbeit alle Ansätze bezeichnet, die auf die Verknüpfung ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Angebote der medizinischen Rehabilitation zielen.¹⁷ Sie bieten eine Option zu konventionellen Angeboten, individuelle Hilfen für Betroffene zu realisieren und auf unterschiedliche Bedarfe im Bereich von Entwöhnungsbehandlungen zu reagieren.

Nachfolgend wird eine Bestandsaufnahme zum Thema Kombinationsbehandlung dargestellt. Außerdem wird das Rahmenkonzept der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund, welches essentiell für die weiteren Erörterungen in dieser Arbeit ist, detailliert vorgestellt. Schließlich werden Perspektiven verschiedener, mit der Kombi-Behandlung befasster Akteure wiedergegeben. Sofern inhaltlich sinnvoll und plausibel, wird auch auf das Kombi-Behandlungsmodell Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)¹⁸ Bezug genommen.

17 Zum Leistungsangebot der Kombi-Behandlung gehören teilweise auch Adaptionsbehandlungen. Diese vervollständigen das Angebot an Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Aufgrund forschungsökonomischer Erwägungen wird der Bereich Adaption im weiteren Verlauf der Arbeit allerdings nicht detailliert weiterverfolgt.

18 Bei der Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS) handelt es sich um ein im Jahr 2000 von der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen (damals LVA Oldenburg-Bremen) implementiertes Kombi-Behandlungsmodell. Die AG Devianz der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg hat dieses Rahmenkonzept entwickelt und im Rahmen der nachfolgend aufgeführten Studien evaluiert: Alkoholentwöhnung in Verbundsystemen (EVS, 2000–2003), Flächendeckende Umsetzung der Alkoholentwöhnung in Verbundsystem (EVS-II, 2003–2004) und Gesundheitsökonomische Studie zur Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe (GÖS, 2004–2006). Ausführlichere Angaben dazu finden sich in den Projektberichten (vgl. Tielking/Kuß 2003; Tielking/Ratzke 2004a; Tielking/Ratzke 2007).

2.1 Stand und Entwicklung von Kombinationsbehandlungen

Die medizinische Rehabilitation von Alkoholabhängigen erfolgt in Deutschland überwiegend im stationären Rahmen. Die Deutsche Rentenversicherung weist im Jahr 2006 für abgeschlossene Entwöhnungsbehandlungen im Bereich Alkoholabhängigkeit eine Verteilung von 64 % stationären zu 26 % ambulanten Behandlungen auf (vgl. DRV 2007e: 174). Ambulante Angebote bekommen jedoch zunehmend einen größeren Stellenwert. Kulick weist für die Deutsche Rentenversicherung in den Jahren 1998 bis 2003 einen Anstieg ambulanter Leistungen von über 90 % aus (vgl. 2006: 240). Diese Ausweitung folgt zum einen aus Studienergebnissen, die von der Gleichwertigkeit der Angebote im Hinblick auf den Erfolg ausgehen (vgl. Soyka u. a. 2003), zum anderen spielen im Gesundheitswesen zunehmend ökonomische Gesichtspunkte eine Rolle, so dass kostengünstigere ambulante Angebote das Interesse wecken.

Diese Entwicklung lässt sich auch mit Blick auf den gesamtgesellschaftlichen Individualisierungsprozess (vgl. Bönner 2000; Luhmann 1987, 1993) verstehen und eröffnet den Blick auf ein vergleichsweise junges Forschungs- und Praxisfeld mit nur wenig gesicherten Erkenntnissen. Insbesondere Entwicklungen in den 1970er und 1980er Jahren führen zu einer veränderten Sicht auf das Behandlungssystem, auf die Betroffenen und ihr Krankheitsverhalten (vgl. Kap. 1). Abhängigkeitserkrankungen werden als multikausales oder -faktorielles Bedingungsgefüge verstanden, auf welches mit ausdifferenzierten Therapieprogrammen zu reagieren ist. „Von undifferenzierten Therapiekonzepten auf der Grundlage ebenso undifferenzierter Suchtkonzepte zu individualisierten Vorgehensweisen auf der Basis ausgefeilter diagnostischer Erkenntnisse“ (Bönner 2000: 31).

In den Folgejahrzehnten vollziehen sich vor dem Hintergrund struktureller Veränderungen des Arbeitsmarktes, hoher Arbeitslosigkeitsrate und öffentlicher Finanzkrise weitere Entwicklungen des Hilfesystems. Ressourcen werden beschränkt oder differenziert, d. h. mit Blick darauf, welche Leistungen für wen wie erbracht werden, zugewiesen. Die Angemessenheit, Wirksamkeit und insbesondere Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden diskutiert bzw. bedürfen des Nachweises über gesonderte Prüfverfahren oder Evaluationen. Die Ambivalenz des Anspruchs an eine qualitativ hochwertige Behandlung und eine ökonomisch vertretbare Kostenseite erscheint hier unvermeidbar. Seit der zweiten Hälfte der 1990er Jahre ist das Thema der Professionalität

und Qualität des Hilfesystems aus den gesundheits- und rehabilitationsbezogenen Diskursen nicht mehr wegzudenken. Gefordert werden organisatorische und fachliche Standards, Transparenz und Ergebnisevaluationen, wie sie auch in anderen Dienstleistungsbereichen eine Rolle spielen (vgl. Bossong 1996, 1997).

Im Zuge dieser Veränderungsprozesse haben sich ambulante Behandlungsangebote etabliert und stationäre Langzeitbehandlungen wurden durch flexible Behandlungszeiten und -modelle ergänzt. Kombi-Therapien stellen eine weitere, relativ neue und flexible Möglichkeit dar, die Behandlung von Abhängigkeitskranken zu organisieren. Qualitativ neu ist dabei, dass die Leistungen der Kombi-Behandlung nicht – wie bei konventionellen Verfahren – vergleichsweise unverbunden nebeneinander existieren, sondern als vernetztes, gemeinsames Angebot aller Leistungsanbieter der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke erbracht werden.

Eine einheitliche Auffassung bzw. eine einschlägige und allgemein anerkannte Definition von Kombi-Therapie existiert im wissenschaftlichen wie im Praxiskontext bislang allerdings nicht.¹⁹ Das wird ebenfalls deutlich in der in den Jahren 2006 und 2007 im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Modularen Kombinationsbehandlung der AG Devianz durchgeführten Bestandsanalyse zu aktuellen Kombi-Modellen.²⁰ Aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit der vorliegenden Konzepte – zur Auswertung lagen sowohl Rahmenkonzepte von Kosten- und Leistungsträgern, Kombi-Konzepte von einzelnen Einrichtungen sowie Therapiekonzepte mit einem Verweis auf ein Kombi-Angebot vor – konnte hier keine Quantifizierung vorgenommen werden. Der Frage nach dem aktuellen Stand der Entwicklung von Kombi-Behandlungen in Deutschland wurde stattdessen qualitativ begegnet.

Im Ergebnis zeigt die inhaltsanalytische Auswertung der ausgewählten Konzepte sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf. Die analysierten Modelle ähneln sich mit Blick auf Zielsetzung und Intention. Sie sind aber

19 In den Projektpublikationen der AG Devianz kann die Vielfalt existierender Konzepte und Begriffsbestimmungen nachvollzogen werden. Verbundmodelle und Kombi-Therapien sind dort exemplarisch dargestellt (vgl. Tielking/Kuß 2001; Tielking/Ratzke 2004a).

20 Ausführliche Informationen zur Bestandsanalyse finden sich in den Unterlagen zum Seminarbeitrag „Kombinationsbehandlung – eine bundesweite Bestandsaufnahme“ auf dem 30. BundesDrogenkongress „Handlungsansatz, Methode und Technik in der Suchthilfe“ des FDR (vgl. Korte/Ratzke 2006).

unterschiedlich ausgerichtet, betrachtet man sie in den Dimensionen Zielgruppe, Bewilligungsumfang oder Behandlungszeiten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Bestandsanalyse einen früheren Befund relativiert: Kremer u. a. stellen 1997 fest, dass Kombi-Therapien und Kooperation in der medizinischen Rehabilitation personengebunden, unsystematisch und selektiv realisiert werden (vgl. Kremer u. a. 1997 zit. n. Tielking 2000). Wenn es auch aktuell nicht „die“ Kombi-Therapie gibt, da konzeptionelle Ausgestaltungen und Abläufe variieren, so werden kombinierte Angebote jedoch inzwischen als Erweiterung des konventionellen Behandlungsprogramms angesehen. Sie werden zwar nicht flächendeckend, dennoch aber weit verbreitet umgesetzt. Der Fachverband Sucht e. V. bspw. sieht Kombinationsbehandlungsmodelle inzwischen als „dritte Säule neben einer vorrangig ambulant oder stationär ausgerichteten Entwöhnungsbehandlung“ (Weissinger/Missel 2006: 59) an.

Die Bestandsanalyse zeigte weiter, dass insbesondere standardisierte Rahmenkonzepte der Kombi-Behandlung, wie z. B. die Modelle Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS) und Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund (MOKO), sich durch ihre Berücksichtigung der Beziehungs- und Kooperationsarbeit in Form von institutionalisierten Sonderbausteinen auszeichnen.

Wesentlich ist diesen Ansätzen, dass die Wechsel oder Übergänge im Gesamtrehabilitationsangebot als zentrale Weiche für den Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung gelten. Gelingt es, die Zusammenarbeit zwischen den ambulant, ganztägig ambulant, adaptiv und stationär arbeitenden Einrichtungen ineinander greifend zu realisieren, werden bspw. nahtlose Übergänge von der Kontaktaufnahme in einer Beratungseinrichtung bis hin zur Nachsorgebehandlung möglich und Zugangsschwellen der Betroffenen zu einem nächsten Behandlungsabschnitt verringert. Über den Bereich der Rehabilitation hinaus sind in diesem Sinne auch Kooperationen mit dem Akutbereich und mit Einrichtungen der (qualifizierten) Entgiftung denkbar.

Exemplarisch seien an dieser Stelle zwei Sonderbausteine der MOKO genannt, die zur Unterstützung der Behandlungsübergänge in das Rahmenkonzept integriert wurden – das Übergabemanagement und die Belastungserprobungsgruppe (BEG) (vgl. Kap. 2.2). Jeder Wechsel zwischen Behandlungssettings wird begleitet durch ein Übergabemanagement. In persönlichen Übergabegesprächen zwischen den Therapeuten des übergebenden und des

aufnehmenden Settings sowie dem Klient werden der aktuelle Stand des Rehabilitationsfortschritts, der Behandlungsauftrag für die Nachbehandler und der weitere Ablauf der Rehabilitation erörtert. Mittels des Bausteins BEG wird der erfolgreiche Übergang vom (teil-)stationären (auch adaptiven) ins ambulante Setting gefördert. Klienten der (teil-)stationären Rehabilitation in der MOKO nehmen am ambulanten Angebot der sie im weiteren Verlauf der Modularen Kombinationsbehandlung behandelnden Fachambulanz teil und lernen auf diese Weise die Modalitäten des nächsten Behandlungsabschnittes kennen.

Um bereits an dieser Stelle ein Forschungsergebnis aus der wissenschaftlichen Begleitung der MOKO zu rekapitulieren, sei herausgestellt, dass die Förderung einer nahtlosen Gesamtbehandlung in der MOKO gelungen ist. Gemessen an der Antrittsquote der Gesamtbehandlung, der Antrittsquote des (teil-)stationären Moduls sowie dem erfolgreichen Behandlungswechsel (teil-)stationär-ambulant konnte die Absicherung der Behandlungsübergänge erreicht werden (vgl. Korte u. a. 2008).

Mit Blick auf die Wienberg'sche Diagnose zur „vergessenen Mehrheit“ (vgl. Kap. 1.4) ist weiter hervorzuheben, dass Kombinationsbehandlungen in besonderer Weise darauf ausgerichtet sind, Versorgungslücken zu schließen und die Erreichbarkeit spezifischer Gruppen von Betroffenen positiv zu beeinflussen. Verbundarbeit zielt mit Blick auf Individualisierung und Flexibilisierung des Behandlungssystems auch darauf, Betroffene möglichst früh zu erreichen. Kombi-Behandlungen sollen als möglichst gering belastende und an der Lebenssituation der Betroffenen orientierte Leistungsangebote helfen, Chronifizierungen und damit verbundene Behandlungskosten zu vermeiden. Neben der Verzahnung mit dem Akutbereich bzw. der Entgiftung kommt hier insbesondere der ambulanten Rehabilitation besondere Bedeutung zu. Berufstätige oder durch Kinderbetreuung familiär gebundene Betroffene, die räumlich und zeitlich nur eingeschränkt beweglich sind, können mit ambulanten Phasen und flexiblen ganztägig ambulanten oder stationären Behandlungsabschnitten zu einer Rehabilitation motiviert werden. Es kann eine alltags- und wohnortnahe Behandlung gestaltet werden, in der die soziale Integration der Betroffenen Berücksichtigung findet. Angehörige und Arbeitgeber können im Sinne nachhaltig wirkender Teilhabeförderung aktiv in den Therapieprozess einbezogen werden. Mit diesen Differenzierungsmöglichkeiten treten Kombi-Behandlungen demnach insbesondere der Hochschwel-

ligkeit des Behandlungssystems, wie es Wienberg (1992, 2001) beschreibt, entgegen.

2.2 Die Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund (MOKO)

Da das Behandlungsmodell Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund den Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit markiert, werden die Rahmenbedingungen und seine Konzeption nachfolgend ausführlich dargelegt.

Die Modulare Kombinationsbehandlung ist ein im Jahr 2005 eingeführtes Leistungsangebot der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover im Bereich der medizinischen Rehabilitation von Alkohol- und Drogenabhängigen (vgl. Landesversicherungsanstalt (LVA) Hannover 2005, DRV Braunschweig-Hannover 2008).^{21 22} Zur Förderung der Teilhabe und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zielt die Modulare Kombinationsbehandlung darauf, eine individuelle und an den Bedarfen der Klienten orientierte Behandlung in enger Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern sowie mit dem Kosten- und Leistungsträger zu realisieren. Die Kooperation und Abstimmung der Behandlung soll darüber hinaus die

21 Die weiteren Ausführungen zur Konzeption und zum Leistungsrahmen basieren insbesondere auf der seitens der damaligen LVA Hannover im Juli 2005 im Rahmen einer Einführungsveranstaltung zum Behandlungsmodell verwendeten PowerPoint-Präsentation (vgl. LVA Hannover 2005) sowie dem Beitrag von Westphal/Wiegand „Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund aus Sicht der Leistungsträger“ (vgl. Westphal/Wiegand 2008: 284ff.).

22 Anfang April 2009 wurde seitens der drei norddeutschen Rentenversicherungsträger (Braunschweig-Hannover, Nord und Oldenburg-Bremen) ein neues Kombi-Modell, die Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland (Kombi-Nord) eingeführt (vgl. DRV Braunschweig-Hannover/Nord/Oldenburg-Bremen 2009). „Kombi-Nord“ ersetzt die Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund (MOKO) der DRV Braunschweig-Hannover, die Kombi-Therapiemodelle der DRV Nord und die Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS) der DRV Oldenburg-Bremen. Das Modell ist in seinen Grundlagen orientiert an der MOKO und integriert bspw. deren Sonderbausteine, wenn diese namentlich, in Umfang und finanzieller Hinsicht auch teilweise anders ausgestaltet sind. Die im Konzeptpapier enthaltenen Ausführungen zur klinisch phänomenologischen Indikation sind inhaltlich konform mit den Kriterien der MOKO. Insofern sind die Schlussfolgerungen aus dieser Arbeit auch von Relevanz für die Zusammenhänge des MOKO-Nachfolge-Modells und dessen Anforderungen an die Zuweisung.

Ressourcennutzung verbessern, in dem Diagnostik und Dokumentation in abgestimmter Weise realisiert werden.

Räumlich nah beieinander liegende Rehabilitationseinrichtungen schließen zur Durchführung der Kombi-Behandlung einen von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover anzuerkennenden regionalen Therapieverbund.²³

Innerhalb eines Gesamtbehandlungszeitraumes von 52 Wochen sieht die MOKO die Verknüpfung von ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären (inklusive Adaption) Behandlungsabschnitten vor. Für jeden Klienten wird individuell eine flexible Abfolge von ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Behandlungsabschnitten gewählt. Der (teil-)stationäre Behandlungsteil muss dabei insgesamt unter der Dauer einer Langzeitbehandlung, d. h. unter 13 Wochen plus zwei Wochen, liegen. Die ambulante Behandlung umfasst maximal 80 Therapieeinheiten, hinzukommen zwölf Therapieeinheiten für die Arbeit mit Angehörigen. Ein ambulanter Rehabilitationseingang ist möglich, auf ein (teil-)stationäres Modul soll in der Regel eine ambulante Weiterbehandlung folgen. Die (teil-)stationäre Behandlung kann gesplittet werden, so dass mehrere ambulante und (teil-)stationäre Module durchgeführt werden können.

Die Kombination der verschiedenen Behandlungssettings wird unterstützt durch verschiedene, die Durchführung der Rehabilitationsleistung begleitende Sonderbausteine. Als Teil des Antrages auf Modulare Kombinationsbehandlung ist eingangs die Aufstellung des vorläufigen Therapieablaufes in Form einer Prospektiven Therapieplanung erforderlich. In ihr ist Abfolge und die Dauer der einzelnen Behandlungsmodule für die Klienten im Gesamtbehandlungszeitraum festzulegen. Im Verlauf der Rehabilitationsleistung kann

23 Die Begleitforschung, in deren Rahmen auch die hier vorgelegte Arbeit verfasst wurde, bezieht sich dabei auf einen der elf Therapieverbünde (Stand Februar 2008), der in Niedersachsen anerkannt ist – den regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner. Zu diesem Therapieverbund gehören eine Fachklinik, eine Tagesklinik und 17 Fachambulanzen aus Süd-Ost-Niedersachsen. Aus forschungsökonomischen Gründen wurden allerdings nicht alle 17 ambulanten Einrichtungen direkt an den empirischen Untersuchungen beteiligt. Alle Einrichtungen wurden aber fortlaufend über Weiterentwicklungen informiert und in neue Verfahren eingebunden, so dass die Zusammenarbeit kontinuierlich und ohne Beeinträchtigungen oder Informationsdefizite erfolgte.

diese Therapieplanung, sofern medizinisch oder therapeutisch erforderlich, verändert werden.

Um die Ziele der MOKO zusätzlich zu unterstützen wurde der „kleinste gemeinsame Nenner“ konzipiert. Er ermöglicht es, die Modulare Kombinationsbehandlung auch mit einem optionalen stationären Modul zu beantragen. Sofern Betroffene selbst ausschließlich zu einer ambulanten Behandlung bereit sind, dies von Therapeuten aber als nicht ausreichend angesehen wird, kann ein Antrag auf Modulare Kombinationsbehandlung gestellt werden, bei dem die Durchführung des stationären Modul optional bleibt (vgl. DRV Braunschweig-Hannover 2008, AG Devianz 2007).

Mit dem Case-Manager steht dem Kosten- und Leistungsträger, den beteiligten Behandlern und den Versicherten ein Ablaufverantwortlicher für die Modulare Kombinationsbehandlung zur Seite. Der Case-Manager übt fallbezogen und über den gesamten Behandlungszeitraum die Funktion eines Ansprechpartners und Rückmelders aus und kann bspw. jederzeit Auskunft über den Stand der Therapie und verwaltungsseitig relevante Fragen geben.

Wechsel von einer Behandlungsform in die andere werden begleitet durch persönliche Übergabegespräche, an denen die behandelnden Therapeuten des übergebenden und des aufnehmenden Settings sowie der Klient beteiligt sind. In einem Übergabegespräch wird der aktuelle Stand des Rehabilitationsfortschritts erörtert, der Behandlungsauftrag an die Nachbehandler gegeben und der weitere Ablauf der Rehabilitation abgestimmt. Die Überleitung der Klienten in den neuen Behandlungsabschnitt soll eine nahtlose Fortsetzung der Behandlung gewährleisten. Im begründeten Ausnahmefall sind auch telefonische Übergabegespräche in Form einer Dreierkonferenz möglich.²⁴

Das Sondermodul Belastungserprobungsgruppe (BEG) soll einen krisenarmen Übergang der Klienten vom (teil-)stationären ins ambulante Setting fördern. Während der (teil-)stationären Rehabilitation können Klienten an den Angeboten der sie im weiteren Verlauf der Modularen Kombinationsbehandlung betreuenden ambulanten Einrichtung teilnehmen und dabei bereits Therapeuten, Gruppenmitglieder, Infrastruktur der Behandlungseinrichtung sowie dortige Abläufe kennen lernen.

24 Grundsätzlich muss das erste Übergabegespräch persönlich und bei weiteren Übergabegesprächen mindestens jedes zweite persönlich erfolgen.

Alle zwei Monate finden Qualitätszirkel/Intravisionen des regionalen Therapieverbundes statt. Die Sitzungen dienen der Einzelfallbesprechung über die sich aktuell in der Kombi-Behandlung befindlichen Klienten sowie – im Interesse der Qualitätsentwicklung – der Gestaltung und Optimierung der Prozesse und Behandlungsverfahren.

Während der Behandlung wird ein Modulares Berichtswesen über alle Behandlungsabschnitte fortgeschrieben. Am Ende der Behandlung mündet das Berichtswesen in den einheitlichen Entlassungsbericht zur Gesamtbehandlung. Das Berichtswesen stellt für alle an der Behandlung Beteiligten einen umfassenden Informationspool dar, da Diagnostik und Behandlungsdokumentationen gemeinsam genutzt und fortgeschrieben werden. Gleichzeitig soll die abgestimmte Arbeitsweise helfen, Doppelarbeiten in der Datenerfassung und Klientenverwaltung zu vermeiden.

Zur Konzeption der MOKO gehört auch der Katalog der Indikationskriterien. Der Kriterienkatalog wird genauso wie das Zuweisungsverständnis ausführlich unter Kap. 3 dargestellt.

2.3 Perspektiven der Kosten- und Leistungsträger

Als Kosten- und Leistungsträger ist die Rentenversicherung zuständig für die Belange der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken. In dieser Säule der Sozialversicherung kommen spezifische Begründungszusammenhänge, die das Interesse an Kombi-Behandlungen verdeutlichen, zum Tragen.

Dem gesetzlichen Auftrag der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und der Reintegration in das Erwerbsleben (§ 9 SGB VI) entsprechend, soll medizinische Rehabilitation – erfolgt sie als Kombi-Leistung oder in den konventionellen Angeboten – die Befähigung einer aktiven Teilhabe am Leben und in der Gesellschaft unterstützen.²⁵ Mit ihr soll daher eine dauerhafte Abstinenz erreicht und erhalten werden. Außerdem wird darauf gezielt, körperliche und seelische Störungen auszugleichen bzw. zu beheben

25 Anzuführen sind weitere relevante Regelwerke im Kontext der medizinischen Rehabilitation, in denen die Zielsetzungen von medizinischer Rehabilitation auch unter Bezugnahme auf strukturelle Erfordernisse konkretisiert werden (vgl. insbesondere die Gesetzesgrundlagen im SGB VI, SGB IX).

sowie eine Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesundheit – möglichst dauerhaft – zu erreichen (vgl. Schuntermann 2003).

Konkretisierungen dieser Zielsetzungen gehen aus der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ hervor (vgl. VA 2001). In diesem Abkommen über Zuständigkeiten und Verfahren bei Leistungen für Abhängigkeitskranke sind Perspektiven für die Gestaltung der Hilfeangebote enthalten, die implizit auch das Fundament für die Realisierung von Kombi-Behandlungen darstellen.

Gemäß § 7 der VA werden medizinische Leistungen zur Rehabilitation nach „individuellem Rehabilitationsbedarf“ erbracht (vgl. VA 2001). Die Berücksichtigung individueller Notwendigkeiten im Therapieverlauf wird als relevant und unerlässlich für den Erfolg von Entwöhnungsbehandlungen angesehen. Gleichzeitig liegt der Erbringung der Rehabilitationsleistung ein ganzheitliches Verständnis zugrunde (vgl. FVS 2003; VDR 2002). Ganzheitlichkeit meint, dass Leistung und Qualität der Entwöhnungsbehandlung allein durch eine umfassende Berücksichtigung der gegebenen Angebote und therapeutischen Leistungen zu erreichen und an den persönlichen und medizinischen Voraussetzungen des Hilfesuchenden zu orientieren ist (vgl. Büssing 1992, Büssing/Glaser 2003, Hacker 1998).

Vernetzungen oder Kooperationen zwischen den Beteiligten des Hilfesystems können eine an diesen Maßgaben orientierte Leistungserbringung fördern. Ein idealtypisch ausdifferenziertes, wohnortnahes und auf alle Bedarfe ausgerichtetes Behandlungsangebot kann dabei nicht allein durch eine Einrichtung vorgehalten werden (vgl. Walter-Hamann 2006). Verbundlösungen bieten stattdessen die Möglichkeit, ein Gesamtbehandlungsangebot vorzuhalten, in dem auch spezielle Leistungsangebote ihren Platz haben, damit individuell behandelt werden kann und Schnittstellenproblematiken vermindert werden können (vgl. Tasseit 1992: 17).

Die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ trägt diesem Sachverhalt Rechnung, in dem sie grundsätzlich von einem Nebeneinander der Leistungsformen und somit der Gleichstellung ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Rehabilitationsleistungen ausgeht. Darüber hinaus werden, wie in § 7 der VA formuliert, Wechsel der Leistungsformen möglich und Wege dafür eröffnet, vorangegangene Entscheidungen zu modifizieren und anzupassen. Die Entscheidung über die inhaltliche Ausgestaltung und das therapeutische Setting sind an den Kriterienkatalogen der Anlage 3 der VA zu orientieren. Damit betont die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ die

Möglichkeiten individueller und flexibler Gestaltung von Entwöhnungsbehandlungen (vgl. VA 2001) – in den Rahmenkonzeptionen für Kombi-Behandlungen sind diese bereits explizit angelegt.

Die Rentenversicherung ist in der Leistungserbringung gesetzlich zur Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verpflichtet (vgl. SGB VI). Veränderte gesamtgesellschaftliche Rahmenbedingungen führen deshalb auch auf Seiten der Rentenversicherung zu strukturellen Eingriffen. Ausgaben für Rehabilitationsleistungen sowie Behandlungszeiten werden gekürzt bzw. differenziert, zwischen Erst- und Wiederholungsbehandlungen wird unterschieden. Ambulante Angebote geraten als Behandlungsoption vermehrt in den Fokus und werden ausgeweitet, Wahlfreiheiten bei der Entscheidung für Behandlungseinrichtungen werden beschränkt (vgl. Müller-Farnow u. a. 2000).

Die Vernetzung von ambulanten und (teil-)stationären Angeboten bietet vor diesem Hintergrund Möglichkeiten den Erfordernissen einer effektiven und effizienten Ressourcennutzung und qualifizierten Behandlung zu entsprechen sowie gleichzeitig ein ausdifferenziertes und auf alle Bedarfe ausgerichtetes Behandlungsangebot vorhalten zu können (vgl. Kulick 2006). Insofern verbinden sich mit der Förderung der Behandlungsqualität – auch vor dem Hintergrund des medizinischen Fortschrittes – versorgungsökonomische Aspekte. Neue Verfahren und Versorgungsstrukturen sollen ein möglichst ausgeglichenes oder als finanzierbar bewertetes Kosten- und Nutzenverhältnis aufweisen. Im Zusammenhang der MOKO wurde bspw. als Zielperspektive avisiert, trotz knapper werdender monetärer Mittel mehr Abhängigkeitskranke qualifiziert zu behandeln. Mit der MOKO wurde „... ein Konzept entwickelt, das diesen Zielen Rechnung tragen soll“ (DRV Braunschweig-Hannover 2008).

Durch die im Rahmenkonzept der MOKO vorgegebene, verbindliche Aufnahme ambulanter Weiterbehandlungen bspw. sollen die Nichtantritts- oder Abbruchquoten von Entwöhnungsbehandlungen gesenkt werden. Für den Kosten- und Leistungsträger bedeutet dieser Weg der Sicherstellung des Rehabilitationsantritts eine Verbesserung von Planungs- und Steuerungsarbeit in der Belegung von Einrichtungen und die Verringerung von bürokratischem Aufwand (vgl. Lindenmeyer 2005: 57). Eine weitere Facette des vereinfachten Verwaltungsverfahrens betrifft die Antragstellung für die Kombi-Behandlung. Anträge werden mit einer einmaligen Zusage für die Gesamtbehandlung beschieden. Der Kosten- und Leistungsträger führt keine separaten

Prüfverfahren oder Bewilligungsformalitäten durch, wenn Wechsel zwischen den Modulen oder therapeutischen Settings erfolgen. Stattdessen wird die Wahrnehmung von Handlungs- und Gestaltungsoptionen an die Leistungsanbieter übertragen. Sie können hier in den Grenzen der Rahmenkonzeptionen eigenverantwortlich agieren.

Dies soll zum einen motivierend auf die Leistungsträger wirken, die im Prozess flexibler handeln und auf zusätzliche ökonomische Erträge setzen können. Es soll zum anderen aber auch motivationsfördernd für die Klienten sein, die eine individuell auf sie zugeschnittene Behandlung erhalten können. (Vgl. Lindenmeyer 2005: 58)

Das seit 1994 existierende Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung (vgl. VDR 2000) eröffnet einen weiteren Blickwinkel auf Kombi-Behandlungen. Im Mittelpunkt der gemäß Sozialgesetzbuch IX geforderten vergleichenden Qualitätsanalysen stehen Untersuchungen der Struktur und der Prozesse der Leistungen, um diese für die Versicherten zu verbessern und weitere Versorgungsmöglichkeiten abzuwägen. Wesentliche Elemente des Qualitätssicherungsprogramms sind der ärztliche Entlassungsbericht (vgl. DRV 2007a), das Peer Review Verfahren (vgl. DRV 2007d), Patientenbefragungen, die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) (vgl. DRV 2007b), das Visitationsverfahren und die Reha-Therapiestandards (vgl. DRV 2009b).²⁶

Der einheitliche ärztliche Reha-Entlassungsbericht wurde 1997 eingeführt, er enthält in seinem standardisierten Teil Angaben zu Anamnese, Diagnostik, Therapie, Verlauf und Ergebnis der Behandlung und ist am Ende jeder Rehabilitation dem Kosten- und Leistungsträger zu übermitteln. Für Kombinationsbehandlungen stellt das Berichtswesen eine besondere Herausforderung, aber auch Chance dar. Die Durchführung einer gemeinsamen Behandlung bedarf einer abgestimmten Vorgehensweise bezüglich der Dokumentation, um vorliegende therapierelevante Erkenntnisse in ein einheitliches, umfassendes Bild zur Berichterstattung gegenüber dem Kosten- und Leistungsträger zu fassen. Gleichzeitig bietet es sich an, die im Behandlungsteam vorliegenden diagnostischen und therapeutischen Angaben auszutauschen und auf

26 Im Folgenden wird lediglich eine Auswahl der Eckpunkte des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung vorgestellt. Auf eine ausführliche Diskussion aller der gesamten Elemente des Qualitätssicherungsprogramms wird verzichtet, da hinsichtlich des Erkenntnisinteresses dieser Arbeit kein Beitrag zu erwarten ist.

diese Weise Doppelarbeiten zu vermeiden sowie Ressourcen besser zu nutzen. Für die Kombi-Modelle EVS und MOKO wurde deshalb jeweils ein spezifisches Berichtswesen – das Modulare EVS-Berichtswesen bzw. der MOKO-Entlassungsbericht (vgl. Tielking/Kuß 2003; Tielking/Ratzke 2004a, Korte u. a. 2008) – konzipiert.²⁷

Für den Kosten- und Leistungsträger bietet das gemeinsame Berichtswesen den administrativen Vorteil, dass eine Begutachtung von Zwischenberichten je Behandlungsabschnitt nicht erforderlich ist. Anders als bei konventionellen Behandlungen, die eine Prüfung des Behandlungsberichtes je Modul und Behandlungssetting erfordern, kann – dem Verständnis einer gemeinsamen Behandlung entsprechend – erst am Ende der Gesamtbehandlung ein umfassender und vollständiger Nachweis über die Behandlung gegeben werden. Entsprechend entfällt für die Rentenversicherung im Verlauf der Kombi-Behandlung Verwaltungsaufwand.

Die KTL, die seit Januar 2007 auch für den Bereich der ambulanten Rehabilitation anzuwenden ist, dient der Abbildung, Bewertung und Sicherung des Leistungsgeschehens in der medizinischen Rehabilitation. Mittels dieses Katalogs werden die im Einzelfall und berufsgruppenspezifisch erbrachten therapeutischen und medizinischen Leistungen über festgelegte Definitionen von Leistungseinheiten dokumentiert.

Mit Blick auf die Besonderheiten der Kombinationsbehandlung muss konstatiert werden, dass die Spezifika eines vernetzten Angebotes in der Klassifikation nicht explizit berücksichtigt wurden bzw. nicht unmittelbar zu codieren sind. Die im Wesentlichen als Beziehungs- und Kooperationsarbeit zu qualifizierenden Leistungen sind allgemein, d. h. bundesweit, nicht als Leistungseinheit etabliert.

Da die KTL jedoch gewisse Spielräume für die Verschlüsselung enthält, konnte der Kosten- und Leistungsträger Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover im Kontext des Modellprojektes zur Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund Einheiten oder Spezifika

27 Die Projektberichte der EVS-Studien und MOKO-Begleitforschung enthalten ausführliche Informationen zur Entwicklung des Berichtswesens sowie einen Abdruck der Dokumentationsvorlagen.

der Kombi-Behandlung „KTL-fähig“ machen. Sie können inzwischen in der KTL dokumentiert werden.²⁸

Auf diese Weise werden die im Rahmen von Kombi-Behandlungen, gemeinsam erbrachten Leistungen statistisch erfasst und im Hinblick auf die Qualität dieser spezifischen Form der Leistungserbringung ein vollständigeres Bild gegenüber dem Kosten- und Leistungsträger abgegeben. Die Rentenversicherung wiederum erhält über die um Kombi-Aspekte ergänzte KTL einen umfassenderen Beleg über die erfolgten Leistungen. Durch die Dokumentation können die zur Verfügung gestellten und genutzten Sonderbausteine und damit auch die dafür aufgewendeten finanziellen Ressourcen in Überlegungen der Qualitätsentwicklung und Kosten- und Nutzenerwägungen einbezogen werden.

Die Einführung von Kombi-Behandlungen führt Kosten- und Leistungsträger zur Auseinandersetzung mit spezifisch neuen Fragestellungen und fördert damit gleichzeitig auch den Einsatz und die Aufwendung weiterer Ressourcen. In den Standardstatistiken der Rentenversicherung, wie z. B. dem jährlich erstellten Reha-Statistik-Datensatz (RSD), sind die Verschlüsselungsmöglichkeiten für kombinierte Leistungen nicht gegeben. Stattdessen müssen ambulante und (teil-)stationäre Module in den Versichertenkonten als Einzelleistungen erfasst und ergänzend als Kombi-Behandlung gekennzeichnet werden. Das wiederum erschwert dem Kosten- und Leistungsträger das Monitoring des Antragsgeschehens und der Behandlungsverläufe. Allgemeine Routineauswertungen sind nicht unmittelbar zu erstellen. Effektivitäts- und Effizienzfragen zur Kombi-Behandlung ist nur mit besonderem Aufwand, z. B. durch separate Datenabfragen, nachzugehen.

Bereits in den Modellprojekten zur EVS und MOKO wurden daher die Datenverarbeitungssysteme unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen und Spezifika der Kombi-Behandlung weiterentwickelt bzw. die Einführung

28 Das Übergabemanagement wird unter D 044 (Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandler), die Belastungserprobungsgruppe unter G 161 (Organisation und Monitoring externer Belastungserprobung in der Psychotherapie) und die Intravision unter D 044 (Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandler) verschlüsselt. Der Sonderbaustein Case-Management kann nicht in KTL codiert werden, da es sich nicht genuin um eine therapeutische Leistung handelt.

von Kombi-Parametern in die Standardstatistiken angeregt (vgl. Tielking/Ratzke 2007; Korte u. a. 2008).²⁹

2.4 Perspektiven der Leistungsanbieter in der Suchthilfepraxis

Auch auf Seiten der Leistungsanbieter der medizinischen Rehabilitation finden sich spezifische Begründungszusammenhänge für die Beschäftigung mit Kombi-Behandlungen als auch deren praktischer Umsetzung. Als im öffentlichen Auftrag handelnde Institutionen unterliegen Einrichtungen der Suchthilfe den Auflagen einer ressourcenschonenden Leistungserbringung und sind gehalten, ihre Verwaltungsverfahren wirtschaftlich und zweckmäßig zu gestalten. Durch das einmalige Antragsverfahren zur Kombi-Behandlung und die Möglichkeit, im Bereich Diagnostik und Dokumentation Synergieeffekte zu nutzen (vgl. Ausführungen zum Berichtswesen in Kap. 2.3), ergeben sich für die Leistungsanbieter medizinischer Rehabilitation ebenfalls, administrativ wie auch therapeutisch, Vorteile und Vereinfachungen.

Ein wesentliches Motiv für die kombinierte und gemeinsame Leistungserbringung liegt in den der alltäglichen Versorgungspraxis bekannten Schnittstellenproblematiken. Sowohl der Rehabilitationsauftritt als auch der Wechsel von (teil-)stationärer Rehabilitation in Leistungsangebote der Nachsorge gelten als kritische Phasen im Verlauf der Rehabilitation. Klienten erleben diese strukturellen Veränderungen als Hürden und bewältigen diese häufig nicht (vgl. Köhler/Naumann 2004; Frietsch 2004). Der Hilfebedarf besteht somit unverändert fort, vergrößert sich möglicherweise sogar. Vergeblich geleistete Therapievorbereitung und Motivationsarbeit muss dann aufwändig wiederholt werden, sollte die Rehabilitation im weiteren Verlauf erneut angestrebt werden.

Kombi-Behandlungen intendieren in diesem Kontext eine enge Kooperation und Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten. Sonderbausteine,

29 Für die EVS wurde ein so genanntes EVS-Controlling entwickelt, aus dem das monatliche Antragsgeschehen, die beantragten und bewilligten Behandlungsvarianten, die Zuordnung der Leistungen auf die beteiligten Kliniken und ambulanten Behandlungsstellen, die stationären Aufnahmen, die persönlichen Übergabegespräche und die Dauer der Leistungen im Verbund abzulesen ist (vgl. Tielking/Ratzke 2007: 80ff.). Das Grundsatzreferat der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover nimmt im Interesse der Anpassung datenverarbeitender Verfahren an den bundesweiten Treffen einer Statistikgruppe der Rentenversicherung teil.

wie persönliche Übergabegespräche oder die Belastungserprobungsgruppe in der MOKO, zielen darauf, die Haltequote positiv zu beeinflussen (vgl. Kap. 2.2). Die Kooperation zwischen den ambulanten, (teil-)stationären Leistungsanbietern und Klient fördert den systematischen Austausch über den bisherigen Stand der Behandlung und die weiteren therapeutischen Schritte. Die persönliche Ebene des Miteinanders – sowohl der Therapeuten mit den Klienten als auch der Therapeuten untereinander – unterstützt Verbindlichkeiten zwischen allen Beteiligten und die Kontinuität der Behandlung. Untersuchungen zeigen, dass Behandlungswechsel als Hand-in-Hand verlaufend und der Informationsaustausch als aussagekräftig angesehen werden (vgl. Tielking/Kuß 2003; Korte u. a. 2008).

Die gemeinsame Arbeit in einem Qualitätszirkel (QZ) oder einer Lenkungsgruppe der Leistungsanbieter dient der Förderung des Qualitätsentwicklungsprozesses auch auf struktureller Ebene: Die Implementierung der neuen Strukturen und Prozesse geht damit einher, „die Erwartungen aller Beteiligten zu erkunden und im Verhältnis zu den vorhandenen Ressourcen aufeinander abzustimmen“ (Meinhold/Matul 2003: 26). Die Prozesse der gemeinsamen Behandlung werden einander angepasst. Es werden Möglichkeiten eröffnet, die Kooperationspartner genauer kennenzulernen, um in Kenntnis ihrer Angebote zielgerichtet und passgenau vermitteln und behandeln zu können. In der wissenschaftlichen Begleitung der Modularen Kombinationsbehandlung wurde vor dem Hintergrund der aktiv und gemeinsam gestalteten Zusammenarbeit der Ausdruck Kultur der Kooperation geprägt (vgl. Korte u. a. 2008).

Mit dieser Kooperationskultur gehen gleichzeitig aber auch neue Anforderungen einher, die die Leistungsanbieter zu bewältigen haben. Im Vergleich zu konventionellen Verfahren bedingt die Durchführung der Kombi-Behandlungen ein höheres Maß an Kooperationsaufwand, wenn Übergabegespräche geplant und durchgeführt, Therapieinhalte abgestimmt und eine gemeinsame Dokumentation verfolgt werden. Es ergeben sich also Aufgaben, die über die genuin therapeutische Arbeit bzw. ihre bisherige Gestalt hinausgehen und finanzielle und personelle Ressourcen beanspruchen. Dennoch wird der Aufwand – so Untersuchungsergebnisse – grundsätzlich als sinnvoll und in der Sache angemessen eingeschätzt (vgl. Tielking/Kuß 2003; Korte u. a. 2008). Um entsprechenden personellen und zeitlichen Aufwand auszugleichen,

werden in den Rahmenkonzepten der EVS und MOKO die Kooperations-tätigkeiten in Form der Sonderbausteine vergütet.³⁰

In der „Philosophie“³¹ der ICF gesprochen, eröffnet die Kombi-Behandlung Kosten- und Leistungsträgern die Möglichkeit, sich gezielter mit den individuellen Beeinträchtigungen, Barrieren und Ressourcen der Klienten und der Prozessebene der Behandlung zu befassen. Anders als mit der ICD-Klassifikation, die allein eine Systematik für Krankheitsphänomene vorgibt und nicht über die Beschreibung des Defizits hinausgeht, ermöglicht die ICF den Leistungsanbietern, sich mit der Erkrankung einhergehenden funktionalen Problemen der Klienten zu befassen. „Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ... operationalisiert den Begriff der funktionalen Gesundheit als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (ICD) einer Person und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogenen Faktoren)“ (Schuntermann 2003: 52). Für die Leistungsanbieter tritt somit in der Kommunikation miteinander sowie mit den Klienten die Krankheitsdiagnose gegenüber den subjektiv erlebten gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den Hintergrund. Sie schaffen mit diesem individuellen, personenzentrierten Vorgehen bei Diagnose und Hilfeplanung gleichzeitig eine Voraussetzung für kooperatives Verhalten der Klienten und eine gute Compliance (vgl. BAR 2006: 8).

Durch die strukturellen Rahmenbedingungen, die Kooperation der Leistungsanbieter im Therapieverbund und die flexiblen Ausgestaltungsmöglichkeiten,

30 Sowohl in der EVS als auch in der MOKO werden die persönlichen Übergabegespräche finanziert, d. h. der Aufwand für die Anreise zu den Gesprächen sowie das Erbringen dieser werden vergütet. In der MOKO werden darüber hinaus auch für die Sonderbausteine QZ/Intravision sowie Case-Management finanzielle Mittel bereitgestellt. Das Case-Management dient der verwaltungsseitigen Begleitung der Kombi-Behandlung, indem das gesamte Verfahren ein Fallbegleiter als Ansprechpartner und Ablaufverantwortlicher für die administrativen Aufgaben im Rahmen der Kombi-Behandlung fungiert. In den Begleitstudien, aber auch darüber hinaus wurde und wird immer wieder erörtert, ob diese Vergütungsmodelle kostendeckend konzipiert sind bzw. wie ein angemessener Ausgleich für den geleisteten Aufwand auszusehen hätte (vgl. Tielking/Ratzke 2004a; Tielking/Ratzke 2007; Korte u. a. 2008).

31 Das Konzept der ICF wird häufig auch als Philosophie verstanden, da es eine veränderte Perspektive auf den Zusammenhang von Behinderung und Gesundheit auf Grundlage der bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen legt (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2006). „Die ‚Philosophie‘ der ICF systematisiert rehabilitatives Denken und eröffnet insbesondere durch die Einbeziehung von Kontextfaktoren im Sinne von Barrieren und Förderfaktoren erweiterte Perspektiven für rehabilitatives Handeln“ (Schuntermann 2006).

die die Kombi-Behandlung besitzt, können diese kontextbezogenen Faktoren berücksichtigt werden. Leistungsanbieter besitzen auf der Ebene des Settings größere Handlungsspielräume und können im Prozess der Hilfeplanung wie auch während der Durchführung der Behandlung personenzentrierter und individueller agieren.

Für die Leistungsanbieter bieten Kombi-Behandlungen darüber hinaus die Möglichkeit, sich der regionalen Dimension von Suchthilfe verstärkt zuzuwenden (vgl. Hüllinghorst 2007: 145). Eine ganzheitlich orientierte und umfassende Suchtbehandlung kann die Lebenswelt ihrer Klienten nicht ausblenden. Demzufolge ist das sozialräumliche Umfeld – Familie, Freunde, Arbeit – in die Behandlungsplanung einzubeziehen. Im Umkehrschluss bieten Hilfeeinrichtungen, die diesen Aspekt in ihre Therapien miteinbeziehen, ihren Mitarbeitern „vor Ort“ einen verbesserten Zugang zu Hilfesuchenden. Die Gestaltung konzeptionell aufeinander abgestimmter Strukturen in einem regionalen Versorgungssystem kann somit helfen, die Lebensumstände der Klienten im Privaten wie Beruflichen möglichst gering zu belasten (vgl. Kromer 1996: 8) bzw. diese im Behandlungsverlauf sogar aktiv zu nutzen. Im Kontext der Regionalisierung ergeben sich auch für die unter dem Stichwort „vergessene Mehrheit“ (vgl. Kap. 1.4) bekannten Personengruppen neue Möglichkeiten.

Strukturell betrachtet kann durch den Zusammenschluss in einem Behandlungsnetz und der Bündelung von Kompetenzen und Ressourcen örtlichen Über- und Unterbedarfen in der Versorgung begegnet werden (vgl. Bühringer 2006). Einrichtungen können sich allgemein oder hinsichtlich spezieller Leistungen qualifizieren und damit profilieren. Umfassendere Hilfemöglichkeiten können vorgehalten werden, wenn die „erforderlichen suchtspezifischen, medizinischen psychiatrischen, psychosozialen und existenzsichernden Hilfen“ (Walter-Hamann 2006: 15) integriert werden. Kooperationen, wie in den regionalen Therapieverbänden der EVS und MOKO, werden im Hinblick auf Kompetenzen und Befugnisse der Behandlungseinrichtungen als richtungweisend angesehen (vgl. DHS 2008).

2.5 Forschungsbezogene Perspektiven

Die wissenschaftliche Fundierung von medizinischen oder rehabilitativen Leistungen ist orientiert am Paradigma der evidenzbasierten Medizin (EbM, von englisch: evidence-based medicine). Mittels des von Sackett u. a. (vgl.

1996) entwickelten Ansatzes soll der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung gewährleistet werden. „Erklärtes Ziel evidenzbasierter Behandlung ist die systematische Integration der höchsten Forschungsevidenz mit der praktischen Behandlungserfahrung der Kliniker und den Behandlungsbedürfnissen der Patienten“ (Lindenmeyer 2007: 51). Sie wird demnach als Gegenmodell zu willkürlichen Entscheidungsverfahren verstanden und zielt darauf, therapeutische und diagnostische Leistungen der Wirksamkeitsprüfung zu unterziehen (vgl. Koller 2005: 49).

Zum Nachweis evidenzbasierter Behandlung dienen u. a. empirische Untersuchungen. Mit ihnen wird insbesondere Fragen der Leistungsfähigkeit und Qualität der Angebote nachgegangen und geprüft, wie Behandlungen und Leistungsangebote zusammenpassen und wo es zweckfreies oder gar schädliches Nebeneinanderher, Überregulierungen oder Überspezialisierungen gibt (vgl. Straus 2000).

Empirische und noch dazu evidenzbasierte Angaben zu Wirkungen und Erfolgen von Kombi-Behandlungen sind nur selten zu finden (vgl. Tielking/Kuß 2003). In Ergänzung der bereits erläuterten Erfahrungen im Rahmen der Bestandsanalyse zu Kombi-Modellen in der Behandlung von Abhängigkeitskranken (vgl. Kap. 2.1) lässt sich hier anschließen, dass bestehende Kombi-Behandlungen oder Verbundmodelle nicht ausschließlich auf eine Evaluation der Ergebnisqualität der vernetzten Behandlung ausgerichtet sind. Vielmehr stehen bei lokalen Initiativen oder Verbundarbeit „im Kleinen“ häufiger die praktische Kooperation und Qualitätsentwicklung der Behandlungsprozesse im Mittelpunkt. Auch die bereits angesprochenen Schwierigkeiten der Datenverarbeitung im Zusammenhang von kombinierten Leistungen (vgl. Kap. 2.3) stehen einer evidenzbasierten Expertise entgegen.

Die seitens der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen und der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover eingeführten Rahmenkonzeptionen der EVS und der MOKO hingegen sind aufgrund ihres umfassenden konzeptionellen Aufbaus und den damit verbundenen Erwartungen

direkt mit Forschungsaufträgen und der Aufgabe der Effektivitäts- und Effizienzbewertung verknüpft worden.³²

Auf diese Weise konnten bereits die EVS-Studien der AG Devianz der Carl von Ossietzky Universität zeigen, dass kombinierte Angebote als Regelbehandlung umsetzbar sind. Erfolge konnten insbesondere für kurzfristig überprüfbare Erfolgsparameter (Haltequote, reguläre Behandlungsabschlüsse), zu Fragen der Behandlungsqualität und -flexibilität sowie zu Kosten- und Effizienzgesichtspunkten erreicht werden (vgl. Tielking/Ratzke 2007). Die Ergebnisse der Studie zur Modularen Kombinationsbehandlung (vgl. Korte u. a. 2008) schließen daran an. Neben der therapeuten- wie klientenseitigen Akzeptanz des Konzeptes und einem gelungenen Qualitätsentwicklungsprozess kann insbesondere die Absicherung der Behandlungsübergänge als Erfolge bezeichnet werden. In diesem Kontext sind die Antrittsquote der Gesamtbehandlung, die (teil-)stationäre Antrittsquote sowie der erfolgreiche Behandlungswechsel (teil-)stationär-ambulant herauszustellen (vgl. Kap. 5.1). Andere Fragen, wie z. B. die Untersuchung von Langzeiteffekten oder das für diese Arbeit zentrale Thema der indikativen Zuweisung in Kombi-Behandlungen, sind allerdings kaum oder nur partiell untersucht (vgl. Weissinger/Missel 2006; Tielking/Kuß 2003; Tielking/Ratzke 2004a). Nachfolgend wird der aktuelle Forschungsstand im Zusammenhang von Kombi-Behandlung für Abhängigkeitskranke wiedergegeben.

2.5.1 Gesundheitswissenschaftliche Implikationen für Kombi-Behandlungen

Untersuchungen verweisen darauf, dass sich Therapieverläufe und die damit verbundenen Entwicklungen und Veränderungen für Klienten als ein Phasenmodell abbilden lassen (vgl. Howard u. a. 1996; Lueger 1995). Einmalige, momenthafte und damit selektive Entscheidungen für eine Leistungsform oder ein bestimmtes Setting müssen vor diesem Hintergrund nicht für den gesamten Verlauf einer Suchtbehandlung Bestand haben. Therapie wird heute primär als prozesshaftes Geschehen verstanden. „Die Gesamtbehandlung ist auf suchtmittelfreie selbstverantwortete Lebensführung ausgerichtet.

32 Aufgrund der forschungsökonomischen Bedingungen und begrenzten Projektlaufzeiten – die Modellphase „EVS“ belief sich auf drei Jahre, die der „MOKO“ auf zweieinhalb Jahre – konnten insbesondere Kurzzeitindikatoren gemessen, Langzeiteffekte jedoch nicht detailliert geprüft werden. Hier böte sich ein Ansatz für künftige Forschungsaktivitäten.

Sie verläuft in Phasen und Abschnitten, jedoch nicht zwangsläufig linear“ (Bürkle 2004). In den Vordergrund treten dann Fragen nach der differenziellen Wirksamkeit spezifischer Behandlungsabschnitte oder -phasen, dem individuellen Behandlungsbedarf der Klienten und der Behandlungsdauer, die den Behandlungserfolg individuell sichert (vgl. Lubenow 2001: 5; Müller-Fahrnow u. a. 2001: 12; Geyer/Wemado 2006: 73).

Kombi-Therapien bieten vor diesem Hintergrund die Möglichkeit, auf die Bedarfe von Abhängigkeitskranken, auf Fortschritte oder auch Misserfolge im Behandlungsverlauf, zu reagieren. Sie entsprechen aufgrund ihrer flexiblen, horizontalen und vertikalen Vernetzung vielmehr dem Störungsbild der Alkoholabhängigkeit als schematische und starre Regelungen, wie z. B. der Entscheidung „ambulant oder stationär“ (vgl. Müller-Fahrnow u. a. 2001). Therapieangebote werden dabei nicht mehr als unveränderliche Einheiten angesehen, vielmehr sind je nach individueller Situation und Problemlage der Klienten einzelne therapeutische Leistungen zuzuordnen (vgl. Bühringer 1997: 14ff.).

Auch mit Blick auf die Entstehungsbedingungen und die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen findet sich eine Begründung für die interdisziplinäre und settingübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen von Kombi-Behandlungen (vgl. DIMDI 2005; Schuntermann 2003). Dem bio-psycho-sozialen Modell entsprechend bilden biologisch-genetische, sozial-kulturelle und psychologische Faktoren ein multifaktorielles Risikobündel. Die individuelle Gewichtung der Risiken hat Einfluss auf die Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung (vgl. Geyer/Wemado 2006). Den damit einhergehenden individuellen Einschränkungen der funktionalen Gesundheit, der Aktivität und Teilhabe ist schließlich mittels eines mehrdimensionalen Behandlungsansatzes zu begegnen, der auf den Einzelfall zugeschnittene Interventionen und Schwerpunktsetzungen und die Berücksichtigung der Kontextfaktoren ermöglicht. Kombi-Behandlungen bieten auf der Ebene der Settings und der indikativen Angebote die Möglichkeit, ausdifferenzierte Behandlungsangebote vorzuhalten und auf die Bedarfe ausgerichtete Interventionen zu realisieren.

Die neurobiologische Suchtforschung versteht die Suchterkrankung als einen Prozess der Langzeitpotenzierung. Durch positive Erfahrungen mit dem Suchtmittel werden spezifische neuronale Strukturen angebahnt, die mit einer Wirkerwartung verbunden sind. Diese Erwartung lässt sich nur schwer einschränken, sie wird stattdessen mit dem Suchtmittelkonsum immer wieder

aktiviert bzw. unbewusst oder automatisiert in eine Handlung umgesetzt. Neurologisch betrachtet können die positiv besetzten Erlebens- und Erfahrungsmuster nicht gelöscht werden, sondern nur durch neue gehemmt oder überformt werden. Entwöhnungsbehandlungen müssen unter dieser Perspektive das Umlernen fördern, welches, um erfolgreich zu sein, von der gesamten Persönlichkeit getragen werden muss (Vogelsang 2007: 152). „Neue, in der Therapie gelernte Handlungsmuster müssen intensiv eingeübt werden, bis sie so stark sind, dass sie sich gegenüber den automatisierten Suchtmustern durchsetzen können“ (Roediger 2007: 114). Diese ein Suchtgedächtnis des Gehirns antizipierenden Prozesse werden auch als Prägung und Rückprägung bezeichnet (vgl. Wolffgramm u. a. 2001; Lindenmeyer 2007).

Gesicherte Erkenntnisse zur erfolgreichen Beeinflussung des Suchtgedächtnisses gibt es bisher nicht, zudem sind die an den neurologischen Prozessen orientierten Behandlungsmethoden häufig rein medikamentös ausgerichtet (vgl. Mundle u. a. 2001).

Lindenmeyer folgert in diesem Kontext, dass eine Kompensation des Suchtmittels ebenso wenig ausreicht wie die Erzielung einer stabilen Veränderungsmotivation. Vielmehr müssen Bewältigungsfähigkeiten für kritische Rückfallsituationen eingeübt werden. (Vgl. Lindenmeyer 2007: 66)

An dieser Stelle bieten Kombi-Behandlungen strukturell eine Ansatzmöglichkeit, berücksichtigt man die flexiblen Nutzungsmöglichkeiten der Behandlungssettings in der vernetzten Rehabilitation. Eine ausgedehnte Nutzung ambulanter Angebote bspw. kann dabei unterstützen, die im (teil-)stationären Rahmen erarbeiteten Verhaltensweisen über einen längeren Zeitraum ambulant, d. h. unter therapeutischer Begleitung, zu erproben und zu festigen. Kritische Phasen der Alltagsbewältigung können somit therapeutisch aufgefangen werden, ggf. sogar mit einem erneuten intensiveren Behandlungsabschnitt, d. h. einem zweiten (teil-)stationären Modul.

2.5.2 Angaben zur Effektivität und Effizienz von Kombi-Behandlungen

Durch die Orientierung von Behandlung und Rehabilitation am Paradigma der evidenzbasierten Medizin sind Wirksamkeitsnachweise für Behandlungen und Behandlungssysteme von besonderer Bedeutung. In Meta-Analysen werden allgemeine Größen, wie z. B. das Behandlungsergebnis, verschiedener Evaluationsstudien statistisch zusammengefasst (vgl. Soyka/Küfner 2008:

428). Für Kombi-Behandlungen liegen allerdings insgesamt nur wenige Untersuchungen vor, so dass eine Meta-Analyse nicht möglich ist.

Nachfolgend werden den Ergebnissen der MOKO vergleichend Größen aus empirischen Einzelstudien und einschlägigen Dokumentationssystemen gegenübergestellt. Bei der gemeinsamen Betrachtung von Ergebnissen verschiedener Studien sind die jeweils geltenden Bedingungen der Datenerhebung und Auswertung zu beachten, um nicht verkürzte, unsachgemäße Schlussfolgerungen zu ziehen. Auch Süß (vgl. 1995) verweist darauf, dass bspw. unterschiedliche Selektionskriterien bei Klientenstichproben oder die Berücksichtigung verschiedener Erhebungsstandards und -verfahren oftmals die umfassende Interpretation der Daten erschweren und lediglich eine gewisse Orientierung bieten. Die hiesige Darstellung erfolgt im Interesse der Veranschaulichung genereller Tendenzen und Facetten der Wirksamkeit von kombinierten Entwöhnungsbehandlungen. Es werden Daten aus den Untersuchungen der Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS) (vgl. Tielking/Kuß 2003) und der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund (MOKO) (vgl. Korte u. a. 2008) herangezogen. Zusätzlich werden mittels Daten der Basisdokumentation (Bado) Sucht 2006 (vgl. FVS 2007), der Deutschen Suchthilfestatistik 2006 für den ambulanten Bereich (vgl. Sonntag 2007), Daten zu der ambulanten Nachsorge (vgl. Köhler/Naumann 2004) und Angaben aus der Match-Studie (vgl. Project Match Research Group 1997, 1998) Bezüge zu den konventionellen Behandlungen hergestellt.

Ein häufig gebrauchtes Erfolgsmerkmal sind Abstinenzquoten³³. Da Entwöhnungsbehandlungen auf dem Abstinenzparadigma aufbauen (vgl. VA 2001), geben sie – sowohl kurz-, mittel- als auch langfristig ermittelt – Auskunft über die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Therapie. Sonntag/Künzel geben in ihrer Expertise Abstinenzquoten zwischen 26 % und 57 % an. Allerdings sind für die zwischen zwei Wochen und drei Monate dauernden stationären Therapien, die von einer halb- bzw. ganzjährigen ambulanten Weiterbehandlung/Nachsorge begleitet werden, unterschiedliche Katamnesezeiträume zu berücksichtigen. (Vgl. Sonntag/Künzel 2000: 128)

33 In der medizinischen Rehabilitation stellt dieses Maß jedoch nur ein Mittel zum Zweck da, ihre eigentliche Aufgabe liegt darin, die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Teilhabe am Erwerbsleben zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

In der EVS konnte sechs Monate nach der Kombi-Behandlung eine Abstinenzquote von 64,3 % gemäß DGSS-3-Berechnungsform³⁴ ermittelt werden (vgl. Tielking/Kuß 2003). Für die MOKO sind die Bewertungen des nachhaltigen Behandlungserfolges vor dem Hintergrund des geringen Datenrücklaufes³⁵ nur eingeschränkt möglich, gleichwohl geben sie Tendenzen wieder. Gemäß der DGSS-3-Berechnungsform geben elf von zwölf Katamneseantworter an, abstinent zu leben.

Quoten aus dem Bereich der stationären Rehabilitation, die hier vergleichend herangezogen werden, kommen z. B. im Rahmen einer 4-Jahres-Katamnese auf eine Abstinenzquote von 46 % (vgl. Feuerlein u. a. 1998). In einer anderen Studie wird als Ergebnis einer 1-Jahres-Katamnese eine Erfolgsquote von 62,9 % (DGSS 1) und 42,7 % (DGSS 4) hinsichtlich der Suchtmittelabstinenz angegeben (vgl. Bachmeier 2002). Für ambulante Entwöhnungsangebote konnten Soyka u. a. (vgl. 2003) im Rahmen der 1-Jahres-Katamnese eine Abstinenzquote von 56 % ermitteln.

Nähern kann man sich dem Thema Effizienz und Effektivität von Kombi-Behandlungen auch über die Betrachtung der Bedeutung und des Erfolges von Nachsorgebehandlungen (vgl. McKay 2001). In der Match-Studie (vgl. Project Match Research Group 1997, 1998) wurden die Effekte von Nachsorgebehandlungen³⁶ mit denen rein ambulanter Behandlungen verglichen. Ein Jahr nach der Aufnahme der Behandlung konnte katamnestic erhoben werden, dass 35 % der Klienten der Nachsorge durchgehend abstinent waren, während von denjenigen, die eine ambulante Therapie ohne vorhergehende stationäre Behandlung erhielten, nur 19 % abstinent blieben (vgl. Kufner 2004b: 249). Rahmenbedingungen, die eine wirksame Nachsorge charakteri-

34 Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) (vgl. 2001: 89) hat vier standardisierte Formen (DGSS 1–4) der Berechnung von Abstinenzquoten bestimmt: In der DGSS 1 werden alle erreichten Behandelten, die planmäßig aus der stationären Behandlung entlassen worden sind, einbezogen. Die Berechnungsform DGSS 2 bezieht sich auf alle planmäßig entlassenen Behandelten. Grundlage für die Berechnungsform DGSS 3 bilden alle in der Katamnese Erreichten. Die Bezugsgröße für die DGSS 4 sind alle entlassenen Behandelten.

35 Die Begleitforschung zur MOKO fokussierte primär auf kurzfristig überprüfbare Erfolgsparameter. Die Konzeption des Untersuchungsansatzes und insbesondere der begrenzte Erhebungszeitraum im Projekt legten von vornherein nahe, dass in der 6-Monats-Katamnese nur eine geringe Fallzahl erreicht werden würde (vgl. Korte u. a. 2008).

36 Implizit enthält die Konzeption der Studie mit der Prüfung der Effekt von Nachsorgebehandlungen einen Beitrag für die Diskussion um Kombi-Behandlungen, geht doch einer Nachsorgebehandlung zwangsläufig eine Rehabilitationsleistung voran.

sieren, sind die regelmäßige, wöchentliche Teilnahme und damit verbunden eine gute Erreichbarkeit, d. h. die Wohnortnähe des Behandlungsortes sowie eine einjährige Behandlungsdauer mit entsprechendem Engagement oder der Übereinstimmung mit den Gruppenmitgliedern (vgl. Kufner 2004b: 261).

Die Haltequote bzw. der erfolgreiche Behandlungsabschluss gilt, bezogen auf die kurzfristig überprüfbare Wirksamkeit von Behandlungsleistungen, ebenfalls als Indikator für den Therapieerfolg. Sie beschreibt, wie viele Klienten die Behandlung resp. einen Behandlungsabschnitt erfolgreich – regulär oder planmäßig³⁷ – beenden. Die jeweiligen Gegengrößen werden als irregulärer Behandlungsabschluss bzw. Abbruch bezeichnet.

In der EVS konnte für 38,5 % der Kombi-Klienten ein regulärer Abschluss der ambulant-stationären Gesamtbehandlung festgestellt werden, 11 % der Fälle beenden ihre Gesamtbehandlung bereits regulär im stationären Setting. Die stationäre Behandlung im Rahmen der EVS beenden knapp 85 % der Klienten regulär, die poststationäre ambulante Behandlung im Rahmen der EVS beenden 43 % der Klienten regulär (vgl. Tielking/Kuß 2003: 224).

Die Modulare Kombinationsbehandlung beenden 50 % der Klienten planmäßig. Für die reguläre Behandlungsbeendigung liegt die Quote bei 44 %. Das (teil-)stationäre Modul beenden in der MOKO 86 % der Klienten planmäßig; für einen Klienten die Gesamtbehandlung der MOKO nach dem (teil-)stationären Modul. Das poststationäre ambulante Modul beenden 64 % der Klienten planmäßig (vgl. Kap. 5. 1).

Für den Erfolg stationärer Entwöhnungsbehandlungen gemessen an der Art der Behandlungsbeendigung wurde in der Bado (vgl. FVS 2007: 26) für 83 % der entlassenen Klienten eine planmäßige Beendigung erhoben.

Für rein ambulante Behandlungen werden in der Deutsche Suchthilfestatistik 42 % planmäßige Beendigungen ausgewiesen (vgl. Sonntag 2007: S28). Soyka u. a. (vgl. 2003) gibt für seine Untersuchung der rein ambulanten Therapie eine Quote von 27 % irregulären Therapiebeendigungen an.

37 Die Entlassungsformen werden in Rahmen von Suchtrehabilitationen standardisiert – gemäß des Schemas des ärztlichen Reha-Entlassungsberichtes der Deutschen Rentenversicherung – in den folgenden Kategorien ausgewiesen: 1. regulär, 2. vorzeitig auf ärztliche Veranlassung, 3. vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis, 4. vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis, 5. disziplinarisch, 6. verlegt, 7. Wechsel zu ambulanter, teil-stationärer, stationärer Reha, 8. verstorben. Als „planmäßige Behandlungsbeendigung“ gelten dabei 1., 2., 3., 7. (vgl. DRV 2007a), sie werden auch als erfolgreich behandelt bezeichnet.

Die Wirksamkeit einer Behandlung wird vor dem Hintergrund der Förderung der Teilhabe (vgl. Kap. 1.3) auch anhand der Veränderung spezifischer sozialer oder personaler Dimensionen, wie z. B. der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, der körperlichen Gesundheit, der psychischen Stabilität und den sozialen Beziehungen, bewertet (vgl. Kufner 2004a: 298).

In der MOKO sind zu Beginn der Behandlung 53 % und zum Ende 48 % der Klienten arbeitslos. In der Bado liegt der Anteil der Arbeitslosen bei der Aufnahme der Rehabilitation bei 41,9 % und bei Behandlungsende bei 43,6 % (vgl. FVS 2007: 29).

Zufriedenheitswerte für verschiedene Lebensbereiche, wie z. B. die Arbeitssituation, die finanzielle oder körperliche Verfassung, gelten ebenfalls als Indikator für die Bewertung des Erfolges einer Behandlung. Daraus lassen sich bspw. Anhaltspunkte für subjektiv empfundene Belastungsfaktoren oder Problembereiche ableiten, an denen weiterhin gearbeitet werden muss. In der EVS gaben 82 % der Befragten an, zum Abschluss der Verbundbehandlung mit ihrer persönlichen Lebenssituation zufrieden zu sein (vgl. Tielking/Kuß 2003: 221). Am Ende der MOKO bezeichnen sich bis auf einen Befragten alle (97 %) als zufrieden. Gemäß der 1-Jahreskatamnese des Fachverbandes Sucht im Anschluss an eine stationäre Behandlung sind 81,4 % der Befragten mit ihrer Lebenssituation zufrieden (vgl. Bachmeier 2002). Die Ergebnisse bringen ein hohes Ausmaß an Wohlbefinden zum Ausdruck. Die meisten Befragten sind im Anschluss an die Rehabilitation mit ihrer persönlichen Lebenslage zufrieden.

In der MOKO-Studie wurden die Klienten im Verlauf der Behandlung mehrmals gefragt, wie sie ihren eigenen Zustand bzw. ihre persönlichen Ressourcen und Fähigkeiten einschätzen (vgl. Korte u. a. 2008). Nachfolgend sind die Einschätzungen verschiedener Dimensionen zu Behandlungsbeginn und -ende aufgeführt:

ALS „SCHLECHT“³⁸ BEURTEILT WIRD DIE/DAS...	MOKO- BEHANDLUNGS- BEGINN	MOKO- BEHANDLUNGS- ENDE
psychische Belastbarkeit bei Stress	36 % (n= 95)	0 % (n=35)
Selbstsicherheit	34 % (n= 94)	0 % (n=35)
Konfliktfähigkeit	29 % (n= 94)	3 % (n=35)
Durchsetzungsfähigkeit	25 % (n= 89)	0 % (n=35)
Arbeitsfähigkeit insgesamt	21 % (n= 92)	6 % (n=35)
körperliche Verfassung	19 % (n= 95)	9 % (n=35)
Konzentrationsvermögen	18 % (n= 93)	3 % (n=33)
Kommunikationsfähigkeit	8 % (n= 95)	0 % (n=35)

Abb. 1 Selbstbeschreibung des aktuellen Zustandes

Zum Abschluss der MOKO finden sich unter den Befragten kaum noch Klienten, die ihren Zustand in den verschiedenen Dimensionen als schlecht bewerten. Weitergehende Analysen konnten hier belegen, dass sich im Verlauf der einzelnen Behandlungsphasen signifikante Veränderungen des Zustandes bzw. der Bewertung von diesem vollzogen haben – dies bestätigt sich sowohl auf Ebene der Selbst- als auch der Fremdeinschätzung durch die ebenfalls befragten Therapeuten (vgl. Korte u. a. 2008: 167ff.).

Die Angaben zu den Effektivitäts- und Effizienznachweisen von Kombi-Behandlungen verdeutlichen den weiteren Forschungsbedarf. Die bisher realisierten Modellprojekte fokussieren auf die Prozessebene und anhand von Kurzzeitindikatoren belegbaren Behandlungsergebnissen. Langzeiteffekte wurden bisher noch nicht detailliert geprüft. Köhler u. a. (vgl. 2007: 538) verweisen zudem darauf, dass Untersuchungen über kombinierte Behandlungen in der Regel aufwändig und teuer sind, der Vergleich mit Kontrollgruppen oder eine Randomisierung im Rahmen des bestehenden Versorgungssystems schwierig bis unmöglich ist. Die Autoren fassen schließlich zusammen, dass ein Fehlen solcher Studien nicht vorschnell zu der Einschätzung

38 Die Befragten konnten je Item auf einer fünfstufigen Skala („schlecht“ – „eher schlecht“ – „mittelmäßig“ – „eher gut“ – „gut“) ihre Einschätzung vornehmen.

führen sollte, Behandlungen als therapeutisch unterlegen oder ineffizient zu bewerten.

Weiter ist eine Orientierung an den konventionellen Erfolgsmerkmalen folgerichtig, will man die Effekte einer vernetzten Behandlung vollständig eruieren. Von Interesse ist aber auch die Konzentration auf weitere, die Kombi-Behandlung im Speziellen charakterisierende Merkmale. Neue interessierende Größen, wie z. B. Übergabegespräche oder Belastungserprobungsgruppe, müssen als Einflussgrößen auf den Behandlungserfolg dauerhaft – und nicht nur im Rahmen von Pilotstudien – einbezogen werden, um das Outcome von Kombi-Behandlungen auch an den für sie spezifischen Prozessen messen zu können.

2.6 Zusammenfassung

Die vorangegangenen Ausführungen sollten den Stellenwert von Kombi-Behandlungen als qualitativ neuen Ansatz in der Rehabilitation von Alkoholabhängigen in unterschiedlichen Dimensionen verdeutlichen. Mit Blick auf die konventionellen Behandlungsstrukturen in der Versorgung Alkoholabhängiger konnte gezeigt werden, dass Kombinationsbehandlungen hinsichtlich der „vergessenen Mehrheit“, der Gestaltung einer individuell-ressourcenorientierten Behandlung, aber auch versorgungsökonomisch eine Neuorientierung darstellen, um den Bedarfslagen von Betroffenen angemessener zu begegnen. Die Vernetzung der Leistungsanbieter dient dabei der Durchführung einer ganzheitlich orientierten und die persönlichen Kontextfaktoren der betroffenen Person berücksichtigenden individuell-flexiblen Behandlung. Kombi-Behandlungen entsprechen damit sowohl organisatorisch-institutionell als auch bezogen auf das Krankheits- oder Behandlungsverständnis einer modernen Sicht auf Alkoholabhängigkeit und ihrer Behandlung.

Die Angaben zu den Behandlungsergebnissen (vgl. Kap. 2.5.2) haben weitere Erträge von Kombi-Behandlungen verdeutlicht. Sie haben allerdings auch aufgezeigt, welche Wirksamkeitsnachweise für eine umfassende Bewertung der Leistungen von Kombi-Behandlungen im Sinne der evidenzbasierten Medizin noch ausstehen. In diesem Zusammenhang erweist sich auch die Variantenvielfalt gegebener Kombi-Konzeptionen als problematisch. Bestehende Kombinationsmodelle variieren bspw. in ihren Leistungsrahmen und der angesprochenen Zielgruppe, so dass vergleichende Bewertungen auf-

grund unterschiedlicher Ausgangsbedingungen nur begrenzt möglich sind. Darüber hinaus verhindert auch das Defizit an adäquaten Instrumenten und standardisierten Dokumentationssystemen für die Ergebnissicherung der vernetzten Behandlung eine umfassende Evaluation – ihre Spezifika oder Qualitäten werden nicht in allen sie kennzeichnenden Dimensionen erfasst.

Ein zentrales Thema für den Bereich der Kombi-Behandlung ist noch weitgehend unbearbeitet – der Aspekt der Zuweisung. Da nicht jeder Abhängigkeitskranke generell von einem Behandlungsangebot profitiert, es Belege für die Selektion von Betroffenen für verschiedene Behandlungsalternativen gibt und somit sowohl für den Einzelnen als auch für das Behandlungssystem der Behandlungserfolg tendenziell verbessert werden kann, stellt sich diese Frage auch für Kombi-Behandlungen.

Die Arbeit geht nun im weiteren Verlauf der Frage nach, wie das Zuweisungsverfahren der MOKO gestaltet ist und welche Perspektiven sich für eine Systematisierung dieser Aufgabe ableiten lassen.

3 Systematische Zuweisungsentscheidungen – Indikationskriterien und Klassifikationssysteme

Die Zuweisung von Klienten in ein Behandlungsangebot steht am Beginn einer jeden Suchtbehandlung. Bühringer verwendet den Begriff Allokation, da es damit besser gelingt, die Ebene des Settings wie auch therapeutische Schulen zu berücksichtigen und den prozessualen Charakter der Entscheidungen für ein bestimmtes Behandlungsangebot zu beschreiben (vgl. Bühringer 2006: 646).

Mit Blick auf die Vielfalt an Behandlungsalternativen und -möglichkeiten ist offensichtlich, dass die Aufgabe der Zusammenführung von Klienten und Behandlungsangebot eine besondere Herausforderung darstellt. Mit der Zuweisungsentscheidung erfolgt eine Selektion, die eine Begründung erfordert. Für Leistungsanbieter, -träger und den Betroffenen muss die Vermittlung in ein spezifisches Leistungsangebot bzw. die Zuführung „passgenauer“ Klienten in eine bestimmte Behandlung intersubjektiv nachvollziehbar sein.

Die Zuweisungsentscheidung muss dabei abseits eines Determinismus rational und plausibel sein. Über die settingspezifischen Angebote hinaus sind die Merkmale, anhand derer die Behandlungsvarianten zuzuordnen bzw. die für die Entscheidung über ein Rehabilitationsangebot handlungsleitend sind, zahlreich und in ihren Einfluss auf den Behandlungserfolg wenig gesichert (vgl. Bühringer 2006: 647; Watzl 1999). „Die empirische Absicherung von Indikationskriterien hinsichtlich der Entscheidung darüber, welche Behandlung für welchen abhängigen Menschen am effektivsten ist, ist noch eine Zukunftsaufgabe, jedoch haben sich auf Expertenebene bereits entsprechende Anhaltspunkte herausgebildet“ (Weissinger/Missel 2006: 51). Als globale Prinzipien gelten z. B. „Je stärker die Abhängigkeit, desto intensiver sollte die Therapie sein“ (Soyka/Küfner 2008: 473) oder „Je länger die Therapie dauert, desto wahrscheinlicher wird der Therapieerfolg“ (Künzel u. a. 2001: 16).

Berücksichtigt man, dass Therapieangebote, wie die Behandlung selbst, nicht als unveränderliche Einheiten anzusehen sind und Indikationsentscheidungen

je nach individueller Situation und Problemlage der Klienten einzeln zu treffen sind (vgl. Bühringer 1997: 14ff.), wird deutlich, dass das Matching von Klient und Therapie eine stets wiederkehrende und je Fall neu zu bewerkstellende Aufgabenstellung darstellt. Veränderungen des Behandlungssystems, der strukturellen oder versicherungsrechtlichen Bedingungen von Rehabilitationsleistungen und heterogene Bedarfe auf Seiten der Klienten zeigen unablässig Bedarf an Orientierung oder Leitkriterien für die praktische Umsetzung auf. Nachfolgend wird grundlegend in den Zuweisungszusammenhang eingeführt, außerdem werden verschiedene Kriterienkataloge aus der Praxis vorgestellt.

3.1 Grundlagen der Zuweisungsentscheidung

Mit der Zuweisungsentscheidung wird vorrangig die Stellung der Indikation, also die Bestimmung des Grundes zur Anwendung eines bestimmten diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens in einem Erkrankungsfall (vgl. Pschyrembel 2007: 905), verbunden. Die vielfältigen organischen, psychischen und sozialen Störungen, die mit einer Abhängigkeitserkrankung einhergehen, sowie ihre Folgeprobleme zeigen auf, dass eine solche Entscheidung eine herausfordernde Aufgabe darstellt.

Der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) benennt in einem Positionspapier unterschiedliche Kriterien, welche die Indikationsstellung leiten. Im Prozess der Indikationsstellung sind die Symptomatik der Klienten und der Schweregrad der Störung, die Indikationen und Kontraindikationen des therapeutischen Settings, die Wirkfaktoren von Psychotherapie, Einrichtungsmerkmale, Ziele der Klienten sowie der Gesamtbezugsrahmen mit seinen (versicherungs-)rechtlichen, marktorientierten und strukturellen Anforderungen und Schnittstellen zu beachten (vgl. buss 2005). „Werden diese Einflußfaktoren im Sinne eines ‚Matchens‘ innerhalb einer Matrix unter Berücksichtigung der individuellen Situation der PatientIn zueinander in Beziehung gesetzt, so ergibt sich die zum jeweiligen Indikations-Zeitpunkt bestmögliche Indikationsstellung für die PatientIn“ (buss 2005).

Das Zusammenführen der Merkmale kann im Rahmen der Indikationsstellung unter drei verschiedenen Perspektiven erfolgen:

- die prognostische Indikation bezieht sich auf den Therapieverlauf und das Ende der Behandlung,

- die selektive Indikation zielt zum einen auf die Auswahl des geeigneten Behandlungsangebotes bzw. den „passenden“ Klienten für das Angebot und
- die adaptive Indikation begründet, das therapeutische Vorgehen an die Bedingungen der jeweiligen Klienten anzupassen (vgl. Baumann/Wedel 1981; Zielke 1979).

Während die prognostische bzw. die selektive Indikation auf Entscheidungen abzielt, die den gesamten Behandlungsprozess betreffen, betont die adaptive Indikation ein dynamisches Geschehen im therapeutischen Prozess sowohl beim Individuum selbst als auch in Interaktion mit den Behandlern (vgl. Lenz 2002: 37).

Bezieht man den Ansatz der Optimierung von Behandlungsergebnissen und der Organisation von Behandlungselementen mit in die Zuweisungsentscheidung ein, so eröffnen sich über die bereits anspruchsvolle, primär individualsbezogene Perspektive hinaus weitere Facetten der Zuweisungsentscheidung. Kufner differenziert insgesamt drei Matching-Aufgaben:

- die Optimierung eines Behandlungsprogramms,
- die Optimierung eines Behandlungssystems mit unterschiedlichen Therapieeinrichtungen sowie als zentrale, im Kontext der Indikationsentscheidung zu verfolgende Strategie,
- die optimale Behandlung für einen Klienten. (Vgl. 2000: 42)

Zu diesen drei Perspektiven der Indikation kommen vier verschiedene Strategien, die sich jeweils unter die Matching-Aufgaben subsumieren lassen (vgl. Kufner 2000; Geyer u. a. 2006; Soyka/Kufner 2008):

1. Das Prinzip der minimalen Intervention oder stepped care geht ohne Beachtung konkreten Indikationswissens und den Bedingungen, von denen ein erfolgreicher Therapieverlauf abhängig ist, davon aus, dass verschiedenen Therapieformen mit unterschiedlichem Kostenaufwand und therapeutischer Ausgestaltung den gleichen Erfolg aufweisen. Sofern eine therapeutische Intervention fehlgeschlagen ist, ist hier die nächstaufwändigere Form zu wählen.
2. Das Prinzip der generell erfolgreichsten Behandlung betont die Wirksamkeit der Intervention im Einzelfall. Danach muss die Indikationsentscheidung, aus Mangel an gesicherten Erkenntnissen über ein generell erfolgreiches Angebot, strategisch – als tendenzielle Aussage bezüglich

eines Veränderungseffektes – getroffen werden. Auf der Programmebene verbirgt sich dahinter ein Benchmarkingprozess, d. h. die Orientierung an einer Rangfolge der Behandlungseinrichtungen unter der Perspektive des Behandlungserfolges. Für das Behandlungssystem folgt daraus je Störungstyp und Behandlungsbereich eine Orientierung an den Benchmarking-Mustereinrichtungen.

3. Das Prinzip des störungsspezifischen Ansatzes nimmt die individuellen Störungen, Defizite und Symptome zum Ausgangspunkt der Zuweisung in ein therapeutisches Angebot. Auf Ebene des Programms selbst sowie des Behandlungssystems führt die Konzentration auf symptom-spezifische Behandlungen zu einer Optimierung, unterstellt man, dass diese spezielle Behandlung, bezogen auf das Defizit, einen erfolgreicherer Ansatz darstellt.
4. Das Prinzip der differentiellen Behandlung kombiniert verschiedene Indikationsfragen und formuliert diesbezüglich Zuordnungsregeln für Klienten mit besonderen Merkmalen und Behandlungsangeboten. Auf der Programm- und Systemebene führt dieses Vorgehen aufgrund der Auswahl passender Klienten zu einer Optimierung hinsichtlich des Behandlungserfolges.

In der Praxis sind diese theoretischen Perspektiven und Prinzipien nur begrenzt von Belang. Häufig werden Zuweisungsentscheidungen zu Beginn einer Behandlung unter Abwägung persönlicher Erfahrungen und Haltungen der Behandler und Betroffenen gefällt oder sind auf Besonderheiten der jeweiligen Einrichtungen zurückzuführen (vgl. Bottlender/Soyka 2005; Arend 1999). Im weiteren Verlauf zeigt sich dann auch, dass die aufgrund von selektiven Entscheidungen für eine Therapieform oder ein bestimmtes Setting antizipierten Therapieverläufe nicht für den gesamten Verlauf einer Suchtbehandlung Bestand haben können oder müssen. Vielmehr kann sich eine Indikationsstellung und Zuweisung im Verlauf der Behandlung als nicht mehr geeignet oder sogar kontraproduktiv erweisen. Mit adaptiven Leistungen, wie z. B. der Umgestaltung von Interventionstechniken, Settingwechseln oder einer Veränderung der Sitzungsfrequenz, kann dann auf die veränderten situativen und persönlichen Erfordernisse reagiert werden (vgl. Lenz 2002: 37). „Selektive Indikation hat ihre Grenzen, sie muß stets adaptiv ergänzt werden“ (Aßfalg 1997: 6).

Betrachtet man allerdings die gegebenen Rahmenbedingungen, gängigen Versorgungsstrukturen und Verwaltungsverfahren auf Seiten der Kosten- und Leistungsträger aber auch der Leistungsanbieter, zeigt sich, dass selektive Zuweisungen dominieren und regelmäßig den weiteren, administrativen und therapeutischen Weg bestimmen.³⁹ Fortschritte oder auch Misserfolge der Rehabilitanden werden nur eingeschränkt für den weiteren Therapieverlauf berücksichtigt und im Sinne adaptiver Indikationsentscheidungen berücksichtigt (vgl. Tielking/Ratzke 2004b).

3.2 Kriterien der Zuweisungsentscheidung

Ausgangspunkt für die Zuweisung in eine Alkoholentwöhnungsbehandlung ist die Bestimmung der biologisch-somatischen, psychischen und sozialen Funktionsfähigkeit, aus der auf den Schweregrad der Abhängigkeitserkrankung „geschätzt“ wird.

In diesem Rahmen erfolgt zunächst eine deskriptive Diagnostik unter Beachtung der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme“ (ICD, aktuelle gültige Fassung: ICD-10) und der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) (vgl. Dilling u. a. 1991; DIMDI 2005). Wesentlich für die medizinische Rehabilitation sind die Bewertung oder Abschätzung der Art und des Umfangs der Beeinträchtigung der Teilhabe des Betroffenen am gesellschaftlichen Leben und die Möglichkeiten der Kompensation (vgl. Lindenmeyer 2004: 268). Über die Beseitigung von „bloßen“ Krankheitssymptomen hinaus, muss nach der ICF mit einem entsprechenden Behandlungsangebot auch auf die Teilhabe am Arbeitsleben und die soziale Reintegration hingewirkt werden. Dazu sind Faktoren, wie z. B. Art, Schweregrad und Verlauf der Suchterkrankung, psychische Störungen, sozialer Hintergrund bezogen auf Familie, Freunde und Beruf, Belastungen und Ressourcen, körperliche Störungen, Motivation, psychosoziales Funktionsniveau, zu erheben.

39 Im Rehabilitationssystem sind zwar Umwandlungen von Anträgen oder bewilligten Leistungen möglich oder Spielräume für die Ausgestaltung der Therapie und die Nutzung indikativer Angebote gegeben, nichtsdestotrotz basiert jede neu aufgenommene Suchtrehabilitation grundsätzlich auf der einen, wenig flexiblen oder Spielräume eröffnenden Entscheidung.

Soyka/Küfner (vgl. 2008: 474) benennen die folgenden Faktoren:

- Schweregrad der Abhängigkeit
- zusätzliche psychiatrische Störungen
- Art und Schwere der alkoholbedingten Schäden
- Persönlichkeit des Alkoholikers (z. B. soziale Kompetenzen), evtl. Komorbidität (andere psychische Störungen)
- Rahmenbedingungen (z. B. sozioökonomische Situation, räumliche Gegebenheiten)
- Unterstützung des sozialen Umfeldes
- neurobiologische und genetische Faktoren

Über die Bedeutung anderer, eher reaktiver und nur schwer zu operationalisierender Merkmale besteht ebenfalls Konsens. Im Positionspapier „Indikationsstellung in der Suchttherapie“ nennt der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe die „Atmosphäre“ oder aber die „therapeutische Beziehung“ als zu beachtende Wirkfaktoren, um den Klienten am besten gerecht werden zu können (vgl. buss 2005; Schneider 2007). Die Deutsche Rentenversicherung benennt in den Reha-Therapiestandards die Klinikatmosphäre, die Qualität der therapeutischen Beziehung und die Qualität der Beziehung zu den Rehabilitanden als Faktoren, die die Wirksamkeit einer Behandlung ausmachen können und insofern die Indikation für ein Behandlungsangebot begründen können (vgl. DRV 2009b: 6). Nach Kulick deuten Aspekte wie z. B. eine ausreichende Motivation, Krankheitseinsicht, eine stabile soziale Situation, längere Abstinenzphasen und gelungene frühere Behandlungen auf eine günstige Prognose für den Behandlungserfolg (vgl. Kulick 1999: 10).

Watzl fasst zusammen, dass Merkmale von Klienten nur einen geringen Anteil der Varianz der Behandlungsergebnisse erklären. Er sieht keine überzeugenden Befunde dafür, dass eine gezielte Zuweisung in bestimmte Therapien zu besseren Behandlungsergebnissen führt. (Vgl. Watzl 1999)

Schließlich sind die bestehenden Gesetzesvorgaben und Rahmenbedingungen, u. a. SGB VI und die VA 2001, in der Allokationsentscheidung zu berücksichtigen. Auch die vorhandenen Angebote therapeutischer Konzepte und Schulen, die sich bspw. durch das Verhältnis von medizinischen zu psychotherapeutischen Verfahren oder von Einzel- zu Gruppentherapie unterscheiden, sind einzubeziehen.

Empirische Belege für die verschiedenen aufgelisteten Faktoren sind insgesamt rar (vgl. Soyka/Küfner 2008: 474). Vielmehr werden Zuweisungsentscheidungen unter Abwägung verschiedenster Faktoren und Bedingungsbeziehungen sowie unter Berücksichtigung von Erfahrungswissen und praktischen Plausibilitäten getroffen (vgl. Kulick 1999). Nachfolgend wird das Zuweisungsverständnis der Modularen Kombinationsbehandlung in den Mittelpunkt genommen.

3.3 Das Zuweisungsverständnis der Modularen Kombinationsbehandlung

Die bisherigen Ausführungen zur Zuweisungsentscheidung haben auch Eingang gefunden in die Grundlagen der Modularen Kombinationsbehandlung (vgl. LVA Hannover 2005, Westphal/Wiegand 2008: 284ff.).⁴⁰ Die MOKO, die als Kombi-Behandlungsangebot auf die flexible Nutzung ambulanter, ganztägig ambulanter, adaptiver und stationärer Behandlungsabschnitte innerhalb eines Gesamtbehandlungszeitraumes von 52 Wochen zielt, weist zusätzlich einige Besonderheiten auf.

Herauszustellen ist, dass das „indikative Verständnis“ (vgl. Westphal/Wiegand 2008: 292) der MOKO sich auf die Ebene des Settings bezieht und therapeutische Schulen und Methoden im Detail nicht behandelt werden bzw. obligatorisch durch die einzelnen Leistungsanbieter zu beachten sind. Damit liegt der Zuweisungsentscheidung in der MOKO ein Ansatz zugrunde, der über die Bestimmung des anzuwendenden Heilverfahrens hinaus geht und im engeren Sinne nicht als Indikationsstellung zu bezeichnen ist. Vor diesem Hintergrund erweist sich, wie bereits einleitend angedeutet, die Verwendung des Begriffes Zuweisung für die Beschreibung des Verfahrens im Rahmen der MOKO als zweckmäßig und sinnvoll.

Das Zuweisungsverständnis der MOKO ist dabei mit den für Suchtrehabilitation allgemein geltenden Abreden, wie der Vereinbarung „Abhängigkeits-

40 Die weiteren Ausführungen zur Konzeption und zum Leistungsrahmen basieren insbesondere auf der seitens der damaligen LVA Hannover im Juli 2005 im Rahmen einer Einführungsveranstaltung zum Behandlungsmodell verwendeten PowerPoint-Präsentation (vgl. LVA Hannover 2005) sowie dem Beitrag von Ulrike Westphal und Georg Wiegand „Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund aus Sicht der Leistungsträger“ im Abschlussbericht zur MOKO-Begleitforschung (vgl. Westphal/ Wiegand 2008: 284ff.).

erkrankungen“ oder den gesetzlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des Sozialgesetzbuches (§§ 9-12 SGB VI), kompatibel.

Wie durch die VA vorgegeben soll auch bei der Zuweisung in die MOKO der sozialen Integration des Klienten im privaten wie beruflichen Sinne Rechnung getragen werden (vgl. VA 2001). Es lässt sich allerdings auch ein Unterschied im Hinblick auf die Zuweisungsfrage markieren. Während in der VA durch die Entscheidungsoption ambulant versus stationär tendenziell eine Polarisierung der Behandlungssettings erfolgt, liegt den Indikationskriterien der MOKO ein dynamisches Verständnis im Umgang mit den Behandlungssettings zugrunde. Die MOKO verzichtet darauf die verschiedenen Behandlungsangebote in Gegensatz zu bringen. Stattdessen werden individuelle, bedarfsorientierte und flexible Lösungen über die Gesamtheit aller Settings und in unterschiedlichster Kombination angestrebt.

Ausgangspunkt für die Zuweisung in die MOKO ist zum einen die soziale Integration der Klienten, zum anderen stellt sich die Frage, was diese benötigen, um im intendierten Lebensmittelpunkt, d. h. im privaten und beruflichen Bereich, stabil und zufrieden leben zu können und integriert zu sein. Mit der MOKO soll insbesondere auf die überfordernden Komplexitäten individueller Lebens- und Alltagsprobleme reagiert werden, indem die sozialen Bedingungen als Wirkfaktor in der Rehabilitation berücksichtigt werden (vgl. Westphal/Wiegand 2008: 292).

Für die Allokationsentscheidung bedeutet diese Fokussierung auf das therapeutische Setting insbesondere die Beschäftigung mit der Frage, welche therapeutische Dichte und Strukturierungshilfen der Klient aktuell benötigt. In der MOKO sind dabei sowohl selektive wie auch im Behandlungsverlauf notwendig werdende adaptive Entscheidungen konzeptionell vorgesehen. Gleichzeitig werden differentielle Strategien mit Blick auf die Klienten und ihren Behandlungsverlauf befürwortet bzw. sogar als erforderlich angesehen, um eine bedarfsorientierte und passgenaue Behandlung zu ermöglichen.

Auf Ebene des Verfahrens wird dies durch die Möglichkeit der Anpassung der prospektiven Therapieplanung ausgedrückt. Diese ist im Verlauf der Behandlung, je nach Stand bzw. Fortschritt der Therapie, veränderbar, ohne dass erneut ein umfassendes Antragsverfahren durchzuführen ist. Programmatische Elemente wie der „kleinste gemeinsame Nenner“, Möglichkeiten der Nutzung mehrerer (teil-)stationärer Module und der Umwandlung einer stationären Langzeitbehandlung in eine modulare Kombinations-

behandlung unterstreichen die Orientierung an einer adaptiven Strategie im Zuweisungsverfahren. Anders als bei strikten Entscheidungen für ein spezifisches Behandlungsangebot oder ein spezifisches Setting sind im Rahmen dieser kombinierten Rehabilitation individuelle, flexible genutzte Module und Zeiten und differenzierte Therapieverläufe möglich. Die Behandlung wird damit neu und primär als prozesshaftes Geschehen verstanden (vgl. Ratzke u. a. 2006).

Als wesentlich für eine stabile Integration wird erachtet, dass die in einem (teil-)stationären Rehabilitationsmodul erarbeiteten Kenntnisse und Fähigkeiten unter alltäglichen Bedingungen therapeutisch erprobt werden. Sie sollen bei geringerer Therapiedichte, z. B. im Rahmen ambulanter Rehabilitation, zur Routine werden. Dabei sind Instabilitäten, Krisen und Rückfälle mit in den Behandlungsverlauf einzubeziehen und bspw. in einer veränderten Therapieplanung aufzugreifen. „Auf dieser Strecke muss dem Patienten die akzeptierte und antizipierbare Möglichkeit eingeräumt werden, hierbei noch nicht alles perfekt zu beherrschen“ (Westphal/Wiegand 2008: 292).

Die Zuweisungsentscheidung in der MOKO ist, zusammenfassend betrachtet, darauf ausgerichtet, die optimale Behandlung für die einzelnen Klienten vorzuhalten bzw. durchzuführen. Dem Zuweisungsverständnis der MOKO ist dabei eine adaptive Perspektive inhärent. Mit der zu Behandlungsbeginn zu erstellenden Prospektiven Therapieplanung wird zwar ein selektiver Ansatz stark betont. Dieser ist allerdings hauptsächlich administrativen Erfordernissen geschuldet ist und lässt bei Bedarf, d. h. unter adaptiven Gesichtspunkten, Modifizierungen zu.

Mit Küfner (vgl. 2000) lässt sich in diesem Kontext auch Potential für die Optimierung des Behandlungsprogramms bzw. des Gesamtbehandlungssystems erkennen. Eine begründete Überleitung der Klienten hin zu spezifischen Behandlungsangeboten oder -einrichtungen kann idealerweise dazu genutzt werden, eine im Hinblick auf Bedarfe und Anforderungen homogenere Klientenpopulation zu gestalten. Eine solche Konzentration auf die individuell optimale Behandlung ist „sachlich berechtigt und sinnvoll, wenn dabei offen auf die Patientenselektion hingewiesen wird“ (Küfner 2000: 56). Die Behandlungsmöglichkeiten für prognostisch ungünstige Klienten oder solche, die eher in einem anderen Setting einen Behandlungserfolg erwarten lassen, müssen dann anderweitig aufgegriffen werden.

3.4 Zuweisung in der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund

Im Folgenden werden die Indikationskriterien der Modularen Kombinationsbehandlung wiedergegeben. Herauszustellen ist, dass es empirisch fundierte Indikationskriterien bisher weder für Kombinationsbehandlungen allgemein noch für die MOKO im Besonderen gibt (vgl. Weissinger/Schneider 2006). Seitens der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover existieren jedoch spezifische Annahmen darüber, für wen die MOKO in Frage kommt. „Die ... Indikationskriterien sind Vorschläge eher klinisch phänomenologischer Art als durch Überprüfung von Hypothesen oder ähnlichen klassisch empirischen Verfahren entstandene“ (Westphal/Wiegand 2008: 292). Die Zusammenstellung geht zurück auf Aktenanalysen, Gespräche mit Behandlern, Versicherten und Vertretern der Sachbearbeitung der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (vgl. Westphal/Wiegand 2008: 291). Damit besitzen sie Plausibilität auf der Ebene von Expertenwissen. Der Frage der empirischen Plausibilität wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit detailliert nachgegangen (vgl. Kap. 5). Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover hat mit diesem Ansatz erstmalig einen neuen Weg beschritten und gewissermaßen die Ergebnisse eines Konsensusverfahrens direkt auf die Handlungsebene übertragen.

Inhaltlich fußen die Indikationskriterien auf der Einschätzung, „dass Versicherte, die häufig eine Therapie wiederholt oder abgebrochen hatten oder kurz nach einer regulär beendeten stationären Therapie erneut instabil wurden, trotz ‚Nachsorge‘, offensichtlich etwas Anderes brauchten als eine erneute Langzeittherapie oder eine Ablehnung einer erneuten Maßnahme“ (Westphal/Wiegand 2008: 291).

Vor diesem Hintergrund formulierte der Kosten- und Leistungsträger folgenden Indikationskriterien-Katalog⁴¹ für die MOKO (vgl. LVA Hannover 2005):

41 Der abgebildete Katalog enthält zusammenfassend die zum Zeitpunkt der Einführung der MOKO im Jahr 2005 formulierten Kriterien (vgl. LVA Hannover 2005) sowie die aus Anlass der Feedbackrunde zur Modularen Kombinationsbehandlung der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover im Mai 2007 ergänzten (vgl. Westphal 2007). Diese drei ergänzten Indikationskriterien konnten nicht in die bereits laufende Datenerhebung und Untersuchung einbezogen werden (vgl. Kap. 5.2). Sie werden hier jedoch der Vollständigkeit halber aufgeführt. Herauszustellen ist, dass der Rentenversicherungsträger den Katalog der Indikationskriterien von Beginn an als erweiterbar verstanden hat. Diese Offenheit für

1. Patienten, die in ihrem bisherigen Lebensverlauf institutionsgewohnt/-sozialisiert sind, d. h. sich in einem vorgegebenen institutionellen Regel-Rahmen gut anpassen können und dort positiv bewertet werden, in der komplexen sozialen Realität außerhalb der Institution jedoch gescheitert sind.
2. Patienten, die sich im stationären Setting schon nach kurzer Zeit selbst überschätzen, die zu einer Art hybriden Autonomie neigen, gegen ärztlichen Rat abbrechen oder unterbrechen, Konflikte produzieren.
3. Patienten, bei denen Therapieabbrüche in ihrer Vorgeschichte häufiger aufgetreten sind.
4. Patienten, bei denen nach genauer Analyse vorangegangener Behandlungen eine alleinige stationäre „Langzeitmaßnahme“ nicht erforderlich ist.
5. Patienten, die über die Fähigkeit verfügen, kurzfristig stabil abstinenz zu leben, jedoch langfristig instabil rückfällig werden. Sie haben Schwierigkeiten, ihre Probleme mittelfristig zu antizipieren und sich mit ihnen auseinander zu setzen. Es handelt sich um Patienten, die demzufolge über einen längerfristigen Zeitraum behandelt werden müssen. Bei ihnen kommt es darauf an, die im stationären Setting erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhaltensalternativen langfristig und stabil in den Alltagskontext zu übertragen.
6. Bei all diesen Patienten kommt es darauf an, in den stationären Modulen Bewältigungs-Strategien zu erarbeiten und sie in der ambulanten Phase zu erproben, sie und sich im Alltag zu integrieren, um mit den neuen Verhaltensmustern stabil und zufrieden leben zu können.
7. Wenn Patienten mit dem ambulanten Modul beginnen, muss das soziale Umfeld über stabilisierende und unterstützende Funktionen nachweislich verfügen. Ebenso muss die Wohnsituation stabil vorhanden und eine ausreichende Abstinenzfähigkeit gegeben sein.
8. Indikativ können aber auch sozialstrukturelle Bedingungen der Patienten sein, etwa der Art, dass die Arbeitssituation oder die Situation der sozialen Verpflichtung eine langzeitstationäre Rehabilitation nicht zulässt.

Ergänzungen entspricht dem Anliegen des dauerhaften Qualitätsentwicklungsprozesses, dem die MOKO unterliegt.

Weitere im Projektverlauf ergänzte Indikationskriterien (vgl. Westphal 2007):

9. Während und als Folge ihrer chronischen (Sucht)Erkrankung erschöpfte Patienten, die dadurch zur Passivität neigen d. h. von sich aus eher nicht aktiv werden und nur dort ankommen z. B. im nächsten Setting, wo sie hingeschickt, oder hin begleitet werden.
10. Versicherte, die über eine Auffassung von Rehabilitation verfügen, die eher kurativ, akut-medizinisch ausgerichtet ist. Die z. B. nach einem absolvierten ambulanten oder stationären Modul mental nicht in der Lage sind einzusehen, daß das nur ein Teil eines fortlaufenden Behandlungsprozesses in unterschiedlichen Settings war und weitere, empfohlene Schritte eher nicht gehen, es sei denn sie sind verordnet.
11. Selbstunsichere, impressiv-ängstliche, vermeidende Persönlichkeiten (ICD 10: F61.0), die aus der Befürchtung heraus sich irgendwo erneut über ihre Probleme äußern zu müssen – dies allzu häufig eher nicht tun und von einem Übergabemanagement profitieren.

Die Darstellung der Indikationskriterien zeigt, dass ein wesentlicher Interpretationsspielraum dafür existiert, „passgenau“ in die MOKO zu vermitteln bzw. die entsprechenden Klienten zuzuweisen. Die aufgeführten Punkte enthalten keine rezeptartigen Vorgaben, die unmittelbar in eine Prospektive Therapieplanung der MOKO übertragbar sind. Der Kriterienkatalog gibt außerdem keine Typologie vor, aus der Zuweisungsentscheidungen deterministisch folgen würden. Er besitzt seine Qualität vielmehr vor dem Hintergrund eines hermeneutischen Verständnisses von Abhängigkeitskranken in ihrem Behandlungsprozess und dimensioniert die Zielgruppe der Behandlung. Danach ist die MOKO, gemäß den Indikationskriterien, indiziert für Klienten, die bereits eine längere Krankheitsgeschichte und Erfahrungen im Behandlungssystem aufweisen. Klienten, die im Verlauf ihrer Abhängigkeitserkrankung bereits Hilfe in Anspruch genommen haben und Brüche, wie z. B. zeitweilig Verbesserungen oder Veränderungen, in ihrem Krankheitsverhalten aufweisen, stehen dabei vor allem im Fokus.

Berater oder Therapeuten, die die Zuweisung in eine Behandlung planen und begründet vornehmen müssen, stehen – auch vor dem Hintergrund des Indikationskriterienkataloges der MOKO – stets vor der Aufgabe, den Einzelfall zu prüfen und eine ausführliche Anamnese vorzunehmen. Soll schließlich die

MOKO realisiert werden, so folgt als weitere Anforderung die Entscheidung, in welcher Weise die Behandlung realisiert werden soll, d. h. wie verschiedene Behandlungsmodul in welchem Umfang klientenorientiert miteinander kombiniert werden. Der Kriterienkatalog der MOKO entbindet insofern nicht von den konventionellen Aufgaben in einem Zuweisungsverfahren.

3.5 Weitere Konzepte der Zuweisung in der Rehabilitation von Alkoholabhängigen

Nachfolgend werden das Indikationsverständnis in der EVS und andere Ansätze der Allokation, die die Steuerung des Versorgungsgeschehens in der Rehabilitation von Alkoholabhängigen unterstützen können, skizziert.⁴²

3.5.1 Zuweisung in die Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)

Die Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS) ist ein im Jahr 2003 in Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen eingeführtes Kombi-Behandlungsmodell im Bereich der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen.⁴³ Das Rahmenkonzept sieht eine Kombination von ambulanten und (teil-)stationären Behandlungsmodulen im Rahmen einer maximal 52 Wochen andauernden Behandlung vor. Für diesen Leistungszeitraum werden fünf Behandlungsvarianten, davon vier Varianten der Kombi-Therapie, vorgehalten. Bei den verschiedenen Behandlungsvarianten handelt es sich um die rein ambulante Rehabilitation, die ambulante Entwöhnung mit einer Option auf einen maximal acht Wochen langen Klinikaufenthalt sowie drei Angebote mit jeweils variierenden (teil-)stationären Behand-

42 Es werden Konzeptionen und Ansätze vorgestellt, die einen Bezug zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken besitzen. Weitere Strategien der Systematisierung von Fallgruppen, wie die Entwicklung von diagnose-unabhängigen Patientenklassifikationssystemen oder primär kostenorientierten Rehabilitationsbehandlungsgruppen bzw. -systemen werden nicht diskutiert, da sie keinen weiteren Erkenntnisgewinn für den hier relevanten Zusammenhang erwarten lassen.

43 Die Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS) wurde bis zur Einführung der Kombi-Nord Anfang 2009 (vgl. DRV Braunschweig-Hannover/Nord/Oldenburg-Bremen 2009) flächendeckend in der Versorgungsregion der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen umgesetzt. Das Rahmenkonzept und die Ergebnisse der Begleitforschung zur EVS (vgl. Tielking/Kuß 2003, Tielking/Ratzke 2004a) wurden sowohl für die Konzeption und Umsetzung der MOKO als auch der zwischenzeitlich eingeführten Kombi-Nord herangezogen. Die ausführliche Darstellung der EVS vervollständigt demnach den Überblick über den Forschungs- und Entwicklungsstand im Bereich Kombi-Behandlungen.

lungszeiten (eine Kurzzeitbehandlung bis maximal acht Wochen, eine mittelfristige Behandlung bis maximal zwölf Wochen und eine langfristige Behandlung bis maximal 16 Wochen).

Die verschiedenen Behandlungssettings sind individuell und je nach Bedarf zu einer Gesamtbehandlung zusammenzuführen. Unter Einhaltung des 52-wöchigen Behandlungszeitraumes und der bewilligten Dauer des (teil-)stationären Moduls sind jegliche Optionen für die Realisierung der EVS gegeben, d. h. Wechsel der Behandlungssettings können auch mehrmals erfolgen. Seitens des Kosten- und Leistungsträgers ist intendiert, dass Leistungen der EVS ambulant beginnen und enden, sofern der Bedarf dafür individuell besteht. Beim Wechsel von einem Behandlungssetting in das nächste sind persönliche Übergabegespräche als Dreierkonferenz (Klient, aufnehmender und abgebender Therapeut) durchzuführen.

Im Rahmen der EVS-Modellphase (vgl. Tielking/Kuß 2003) wurde ein therapeutisches Gesamtkonzept (vgl. Tielking/Kuß 2000) verabschiedet, in welchem sich die beteiligten Modelleinrichtungen in Abstimmung mit dem Kosten- und Leistungsträger zu den spezifischen Modalitäten der Zusammenarbeit verpflichtet haben.⁴⁴ In diesem Gesamtkonzept ist niedergelegt, dass „es bei der Entwöhnung im Verbundsystem nicht so sehr um ein ‚entweder oder‘ in der Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung geht, sondern vielmehr um ein ‚sowohl als auch‘“ (Tielking/Kuß 2000: 54). Des Weiteren wird konstatiert, dass, „wenn sich die Basis (Indikation) für ein Behandlungssetting verändert und ein Wechsel der Behandlungsform angezeigt ist, dies grundsätzlich unverzüglich gegenüber dem Kosten- und Leistungsträger dokumentiert, d. h. entsprechend begründet werden (muss)“ (Tielking/Kuß 2000: 54).

Nachfolgend aufgeführte Aspekte indizieren laut therapeutischem Gesamtkonzept der EVS eine ambulante Behandlungssequenz (vgl. Tielking/Kuß 2000: 54f.):

- abgeschlossene Entgiftung
- Teilnahme an der Beratungs- und Motivationsphase
- Bereitschaft und mittelfristige Fähigkeit zu dauerhafter Abstinenz
- Krankheitseinsicht bzw. Behandlungsmotivation

44 Das therapeutische Gesamtkonzept in seinem zweiten Entwurf aus der Modellphase des ersten EVS-Projektes hatte auch für die Realisierung der EVS in der Fläche Bestand.

- Bereitschaft und Fähigkeit zur regelmäßigen Teilnahme an den Therapie-sitzungen, zur aktiven Mitarbeit und zur Einhaltung des Therapieplanes (Abkömmlichkeit vom Arbeitsplatz für die Teilnahme an der ambulanten Therapie muss mit dem Arbeitgeber vor Behandlungsbeginn abgeklärt sein)
- soziale und emotionale Intelligenz, Bindungsfähigkeit und kultureller Hintergrund ermöglichen ambulante Präferenzen in der Therapieplanung; im Vordergrund steht ein intensives Sozialtraining, um zukünftige Selbständigkeit zu gewährleisten
- die gesundheitlichen Folgeschäden der Suchterkrankung sind noch nicht zu ausgeprägt
- ein soziales Umfeld in einer die ambulante Therapie förderlichen, stützenden Funktion
- fester Wohnsitz
- Bereitschaft zur Kontaktaufnahme zu einer Selbsthilfegruppe
- Überforderung im stationären Setting und drohender Behandlungsabbruch
- Pseudostabilisierung: Mehrfachwiederholer zeigen oft chronifizierte stationäre Verläufe mit Pseudostabilisierung. Dem kann durch vorzeitige Überleitung in ambulante Therapie entgegengewirkt werden
- Fehlplatzierung: das soziale Umfeld hat mehr stützende Funktion als zunächst angenommen.

Als Kontraindikation für eine ambulante Behandlungssequenz und gleichzeitig als Indikation für eine stationäre Behandlungssequenz gelten die nachfolgenden Aspekte (vgl. Tielking/Kuß 2000: 55):

- langjährige Suchtmittelabhängigkeit mit schweren somatischen und psychischen Folgeschäden
- der Klient ist nicht durchgängig in der Lage, abstinent zu leben und suchtmittelfrei an der Behandlung teilzunehmen
- das soziale Umfeld des Abhängigkeitskranken hat mangelhaft unterstützende Funktion, kurzzeitige Herausnahme aus pathogenem Milieu wird erforderlich
- nicht förderliche soziale Integration (kein fester Wohnsitz, noch ausstehende Strafverfahren/Haftstrafen)
- der Klient ist beruflich nicht mehr integriert (Langzeitarbeitslosigkeit)

- fehlende Mobilität (z. B. Klient im Landkreis hat Führerschein verloren, kann mit öffentlichen Verkehrsmitteln die Beratungsstelle nur schlecht erreichen und damit eine regelmäßige Teilnahme an der ambulanten Therapie nicht gewährleisten).

Bei der Entscheidung für die entsprechende Dauer der stationären Phase sind laut Gesamtkonzept der Ausprägungsgrad der genannten Faktoren bzw. der Bedarf und die Voraussetzungen der Klienten sowie die einrichtungsspezifischen Behandlungsangebote zu berücksichtigen (vgl. Tielking/Kuß 2000: 55). Ein ambulant-stationärer Wechsel im Rahmen der EVS begründet sich laut Gesamtkonzept wie folgt (vgl. Tielking/Kuß 2000: 55f.):

- wieder vermehrt auftretender Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch
- psychische Krisen, die schützende Rahmenbedingungen einer Fachklinik erforderlich machen
- gezielte und intensive Bearbeitung von Themen und Hintergründen, die eine stationäre Behandlung als sinnvoll erscheinen lassen
- schwierige häusliche oder berufliche Rahmenbedingungen, die eine Unterbrechung zwecks Klärung notwendig machen.

Die im therapeutischen Gesamtkonzept niedergelegten Ansatzpunkte für die Zuweisung in die EVS verdeutlichen das Ausmaß der Entscheidungsmöglichkeiten bzw. -notwendigkeiten. Wie in der MOKO (vgl. Kap. 3.3 und 3.4), hat auch die Zuweisungsentscheidung in die EVS individuell und nach Ermessen zu erfolgen. Hinsichtlich der Zielgruppe für die Behandlung existieren keine Vorgaben oder Beschränkungen.

Die EVS gewährt auf der strukturellen Ebene ein hohes Maß an Flexibilität und Vielfalt in der Realisierung der Behandlung. Darüber hinaus wird die adaptive Perspektive der Indikationsstellung betont, indem das Entscheidungsgeschehen als dynamisch verstanden wird und in Abstimmung aller Behandlungsbeteiligten – Klienten und Leistungsanbietern – erfolgt (vgl. Tielking/Kuß 2000: 56). Ebenso sollen die Behandlungswechsel bedarfsorientiert stattfinden. Grundlegend aber ergeben sich die Anforderungen an die Allokation in die EVS aus der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (vgl. 2001) sowie den gesetzlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 9-12 SGB VI).

Der Verweis darauf, dass die Indikationskriterien für die jeweiligen Behandlungsformen in enger Absprache mit allen an dem Modellvorhaben beteilig-

ten Einrichtungen zu entwickeln sind (vgl. Tielking/Kuß 2000: 56), verdeutlicht den Stellenwert des Dokumentes. Die oben aufgeführten Aspekte konkretisieren die Zuweisung in die EVS, sie stellen jedoch keine Indikationskriterien im eigentlichen Sinne dar.⁴⁵

3.5.2 *Rehabilitanden-Management-Kategorien bei stationären Entwöhnungsbehandlungen von Alkoholabhängigen*

Die Entwicklung von Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) stellt einen Versuch dar, aus diagnostischen und rehabilitationsspezifischen Merkmalen der Klienten und den für sie angenommenen Leistungen und Behandlungsstandards Fallgruppen zu ermitteln. In Anlehnung an die bei allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen gebräuchlichen Diagnosis Related Groups (DRG) werden mit den RMK Bemühungen forciert, auch für den Rehabilitationsbereich Zuweisungs- und Therapiesteuerungssysteme in Form von Klassifikationen oder Fallgruppen zu entwickeln (vgl. Müller-Fahnow 2007). Seit 1999 wird im Rahmen eines gemeinsamen Förderungsschwerpunktes des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung unter Koordination des Lehrstuhls für „Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung in der Rehabilitation“ der Humboldt-Universität bzw. der Charité Berlin an einer Entwicklung von RMK für den Bereich der Entwöhnungsbehandlung gearbeitet.

Grundlegend für die Konzeption der RMK ist eine Orientierung an der KTL, über die Leistungskorridore ermittelt und Qualitätsanforderungen beschrieben werden sollen. Ebenfalls einbezogen werden die Ergebnisse bisheriger Rehabilitationsverfahren und Parameter, wie z. B. die den erfolgreichen Verlauf der Behandlung beeinflussende Zufriedenheit der Klienten. Herauszustellen ist, dass die RMK dem sozialmedizinischen Auftrag der medizinischen Rehabilitation entsprechend verfasst werden. Sie orientieren sich dabei auch an dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF (vgl. Spyra u. a. 2006: 320). Darüber hinaus werden die Bedarfs- und Leistungsanforderungen für die

45 Generell muss konstatiert werden, dass in den EVS-Modellprojekten (vgl. Tielking/Kuß 2003; Tielking/Ratzke 2004a) andere Aspekte als die der Indikationskriterien im Vordergrund standen. Forschungsprojekte müssen sich aufgrund ihrer Endlichkeit zwangsläufig in ihrem Erkenntnisinteresse und in ihrem Arbeitsprogramm beschränken. In den EVS-Studien galt das Hauptaugenmerk den Verfahrensfragen und Aufgaben der Prozessoptimierung. Das Thema Indikationsstellung wurde ausgeklammert, wie die Verweise im therapeutischen Gesamtkonzept auf die notwendigerweise fortzuführenden Diskurs belegen.

Rehabilitation unabhängig von einer ökonomischen Bewertung – „Das Prinzip der Kostenhomogenität wurde ... durch die Forderung nach Leistungshomogenität ersetzt (Müller-Fahnow/Spyra 2002)“ – entwickelt. Wenngleich sich übergeordnet mit den RMK auch Ziele einer bedarfsorientierten und wirtschaftlichen Leistungssteuerung innerhalb einer Einrichtung wie auch extern, im Vergleich mit anderen, verbinden. Für jede RMK werden anschließend Leistungspakete definiert, in denen Häufigkeit und Beschaffenheit der Intervention beschrieben sind. „Sie enthalten qualitativ definierte Leistungsarten mit quantitativen Korridoren“ (Spyra u. a. 2006: 321). Am Schlusspunkt der Entwicklung liegen evidenzbasierte, empirisch begründete, klinisch validierte und konsensual zwischen Kosten-/Leistungsträgern und -anbietern abgestimmte Fallgruppen vor (vgl. Spyra u. a. 2006: 321).

Nachdem erste Mehrebenenanalysen aktueller Prozessdaten vorliegen (vgl. Spyra u. a. 2006: 319) und sich Unterschiede im Leistungsaufkommen der beteiligten stationären Einrichtungen offenbaren, zielen derzeit weitere Projektphasen darauf, Instrumente für die Diagnostik und Dokumentation zu entwickeln sowie die bisherigen Ergebnisse einer praktischen Überprüfung zu unterziehen. Dazu werden die RMK in ausgewählten Kliniken implementiert und erprobt.

Um ein aussagekräftiges Instrument für die Systematisierung der Zuweisung in Rehabilitationsangebote darstellen zu können, müssen die RMK im weiteren Verlauf insbesondere hinsichtlich des prognostizierbaren Rehabilitationsbedarfs und eines Einsatzes für die Therapiesteuerung weiterentwickelt werden. Die bisherigen Ergebnisse verdeutlichen hier lediglich den Status quo: „Die empirischen Ergebnisse bilden die derzeitige Versorgungsrealität auf den Ebenen Klinik, Bedarf und Therapie sowie deren Beziehung ab“ (Müller-Fahnow 2007).

Eine abschließende Bewertung der RMK hinsichtlich ihres Beitrages zum Erklärungszusammenhang der systematischen Zuweisungsentscheidungen ist aufgrund des Standes der Entwicklungen nicht möglich. Festzuhalten bleibt, dass mit den RMK primär eine Standardisierung von medizinischen Abläufen intendiert ist und hinsichtlich des Behandlungsbedarfes homogene Betroffengruppen konzipiert werden. Inwiefern sie vor dem Hintergrund einer statistischen Plausibilität darüber, was in einer Behandlung unerlässlich oder aber entbehrlich ist, eine passgenaue und bedarfsorientierte Zuweisung ermöglichen, bleibt abzuwarten.

3.5.3 Die Leitlinie „Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“

Leitlinien dienen in der medizinischen Versorgung – und hier speziell im Bereich von Rehabilitationsleistungen – einer gezielten Entscheidungsfindung über die angemessene Gesundheitsversorgung (vgl. Müller u. a. 2004). Sie enthalten Empfehlungen oder „Soll-Anweisungen“ (vgl. Schmidt u. a. 2006: 2), die im individuellen Fall und unter Berücksichtigung der Gegebenheiten, das professionelle Handeln und die Entscheidung für ein bestimmtes Behandlungsangebot fördern sollen (vgl. Müller u. a. 2004).

Leitlinien sind nicht als statische Checklisten zu verstehen, sondern im Verständnis eines prozesshaften Denkmodells als Landkarten in einem unübersichtlichen Gelände (vgl. Abfalg 1997: 6). Der Konzeption von Leitlinien inhärent ist die Vorstellung, „mithilfe dieser Leitlinien die Behandlung der Suchtkranken weniger beliebig zu machen und sie stattdessen auf eine stärkere, empirisch begründete und rationale Basis zu stellen“, insofern bilden Leitlinien auch den „Konsens multidisziplinärer Expertengruppen zu bestimmten Vorgehensweisen in der Medizin“ ab (vgl. Schmidt u. a. 2006: 2).

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat entsprechend der eigens aufgestellten Entwicklungsklassen⁴⁶ bereits Leitlinien zur „Kurzintervention bei riskantem schädlichem und abhängigem Alkoholkonsum“ sowie zur „Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ aufgestellt (vgl. AWMF 2005; DG-Sucht/DGPPN 2003; DG-Sucht/DGPPN 2004). Mit der Leitlinie „Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ (vgl. Geyer u. a. 2006) liegt auch eine Konzeption vor, die medizinische Rehabilitation von Alkoholabhängigen betrifft.⁴⁷

Im Mittelpunkt der AWMF-Leitlinie „Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ und den sich aus ihnen abzuleitenden Empfehlungen steht die

46 Die AWMF hat einen dreistufigen Prozess entwickelt, über den der Grad der Evidenzbasierung zum Ausdruck gebracht wird: Eine kurzfristige Leitlinienerstellung kann allein durch eine Expertengruppe vorgenommen werden (Stufe 1), für eine mittelfristige bzw. Dauerlösung (Stufe 2) sind umfassende Literaturstudien, Gruppenprozesse und eine Konsensus- und Delphikonferenz notwendig. Evidenzbasierte Leitlinien der dritten Stufe sind systematisch gesicherte Erkenntnisse aus Grundlagenfächern, Anwendungserfahrung und fachgerecht durchgeführter klinischer Studien (vgl. Müller u. a. 2004).

47 Die Autoren der Leitlinie haben den Titel „Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ gewählt, um die Erörterung von individuellen therapeutischen Bedarfen ohne Berücksichtigung einer versicherungsrechtlichen und versorgungsstrukturellen Perspektive durchführen zu können (vgl. Geyer u. a. 2006: 52).

individuell zu planende Behandlung. Sie wird als integrierte, d. h. psychotherapeutische, soziotherapeutische, somatotherapeutische und andere Interventionen zusammenfassende Leistung realisiert (vgl. Geyer u. a. 2006: 58). Die Ausführungen zu den Empfehlungen für die Behandlungsangebote im (teil-)stationären und ambulanten Setting selbst nehmen schließlich Bezug auf Kriterien, die zwar nicht wortgetreu, aber inhaltlich an Merkmalen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (vgl. 2001) orientiert sind (vgl. Kap. 1.3 und 2.4). Die Postakutbehandlung von Alkoholabhängigen wird „...empfohlen (C)⁴⁸, wenn

- gravierende Störungen im körperlichen, psychischen oder sozialen Bereich vorliegen,
- das soziale Umfeld des Patienten keine ausreichende Unterstützung bietet,
- keine berufliche Integration besteht,
- keine stabile Wohnsituation gegeben ist,
- wiederholte Rückfälle während der ambulanten oder teilstationären Postakutbehandlung vorgekommen sind“ (Geyer u. a. 2006: 59).

„Eine (ausschließlich) ambulante bzw. teilstationäre (z. B. tagesklinische) Behandlung kann empfohlen werden (B)⁴⁹, wenn

- das soziale Umfeld eine ausreichend stützende Qualität bietet (z. B. eine stabile Wohnsituation)
- im sozialen Umfeld keine destruktiven oder pathogenen Einflüsse vorherrschen (z. B. stabile Partner- bzw. Familiensituation)
- die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit und zur Einhaltung des Behandlungsplans (unter Abstinenz von Alkohol) gegeben ist
- die Patienten diese Behandlungsform präferieren“ (Geyer u. a. 2006: 59f.).

Schließlich nimmt die Leitlinie unter der Überschrift „Nachsorge im Rahmen stationär-ambulanter Sequenzbehandlungen“ auch Bezug auf kombinierte Leistungsangebote und die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation (vgl. Geyer u. a. 2006: 72).

48 Die Bezeichnung (C) bringt zum Ausdruck, dass die Empfehlung auf Expertenmeinung beruht oder durch deskriptive Studien begründet ist (vgl. Geyer u. a. 2006: 4).

49 Die Bezeichnung (B) bringt zum Ausdruck, dass die Empfehlung allgemein, d. h. durch kontrollierte Studien oder Verlaufsstudien begründet ist (vgl. Geyer u. a. 2006: 4).

Die vorherigen Ausführungen zeigen den Rahmen des Beitrages der „Leitlinie für die Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ zur Systematisierung der Zuweisung in Rehabilitationsleistungen auf. Die Kriterien werden als Empfehlungen für die Postakutbehandlung je Setting verstanden. Insgesamt zeichnet sich die Leitlinie „Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ durch eine umfassende Darstellung des aktuellen, wissenschaftlich fundierten Standes der Behandlung alkoholbezogener Störungen aus. Sie berücksichtigt jedoch nur implizit aktuelle Versorgungsgegebenheiten, wie z. B. gesetzliche oder versicherungsrechtliche Voraussetzungen, die die Empfehlungen einer Leitlinie konterkarieren können bzw. bei der Umsetzung dieser beachtet werden müssen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) 2007).

Zur Verfügung stehende Ressourcen, Ermessensspielräume und individuell verschiedene Bedürfnislagen von Klienten beeinflussen demnach den Grad der Berücksichtigung einer Leitlinienempfehlung. Weissinger/Schneider betonen in diesem Kontext, dass die Existenz von Leitlinien in der Behandlung von Abhängigkeitskranken nicht den Anschein vermitteln sollte, dass die erfolgreiche Behandlung garantiert sei: „Wir haben es hier nämlich häufig mit chronischen Verläufen zu tun, welche Phasen der Verbesserung und Verschlechterung einschließen. Behandlungsleitlinien müssen solchen Verläufen Rechnung tragen“ (Weissinger/Schneider 2006: 5).

Letztlich lassen sich aus der Leitlinie nur bedingt handlungsorientierte Hinweise oder Anknüpfungspunkte für die passgenaue und bedarfsorientierte Allokation im Einzelfall gewinnen. Die Leitlinie enthält Belege für die Effektivität der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit sowie in Teilen auch für die ambulante und teilstationäre Behandlung. Indikationskriterien für diese Settings oder auch die Kombinationsbehandlung enthält sie jedoch nicht, so dass an dieser Stelle auch im Sinne der Evidenzbasierung weiterer Forschungsbedarf zu konstatieren ist (vgl. Weissinger/Schneider 2006: 5).

3.5.4 Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Die Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit wurden im Oktober 2009 von der Deutschen Rentenversicherung Bund in ihrer Pilotversion veröffentlicht (vgl. DRV 2009b) und knüpfen an die „Leitlinie für die stationäre und teilstationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit – Modulare Therapie-

standards zur Reha-Qualitätssicherung“ (vgl. DRV 2007c) an. Sie wurden im Rahmen des Leitlinienprogramms der Deutschen Rentenversicherung, in dem seit 2004 auch zum Indikationsbereich Alkoholabhängigkeit gearbeitet wird, entwickelt (vgl. Brüggemann u. a. 2004; Köhler/Naumann 2004; Bottlender/Soyka 2005).

Auch die Therapiestandards zielen darauf, Entscheidungshilfe für Leistungserbringer und Klienten zur angemessenen Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen zu sein und die rehabilitative Behandlung bei Alkoholabhängigkeit auf eine wissenschaftliche, evidenzbasierte Grundlage zu stellen (vgl. DRV 2009b: 6; DHS 2010: 200). Allerdings unterscheidet sie sich im Vergleich zu der im vorherigen Kapitel vorgestellten Leitlinie „Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ (vgl. Kap. 3.5.3) in ihrer Ausrichtung. Als aus der Hand des Kosten- und Leistungsträgers der medizinischen Rehabilitation eingeführte Leitlinie dient sie insbesondere der Steuerung des Behandlungsprozesses während des Aufenthaltes in einer Behandlungseinrichtung.

Diesbezüglich sind in den Reha-Therapiestandards evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) und Leistungseinheiten definiert, die einen direkten Bezug zur KTL (vgl. DRV 2009b: 11) und zu weiteren Indikatoren des Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung besitzen. In ihnen sind die einzelnen, als wirksam eingeschätzten Verfahren und Therapien gruppiert. Außerdem legen sie fest, welche therapeutischen Einzelleistungen jeweils in der Behandlung zu erbringen sind. Angaben zur Häufigkeit und Dauer vorgegebener Leistungen vervollständigen schließlich die Erfordernisse bzw. den systemseitig antizipierten Mindestbedarf für die Behandlungen: „Die ETM beschreiben somit die (Mindest-)Erwartungen der Rentenversicherung an eine gute Rehabilitation“ (DRV 2009b: 30). Sie konkretisieren gruppenbezogen, d. h. mit Blick auf die Gesamtheit aller Klienten einer Indikation in einer Rehabilitationseinrichtung, die Behandlungsanforderungen und -prozesse. Aufgrund der Verfahrensorientierung und der Betonung der Prozessqualität sind die Reha-Therapiestandards „im besonderen Maße dafür geeignet, Bereiche mit Verbesserungsbedarf zu identifizieren“ (DRV 2009b: 32).

Mit dieser Orientierung auf die Versorgungspraxis innerhalb (teil-)stationärer Rehabilitationseinrichtungen erfüllen die Therapiestandards insbesondere Interessen eines Controllings. Das Therapiesoll wird dabei mit dem Ist-Zustand in der Versorgungsrealität verglichen (vgl. Korsukéwitz 2007: 1641).

Dieses Controlling kann im ersten Schritt einer einrichtungseigenen Evaluation der Leistungen dienen. Im weiteren Verlauf, nach Rückkoppelung mit dem Kosten- und Leistungsträger und einem Vergleich mit weiteren Leistungsanbietern, besteht die Möglichkeit „nicht gerechtfertigte Varianzen zwischen Rehabilitationseinrichtungen“ (DRV 2009b: 4) offen zu legen und künftig zu reduzieren. Auf diese Weise wird ein einheitlicher Qualitätsstandard definiert, über den anhand einrichtungsbezogener Auswertungen und Rückmeldungen Qualitätsvergleiche in der Behandlung möglich werden (vgl. Korsukéwitz 2007).

Der aktuell vorliegende Stand der Reha-Therapiestandards wird in der einjährigen Pilotphase von den Einrichtungen praktisch erprobt und bewertet, ehe sie entsprechend der gewonnenen Erkenntnisse modifiziert und abschließend in die Qualitätssicherung der Rehabilitation integriert werden (vgl. DRV 2009b: 31). Aspekte der Zuweisung oder der individuellen, passgenauen Behandlung werden in den Therapiestandards jedoch auch künftig nicht thematisiert. Im Fokus steht „nicht der einzelne Patient mit einer individuellen Problemkonstellation, sondern die Gesamtheit aller Rehabilitanden einer Indikation in einer Reha-Einrichtung“ (DRV 2009b: 5).

Die Reha-Therapiestandards leisten insofern keinen Beitrag für den Erklärungszusammenhang von systematischen Zuweisungsentscheidungen in eine individuell-passgenaue und bedarfsorientierte Entwöhnungsbehandlung.

3.6 Zusammenfassung

Die Ausführungen verdeutlichen die gegenwärtig nur begrenzte empirische Fundierung von Kriterien der Zuweisung allgemein und für Kombinationsbehandlungen im Besonderen. Bisherige Anstrengungen, die individuell und passgenaue Zuordnung von Abhängigkeitskranken empirisch zu belegen, verliefen insgesamt unbefriedigend; die Evidenznachweise sind nur unzureichend (vgl. Kufner 2004a: 295; Bühringer/Lindenmeyer 2007).

Die vorgestellten Klassifikationssysteme und Leitlinien leisten ebenfalls keinen Beitrag zur Klärung von Zuweisungsproblemen. Diese Ansätze setzen, mit Blick auf die Aggregatebene und nicht auf das Individuum, entweder am therapeutischen Leistungsaufkommen oder aber direkt an der Frage der Kosten an. Sie fokussieren damit primär auf eine qualitätsbezogene Leistungserbringung und Wirtschaftlichkeit der Intervention (vgl. Spyra u. a. 2006; DGRW

2007; Perkonig u. a. 2004). Die Berücksichtigung von Kombi-Behandlungen entfällt in den vorgestellten Leitlinien oder in dem Konzept der RMK insgesamt.

Die für den Bereich der Kombi-Behandlungen bereits 1999 geleistete Schlussfolgerung, wonach Indikationskriterien für Kombi-Klienten „irgendwo“ zwischen den in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ aufgeführten Kriterien für ambulante und stationäre Therapien liegen, ist demnach weiterhin gültig (vgl. Kulick 1999).

Bühringer fasst im Kontext der 2005 angeregten Initiative „horizons review“ (vgl. Humphreys 2005, 2006) den Befund und aktuellen Stand der Forschung zu Allokationsentscheidungen als „discrepancy between hope and evidence“ zusammen (vgl. Bühringer 2006: 647). Er formuliert schließlich verschiedene Ansätze für eine thematisch an Zuweisungsfragen interessierte, aber vor allem praxisrelevante Forschung, durch die die Behandlung von Abhängigkeitskranken zu optimieren sei. Zu untersuchen seien der Einfluss des sozialen Stützsystems für die Wirksamkeit der Suchtbehandlung, der Einfluss der therapeutischen Beziehung, der Einfluss der Behandlungsmotivation sowie die Wirksamkeit von Behandlungsdauer und Behandlungsintensität.⁵⁰ Er empfiehlt, sich verstärkt Behandlungsprozessen und einem Disease Management zuzuwenden, anstatt die Evidenzbasierung einzelner Behandlungsleistungen anzustreben (vgl. Bühringer 2006).

Wesentliche dieser von Bühringer diskutierten Aspekte passen inhaltlich zu den Zielsetzungen der Modularen Kombinationsbehandlung. Die MOKO intendiert die Behandlung eines spezifischen, bisher nicht erfolgreich versorgten Klientels. Bei diesen Betroffenen nehmen die Belange der sozialen Integration einen besonderen Stellenwert in der Krankheitsgeschichte bzw. in der anstehenden Behandlung selbst ein. Schließlich ist die fallspezifische Auseinandersetzung mit Aspekten der Klienten-Therapeuten-Beziehung und der Behandlungsdichte fester Bestandteil der MOKO bzw. mit dem Rahmenkonzept und den Sonderbausteinen verbindlich vorgesehen.

Aus dem bisher Zusammengetragenen lässt sich ableiten, dass mit Blick auf das Erkenntnisinteresse der systematischen Zuweisung in Kombinations-

50 Die Auflistung der formulierten Forschungsansätze wird nur insofern wiedergegeben, als dass Bezüge zum Gegenstand dieser Arbeit möglich sind. Die vollständigen Angaben finden sich bei Bühringer (vgl. 2006) oder Lindenmeyer (vgl. 2007).

behandlungen einerseits verbindliche und maximal vereinheitlichte Konzeptionen fehlen. Andererseits wird deutlich, dass die Belange der Zuweisungsentscheidung im Rahmen einer Kombi-Behandlung nicht allein unter der Perspektive konventioneller Parameter zu untersuchen und zu diskutieren sind. Vielmehr wird bereits aufgrund der strukturellen Rahmenbedingungen und spezifischen Qualitäten und Motivlagen (vgl. Kap. 2) deutlich, dass die Allokation in die MOKO auf einer breiteren Kriterienbasis zu erfolgen hat. Die bereits durch Expertenanalysen entwickelten Indikationskriterien der MOKO (vgl. Kap. 3.4) bieten einen Ansatzpunkt für die empirische Untersuchung von Zuweisungsentscheidungen in eine Kombinationsbehandlung, um Klienten und Behandlungsangebot sinnvoll zusammenzuführen.

Dies wurde im Kontext der vorliegenden Arbeit für die MOKO umgesetzt. Dazu wurden die Zuweisungsentscheidungen der MOKO mit den Indikationskriterien in Beziehung gesetzt. Es wurde empirisch geprüft, wer mit Blick auf die Indikationskriterien in der MOKO behandelt wurde bzw. wie die in die MOKO zugewiesenen Klienten zu charakterisieren sind. Da bisher weder allgemein für Kombi-Behandlungen noch für die MOKO im Besonderen umfassend behandelt, wurde hier somit ein Forschungsdesiderat aufgegriffen. Die Beschäftigung mit dem Thema Zuweisung leistet sowohl bezüglich der wissenschaftlichen Erschließung als auch hinsichtlich der praktischen Verwertbarkeit einen Beitrag dazu, diese Lücken zu schließen. Die nachfolgenden Abschnitte geben die forschungsmethodische Umsetzung und die Ergebnisse der empirischen Prüfung der Zuweisungskriterien in der MOKO wieder.

4 Erhebungsdesign und methodisches Vorgehen

Die Untersuchung des Zuweisungsgeschehens in der MOKO folgt dem generellen Ansatz zur Lösung von Indikationsproblemen: “Formally, the problem of indication (expressed in simple terms) is to allocate patients to treatments on the basis of patient variables and of treatment variables, such that optimum outcome is achieved with reference to a particular outcome criterion (i.e. indication criterion)” (Küfner/Feuerlein 1988: 204).

Ausgangspunkt für die empirische Prüfung sind die aus der Untersuchung von Akten und durch Gespräche mit Experten der Suchthilfe erarbeiteten MOKO-Indikationskriterien (vgl. Kap. 3.4). Die das Ergebnis eines Meinungsbildungsprozesses von Experten repräsentierenden Kriterien wurden hinsichtlich ihrer empirischen Evidenz geprüft. Dazu wurden die im Rahmen des Modellprojekts „Wissenschaftliche Begleitung der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer Kooperationspartner“ getroffenen Zuweisungsentscheidungen mit dem Kriterienkatalog der MOKO in Beziehung gesetzt.

Der MOKO-Kriterienkatalog besitzt damit eine zentrale Bedeutung für diese Arbeit. Die auf Basis von Klienten- und Behandlungsmerkmalen erfolgten Entscheidungen über die Zuweisung in die MOKO wurden am Indikationskriterienkatalog gemessen. Es wurde demnach untersucht, welche Merkmale die Zuweisung in die MOKO begründen. Die Untersuchung zielt darauf, die einzelnen Indikationskriterien empirisch zu belegen und transparent zu machen, welche Klienten in der MOKO behandelt wurden.⁵¹ Es wird dem-

51 Ausgeklammert wurde die Frage, ob ggf. andere Behandlungsoptionen „passender“ erscheinen. Auch ein Vergleich mit anderen Therapieformen und dort geltenden Zuweisungsprinzipien erfolgt nicht; die vorliegende Untersuchung setzt an der erfolgten Zuweisung in die MOKO an. Wie bei allen Zuweisungsentscheidungen gehen auch der der MOKO die Feststellung von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, die Rehabilitationsprognose sowie die Klärung versicherungsrechtlicher und persönlicher Voraussetzungen voraus. Für die vorliegende Arbeit ist jedoch eine detaillierte Beschäftigung mit diesen der Zuweisungsentscheidung vorgelagerten Prozessen nicht relevant.

nach geklärt, „wer“ im Sinne des Kriterienkataloges der MOKO zugewiesen wurde. Daran anschließend wird mit Blick auf die Rahmenbedingungen der MOKO diskutiert, ob Zuweisungsentscheidungen in das Kombi-Behandlungsangebot systematisiert werden können.

4.1 Grundlagen der Untersuchung

Die Untersuchung ist generell angelehnt an die „Wissenschaftliche Begleitung der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe und ihrer externen Kooperationspartner“. Die für das Projekt geltenden Bedingungen sind auch für die in dieser Arbeit verfolgten Forschungsfragen von Belang (vgl. Korte u. a. 2008). Auch wenn es sich bei der für die Untersuchung herangezogenen Stichprobe weder um eine repräsentative noch um eine Zufallsstichprobe handelt, werden die Ergebnisse empirisch gehaltvolle Aussagen ermöglichen.

Untersucht werden Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, die in den Einrichtungen des Therapieverbundes der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner behandelt wurden und sich zur Teilnahme an den Erhebungsverfahren bereit erklärt haben. Im Kern handelt es sich demnach um eine Evaluationsstudie, in der die Wirkungen des neuen Behandlungsprogramms Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund im Mittelpunkt steht. Die Phase der Implementierung und ersten Anwendung des zum Leistungsangebot der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover gehörenden Kombi-Behandlungskonzeptes diente im Sinne eines „Praxistests“ dazu, Routinen zu erarbeiten sowie die im Vorfeld formulierten Erwartungen und Annahmen zu überprüfen.

Das Arbeitsprogramm der Projektgruppe war konzentriert auf diese Untersuchung der Prozess- und Ergebnisebene. Es wurden, neben Daten zur Durchführung der Behandlung, zur Kooperation der Behandler und den Schnittstellen, kurzfristig überprüfbare Erfolgsparameter, wie die Haltequote und der Therapieabschluss, ausgewertet.

Im Mittelpunkt der Untersuchung zu den MOKO-Indikationskriterien stehen der zum Rahmenkonzept gehörende Kriterienkatalog und seine praktische Umsetzung im Verlauf des Modellprojektes. Wesentlich für die empirische Erhebung war die Konzentration auf Merkmale der Klienten, ihre Krank-

heitsgeschichte und die geplanten Behandlung. Es wurden die Gründe (vgl. Pschyrembel 2007) für die Durchführung der Modularen Kombinationsbehandlung ins Verhältnis zu den vorgegebenen Indikationskriterien gesetzt.

Bei dem Arbeitsprogramm zur Untersuchung der Modularen Kombinationsbehandlung handelt es sich zusammengefasst um eine summative Evaluation, die Elemente einer prozessbegleitenden Evaluation enthält. Anders als bei einer formativen Evaluation, die auf Umformung und Verbesserung der Rahmenbedingungen ausgerichtet ist, wurde das zum Zeitpunkt der Evaluation in seinen Grundlagen entwickelte Konzept der Modularen Kombinationsbehandlung hinsichtlich seiner Praktikabilität und Effekte geprüft: „Summative Evaluation steht für Forschungsstrategien, die erst einsetzen, nachdem die Entwicklung eines neuen Präventionsprogramms abgeschlossen wurde. Dieses fertige Programm soll nun zusammenfassend beurteilt werden und auch laufend während der Routineanwendung überprüft werden“ (Uhl 1997). In dieser Phase stehen die Durchführbarkeit, unerwünschte Nebeneffekte, aber hauptsächlich die Wirksamkeit im Mittelpunkt der Evaluation. In einer Prozessevaluation werden die gesamten Prozesse während der Durchführung von Interventionen systematisch erfasst. Gleichzeitig dienen die Ergebnisse der Intervention einer Bewertung darüber, ob erwartete Effekte eingetreten sind (vgl. Uhl 1997).

Auch die hier vorliegende Untersuchung zu den Indikationskriterien der MOKO entspricht diesem Ansatz. Im Fokus steht die summative Evaluation im Kontext des Kriterienkatalogs. Der Teilbereich der Prozessevaluation liegt in den Indikationskriterien selbst begründet. Dem Prinzip der adaptiven Indikation entsprechend erfordern sie es, den individuellen Behandlungsprozess und -erfolg in den Prozess der Indikationsstellung einzubeziehen und im Verlauf der MOKO Anpassungen vorzunehmen. Diesem Ansatz entsprechend bedarf es eines speziellen Designs für die Datenerhebung, welches nachfolgend vorgestellt wird.

4.2 Erhebungsverfahren

Die in den Jahren 2005 bis 2008 durch die AG Devianz (Fakultät I, Leitung Professor Dr. Wolf-Dieter Scholz) durchgeführte „Wissenschaftliche Begleitung der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH“ bot das Fundament für die in diesem Rahmen zu bearbeitenden Fragestellungen. Alle für die Belange dieser

Arbeit wichtigen Aspekte wurden in das Erhebungsverfahren und die entsprechenden Instrumente integriert. Folgende Erhebungsverfahren wurden umgesetzt:

- standardisierte, schriftliche Befragungen der Klienten, die im Therapieverbund „Lukas-Werk und Kooperationspartner“ behandelt wurden;
- standardisierte, schriftliche Befragungen der behandelnden Therapeuten;
- standardisierte, postalische Nachbefragung von Klienten, die im Therapieverbund „Lukas-Werk und Kooperationspartner“ behandelt wurden; Nachbefragungszeitraum sechs Monate nach Beendigung der Behandlung⁵².

Die Befragungen wurden im Verlauf des kombinierten Rehabilitationsangebotes zu Beginn, bei jedem Wechsel des Behandlungsortes oder der Behandlungsform, zum Abschluss sowie einmalig nach Abschluss der Behandlung durchgeführt. Die Befragungen umfassen damit den Gesamtbehandlungszeitraum der MOKO von bis zu einem Jahr ab und decken auch mehrere Wechsel zwischen dem ambulanten und (teil-)stationären Behandlungssetting ab.

Anders als in einem Prä-Post-Design, in dem anhand einer Eingangs- und Ausgangserhebung erzielte Effekte bewertet werden, ermöglicht dieses Verfahren auch eine Prozessevaluation. Als bisher noch wenig verbreiteter methodischer Ansatz für die Untersuchung rehabilitationswissenschaftlicher Fragestellungen besitzen prozessbegleitend durchgeführte Befragungen einen besonderen Vorteil. Sie schaffen eine Möglichkeit, über die Betrachtung von Ergebnisparametern hinaus, Aspekte der Durchführung der Intervention sowie des Umgangs und der Bewältigung dieser durch die Klienten zu untersuchen. Dieses forschungsmethodisch innovative Design eröffnet damit die Möglichkeit, sich neuen oder bisher nur wenig in den Blick genommenen Fragestellungen zuzuwenden.

In Anbetracht der Vielzahl der Befragungszeitpunkte und um die Belastung der zu befragenden Personen so gering wie möglich zu halten, weisen die einzelnen Erhebungsinstrumente einen möglichst geringen Umfang auf. Bestimmte Themen wurden wiederholt abgefragt, um einerseits Entwicklungen

52 Die Nachbefragung bzw. 6-Monatskatamnese kann angesichts des 52-Wochen langen Behandlungszeitraums und der begrenzten Projekt- und Datenerhebungsphase nur „erste“ Eindrücke vermitteln. Bereits mit der Konzeption des Projektes wurde der Fokus primär auf kurzfristig überprüfbare Erfolgsparameter gelegt.

über die Gesamtbehandlung abbilden und andererseits mehrfach Behandlungsbilanzen ziehen zu können. Letztere sollten der Möglichkeit vorbeugen, wichtige Daten durch die vorzeitige Behandlungsbeendigung seitens der Klienten – die auch einen Verzicht auf die Informationen in den nachfolgenden Erhebungsinstrumenten bedeuten würde – zu verlieren.

Darüber hinaus sind die Befragungen der Klienten und Therapeuten in wesentlichen Teilen einheitlich aufgebaut und werden zu den gleichen Zeitpunkten im Behandlungsverlauf durchgeführt.⁵³

Die Durchführung des Erhebungsverfahrens erfolgte unter strenger Beachtung des Datenschutzes.⁵⁴ Dazu gehörte die sowohl schriftliche als auch mündliche Information der beteiligten Einrichtungen, ihrer Mitarbeiter sowie der für die Untersuchung in Frage kommenden Klienten (vgl. Kap. 4.3). Sie alle wurden über die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Vergabe von Codiernummern je Fall, d. h. je Klient, aufgeklärt. Letzteres wurde als Verfahren gewählt, damit keine personenbeziehbaren Daten an die Projektgruppe übermittelt und Rückschlüsse auf einzelne Klienten verhindert werden.

Die Datenerhebung der Wissenschaftlichen Begleitung erfolgte in dem regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner. Zu diesem regionalen Therapieverbund gehören die Fachklinik Erlengrund, die Tagesklinik Braunschweig und 17 Fachambulanzen aus Süd-Ost-Niedersachsen. Aus forschungsökonomischen Gründen wurden nicht alle ambulanten Einrichtungen direkt an der wissenschaftlichen Begleitforschung beteiligt.⁵⁵

53 Eine Ausnahme stellt die Befragung sechs Monate nach dem Behandlungsende dar: Hier wurden, inhaltlich plausibel, lediglich die Klienten befragt. Hingewiesen werden muss darauf, dass die Anfangsbefragungen in den Fachambulanzen in einigen Fällen auch durch die beratend tätigen Mitarbeiter, kurz: Berater, erfolgten, da diese zu diesem Zeitpunkt mit dem Klient befasst waren. Auf eine begriffliche Differenzierung zwischen Berater und Therapeut wird in diesem Band weitgehend verzichtet, Begriffe wie Therapeutenbefragung oder -stichprobe beziehen sich auf beide Funktionsgruppen, die zum Zeitpunkt der Anfangsbefragung als Experten für den individuellen Stand bzw. den geplanten Behandlungsverlauf der Klienten anzusehen sind.

54 Für das Projekt wurde ein Datenschutzkonzept verfasst, welches durch die Datenschutzbeauftragte der Universität Oldenburg genehmigt wurde.

55 Durch die gemeinsame Arbeit in QZ- und Intravisionsitzungen konnte für die Zusammenarbeit eine Kontinuität hergestellt werden. Alle Einrichtungen des Therapieverbundes wurden über Weiterentwicklungen in Kenntnis gesetzt und in neue Verfahren eingebunden, so dass keine Informationsdefizite auftraten.

Im Zentrum der Begleitforschung standen die folgenden Einrichtungen:

- die fünf Fachambulanzen Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH
- die Tagesklinik in Braunschweig
- die Fachklinik Erlengrund in Salzgitter-Ringelheim
- der Trägerverbund Reha Sucht Hannover mit den Fachambulanzen der Caritas in Hannover und Garbsen und der Fachstelle des Diakonischen Werkes in Hannover
- die Fachstelle Wolfsburg des Diakonischen Werkes Wolfsburg.

4.3 Untersuchungsstichprobe

Die Klientenstichprobe setzt sich ausschließlich aus in den zuvor aufgezählten Einrichtungen behandelten Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit zusammen. Vor der Teilnahme an der Untersuchung wurden die Klienten durch ihre Berater oder Therapeuten ausführlich über die Modalitäten der Begleitforschung informiert. Außerdem wurden folgende Bedingungen geprüft:

- Handelt es sich um einen Klienten der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover?
- Wird ein Antrag auf medizinische Rehabilitation als Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund gestellt?
- Soll die Modulare Kombinationsbehandlung in den an der Begleitforschung beteiligten Einrichtungen des Lukas-Werkes bzw. der Kooperationspartner durchgeführt werden?
- Ist für den Klienten Deutsch die Muttersprache? Kann somit das Verständnis der Fragebögen vorausgesetzt werden?
- Liegt die unterzeichnete Einverständniserklärung für die Befragungen im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung, für die Nachbefragung sowie für die Befragung der Therapeuten zum Behandlungsprozess des Klienten vor?

Als Ausschlusskriterien wurden definiert:

- Der Klient ist der deutschen Sprache nicht mächtig.
- Die Behandlung wird in einer Einrichtung außerhalb des regionalen Therapieverbundes „Lukas-Werk Suchthilfe und externe Kooperationspartner“ durchgeführt.

Die Therapeutenstichprobe besteht aus den jeweiligen Behandlern der in die Begleitforschung einbezogenen Klienten. Wenn die Beteiligung eines Klienten an der Begleitforschung gegeben war, wurden auch seine Therapeuten in die Befragungen einbezogen. Die Therapeuten wurden zu der Krankheitsgeschichte, der Therapieplanung und dem Verlauf der Behandlung der jeweiligen Klienten befragt.

4.4 Erhebungsinstrumente

Für die Konstruktion der Erhebungsinstrumente waren spezifische Bedingungen grundlegend: Um ein größtmögliches Maß der Vergleichbarkeit mit Ergebnissen anderer Studien zu erreichen, wurden die Fragen weitestgehend an bestehenden und bereits hinsichtlich der Güte der Verfahren geprüften Instrumenten orientiert. Es handelt sich dabei um die Basisdokumentation Sucht (vgl. FVS 2007) und die Dokumentationsstandards III (vgl. DG-Sucht 2001). Von ihnen wurden ausgewählte Themen bzw. Konstrukte übernommen. Durch den Einbezug dieser bereits langjährig eingeführten und fortentwickelten Erhebungsinstrumente werden die in der Suchtforschung anerkannten Qualitätsmerkmale und Mindeststandards, die die Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit von Forschungsergebnissen sicherstellen, auch in dieser Studie berücksichtigt.

Die Wissenschaftliche Begleitforschung zur MOKO war insbesondere auch auf die Spezifika der der Modularen Kombinationsbehandlung ausgerichtet. Es wurden die Schnittstellen im Behandlungsprozess, die Kooperation der Leistungsanbieter und Effekte einzelner Bausteine des Rahmenkonzepts in den Blick genommen. Da Kombi-Parameter in den Standarderhebungsinstrumenten – wenn überhaupt – nur unspezifisch vorhanden sind, mussten diese für die Datenerhebung im Rahmen der MOKO ergänzt werden. Da, wo es sinnvoll erschien, wurde – im Interesse der Vergleichbarkeit – auf Fragebögen der Studien zur EVS (vgl. Tielking/Kuß 2001; Tielking/Kuß 2003) zurückgegriffen und diese auf die speziellen Fragestellungen der Evaluation

der Modularen Kombinationsbehandlung abgestimmt. Insgesamt wurden 13 verschiedene Instrumente entwickelt.

Der überwiegende Teil der Fragen bestand aus Multiple-Choice-Fragen mit Antwortvorgaben sowie Einschätzungs- und Erwartungsfragen mit unterschiedlichen Skalierungen. Vereinzelt wurden offene Fragen gestellt, deren Antworten nach Abschluss der Dateneingabe teilweise nachcodiert werden mussten. Die eingesetzte Skalenbreite war abhängig von der Frageintention. Es wurden überwiegend semantische Differenziale in der Art „sehr zufrieden – zufrieden – eher zufrieden – eher unzufrieden – sehr unzufrieden“ verwendet.

Die Durchführung der Befragungen orientierte sich an dem Behandlungsverlauf der Klienten der Modularen Kombinationsbehandlung. Dabei waren folgende Ablaufvarianten zu berücksichtigen:

- stationär-ambulante Entwöhnungsbehandlung
- ganztägig ambulant-ambulante Entwöhnungsbehandlung
- ambulant-stationär-ambulante Entwöhnungsbehandlung
- ambulant-ganztägig ambulant-ambulante Entwöhnungsbehandlung
- Behandlungsverläufe, in denen (mehrmalige) stationäre und/oder ganztägig ambulante Module durchgeführt werden.

Die Befragungen erfolgten standardisiert, für die Klienten schriftlich, für die Therapeuten rechnergestützt über eine eigens eingerichtete Homepage, die die Befragungsergebnisse zentral in einer Datenbank sammelte. Eine solche Form der Datenerhebung konnte umgesetzt werden, da die Arbeitsplätze der Therapeuten jeweils mit Computern ausgestattet sind und die Erhebung damit unkompliziert in die Arbeitsroutinen integriert werden konnte. Im Vergleich zu einer Papier-und-Bleistift-Variante ermöglichte die Online-Befragung in diesem Kontext eine anwenderfreundliche und ressourcenschonende Form der Datenerhebung.

Darüber hinaus beinhaltete die elektronisch gestützte Datenerhebung für die Begleitforschung zusätzliche Vorteile. Neben finanziellen Einsparungen durch den Verzicht auf Printfassungen von Fragebögen und dem Wegfall der Datenerfassung per Hand, waren die Daten unmittelbar verfügbar und konnten bei Bedarf für Zwischenauswertungen herangezogen werden. Es konnten

somit Anliegen der Prozessevaluation verfolgt werden und interessierende Teilaspekte im Sinne eines Monitorings beurteilt werden.⁵⁶

4.4.1 Inhalte der Fragebögen – Klienten

Für die Klientenbefragung wurden die folgenden Fragebögen entwickelt:

Befragungszeitpunkt/Name	Thema
T1klient	Befragung der Klienten zum Zeitpunkt der Antragstellung
T2klient	Befragung der Klienten zum Beginn der Behandlung in der (Tages-)Klinik
(T2klient – 2. Aufenthalt)	bei Bedarf: Befragung der Klienten zum Beginn eines zweiten Aufenthaltes in der (Tages-)Klinik
T3klient	Befragung der Klienten zum Ende der Behandlung in der (Tages-)Klinik
T4klient	Befragung der Klienten zum Beginn der ambulanten Weiterbehandlung
T5klient	Befragung der Klienten zum Abschluss der ambulanten Weiterbehandlung
T6klient	Befragung der Klienten 6 Monate nach Abschluss der MOKO (Katamnese)

Abb. 2 Klientenbefragung

Der Fragebogen für die Klienten zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Modulare Kombinationsbehandlung (T1klient) erfasst vor allem soziodemographische Daten der Klienten der MOKO:

- Geschlecht und Alter des Klienten;
- Angaben zur aktuellen Wohnsituation, Lebenssituation, Partnerbeziehung und zum Freundeskreis; Einschätzung der Zufriedenheit mit den genannten Bereichen;
- Schulabschluss, beruflicher Werdegang, derzeitige Beschäftigung, Zufriedenheit mit der Arbeitssituation;
- Angaben zur Suchtgeschichte und alkoholbezogenen Verhaltensweisen, bisherige Kontakte zum Hilfesystem;

56 In der Wissenschaftlichen Begleitforschung zur MOKO wurden insbesondere das Antragsverhalten bzw. die Prospektive Therapieplanung sowie die Übergabegespräche in den Blick genommen, um Problemstellen in der Umsetzung und der Erreichung der Zielvorstellungen kurzfristig zu identifizieren.

- Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit;
- Beweggründe für und Erwartungen an die Behandlung, angestrebte Therapieziele;
- Kenntnisse über die bevorstehende Behandlung.

Der Fragebogen für die Klienten zum Beginn der Behandlung in der (Tages-)Klinik (T2klient) beleuchtet den Übergang zwischen den Behandlungsmodulen aus Sicht der Klienten und resümiert die bisherige Behandlung im Hinblick auf Diagnostik und Therapieplanung:

- Einschätzung des Übergangs in die (Tages-)Klinik hinsichtlich Vorbereitung und Betreuung;
- Angaben zu sich wiederholenden diagnostischen/anamnestischen Erhebungen in der ambulanten Einrichtung und (Tages-)Klinik;
- Angaben zu den Therapiezielen in der ambulanten Einrichtung und in der (Tages-)Klinik.

Der Fragebogen für die Klienten zum Ende der Behandlung in der (Tages-)Klinik (T3klient) dient einem umfassenden Resümee der bisherigen Behandlung, liefert Angaben zur Vorbereitung der poststationären Phase sowie bereits bestehenden und seitens der Klienten gewünschte Kontakte zum Hilfesystem:

- Kontakte zu ambulanten Therapeuten sowie zu anderen Einrichtungen während des Klinikaufenthalts;
- Vorbereitung und verbindliche Terminvereinbarung für die Weiterbehandlung in der ambulanten Behandlungseinrichtung bzw. Angaben, warum eine Weiterbehandlung nicht in Frage kommt;
- Wünsche und relevante Themengebiete für die weitere Behandlung;
- Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit;
- Zufriedenheit mit dem bisherigen Behandlungsverlauf hinsichtlich angesprochener Themen/Probleme, arbeits-/berufsbezogener Behandlungsangebote, abgestimmter Therapieplanung, Vorbereitung auf Behandlungswechsel sowie Dauer des Aufenthalts;
- prognostische Einschätzung zum Umgang mit Alkohol bzw. Problemen.

Der Klienten-Fragebogen „Mehrmaliger (Tages-)Klinikaufenthalt“ (T2klient – 2. Aufenthalt) dient der Befragung derjenigen, die mehr als ein (teil-)stationäres Modul durchlaufen. Er wird jeweils zum Abschluss des (teil-)stationären Moduls eingesetzt und fragt folgende Aspekte ab:

- Angaben zur den bisherigen Erfahrungen in der Fachambulanz;

- Fragen zum erneuten Aufenthalt in der Klinik;
- Beurteilung der Betreuung beim Wechsel der Behandlungsform;
- Angaben zu Zielen der Behandlung.

Der Fragebogen für die Klienten zum Beginn der ambulanten Weiterbehandlung (T4klient) befasst sich mit dem Übergang vom (teil-)stationären in das nächste Behandlungsmodul und erfasst die Ziele der Behandlung in der Fachambulanz:

- Gestaltung des Übergangs in die Fachambulanz;
- Vorbereitung der Weiterbehandlung;
- Angaben zu den Therapiezielen in der ambulanten Einrichtung.

Die Befragung der Klienten zum Abschluss der ambulanten Weiterbehandlung (T5klient) nimmt die Gesamtbehandlung in den Blick, insbesondere auch indem Bezüge zur Anfangsbefragung (T1klient) hergestellt werden. Außerdem erfasst der Bogen Einschätzungen zur individuellen Prognose für die Zukunft:

- Angaben zur aktuellen Wohnsituation, beruflichen Tätigkeit, Lebenssituation, Partnerbeziehung und zum sozialen Umfeld. Einschätzung der Zufriedenheit mit den genannten Bereichen;
- Kontakte zu anderen Einrichtungen während der ambulanten Behandlungsphase;
- Zufriedenheit mit den Informationen über Behandlungsmöglichkeiten, mit der Behandlung und Behandlungsdauer in der Suchtberatungsstelle und dem gesamten Behandlungsverlauf. Beurteilung der Wechsel zwischen (Tages-)Klinik und ambulanter Behandlungseinrichtung. Wunsch nach Weiterbehandlung in der ambulanten Behandlungseinrichtung;
- Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit, Aussagen zu angesprochenen Behandlungsthemen und arbeits-/berufsbezogenen Behandlungsangeboten;
- Angaben zum Umgang mit Alkohol sowie zum letzten Konsum, prognostische Einschätzung der Beibehaltung der therapeutisch erzielten Veränderungen;
- Hilfewünsche für die Zeit nach der Behandlung, Kenntnisse über Möglichkeiten der Kontaktaufnahme zu Hilfeeinrichtungen.

Die Befragung der Klienten sechs Monate nach Abschluss der Entwöhnungsbehandlung – Katamnese (T6klient) erfasst Angaben zur aktuellen Lebenssituation, zum Umgang mit Alkohol und zur Inanspruchnahme von Hilfen:

- Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit;
- Angaben zur heutigen Wohnsituation, beruflichen Tätigkeit, Lebenssituation und Einschätzung der Zufriedenheit mit den genannten Bereichen;
- Angabe und Bewertung von belastenden bzw. positiven Lebensereignissen seit Behandlungsbeendigung;
- Angaben zum Umgang mit Alkohol, zum letzten Konsum sowie zu möglichen Problemen mit der Abstinenz;
- Angaben zu aufgesuchten und erwünschten Unterstützungsangeboten.

In allen Klientenbögen wurde zusätzlich zu den genannten Dimensionen erhoben, wie viel Zeit die Befragten für das Ausfüllen der Bögen benötigt haben und wie ihnen der Bogen gefallen hat. Zudem bot jeder Fragebogen die Möglichkeit, Anmerkungen oder Kritik in einem offenen Frageformat zu formulieren.

4.4.2 Inhalte der Fragebögen – Therapeuten

In der Therapeutenbefragung wurden folgende Bögen angewendet:

Befragungszeitpunkt/Name	Thema
T1ambulant	Befragung der Berater/Therapeuten zum Zeitpunkt der Antragstellung
T2ambulant ⁵⁷	Befragung der Therapeuten zum Behandlungsauftritt der Klienten
T2stationär ⁵⁸	Befragung der Therapeuten zum Beginn der Behandlung in der (Tages-)Klinik
T3stationär	Befragung der Therapeuten zum Ende der Behandlung in der (Tages-)Klinik
T4ambulant	Befragung der Therapeuten zum Beginn der ambulanten Weiterbehandlung
T5ambulant	Befragung der Therapeuten zum Abschluss der ambulanten Weiterbehandlung

Abb. 3 Therapeutenbefragung

57 Diese Befragung ist zu wiederholen, wenn ein zweites (teil-)stationäres Modul durchgeführt wird.

58 Diese Befragung ist zu wiederholen, wenn ein zweites (teil-)stationäres Modul durchgeführt wird.

Der Fragebogen für die ambulanten Berater oder Therapeuten zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Modulare Kombinationsbehandlung (T1ambulant) vervollständigt die Erfassung der Soziodemographie der Klienten und ihrer Eingangsmerkmale. Es werden sozialmedizinische sowie indikative Aspekte erfasst:

- Symptombereiche, somatische Befunde des Klienten;
- Leistungsfähigkeit des Klienten;
- eingesetzte diagnostische Verfahren und Kriterienkataloge;
- behandlungsrelevante Informationen hinsichtlich Krankheitseinsicht, Einstellung zur beruflichen Wiedereingliederung, hauptsächlich vorherrschende Problemfelder;
- zuweisungsrelevante Merkmale und Kriterien für die MOKO;
- Angaben zu arbeits- und berufsbezogenen Behandlungsangeboten;
- Behandlungserfahrung der Klienten, Festlegung der Prospektiven Therapieplanung;
- Informationen zum Antragsverfahren und zu Kontakten mit den Kooperationspartnern Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover sowie der (Tages-)Klinik.

Die Befragung der ambulanten Therapeuten über den Behandlungsauftritt der Klienten (T2ambulant) erfolgt zum Zeitpunkt des Wechsels der Klienten in die (teil-)stationäre Behandlung. Der Bogen beinhaltet Fragen zum Übergang von dem ambulanten zum (teil-)stationären Behandlungssetting:

- Angaben zum bisherigen Behandlungsumfang und zur Vorbereitung des (teil-)stationären Moduls;
- Umfang des geplanten Aufenthalts in der (Tages-)Klinik, Gründe für den Behandlungswechsel sowie Modalitäten der Abstimmung mit der (Tages-)Klinik;
- Gestaltung des Übergangs des Klienten in die (Tages-)Klinik, Angaben zu vereinbarten Aufgabenverteilungen zwischen den Behandlern;
- Angaben zu Kontakten zum Kosten- und Leistungsträger oder den Behandlungspartnern in der (Tages-)Klinik.

Der Fragebogen für den (teil-)stationären Therapeut zum Beginn der Behandlung in der (Tages-)Klinik (T2stationär) beinhaltet ebenfalls Fragen zum Übergang vom ambulanten in das (teil-)stationäre Behandlungssetting. Durch die Befragung der Therapeuten des (teil-)stationären Moduls wird die Perspektive auf den Behandlungswechsel komplettiert:

- Modalitäten der Abstimmung mit der (Tages-)Klinik, Gestaltung des Behandlungsübergangs;
- eingesetzte diagnostische Verfahren, Angaben zu eventuellen Doppelungen mit Erhebungsinstrumenten aus der ambulanten Behandlungsphase;
- Abstimmung der Behandlungsplanung mit den ambulanten Therapeuten;
- Angaben zu Kontakten zum Kosten- und Leistungsträger oder den Behandlungspartnern in der ambulanten Behandlungseinrichtung.

Der Fragebogen für die (teil-)stationären Therapeuten zum Ende der Behandlung in der (Tages-)Klinik (T3stationär) dient der Erhebung der Kontaktmodalitäten zwischen den (teil-)stationären Therapeuten und ihren Behandlungspartnern in der ambulanten Einrichtung, anderen Einrichtungen des Hilfesystems und dem Kosten- und Leistungsträger. Außerdem werden Angaben zum bisherigen Behandlungsverlauf und -erfolg abgefragt:

- Angaben zu Kontakten zum Kosten- und Leistungsträger oder den Behandlungspartnern in der ambulanten Behandlungseinrichtung, Zeitaufwand und Nutzen der behandlungsbezogenen Kooperation;
- Kontakte zu anderen Einrichtungen des sozialen Hilfesystems;
- Einschätzung der Leistungsfähigkeit, der Abstinenz und des Behandlungserfolgs der Klienten sowie Angaben zur Angemessenheit der Behandlungsdauer;
- Modalitäten der Abstimmung mit der ambulanten Behandlungseinrichtung, Gestaltung des Behandlungsübergangs, Dauer und Nutzen des gemeinsamen Übergabegesprächs mit den ambulanten Behandlern.

Der Fragebogen für die ambulanten Therapeuten zu Beginn der ambulanten Weiterbehandlung (T4ambulant) beleuchtet den Übergang der Klienten von der (teil-)stationären in die ambulante Behandlung.

- Angaben zu Kontakten zu den Klienten und den Behandlungspartnern in der (Tages-)Klinik während des (teil-)stationären Moduls;
- Modalitäten der Abstimmung mit der (Tages-)Klinik, Gestaltung des Behandlungsübergangs, Dauer und Nutzen des gemeinsamen Übergabegesprächs mit den (teil-)stationären Behandlern.

Der Fragebogen für die ambulanten Therapeuten zum Abschluss der ambulanten Behandlung (T5ambulant) nimmt die Gesamtbehandlung in den Blick. Es werden Angaben zum Behandlungsverlauf und -erfolg erfasst:

- Anzahl der Klinikaufenthalte der Klienten;

- Einschätzung der Leistungsfähigkeit, der Abstinenz und des Behandlungserfolgs der Klienten sowie Angaben zur Angemessenheit der Behandlungsdauer, prognostische Einschätzung der Beibehaltung der therapeutisch erzielten Veränderungen;
- Angaben zu Kontakten zum Kosten- und Leistungsträger, den Behandlungspartnern oder anderen Einrichtungen des Hilfesystems;
- Hilfewünsche für die Zeit nach der Behandlung.

4.4.3 Kernbereiche der Untersuchung

Um den Forschungsfragen besser nachgehen zu können, wurden die einzelnen Fragebogen-Items systematisiert und unter vier Kernbereiche der Untersuchung gefasst. Die nachfolgenden Übersichten geben Auskunft über das Auftreten der jeweiligen Themenstellungen in den Bereichen Soziodemographie und Eingangsmerkmale, Behandlungsplanung, Behandlungsdurchführung sowie Behandlungserfolg.

Die Auflistung der Kernbereiche dient im weiteren Verlauf auch der besseren Übersicht bei der Herleitung bzw. Operationalisierung der Indikationskriterien (vgl. Kap. 5.2).

Themenstellung	Befragungszeitpunkt/Name
soziodemographische Daten	T1ambulanz
Lebenssituation (Angaben zu und/ oder Zufriedenheit mit)	T1ambulanz, T3stationär, T5ambulanz
	T1klient, T3klient, T5klient, T6klient
Leistungsfähigkeit (inklusive Erwerbsfähigkeit)	T1ambulanz, T2stationär, T3stationär, T4ambulanz, T5ambulanz
	T1klient, T3klient, T5klient, T6klient
Suchtbiographie Suchtverlauf/Suchtgeschichte	T1ambulanz, T2stationär
	T1klient, T6klient
Umgang mit Alkohol, Drogen und Abstinenz	T2stationär, T3stationär, T5ambulanz
	T1klient, T5klient, T6klient
Symptomatik	T1ambulanz
prognostische Einschätzungen	T1ambulanz, T2stationär, T3stationär, T5ambulanz
	T3klient, T5klient
Behandlungsbereitschaft	T1ambulanz
	T1klient

Abb. 4 Soziodemographie und Eingangsmerkmale der Klienten

Themenstellung	Befragungszeitpunkt/Name
Diagnostik/diagnostische Instrumente	T1ambulant, T2stationär
Prospektive Therapieplanung	T1ambulant, T2ambulant, T2stationär, T3stationär, T4ambulant, T5ambulant
	T2klient – 2. Aufenthalt, T3klient
Zuweisung	T1ambulant, T3stationär, T5ambulant
Behandlungs- und Therapieziele/ geplante Leistungen (inklusive Änderungen/ variierende Einschätzungen)	T1ambulant, T2stationär, T3stationär, T4ambulant
	T1klient, T2, T2klient – 2. Aufenthalt, T4klient
Behandlungs- und Therapie- themen – genutzte Angebote	T1ambulant, T2stationär, T3stationär, T4ambulant, T5ambulant
	T2klient, T2klient – 2. Aufenthalt, T3klient, T4klient, T5klient
Bewertungen und Verbesserungen, Erwartungen	T1klient
Motive	T1klient
Wünsche	T1klient, T3klient
Kenntnisse	T1klient, T2klient, T2klient – 2. Aufenthalt, T5klient

Abb. 5 Behandlungsplanung

Themenstellung	Befragungszeitpunkt/Name
Behandlungsverlauf und -erfahrungen	T1ambulant, T2ambulant, T3stationär
	T2klient, T2klient – 2. Aufenthalt
Behandlungsstruktur/-modalitäten: Aufnahme, Weiterbehandlung, Entlassung, Abbruch	T1ambulant, T2ambulant, T2stationär, T3stationär, T5ambulant
	T3klient, T4klient
Kontakte Klient (inkl. Bewertung der Kontakte)	T1ambulant, T3stationär, T4ambulant, T5ambulant
	T1klient, T2klient, T3klient, T5klient, T6klient
Kontakte Therapeut	T2ambulant, T2stationär, T3stationär, T4ambulant, T5ambulant
Kontakte zwischen Klient und Folgetherapeuten (vor Behandlungswechsel)	T4ambulant
	T3klient
Kooperations- und Kontaktpartner	T3stationär, T5ambulant,
	T1klient, T5klient, T6klient
Informationsfluss/ Informationsgrad Klient	T2stationär, T4ambulant
	T1ambulant, T2klient – 2. Aufenthalt, T3stationär, T4ambulant
Schnittstellen/Übergänge (inklusive Behandlungswechsel, vorherige und nächste Station, Bewertung)	T2ambulant, T2stationär, T3stationär, T4ambulant
	T2klient, T2klient – 2. Aufenthalt, T4klient, T5klient
Übergaben (inklusive Bewertungen)	T2ambulant, T2stationär, T3stationär, T4ambulant
	T2klient, T2klient – 2. Aufenthalt, T4klient

Abb. 6 Behandlungsdurchführung

Themenstellung	Befragungszeitpunkt/Name
Behandlungserfolg(e)	T3stationär, T5ambulant
	T3klient, T5klient
Bewertung der Behandlung, Zufriedenheit mit	T3stationär
	T2klient, T3klient, T2klient – 2. Aufenthalt, T5klient
Schnittstellen/Übergänge (inklusive Behandlungswechsel, vorherige und nächste Station, Bewertung)	T2ambulant, T2stationär, T3stationär, T4klient
	T2klient, T2klient – 2. Aufenthalt, T4klient, T5klient
Übergaben (inklusive Bewertungen)	T2ambulant, T2stationär, T3stationär, T4klient
	T2klient, T2klient – 2. Aufenthalt, T4klient

Abb. 7 Behandlungserfolge

4.5 Datenaufbereitung für eine rechnergestützte Datenanalyse und Auswertung

Alle Erhebungsinstrumente wurden für die rechnergestützte Auswertung konstruiert. Die Datenverarbeitung erfolgte mit Hilfe des SPSS-Statistik-Programms. Parallel zu den Erhebungsinstrumenten wurden daher je Erhebungsinstrument SPSS-Dateneditoren erstellt, die eine komplette Definition aller Variablen beinhalten und der vereinfachten Datenübertragung dienen.

Am Ende der Erhebungsphase wurden die Datensätze der 13 Erhebungsinstrumente zusammengeführt und einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Die auswertungsrelevante Stichprobe ist schließlich das Ergebnis eines spezifischen Selektionsprozesses der über die verschiedenen Erhebungsinstrumente insgesamt erhobenen Daten.⁵⁹

Einbezogen wurden nur Fälle, deren Anfangsbefragung mit Blick auf den Stichtag 31.12.2007 (Abschluss der Datenerhebung) mindestens 52 Wochen lang zurückliegt. Dadurch ist gewährleistet, dass nur Fälle in die Auswertung einbezogen wurden, die theoretisch die Möglichkeit hatten, die Behandlung planmäßig zu beenden. Alle in die Auswertungen einbezogenen Daten stammen somit von Klienten, zu denen gesicherte Erkenntnisse über den Behandlungsverlauf und den abschließenden Behandlungsstatus vorliegen. Noch nicht abgeschlossene Behandlungen genauso wie Fälle, in denen Anträge von Klienten nicht bewilligt oder umgewandelt wurden, wurden aus dem Datensatz ausgeschlossen. Für die empirische Untersuchung lagen schließlich Daten von N=102 Klienten der Modularen Kombinationsbehandlungen vor (vgl. Kap. 5.1).

Geprüft und bestätigt wurde vorab außerdem, dass die so ermittelte Untersuchungsstichprobe in ihrer Verteilung der Gesamtdatenbasis entspricht und insofern repräsentativ für alle prozessbegleitend erhobenen Daten ist.

Die Daten wurden mit bi- und multivariaten Auswertungsverfahren untersucht. Im Wesentlichen zielte die Auswertung auf eine deskriptive Auswertung zur Erfassung des Zuweisungsgeschehens in der MOKO. Es wurden Einzelauszählungen der interessierenden Variablen durchgeführt, um Häufigkeitsverteilungen darstellen und mögliche Fehlcodierungen ermitteln zu kön-

59 Bedingt durch die besondere Anlage des Forschungsprojektes als prozessbegleitende Evaluation wurden insgesamt mehr Daten erhoben, als in der vorliegenden Untersuchung berücksichtigt werden konnten (vgl. Kap. 5.1.1).

nen. Die Ergebnisse dienen zusätzlich der Kategorienbildung, da sich an die Begutachtung der Einzelauszählungen Überlegungen zu möglichen Zusammenfassungen und Umcodierungen anschlossen. Außerdem wurden Korrelationen erstellt, um den interessierenden Zusammenhangsfragen nachzugehen. Die Kreuztabellen wurden aufgrund der überwiegend vorliegenden Normalskalierung der Daten mittels des Chi-Quadrat-Tests auf Zusammenhänge geprüft. Dementsprechend geben die Angaben der Zusammenhangs- bzw. Signifikanzmaße, bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter fünf Prozent ($p \leq 0.5$), Auskunft über die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen den Variablen.

Um den Zusammenhang zwischen dem Behandlungserfolg und der Zuweisung in die MOKO auf Basis der Indikationskriterien zu prüfen, wurde ergänzend eine logistische Regression (vgl. Backhaus u. a. 2008) gerechnet. Bei der logistischen Regression handelt es sich um ein strukturen-prüfendes Verfahren. Mit diesem inferenzstatistischen Verfahren wurde für einzelne Merkmale der Indikationskriterien geprüft, mit welcher Wahrscheinlichkeit sie den Behandlungserfolg resp. den Abbruch der MOKO vorhersagen. Das Ergebnis umfasst Parameter, die Aussagen über die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Zustandes – in diesem Fall den Abbruch der MOKO – zulassen.

Abschließend wurde mit dem Verfahren der Clusteranalyse ein strukturen-entdeckendes Verfahren auf die Daten angewendet, um mit Blick auf die Indikationskriterien etwaige Muster oder Gruppen der Zuweisung in die MOKO zu erschließen. Bei der Clusteranalyse handelt es sich um ein multivariates Verfahren mit dem Strukturen innerhalb verschiedenerer Variablen aufgedeckt und aus einer heterogenen Gesamtheit von Objekten homogene Teilmengen von Objekten identifiziert werden (vgl. Backhaus u. a. 2008). Die Betrachtung der Cluster jeweils für sich sowie die vergleichende Betrachtung der Cluster untereinander zeigt schließlich auf, welche Charakteristika die jeweiligen Cluster unterscheiden bzw. im zweiten Fall, welche Merkmale das Cluster besonders auszeichnen.

5 Ergebnisse

Die Daten aus den Klienten- und Therapeutenbefragungen des Modellprojektes „Wissenschaftliche Begleitung der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner“ wurden mit dem Kriterienkatalog der MOKO in Beziehung gesetzt und mittels frequenz- und kontingenzanalytischen Verfahren (vgl. Kap. 5.2) sowie einer Logistischen Regression (vgl. Kap. 5.3) und einer Clusteranalyse (vgl. Kap. 5.4) untersucht.

Nach einer Einführung in die Zusammensetzung der Stichprobe und der Darstellung der zentralen Ergebnisse der MOKO (vgl. Kap. 5.1), werden nachfolgend die Ergebnisse der verschiedenen Auswertungsverfahren zur Untersuchung der Zuweisungsentscheidung dargelegt.

5.1 Übersicht über die Stichprobe

Um die Ergebnisdarstellung einzuleiten, werden ausgewählte Eingangsmerkmale der Klienten bei Behandlungsbeginn und Ergebnisparameter aus dem Behandlungsprozess der MOKO zusammenfassend dargelegt (vgl. Korte u. a. 2008).

Ergänzt werden diese Angaben – soweit möglich und sinnvoll – durch Daten der Basisdokumentation des Fachverbandes Sucht (vgl. FVS 2007), der EVS (vgl. Tielking/Kuß 2003), der Deutschen Suchthilfestatistik 2006 (vgl. Sonntag 2007) sowie der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) (vgl. Köhler/Naumann 2004). Die Gegenüberstellung der verschiedenen Größen ermöglicht eine vergleichende Betrachtung und eine Einordnung der Effekte der MOKO im Verhältnis zu konventionellen Behandlungsansätzen wie der rein stationären, der rein ambulanten Rehabilitation oder der Nachsorgebehandlung.⁶⁰

60 Bei der Gegenüberstellung von Daten verschiedener Behandlungsansätze oder -modelle müssen die jeweils geltenden Rahmenbedingungen beachtet werden, um keine unsachge-

5.1.1 Datenbasis

Die als prozessbegleitende Erhebungen konzipierten Klienten- und Therapeutenbefragungen wurden sowohl zu Behandlungsbeginn, bei jedem Behandlungswechsel und zum Behandlungsabschluss durchgeführt (vgl. Kap. 4.4). Die nachfolgende Übersicht gibt Auskunft über die Datenbasis zum Abschluss der Erhebungsphase im Projekt „Wissenschaftliche Begleitforschung der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner“.

BEFRAGUNGSZEITPUNKT	MOKO-VERLAUF	BEFRAGTE	FÄLLE (N)
Antragstellung →	(ggf.) ambulantes Modul	ambulante Therapeuten Klienten	n=174 n=165
Wechsel in die (Tages-)Klinik →	(teil-) stationäres Modul	ambulante Therapeuten stationäre Therapeuten Klienten	n=105 n=124 n=121
Ende (Tages-)Klinik →		stationäre Therapeuten Klienten	n=115 n=109
Beginn ambulante Weiterbehandlung →	ambulantes Modul	ambulante Therapeuten Klienten	n=99 n=84
Ende ambulante Weiterbehandlung →		ambulante Therapeuten Klienten	n=55 n=37
Katamnese →		Klienten	n=12

Abb. 8 Datenbasis der prozessbegleitenden Erhebungen in der MOKO

Die Fallzahl je Befragungszeitpunkt nimmt mit dem Verlauf der Behandlung, d. h. mit der Reihenfolge der Befragungszeitpunkte, ab, da nicht alle Klienten, welche die Behandlung aufgenommen haben, sie auch im Erhebungszeitraum

mäßen Schlussfolgerungen zu ziehen (vgl. Kap. 2.5.2). Insofern lassen sich den nachfolgenden Ausführungen allgemeine Tendenzen entnehmen, jedoch keine abschließenden und umfassenden Bewertungen.

beenden konnten. Daten dieser Klienten konnten zwar für die Bearbeitung relevanter Fragestellungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der MOKO genutzt, in der Untersuchung zu den Indikationskriterien jedoch nicht berücksichtigt werden.

Als Ausgangsgröße für die Auswertungen lagen Therapeuten- und Klientendaten von N=102 Modularen Kombinationsbehandlungen vor.⁶¹ In den einzelnen Auswertungen wird jeweils auf die einbezogenen gültigen Fälle (n) Bezug genommen, so dass die Tabellen variierende Größen aufweisen.

5.1.2 Soziodemographie und soziale Situation

Die Altersverteilung der Klienten der MOKO ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt – zur besseren Übersicht wurden hierzu Alterskategorien mit einer Spannweite von jeweils zehn Jahren verwendet: Mit 44 % ist die Klasse der 40 bis 49-jährigen am häufigsten besetzt, es folgen die 30 bis 39-jährigen (n=91).

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	unter 30	6	5,9	6,6	6,6
	30–39	29	28,4	31,9	38,5
	40–49	40	39,2	44,0	82,4
	50–59	16	15,7	17,6	100,0
	gesamt	91	89,2	100,0	
fehlend	System	11	10,8		
gesamt		102	100,0		

Abb. 9 Alter der Klienten

Vergleicht man diese Altersstruktur mit der Zusammensetzung in der Bado, so zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($\chi^2=15,22$, $df=4$, $p=0,0043$) (vgl. FVS 2007: 7). Dieser Unterschied liegt an dem vergleichsweise jungen Alter der Klienten der MOKO – 30 bis 39-jährige Klienten sind überproportional häufig und 50 bis 59-jährige vergleichsweise selten vertreten.

Unter den Klienten der MOKO sind 19 % Frauen (n=91).

⁶¹ Der Lesefreundlichkeit verpflichtet, wird im weiteren Verlauf darauf verzichtet, fortwährend die Grundgesamtheit (N) zu nennen.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	männlich	74	72,5	81,3	81,3
	weiblich	17	16,7	18,7	100,0
	gesamt	91	89,2	100,0	
fehlend	System	11	10,8		
gesamt		102	100,0		

Abb. 10 Geschlecht der Klienten

In der Bado wurde folgende Geschlechterverteilung verzeichnet: Unter den 15.493 Klienten sind 28,8 % Frauen und 71,2 % Männer (vgl. FVS 2007: 6). Die MOKO wurde demnach vergleichsweise häufiger für Männer beantragt.

Zu Behandlungsbeginn ist über die Hälfte aller MOKO-Klienten (51 %, n=91) nicht in einer Partnerschaft bzw. alleinstehend, 41 % leben in einer festen Beziehung.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	alleinstehend	46	45,1	50,5	50,5
	zeitweilige Beziehungen	8	7,8	8,8	59,3
	feste Beziehung	37	36,3	40,7	100,0
	gesamt	91	89,2	100,0	
fehlend	System	11	10,8		
gesamt		102	100,0		

Abb. 11 Partnerbeziehung bei Betreuungsbeginn

Im Vergleich dazu leben gemäß der Bado 47,8 % der Klienten in einer festen Beziehung, 44,2 % sind alleinstehend und 4,4 % haben zeitweilige Beziehungen (n=15.493) (vgl. FVS 2007: 8). Die Klienten der MOKO sind demnach vergleichsweise seltener partnerschaftlich gebunden.

Zur Schulbildung bzw. der beruflichen Einbindung der Klienten der MOKO liegen folgende Angaben vor (n=91): 65 % der Klienten haben mit dem Haupt- bzw. Volksschulabschluss die Schullaufbahn beendet, etwa 23 %

haben die Realschule absolviert, gut 3 % verfügen über keine abgeschlossene Schulausbildung.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	kein	3	2,9	3,3	3,3
	Sonderschule	3	2,9	3,3	6,6
	Haupt-/ Volksschule	59	57,8	64,8	71,4
	Realschule/ Polytechnische Oberschule	21	20,6	23,1	94,5
	(Fach-)Abitur	3	2,9	3,3	97,8
	Hochschule	2	2,0	2,2	100,0
	gesamt	91	89,2	100,0	
fehlend	System	11	10,8		
gesamt		102	100,0		

Abb. 12 höchster bisher erreichter Schulabschluss

Laut der Bado haben 43 % der Klienten ihre Schulausbildung mit dem Haupt- bzw. Volksschulabschluss beendet, 31 % mit dem Realschulabschluss, 4 % verfügen über keine abgeschlossene Schulausbildung – unter den Klienten der MOKO sind vergleichsweise schlechtere Bildungsabschlüsse verbreitet (vgl. FVS 2007: 11).

Die Betrachtung des Erwerbsstatus zu Beginn der MOKO zeigt, dass die Arbeitslosen mit 53 % die größte Gruppe darstellen. 76 % der Arbeitslosen gelten dabei als langzeitarbeitslos (n=46). 33 % der Klienten der MOKO sind als Facharbeiter und Arbeiter berufstätig (n=89).

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Auszubildender	2	2,0	2,2	2,2
	Angestellter, Beamter	3	2,9	3,4	5,6
	Arbeiter, Facharbeiter	29	28,4	32,6	38,2
	Arbeitsloser	47	46,1	52,8	91,0
	Hausfrau/ Hausmann	3	2,9	3,4	94,4
	Rentner	1	1,0	1,1	95,5
	berufliche Rehabilitation	2	2,0	2,2	97,8
	sonstige Erwerbslose	2	2,0	2,2	100,0
	gesamt	89	87,3	100,0	
fehlend	System	13	12,7		
gesamt		102	100,0		

Abb. 13 Erwerbstätigkeit in den letzten sechs Monaten vor Betreuungsbeginn

Auch in der Bado bilden die Arbeitslosen die größte Gruppe (41 %), 16 % sind Arbeiter und Facharbeiter, 23 % der Klienten sind Angestellte oder Beamte (n=15.493) (vgl. FVS 2007: 11). Unter den Klienten der MOKO befinden sich demnach vergleichsweise häufiger Arbeiter oder Facharbeiter und Arbeitslose.

5.1.3 Lebenszufriedenheit

Die Hälfte der befragten Klienten (49,5 %, n=93) ist zum Zeitpunkt der Anfangsbefragung unzufrieden mit dem eigenen Leben.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	sehr unzufrieden	8	7,8	8,6	8,6
	eher unzufrieden	38	37,3	40,9	49,5
	eher zufrieden	27	26,5	29,0	78,5
	zufrieden	16	15,7	17,2	95,7
	sehr zufrieden	4	3,9	4,3	100,0
	gesamt	93	91,2	100,0	
fehlend	System	9	8,8		
gesamt		102	100,0		

Abb. 14 Lebenszufriedenheit

In Punkto Partnerschaft und Familie sind 42 % (n=93) der MOKO-Klienten mit ihrer Situation unzufrieden.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	sehr unzufrieden	13	12,7	14,0	14,0
	eher unzufrieden	26	25,5	28,0	41,9
	eher zufrieden	13	12,7	14,0	55,9
	zufrieden	24	23,5	25,8	81,7
	sehr zufrieden	17	16,7	18,3	100,0
	gesamt	93	91,2	100,0	
fehlend	System	9	8,8		
gesamt		102	100,0		

Abb. 15 Zufriedenheit mit der Partnerschaft bzw. familiären Situation

Mit dem eigenen Freundes- oder Bekanntenkreis wiederum sind drei Viertel der Befragten (78 %, n=91) zufrieden.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	sehr unzufrieden	5	4,9	5,5	5,5
	eher unzufrieden	15	14,7	16,5	22,0
	eher zufrieden	28	27,5	30,8	52,7
	zufrieden	39	38,2	42,9	95,6
	sehr zufrieden	4	3,9	4,4	100,0
	gesamt	91	89,2	100,0	
fehlend	System	11	10,8		
gesamt		102	100,0		

Abb. 16 Zufriedenheit mit dem Freundes- oder Bekanntenkreis

5.1.4 Alkoholabhängigkeit und Gesundheitszustand

Bei Aufnahme der Behandlung besteht die Alkoholabhängigkeit der Klienten durchschnittlich seit elf Jahren (n=91). Die nachfolgende Übersicht gibt Auskunft über die Verteilung der Dauer der Alkoholabhängigkeit in Jahren:

	Häufigkeit	Prozente
unter einem Jahr	1	1,1
ein bis fünf Jahre	25	27,5
sechs bis zehn Jahre	24	26,4
elf bis 15 Jahre	19	20,9
16 bis 20 Jahre	14	15,4
mehr als 20 Jahre	8	8,8
gesamt	91	100,0

Abb. 17 Abhängigkeitsdauer in Jahren

Der Vergleich der Abhängigkeitsdauer in der MOKO (M=10,74 Jahre, SD=6,70) und in der Bado (M=13,3 Jahre, SD=8,5) zeigt eine hochsignifikant kürzere Abhängigkeitsdauer auf Seiten der Klienten der MOKO (Welch-Test $t=3,6236$, $df=91$, $SE=0,706$, $p=0,0005$, zweiseitig) (vgl. FVS 2007: 19).

Unter den Klienten der MOKO finden sich zu gleichen Teilen sowohl Abhängigkeitskranke mit als auch ohne längere Phasen der Abstinenz im Verlauf der Erkrankung.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	nein	43	42,2	47,3	47,3
	ja	41	40,2	45,1	92,3
	unklar	7	6,9	7,7	100
	gesamt	91	89,2	100	
fehlend	System	11	10,8		
gesamt		102	100		

Abb. 18 länger andauernde Abstinenzperioden

5.1.5 Störungsbilder und Suchtdiagnosen

Orientiert an der ICD-10-Klassifikation wurde für 74 Fälle (86 %, n=86) eine Störung durch Alkohol festgestellt (F10). Von diesen 74 Fällen weisen zwölf Fälle weitere Diagnosen und Störungsbilder, wie Störungen durch Sedativa oder Hypnotika und durch Cannabinoide, auf. Sechsmal wurde „Schizophrenie“ (F20), viermal „Schizoaffektive Störungen“ (F25) erfasst. Jeweils einmal wurde eine „induzierte wahnhafte Störung“ (F24) sowie ein „multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen“ (F19) angegeben (n=86).

	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
F 10.2/F 13.2	1	1,2	1,2	1,2
F 10.30/F 10.74/ F 17.24/F 3	1	1,2	1,2	2,3
F10.2	48	55,8	55,8	58,1
F10.2/F13.2	1	1,2	1,2	59,3
F10.2/F19.20	1	1,2	1,2	60,5
F10.2/K70.0	1	1,2	1,2	61,6
F10.20/ F11.20 (alt)	1	1,2	1,2	62,8
F10.20/F11.20/ F13.20/F12.20	1	1,2	1,2	64,0
F10.20/F13.1	1	1,2	1,2	65,1
F10.21	2	2,3	2,3	67,4
F10.21/Verdacht auf F60.8/F19	1	1,2	1,2	68,6
F10.24	6	7,0	7,0	75,6
F10.25	4	4,7	4,7	80,2
F10.25/F17.25	1	1,2	1,2	81,4
F10.26	2	2,3	2,3	83,7
F10.3/F10.2/F60	1	1,2	1,2	84,9
F10.2/F17.2	1	1,2	1,2	86,0
F19.20	1	1,2	1,2	87,2
F20	6	7,0	7,0	94,2
F24	1	1,2	1,2	95,3
F25	4	4,7	4,7	100,0
gesamt	86	100,0	100,0	

Abb. 19 Suchtdiagnosen zusammengefasst

Neben der Alkoholabhängigkeit wurden in 42 % der Fälle Symptome der Abhängigkeit von Nikotin und in 4 % von illegalen Drogen sowie Medikamenten (n=91) diagnostiziert.

	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	N
Alkoholabhängigkeit	91	66,4 %	100,0 %
Abhängigkeit von illegalen Drogen	4	2,9 %	4,4 %
Medikamentenabhängigkeit	4	2,9 %	4,4 %
Abhängigkeit von Nikotin	38	27,7 %	41,8 %
gesamt	137	100,0 %	150,5 %
a Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.			

Abb. 20 diagnostizierte Symptombereiche

5.1.6 Therapievorbereitung

Hinsichtlich der Vermittlung in die Behandlung geben 62 % der Klienten (n=95) an, sich selbst den Anstoß für die Behandlung gegeben zu haben.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	selbst	63	61,8	66,3	66,3
	Familie/Freunde	14	13,7	14,7	81,1
	Arbeitgeber/ betr. Suchthilfe/Schule	3	2,9	3,2	84,2
	Krankenhaus	3	2,9	3,2	87,4
	Arzt/Psychotherapeut	3	2,9	3,2	90,5
	Selbsthilfegruppe	1	1,0	1,1	91,6
	Kosten-/Leistungs- träger	1	1,0	1,1	92,6
	Gericht/Justiz/ soziale Verwaltung	5	4,9	5,3	97,9
	sonstige, und zwar	2	2,0	2,1	100,0
	gesamt	95	93,1	100,0	
fehlend	System	7	6,9		
gesamt		102	100,0		

Abb. 21 Person oder Einrichtung, die den Anstoß zur Behandlung gegeben hat

5.1.7 Bisherige Entgiftungen

Alle Klienten (n=73) haben vor der MOKO bereits mindestens eine Entzugsbehandlung absolviert.⁶² Die durchschnittliche Anzahl der bisherigen Entgiftungsbehandlungen beträgt fünf.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	eine	26	25,5	35,6	35,6
	zwei	15	14,7	20,5	56,2
	drei	7	6,9	9,6	65,8
	vier	5	4,9	6,8	72,6
	fünf	4	3,9	5,5	78,1
	sechs	1	1,0	1,4	79,5
	sieben	1	1,0	1,4	80,8
	acht	1	1,0	1,4	82,2
	zehn	3	2,9	4,1	86,3
	zwölf	3	2,9	4,1	90,4
	20	3	2,9	4,1	94,5
	21	1	1,0	1,4	95,9
	30	1	1,0	1,4	97,3
	32	1	1,0	1,4	98,6
	50	1	1,0	1,4	100,0
	gesamt	73	71,6	100,0	
fehlend	System	29	28,4		
gesamt		102	100,0		

Abb. 22 Anzahl der bisherigen stationären Entgiftungen

Der Vergleich der bisherigen Entgiftungsbehandlungen der MOKO-Klienten (M=5,44; SD=8,429) mit denen der Bado (M=4,1, SD=6,4) zeigt keine signifikanten Unterschiede auf (Welch-Test $t=1,5995$, $df=102$, $SE=0.838$, $p=0.1128$, zweiseitig).

⁶² Es wurde für keinen der Klienten 0 bzw. keine Entgiftungsbehandlung erfasst. 29 Fälle wiesen einen fehlenden Wert auf und wurden deshalb entfernt.

5.1.8 Frühere Entwöhnungsbehandlungen

42 % der Klienten (n=91) haben bereits früher an mindestens einer Entwöhnungsbehandlung teilgenommen. Gut ein Drittel der MOKO-Klienten ist damit „behandlungserfahren“.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	nein	53	58,2	58,2	58,2
	ja	38	41,8	41,8	100
	gesamt	91	100	100	

Abb. 23 frühere Entwöhnungsbehandlungen

5.1.9 Bisherige stationäre Entwöhnungen

Knapp 32 % der Klienten (n=91) haben bereits vor der MOKO an mindestens einer stationären Rehabilitation teilgenommen.

			Geschlecht der Klienten			
			männlich	weiblich	gesamt	
Anzahl bisheriger stationärer Entwöhnungsbehandlungen	0	Fälle	48	14	62	
		%	64,9	82,4	68,1	
	eine	Fälle	18	3	21	
		%	24,3	17,6	23,1	
	zwei	Fälle	6	0	6	
		%	8,1	0	6,6	
	drei	Fälle	1	0	1	
		%	1,4	0	1,1	
	sechs	Fälle	1	0	1	
		%	1,4	0	1,1	
	Gesamt		Fälle	74	17	91
			%	100,0	100,0	100,0

Abb. 24 Anzahl der bisherigen stationären Entwöhnungsbehandlungen nach Geschlecht

Auch in der Bado haben 32 % der Klienten bereits eine oder mehrere stationäre Behandlungen absolviert (vgl. FVS 2007: 21f.). Die Verteilungen der Anzahl bisheriger stationärer Entwöhnungsbehandlungen zu Therapiebeginn

in der Bado und der MOKO weisen keinen signifikanten Unterschied auf ($\chi^2=0,791$, $df=4$, $p=0,9397$).

5.1.10 Bisherige ambulante Entwöhnungen

Rund 17 % der Klienten ($n=91$) haben früher einmal an mindestens einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung teilgenommen.

			Geschlecht der Klienten		
			männlich	weiblich	gesamt
Anzahl bisheriger ambulanter Entwöhnungs- behandlungen	0	Fälle	62	13	75
		%	83,8	76,5	82,4
	eine	Fälle	11	4	15
		%	14,9	23,5	16,5
	zwei und mehr	Fälle	1	0	1
		%	1,4	0	1,1
gesamt		Fälle	74	17	91
		%	100,0 %	100,0	100,0

Abb. 25 Anzahl der bisherigen ambulanten Entwöhnungsbehandlungen nach Geschlecht

In der Bado wurde in lediglich 5 % der Fälle eine frühere ambulante Entwöhnung verzeichnet. Die Verteilungen der Bado und der MOKO weisen mit Blick auf die Anzahl absolvierter ambulanter Entwöhnungsbehandlungen einen hochsignifikanten Unterschied auf ($\chi^2=31,962$, $df=2$, $p<0,0001$): In der MOKO ist der Anteil von Klienten mit absolvierten ambulanten Entwöhnungsbehandlungen deutlich größer.

5.1.11 Beantragte Behandlungsvarianten/Prospektive Therapieplanung

In der Modularen Kombinationsbehandlung ist die settingbezogene und zeitliche Gestaltung der Behandlung in der Prospektiven Therapieplanung Teil der Antragstellung.

Durchschnittlich wurde für die ambulante Behandlung ein 40 Wochen langer Behandlungszeitraum ($n=90$) beantragt. Dabei wurden in 49 % der Fälle 40 Wochen und in 30 % der Fälle 42 Wochen veranschlagt.

	Häufigkeit	Prozent
8 Wochen	1	1,1
20 Wochen	1	1,1
32 Wochen	1	1,1
35 Wochen	4	4,4
38 Wochen	1	1,1
40 Wochen	44	48,9
42 Wochen	27	30,0
43 Wochen	1	1,1
44 Wochen	7	7,8
46 Wochen	2	2,2
48 Wochen	1	1,1
gesamt	90	100,0

Abb. 26 Prospektive Therapieplanung ambulantes Modul

Die in 83 % der Fälle (n=91) beantragte stationäre Behandlung umfasst durchschnittlich elf Wochen (n=74). In 45 % der Fälle wird das stationäre Modul mit einer Dauer von zwölf Wochen, in 41 % mit einer Dauer von zehn Wochen und für eine Minderheit (14 %) mit einer Dauer von acht Wochen beantragt.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	8 Wochen	10	9,8	13,5	13,5
	10 Wochen	30	29,4	40,5	54,1
	12 Wochen	33	32,4	44,6	98,6
	14 Wochen	1	1,0	1,4	100,0
	gesamt	74	72,5	100,0	
fehlend	System	28	27,5		
gesamt		102	100,0		

Abb. 27 Prospektive Therapieplanung stationäres Modul

Die ganztägig ambulante Behandlungsvariante wurde in 15 Fällen (n=91) beantragt, sie umfasst durchschnittlich elf Wochen, wobei in elf Fällen zwölf Wochen sowie in jeweils zwei Fällen zehn und acht Wochen lange Phasen beantragt wurden.

	Häufigkeit	Prozent
8 Wochen	2	13,3
10 Wochen	2	13,3
12 Wochen	11	73,3
gesamt	15	100,0

Abb. 28 Prospektive Therapieplanung gantztägig ambulantes Modul

Ein ambulanter Einstieg in die Behandlung wurde in 14 % der Fälle beantragt (n=91).

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	nein	77	75,5	84,6	84,6
	ja	14	13,7	15,4	100,0
	gesamt	91	89,2	100,0	
fehlend	System	11	10,8		
gesamt		102	100,0		

Abb. 29 ambulanter Beginn der MOKO

Für diese Fälle wurden jeweils drei Module der MOKO – eine ambulante Rehabilitationseingangsphase, ein (teil-)stationäres und ein ambulantes Modul – geplant. Die Ausnahme bildet ein Fall, für den zum ambulanten Auftakt zwei stationäre Module mit einer Gesamtdauer von zwölf Wochen sowie die ambulante Weiterbehandlung geplant wurden.

5.1.12 Antrittsquote der Gesamtbehandlung MOKO

Diejenigen, für die ein Antrag auf Modulare Kombinationsbehandlung von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover bewilligt wurde, treten in 95 % der Fälle (n=102) die Entwöhnungsbehandlung an, d. h. 97 Klienten beginnen die Modulare Kombinationsbehandlung und fünf Klienten treten die bereits bewilligte MOKO nicht an.

Im Vergleich zu Nichtantrittsquoten aus anderen Studien im Alkoholbereich fällt die Quote der MOKO positiv auf. Köhler/Naumann ermitteln anhand von Daten der BfA im stationären Setting eine Nichtantrittsquote von 12 %, im ambulanten Bereich eine von 14 % und im Nachsorgebereich eine Nichtantrittsquote von 23 % (vgl. 2004: 253).

5.1.13 Haltequote im (teil-)stationären Modul⁶³

Das (teil-)stationäre Modul der MOKO beenden 86 % (n=94) der Klienten planmäßig; davon endet für einen Klienten die MOKO nach dem (teil-)stationären Modul. Bei 13 Klienten (14 %) kommt es zu einem Abbruch der MOKO insgesamt während der stationären Phase. In der Bado liegt die Quote für die planmäßige Beendigung bei 82,6 % (vgl. FVS 2007: 26).

	Häufigkeit	Prozent
planmäßig	81	86
irregulär	13	14
gesamt	94	100

Abb. 30 Haltequote im (teil-)stationären Modul

5.1.14 Wechsel vom (teil-)stationären Modul in das poststationäre ambulante Modul⁶⁴

Den Wechsel vom (teil-)stationären Modul in das poststationäre ambulante Modul bewerkstelligen 91 % (n=80)⁶⁵ derjenigen, die das (teil-)stationäre Modul planmäßig beenden, erfolgreich. Sechs Klienten (8,7 %) treten das poststationäre ambulante Modul nicht an. In der EVS gelang denjenigen, die die stationäre Phase abgeschlossen hatten, in 69 % der Fälle der Wechsel in die ambulante Rehabilitation (vgl. Tielking/Kuß 2003: 224).

	Häufigkeit	Prozent
Wechsel erfolgreich	74	91,3
Wechsel nicht erfolgreich	6	8,7
gesamt	80	100,0

Abb. 31 Wechsel vom (teil-)stationären in das poststationäre ambulante Modul

63 Tabelle wurde aus dem gesamten Datensatz ermittelt. Systemfehlend: fünf nicht angetreten, drei Abbruch ersten amb. Modul.

64 Tabelle wurde aus dem gesamten Datensatz ermittelt. Systemfehlend: fünf nicht angetreten, drei Abbruch ersten amb. Modul; ein Abschluss, 13 Abbrüche.

65 Für einen Klienten endet die Gesamtbehandlung planmäßig nach dem (teil-)stationären Modul.

5.1.15 Haltequote im poststationären ambulanten Modul⁶⁶

Das poststationäre ambulante Modul der MOKO beenden 64 % (n=74) der Klienten planmäßig; für 9 % dieser Klienten endet die Modulare Kombinationsbehandlung vorzeitig, d. h. auf ärztliche Veranlassung oder mit ärztlichem Einverständnis, während der poststationären ambulanten Weiterbehandlung. Bei 27 Klienten (36,5 %) kommt es zu einem Abbruch, vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis oder disziplinarisch, während der poststationären ambulanten Weiterbehandlung. Die Deutsche Suchthilfestatistik (vgl. Sonntag 2007: S28) verweist auf eine Quote von 42 % planmäßigen Beendigungen im ambulanten Setting.

	Häufigkeit	Prozent
planmäßig	47	63,5
irregulär	27	36,5
gesamt	74	100,0

Abb. 32 Haltequote poststationäres ambulantes Modul

5.1.16 Planmäßige Beendigung der Gesamtbehandlung MOKO⁶⁷

50 % der Klienten, die die MOKO angetreten haben (n=97), beenden sie planmäßig, d. h. vorzeitig im (teil-)stationären bzw. ambulanten Modul oder regulär.⁶⁸ Die reguläre Beendigung allein besitzt eine Quote von 44 %. Vergleichend kann hier die reguläre Beendigungsquote für die EVS aufgeführt werden, sie liegt mit 38,5 % (vgl. Tielking/Kuß 2003: 224) unter der Quote der MOKO. Weitere und differenziertere Angaben zum Abschluss von ambulant-stationären Gesamtbehandlungen aus anderen Studien liegen nicht vor.⁶⁹

66 Tabelle wurde aus dem gesamten Datensatz ermittelt. Systemfehlend: fünf nicht angetreten.

67 Tabelle wurde aus dem gesamten Datensatz ermittelt. Systemfehlend: fünf nicht angetreten, drei Abbruch im ersten amb. Modul; ein Abschluss, 13 Abbrecher; sechs treten ambulant nicht an.

68 Die Kategorien vorzeitige (teil-)stationäre, vorzeitige ambulante und reguläre Beendigung ergeben die planmäßigen Beendigungen.

69 Zu berücksichtigen ist, dass Gesamtquoten einer Kombi-Behandlung sowohl in EVS als auch MOKO einen Zeitraum von 52 Wochen umfassen. Ein Vergleich mit Quoten alleiniger ambulanter oder stationärer Leistungen, die sich auf einen vergleichsweise kürzeren Zeitraum und andere Rahmenbedingungen beziehen, ist daher nur bedingt möglich. Die komplexen Sachverhalte der Kombi-Behandlung können nur näherungsweise mit den Quoten gängiger Behandlungsverfahren verglichen werden, weshalb weitere Forschungsaktivi-

5.2 Frequenz- und Kontingenzanalyse der Indikationskriterien

Im ersten Schritt wurden die Indikationskriterien der MOKO frequenz- und kontingenzanalytisch untersucht.⁷⁰ Zum besseren Verständnis – auf die Komplexität der Indikationskriterien und des in ihnen angelegten hermeneutischen Verständnisses wurde bereits verwiesen (vgl. Kap. 3.4) – werden die im Kontext der jeweiligen Indikationskriterien interessierenden Merkmale zunächst inhaltlich hergeleitet. Anschließend werden die Auszählungen und Korrelationen aufgeführt.⁷¹

5.2.1 Institutioneller Kontext

„Patienten, die in ihrem bisherigen Lebensverlauf institutionsgewohnt/-sozialisiert sind, d. h. sich in einem vorgegebenen institutionellen Regel-Rahmen gut anpassen können und dort positiv bewertet werden, in der komplexen sozialen Realität außerhalb der Institution jedoch gescheitert sind“ (LVA Hannover 2005).

Bei diesem Kriterium rückt die Erfahrung der Klienten mit sozialen Hilfestrukturen und -einrichtungen bzw. bzw. ihre Erfahrung mit diesen in den Mittelpunkt des Interesses. Die Therapeuten wurden gebeten, mit Blick auf das Kriterium eine grundsätzliche Einschätzung vorzunehmen und die Aussage „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit“ zu bewerten.⁷² Aus ihrer Sicht trifft sie in 37 % der Fälle nicht und in 36 % der Fälle zu, bei gut einem Viertel der Klienten der MOKO sind die Therapeuten unentschieden.

täten direkt zum Outcome von kombinierten Entwöhnungsbehandlungen wünschenswert wären (vgl. Kap. 2.5.2).

70 Grundlage für die Auswertungen war der Indikationskriterienkatalog in der seitens der damaligen LVA Hannover im Juli 2005 im Rahmen einer Einführungsveranstaltung zum MOKO-Behandlungsmodell vorgelegten Fassung (vgl. LVA Hannover 2005) – auf diesem basiert die Konzeption der Erhebungsinstrumente in der Begleitforschung. Die im weiteren Verlauf der Begleitforschung hinzugekommen Kriterien (vgl. Kap. 3.4) blieben für die empirische Untersuchung unberücksichtigt, da die Datenerhebung bereits im Prozess war.

71 Der Fundort der Daten in den Erhebungsinstrumenten ist jeweils in einer Fußnote angegeben.

72 Häufigkeitsverteilung von „Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf den Klienten zu? – Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit“ (T1ambulant Frage 34_5).

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft nicht zu	34	33,3	37,4	37,4
	teils-teils	24	23,5	26,4	63,7
	trifft zu	33	32,4	36,3	100,0
	gesamt	91	89,2	100,0	
fehlend	System	11	10,8		
	gesamt	102	100,0		

Abb. 33 Aussage: „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit“

5.2.1.1 Wohnsituation⁷³

Die Wohnsituation der Klienten der MOKO stellt ein weiteres Merkmal da, welches im Kontext von „Institutionserfahrung, vorgegebenem Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“ von Bedeutung ist. Es wurde geprüft, ob es sich bei den Klienten um Personen handelt, die in den letzten sechs Monaten zeitlich überwiegend in Einrichtungen wie dem Betreuten Wohnen, Heimen/ Kliniken oder der JVA lebten und insofern Institutionserfahrung besitzen.

Es zeigt sich, dass die Klienten der MOKO ausschließlich außerhalb sozialer Einrichtungen, nämlich in nahezu allen Fällen (93 %) selbständig, also allein und/oder mit Partner und/oder Kindern, wohnen.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	selbständig Wohnen	85	83,3	93,4	93,4
	bei Angehörigen/ Eltern	6	5,9	6,6	100,0
	gesamt	91	89,2	100,0	
fehlend	System	11	10,8		
	gesamt	102	100,0		

Abb. 34 zeitlich überwiegende Wohnsituation in den letzten sechs Monaten

73 Operationalisierung von „institutionsgewohnt“ über Daten aus der Therapeutenbefragung: Häufigkeitsverteilung von „Zeitlich überwiegende Wohnsituation in den letzten 6 Monaten?“ (T1ambulant Frage 6); Korrelation von „Zeitlich überwiegende Wohnsituation in den letzten 6 Monaten?“ (T1ambulant Frage 6) und „Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf den Klienten zu? – Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit“ (T1ambulant Frage 34_5).

Geprüft wurde weiter, ob die Einschätzung der Aussage „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit“ mit der Wohnsituation variiert. Der Zusammenhang ist nicht signifikant ($\chi^2 = .552$).

			Aussage: „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit.“			gesamt
			trifft nicht zu	teils-teils	trifft zu	
zeitlich überwiegende Wohnsituation in den letzten sechs Monaten	selbständig Wohnen	Anzahl	33	22	30	85
		% von Wohnsituation	38,8	25,9	35,3	100,0
		% von Aussage	97,1	91,7	90,9	93,4
	bei Angehörigen/ Eltern	Anzahl	1	2	3	6
		% von Wohnsituation	16,7	33,3	50,0	100,0
		% von Aussage	2,9	8,3	9,1	6,6
gesamt		Anzahl	34	24	33	91
		% von Wohnsituation	37,4	26,4	36,3	100,0
		% von Aussage	100,0	100,0	100,0	100,0

Abb. 35 Korrelation „Wohnsituation in den letzten sechs Monaten“ und Aussage „Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“

5.2.1.2 Vorbehandlungen⁷⁴

Es wurde untersucht, ob frühere Entgiftungsbehandlungen im Sinne einer Institutionserfahrung und der Anpassung an vorgegebene Regelrahmen einen Erklärungsbeitrag zur Bewertung der Aussage leisten. Alle Klienten (n=73) haben im Vorfeld der MOKO mindestens eine stationäre Entgiftung absolviert, 36 % der Klienten hatten vor Antritt der MOKO ihre erste Entgiftungsbehandlung. Die durchschnittliche Anzahl beläuft sich dabei auf fünf Entgiftungsbehandlungen, am häufigsten sind zwei. Grundsätzlich kann also, unter der Perspektive des Kontaktes mit stationären Einrichtungen der Entgiftungsbehandlung, von Erfahrungen mit Institutionen ausgegangen werden.

		BISHERIGE STATIONÄRE ENTGIFTUNGEN
N	gültig	73
Mittelwert		5,44
Median		2,00
Modus		1

Abb. 36 bisherige stationäre Entgiftungen

74 Operationalisierung von „institutionsgewohnt“ und „Anpassung an Regelrahmen“ über Daten aus der Therapeutenbefragung zu bisherigen Entgiftungen, Entwöhnungen und Substitutionen mit erfolgreichem Abschluss: Häufigkeitsverteilungen von „bisherige stationäre Entgiftungsbehandlungen?“, „Abschluss der letzten stationären Entgiftungsbehandlung?“, „bisherige Substitutionsbehandlungen?“, „Abschluss der letzten Substitutionsbehandlung?“, „bisherige ambulante Entwöhnungsbehandlungen?“, „Abschluss der letzten ambulanten Entwöhnungsbehandlung?“, „bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlungen?“, „Abschluss der letzten stationären Entwöhnungsbehandlung?“, „bisherige teilstationäre Entwöhnungsbehandlungen?“, „Abschluss der letzten teilstationären Entwöhnungsbehandlungen?“ (T1ambulant Frage 19–28); Korrelation von „Abschluss der letzten stationären Entgiftungsbehandlung?“ und Aussage „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbstständigkeit“ (T1ambulant Frage 19a und T1ambulant Frage 34_5); Korrelation von „frühere Reha-Verfahren“ und Aussage „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbstständigkeit“ (T1ambulant Frage 23a, 25a, 27a und T1ambulant Frage 34_5); Korrelation von „bisherige Substitutionsbehandlungen?“ und Aussage „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbstständigkeit“ (T1ambulant Frage 21a und T1ambulant Frage 34_5).

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	eine	26	25,5	35,6	35,6
	zwei	15	14,7	20,5	56,2
	drei	7	6,9	9,6	65,8
	vier	5	4,9	6,8	72,6
	fünf bis zehn	10	9,8	13,7	86,3
	elf bis 20	6	5,9	8,2	94,5
	mehr als 20	4	3,9	5,5	100,0
	gesamt	73	71,6	100,0	
fehlend	System	29	28,4		
gesamt		102	100,0		

Abb. 37 bisherige stationäre Entgiftungen – klassiert

Es wurde schließlich geprüft, ob die Bewertung der Aussage zu „Institutionserfahrung, vorgegebenem Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“ mit Blick auf die Anzahl der bisherigen stationären Entgiftungsbehandlungen variiert. Die Therapeuten stimmen der Aussage häufiger zu, wenn mehr als eine bisherige stationäre Entgiftungsbehandlung verzeichnet wurde. Die Zusammenhangsprüfung ist nicht signifikant ($\chi^2=,411$).

			Aussage: „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit.“			gesamt
			trifft nicht zu	teils-teils	trifft zu	
bis-herige stationäre Entgiftungen – klassiert	eine	Anzahl	13	11	12	36
		% von bisherige stationäre Entgiftungen	36,1	30,6	33,3	100,0
		% von Aussage	56,5	55,0	40,0	49,3
	mehr als eine	Anzahl	10	9	18	37
		% von bisherige stationäre Entgiftungen	27,0	24,3	48,6	100,0
		% von Aussage	43,5	45,0	60,0	50,7
gesamt		Anzahl	23	20	30	73
		% von bisherige stationäre Entgiftungen	31,5	27,4	41,1	100,0
		% von Aussage	100,0	100,0	100,0	100,0

Abb. 38 Korrelation „bisherige stationäre Entgiftungen – klassiert“ und Aussage „Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“

Um abschätzen zu können, ob sich mit der Entgiftungsbehandlung eine erfolgreiche Anpassung an den vorgegebenen Regelrahmen verbindet, wurde untersucht, wie die letzte Entgiftungsbehandlung abgeschlossen wurde. 93 % aller Entgiftungsbehandlungen wurden planmäßig abgeschlossen.

	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
planmäßig	68	93,2	93,2	93,2
irregulär	5	6,8	6,8	100,0
gesamt	73	100,0	100,0	

Abb. 39 Abschluss der letzten stationären Entgiftung

Im nächsten Schritt wurde untersucht, ob vorherige Entwöhnungsbehandlungen im Sinne einer Institutionserfahrung und Anpassung an vorgegebene Regelrahmen einen Beitrag zur Bewertung der Aussage leisten. Geprüft wurde, ob sich die Therapeuten-Einschätzungen bei Klienten mit und ohne frühere Entwöhnungsbehandlungen unterscheiden. Die Korrelation ist hochsignifikant ($\chi^2=,000$). Der Vergleich zeigt, dass die Therapeuten der Aussage in 70 % der Fälle zustimmen, wenn bereits einmal ein Rehabilitationsverfahren stattgefunden hat.

		Aussage: „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit.“				gesamt
			trifft nicht zu	teils-teils	trifft zu	
frühere Entwöhnungsbehandlungen	nein	Anzahl	27	16	10	53
		% von frühere Entwöhnungsbehandlungen	50,9	30,2	18,9	100,0
		% von Aussage	79,4	66,7	30,3	58,2
	ja	Anzahl	7	8	23	38
		% von frühere Entwöhnungsbehandlungen	18,4	21,1	60,5	100,0
		% von Aussage	20,6	33,3	69,7	41,8
gesamt		Anzahl	34	24	33	91
		% von frühere Entwöhnungsbehandlungen	37,4	26,4	36,3	100,0
		% von Aussage	100,0	100,0	100,0	100,0

Abb. 40 Korrelation „frühere Entwöhnungsbehandlungen“ und Aussage „Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“

Mit Blick auf eine mögliche „Institutionserfahrung, Anpassungsfähigkeit und einem Scheitern in der Selbständigkeit“ wurde geprüft, wie die Aussage vor dem Hintergrund der verschiedenen, vorher absolvierten Behandlungssettings (ambulant, (teil-)stationär) bewertet wird.

Zunächst wurde geprüft, ob die Anpassung an den Regelrahmen der Behandlung erfolgreich verlief und die letzte Entwöhnungsbehandlung planmäßig beendet werden konnte. Die Prüfung des Behandlungsabschlusses je Behandlungssetting ergab allerdings, dass keine planmäßigen Behandlungsabschlüsse vorlagen bzw. erfasst wurden:

irregulär	unbekannt	gesamt
10	1	11

Abb. 41 Abschluss der letzten ambulanten Entwöhnungsbehandlung

irregulär	gesamt
5	5

Abb. 42 Abschluss der letzten stationären Entwöhnungsbehandlung

unbekannt	gesamt
1	1

Abb. 43 Abschluss der letzten ganztägig ambulanten Entwöhnungsbehandlung

Anschließend wurde die Aussage „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit“ mit den vorherigen Rehabilitationserfahrungen je Setting korreliert.

Die Therapeuten bestätigen die Aussage bei Klienten mit vorherigen ambulanten Entwöhnungsbehandlungen in 56 % der Fälle (n=16). Die Korrelation ist nicht signifikant ($\chi^2 = .660$).

			Aussage: „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit.“			gesamt
			trifft nicht zu	teils-teils	trifft zu	
bisherige ambulante Entwöhnungsbehandlungen	eine	Anzahl	5	2	8	15
		% von bisherige ambulante Entwöhnungsbehandlungen	33,3	13,3	53,3	100,0
		% von Aussage	100,0	100,0	88,9	93,8
	zwei	Anzahl	0	0	1	1
		% von bisherige ambulante Entwöhnungsbehandlungen	,0	,0	100,0	100,0
		% von Aussage	,0	,0	11,1	6,3
gesamt		Anzahl	5	2	9	16
		% von bisherige ambulante Entwöhnungsbehandlungen	31,3	12,5	56,3	100,0
		% von Aussage	100,0	100,0	100,0	100,0

Abb. 44 Korrelation „bisherige ambulante Entwöhnungsbehandlungen“ und Aussage „Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“

Die Therapeuten bestätigen die Aussage bei Klienten mit vorherigen stationären Entwöhnungsbehandlungen in 66 % der Fälle. Die Korrelation ist nicht signifikant ($\chi^2 = .829$).

			Aussage: „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit.“			gesamt
			trifft nicht zu	teils-teils	trifft zu	
bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlungen	eins	Anzahl	4	4	13	21
		% von bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlungen	19,0	19,0	61,9	100,0
		% von Aussage	100,0	66,7	68,4	72,4
	zwei	Anzahl	0	2	4	6
		% von bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlungen	,0	33,3	66,7	100,0
		% von Aussage	,0	33,3	21,1	20,7
	drei	Anzahl	0	0	1	1
		% von bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlungen	,0	,0	100,0	100,0
		% von Aussage	,0	,0	5,3	3,4
	sechs	Anzahl	0	0	1	1
		% von bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlungen	,0	,0	100,0	100,0
		% von Aussage	,0	,0	5,3	3,4
gesamt		Anzahl	4	6	19	29
		% von bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlungen	13,8	20,7	65,5	100,0
		% von Aussage	100,0	100,0	100,0	100,0

Abb. 45 Korrelation „bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlungen“ und Aussage „Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“

Aufgrund zu geringer Fallzahlen (n=1) ist eine Prüfung für Klienten mit vorheriger teilstationärer Entwöhnungsbehandlung nicht möglich.

			Aussage: „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit.“	gesamt
			teils-teils	
bisherige ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlungen	eine	Anzahl	1	1
		% von bisherige ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlungen	100,0	100,0
		% von Aussage	100,0	100,0
gesamt	Anzahl		1	1
	% von bisherige ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlungen		100,0	100,0
	% von Aussage		100,0	100,0

Abb. 46 Korrelation „bisherige ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlungen“ und Aussage „Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“

Die Aussage zu „Institutionserfahrung, vorgegebenem Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“ wird demnach auch mehrheitlich allein für die stationäre und die ambulante Vorerfahrung bestätigt.

Über die Erfahrung mit früheren Rehabilitationsverfahren hinaus wurde geprüft, ob mögliche „Institutionserfahrung, Anpassungsfähigkeit und ein Scheitern in der Selbständigkeit“ auch in Bezug zu früheren Substitutionsbehandlungen der Klienten der MOKO zu sehen ist. Die Korrelation lässt aufgrund zu geringer Fallzahlen (n=2) keine Berechnung von Statistiken und keine weiteren Aussagen zu.

			Aussage: „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit.“		gesamt
			teils-teils	trifft zu	
bisherige Substitutionsbehandlungen	eine	Anzahl	1	1	2
		% von bisherige Substitutionsbehandlungen	50,0	50,0	100,0
		% von Aussage	100,0	100,0	100,0
gesamt		Anzahl	1	1	2
		% von bisherige Substitutionsbehandlungen	50,0	50,0	100,0
		% von Aussage	100,0	100,0	100,0

Abb. 47 Korrelation „bisherige Substitutionsbehandlungen“ und Aussage „Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“

Zusätzlich wurde der Behandlungsabschluss geprüft – für die beiden Fälle mit Substitutionserfahrung liegen jedoch keine Daten vor.

5.2.1.3 Kontakte zu Hilfeinrichtungen⁷⁵

Dem Thema „Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“ wurde auch mit der Frage begegnet, ob die Klienten der MOKO im Vorfeld der Behandlung Kontakte zu traditionell als Hilfeinrichtungen zu bezeichnenden Institutionen hatten. Für 82 % der Klienten (n=83) bestätigt sich dies.

75 Operationalisierung über Daten aus der Therapeuten- und Klientenbefragung zu „Kontakte zu Hilfesystem“: Häufigkeitsverteilung von „Hatten Sie vor der nun geplanten Behandlung aufgrund Ihrer Alkohol- bzw. Drogenprobleme bereits Kontakte zu Einrichtungen des Hilfesystems?“, „Wenn ja, welche Einrichtungen haben Sie aufgesucht?“ (T1klient Frage 6 und 7); Korrelation von „Kontakte zu Hilfesystem“ und Aussage „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit“ (T1klient Frage 6 und T1ambulanz Frage 34_5).

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	nein	15	16,5	18,1	18,1
	ja	68	74,7	81,9	100,0
	gesamt	83	91,2	100,0	
fehlend	System	8	8,8		
gesamt		91	100,0		

Abb. 48 Kontakte zu Hilfeeinrichtungen

75 % der Fälle (n=68) haben Kontakt zu einem Krankenhaus und 68 % zu einer hausärztlichen Praxis. Knapp die Hälfte der Befragten gibt auch die Beratungsstelle und etwa 41 % die Entwöhnungsklinik als Hilfeeinrichtungen, zu denen Kontakt besteht, an.

	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	N
Selbsthilfegruppe	30	12,8	44,1
Hausarzt	46	19,6	67,6
Psychologe	19	8,1	27,9
Entgiftung in einem Krankenhaus	51	21,7	75,0
Beratung in einer ambulanten Ein- richtung (Fachambulanz)	33	14,0	48,5
Entwöhnung in einer ambulanten Einrichtung (Fachambulanz)	13	5,5	19,1
Entwöhnung in einer Klinik	28	11,9	41,2
Betriebliche Suchthilfe	6	2,6	8,8
sonstige Einrichtungen	9	3,8	13,2
gesamt	235	100,0	345,6
A Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.			

Abb. 49 Mehrfachantworten – Kontakte zu Hilfeeinrichtungen

Es wurde geprüft, ob die Bewertung der Aussage „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit“ unter Beachtung von möglichen Kontakten zu Hilfeeinrichtungen variiert. Von den Klienten, für die die Aus-

sage als zutreffend eingeschätzt wurde, haben 96 % Kontakte zu Hilfeeinrichtungen. Die Korrelation ist noch signifikant ($n=83$, $\chi^2=.050$). Für Klienten, die zu entsprechenden Einrichtungen keinen Kontakt haben, wird in über der Hälfte der Fälle die Aussage nicht bestätigt, während bei Klienten mit Kontakten zu Hilfeeinrichtungen die Aussage am häufigsten bestätigt wird.

			Aussage: „Der Klient ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit.“			gesamt
			trifft nicht zu	teils-teils	trifft zu	
Kontakte zu Hilfeeinrichtungen	nein	Anzahl	8	6	1	15
		% von Kontakten zu Hilfeeinrichtungen	53,3	40,0	6,7	100,0
		% von Aussage	25,8	25,0	3,6	18,1
	ja	Anzahl	23	18	27	68
		% von Kontakten zu Hilfeeinrichtungen	33,8	26,5	39,7	100,0
		% von Aussage	74,2	75,0	96,4	81,9
gesamt		Anzahl	31	24	28	83
		% von Kontakten zu Hilfeeinrichtungen	37,3	28,9	33,7	100,0
		% von Aussage	100,0	100,0	100,0	100,0

Abb. 50 Korrelation „Kontakte zu Hilfeeinrichtungen“ und Aussage „Institutionserfahrung, vorgegebener Regelrahmen, Scheitern in der Selbständigkeit“

Für das erste Indikationskriterium kann zusammenfassend gesagt werden, dass Institutionsgewohnheiten in Bezug auf Entgiftungsbehandlungen oder Hilfeeinrichtungen vorliegen. Mit Blick auf die Wohnsituation lässt sich keine Institutionsgewohnheit feststellen. Die Mehrheit der Klienten besitzt keine Erfahrungen aus früheren Rehabilitationsverfahren, weist also auch in diesem Sinne keine Institutionsgewohnheit auf. Denjenigen Klienten aller-

dings, die bereits früher an einer Rehabilitation teilgenommen haben, schreiben die Therapeuten zu, institutionserfahren zu sein und sich in einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen zu können, jedoch in der Selbständigkeit zu scheitern.

Ähnlich verhält es sich mit Kontakten zu Hilfeeinrichtungen – sind keine vorhanden, sprechen die Therapeuten den Klienten ab, institutionserfahren zu sein und sich in einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen zu können, jedoch in der Selbständigkeit zu scheitern.

5.2.2 *Verhalten im stationären Setting*

„Patienten, die sich im stationären Setting schon nach kurzer Zeit selbst überschätzen, die zu einer Art hybriden Autonomie neigen, gegen ärztlichen Rat abbrechen oder unterbrechen, Konflikte produzieren“ (LVA Hannover 2005).

Die Operationalisierung dieses Kriteriums erweist sich in mehrfacher Hinsicht als beschränkt. Bezieht man dieses Kriterium auf die Teilgruppe der Klienten, die bereits einmal in einer (teil-)stationären Behandlung waren, erfordert die empirische Prüfung eine tiefere Perspektive auf die zurückliegende Krankheits- und Behandlungsgeschichte der Klienten. Im individuellen Fall müssten die Therapeuten Prozessdaten aus vorangehenden (teil-)stationären Rehabilitationsverfahren heranziehen, um das zurückliegende Verhalten der Klienten einzuschätzen und eine Zuschreibungentscheidung fällen zu können. Faktisch aber sind solche Prozessinformationen nicht verfügbar. Sofern Angaben zu Aspekten der „Selbstüberschätzung“, der „Art hybrider Autonomie“, dem „Abbruch gegen ärztlichen Rat“ und der „Produktion von Konflikten“ überhaupt existieren, könnten sie ggf. formlos im Sozialbericht⁷⁶ der aktuell beantragte Leistung oder im Abschlussbericht zur letzten Behandlung erfasst sein. Standardisierte Erfassungsmöglichkeiten für die interessierenden Items und somit Daten, auf die zurückgegriffen werden könnte, gibt es jedoch nicht. Schließlich sprechen aber insbesondere auch datenschutzrechtliche Aspekte gegen einen Austausch von früheren Prozessdaten zwischen verschiedenen Leistungsanbietern oder Einrichtungen, sodass sich für Therapeuten hier im Hinblick auf die Zuweisungsentscheidung für die MOKO ein Informationsdefizit ergibt.

76 Der zur Antragstellung notwendige Sozialbericht enthält Felder für die Dokumentation von Rehabilitationsverfahren der letzten vier Jahre (vgl. DRV Braunschweig-Hannover 2008).

Dieses Informationsdefizit lässt sich auch nicht über Daten aus der Klientenbefragung überwinden. Die dazu notwendige Introspektion durch die Klienten ist in einem hohen Maße erinnerungsabhängig und erfordert eine Auseinandersetzung mit vergangenen, komplexen und persönlich kritischen Situationen und Lebensereignissen. Die Frage an die Klienten nach ihrem eigenen Autonomiekonzept und Konflikten in früheren Rehabilitationsverfahren lässt insofern lediglich vage bzw. interpretationswürdige Antworten erwarten. Um das zweite Indikationskriterium für die Teilgruppe der Klienten mit (teil-)stationären Vorerfahrungen empirisch zu prüfen, wird demnach allein auf Daten zu früheren stationären Rehabilitationsverfahren zurückgegriffen.

5.2.2.1 Bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlungen⁷⁷

Zur Teilgruppe der Klienten, die in der Vergangenheit bereits eine stationäre Entwöhnungsbehandlung absolviert haben, gehören 29 Klienten der MOKO.⁷⁸

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	eine	21	20,6	72,4	72,4
	zwei	6	5,9	20,7	93,1
	drei	1	1,0	3,4	96,6
	sechs	1	1,0	3,4	100,0
	gesamt	29	28,4	100,0	
fehlend	System	73	71,6		
gesamt		102	100,0		

Abb. 51 bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlungen

Es wurde geprüft, wie die letzte stationäre Behandlung beendet wurde. Es liegen lediglich in fünf Fällen Daten zum stationären Behandlungsabschluss vor. Keine dieser stationären Behandlungen wurde planmäßig beendet.

77 Operationalisierung von „Verhalten im stationären Setting“ über Daten aus der Therapeutenbefragung zur Anzahl der bisherigen stationären Reha-Verfahren und deren Behandlungsabschluss: Häufigkeitsverteilungen von „bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlungen?“ und „Abschluss der letzten stationären Entwöhnungsbehandlungen?“ (T1 ambulant Frage 25a und 26).

78 Ein weiterer Klient hat eine teilstationäre Entwöhnungsbehandlung hinter sich. Dieser wird in diesem Kontext jedoch nicht berücksichtigt.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	unplanmäßig	5	17,2	100,0	100,0
fehlend	System	24	82,8		
gesamt		29	100,0		

Abb. 52 Abschluss der letzten stationären Entwöhnungsbehandlung

Angaben zu einer möglichen Selbstüberschätzung im Rahmen der letzten stationären Behandlung, zur Autonomie des Klienten, zur Produktion von Konflikten genauso wie umfassende Angaben zum Behandlungsabschluss liegen nicht vor. Es kann hier lediglich konstatiert werden, dass in fünf Fällen ein empirisches Argument dafür vorliegt, dass die stationäre Behandlung nicht passend war und diese – entweder vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis, disziplinarisch oder durch eine Verlegung – beendet wurde.

Die alternative Auslegung des Kriteriums bezieht sich auf den aktuellen, (teil-)stationären Behandlungsprozess der Klienten in der MOKO. Das Kriterium ist unter dieser Perspektive nicht als die MOKO allgemein indizierend aufzufassen, sondern befasst sich mit den Modalitäten der Weiterbehandlung, wenn im (teil-)stationären Setting Schwierigkeiten oder Konflikte auftreten. Das Kriterium ist demnach relevant für die Schnittstelle zwischen (teil-)stationärer Behandlung und anderen Modulen und verweist erneut auf die „Indikationsfrage“ im Behandlungsprozess. Die „Indikationsfrage“ ist hier somit in den Behandlungsprozess der MOKO und die (teil-)stationäre Behandlung verlagert. Zur Prüfung werden deshalb Daten aus dem Behandlungsprozess bzw. Daten vom Ende des (teil-)stationären Moduls (T3stationär), herangezogen.

5.2.2.2 Verlauf des (teil-)stationären Moduls⁷⁹

Die Therapeuten wurden gefragt, wie sie die Dauer der in der MOKO durchgeführten ganztägig ambulanten oder stationären Behandlung bewerten. Sie schätzen die bisherige (teil-)stationäre Behandlung in 86 % der Fälle als ausreichend ein, wenn ambulant oder adaptiv weiterbehandelt wird. In sechs Fällen wird die Behandlung wegen vorzeitiger Beendigung durch die Klienten als zu kurz bewertet, in einem Fall erfolgte eine disziplinarische Entlassung – diese Klienten stellen die gemäß des Indikationskriteriums relevante Gruppe dar. Bei den beiden Fällen unter „sonstiges“ handelt es sich um Klienten, für die die Weiterbehandlung im Rahmen der Suchtrehabilitation als nicht indiziert angesehen wurde.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	ausreichend, wenn ambulant weiterbehandelt wird	57	55,9	81,4	81,4
	ausreichend (eine ambulante Weiterbehandlung ist nicht notwendig)	1	1,0	1,4	82,9
	zu kurz, da vorzeitiger Therapieabbruch durch den Klient	6	5,9	8,6	91,4
	zu kurz, aber eine Weiterbehandlung war nicht möglich (disziplinarische Entlassung)	1	1,0	1,4	92,9
	sonstiges	2	2,0	2,9	95,7
	ausreichend, wenn Adaption	3	2,9	4,3	100,0
	gesamt	70	68,6	100,0	
fehlend	System	32	31,4		
gesamt		102	100,0		

Abb. 53 Aussage: „Die für diesen Klienten durchgeführte tagesklinische oder stationäre Behandlungszeit war Ihrer Meinung nach...“

79 Operationalisierung von „Verhalten im stationären Setting“ über Daten aus der Therapeutenbefragung zur (teil-)stationären Behandlungszeit und zum Behandlungsrahmen im Verlauf der MOKO: Häufigkeitsverteilungen von „Überwiegender Grund für die nicht-reguläre Beendigung“ (T3stationär Frage 22); „Die für diesen Patienten durchgeführte tagesklinische oder stationäre Behandlungszeit war Ihrer Meinung nach...“ (T3stationär Frage 17); „War Ihrer Einschätzung nach der therapeutische Behandlungsrahmen der (Tages-)Klinik für den Patienten geeignet?“ (T3stationär Frage 18a); „Kam Ihrer Ansicht nach während der Behandlung ein Arbeitsbündnis zustande?“ (T3stationär Frage 18b); „Konnte eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut werden?“ (T3stationär Frage 18c).

Die Therapeuten wurden nach den Gründen für die nicht-reguläre Beendigung des (teil-)stationären Moduls gefragt:

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft nicht zu	55	53,9	78,6	78,6
	Rückfall/Alkohol	3	2,9	4,3	82,9
	sonstige Regelverstöße	1	1,0	1,4	84,3
	Therapie wurde vom Klienten als ausreichend erachtet	1	1,0	1,4	85,7
	sonstige Gründe	10	9,8	14,3	100,0
	gesamt	70	68,6	100,0	
fehlend	System	32	31,4		
gesamt		102	100,0		

Abb. 54 überwiegender Grund für die nicht-reguläre Beendigung

Unter „sonstige Gründe“⁸⁰ wurde Folgendes subsumiert: Abbruch (Gründe unklar), Beziehung in Klinik begonnen, Diagnose Soziophobie (dadurch Gruppentherapiesitzung unerträglich und Abwertung der gesamten stationären Behandlung), Behandlungsziel erreicht/Verkürzung (dreimal), Verlegung (zweimal), Heimweh, Gefühl der Kränkung durch Therapiegruppe/Trotz.

Unter den (teil-)stationär behandelten Klienten finden sich die mit dem zweiten Indikationskriterium avisierten Betroffenen nur in einer geringen Anzahl. Klienten mit regulärem Behandlungsverlauf sind deutlich in der Mehrheit. Die für den nicht-regulären Behandlungsabschluss angegebenen Gründe deuten darauf hin, dass ein Wechsel in ein anderes Modul für einige der Klienten eine Option zur Behandlungsfortführung hätte sein können. Von dieser Option wurde im Rahmen der MOKO Gebrauch gemacht: sieben der 15 Fälle mit nicht-regulärer Beendigung wurden im Anschluss an das (teil-)stationäre Modul ambulant in der MOKO weiterbehandelt.

Weiter wurde geprüft, wie die bisherige therapeutische Praxis beurteilt wird. Die (teil-)stationären Therapeuten wurden gefragt, ob der Behandlungs-

80 Die Antworten auf die offenen Fragen wurden für die Ergebnisdarstellung nachcodiert und zu Themenkategorien zusammengefasst.

rahmen für ihre Klienten geeignet war. Dies bestätigen die Therapeuten für 96 % der Klienten.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	nein	1	1,0	1,4	1,4
	eher nein	2	2,0	2,9	4,3
	eher ja	6	5,9	8,6	12,9
	ja	61	59,8	87,1	100,0
	gesamt	70	68,6	100,0	
fehlend	System	32	31,4		
gesamt		102	100,0		

Abb. 55 Einschätzung zur Eignung des therapeutischen Behandlungsrahmens der (Tages-) Klinik

Für 80 % ihrer Klienten bestätigen die Therapeuten, dass in der Behandlung ein Arbeitsbündnis zustande gekommen ist.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	nein	2	2,0	2,9	2,9
	eher nein	12	11,8	17,1	20,0
	eher ja	15	14,7	21,4	41,4
	ja	41	40,2	58,6	100,0
	gesamt	70	68,6	100,0	
fehlend	System	32	31,4		
gesamt		102	100,0		

Abb. 56 Arbeitsbündnis zwischen Klient und Therapeut während der Behandlung

Aus Sicht der Therapeuten war in 80 % der Fälle die Beziehung zwischen Klienten und Therapeuten für die Behandlung tragfähig.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	nein	6	5,9	8,6	8,6
	eher nein	8	7,8	11,4	20,0
	eher ja	18	17,6	25,7	45,7
	ja	38	37,3	54,3	100,0
	gesamt	70	68,6	100,0	
fehlend	System	32	31,4		
gesamt		102	100,0		

Abb. 57 Aufbau einer therapeutischen Beziehung zwischen Klient und Therapeut

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich weder gemäß der ersten noch der alternativen Form der Auslegung des Indikationskriteriums Belege für die in dem Kriterium charakterisierte Klientengruppe finden lassen. Die Mehrzahl der in die MOKO zugewiesenen Fälle weist einen regulären Verlauf der (teil-)stationären Behandlung auf. Probleme oder Konflikte, die mit dem Indikationskriterium benannt werden und auf die in der MOKO mit den flexiblen Möglichkeiten eines Behandlungswechsels reagiert werden kann, treten nur in wenigen Fällen auf.

5.2.3 Therapieabbrüche

„Patienten, bei denen Therapieabbrüche in ihrer Vorgeschichte häufiger aufgetreten sind“ (LVA Hannover 2005).

Bei diesem Kriterium stehen frühere Behandlungen der Klienten im Mittelpunkt des Interesses.

42 % der Klienten (n=91) haben bereits früher an mindestens einer Entwöhnungsbehandlung teilgenommen (vgl. Kap. 5.1.8).

16 unter diesen rehabilitationserfahrenen Klienten haben dabei bereits mindestens eine ambulante Behandlung absolviert (vgl. Kap. 5.1.10).

Angaben zum Abschluss der letzten ambulanten Behandlung liegen in neun Fällen vor – alle Behandlungen endeten hier irregulär.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	irregulär	9	60,0	100,0	100,0
fehlend	System	6	40,0		
gesamt		16	100,0		

Abb. 58 Abschluss der letzten ambulanten Entwöhnungsbehandlung

29 Klienten der MOKO haben bereits mindestens eine stationäre Entwöhnungsbehandlung absolviert; acht Klienten waren dabei mehr als einmal in stationärer Behandlung (vgl. Kap. 5.1.9).

Angaben zum Behandlungsabschluss der letzten stationären Behandlung liegen in fünf Fällen vor – alle Behandlungen endeten irregulär.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	irregulär	5	17,2	100,0	100,0
fehlend	System	24	82,8		
gesamt		29	100,0		

Abb. 59 Abschluss der letzten stationären Entwöhnungsbehandlung

Ein Klient hat vor der MOKO bereits eine ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung absolviert, Angaben zum Behandlungsabschluss fehlen.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	eine	1	1,0	100,0	100,0
fehlend	System	101	99,0		
gesamt		102	100,0		

Abb. 60 bisherige ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlungen

Bei den in der MOKO behandelten Klienten handelt es sich nur bei etwas mehr als einem Drittel um behandlungserfahrenes Klientel. Die Mehrheit der Klienten absolviert mit der MOKO zum ersten Mal eine Entwöhnungsbehandlung. Nur für einen geringen Teil der Klienten kann sich die Zuweisung in die MOKO demnach auf dieses Indikationskriterium gründen. Für

die wenigen vorliegenden Fälle können keine Aussagen zum Auftreten von Therapieabbrüchen in der Vergangenheit gemacht werden. Es kann lediglich herausgestellt werden, dass keine der letzten Entwöhnungsbehandlungen erfolgreich abgeschlossen wurde.

5.2.4 Stationäre Langzeitbehandlung

„Patienten, bei denen nach genauer Analyse vorangegangener Behandlungen eine alleinige stationäre ‚Langzeitmaßnahme‘ nicht erforderlich ist“ (LVA Hannover 2005).

Dieses Indikationskriterium zielt, wie schon das zweite Kriterium, auf Prozessdaten aus vorangehenden Rehabilitationsverfahren. Die spezifischen Probleme der Erhebung und Dokumentation solcher Angaben sind bereits ausgeführt worden (vgl. Kap. 5.2.2) und müssen auch in diesem Kontext berücksichtigt werden. Angaben zu den vorangegangenen Behandlungen, auf denen eine ‚genaue Analyse vorangegangener Behandlungen‘ basieren kann, liegen demnach nicht vor.

Die Therapeuten wurden jedoch gebeten, mit Blick auf das Kriterium eine grundsätzliche Einschätzung vorzunehmen und die Aussage „nach vorangegangenen Behandlungen ist eine alleinige stationäre Langzeitmaßnahme nicht erforderlich“ zu bewerten.⁸¹ Ausgezählt für die Teilgruppe der Klienten, die in der Vergangenheit bereits eine Entwöhnungsbehandlung absolviert haben – hier sind 38 Fälle einschlägig (vgl. Kap. 5.1.8) –, zeigt sich, dass eine alleinige stationäre Rehabilitation in 47 % der Fälle als entbehrlich angesehen wird, in weiteren 37 % der Fälle allerdings nicht.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft nicht zu	14	36,8	36,8	36,8
	teils-teils	6	15,8	15,8	52,6
	trifft zu	18	47,4	47,4	100,0
	gesamt	38	100,0	100,0	

Abb. 61 Aussage: „Nach vorangegangenen Behandlungen ist eine alleinige stationäre Langzeitmaßnahme nicht erforderlich“ – nur Fälle mit früheren Entwöhnungsbehandlungen

81 Häufigkeitsverteilung von „Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf den Klienten zu? – Nach vorangegangenen Behandlungen ist eine alleinige stationäre Langzeitmaßnahme nicht erforderlich“ (T1ambulanz Frage 34_4).

Die Einschätzungen der Aussage zeigen auf, dass eine alleinige stationäre Langzeitbehandlung für etwa die Hälfte der Klienten mit früheren Rehabilitationserfahrungen als nicht erforderlich erachtet wird. Es zeigt sich aber auch, dass vorangegangene Erfahrungen aus Sicht der Therapeuten eine stationäre Behandlung nicht pauschal entbehrlich machen. Stattdessen wird die stationäre Behandlung für einen großen Teil der Klienten erneut als ein wesentlicher Behandlungsteil verstanden.

5.2.5 *Abstinenzverhalten*

„Patienten, die über die Fähigkeit verfügen, kurzfristig stabil abstinent zu leben, jedoch langfristig instabil rückfällig werden. Sie haben Schwierigkeiten, ihre Probleme mittelfristig zu antizipieren und sich mit ihnen auseinander zu setzen. Es handelt sich um Patienten, die demzufolge über einen längerfristigen Zeitraum behandelt werden müssen. Bei ihnen kommt es darauf an, die im stationären Setting erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhaltensalternativen langfristig und stabil in den Alltagskontext zu übertragen“ (LVA Hannover 2005).

Dieses Indikationskriterium enthält eine Vielzahl an Merkmalen, die empirisch geprüft werden können. Neben Angaben zum Trinkverhalten wird in diesem Kontext wiederholt die Perspektive auf die Krankheits- und Behandlungsgeschichte der Klienten erforderlich. Es bedarf hier der Verfügbarkeit über Prozessdaten früherer Rehabilitationsbehandlungen, um bspw. die Fähigkeit zur Antizipation von Problemen bewerten zu können. Auf das Informationsdefizit bzgl. der Angaben aus früheren Rehabilitationsbehandlungen wurde bereits verwiesen (vgl. Kap. 5.2.2 und 5.2.4), entsprechend liegen nur bedingt Daten vor, die geprüft werden können.

Alternativ ist das Indikationskriterium dahingehend auszulegen, dass es die ambulante Weiterbehandlung der MOKO und nicht die Zuweisungsentscheidung zu Beginn der Behandlung begründet.

Da diese Perspektive ebenfalls für das nächste Kriterium relevant ist, folgt die Datenauswertung in diesem Kontext unter Kap. 5.2.6.

5.2.5.1 Krankheitseinsicht und Abstinenzverhalten⁸²

Es wurde zunächst geprüft, wie die Therapeuten ihre Klienten zum Behandlungsauftritt hinsichtlich der Krankheitseinsicht und des Abstinenzverhaltens einschätzen.

Keinem der Klienten wird die Einsicht in die Alkoholabhängigkeit abgesprochen.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	ja	79	77,5	86,8	86,8
	teils/teils	12	11,8	13,2	100,0
	gesamt	91	89,2	100,0	
fehlend	System	11	10,8		
gesamt		102	100,0		

Abb. 62 Einsicht in die Alkoholabhängigkeit

Für 73 % der Klienten ist die Abstinenzprognose günstig.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	günstig	66	64,7	72,5	72,5
	ungünstig	22	21,6	24,2	96,7
	unklar	3	2,9	3,3	100,0
	gesamt	91	89,2	100,0	
fehlend	System	11	10,8		
gesamt		102	100,0		

Abb. 63 Abstinenzprognose

82 Operationalisierung über Daten aus der Therapeutenbefragung zur aktuellen Haltung zur Alkoholabhängigkeit und Behandlung sowie zu „längeren Abstinenzphasen“: Häufigkeitsverteilung von Krankheitseinsicht (T1ambulanz Frage 37), Abstinenzprognose (T1ambulanz Frage 41), Veränderungsmotivation (T1ambulanz Frage 38), „Gab es im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung des Klienten bereits länger andauernde Abstinenzperioden?“, „Wenn ja, wann war die letzte Abstinenzphase?“, „Wenn ja, von welcher Dauer war die letzte Abstinenzphase?“ (T1ambulanz Frage 39, 40a, 40b).

Die Therapeuten attestieren in 68 % der Fälle eine hohe Motivation zur Veränderung, bei allen anderen fällt sie ambivalent aus.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	hoch	62	60,8	68,1	68,1
	ambivalent	29	28,4	31,9	100,0
	gesamt	91	89,2	100,0	
fehlend	System	11	10,8		
gesamt		102	100,0		

Abb. 64 Änderungsmotivation

Das Vorhandensein von Phasen der Abstinenz im Krankheitsverlauf wird im Sinne des o. a. Kriteriums und im Hinblick auf kurzfristige Stabilität und langfristigen Rückfall als die MOKO indizierend verstanden. „Ausrutscher“ oder Rückfälle sind vergleichsweise häufig und gehören zum „normalen“ Bestandteil einer Abhängigkeitserkrankung. Körkel/Kruse sehen bei chronisch Alkoholabhängigen auch den „Rückfall als Lebensform“ (vgl. 2005: 29). Im Gegenzug können dann Phasen der Abstinenz und Ausstiegsversuche als Ausdruck für die Selbststeuerungskraft der Betroffenen angesehen werden. Sie bieten insofern therapeutische Chancen, wenn Rückfallsituationen aufgearbeitet und das Trinkverhalten und die Konsummenge der Person vor und nach der Abstinenzphase verglichen wird (vgl. Körkel/Kruse 2005: 65). Die MOKO kann hier flexibel eingesetzt werden und diese Selbststeuerungskraft fördern bzw. der (Wieder-)Stabilisierung der Klienten dienen. Dabei müssen die Hintergründe für den Rückfall nicht auf eine für den Betroffenen demoralisierende, demütigende oder den Misserfolg konfrontativ herausstellende Art und Weise aufgearbeitet werden. Die MOKO regt auch dazu an, sich gemeinsam mit dem Klienten mit der Frage der Effizienz bisheriger therapeutischer Leistungen zu befassen.

Demnach erkennt die MOKO die Dynamiken des Rückfallgeschehens an und ermöglicht es, in der Gestaltung verschiedener Behandlungsabschnitte, die Therapie auf eine realistischere Grundlage zu stellen. Insofern kommt sie dem Anspruch entgegen, die Behandlung auf die aktuellen Möglichkeiten der Klienten abzustimmen und diese zu fördern, anstatt sie zu überfordern (vgl. Körkel/Kruse 2005: 124).

Es wurde deshalb geprüft, ob die Klienten der MOKO entsprechende Ressourcen aufweisen bzw. ob es im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung länger andauernde Abstinenzperioden bei ihnen gab. 45 % der Klienten wiesen im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung Phasen der Abstinenz auf, für etwa die gleiche Anzahl an Klienten (47 %) gilt dies nicht (vgl. Kap. 5.1.4).

In einem weiteren Schritt wurde geprüft, wie lang die letzte Abstinenzphase der Klienten jeweils ausfiel. Die Daten zeigen, dass die Dauer der Abstinenzphase zwischen vier und 250 Wochen streut. Im Mittel weisen Klienten, bei denen eine länger andauernde Abstinenzphase erfasst wurde, eine 45 Wochen währende Abstinenz auf (n=38).

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	4	1	2,4	2,6	2,6
	6	1	2,4	2,6	5,3
	7	1	2,4	2,6	7,9
	8	1	2,4	2,6	10,5
	11	1	2,4	2,6	13,2
	12	7	17,1	18,4	31,6
	20	1	2,4	2,6	34,2
	24	4	9,8	10,5	44,7
	25	2	4,9	5,3	50,0
	26	4	9,8	10,5	60,5
	30	2	4,9	5,3	65,8
	36	1	2,4	2,6	68,4
	52	3	7,3	7,9	76,3
	55	1	2,4	2,6	78,9
	60	1	2,4	2,6	81,6
	77	1	2,4	2,6	84,2
	84	1	2,4	2,6	86,8
	99	1	2,4	2,6	89,5
	104	1	2,4	2,6	92,1
	150	1	2,4	2,6	94,7
208	1	2,4	2,6	97,4	
250	1	2,4	2,6	100,0	
	gesamt	38	92,7	100,0	
fehlend	System	3	7,3		
gesamt		41	100,0		

Abb. 65 Dauer der letzten Abstinenzphase in Wochen

Die Daten machen deutlich, wie unterschiedlich lang die jeweils letzte Phase der Abstinenz bei den Klienten der MOKO ausfällt. Für die Durchführung der MOKO lässt sich daran anschließend sagen, dass sich daraus verschiedenste Bedarfe der Auf- und Bearbeitung des Trink- als auch Abstinenzverhaltens ableiten lassen.

Für diejenigen, die längere Abstinenzperioden in ihrer Krankheitsgeschichte aufweisen, wurde geprüft, wann die letzte dieser Phasen stattgefunden hat. Es liegen Angaben für elf Fälle vor, die ebenfalls eine große zeitliche Spannweite – von 1985 bis 2006 – aufweisen. Die Abstinenzphase liegt teilweise sogar bis zu zwei Jahrzehnte zurück.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	1985	1	2,4	9,1	9,1
	1995	1	2,4	9,1	18,2
	2002	1	2,4	9,1	27,3
	2003	1	2,4	9,1	36,4
	2004	4	9,8	36,4	72,7
	2005	1	2,4	9,1	81,8
	2006	2	4,9	18,2	100,0
	gesamt	11	26,8	100,0	
fehlend	System	30	73,2		
gesamt		41	100,0		

Abb. 66 Jahr der letzten Abstinenzphase

Auch die Korrelation von Zeitpunkt der letzten Abstinenzphase und Dauer zeigt ein heterogenes Bild, so dass die Zuweisung in die MOKO nicht mit Blick auf den Aspekt „kurzfristig stabil-langfristig instabil“ begründbar ist.

		Jahr der letzten Abstinenzphase						gesamt
		1995	2002	2003	2004	2005	2006	
Dauer der letzten Abstinenzphase (in Wochen)	4	0	0	0	0	0	1	1
	7	0	0	0	0	0	1	1
	12	0	1	0	2	0	0	3
	36	0	0	1	0	0	0	1
	52	0	0	0	1	1	0	2
	84	0	0	0	1	0	0	1
	104	1	0	0	0	0	0	1
gesamt		1	1	1	4	1	2	10

Abb. 67 Korrelation „Dauer der letzten Abstinenzphase“ und „Jahr der letzten Abstinenzphase“

Nur für eine Hälfte der Klienten – diejenigen mit Abstinenzphase – kann sich die Zuweisung in die MOKO auf dieses Indikationskriterium gründen.

Ein spezifisches Muster, wie es der Aspekt „kurzfristig stabil – langfristig instabil“ antizipiert, lässt sich mit Blick auf die Abstinenzphasen der MOKO-Klienten allerdings nicht erkennen.

5.2.5.2 Frühere Entwöhnungs- und Entgiftungsbehandlungen⁸³

Da durchgeführte Entwöhnungsbehandlungen gleichzeitig als Phasen der Abstinenz angesehen werden und somit die Behandlung der MOKO indizieren können, wurde geprüft, ob die Klienten der MOKO bereits entsprechende Behandlungen hinter sich haben. Für 58 % der Klienten ist die MOKO die erste Entwöhnungsbehandlung (vgl. Kap. 5.1.8). Für diese Gruppe der Klienten kann der Aspekt „kurzfristig stabil – langfristig instabil“ nicht anhand früherer Rehabilitationsverfahren und deren Einfluss auf den Krankheitsverlauf bewertet werden.

Die Korrelation von „früheren Entwöhnungsbehandlungen“ mit „Vorhandensein andauernder Abstinenzperioden“ ist hochsignifikant ($\chi^2=.000$) und zeigt, dass frühere Behandlungen mit der Feststellung länger andauernder Abstinenzperioden einhergehen. 23 % derjenigen, für welche die MOKO die

⁸³ Korrelationen von frühere Entwöhnungen, Entgiftungen und längere Abstinenzphasen (T1ambulanz Fragen 19a, 23a, 25a, 27a und T1ambulanz Frage 39, 40a, 40b).

erste Entwöhnungsbehandlung darstellt, weisen im Krankheitsverlauf längere Abstinenzphasen auf. Bei denjenigen, die bereits vorher mindestens eine Entwöhnungsbehandlung absolviert haben, sind es hingegen 76 %.

			länger andauernde Abstinenzperioden			gesamt
			nein	ja	weiß nicht	
frühere Entwöhnungsbehandlung	nein	Anzahl	35	12	6	53
		% von frühere Entwöhnungsbehandlung	66,0	22,6	11,3	100,0
		% von länger andauernde Abstinenzperioden	81,4	29,3	85,7	58,2
	ja	Anzahl	8	29	1	38
		% von frühere Entwöhnungsbehandlung	21,1	76,3	2,6	100,0
		% von länger andauernde Abstinenzperioden	18,6	70,7	14,3	41,8
gesamt		Anzahl	43	41	7	91
		% von frühere Entwöhnungsbehandlung	47,3	45,1	7,7	100,0
		% von länger andauernde Abstinenzperioden	100,0	100,0	100,0	100,0

Abb. 68 Korrelation „frühere Entwöhnungsbehandlung“ und „längere Abstinenzperioden“

Geprüft wurde auch, ob zwischen stationären Entgiftungsbehandlungen und länger andauernden Abstinenzperioden ein Zusammenhang existiert, da auch durchgeführte Entgiftungsbehandlungen als Phasen der Abstinenz zu verstehen sind und somit die Behandlung der MOKO indizieren können.

Alle Klienten haben mindestens eine Entgiftungsbehandlung hinter sich. Betrachtet man diejenigen mit einer Entgiftungsbehandlung getrennt von denjenigen mit mehr als einer, zeigen sich keine unterschiedlichen Ergebnisse. Die Korrelation ist nicht signifikant ($\chi^2=,666$).

			länger andauernde Abstinenzperioden			gesamt
			nein	ja	weiß nicht	
bisherige stationäre Entgiftungen – klassiert	eine	Anzahl	14	18	4	36
		% von bisherige stationäre Entgiftungen	38,9	50,0	11,1	100,0
		% von länger andauernde Abstinenzperioden	46,7	48,6	66,7	49,3
	mehr als eine	Anzahl	16	19	2	37
		% von bisherige stationäre Entgiftungen	43,2	51,4	5,4	100,0
		% von länger andauernde Abstinenzperioden	53,3	51,4	33,3	50,7
gesamt		Anzahl	30	37	6	73
		% von bisherige stationäre Entgiftungen	41,1	50,7	8,2	100,0
		% von länger andauernde Abstinenzperioden	100,0	100,0	100,0	100,0

Abb. 69 Korrelation „bisherige stationäre Entgiftungen – klassiert“ und „längere Abstinenzperioden“

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Vorhandensein von Abstinenzphasen mit früheren Rehabilitationsverfahren der Klienten korreliert. Liegen frühere Rehabilitationsverfahren vor, so werden damit häufiger auch länger andauernde Abstinenzperioden auf Seiten der Klienten festgestellt. Mit Blick auf den Aspekt „kurzfristig stabil – langfristig instabil“ zeigt sich allerdings kein spezifisches Muster für die Zuweisung in die MOKO. Die Klienten der MOKO weisen keine charakteristischen Phasen der Abstinenz auf, die Struktur ist vielmehr heterogen.

5.2.6 Neue Verhaltensmuster stationär lernen, ambulant erproben

„Bei all diesen Patienten kommt es darauf an, in den stationären Modulen Bewältigungs-Strategien zu erarbeiten und sie in der ambulanten Phase zu erproben, sie und sich im Alltag zu integrieren, um mit den neuen Verhaltensmustern stabil und zufrieden leben zu können“ (LVA Hannover 2005).

Das Kriterium erfordert die Konzentration auf den laufenden Behandlungsprozess der Klienten und ist damit, wie bereits oben angedeutet, im engen Sinne nicht als die MOKO insgesamt indizierend aufzufassen. Es zielt stattdessen auf die ambulante Weiterbehandlung in der MOKO im Anschluss an ein (teil-)stationäres Modul ab und ist damit relevant für die Schnittstelle von (teil-)stationärer zu ambulanter Behandlung. Vor diesem Wechsel stehen – so das Verständnis der MOKO – alle Klienten, sofern sie die Behandlung nicht im Einverständnis mit den Behandlern mit dem (teil-)stationären Modul beenden. Die klassische „Indikationsfrage“ stellt sich hier demnach erneut in einer für die MOKO zentralen Phase im Behandlungsprozess.

Das Indikationskriterium setzt voraus, dass die Klienten einen spezifischen Nutzen aus dem vorangegangenen (teil-)stationären Behandlungsabschnitt ziehen konnten und dieser nun einer Verstetigung durch die ambulante Weiterbehandlung bedarf. Nachfolgend wird geprüft, inwiefern sich diese Annahme empirisch stützen lässt. Es werden dazu Daten aus dem Behandlungsprozess bzw. Daten der Therapeuten- und Klientenbefragung am Ende des (teil-)stationären Moduls, herangezogen.⁸⁴

5.2.6.1 Stand der Therapie am Ende des (teil-)stationären Moduls – Therapeutenperspektive⁸⁵

Das (teil-)stationäre Modul wurde als geeigneter Rahmen für die Behandlung aller Klienten angesehen.

84 Einbezogen werden ausschließlich die Fälle, die das (teil-)stationäre Modul planmäßig beendet haben und faktisch vor dem Behandlungswechsel stehen. Klienten, die das Modul abgebrochen haben, sind aus den Daten herausgenommen.

85 Operationalisierung über Daten aus der Therapeutenbefragung zum Behandlungsverlauf bzw. dem Stand der Therapie am Ende des (teil-)stationären Moduls: Häufigkeitsverteilungen „War Ihrer Einschätzung nach der therapeutische Behandlungsrahmen der (Tages-)Klinik für den Patienten geeignet?“ (T3stationär Frage 18), „Kam es zu einem Rückfall während der tagesklinischen/stationären Behandlung?“ (T3stationär Frage 20), „Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf den Patienten zu? – Der Patient scheint für die Integration in sein soziales Umfeld gefestigt. – Eine ambulante Weiterbehandlung erscheint erfolgversprechend und eine stationäre Behandlung ist nicht mehr erforderlich. – Die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung ist vorhanden. – Die Abhängigkeitserkrankung sowie deren Begleit-/Folgeerkrankungen im psychischen Bereich lassen den Wechsel in die ambulante Entwöhnungsbehandlung inzwischen zu. – Die Abhängigkeitserkrankung sowie deren Begleit-/Folgeerkrankungen im körperlichen Bereich lassen den Wechsel in die ambulante Entwöhnungsbehandlung inzwischen zu“ (T3stationär Frage 38).

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	ja	63	71,6	100,0	100,0
fehlend	System	25	28,4		
gesamt		88	100,0		

Abb. 70 Einschätzung zur Eignung des therapeutischen Behandlungsrahmens der (Tages-) Klinik

Geprüft wurde, ob Klienten im Verlauf des (teil-)stationären Moduls einen Rückfall hatten. Dies wird für zwei Klienten, die das (teil-)stationäre Modul dennoch planmäßig beendeten, bestätigt. Sie haben somit die (teil-)stationäre Behandlung trotz Rückfall erfolgreich absolviert und stehen vor dem Wechsel in das ambulante Modul.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	nein	61	69,3	96,8	96,8
	ja	2	2,3	3,2	100,0
	gesamt	63	71,6	100,0	
fehlend	System	25	28,4		
gesamt		88	100,0		

Abb. 71 Rückfall während der (teil-)stationären Behandlung

Um die Begründungszusammenhänge für die Fortsetzung der MOKO im ambulanten Modul zu eruieren, wurde gefragt, ob die Klienten nach Einschätzung der Therapeuten für die Integration in das soziale Umfeld, welche durch den Übergang in die ambulante Rehabilitation angestrebt wird, gefestigt seien. Diese Annahme wird für 65 % der Klienten bestätigt, bei einem Viertel der Fälle sind die Therapeuten unentschieden.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft nicht zu	6	6,8	9,5	9,5
	teils-teils	16	18,2	25,4	34,9
	trifft zu	41	46,6	65,1	100,0
	gesamt	63	71,6	100,0	
fehlend	System	25	28,4		
gesamt		88	100,0		

Abb. 72 Aussage: „Der Klient scheint für die Integration in sein soziales Umfeld gefestigt“

Außerdem wurde gefragt, inwiefern bei den Klienten die Bereitschaft zur Abstinenz und zur Teilnahme am ambulanten Behandlungsprogramm angenommen werden kann. Die Therapeuten schätzen diese Bereitschaft in 91 % der Fälle als gegeben ein, für 3 % wird sie ausgeschlossen.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft nicht zu	2	2,3	3,2	3,2
	teils-teils	4	4,5	6,3	9,5
	trifft zu	57	64,8	90,5	100,0
	gesamt	63	71,6	100,0	
fehlend	System	25	28,4		
gesamt		88	100,0		

Abb. 73 Aussage: „Der Klient ist bereit und in der Lage, abstinent zu leben und suchtmittelfrei regelmäßig am ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen“

Hinsichtlich der Wirksamkeitserwartung wurden die Therapeuten gefragt, ob sie die ambulante Weiterbehandlung als Erfolg versprechend einschätzen und die (teil-)stationäre Rehabilitation als nicht mehr erforderlich ansehen. In 81 % der Fälle wird diese Annahme durch die Therapeuten bestätigt, in 10 % der Fälle fällt die Beurteilung negativ aus.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft nicht zu	6	6,8	9,5	9,5
	teils-teils	6	6,8	9,5	19,0
	trifft zu	51	58,0	81,0	100,0
	gesamt	63	71,6	100,0	
fehlend	System	25	28,4		
gesamt		88	100,0		

Abb. 74 Aussage: „Eine ambulante Weiterbehandlung erscheint erfolgversprechend und eine (teil-)stationäre Behandlung ist nicht mehr erforderlich“

Die Therapeuten schätzen darüber hinaus in 91 % der Fälle, dass die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung bewerkstelligt werden können; in 3 % der Fälle wird die entsprechende Fähigkeit abgesprochen.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft nicht zu	2	2,3	3,2	3,2
	teils-teils	4	4,5	6,3	9,5
	trifft zu	57	64,8	90,5	100,0
	gesamt	63	71,6	100,0	
fehlend	System	25	28,4		
gesamt		88	100,0		

Abb. 75 Aussage: „Die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung ist vorhanden“

Mit Blick auf die psychischen Dimensionen der Abhängigkeitserkrankung bestätigen die Therapeuten in 92 % der Fälle, dass ein Wechsel in das ambulante Modul inzwischen möglich erscheint, in 5 % der Fälle gilt dies nach Einschätzung der Therapeuten nicht.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft nicht zu	3	3,4	4,8	4,8
	teils-teils	2	2,3	3,2	8,1
	trifft zu	57	64,8	91,9	100,0
	gesamt	62	70,5	100,0	
fehlend	System	26	29,5		
gesamt		88	100,0		

Abb. 76 Aussage: „Die Abhängigkeitserkrankung sowie deren Begleit-/Folgeerkrankungen im psychischen Bereich lassen den Wechsel in die ambulante Entwöhnungsbehandlung inzwischen zu“

Bezogen auf die körperliche Ebene wird die Frage nach den Möglichkeiten für eine ambulante Rehabilitation wie folgt beantwortet: In 92 % der Fälle erscheint ein Wechsel in das ambulante Modul inzwischen möglich, in 5 % nicht.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft nicht zu	3	3,4	4,8	4,8
	teils-teils	2	2,3	3,2	8,1
	trifft zu	57	64,8	91,9	100,0
	gesamt	62	70,5	100,0	
fehlend	System	26	29,5		
gesamt		88	100,0		

Abb. 77 Aussage: „Die Abhängigkeitserkrankung sowie deren Begleit-/Folgeerkrankungen im körperlichen Bereich lassen den Wechsel in die ambulante Entwöhnungsbehandlung inzwischens zu“

5.2.6.2 Stand der Therapie am Ende des (teil-)stationären Moduls – Klientenperspektive⁸⁶

Auch die Klienten wurden zum Stand ihres Behandlungsprozesses am Ende des (teil-)stationären Moduls befragt. Fast alle Klienten (93 %) glauben daran, die in der bisherigen Therapie erzielten Veränderungen vermutlich auch zu Hause aufrechterhalten zu können.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	nicht aufrecht- erhalten	5	5,7	7,1	7,1
	aufrechterhalten	65	73,9	92,9	100,0
	gesamt	70	79,5	100,0	
fehlend	System	18	20,5		
gesamt		88	100,0		

Abb. 78 Aufrechterhalten der erzielten positiven Veränderungen

Eine Fortführung ihrer Behandlung in der Fachambulanz halten jedoch 87 % der Klienten für notwendig und sinnvoll.

⁸⁶ Operationalisierung über Daten aus der Klientenbefragung zum Behandlungsverlauf bzw. Stand der Therapie am Ende des stationären Moduls: Häufigkeitsverteilung von „Die in der Therapie erzielten positiven Veränderungen können Sie vermutlich zu Hause...“ (T3klient Frage 22) und „Halten Sie eine Fortführung Ihrer Behandlung in der Fachambulanz für notwendig und sinnvoll?“ (T3klient Frage 23).

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	ja	60	68,2	87,0	87,0
	nein	6	6,8	8,7	95,7
	weiß nicht	3	3,4	4,3	100,0
	gesamt	69	78,4	100,0	
fehlend	System	19	21,6		
gesamt		88	100,0		

Abb. 79 Fortführung der Behandlung in der Fachambulanz notwendig und sinnvoll

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Behandlung im stationären Modul grundsätzlich als geeignet betrachtet wurde. Diese Einschätzung wird allerdings damit verknüpft, dass weiterer, ambulanter Rehabilitationsbedarf existiere. Körperlicher wie psychischer Zustand, aber auch die Abstinenzprognose lassen den Wechsel in das ambulante Modul in nahezu allen Fällen zu. Die ambulante Behandlung erscheint möglich und bewältigbar. Die Einschätzungen der Klienten zum Stand der Therapie korrespondieren mit den Beurteilungen der Therapeuten. Die Klienten nehmen Veränderungen bei sich wahr und trauen sich den Übertrag in den Alltag mehrheitlich zu. Sie bestätigen aber gleichzeitig den Bedarf für die weitere, ambulante Behandlung. Der Wechsel in die ambulante Weiterbehandlung ist somit aus Klienten- wie auch therapeutischer Sicht plausibel und erfolgt im Sinne des Indikationskriteriums.

5.2.7 Soziales Umfeld

„Wenn Patienten mit dem ambulanten Modul beginnen, muss das soziale Umfeld über stabilisierende und unterstützende Funktionen nachweislich verfügen. Ebenso muss die Wohnsituation stabil vorhanden und eine ausreichende Abstinenzfähigkeit gegeben sein“ (LVA Hannover 2005).

Dieses Kriterium bezieht sich allein auf die Teilgruppe der MOKO-Klienten, für die die Behandlung mit einem ambulanten Modul zum Rehabilitationszugang beginnen soll. Zur Prüfung der empirischen Plausibilität werden deshalb Daten der entsprechenden Teilgruppe aus der Anfangsbefragung der Therapeuten und Klienten (T1ambulant, T1klient) herangezogen.

5.2.7.1 Ambulanter Rehabilitationseingang⁸⁷

Bei diesem Indikationskriterium sind allein die Fälle in den Blick zu nehmen, für die die Behandlung mit einem ambulanten Rehabilitationseingang geplant wurde. Dies trifft für 14 Klienten der Stichprobe zu.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	nein	77	75,5	84,6	84,6
	ja	14	13,7	15,4	100,0
	gesamt	91	89,2	100,0	
fehlend	System	11	10,8		
gesamt		102	100,0		

Abb. 80 ambulanter Beginn der MOKO geplant

5.2.7.2 Partnerschaft, Freundschaften und Arbeitssituation⁸⁸

In Bezug zum sozialen Umfeld der Klienten wurde geprüft, ob soziale Verpflichtungen oder Bindungen vorhanden sind, die eine stabilisierende oder unterstützende Funktion im Hinblick auf die ambulante Rehabilitationseingangsphase bekräftigen.

Die Mehrheit (n=8) der Klienten ist verheiratet und lebt mit dem Partner zusammen, jeweils zwei sind ledig, getrennt lebend oder geschieden.

87 Operationalisierung über Daten aus der Therapeutenbefragung zum ambulanten Beginn: Häufigkeitsverteilung von „Bei geplanter tagesklinischer oder stationärer Behandlung: Ist ein ambulanter Beginn geplant?“ (T1ambulant Frage 50_1).

88 Operationalisierung über Daten aus der Therapeuten- und Klientenbefragung zu Partnerschaft, Freundschaften und Arbeitssituation: Häufigkeitsverteilung von „Familiensituation bei Betreuungsbeginn?“ (T1ambulant Frage 3), „Partnerbeziehung bei Betreuungsbeginn?“ (T1ambulant Frage 4), „zeitlich überwiegende Lebenssituation in den letzten 6 Monaten?“ (T1ambulant Frage 5), „Erwerbstätigkeit in den letzten 6 Monaten vor Betreuungsbeginn?“ (T1ambulant Frage 10), „Wie viele Personen – einschließlich Ihrer Familie – kennen Sie, auf deren Hilfe Sie sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen können?“ (T1klient Frage 1), „Mit wem verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?“ (T1klient Frage 3), „Wie schätzen Sie Ihr soziales Umfeld ein, inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu? – Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen. Ich fühle mich häufig ausgeschlossen und allein. Ich vermisse häufig die Gesellschaft anderer Menschen. Mit meinen Mitmenschen habe ich wenig gemeinsam und ich finde wenig Verständnis. Wenn ich alltägliche Probleme habe, gibt es immer jemanden, mit dem ich darüber reden kann. Es gibt Menschen, an die ich mich wenden kann und auf die Verlass ist.“ (T1klient Frage 4).

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	ledig	2	14,3	14,3	14,3
	verheiratet, zusammenlebend	8	57,1	57,1	71,4
	verheiratet, getrennt lebend	2	14,3	14,3	85,7
	geschieden	2	14,3	14,3	100,0
	gesamt	14	100,0	100,0	

Abb. 81 Familiensituation bei Betreuungsbeginn

Die Betrachtung der Partnerbeziehung zeigt, dass neun Klienten in einer festen Beziehung leben, drei Klienten haben zeitweilige Beziehungen, zwei sind allein stehend.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	alleinstehend	2	14,3	14,3	14,3
	zeitweilige Beziehungen	3	21,4	21,4	35,7
	feste Beziehung	9	64,3	64,3	100,0
	gesamt	14	100,0	100,0	

Abb. 82 Partnerbeziehung bei Betreuungsbeginn

Jeweils vier der Klienten leben zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginn allein bzw. mit Partner, fünf mit Partner und Kindern, insgesamt wohnen alle selbständig.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	alleinlebend	4	28,6	28,6	28,6
	mit Kindern	1	7,1	7,1	35,7
	mit Partner	4	28,6	28,6	64,3
	mit Partner und Kindern	5	35,7	35,7	100,0
	gesamt	14	100,0	100,0	

Abb. 83 zeitlich überwiegende Lebenssituation in den letzten sechs Monaten

Die Betrachtung des Arbeitsstatus zeigt, dass zwölf der 14 Klienten beim Behandlungsauftritt arbeitslos sind. Mit Blick auf die Arbeitssituation kann insofern nicht von einer stützenden Wirkung durch das soziale Umfeld der Klienten ausgegangen werden.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	nein	2	14,3	14,3	14,3
	ja	12	85,7	85,7	100,0
	gesamt	14	100,0	100,0	

Abb. 84 Arbeitslosigkeit dichotom – nur Fälle mit ambulanten Rehabilitationseingang

Befragt man die Klienten genauer zu ihrem persönlichen Umfeld, so zeigt sich, dass alle Befragten für sich in Anspruch nehmen, mindestens eine Person in ihrem Freundes- und Bekanntenkreis zu haben, auf deren Hilfe sie sich verlassen können.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	eine Person	3	21,4	21,4	21,4
	zwei bis drei Personen	3	21,4	21,4	42,9
	mehr als drei Personen	8	57,1	57,1	100,0
	gesamt	14	100,0	100,0	

Abb. 85 Anzahl an Personen (einschließlich Familie) auf deren Hilfe Verlass ist – nur Fälle mit ambulantes Rehabilitationseingang

Dabei verorten 86 % der Klienten diejenigen, mit denen sie den größten Teil ihrer Freizeit verbringen, außerhalb eines Umfeldes mit Alkohol- und Drogenproblemen.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Freunde/Familie ohne Alkohol-/ Drogenprobleme	12	85,7	85,7	85,7
	Freunde/Familie mit Alko- hol-/ Drogenproblemen	2	14,3	14,3	100,0
	gesamt	14	100,0	100,0	

Abb. 86 Freizeitkontakte – nur Fälle mit ambulantes Rehabilitationseingang

Die Klienten wurden gebeten, die Aussage „Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen“ zu bewerten. Drei Befragte bekunden, dass ihnen verständnisvolle Menschen in ihrem Umfeld fehlen.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft nicht zu	11	78,6	78,6	78,6
	trifft zu	3	21,4	21,4	100,0
	gesamt	14	100,0	100,0	

Abb. 87 Aussage: „Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen“ – nur Fälle mit ambulantes Rehabilitationseingang

Die Klienten wurden gebeten, die Aussage „Ich fühle mich häufig ausgeschlossen und allein“ zu bewerten. Nicht ausgeschlossen und allein fühlen sich zwölf der 14 Befragten.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft nicht zu	12	85,7	85,7	85,7
	trifft zu	2	14,3	14,3	100,0
	gesamt	14	100,0	100,0	

Abb. 88 Aussage: „Ich fühle mich häufig ausgeschlossen und allein“ – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang

Die Klienten sollten auch die Aussage „Ich vermisse häufig die Gesellschaft anderer Menschen“ für sich einschätzen. Die Gesellschaft anderer Menschen vermissen drei Befragte.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft nicht zu	11	78,6	78,6	78,6
	trifft zu	3	21,4	21,4	100,0
	gesamt	14	100,0	100,0	

Abb. 89 Aussage: „Ich vermisse häufig die Gesellschaft anderer Menschen“ – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang

Die Klienten wurden gebeten, die Aussage „Mit meinen Mitmenschen habe ich wenig gemeinsam und ich finde wenig Verständnis“ aus ihrer Perspektive zu beurteilen. Elf von 14 Befragten verneinen, dass sie wenig mit anderen gemeinsam haben und auf wenig Verständnis stoßen.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft nicht zu	11	78,6	78,6	78,6
	trifft zu	3	21,4	21,4	100,0
	gesamt	14	100,0	100,0	

Abb. 90 Aussage: „Mit meinen Mitmenschen habe ich wenig gemeinsam und ich finde wenig Verständnis“ – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang

Gefragt wurde auch nach der Einschätzung der Aussage „Wenn ich alltägliche Probleme habe, gibt es immer jemanden, mit dem ich darüber reden

kann“. Zwei Klienten geben an, dass sie niemanden haben, mit dem sie über alltägliche Probleme reden können.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft nicht zu	2	14,3	14,3	14,3
	trifft zu	12	85,7	85,7	100,0
	gesamt	14	100,0	100,0	

Abb. 91 Aussage: „Wenn ich alltägliche Probleme habe, gibt es immer jemanden, mit dem ich darüber reden kann“ – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang

Die Klienten wurden schließlich auch gebeten, die Aussage „Es gibt Menschen, an die ich mich wenden kann und auf die Verlass ist“ aus ihrer Sicht zu bewerten. Alle Befragten bescheinigen, dass es Menschen in ihrem sozialen Umfeld gibt, an die sie sich wenden können.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft zu	14	100,0	100,0	100,0

Abb. 92 Aussage: „Es gibt Menschen, an die ich mich wenden kann und auf die Verlass ist“ – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang

5.2.7.3 Wohnsituation⁸⁹

Für alle Klienten, für die die MOKO mit einem ambulanten Beginn geplant wurde, kann vor dem Hintergrund des selbständigen Wohnens von einer stabilen Wohnsituation ausgegangen werden. Alle Klienten leben selbständig und nicht in sozialen Einrichtungen.

89 Operationalisierung über Daten aus der Therapeutenbefragung zur Wohnsituation: Häufigkeitsverteilung von „zeitlich überwiegende Wohnsituation in den letzten 6 Monaten?“ (T1ambulant Frage 6).

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	selbständig Wohnen	14	100,0	100,0	100,0

Abb. 93 Zeitlich überwiegende Wohnsituation in den letzten sechs Monaten – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang

5.2.7.4 Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation⁹⁰

Die Therapeuten bestätigen allen 14 Klienten Einsicht in die Alkoholabhängigkeit.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	ja	14	100,0	100,0	100,0

Abb. 94 Einsicht in die Alkoholabhängigkeit – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang

Die Abstinenzfähigkeit prognostizieren die Therapeuten bei drei Klienten ungünstig bzw. unklar, für alle anderen beurteilen sie diese aber als günstig.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	günstig	11	78,6	78,6	78,6
	ungünstig	2	14,3	14,3	92,9
	unklar	1	7,1	7,1	100,0
	gesamt	14	100,0	100,0	

Abb. 95 Abstinenzprognose – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang

Die Motivation wird bei keinem als niedrig eingeschätzt; in drei Fällen wird die Motivation allerdings ambivalent gesehen.

90 Operationalisierung über Daten aus der Therapeutenbefragung zum aktuellen und bisherigen Konsumverhalten, zur Krankheitseinsicht, zur Veränderungsmotivation: Häufigkeitsverteilungen von „Zeigt der Klient zum jetzigen Zeitpunkt Einsicht in seine Alkoholabhängigkeit?“ (T1ambulant Frage 37); „Wie beurteilen Sie die derzeitige Motivation des Klienten an sich und seiner Situation etwas zu ändern?“ (T1ambulant 38); „Wie ist zum jetzigen Zeitpunkt Ihre Prognose für diesen Klienten bezüglich der Abstinenz?“ (T1ambulant Frage 41).

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	hoch	11	78,6	78,6	78,6
	ambivalent	3	21,4	21,4	100,0
	gesamt	14	100,0	100,0	

Abb. 96 Änderungsmotivation – nur Fälle mit ambulantem Rehabilitationseingang

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass dieses Kriterium nur für einen kleinen Teil der Klienten der MOKO überhaupt in Frage kommt – ein ambulanter Rehabilitationseinstieg wurde nur für 14 Klienten beantragt bzw. geplant. Für diese Teil-Gruppe konnte belegt werden, dass das soziale Umfeld der Klienten eine stabilisierende oder stützende Funktion besitzt, dies hingegen im Hinblick auf die Arbeitsintegration verneint werden muss. Die Haltung der Klienten zu ihrer Alkoholabhängigkeit und der Behandlung ist förderlich für den Therapieprozess. Die Zuweisung in die MOKO ist vor dem Hintergrund des Indikationskriteriums, unter Ausschluss des Aspektes der Arbeitsintegration, plausibel.

5.2.8 Sozialstrukturelle Bedingungen

„Indikativ können aber auch sozialstrukturelle Bedingungen der Patienten sein, etwa der Art, dass die Arbeitssituation oder die Situation der sozialen Verpflichtung eine langzeitstationäre Rehabilitation nicht zulässt“ (LVA Hannover 2005).

5.2.8.1 Besondere soziale Verpflichtungen^{91 92}

Der Aussage „Eine langzeitstationäre Rehabilitation wird durch besondere soziale Verpflichtungen (Partnerschaft, Familie...) verhindert“ wird in 13 % der Fälle zugestimmt, in 80 % der Fälle lehnen die Therapeuten sie ab.

91 Einbezogen sind hier alle Fälle.

92 Operationalisierung über Daten aus der Therapeutenbefragung zu „sozialen Verpflichtungen“: Häufigkeitsverteilung von „Eine langzeitstationäre Rehabilitation wird durch besondere soziale Verpflichtungen (Partnerschaft, Familie...) verhindert“ (T1ambulant Frage 34_3).

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft nicht zu	73	71,6	80,2	80,2
	teils-teils	6	5,9	6,6	86,8
	trifft zu	12	11,8	13,2	100,0
	gesamt	91	89,2	100,0	
fehlend	System	11	10,8		
gesamt		102	100,0		

Abb. 97 Aussage: Eine langzeitstationäre Rehabilitation wird durch besondere soziale Verpflichtungen (Partnerschaft, Familie...) verhindert.

5.2.8.2 Arbeitssituation⁹³

Unter den Klienten der MOKO sind 53 % arbeitslos (vgl. Kap. 5.1.2). In 81 % der Fälle wird die langzeitstationäre Rehabilitation nicht durch die Arbeitssituation verhindert. Die Korrelation ist hochsignifikant ($\chi^2=,000$). Unter den Arbeitslosen befinden sich keine Klienten, für die eine langzeitstationäre Rehabilitation als unmöglich angesehen wird. Auch für 67 % der Berufstätigen wird die Aussage abgelehnt. Für 29 % der Berufstätigen ist die Arbeit jedoch ein Grund, der die langzeitstationäre Rehabilitation verhindert.

93 Operationalisierung über Daten aus der Therapeutenbefragung zur Arbeitssituation: „Erwerbstätigkeit in den letzten 6 Monaten vor Betreuungsbeginn?“ (T1ambulanz Frage 10), Korrelation von „Erwerbstätigkeit in den letzten 6 Monaten vor Betreuungsbeginn?“ (T1ambulanz Frage 10) und „Eine langzeitstationäre Rehabilitation wird durch die Arbeitssituation verhindert“ (T1ambulanz Frage 34_2).

			Aussage: „Eine langzeitstationäre Rehabilitation wird durch die Arbeitssituation verhindert“			gesamt
			trifft nicht zu	teils-teils	trifft zu	
arbeitslos – ja oder nein	nein	Anzahl	28	2	12	42
		% von arbeitslos – ja oder nein	66,7	4,8	28,6	100,0
		% von Aussage	38,9	40,0	100,0	47,2
	ja	Anzahl	44	3	0	47
		% von arbeitslos – ja oder nein	93,6	6,4	,0	100,0
		% von Aussage	61,1	60,0	,0	52,8
gesamt		Anzahl	72	5	12	89
		% von arbeitslos – ja oder nein?	80,9	5,6	13,5	100,0
		% von Aussage	100,0	100,0	100,0	100,0

Abb. 98 Korrelation „arbeitslos – ja oder nein“ und Aussage „Eine langzeitstationäre Rehabilitation wird durch die Arbeitssituation verhindert“

Abschließend lässt sich sagen, dass es keine persönlichen Verpflichtungen gibt, die gegen eine langzeitstationäre Rehabilitation und damit direkt für die Zuweisung in die MOKO sprechen würden. Auch im Hinblick auf die Arbeitssituation wird die Option einer stationären Langzeitbehandlung nicht grundsätzlich verneint. Mit Blick auf das Indikationskriterium ist allerdings herauszustellen, dass es eine Teilgruppe unter den beschäftigten Klienten gibt (29 %), für die eine Zuweisung in die MOKO aufgrund der Arbeitssituation im Vergleich zur Langzeitbehandlung favorisiert wird.

5.3 Logistische Regression

Mit Hilfe der logistischen Regression wird die Perspektive auf die Zuweisungsentscheidung in der MOKO erweitert. Um zu klären, welche Kriterien geeignet sind, den späteren Abbruch der MOKO signifikant vorherzusagen und somit im Sinne einer prognostischen Indikation (vgl. Kap. 3.1) zu beachten sind, wurde eine schrittweise logistische Regression von der Abbruchentscheidung gerechnet.⁹⁴ In diesem Verfahren werden binär codierte Daten benötigt, so dass die berücksichtigten Variablen – falls noch nicht geschehen – in Dummy-Variablen, d. h. binäre Variablen mit zwei Ausprägungen, umcodiert wurden.

Einbezogen wurden die gemäß dem Indikationskriterienkatalog wesentliche Merkmale der Zuweisung. In einem ersten Block wurden dazu zunächst soziodemographische Merkmale und Variablen zur Lebenssituation in die Regressionsgleichung eingebracht:

- Arbeitsstatus (arbeitslos: ja oder nein)
- Kinder (mit Kindern lebend: ja oder nein)
- Partner (mit Partner wohnend: ja oder nein)
- Ausbildung (abgeschlossene Berufsausbildung: ja oder nein).

Im zweiten Block wurden Variablen zu früheren Behandlungen und Vorkenntnissen eingebracht:

- Wohnsituation (selbständig Wohnen: ja oder nein)
- frühere Entwöhnungsbehandlungen (ja oder nein)
- Kontakte zu Hilfeeinrichtungen (ja oder nein)
- frühere Entgiftungsbehandlungen (eine oder mehr als eine).

Der dritte Block enthält

- Veränderungsmotivation (hoch – niedrig).⁹⁵

94 Um auszuschließen, dass die unabhängigen Variablen wechselseitig voneinander abhängig sind und miteinander korrelieren, wurde zunächst eine Multikollinearitätsanalyse durchgeführt: Die entsprechende Korrelationsmatrix sowie eine lineare Regression jeder unabhängigen auf die übrigen abhängigen Variablen (Maß der Toleranz und der Kehrwert der Toleranz, dem Variance Inflation Factor) belegen, dass keine Multikollinearität vorliegt.

95 Da andere vorliegenden Variablen, wie z. B. Krankheitseinsicht oder Veränderungsmotivation“ sich aufgrund der Datenlage nicht sinnvoll binarisieren ließen, konnte nur Abstinenzprognose einbezogen werden.

Die Variablen wurden blockweise in die logistische Regressionsrechnung eingebracht und dann schrittweise einzeln automatisiert von SPSS nach dem Likelihood-Ratio-Kriterium entfernt („REMOVE-Verfahren mit LR-Kriterium“).

Vom ersten Block verblieben nach dieser Prozedur Arbeitsstatus und Partner als signifikante Prädiktoren, aus dem zweiten und dritten Block erreichte keine der weiteren Variablen Signifikanz. Das Modell erklärt einen Varianzanteil von 15 %.

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	108,569a	,112	,150
a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 3, weil die Parameterschätzer sich um weniger als,001 änderten			

Abb. 99 Gütekriterien des Modells

Das Modell kann anhand der zwei identifizierten Prädiktorvariablen 65,1 % der n=86 vollständigen Fälle als Abbrecher vs. Nicht-Abbrecher klassifizieren (Klassifizierungstabelle), der Hosmer-Lemeshow-Test liefert entsprechend auch ein nicht-signifikantes Ergebnis ($\chi^2=4,588$; $df=2$; $p=0,101$).

		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1 ^a	arbeitslos	1,116	,465	5,774	1	,016	3,054
	mit Partner wohnend	-,720	,477	2,283	1	,131	,487
	Konstante	-,141	,389	,131	1	,717	,869
a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Arbeitsstatus, Partner.							

Abb. 100 Determinanten des Abbruchs der MOKO (finale logistisches Regressionsmodell)

Das finale Modell zur Erklärung des Abbruchs der MOKO lässt sich wie folgt interpretieren:

Arbeitslose Klienten haben eine 3,1-fach höhere Wahrscheinlichkeit, die MOKO abzubrechen. Die Wahrscheinlichkeit für einen Behandlungsabbruch sinkt allerdings um das 2,1-fache (= 1/0,487), wenn der Klient nicht mit dem Partner zusammenwohnt.

Abschließend kann herausgestellt werden, dass sowohl Arbeits- als auch Partnerschaftsstatus relevant sind für die Wahrscheinlichkeit des Behandlungserfolges. Insofern ist mit Blick auf die Zuweisungsentscheidung arbeitslosen Klienten sowie Klienten, die mit dem Partner zusammenwohnen, besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

5.4 Clusteranalyse

Eine weitere Sichtweise auf die Zuweisungsentscheidung in der MOKO wird mit dem Verfahren der Clusteranalyse gegeben. Um zu prüfen, ob sich hinter den Zuweisungsentscheidungen spezifische Muster verbergen, wurde dieses Verfahren angewendet. In der Clusteranalyse werden anhand ausgewählter Merkmale möglichst homogene Fallgruppen gebildet. Mit Blick auf den Katalog der Indikationskriterien sind etwaige Muster für den Bereich der sozialen Integration, der früheren Behandlungen und Vorkenntnisse sowie des aktuellen Erscheinungsbildes der Alkoholabhängigkeit von Interesse.

Im Verfahren der Clusteranalyse werden binär codierte Daten benötigt, so dass die berücksichtigten Variablen – falls noch nicht geschehen – in Dummy-Variablen umcodiert wurden.

Im vorliegenden Datenmaterial wurde nach zwei verschiedenen Muster gesucht:

- a. Muster „soziale Integration“
- b. Muster „frühere Behandlungen – Vorkenntnisse“

zu a.

Muster „soziale Integration“

Geprüft wurde, ob ein Zusammenhang zwischen sozialen Merkmalen der Person besteht. Einbezogen wurden die Variablen

- Arbeitsstatus (arbeitslos: ja oder nein),
- Kinder (mit Kindern lebend: ja oder nein),
- Partner (mit Partner wohnend: ja oder nein) und
- Ausbildung (abgeschlossene Berufsausbildung: ja oder nein).

		1 (34 = 37,4 %)	2 (34 = 37,4 %)	3 (23 = 25,3 %)	gesamt (91 = 100 %)	Signifikanz
arbeitslos	nein	0 %	64,7 %	95,7 %	48,4 %	.000
	ja	100 %	35,3 %	4,3 %	51,6 %	
mit Kindern lebend	nein	97,1 %	52,9 %	73,9 %	74,7 %	.000
	ja	2,9 %	47,1 %	26,1 %	25,3 %	
mit Partner wohnend	nein	100 %	–	100 %	62,6 %	.000
	ja	–	100 %	–	37,4 %	
abgeschlos- sene Berufs- ausbildung	nein	41,2 %	23,5 %	17,4 %	28,6 %	.106
	ja	58,8 %	76,5 %	82,6 %	71,4 %	

Abb. 101 Cluster „soziale Integration“

Hinsichtlich der Kategorie „abgeschlossene Berufsausbildung“ zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

Das Cluster 1 lässt sich wie folgt charakterisieren:

Alle Klienten der MOKO sind arbeitslos. Sie wohnen nahezu ausnahmslos ohne Kinder und wohnen ohne Partner.

Das Cluster 2 zeichnet sich wie folgt aus:

Gut ein Drittel der Fälle ist arbeitslos. Etwas mehr als die Hälfte der Fälle wohnt mit Kindern zusammen und alle wohnen mit dem Partner zusammen.

Das Cluster 3 umfasst Klienten mit folgenden Merkmalen:

Fast alle Klienten der MOKO sind beschäftigt. Etwas drei Viertel der Fälle wohnt ohne Kinder und alle wohnen ohne Partner.

zu b.

Muster „frühere Behandlungen – Vorkenntnisse“.

Geprüft wurde, ob ein Zusammenhang zwischen Merkmalen früherer Behandlungen und Vorkenntnissen besteht. Einbezogen wurden die Variablen

- Wohnsituation (selbständig Wohnen: ja oder nein)
- frühere Entwöhnungsbehandlungen (ja oder nein)
- Kontakte zu Hilfeeinrichtungen (ja oder nein) und
- frühere Entgiftungsbehandlungen (eine oder mehr als eine).

In der Clusteranalyse zeigen sich allerdings keine signifikanten Unterschiede; eine Cluster-Bildung war nicht möglich.

Der geringe Ertrag der Clusteranalyse verweist darauf, dass es die „typischen“ Klienten der MOKO nicht gibt. Mit Blick auf frühere Behandlungen und Behandlungsvorkenntnisse lassen sich keine spezifischen Merkmalskombinationen oder Muster der Zuweisung in die MOKO ermitteln. Typische Konstellationen konnten lediglich im Bereich der sozialen Integration der Klienten festgestellt werden. Dieses Ergebnis zeigt auf, dass es drei voneinander zu unterscheidende Klienten-Typen gibt – die eher Nicht-Integrierten (Cluster 1), die eher Integrierten (Cluster 2) und die beruflich Integrierten ohne private Bindungen (Cluster 3). Insgesamt unterstreicht dies die Bedeutung von Teilhabekriterien und Aspekten der sozialen Integration, die im Rahmen der Zuweisung und im Verlauf von Entwöhnungsbehandlungen als Einflussfaktoren aufgegriffen und berücksichtigt werden müssen.

5.5 Zusammenfassung

Die Indikationskriterien wurden mittels verschiedener Auswertungsverfahren auf ihre empirische Plausibilität geprüft. Es konnte transparent gemacht werden, welche Klienten in der MOKO behandelt wurden.

Mit Blick auf die Kriterien „Institutioneller Kontext“ (vgl. Kap. 5.2.1), „Neue Verhaltensmuster stationär lernen, ambulant erproben“ (vgl. Kap. 5.2.6) und „Soziales Umfeld“ (vgl. Kap. 5.2.7) sind die seitens des Kosten- und Leistungsträgers antizipierten Klienten in die Behandlung zugewiesen worden. Mit Blick auf die Merkmale „Verhalten im stationären Setting“ (vgl. Kap. 5.2.2), „Therapieabbrüche“ (vgl. Kap. 5.2.3), „Stationäre Langzeitbehandlung“ (vgl. Kap. 5.2.4), „Abstinenzverhalten“ (vgl. Kap. 5.2.5) und „Sozialstrukturelle Bedingungen“ (vgl. Kap. 5.2.8) nicht oder nur in geringem Maße.

Für „den“ Kombi-Klienten konnte empirisch kein eindeutiger Beleg erbracht werden. Die Auswertungsergebnisse beleuchten jedoch weitere wesentliche Aspekte.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass unter den MOKO-Leistungsrahmen eine heterogene Klientenpopulation mit unterschiedlichen Behandlungserfordernissen gefasst wurde. Die Daten zeigen aber auch, dass eine vergleichsweise junge Klientel der MOKO zugewiesen wurde. Charakteristisch ist außerdem

eine verhältnismäßig kürzere Dauer der Abhängigkeitserkrankung. Es ist demnach im Rahmen der MOKO gelungen, Betroffene zu einem relativ frühen Zeitpunkt – sowohl mit Blick auf das Lebensalter als auch auf ihre Krankheitsgeschichte – in eine Behandlung zu vermitteln.

Bezieht man zusätzlich eine administrative Perspektive mit ein, so lässt sich herausstellen, dass nur wenige Klienten, für die die Behandlungsleistung beantragt wurde, diese nicht angetreten haben. Auch die Quote der planmäßigen Behandlungsabschlüsse im (teil-)stationären Modul der MOKO weist auf einen erfolgreichen Behandlungsverlauf. Er findet zudem seine Fortsetzung im gelungenen Übergang in das poststationäre ambulante Modul nahezu aller Klienten. Diese Ergebnisse sind mit Blick auf Wirtschaftlichkeit von Verwaltungsverfahren und Behandlungsvorbereitung bzw. -durchführung sowohl auf Seiten des Kosten- und Leistungsträgers als auch der Leistungsanbieter positiv herauszustellen, da Schnittstellen des Behandlungsprozesses überwunden werden konnten. Vor allem aber ist dies auch Ausdruck für eine stabile Rehabilitationsbereitschaft und -fähigkeit der Klienten, welche als relevante Ressourcen für einen späteren Behandlungserfolg angesehen werden können.

Institutionsgewohnheiten, die eine Zuweisung in die MOKO nahe legen können, weisen alle Klienten in Bezug auf Entgiftungsbehandlungen auf. Sie haben insofern den oftmals kritischen Übergang von Akutbehandlung in die Rehabilitation bewältigt – die Verzahnung mit dem Akutbereich kann als gegeben und wirksam angesehen werden. Dies gilt umso deutlicher für diejenigen – immerhin 58 % der Fälle –, die mit der MOKO ihre erste Entwöhnungsbehandlung angetreten haben. Ihre Betreuung im Rahmen der Angebote professioneller Suchthilfe verlief idealtypisch und ohne Schnittstellenproblematiken.

Die Betrachtung etwaiger Vorbehandlungen zeigt, dass die Klienten zuvor vergleichsweise häufig ambulante Behandlungen absolviert haben. Für diese Klienten kann die Zuweisung in die MOKO im Sinne einer stepped care (vgl. Geyer u. a. 2006) verstanden werden. Mit der MOKO konnte nunmehr erneut ein Angebot gemacht und somit zu einer neuen Entwöhnungsbehandlung motiviert werden.

Insgesamt sind Kontakte zu Hilfeeinrichtungen weit verbreitet. Die Klienten konnten also in ihrem Lebensverlauf bereits Erfahrungen mit Einrichtungen der Suchthilfe sammeln.

Die Prozessbeobachtung aus dem (teil-)stationären Modul zeigt, dass die Mehrzahl der behandelten Fälle einen erfolgreichen Behandlungsverlauf aufweist. Nur für wenige Fälle kommen die flexiblen Möglichkeiten eines Behandlungswechsels aufgrund von Problemen oder Konflikten der Klienten im (teil-)stationären Setting, wie es in den Indikationskriterien nahe gelegt wird, in Betracht.

Da es sich bei der Mehrzahl der Klienten um unerfahrenes Klientel in Bezug auf Entwöhnungsbehandlungen handelt, spielt eine therapeutische Auseinandersetzung mit früheren Behandlungserfahrungen oder -abbrüchen, die die Zuweisung in die MOKO begründen können, für den größeren Teil der Behandelten keine Rolle.

Stationäre Langzeitbehandlungen besitzen einen besonderen Stellenwert im Vergleich der Behandlungsprogramme – sie werden für die Hälfte der Klienten mit (teil-)stationären Vorerfahrungen erneut als Behandlungsoption gesehen. Vorhandene (teil-)stationäre Behandlungserfahrungen machen demnach eine erneute (teil-)stationäre Behandlung nicht entbehrlich, allerdings bietet die MOKO die Möglichkeit, sie als wesentlichen oder auch unverzichtbaren Teil eines umfassenderen Behandlungsansatzes in ein kombiniertes Gesamtbehandlungsangebot zu fassen.

Für etwa die Hälfte der MOKO-Klienten wurden Abstinenzphasen, welche eine Zuweisung in die MOKO begründen können, erfasst. Diese fallen heterogen aus und zeigen auf, dass Stabilitäten und Instabilitäten unterschiedlicher Ausprägung das Krankheitsgeschehen charakterisieren. Herauszustellen ist, dass Klienten mit Rehabilitationserfahrungen vor der MOKO häufiger auch länger andauernde Abstinenzperioden aufweisen.

Die Prozessbeobachtung am Ende des (teil-)stationären Moduls zeigt einerseits, dass das (teil-)stationäre Modul einen passenden Behandlungsrahmen darstellte und erfolgreich abgeschlossen wurde. Sie zeigt andererseits, dass die Fortsetzung der Behandlung im ambulanten Behandlungsmodul als gerechtfertigt und dem Verlauf der Therapie entsprechend angesehen wird.

Nur eine kleine Gruppe der Klienten beginnt die MOKO mit einem ambulanten Rehabilitationseingangsmodul. Die soziale Integration und die Krankheitseinsicht sind bei ihnen gegeben. Einzig mit Blick auf den Arbeitsstatus kann nicht von einer förderlichen Ausgangssituation ausgegangen werden – nahezu alle Klienten mit ambulantem Rehabilitationsauftritt sind arbeitslos.

Zieht man die Ergebnisse zur Erklärung des Behandlungsabbruches der MOKO (vgl. Kap. 5.3) hinzu, um die Zuweisung in die MOKO unter prognostischen Gesichtspunkten zu betrachten, lässt sich anknüpfen, dass sich mit der Arbeitsintegration und dem Aspekt der Partnerschaft die wesentlichen Determinanten für den Behandlungserfolg in der MOKO verbinden. Würde die Zuweisungsfrage allein an der prognostischen Indikation und dem erfolgreichen Therapieabschluss (vgl. Kap. 3.1) orientiert werden, so wären diese beiden Parameter von zentraler Bedeutung. Die Wahrscheinlichkeit für einen Behandlungsabbruch ist bei Arbeitslosen und bei denjenigen, die mit ihrem Partner zusammenleben, höher.

Die Relevanz des Arbeitsstatus für den Therapieerfolg konnte auch schon in anderen Untersuchungen herausgearbeitet werden und stellt insofern kein Spezifikum der MOKO da. Zudem greift dieser empirische Beleg zu kurz, um daraus weitere Konsequenzen für die Zuweisungsentscheidung in der MOKO abzuleiten. Ein alleiniger Blick auf das Ende der Behandlung und die Orientierung an einer prognostischen Indikation sind nicht intendiert, zumal die Rahmenbedingungen und das Zuweisungsverständnis eine andere Perspektive nahe legen. Die vorangehenden Ausführungen und Frequenz- und Kontingenzanalysen (vgl. Kap. 5.2) haben dies bereits verdeutlicht. An dieser Stelle bleibt der Schluss, dass arbeitslose Rehabilitanden in der Behandlung und Behandlungsvorbereitung besondere Aufmerksamkeit bedürfen.

Mit der Clusteranalyse (vgl. Kap. 5.4) konnte schließlich gezeigt werden, dass die Klienten, die der MOKO zugewiesen wurden, im Hinblick auf die Indikationskriterien kaum typische Strukturen aufweisen, die eine Clusterbildung ermöglichen. Lediglich unter der Perspektive der sozialen Integration lassen sich unterschiedliche Klientengruppen identifizieren, die bei der Zuweisung in die MOKO differenziert betrachtet werden müssen. Mit Blick auf die Dimension „frühere Behandlungen – Vorkenntnisse“, die im Katalog der Indikationskriterien spezifisch herausgestellt wird (vgl. Kap. 5.2), sind keine typischen Konstellationen festzustellen.

Die Auswertungsergebnisse verweisen auch auf einige kritische Aspekte solcher Untersuchungen. Das Anliegen, gemessen an den mit dem Indikationskriterienkatalog vorgegebenen Kriterien, empirische Belege für „die MOKO-Klientel“ zu erarbeiten, wurde eingelöst. Diese Belege zeichnen ein relativ ungleichförmiges, unsystematisches Bild. Dies lässt sich insbesondere damit begründen, dass mit der MOKO eine neue Perspektive auf die Zuweisungs-

entscheidung gelegt wurde. Das „indikative Verständnis“ der MOKO (vgl. Westphal/Wiegand 2008: 292) bezieht sich explizit nur auf die Ebene des Settings und lässt therapeutische Schulen, Methoden usw. unberücksichtigt. Im Mittelpunkt der Zuweisungsentscheidung im Rahmen der MOKO-Klienten stehen demnach Aspekte der settingspezifischen Gestaltung des Rehabilitationsangebotes, d. h. zur Abfolge ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer oder auch adaptiver Behandlungsphasen.

Gleichzeitig fokussiert die Zuweisungsentscheidung vor dem Hintergrund der sozialen Integration des Klienten auf die optimale Behandlung – im Unterschied zu Ansätzen der Indikation, die hauptsächlich auf die Optimierung eines Behandlungsprogramms oder des Behandlungssystems abzielen. Der Katalog der MOKO-Indikationskriterien fordert somit zu adaptiven Zuweisungsentscheidungen auf. Er trägt den Therapeuten an, sich sowohl mit früheren als auch den aktuellen Behandlungserfahrungen der Klienten zu befassen und diese in die Zuweisungsentscheidung zu integrieren. Die Ebene des Behandlungsprozesses wird dabei selbst zum Begutachtungsgegenstand innerhalb der Zuweisungsentscheidung.

Diese Perspektive konnte im Rahmen der hier vorliegenden Untersuchung nicht vollends ausgeschöpft werden, da entsprechende Daten – auch aufgrund datenschutzrechtlicher Belange – nicht unmittelbar zur Verfügung stehen bzw. erhoben werden können. Entsprechend wären die Entwicklung spezifischer Frageformate und Operationalisierungen der interessierenden Prozessvariablen in Tiefe und Breite notwendig gewesen. Gleichzeitig ist allerdings fraglich, ob entsprechend konzipierte Erhebungen, die auch ein bisher übliches Maß der Dokumentation überschreiten dürften, den Aussagegehalt der Ergebnisse befördert hätten (vgl. Kap. 6.5). Für den Rahmen dieser Arbeit und die empirische Untersuchung der MOKO-Indikationskriterien war der hier eingeschlagene Weg demnach inhaltlich und forschungsökonomisch plausibel.

An dieser Stelle ist im Sinne eines Zwischenfazit zu resümieren, dass „simple“ Operationalisierungen der Klärung der Zuweisungsentscheidung für die MOKO bzw. dem Behandlungsansatz und -verständnis der MOKO nicht vollständig gerecht werden können.

Die abschließenden und zusammenfassenden Ausführungen sollen verdeutlichen, dass die Überprüfung einzelner, operationalisierter Merkmale der Komplexität des Gesamtzusammenhangs nicht ausreichend gerecht wird. Insbe-

sondere mit Blick auf die Frage, ob Zuweisungsentscheidungen in das Kombi-Behandlungsangebot systematisiert werden können, wird gezeigt, dass die Zuweisungsentscheidung in der MOKO eine komplexe Aufgabe darstellt, die nicht allein im Rekurs auf empirische Belege zu bewerkstelligen ist.

6 Möglichkeiten und Grenzen systematischer Zuweisungsentscheidungen in der Modularen Kombinationsbehandlung

Ausgangspunkt dieser Untersuchung war die zentrale Frage danach, wer – gemessen an der durch den Katalog der Indikationskriterien vorgegebenen Systematik – in der MOKO behandelt wurde. Aus den in den vorherigen Kapiteln dargelegten Ergebnissen der empirischen Prüfung ergeben sich weitere Implikationen für die Zuweisungsentscheidung in der MOKO. Diese werden nachfolgend diskutiert.

6.1 Qualitäten des Indikationskriterienkataloges

6.1.1 Offenheit und Nicht-Determinismus als Qualitätsmerkmal

Die Prüfung der Kriterien auf ihre empirische Plausibilität hat gezeigt, dass die in der MOKO behandelten Klienten – gemäß dem Indikationskriterienkatalog – deutliche Varianz hinsichtlich der Eingangsmerkmale der Klienten und ihrer Behandlungsbedarfe aufweisen. In der MOKO wurde demnach nicht „der“ Kombi-Klient behandelt. Dieses Ergebnis lässt sich in zwei Richtungen interpretieren:

Zum einen erweist sich Heterogenität mit Blick auf den Leistungsrahmen der MOKO nicht als Hindernis, vielmehr kann die Integration einer solch breiten Klientengruppe in ein Behandlungskonzept auch als spezifische Leistung und Qualität des Ansatzes verstanden werden. Die Offenheit des Kombi-Konzeptes bietet demnach die Möglichkeit auch inhomogene Klientengruppen und Behandlungsbedarfe zu bearbeiten. Dem Anliegen einer individualisierten Behandlung kommt dies insofern zugute, als dass keine spezifischen Klienten von der MOKO ausgeschlossen werden. Die MOKO kann insbesondere vor dem Hintergrund der sozialen Integration einer Vielzahl von Klienten Behandlungsoptionen vorhalten. In diesem Kontext wird das Potential der MOKO im Hinblick auf die Versorgung von bisher unerreichten oder

„vergessenen“ Klientengruppen (vgl. Kap. 1.4) deutlich. Dass dies im Rahmen der MOKO gelungen ist, kann z. B. mit Blick auf die Altersstruktur und Dauer der Krankheitsgeschichte der Betroffenen oder die Klienten, denen der Übergang direkt aus der Entgiftungsbehandlung in die MOKO gelungen ist, herausgestellt werden (vgl. Kap. 5.5).

Das Potential der MOKO fußt zum anderen – hier schließt die zweite wesentliche Erkenntnis an – vor allem darauf, dass die Indikationskriterien der MOKO ein anderes, breiteres Begründungsverständnis aufweisen als dies bei konventionellen Angeboten, z. B. rein ambulanten oder stationären, der Fall ist. Die Indikationskriterien der MOKO enthalten keine eindeutigen Verknüpfungsregeln. Sie geben nicht prinzipiell bzw. einem Algorithmus folgend die Zuweisung in eine spezifische Leistungsform oder ein Setting und die darauf folgenden Abläufe vor.

Die Zuweisungsentscheidung in der MOKO ist damit anders als die konventionell zu bewerkstelligende Aufgabe, in der der Grund zur Anwendung eines bestimmten diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens in einem Erkrankungsfall festzustellen ist (vgl. Pschyrembel 2007: 905), konnotiert. Vielmehr kommen Charakteristika, wie sie Mattejat (vgl. 1997) bereits für die Nutzung der Erkenntnisse der Psychotherapieforschung herausgestellt hat, zum Tragen. Die Zuweisungsentscheidung wird beeinflusst durch „die Grenzen der Planbarkeit in komplexen Handlungssituationen“, „die Planung als heuristische Konstruktion“, „die pragmatisch-empirische Bedingungen“ „die subjektive Komponenten“ und „die interaktionale Komponente“ (Mattejat 1997: 19f.).

Das komplexe Handlungsgefüge in der Rehabilitation ist für alle Beteiligten – Behandler, Klienten, aber auch Angehörige – nur begrenzt überschaubar und planbar und je Einzelfall wieder neu zu bewerten. Hinzu kommen Restriktionen oder akute Erfordernisse, die eine theoretisch-optimale Zuweisungsentscheidung beschränken und insofern ein pragmatische Entscheidung nahe legen. Mit den Bediensteten des Behandlungssystems kommen in einer subjektiven Komponente zusätzlich personengebundenen Expertenwissen, Wertungen, Präferenzen und emotionale Prozesse zum Tragen. Zum einen tangiert dies die „objektive“ Zuweisungsentscheidung, zum anderen handelt es sich bei den subjektiven Haltungen aber auch um wesentliche, behandlungsrelevante Aspekte, die Mittel und Medium für den Behandlungserfolg sind. Die interaktionelle oder kooperationsorientierte Komponente zeigt auf, dass

Zuweisungsentscheidungen in einem reflexiven dialogischen und Verständigungsprozess wirksam werden.

Mit den Modalitäten der MOKO, ihren Rahmenbedingungen und institutionellen Voraussetzungen steht eine Konzeption zur Verfügung, die eine nicht-deterministisch ausgerichtete Zuweisungsentscheidung ermöglicht. Der Katalog der Indikationskriterien dient als Reflexionsfolie für die bedarfsgerechte Behandlung und Optimierung des Behandlungsplanes auch im laufenden Behandlungsprozess. Er ermöglicht das Sammeln und Aufbereiten von Informationen sowie das Zusammenführen mit weiteren analytisch gewonnenen Erkenntnissen zu einem momentanen Gesamtbild, auf das sich in einem Zusammenspiel und konsensorientierten Prozess zwischen Klienten und Behandlern die Zuweisungsentscheidung gründet.

6.1.2 Kontexte und Kontextualisierung als Qualitätsmerkmal

Mit den Indikationskriterien der MOKO sind die ICF und der Ansatz der Funktionsorientierung in die Kombi-Behandlung integriert.

Der Katalog der Indikationskriterien verkörpert das spezifische Verständnis der ICF, indem über die individualzentrierte und symptomorientierte Perspektive hinaus Kontexte der Person als Einflussfaktor sowohl bei der Krankheitsentwicklung als auch der Behandlung selbst einbezogen werden. Die Berücksichtigung von früheren Rehabilitationserfahrungen, Institutionsgewohnheiten und Prozesserfahrungen, die durch den Katalog der Indikationskriterien nahe gelegt werden, erweitert die vormals hauptsächlich symptom- und defizitorientierte Sicht und ermöglicht überhaupt erst die Einbeziehung von Aspekten der Dynamik und Ressourcenorientierung in den Bereich der Diagnostik als auch der Interventionsplanung und dem Rehabilitationsmanagement.

Für Klienten stellt sich dieser Zusammenhang als Aufgabe eines Lernprozesses dar. In dem im Rahmen der MOKO zu bewerkstelligen Lernprozess ist es Aufgabe der Klienten zu verstehen, wie die Alkoholabhängigkeit im eigenen Leben wirkt und welchen Einfluss wiederum der entsprechende persönliche und soziale Kontext auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Krankheit hat (vgl. Stachowske 2008: 30). Bezogen auf die ICF lässt sich ergänzen, dass die unnatürliche Umgebung in einer Rehabilitationseinrichtung nicht die adäquate Stimulation bietet, um (wieder) eigene Ziele im Lebensumfeld verfolgen zu können und somit Reintegration zu erreichen (vgl. Rentsch 2006: 31).

Ausgangspunkt ist demnach die Analyse der sozialen Integration der Klienten und die Frage danach, was benötigt wird, um im intendierten Lebensmittelpunkt, d. h. im privaten und beruflichen Bereich, stabil und zufrieden leben zu können. Die sozialen Bedingungen und Kontexte werden demnach als Wirkfaktoren in der Rehabilitation mit berücksichtigt (vgl. Westphal/Wiegand 2008: 292).

Mit Stachowske kann dies auch als Paradigmenwechsel bzw. als Wandel von der Problemanalyse zur Lösungskonstruktion verstanden werden: „Krankheiten, im ICF als Gesundheitsstörungen und Behinderungen bezeichnet, stehen nicht mehr als isolierter dysfunktionaler Teil des Menschen im Vordergrund von Diagnose und Therapie, sondern werden vielmehr als Teil des Lebens des Menschen und seines Kontextes verstanden, und dieser Kontext wird somit verbindlicher Teil der Diagnose und Therapie“ (Stachowske 2008: 60). In die Zuweisungsentscheidung der MOKO fließen demnach Kontexte mit ein, die einen Sinn- und Sachzusammenhang herstellen, um den komplexen Problemzusammenhang Alkoholabhängigkeit und seine Behandlung verständlich und bearbeitbar zu machen.

6.1.3 Thematisierung des Settings als Qualitätsmerkmal

Anders als bei konventionellen Behandlungskonzepten zeigt der Katalog der Indikationskriterien auf, stets die Optionen des kombinierten Behandlungsmodells MOKO selbst und die Einbindung der Klienten in diese Strukturen in den Blick zu nehmen. Therapeuten und Berater, die die Entscheidung über die Zuweisung in die MOKO vorbereiten bzw. im weiteren Verlauf umsetzen, sind danach aufgefordert, fortlaufend die Angemessenheit und Notwendigkeit der therapeutischen Dichte und des Behandlungsrahmens für die Klienten zu bewerten. Die Zuweisungsentscheidung geht damit über die einmalige und dabei nicht weniger unerhebliche Frage hinaus, welches Programm und Behandlungssetting für die Klienten indiziert ist. Der Indikationskriterienkatalog leitet dazu an, im Behandlungsprozess zu begutachten, wie es sich mit der Passgenauigkeit zwischen Behandlung, Behandlungssetting und den Klienten verhält und ob es im Hinblick auf die Integration der Klienten eine bessere Option gibt. Dabei müssen sich die jeweiligen Akteure selbst und auch ihre Arbeit in spezifischer Weise hinterfragen. Da die soziale Integration der Klienten bzw. ihre Förderung das Maß aller Dinge in der MOKO ist, stellt sich neben den Überlegungen zur Passung der Klienten in den eigenen, institutionell verantworteten Rahmen, jeweils die Frage, ob es

für den Klienten nicht noch eine angemessenere Perspektive gibt. Die Rehabilitation entspricht dann nicht mehr einer unkoordinierten, von außen aufoktroierten Einzelleistung, sondern ist durch das Zusammenwirken von Betroffenen und Behandlern in ein adäquates Behandlungskonzept gefasst (vgl. Rentsch 2006: 31).

6.1.4 Konzentration auf die Prozessqualität als Qualitätsmerkmal

Die Indikationskriterien rücken insgesamt den Aspekt der Prozessqualität in den Vordergrund. Nach Donabedian (vgl. 2005), der für den Gesundheitsbereich die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität differenziert, bezieht sich Prozessqualität auf alle Abläufe, die der Durchführung der Intervention dienen. Die Strukturkategorie hingegen umfasst alle gegebenen Charakteristika einer der Leistungserbringung, wie z. B. personelle und finanzielle Ressourcen, und die Infrastruktur der Einrichtung. Die Ergebniskategorie fokussiert auf den Erfolg der Leistungen. Die drei Dimensionen sind miteinander verbunden und wirken aufeinander – die vorhandenen Strukturen und Ressourcen beeinflussen die Prozesse, die wiederum die gemessene Ergebnisqualität mitbestimmen.

Fragen der Zuweisung sind in der MOKO stärker als in konventionellen Behandlungsverfahren auf der Ebene des Prozesses verankert.

Im Prozess ist – unter Beachtung der Strukturgegebenheiten und Orientierung auf die Ergebnisqualität – die Art und Weise, wie die Behandlung erbracht wird, kontinuierlich zu reflektieren und ggf. zu modifizieren. Im Zentrum stehen die Prozessqualität betreffende Fragen danach, welche therapeutische Dichte und Strukturierungshilfen der Klient benötigt. Wesentlich ist dabei auch, dass Erfahrungen der Klienten aus früheren Rehabilitationsverfahren und Kontextmerkmale ihrer Erkrankung in den therapeutischen Prozessen der MOKO als wichtige Ressource erachtet werden. Auch Angaben aus dem sich im Verlauf befindlichen Behandlungsprozess in der MOKO selbst sind zu einer entscheidenden Referenz erhoben und relevant für weitere prozessbegleitende Indikationsentscheidungen.

Die Konzentration auf die Ebene des Prozesses unterstreicht damit gleichzeitig noch einmal das adaptive Verständnis der Zuweisung in die MOKO (vgl. Kap. 3.3). Das selektive Element der Zuweisungsentscheidung zu Beginn der Behandlung tritt hinter die adaptiven und differentiellen Strategien zurück,

die im weiteren Verlauf konzeptionell vorgesehen und als erforderlich angesehen werden, um bedarfsorientiert und passgenau zu behandeln.

6.1.5 Zusammenfassung

Die voranstehenden Ausführungen haben die spezifischen Qualitäten des MOKO-Indikationskriterienkataloges verdeutlicht. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Katalog als Reflexionsfolie für alle an der Behandlung Beteiligten dient und die Chance bietet, empirisch-pragmatisch Zuweisungsentscheidungen zu treffen und zu legitimieren. Die MOKO-Indikationskriterien bieten dabei vielfältige und breit gefasste Anknüpfungspunkte. Merkmale der Klienten, ihrer sozialen Integration, der Behandlungssettings und des Behandlungsprozesses sind einzelfallbezogen zur Begründung der Zuweisungsentscheidung heranzuziehen. Es lassen sich jedoch aus dem Katalog keine kausalen Begründungszusammenhänge ableiten, die algorithmisch Handlungs- und Entscheidungskonsequenzen nach sich ziehen und die Behandlungsplanung einer ambulante, (teil-)stationäre und adaptive Phasen umfassende Entwöhnungsbehandlung im Einzelfall begründen.

Mit den ICF-orientiert verfassten Indikationskriterien folgt die MOKO hier in ihren Grundlagen einem gesicherten Wissensbestand im Bereich der Rehabilitation von Abhängigkeitskranken. Mit Blick auf das Krankheitsverständnis bei Alkoholabhängigkeit sind auch funktionale Auswirkungen und Kontextfaktoren in die Interventionsplanung und -durchführung einzubeziehen. Damit einher geht in der MOKO eine stärkere Fokussierung auf die Ebene des Prozesses der Behandlung und dem Verständnis über die Zuweisungsentscheidung als Versuch einer Lösungskonstruktion.

6.2 Grenzen des Indikationskriterienkataloges

6.2.1 Zirkularität von Zuweisungsentscheidungen

Für die angemessene Einordnung der empirischen Ergebnisse ist es notwendig, die konstitutiven Bedingungen von Zuweisungsentscheidungen in den Blick zu nehmen. In ihren Grundlagen unterliegen Allokationsprozesse allgemein einer Zirkularität (vgl. Lindenmeyer 2008: 137). Sie basieren jeweils auf dem bestehenden Behandlungsangebot und den herrschenden Traditionen in den Einrichtungen, so dass Klienten entsprechend immer nur in diese bestehenden Konstellationen überführt werden. Zuweisungsentscheidungen und

Therapieplanungen reflektieren also immer auch das Ausmaß gegebener Ressourcen und sind gleichzeitig Ausdruck von Allokationsgewohnheiten.

Das Zirkularitätsproblem hat zur Folge, dass analytisch nicht befriedigend geklärt werden kann, worauf Unterschiede im Behandlungsaufwand, in den Behandlungsschwerpunkten und schließlich auch im Behandlungserfolg basieren. Es bleibt letztlich offen und ohne vollständigen Beleg, ob die empirisch vorfindbaren Zuweisungsentscheidungen hinsichtlich der Bedarfe der Klienten auf unterschiedlich zu charakterisierende Populationen zurückzuführen sind oder auf die therapeutischen Gegebenheiten und zur Verfügung gestellten Ressourcen.

Die Zirkularität der Zuweisung gilt im Prinzip auch für die MOKO. Auch der MOKO-Behandlungsverbund weist entsprechende Kulturen und Interdependenzen zwischen den beteiligten Einrichtungen auf, die die Zuweisungsentscheidung in die MOKO beeinflussen. Allerdings tritt dieses „klassische“ Zirkularitätsproblem in der MOKO in den Hintergrund. Der Indikationskriterienkatalog der MOKO besitzt andere Qualitäten als zu einer konventionellen Entscheidung anzuleiten (vgl. Kap. 6.1).

Die breiten Möglichkeiten der Zuweisung lassen sich nicht ohne weiteres auf eine kausal-analytische Entscheidung im Einzelfall fokussieren. Sie bieten aber einen Rahmen dafür, die Frage, was für einen Klienten zum gegenwärtigen Zeitpunkt die passgenaue Behandlung sein kann, im MOKO-Behandlungsverbund und gemeinsam mit den Behandlungspartnern zu thematisieren resp. zu entscheiden.

6.2.2 Einzelfallorientierung und aktuelle Prozesssteuerung

Die empirische Aufarbeitung der Indikationskriterien hat gezeigt, dass die besonderen Qualitäten und Leistungen der MOKO auf der Prozessebene angesiedelt sind (vgl. Kap. 6.1.4). Der Katalog der Indikationskriterien leitet dazu an, fortwährend auch im Behandlungsverlauf zu prüfen, wie sich die Klienten mit der Behandlung bzw. dem Behandlungsprozess arrangieren und wie ihre soziale Integration weiter gefördert werden kann. Dies geschieht mit Hilfe der ICF-Klassifikation.

Neben diagnostischen, klinisch-medizinischen Kriterien sind auch personenbezogene oder die soziale Umwelt betreffende Faktoren zur Bewertung der Gesamtsituation hinzuzuziehen. In der MOKO sind alle Behandlungsinhalte und -elemente je Klient in einer Therapieplanung sinnvoll miteinander zu

verknüpfen. Dem Auftrag medizinischer Rehabilitation entsprechend sind „alltagstaugliche stabile Lebensstiländerungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ zu initiieren, „die auf deren individuellen Voraussetzungen, Fähigkeiten und Möglichkeiten“ der Klienten basieren (vgl. DRV 2009b: 6).

In eine entsprechende Urteilsbildung durch Mediziner, Therapeuten oder Beratern fließen demnach individuelle Faktoren ein, die nicht Teil des eigentlichen Gesundheitsproblems oder Gesundheitszustands sind, aber diese beeinflussen. Da diese Faktoren als Teil des bio-psycho-sozialen Modells grundsätzlich anerkannt sind, jedoch gegenwärtig in der ICF noch ohne entsprechende Klassifikationssystematik ausgezeichnet bzw. nicht operationalisiert sind, entfallen Möglichkeiten, entsprechende Angaben im Sinne eines Assessments zu nutzen.⁹⁶ „Die ICF ist keine Klassifikation funktionaler Diagnosen, sondern mit ihr können funktionale Befunde und Symptome ... angegeben werden“ (Schuntermann 2003: 56).

Die ICF hilft also bei der Zergliederung sowie Betrachtung des Einzelfalls und vermittelt dadurch Informationen, die alle Behandlungsbeteiligten benötigen, um ein umfassendes Bild der funktionalen Gesundheit der Klienten zu erhalten. Der ICF-basierte Indikationskriterienkatalog dient in diesem Sinne der Prozesssteuerung in der MOKO. Durch die mit der „ICF-Philosophie“ einhergehende Sprache stellt er ein Kommunikationsmedium dar, um die multifaktoriellen Bedingungen der Behandlung von Alkoholabhängigkeit in der MOKO bearbeitbar zu machen.

Mit dieser Feststellung geht einher, dass die ICF den Begutachtungsprozess zwar unterstützen, nicht aber in einer eindeutigen Weise kausal begründen kann. Sie ermöglicht die Beschreibung des aktuellen Gesundheitszustandes, aber keine retrospektive oder prospektive Sicht auf ihn (vgl. Körner 2007). Die Indikationskriterien unterstützen somit die Handlungsorientierung innerhalb der MOKO, statistisch gesicherte und wahrscheinlichkeitstheoretisch untermauerte prognostische Aussagen lassen sich daraus jedoch nicht gewinnen. Insofern bedingt die Bezugnahme auf die ICF, dass die praktische Anwendbarkeit der Indikationskriterien im Rahmen der MOKO gesteigert wird,

96 Derzeit ist eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) und dem Fachverband Sucht (FVS) damit betraut, ein core set für den Bereich Abhängigkeitserkrankungen zu entwickeln. Nach einer Pilotstudie im Jahr 2009 soll in der nächsten Projektphase ein Delphi-Konsensusverfahren durchgeführt werden, um ein weit mehrheitlich akzeptiertes core set schließlich verabschieden zu können.

die Möglichkeiten, durch sie Entscheidungen ursächlich zu begründen, allerdings beschränkt sind.

6.2.3 *Vielfalt von Varianzquellen und Evidenzbasierung*

Die Entscheidungsmöglichkeiten, die das Rahmenkonzept der MOKO den beteiligten Verbundpartnern bietet, sind vielfältig. Setzt man die multifaktoriellen Bedingungen der Alkoholabhängigkeit dazu ins Verhältnis, werden die diversen Entscheidungssituationen und -ebenen für die Zuweisungsentscheidung in der MOKO plausibel. Diese Konstellation ist konstitutiv für die Komplexität der Zuweisungsentscheidung. Die in den empirischen Auswertungen dargelegte Heterogenität der Klienten und ihrer Bedarfe (vgl. Kap. 5) bestätigt damit einerseits die Gestaltungsspielräume, die die MOKO bietet und die durch die Therapeuten wahrgenommen wurden, sie ist andererseits aber auch Ergebnis der Optionenvielfalt des Kombi-Konzeptes.

Dennoch muss diese Varianz und die Vielfalt der Varianzquellen als Gewinn verstanden werden. Die ICF-Orientierung, die für diese Vielfalt ursächlich ist, führt dazu, dass das gesamte Bedingungsgefüge von Gesundheit, Krankheit und Konsequenzen der Krankheit für Aktivitäten und Teilhabe, Eingang in die Zuweisungsentscheidung finden. Eine derart umfassende Perspektive, wie sie die MOKO den Behandlungsbeteiligten also nahe legt, schließt ein, dass alle möglichen Einflussfaktoren der Behandlung von Alkoholabhängigen sowie Wechselbeziehungen untereinander im Blick bleiben und das biopsychosoziale Krankheitsmodell Beachtung findet.

Die Folge ist schließlich, dass sich aus den getroffenen Zuweisungsentscheidungen nur bedingt empirische Belege ableiten lassen, die einer statistischen Prognose und dem Paradigma der evidence-based medicine genügen. Diverse Klienten- und Behandlungsdaten sowie Kontextinformationen müssten in die Analyse einbezogen, die gegenseitig moderierenden Faktoren kontrolliert und geprüft werden, um Evidenzbasierung zu erreichen und schließlich eine Ursache-Wirkungsbeziehung zwischen Intervention, Interventionsziel und Population beschreiben zu können. Da aber die bisherigen Bemühungen der Suchtforschung entsprechende Belege für die konventionellen Behandlungsoptionen empirisch zu erbringen, nur wenig überzeugende und verwertbare Ergebnisse lieferten (vgl. Kap. 3), ist ein solches Vorhaben für den Bereich der MOKO zum gegenwärtigen Zeitpunkt ebenfalls nicht als ertragreich einzuschätzen.

Den alternativen Weg, die Zuweisungsentscheidung empirisch begründbar zu machen, bietet das Prinzip der Komplexitätsreduktion (vgl. Bauch 1996: 72). Allerdings stellt dieser Ansatz die Evidenzbasierung selbst bzw. die ihrer Maßstäbe in Frage.

Die Vielfalt an Behandlungsoptionen und Entscheidungsmöglichkeiten in der MOKO legt hinsichtlich der Evidenzbasierung nahe, sich nur mit einer Auswahl an Kriterien zu befassen. Dazu müsste die komplexe Intervention der MOKO in Einzelleistungen zerlegt bzw. die Begutachtung auf spezifisch interessierende Faktoren reduziert werden.

In der Konsequenz allerdings bringt das Verfahren der Komplexitätsreduktion mit sich, dass neue Fragen entstehen oder Antworten auf Fragen gegeben werden, die eingangs nicht relevant waren. Für die MOKO bspw. führt die selektive Betrachtung der einzelnen Behandlungsphasen weg von den grundlegenden Zielsetzungen, die sich mit dem kombinierten Ansatz verbinden. Die Verknüpfung ambulanter, (teil-)stationärer und adaptiver Phasen stellt das zentrale Merkmal der MOKO dar. Diese Qualität und die sich damit verbindende Logik innerhalb der Entwöhnungsbehandlung muss auch bei Zuweisungsentscheidungen und entsprechenden prognostischen Aussagen berücksichtigt werden. Insofern stellt der Ansatz der Komplexitätsreduktion keine Option für die MOKO dar, die Zuweisung in die MOKO zu „evidenzbasieren“.

6.2.4 Zusammenfassung

Die voranstehenden Ausführungen haben die Grenzen des MOKO-Indikationskriterienkataloges verdeutlicht. Das Potential des Kataloges muss differenziert bewertet werden. Als Instrument einer evidenzbasierten Zuweisungsentscheidung besitzt der Katalog methodologische Einschränkungen, die mit einem Mangel an objektiven, standardisierten Beurteilungsalgorithmen und seiner Konzentration auf den Behandlungsprozess zu begründen sind. Auf der anderen Seite ermöglicht er, aufgrund der Bezugnahme auf die ICF, damit jedoch die empirisch begründete Prozesssteuerung innerhalb der MOKO. Hier trägt er dazu bei, auf der Handlungsebene ein Verständnis darüber auszubilden, was es je nach Schweregrad sowie sozialen und personalen Faktoren für den einzelnen Klienten bedeutet, alkoholabhängig und in Behandlung zu sein, welche Einschränkungen des alltäglichen Lebens vorliegen und wie die Teilhabe gefördert werden kann.

6.3 Andere Wege der Systematisierung oder Standardisierung als Option

Über die Notwendigkeit von Orientierung bietenden Leitlinien und Klassifikationssystemen für die differenzierte Zuweisung besteht grundsätzlich Konsens, werden mit der entsprechenden Selektion von Klienten doch gleichzeitig Chancen zur Optimierung von Behandlungsprogrammen bzw. des Behandlungssystems eröffnet (vgl. Kap. 3). Knappe Ressourcen, die Anforderungen an eine wirtschaftliche Leistungserbringung und dem damit verbundenen effizienten Mitteleinsatz aller an der Rehabilitation Beteiligter – Kosten- und Leistungsträger wie Leistungserbringer – begründen insofern den Bedarf an strukturierten Vorgehensweisen für die Allokation.

6.3.1 Empirische Grundlagen

Dass die Zuweisungsentscheidung im Einzelfall jeweils Kenntnisse der Verhältnisse auf der Aggregatebene und damit statistisch belegbare Zusammenhänge erfordert, stellt ebenfalls gesichertes Wissen dar. Entsprechende Erkenntnisse verhindern, dass eine Versorgung nur intuitiv und aufgrund subjektiver und intransparenter Handlungsmaximen erfolgt. Algorithmen stellen dann Hilfsmittel für eine Annäherung an den Einzelfall dar (vgl. Langfeldt/Tent 1999: 19).

Einzelfallentscheidungen hingegen, die ohne Bezug auf eine solche rationale Grundlage getroffen werden, sind auch im Hinblick auf ein gerechtes, einheitliches und gesellschaftlich verantwortliches Handeln abzulehnen (vgl. Körner 2007: 208). Insofern sind auch Systematiken oder Klassifikationen für die MOKO notwendig und wünschenswert, um Entscheidungsoptionen und -korridore für die Zuweisung des Einzelfalls zu haben. Die Schwierigkeiten, die dies allerdings methodologisch zur Folge hat, wurden unter Kap. 6.2 diskutiert.

Gegenwärtig bieten unterschiedliche Formen oder Konzeptionen der Standardisierung Orientierung in der Rehabilitation von Alkoholabhängigen (vgl. Kap. 3). Leitlinien sind im Wesentlichen als „Soll-Anforderungen“ zu verstehen und fokussieren dabei auf die „durchschnittliche“ Klientenpopulation und Problemkonstellationen, für die Behandlungselemente empirisch-rational begründet werden. Auch die Leitlinie „Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ enthält hier entsprechende Angaben und nimmt explizit Bezug auf die Nachsorge im Rahmen stationär-ambulanter Sequenzbehandlungen,

d. h. Kombi-Behandlungen: Sie dienen der Aufrechterhaltung der Abstinenz nach vorausgegangener Entwöhnung, dem Transfer erzielter Veränderungen aus dem therapeutischen Setting in die Alltagssituation und sollen bei erneuten Rückfällen Hilfestellung leisten (vgl. Geyer u. a. 2006: 72, McKay 2001: 358). Es wird allerdings auch deutlich, dass empirisch abgesicherte Indikationskriterien, u. a. für Kombi-Behandlungen, noch zu entwickeln und – entsprechend den Anforderungen einer Leitlinie – im Konsensusverfahren abzustimmen sind.

Mittels Fallgruppensystemen, wie z. B. den RMK, wird hingegen angestrebt, Gruppen von Klienten mit gleichartigen Bedarfen und Anforderungen empirisch begründet zusammenzufassen, um das Leistungsgeschehen darauf abzustimmen. Auf diese Weise sollen Variationen und Spielräume im Behandlungsbedarf möglichst kleingehalten und therapeutische Prozesse effizient und bedarfsabhängig gesteuert werden.

Die Reha-Therapiestandards (vgl. DRV 2009b) gehen von evidenzbasierten Therapiemodulen aus, die im Sinne einer guten Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit zu erbringen sind. Im Fokus steht hier das rehabilitative Leistungsspektrum, welches den Klienten differenziert zugewiesen wird. Auch diese Konzeption hat die Gesamtheit aller Klienten im Blick und definiert, welcher Mindestanteil von Klienten einer Einrichtung welche Leistungen gemäß der ETM erhalten soll. Die ETM enthalten „keine Therapiealgorithmen für individuelle Behandlungsentscheidungen, sondern tragen dazu bei, das therapeutische Versorgungsgeschehen transparent zu machen, Defizite aufzudecken und eine den Anforderungen entsprechende, evidenzbasierte Versorgung mit therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation zu fördern“ (DRV 2009b: 5).

Gemeinsam ist diesen Systematiken die Orientierung an hinreichend geprüften statistischen Verfahren und dem Paradigma der wissenschaftlichen Evidenz. Ebenso beziehen sie sich allesamt, ob sie diagnostische Angaben, Wirksamkeitsnachweise oder Behandlungsbedarfe zum Ausgangspunkt ihres methodischen Designs haben, auf die Gesamtheit der Klienten, für die dann differentielle Bedarfe oder Behandlungsoptionen abgeleitet werden.

Sie setzen damit gleichzeitig auf Elemente, die in Teilen konträr zur MOKO stehen. In zentralen Bereichen gehen sie an den Zielsetzungen der MOKO vorbei bzw. sind (noch) nicht auf die Intentionen von Kombi-Behandlungen abgestimmt.

Das jeweilige Design der hier vorgestellten Leitlinien und Fallgruppensysteme erfordert eine Datenbasis, in der die Kombi-Behandlung bisher nur unzureichend berücksichtigt wird. Für die Konzeptionen der RMK sowie der Reha-Therapiestandards bspw. wurde zurückgegriffen auf Routinedaten aus dem Behandlungsprozess, hauptsächlich aus der Klassifikation therapeutischer Leistungen (vgl. DRV 2007b). Die KTL wird zwar auch im Rahmen der MOKO angewendet, allerdings werden separat für jedes Behandlungssetting Daten erhoben, nicht aber die Entwöhnungsbehandlung in ihrer Gesamtqualität als ambulant-(teil-)stationäre Kombi-Behandlung berücksichtigt. Das Konzept der RMK bezieht sich schließlich nur auf Daten aus dem stationären Setting (vgl. Spyra u. a. 2006: 318), die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung auf die stationäre oder ganztägig ambulante Behandlung (vgl. DRV 2009b: 6).

Aus Sicht der Kombi-Behandlung sind die methodischen Designs damit unzureichend. Sie lassen die therapeutischen Leistungen, die in den weiteren Behandlungsmodulen erbracht werden, außer Acht. Die Perspektive einer kombinierten, verschiedene Behandlungsphasen und -settings integrierenden Gesamtbehandlung, die die MOKO qualitativ auszeichnet, geht verloren.

Zwar werden auch im Rahmen der MOKO die erbrachten Leistungen gemäß KTL dokumentiert und auch die spezifischen Sondermodule können als therapeutische Leistung gemäß KTL verschlüsselt werden (vgl. Korte u. a. 2008: 59), allerdings tritt hier eine Dokumentationsproblematik zutage. Sowohl unter methodischen Gesichtspunkten, die Konstruktion der Fallgruppen betreffend, als auch im Hinblick auf die Legitimation der erbrachten Leistungen und die Qualität der Kombi-Behandlung, zeichnen die Daten der KTL ein verzerrtes Bild. Die KTL kann ausschließlich in dem aktuell bewilligten Behandlungssetting dokumentiert werden. Die Sondermodule Übergabegespräch und Intravision der MOKO sind aber Behandlungselemente, die jeweils von den Behandlungsbeteiligten der verschiedenen Settings gemeinsam erbracht werden. Die Einschränkungen bei der Leistungsdokumentation führen demnach dazu, dass nur unzureichende oder unvollständige Angaben über die im Rahmen von Kombinationsbehandlungen tatsächlich erbrachten Leistungen gemacht werden. Damit gerät bereits im Moment der Leistungsdokumentation eine wesentliche Qualität der MOKO aus dem Blick – kooperativ erbrachte Leistungen sind nicht als diese zu identifizieren.

Die bisher vorliegenden Ergebnisse zu den RMK legen zudem nahe, dass zwar unterschiedliche Bedarfsgruppen innerhalb einer Gesamtpopulation

differenziert werden können, jedoch keine gesicherten Erkenntnisse darüber vorliegen, wie sie jeweils optimal versorgt werden können (vgl. Lindenmeyer 2008: 139). Der Abgleich der Bedarfsgruppen und der tatsächlich erbrachten therapeutischen Leistungen zeigte, dass die Anzahl der durchgeführten Einheiten in verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen stark variiert. Klienten einer Bedarfsgruppe erhalten demnach je nach Einrichtung unterschiedliche therapeutische Leistungen (vgl. Lindenmeyer 2008: 139; Keck u. a. 2008: 100).

Die RMK dienen in ihrem derzeitigen Entwicklungsstand primär als Beleg von statistisch differenten Klientenfallgruppen, die unterschiedliche Bedarfe in der Behandlung anzeigen. Individuelle Therapieplanungen bzw. Zuweisungsentscheidungen für die MOKO lassen sich auf dieser Basis jedoch nicht ableiten. Dass die Belange der MOKO in diesem Kontext, wie beschrieben, besondere Anforderungen an eine Analyse und den empirischen Nachweis der erbrachten Leistungen nach sich ziehen, erschwert diese Aufgabe zusätzlich.

6.3.2 *Teilhabeorientierung*

Es muss außerdem konstatiert werden, dass die für die MOKO als derart zentral herausgearbeitete Referenzfolie ICF in den methodischen Grundlagen der Leitlinien oder Fallgruppensystematiken einen anderen Stellenwert besitzt. Die betrachteten Leitlinien und Fallgruppen leiten nicht über zu prozessrelevanten oder steuernden Handlungsoptionen für den Einzelfall, wie sie die MOKO in ihren Indikationskriterien einfordert (vgl. Kap. 6.1). Faktoren, die die Komplexität individueller Lebens- und Alltagsprobleme und die daraus resultierenden sozialen Bedingungen für den Einzelfall beschreiben, sind nicht oder nur in Ansätzen in die vorgestellten Systematiken einbezogen.

Die Leitlinie „Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ enthält die Zielbereiche der Methoden der Postakutbehandlung nach ICF-Domänen (vgl. DIMDI 2005: 9). Allerdings werden hier keine Differenzierungen in Bezug auf einzelne Behandlungssettings oder -rahmen, wie z. B. die Kombi-Behandlung, vorgenommen. Neben den „mentalenen Funktionen“ werden die Aktivitäten in den Domänen „Lernen und Wissensanwendung“, „Allgemeine Aufgaben und Anforderungen“, „Kommunikation“, „Mobilität“, „Selbstversorgung“, „Häusliches Leben“, „Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“, „Bedeutende Lebensbereiche“ und „Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben“ therapeutisch bearbeitet (vgl. Geyer u. a. 2006: 74). „Nicht berücksichtigt in dieser Tabelle sind die Umweltfaktoren, weil diese

in der Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen mit wenigen Ausnahmen nicht primär beeinflusst werden. Ebenfalls nicht in der Tabelle berücksichtigt sind personale Faktoren, weil diese bisher in der ICF nicht ausreichend differenziert sind“ (Geyer u. a. 2006: 75).

Die RMK genauso wie die Reha-Therapiestandards nehmen hinsichtlich ihrer Konzeption Bezug auf die ICF und das bio-psycho-soziale Modell von Krankheit und Gesundheit. Für die Entwicklung der Reha-Therapiestandards gilt, dass „diejenigen Therapien berücksichtigt (wurden), die sich aus dem bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit und Gesundheit ergeben“ (DRV 2009b: 6). In der Konstruktion der RMK wurden Assessments eingesetzt, „die geeignet sind, im Vorfeld oder zu Beginn der Rehabilitation Bedarfsgruppen zu identifizieren. Es handelt sich hierbei um reha-spezifische (das sind vor allem auf die Körperfunktionen/-strukturen und auf die Aktivitäten in einem bio-psycho-sozialen Kontext bezogene), generische sowie um störungsspezifische bzw. diagnosebezogene Assessments ...“ (Spyra u. a. 2006: 320).

In beiden Konzepten ist jedoch die Ebene der Integration und Teilhabe unter Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren vernachlässigt. Im Vordergrund stehen jeweils – gemäß dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF – Kriterien der somatischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigung.

Dass ihre Berücksichtigung jedoch bei einer Krankheit wie Alkoholabhängigkeit notwendig ist und darüber hinaus mit der ICF-Systematik auch strukturell Relevanz erhalten hat, wurde schon ausgeführt (vgl. Kap. 1). Diese Folgerung verweist auf ein Dilemma und führt die Aufgabe der Zuweisungsentscheidung in der MOKO inhaltlich weg von statistisch belegten Zusammenhängen in Klassifikationssystemen oder anderen standardisierten Instrumenten.

Die voranstehenden Ausführungen deuten darauf hin, dass die Entwicklung angemessener, im besten Fall auch algorithmisch funktionierender Instrumentarien für Kombi-Behandlungen eine wichtige Zukunftsaufgabe darstellt. Derzeit gängige Konzepte, die die Zuweisung in Behandlungsangebote systematisieren, müssen besser auf die Anforderungen von Kombi-Behandlungen abgestimmt werden (vgl. Kap. 6.5), um wirtschaftlich und bedarfsbezogen, gerechte und einheitliche Zuweisungsentscheidungen treffen zu können.

Auf diese Weise würde den Überlegungen Sacketts u. a. zur Evidenzbasierung dann auch für die MOKO entsprochen werden können. Evidenz ist die

Wirksamkeit und Balance zwischen Evidenz, Erfahrung und Wertungen in der Realsituation: „Evidence based medicine is not ‚cookbook‘ medicine. Because it requires a bottom up approach that integrates the best external evidence with individual clinical expertise and patients' choice, it cannot result in slavish, cookbook approaches to individual patient care. External clinical evidence can inform, but can never replace, individual clinical expertise, and it is this expertise that decides whether the external evidence applies to the individual patient at all and, if so, how it should be integrated into a clinical decision” (Sackett u. a. 1996).

6.4 Impulse für die Praxis

Die Ausführungen zeigen Konsequenzen für die Praxis der MOKO und den Umgang mit dem Indikationskriterienkatalog auf.

Zuweisungsentscheidungen sind – so konnte gezeigt werden – nur unter Rekurs auf die Rahmenbedingungen von Behandlungsangeboten sowie die dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen zu treffen und sind stets Ergebnis eines komplexen therapeutischen Prozesses zwischen Behandler und Klient. Leitlinien oder Klassifikationssysteme helfen grundsätzlich dabei, das Vorgehen begründbar und transparent zu machen. Für einen komplexen Behandlungsansatz wie die MOKO fehlen allerdings entsprechende Systematiken derzeit noch. Der Katalog der MOKO-Indikationskriterien unterstützt als Reflexionsfolie die Prozesssteuerung der Kombi-Behandlung.

Für die Praxis der MOKO bedeutet dies, die therapeutische Arbeit an dieser Stelle zu intensivieren. Die individuelle Therapieplanung und Zuweisungsentscheidung muss zu einem durch alle Beteiligten – Behandler und Klienten – diskursiv ermittelten Leistungsangebot bzw. Behandlungsplan weiterentwickelt werden. Mit Lindenmeyer sind dabei folgende Fragen als wesentlich anzusehen: „Was wären für diesen Patienten die idealen Behandlungsangebote? Zu welchen Behandlungsangeboten ist der Patient bereit? In welchem Zeitraum können die gewünschten Behandlungsangebote zur Verfügung gestellt werden? Wie spricht der Patient auf die vereinbarten Behandlungsangebote im weiteren Verlauf an?“ (2008: 142).

Diese Fragen gehen in ihrer Intention in die gleiche Richtung wie die Indikationskriterien der MOKO. Neben diagnostischen Angaben der Alkoholabhängigkeit und psychosomatischer Folgeprobleme, sind bei der Behandlungsplanung und Zuweisung insbesondere auch Aspekte des aktuellen Behand-

lungsprozesses und auch die lebens- bzw. krankheitsgeschichtlich bedingte Situation des Klienten zu beachten. In der Praxis akzentuiert eine solche Perspektive auch auf eine Anpassung der Arbeitszusammenhänge und Zuständigkeiten in den Suchthilfeeinrichtungen, tendenziell auch auf ein verändertes Aufgaben- und Rollenverständnis der beteiligten Professionen (vgl. Kap. 1). Mediziner, Psychologen und Therapeuten müssen gemeinsam neue Entscheidungs- und Aushandlungsprozesse vollziehen und Behandlungspläne permanent auf die Lebenswirklichkeit der Klienten hin abstimmen. Die Berücksichtigung (sozial-)pädagogischer Perspektiven in diesen Entscheidungsprozessen ist evident, die Dominanz diagnostischer und statusbezogener somatischer Kriterien bei Überlegungen zur Zuweisung und Behandlungsplanung wird zugunsten einer Alltagsorientierung der Behandlung und einem der ICF entsprechenden funktionalen Verständnis von Gesundheit abgeändert.

In der Praxis der MOKO setzen solche Diskurse und veränderten Arbeitsprozesse voraus, dass die jeweiligen Behandlungsverbände einen entsprechenden Qualitätsentwicklungsprozess vollziehen. Das Rahmenkonzept der MOKO hält mit den Sonderbausteinen „QZ/Intravision“ und „Übergabegespräch“ bereits Foren vor, die zu Umsetzung dieses Anliegens beitragen können. Die MOKO-Indikationskriterien können in diesem Rahmen unmittelbar und regelmäßig in die Reflexionen über die Zuweisungsentscheidung einbezogen werden.

Wesentlich aber ist die Auseinandersetzung im Therapieverbund über die zur Verfügung stehenden Ressourcen und die setting- bzw. einrichtungsabhängige Erfolgsaussicht der Behandlung. Nicht auf der Aggregatebene oder für den Therapieverbund allgemein, sondern für jede der beteiligten Einrichtungen muss intern dargelegt werden, welche therapeutischen Schulen, Behandlungstraditionen, -schwerpunkte usw. verfolgt werden und mit welcher Erfolgsaussicht dies geschieht (vgl. Kap. 3.1).

Auf diese Weise lassen sich verbundintern Zuweisungsentscheidungen überprüfen und die Passung von Klienten und therapeutischem Leistungsangebot verbessern. Die Zuweisungsentscheidung und Behandlungssteuerung kann dann im weiteren Verlauf z. B. davon abhängig gemacht werden, ob eine Einrichtung über die geeignete Ausstattung verfügt, die für den Klient als prognostisch günstig gilt.

Diese Transparenz dient gleichzeitig auch der Differenzierung und Spezialisierung der Leistungsangebote im Therapieverbund insgesamt. Für einen MOKO-Therapieverbund lassen sich auf Basis einer solchen Begutachtung rationale Argumente dafür finden, die Angebote einrichtungsintern auszuweiten, sich auf einige wesentliche zu konzentrieren oder aber auf andere mangels Nutzen zu verzichten.

Diese Form der Qualitätsentwicklung kann dann wiederum auf den Gesamtverbund ausstrahlen. Sie erweitert die Behandlungsoptionen und Versorgungssituation qualitativ und lässt sich auch gegenüber Kosten- und Leistungsträgern argumentativ verwenden. Ein zusätzlicher Bedarf an Ressourcen, den entsprechende Spezialisierungen erforderlich machen würden, kann dann mit Blick auf den prognostizierten Erfolg legitimiert werden.

Schließlich lässt sich aus diesem Zusammenhang auch Entwicklungsbedarf ableiten für den Bereich der Dokumentation und Statistik. Die in der Suchthilfe bestehenden Dokumentationssysteme sind bisher nicht auf kombinierte Rehabilitationsangebote ausgerichtet. Sie fokussieren stattdessen hauptsächlich einrichtungs- und settingspezifisch auf Angaben zur Leistungserbringung und zu Behandlungserfolgen. Dadurch ist eine umfassende Bewertung einer vernetzten Entwöhnungsbehandlung nicht ohne weiteres möglich. Es bedarf daher der Operationalisierung von spezifischen Merkmalen von Kombi-Behandlungen, d. h. der Entwicklung von Kombi-Parametern. Kombi-Behandlungen können dann ihren Rahmenbedingungen entsprechend verschlüsselt werden, die Daten als Standardstatistiken ausgewiesen und ins Verhältnis zu konventionellen Leistungsangeboten gesetzt werden.

Darüber hinaus lässt sich ein Bedarf für die Verbesserung der statistischen Erfassung konventioneller Leistungsangebote ableiten. Durch die Begleitforschung zu Kombi-Behandlungen konnten jeweils die individuellen Behandlungspfade der Klienten nachvollzogen werden, z. B. der Wechsel vom (teil-)stationären in das poststationäre ambulante Modul. Dies ist bei konventionellen Leistungen derzeit anders bzw. nicht ohne weiteres möglich. In Routinedaten, wie bspw. der Deutschen Suchthilfestatistik, kann nicht nachvollzogen werden, welche Klienten konkret die ambulante Weiterbehandlung empfohlen bekommen und diese tatsächlich auch in Anspruch genommen haben. Die vorliegenden Daten bleiben hier auf der Aggregatebene. Eine Verknüpfung der Behandlungsergebnisse und Leistungsdaten je Behandlungssetting ist nicht möglich. Dies wäre jedoch im Hinblick auf die Milderung von Schnittstellenproblematiken, welche die Behandlungswechsel generell kennzeichnen

(vgl. Kap. 2.4), von Vorteil, könnten doch Qualitätsentwicklungsprozesse an eine genauere Analyse der Wechselsituationen angeschlossen werden.

6.5 Weiterer Forschungsbedarf

Der Nutzen der Indikationskriterien der MOKO liegt, wie dargestellt wurde, in ihrer Offenheit und in der Optionenvielfalt für die Gestaltung der MOKO. Dies erübrigt jedoch nicht, sich weiterhin mit der empirischen Absicherung der Zuweisungsfrage zu befassen. Die Beschäftigung mit Indikationskriterien stellt laut Künfer vielmehr eine Daueraufgabe dar, die sich „immer wieder neu stellt, wenn sich das jeweilige Behandlungssystem, dessen Rahmenbedingungen und das gesicherte Indikationswissen geändert haben oder neue Therapieansätze entwickelt werden“ (2000: 57).

Die hier vorliegenden Ergebnisse legen nahe, mehr über die Therapiegeschichten der Klienten in Erfahrung zu bringen, damit die Indikationskriterien spezifiziert werden können. Es bietet sich an, dies mit Ansätzen der Prozessforschung zu tun, denn die Qualität der Kombi-Behandlung kann nur umfassend bewertet werden, wenn über die Dimensionen der Struktur- und Ergebnisqualität hinaus auch die Ebene des Behandlungsprozesses berücksichtigt wird.

Der Bedarf für Prozessuntersuchungen begründet sich auch daher, dass Ansätze, die darauf zielten, das Allokationsproblem empirisch zu fassen, bislang noch keine gesicherten Erkenntnisse hervorbringen konnten. Es gelang bisher nicht, prognostische relevante Belege für eine differenzielle Indikation und Effizienz der Behandlung im Einzelfall abzuleiten. Insofern lässt eine Untersuchung der Mechanismen und Techniken, die die therapeutischen Prozesse der MOKO charakterisieren, neue Erkenntnisse erwarten.

Ein entsprechender Untersuchungsansatz ließe sich für die MOKO, z. B. im Zusammenhang mit dem MOKO-Berichtswesen (vgl. Kap. 2.3), konzipieren. Das Berichtswesen enthält in seinem freien Teil bereits eine Vielzahl von Informationen, die einen Erklärungsbeitrag zum Zuweisungs geschehen der MOKO leisten können. Es besitzt für den nicht standardisierten Teil des ärztlichen Entlassungsberichtes eine Gliederung, die den Vorgaben der Rentenversicherungsträger zur Dokumentation umfassender anamnestischer Angaben und Befunde, der aktuellen Beschwerden und funktionellen Einschränkungen, der Rehabilitationsziele, -verläufe und -ergebnisse entspricht (vgl. VDR 2001, DRV 2009a).

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der MOKO (vgl. Korte u. a. 2008) wurden zusätzlich Ausfüllhinweise für die Berichtsvorlage erarbeitet, die Bezug nehmen auf Prozessmerkmale des Peer Review-Verfahrens der Deutschen Rentenversicherung (vgl. VDR 2004) und die Anforderungen der ICF-Klassifikation (vgl. DIMDI 2005). Diese Berichtsstruktur dient der umfassenden Dokumentation aller behandlungsrelevanten Aspekte und der Erstellung eines von Modul zu Modul fortgeschriebenen gemeinsamen Abschlussberichtes aller Behandler. In der Behandlungspraxis hilft dieses abgestimmte Vorgehen dabei, Doppelarbeiten im Bereich der Dokumentation zu vermeiden sowie bereits vorliegende Informationen zwischen den Behandlern auszutauschen und damit Ressourcen besser zu nutzen (vgl. Korte u. a. 2008: 67ff.).

Dieser Pool an Informationen zu medizinischen, psychologischen und psychotherapeutischen Aspekten könnte bspw. im Rahmen von Dokumentenanalysen im Hinblick auf zuweisungs- und prozessrelevante Kriterien untersucht werden. Eine solche Dokumentenanalyse würde insbesondere auch die Perspektiven der (sozial-)pädagogisch geschulten Suchttherapeuten herausarbeiten, da sie diejenigen sind, die im Behandlungsprozess regelmäßig das Berichtswesen bearbeiten. In diesem Kontext könnten zweckmäßige Ergänzungen für den Indikationskriterienkatalog der MOKO erarbeitet werden.

Das MOKO-Berichtswesen stellt somit eine weitere Möglichkeit, das Thema Zuweisung empirisch zu untersuchen. Wesentliche Fragen wären in diesem Zusammenhang, welche Einschätzungen über das ideale Behandlungsangebot die Klienten besitzen, wie die Bereitschaft und schließlich die Compliance dazu im weiteren Verlauf ausfallen.

Weiter könnten interaktive Sequenzen der MOKO, z. B. die Übergabegespräche oder Sitzungen des QZ/der Intravision (vgl. Kap. 2.2), mittels eines prozessorientierten Forschungsansatzes daraufhin untersucht werden, ob und wie sich die therapeutische Arbeit und die Beziehung zwischen Therapeuten und Klienten gestaltet.⁹⁷ Interessierende Fragestellungen sind hier, wie sich die Interaktion zwischen Klienten und Therapeuten wechselseitig darstellt und

97 Anders als der Untersuchungsansatz „Evaluation eines Videokonferenzsystems im Rahmen der Rehabilitation von Suchtkranken im Verbundsystem“, den der Verein zur Förderung der Rehabilitation in Niedersachsen und Bremen e. V. realisiert (vgl. VFRNB 2010), würden auf diese Weise zunächst grundsätzlichere Fragestellungen in den Blick genommen werden und Erkenntnisse über den therapeutischen Prozess und die Beziehung zwischen Klienten und Therapeuten gesammelt werden.

im Hinblick auf die Kooperation der beteiligten Behandlungssettings zu fördern ist.

Auch wenn aufgezeigt werden konnte, dass der Anspruch an eine Algorithmus-basierte Zuweisungsentscheidung für die MOKO bisher nicht einzulösen ist, ist die Arbeit an entsprechenden Konzepten dennoch wesentlich. Angemessene, auf logischen Regeln basierende Beurteilungsinstrumente sind im Hinblick auf ein gerechtes, einheitliches und möglichst evidenzbasiertes Verfahren unersetzlich. Nur auf einer solchen Grundlage kann therapeutisches Vorgehen, welches auf einer Urteilsbildung im Abgleich von objektiven und subjektiven Gesichtspunkten beruht, „vernünftig“ begründet und für Dritte nachvollziehbar, aber auch kritisch zur Diskussion gestellt werden.

Einen wesentlichen Beitrag zu einer Evidenzbasierung in diesem Sinne könnte die Berücksichtigung von Ansätzen der Kombinationsbehandlung auch in der Entwicklung der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) leisten.

Da die therapeutischen Leistungen der MOKO ebenfalls gemäß KTL erhoben werden und somit für eine Untersuchung zur Verfügung stehen, können sie auch in den Ansatz der Reha-Management-Kategorien integriert werden. Auf diese Weise ließe sich der Behandlungsbedarf in der MOKO empirisch ermitteln und mittels statistischer Verfahren Gruppen von Klienten unterteilt werden. Daran anschließend können Zuweisungsverfahren auf eine bessere empirische Grundlage gestellt werden, da Therapieverbünde intern, anhand der gegebenen Behandlungsressourcen, ihre Zuweisungsentscheidungen und -gewohnheiten überprüfen können. Im Sinne der Qualitätssicherung und Steigerung des Behandlungserfolges könnte auf diese Weise die Zusammensetzung der Klientenschaft inhaltlich überprüft und gesteuert werden.

Da das Konzept der MOKO gemäß der „ICF-Philosophie“ darauf zielt, die Zuweisungsentscheidung nicht nur an der Pathologie der Klienten, sondern vielmehr auch an den Symptomenlagen und individuellen Lebensgeschichten, den Teilhabeoptionen und -bedingungen auszurichten (vgl. Stachowske 2008: 29ff.), eröffnet der Ansatz der ICF hier neue Möglichkeiten. Zwar bietet die ICF selbst derzeit keine Verknüpfungssystematik, allerdings werden die für den Bereich Abhängigkeitserkrankungen wesentlichen ICF-Items derzeit im

Rahmen eines Pilotprojektes zu einem core set zusammengestellt.⁹⁸ Mit Hilfe dieses core sets können Klienten künftig besser beschrieben und die ICF-Domänen empirisch festgehalten werden, so dass im weiteren Verlauf eine Überführung in ein Assessmentinstrument angestrebt werden kann (vgl. Schuntermann 2003).

Unter der Perspektive der ICF sind die MOKO-Indikationskriterien schon heute als richtungsweisender Ansatz zu verstehen, eine vernetzte Behandlungsplanung zu realisieren.

98 Core sets sollen die ICF für die Rehabilitation anwendbar machen, indem aus der Gesamtheit der ICF-Kategorien die je Indikation relevanten vorausgewählt werden. In einer ersten Befragung wurden bereits 1424 Items der ICF in Bezug auf ihre Wichtigkeit für Screening oder Indikation eingeschätzt, im Rahmen eines Delphi-Konsensusverfahrens soll das mehrheitlich akzeptierte core set schließlich verabschiedet werden (vgl. DIMDI 2010a).

7 **Fazit**

In Kapitel 1 wurde das Bedingungsgefüge von Alkoholabhängigkeit sowie dem versorgungssystemischen Umgang grundlegend erarbeitet. Herausgestellt wurde dabei die disziplinübergreifende, ganzheitlich orientierte Perspektive auf das Problem der Abhängigkeit und in den Interventionen.

Kapitel 2 beschäftigt sich ausführlich mit Kombi-Behandlungen als einem neuen Ansatz in der Rehabilitation von Alkoholabhängigen. Es konnte gezeigt werden, dass kombinierte Rehabilitationsangebote organisatorisch-konzeptionell wie auch vor dem Hintergrund der Bedarfe und Bedarfslagen von Betroffenen einem modernen Krankheits- und Behandlungsverständnis von Alkoholabhängigkeit entsprechen und damit das Angebot an konventionellen Leistungen der Entwöhnungsbehandlung sinnvoll ergänzen.

Verschiedene Optionen, Zuweisungsverfahren bei Rehabilitationen zu handhaben, wurden in Kapitel 3 diskutiert. Herausgearbeitet wurde, dass systematische Konzeptionen für die Zuweisung in Kombinationsbehandlungen bisher fehlen und herkömmliche, gegebene Zuweisungsmodelle oder Klassifikationssysteme, an denen im Bereich der Gesundheitsversorgung auf vielen Ebenen gearbeitet wird, Kombi-Angebote in ihrer Logik und Ausrichtung nicht berücksichtigen. Die im Expertenkonsens entwickelten Indikationskriterien der MOKO (vgl. Kap. 3.4) stellen insofern einen ersten, geeigneten Ansatz für die Zuweisung in Kombi-Behandlungen dar, der im Fortgang der Arbeit geprüft wurde.

Kapitel 4 enthält grundlegende Ausführungen zu den Zielen der empirischen Untersuchung und der Forschungsmethodik, die Operationalisierung und Auswertung zu den Indikationskriterien der MOKO folgte schließlich unter Kapitel 5.

In Kapitel 6 wurden die empirischen Ergebnisse kritisch diskutiert und im Hinblick auf ihren Erklärungsbeitrag zu Möglichkeiten und Grenzen systematisierter Zuweisungsentscheidungen in der Modularen Kombinationsbehandlung gewürdigt. Zwar unterstützt der MOKO-Indikationskriterienkatalog

keine algorithmisch begründbaren Zuweisungsentscheidungen, aber er dient im Sinne einer Reflexionsfolie der Lösungskonstruktion für die zu realisierende Entwöhnungsbehandlung und fördert, insbesondere durch den Rekurs auf die ICF, die Prozesssteuerung im Verlauf der Kombi-Behandlung.

Letztlich konnte empirisch belegt werden, dass die Zuweisungsentscheidung in die MOKO originär ein individueller Prozess zwischen Therapeuten und Klienten bleiben muss. Sie ist eine therapeutisch zu bewerkstelligende Aufgabe und das Produkt eines diskursiven Prozesses zwischen Klienten und Therapeuten. Hinzu kommt, dass Kombi-Behandlungsmodelle wie die MOKO aufgrund ihrer Rahmenbedingungen und Intentionen die Ebene des Behandlungsprozesses in besonderer Weise betonen. Die Indikationskriterien der MOKO verdeutlichen dieses in spezifischer Weise. Therapeuten werden durch sie dazu angeregt, gemeinsam mit ihren Klienten die nächsten Schritte im Behandlungsverlauf zu antizipieren. Prognosen, die auf das Ende der Behandlung gerichtet sind, spielen dabei eine untergeordnete Rolle. Damit fokussieren die Indikationskriterien der MOKO anders als systematische Zuweisungskonzeptionen, die allein auf die Steuerung des Versorgungsgeschehens ausgerichtet sind.

Ihrer Logik entsprechend bieten die Indikationskriterien der MOKO einen modernen Ansatz für das Problem Alkoholabhängigkeit und seine rehabilitative Bearbeitung. Die individuell-komplexen Kontexte – somatisch, psychosomatisch wie auch sozial – der Abhängigkeitserkrankung werden versteh- und verarbeitbar und können in die Behandlungsplanung und ein soziales Behandlungsmodell gefasst werden. Damit legt die MOKO ein modernes Verständnis für Alkoholabhängigkeit und ihre Behandlung zugrunde. Zum einen sind multidisziplinäre Behandlungspartnerschaften, bestehend aus Vertretern der Medizin, Psychologie, Psychotherapie, Ergotherapie, (Sozial-) Pädagogik oder auch Pflege inklusive der Klienten selbst, aktiv in die Gestaltung der Behandlung einbezogen. Zum anderen ermöglicht sie eine ganzheitlich orientierte kontinuierliche Behandlung, die die Dynamiken des Lebens der betroffenen Person aufgreift und als Einflussgröße – für die Erkrankung, aber vor allem auch in der Behandlung – versteht. In dieser Hinwendung zu der Lebenswirklichkeit der Betroffenen liegt die besondere Qualität der Indikationskriterien der MOKO. Sie sind die Wegbereiter für die Gestaltung einer Behandlungsleistung, welche die Bedarfe der Betroffenen bei der Bewältigung und Behandlung ihrer Alkoholproblematik konsequent in den Blick nimmt. Sie dienen damit der Gestaltung effektiver und effizien-

ter Versorgungsstrukturen, die individuell, aber vor allem auch gesellschaftlich helfen, die gesundheitsschädlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums einzudämmen.

Mit Blick auf die Systematisierung der Zuweisungsentscheidung mittels des Kriterienkataloges konnten Potentiale und Entwicklungsoptionen aufgezeigt werden. Für Forschung und Praxis zur Kombi-Behandlung bleibt die Zukunftsaufgabe, einen praktischen Gestaltungsvorschlag zu entwickeln, der hilft, die Zuweisungsfragen der MOKO bedarfsgerecht, individuell und klinisch-somatisch wie auch mit Blick auf Behandlungsressourcen und -aufwand, zu beantworten. Dass hierbei die besonderen Leistungen der MOKO als moderne, kontextorientierte und ICF-gestützte Behandlung berücksichtigt werden, stellt einerseits eine besondere Herausforderung dar. Es birgt andererseits aber die Chance, die Zuweisungsentscheidungen innerhalb der entsprechenden Behandlungsverbände transparent zu machen, mit Blick auf die interne Qualitätssicherung zu überprüfen und sie damit im weiteren Verlauf und für das gesamte Behandlungssystem zu profilieren.

Abschließend sei darauf verwiesen, dass die zwischenzeitlich erfolgte Weiterentwicklung der MOKO und der EVS zu einem gemeinsamen neuen Kombi-Behandlungsmodell, der Kombi-Nord (vgl. Kap. 2.2), die Relevanz der Beschäftigung mit der Zuweisungsfrage keineswegs überflüssig macht, sondern sie noch einmal unterstreicht. Wie im Verlauf dieser Arbeit gezeigt werden konnte, wurde das Thema insgesamt bisher nur fragmentarisch bearbeitet (vgl. Kap. 2), so dass sich Fragen zur Zielgruppe für Kombi-Behandlungen und zu der Zuweisungsentscheidung weiterhin und auch für die Kombi-Nord stellen. Das Konzept der Kombi-Nord enthält hinsichtlich der Zuweisungsentscheidung folgende Maßgabe: „Bei der Indikationsstellung ist es wichtig, nicht nur wie bisher gewohnt, querschnittsorientierte Diagnosen aus dem Repertoire der gebrauchstüblichen Klassifikationen zu verwenden, sondern auch Längsschnittbetrachtungen aus der Lebens- und Krankheitsgeschichte hinzuzuziehen“ (DRV Braunschweig-Hannover/Nord/Oldenburg-Bremen 2009: 4). Die Kombi-Nord differenziert dabei mit Blick auf die Zuweisungsentscheidung drei Ebenen – die Primärindikationen, die die Alkohol- und Drogenabhängigkeit spezifizieren, die Sekundärindikationen, die die begleitenden Krankheits- oder Störungsbilder umfassen, und die klinisch phänomenologische Indikationen, die inhaltlich übereinstimmend mit den Indikationskriterien der MOKO auf die Betrachtungen der Lebens- und

Krankheitsgeschichte zielen (vgl. DRV Braunschweig-Hannover/Nord/Oldenburg-Bremen 2009).

Anhand dieser Bestimmungen werden die „Kristallisationspunkte“ für Aushandlungsprozesse um Zuweisung und Behandlungsplanung im Rahmen von Kombi-Behandlungen deutlich. Die Schnittstellen, die sich aus der Anforderung zur Aushandlung medizinischer, psychotherapeutischer und sozialer Perspektiven auf die Zuweisung ergeben, sind die, die auch in der MOKO von Bedeutung sind. Sie tragen schließlich dazu bei, dass die Zuweisungsentscheidung nicht allein auf klinische Befunde, Störungen und den aktuellen psychosomatischen Zustand orientiert ist, sondern ein höheres Maß an Rationalität erreicht, legt man zugrunde, dass die Integration und Teilhabeförderung der Betroffenen stets den Mittelpunkt der Behandlungsbemühungen bilden muss.

Insofern können die in dieser Arbeit dokumentierten Ergebnisse zum Zuweisungsverfahren in der Modularen Kombinationsbehandlung die Weiterentwicklung von Kombi-Behandlungen in der Suchthilfe inhaltlich fördern und qualitativ bereichern.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt., erweiterte Herausgabe von Franke, A. Tübingen: dgvt
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2005): Wissenschaftlich begründete Leitlinien für Diagnostik und Therapie der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. URL: <http://leitlinien.net/> [03.05.2005]
- Arbeitsgruppe (AG) Devianz der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg/ Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover/Diakonie Wolfsburg/ Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH/Trägerverbund Reha Sucht Hannover (Hrsg.) (2007): Der Vorlagenreader (online). URL: <http://oops.uni-oldenburg.de/volltexte/2008/26/> [11.06.2010]
- Arend, H. (1999): Indikationskriterien in der ambulanten Therapie Abhängigkeitskranker. In: Sucht aktuell 1, S. 4–17
- Aßfalk, R. (1997): Vorwort. In: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (Hrsg.): Die Kunst der Indikation. Entscheidungsprozesse in der Rehabilitation Suchtkranker. Geesthacht: Neuland, S. 5–7
- Bachmeier, R. (2002): Ergebnisqualität der stationären Suchtrehabilitation. In: Sucht aktuell 2, S. 67–70
- Backhaus, K./Erichson, B./Plinke, W./Weiber, R. (2008): Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung. 12., überarb. Aufl. Berlin u. a.: Springer
- Bauch, J. (1996): Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Weinheim, München: Juventa
- Baumann, U./Wedel, W. (1981): Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich. In: Baumann, U. (Hrsg.) (1981): Indikation in der Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg

- Bönner, K. H. (2000): Individualisierung der Behandlung Abhängigkeitskranker. Entwicklung und Perspektiven. In: Fachverband Sucht (2000): Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. Bd. 23. Geesthacht: Neuland
- Bossong, H. (1996): Professionalität Fehlanzeige. In: Socialmanagement 2, S. 32–33
- Bossong, H. (1997): Drogenhilfe in Deutschland – ein Überblick. In: Bossong, H./Gölz, J./Stöber, H. (Hrsg.) (1997) Leitfaden Drogentherapie. Frankfurt/Main u. a.: Campus, S. 19–33
- Bottlender, M./Soyka, M. (2005) Projektentwicklung von Leitlinien der Rehabilitation von Patienten mit Alkoholabhängigkeit: Überblick über Studien zur Effektivität verschiedener Interventionen (Zwischenbericht). Leitlinien für die Indikationsstellung von therapeutischen Maßnahmen innerhalb stationärer Rehabilitationsprogramme für Patienten mit Alkoholabhängigkeit (online). URL: <http://www.sucht.de/leitlinien/anlage2.pdf> [22.06.2007]
- Brüggemann, S./Klosterhuis, H./Köhler, J. (2004): Leitlinien in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In: Sucht aktuell 2, S. 55–58
- Bühringer, G. (1997): Wer stellt wann und wo die Indikation – und für wen? In: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) (Hrsg.): Die Kunst der Indikation. Entscheidungsprozesse in der Rehabilitation Suchtkranker. Geesthacht: Neuland, S. 9–22
- Bühringer, G. (2006): Allocating treatment options to patient profiles: clinical art or science? In: Addiction 101 (2006) 5, S. 646–652
- Bühringer, G./Lindenmeyer, J. (2007): Different answers to challenging questions. In: Addiction 102 (2007) 6, S. 863–869
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2006): ICF – Praxisleitfaden 1. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt am Main
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) (2005): Indikationsstellung in der Suchttherapie (online). URL: www.suchthilfe.de/Daten&Fakten/aktuell/indikation.htm [07.03.2005]

- Bürkle, S. (2004): Die Anforderungen an die so genannte ‚Nachsorge‘ in der Suchthilfe wachsen – eine thematische Einführung. In: Bürkle, S. (2004): Nachsorge in der Suchthilfe. Freiburg: Lambertus, S. 14–27
- Büssing, A. (1992): Organisationsstruktur, Tätigkeit und Individuum. Untersuchungen am Beispiel der Pflegetätigkeit. Bern: Huber
- Büssing, A./Glaser, J. (2003): Mitarbeiter- und Klientenorientierung im Gesundheitswesen. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 47 (2003) 4, S. 222–228
- Caplan, Gerald (1964): Principles of preventive psychiatry. New York, London: Basic Books
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) (Hrsg.) (2007): Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland (online). URL: www.suchthilfe.de/themen/stellungnahme_leitlinie070122.pdf [04.10.2007]
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) (2001): Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. In: Sucht 47 (2001) Sonderheft 2
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)/ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2003): Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen. In: Sucht 49 (2003) 3, S. 147–167
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)/ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2004): Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. In: Sucht 50 (2004) 2, S. 102–112
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2003): Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Bd. 1 (online). URL: <http://www.dhs.de/web/daten/A20055-Brosch-Alkohol.pdf> [07.10.2008]
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2007): Jahrbuch Sucht 2007. Geesthacht: Neuland
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2008): Handlungsnotwendigkeiten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker zur Sicherung eines hochwertigen Leistungsangebotes. Positionspapier der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zur Situation und Entwicklung der

- medizinischen Rehabilitation. (online). URL: <http://dhs.de/web/arbeitsfelder/suchthilfe.php> [07.01.2009]
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2010): Jahrbuch Sucht 2010. Geesthacht: Neuland
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Neu-Isenburg: Medizinische Medien Informations GmbH
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2010a): ICF-Projekte im deutschsprachigen Raum (online). URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/icf-projekte.html> [07.02.2010]
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2010b): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Version 2010. ICD-10-GM Version 2010 (online): URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm> [29.03.2010]
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2007a): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2007. Berlin: DRV Bund
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2007b): Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL). 5. Aufl. Berlin: DRV Bund
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2007c): Leitlinie für die stationäre und teilstationäre Rehabilitation „Modulare Therapiestandards zur Reha-Qualitätssicherung“ bei Alkoholabhängigkeit. Berlin: DRV Bund
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2007d): Peer Review. Checkliste und Manual der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale. Psychische und Abhängigkeitserkrankungen. Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitationen. Berlin: DRV Bund
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2007e): Statistik der Deutschen Rentenversicherung Rehabilitation. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sonstige Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe

am Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 2006. Bd. 164. Berlin: DRV Bund

- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2009a): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung (online). URL: http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_10868/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__forschung/01__sozialmedizin/dateianhaenge/infos_fuer_reha_einrichtungen/download_leitfaden_einheitl_e_bericht.html [05.06.2010].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2009b): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit – Pilotversion. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Berlin: DRV Bund
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) Braunschweig-Hannover (2008): Sozialbericht (online). URL: http://www.deutsche-rentenversicherung-braunschweig-hannover.de/nn_38956/SharedDocs/de/Inhalt/04__Formulare_Publikationen/01__formulare/03__rehabilitation/SB_201_20_28G2103_29.html [27.2.2009]
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) Braunschweig-Hannover/Nord/Oldenburg-Bremen (2009): Konzeption Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland. Kombi-Nord (online). URL: http://www.deutsche-rentenversicherung-braunschweig-hannover.de/nn_139990/DRVBSH/de/Inhalt/___Downloads/Kombi-Nord/Konzept_20Kombi-Nord.html [15.5.2010]
- Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M.H. (1991): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. ICD-10. Bern: Huber
- Donabedian, A. (2005): Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Quarterly 83 (2005) 4, S. 691–729
- Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. (FDR) (1997): Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe: Schwerpunkt Drogenarbeit. Geesthacht: Neuland
- Fachverband Sucht e. V. (FVS) (Hrsg.) (1998): Suchttherapie unter Kostendruck: Entwicklungen und Perspektiven. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. Bd. 21. Geesthacht: Neuland

- Fachverband Sucht e. V. (FVS) (Hrsg.) (2003): Qualität ist, wenn ... – Qualitätsentwicklung in der Suchtbehandlung. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. Bd. 26. Geesthacht: Neuland
- Fachverband Sucht e. V. (FVS) (2005): Grundprinzipien und Leitsätze zur Prävention und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. In: Sucht aktuell 1, S. 55–59
- Fachverband Sucht e. V. (FVS) (Hrsg.) (2007): Basisdokumentation 2006. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e. V. Bonn
- Fachverband Sucht e. V. (FVS) (2008): Alkohol. Verbrauch, Missbrauch, Abhängigkeit – Zahlen und Fakten (online). URL: <http://www.sucht.de/> [10.1.2009]
- Feuerlein, W./Küfner, H./Soyka, M. (1998) Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit, 5. Aufl. Stuttgart: Thieme
- Frietsch, R. (2004): Finanzierungsstrukturen in der Suchtkrankenhilfe unter besonderer Berücksichtigung der Nachsorge. In: Bürkle, S. (2004): Nachsorge in der Suchthilfe. Freiburg: Lambertus, S. 282–305
- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008 (online). URL: <http://www.suchthilfe.de/themen/basis.php> [10.09.2009]
- Geyer, D./Beutel, M./Funke, W./Günthner, A./Hutschenreuter, U./Küfner, H./Mann, K.-F./Müller-Farnow, W./Müller-Mohnssen, M./Soyka, M./Veltrup, C./Wiesbeck, G.A./Schmidt, L.G. (2006): Postakutbehandlung. In: Schmidt, L.G./Gastpar, M./Falkai, P./Gaebel, W. (Hrsg.) (2006): Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzteverlag, S. 52–74
- Geyer, D./Wemado, M. (2006): Indikationsgeleitete Therapiedauer in der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In: Sucht aktuell 1, S. 73–75
- Grunert, C. (2006): Erziehungswissenschaft – Pädagogik. In: Krüger, H.-H./Grunert, C. (Hrsg.): Wörterbuch Erziehungswissenschaft. 2., durchgesehene Aufl. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich
- Hacker, W. (1998): Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. Bern: Huber

- Homfeldt, H.-G./Sting, S. (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. München: Reinhardt
- Howard, K. I./Moras, K./Brill, P./Martinovich, Z./Lutz, W. (1996). The Evaluation of Psychotherapy. *American Psychologist* 51, S. 1059–1064
- Hüllinghorst, R. (2007): Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (Hrsg.) (2007): *Jahrbuch Sucht 2007*. Geesthacht: Neuland, S. 145–159
- Hüllinghorst, R. (2008): Alkohol – der Kampf um die Attribute. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 28 (2008), S. 35–40
- Humphreys, K. (2005): Horizons review: Introduction to a series. In: *Addiction* 100 (2005) 4, S. 445–446
- Humphreys, K. (2006): Closing remarks: Swimming to the horizon-reflections on a special series. In: *Addiction* 101 (2006) 9, S. 1238–1240
- Hurrelmann, K./Laaser, U. (2003): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hrsg.) (2003): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 3. Aufl. Weinheim/München: Juventa, S. 17–45
- Hurrelmann, K./Settertobulte, W. (2008): Alkohol im Spannungsfeld von kultureller Prägung und Problemverhalten. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 28 (2008), S. 9–14
- Kaba-Schönstein, L. (2003): Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und -strategien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. 4. erw. und überarb. Aufl. Schwabenheim an der Selz: Sabo, S. 73–78
- Keck, T./Hansmeier, T./Haaf, H. G. (2008): Patientenfallgruppen in der medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherungsträger. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 80, S. 99–103
- Köhler, J./Grünbeck, P./Soyka, M. (2007) Entwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigkeit – Inanspruchnahme, Dauer und sozialmedizinischer Verlauf. Aktuelle Ergebnisse und Perspektiven aus der Sicht des Rentenversicherungsträgers. In: *Nervenarzt* 5, S. 536–546

- Köhler, J./Naumann, B. (2004): Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen durch die BfA. Aktueller Stand und Perspektiven. In: Deutsche Angestelltenversicherung (DAngVers) 5/6, S. 249–259
- Koller, M. (2005): Beiträge der Sozialpsychologie zur Analyse und Lösung von Problemen im deutschen Gesundheitssystem. Das Beispiel Leitlinien. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie 36 (2005) 2, S. 47–60
- Körkel, J./Kurse, G. (2005): Basiswissen: Rückfall bei Alkoholabhängigkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Körner, M. (2007): ICF und sozialmedizinische Einzelfallbegutachtung zum medizinischen Rehabilitationsbedarf. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 78 (2007), S. 205–209
- Korsukéwitz, C. (2007): Vorgaben für eine „gute“ Rehabilitation. In: Deutsches Ärzteblatt 104 (2007) 23, S. 1640–1642
- Korte, S./Ratzke, K. (2006): „Kombinationsbehandlung – eine bundesweite Bestandsaufnahme“. 30. BundesDrogenKongress „Handlungsansatz, Methode und Technik in der Suchthilfe“. Workshopunterlagen (online). URL: http://fdr-online.info/media/BundesDrogenKongress/30.BundesDrogenKongress/s06korte_ratzke.pdf [28.12.2009]
- Korte, S./Ratzke, K./Scholz, W.-D./Tielking, K. (2008): Die Modulare Kombinationsbehandlung. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk SuchthilfegGmbH und ihrer externen Kooperationspartner. Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung Bd. 10. Oldenburg: BIS-Verlag
- Kraus, L./Baumeister, S. (2008): Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006: In: Sucht 54 (2008) Sonderheft 1, S. 6–15
- Kremer, G./Wienberg, G./Dormann, S./Pörksen, N./Wessel, T. (1997): Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung – Bedarfslage und Umsetzung eines Interventionskonzeptes in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. In: John, U.: Regionale Suchtkrankenversorgung. Konzepte und Kooperationen. Freiburg: Lambertus, S. 53–80
- Kromer, H. (1996): Die Entwicklung der ambulanten Rehabilitation Sucht in der Zeit von 1992 bis 1995 aus Sicht eines Leistungsträgers. In: Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Württemberg e. V. und der Evangelischen Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtkrankenhilfe (ELAS)

- (Hrsg.): Ambulante Rehabilitation Suchtkranker 1992–1995 in der Psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstelle der Diakonie in Württemberg. Stuttgart, S. 6–9
- Küfner, H. (2000): Strategien der Indikation im Suchtbereich und empirische Ergebnisse. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. Bd. 23. Geesthacht: Neuland, S. 41–58
- Küfner, H. (2004a): Therapieevaluation der Sucht als Basis ökonomischer Analysen. In: Tretter, F./Erbs, B./Sonntag, G. (2004): Ökonomie der Sucht und Suchttherapie. Lengerich u. a.: Pabst Science Publishers, S. 287–304
- Küfner, H. (2004b): Evidenzbasierte Nachsorge und Nachbehandlung. In: Bürkle, S. (2004): Nachsorge in der Suchthilfe. Freiburg: Lambertus, S. 247–267
- Küfner, H./Duwe A./Schumann, J./Bühringer, G. (2000): Prädiktion des Drogenkonsums und der Suchtentwicklung durch Faktoren der Kindheit. In: Sucht 46, 32–53
- Küfner, H./Feuerlein, W. (1988): In-Patient Treatment for Alcoholism. A Multi-Centre Evaluation Study. Berlin u. a.: Springer
- Kulick, B. (1999): Warum bewilligen wir genau das? – Indikationskriterien in der Auswahl von Maßnahmen aus Sicht eines Leistungsträgers. In: Sucht aktuell 1, S. 8–13
- Kulick, B. (2006): Überwindung von Sektorgrenzen in der Suchtbehandlung: Das Kombinationsmodell der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz. In: Integrierte Versorgung. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. Bd. 29. Geesthacht: Neuland, S. 239–250
- Künzel, J./Sonntag, D./Bühringer, G. (2001): Über den Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten. In: Sucht aktuell 2, S. 15–17
- Langfeldt, H.P./Tent, L. (1999): Pädagogischpsychologische Diagnostik. Bd. 2. Anwendungsbereiche und Praxisfelder. Göttingen u. a.: Hogrefe
- Landesversicherungsanstalt (LVA) Hannover (2005): Modulare Kombinationsbehandlung. PowerPoint-Präsentation zur Infoveranstaltung im Juni 2005

- Lenz, A. (2002): Indikationsstellung – eine Maßnahme zur Qualitätssicherung in der Erziehungsberatung. In: Fröhlich-Gildhoff, K. (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Entscheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. Weinheim/München: Juventa, S. 33–52
- Lindenmeyer, J. (2004): Neue aktuelle Suchttheorien, mit Bezug auf den Bereich Nachsorge. In: Bürkle, S. (2004): Nachsorge in der Suchthilfe. Freiburg: Lambertus, S. 268–280
- Lindenmeyer, J. (2005): Teilhabe von Suchtkranken nach SGB IX – Anspruch und Wirklichkeit. In: Perspektiven für Suchtkranke. Schriftenreihe des Fachverbandes e. V. Bd. 28. Geesthacht: Neuland, S. 45–60
- Lindenmeyer, J. (2007): Suchtbehandlung – Im Spannungsfeld von Wissenschaft und Praxis. In: Wirksame Therapie. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. Bd. 30. Geesthacht: Neuland, S. 46–69
- Lindenmeyer, J. (2008): Patientenfallgruppen in der medizinischen Rehabilitation am Beispiel von Alkoholkranken. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 80, S. 135–142
- Lubenow, B. (2001): Soziales Netz und gestufte Versorgung im Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 22 (4), 1–7 (online). URL: http://www.pabst-publishers.de/Psychologie/psyzeit/v_u_v/2001-4/art0801.htm [23.10.2007]
- Lüders, C. (2006): Sozialpädagogische Forschung. In: Krüger, H.-H./Grunert, C. (2006): Wörterbuch Erziehungswissenschaft. 2., durchgesehene Aufl. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich, S. 466–472
- Lueger, R. J. (1995). Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. In: Der Psychotherapeut 40, S. 267–278
- Luhmann, N. (1987): „Die gesellschaftliche Differenzierung und das Individuum“. In: Olk, T./Otto, H.-U. (Hrsg.): Soziale Dienste im Wandel. Bd. 1, Helfen im Sozialstaat. Neuwied/Darmstadt: Luchterhand, S. 121–137
- Luhmann, N. (1993): Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft. Bd. 3. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag (= Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 1093)
- Lützenkirchen, A. (2005): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen – Praxisfelder – Institutionen. Stuttgart: Kohlhammer

- Mann, K. (2008): Neue Forschungsergebnisse zur Alkoholabhängigkeit. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 28, S. 41–45
- Mattejat, Fritz (1997): Indikationsstellung und Therapieplanung. In: Renschmidt, Helmut (Hrsg.) (1997): *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart/New York: Thieme
- McKay, J. R. (2001): The role of continuing care in outpatient alcohol treatment programs. In: *Recent developments in Alcoholism* 15, S. 357–372
- Meinhold, M./Matul, C. (2003): *Qualitätsmanagement aus der Sicht von Sozialarbeit und Ökonomie*. Baden-Baden: Nomos
- Müller, W./Lorenz, W./Kopp, I./Selbmann, H.-K. (2004): Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Methodische Empfehlungen. In: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). URL: http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_metho.htm [13.06.2010]
- Müller-Farnow, W. (2007): Wann kommen die Reha-DRGs? Eine Antwort aus Sicht des Konzepts der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKs) eines bedarfs- und leistungsorientierten Klassifikationsansatzes für die medizinische Rehabilitation. Vortrag auf dem 6. Nationalen DRG-Forum, Berlin (online). URL: www.bibliomed.de/cps/rde/xbcr/SID-3E01936C-313EF1D0/bibliomed/fw-Mueller-Farnow_Workshop_1.pdf [18.09.2007]
- Müller-Farnow, W./Spyra, K. (2002): Rehabilitanden – Management – Kategorien (RMK). Neue Finanzierungskonzepte für das Rehabilitationssystem auf der Basis von definierten Leistungskorridoren und Qualitätsanforderungen. Abschlussbericht (online). URL: <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?rehaID=EF0B862CDCA180CFC1256E9400377B5C&chrehaProjectsVerbund=vwProjectsByOrganisation143&open&viewName=rehaProjectsVerbund> [11.06.2010]
- Müller-Farnow, W./Spyra, K./Hansmeier, T. (2000): Planung und Steuerung der medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Versorgungssystemforschung. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. Bd. 23. Geesthacht: Neuland, S. 59–78

- Müller-Farnow, W./Spyra, K./Stoll, S./Ilchmann, U./Kühner, S. (2001): Suchtkrankenhilfe im Wandel: Zentrale Impulse und Aufgaben für die Zukunft. In: Sucht aktuell 2, S. 8–14
- Mundle, G./Dedner, C./Schäfer, G./Kießelbach, C./Buchkremer, G. (2001) In: Stettner, F. (2001): Suchtforschung für die Suchtkranken. Ergebnisse, Konsequenzen, Perspektiven. Geesthacht: Neuland, S. 72–77
- Pabst, A./Kraus L. (2008): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2006. In: Sucht 54 (2008) Sonderheft 1, S. 36–46
- Perkonig, A./Wittchen, H.-U./Zimmermann, P./Nocon, A./Settele, A./Spiegel, B./Bühner, G./Lieb, R. (2004): Grundlagen und Forschungsstrategien regionaler Bedarfs- und Allokationsforschung am Beispiel des ASAT-F1-Projektes. In: Suchtmed 6 (2004) 1, S. 14–21
- Perrez, M./Baumann, U. (Hrsg.) (2005): Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. 3. vollst. überarb. Aufl. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber
- Project Match Research Group (1997): Project MATCH secondary a priori hypotheses. In: Addiction 92 (1997) 12, S. 1671–1698
- Project Match Research Group (1998): Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Three-Year Drinking Outcomes. In: Alcoholism: Clinical and Experimental Research 22 (1998) 6, S. 1300–1311
- Pschyrembel (2007). Klinisches Wörterbuch. 261, neu bearb. Aufl. Berlin u. a.: de Gruyter
- Raithel, J./Dollinger, B./Hörmann, G. (2007): Einführung Pädagogik. Begriffe – Strömungen – Klassiker – Fachrichtungen. 2. durchges. u. erw. Aufl. Wiesbaden: VS-Verlag
- Ratzke, K./Röseler, S./Tielking, K. (2006): Modulare Kombinationsbehandlung. Wissenschaftliche Begleitforschung eines neuen Rehabilitationskonzeptes. In: Konturen 27 (2006) 5, S. 30–33
- Rentsch, H.P. (2006): Grundlagen der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF). In: Rentsch, H.P./Bucher, P.O. (2006): ICF in der Rehabilitation. 2. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner, S. 17–41

- Robert-Koch-Institut (RKI) (2008): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 40
- Roediger, E. (2007): Was wirkt eigentlich in der Suchttherapie? In: Wirksame Therapie. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. Bd. 30. Geesthacht: Neuland, S. 111–122
- Sackett, D. L./Rosenberg, W. M. C./Gray, J. A. M./Haynes, R. /Richardson, W. S. (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. Editorials. In: British Medical Journal (BMJ) 312 (1996), S. 71–72
- Schmidt, L.G./Gastpar, M./Falkai, P./Gaebel, W. (Hrsg.) (2006): Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Schneider, R. (2007): Zu welcher Behandlung raten Sie einem suchtkranken Freund? oder: Was die Qualität der Suchtbehandlung im wirklichen Leben ausmacht. In: Sucht aktuell 2, S. 5–17
- Schuntermann, M. (2003): Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: Deutsche Rentenversicherung 1–2, S. 52–59
- Schuntermann, M. (2006): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Kurzeinführung (online). URL: http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nm_7130/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__forschung/04__klassifikationen/datei_anhaenge/icf__kurzeinfuehrung.html [14.05.2010]
- Sonntag, D. (2007): Deutsche Suchthilfestatistik 2006. In: Sucht, 53 (2007) Sonderheft 1
- Sonntag, D./Künzel, J. (2000): Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? In: Sucht 46 (2000) Sonderheft 2, S. 92–176
- Soyka, M./Hasemann, S./Scharfenberg, C.D./Löhnert, B./Bottlender, M. (2003): Prospektive Untersuchung zur Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie bei alkoholabhängigen Patienten. Ergebnisse zur Haltequote und Katamnese. In: Nervenarzt 74, S. 226–234

- Soyka, M./Küfner, H. (2008): Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. 6., vollst. überarb. Aufl. Stuttgart: Thieme
- Sozialgesetzbuch (2005). 32., vollst. überarb. Aufl. München: dtv-Beck
- Spyra, K./Kolleck, B./Möllmann, C./Müller-Fahrnow, W. (2006): Konzept und Empirie der RMKS ein Patientenklassifikationssystem für die Rehabilitation von Alkoholabhängigen. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 74, S. 318–336
- Stachowske, R. (2008): Sucht und Drogen im ICF-Modell. Genogramm-Analysen in der Therapie von Abhängigkeit. Kröning: Asanger Verlag
- Straus, F. (2000): Die Entzauberung der Qualitätsdebatte – ein hilfreicher Schritt. In: Schröer, H./Schwarzmann, B./Stark, W./Straus, F. (Hrsg.) (2000): Qualitätsmanagement in der Praxis. Freiburg: Lambertus, S. 271–277
- Süß, H.-M. (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. In: Psychologische Rundschau 46, S. 248–266
- Tasseit, S. (Hrsg.) (1992): Ambulante Suchttherapie: Möglichkeiten und Grenzen. Geesthacht: Neuland
- Tielking, K. (2000): Optimierung der Rehabilitation von Alkoholabhängigen. Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung Bd. 4. Oldenburg: BIS-Verlag
- Tielking, K./Kuß, G. (2000): Entwöhnungsbehandlung im Verbundsystem (EVS). Gesamtkonzept. Unveröff. Manuskript
- Tielking, K./Kuß, G. (Hrsg.) (2001): Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS). Eröffnungsbericht zu einem Modellprojekt in der Region Oldenburg-Bremen. Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung Bd. 5. Oldenburg: BIS-Verlag
- Tielking, K./Kuß, G. (Hrsg.) (2003): Abschlussbericht zum Modellprojekt Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS). Vernetzung von Behandlungsangeboten in der Rehabilitation Alkoholabhängiger. Theoretische Ansatzpunkte und praktische Erfahrungen. Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung Bd. 7. Oldenburg: BIS-Verlag

- Tielking, K./Ratzke, K. (2004a): Standards für Verbundarbeit in der Sucht-
krankenhilfe. Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung Bd. 8. Olden-
burg: BIS-Verlag
- Tielking, K./Ratzke, K. (2004b): Suchtbehandlung für KlientInnen/PatientIn-
nen? – Empirische Ergebnisse eines Modellprojekts. In: Sucht aktuell 2,
S. 59–64
- Tielking, K./Ratzke, K. (2007): Gesundheitsökonomische Aspekte der Ver-
bundarbeit in der Suchthilfe (GÖS). Schriftenreihe Sucht- und Drogen-
forschung Bd. 9. Oldenburg: BIS-Verlag
- Uhl, A. (1997): Probleme bei der Evaluation von Präventionsmaßnahmen im
Suchtbereich. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. 20 (1997) 3/4,
S. 93–109. URL: <http://www.api.or.at/lbi/pdf/97evalsu.pdf> [23.09.2008]
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) (2000): Das
Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in
der medizinischen Rehabilitation: Instrumente und Verfahren. DRV-
Schriften Bd. 18. Frankfurt am Main
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (2001): Leitfaden zum
einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation
der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) (2002): Sucht-
Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven.
DRV-Schriften Bd. 32. Frankfurt am Main
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) (2004): Check-
liste und Manual der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale sowie Thera-
pieziel-Katalog für das Peer Review – Verfahren der Indikationsbereiche
Psychische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen. 7. überarb.
Aufl., Bd. 56. Frankfurt am Main
- Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (VA) vom 04.05.2001
- Verein zur Förderung der Rehabilitation in Niedersachsen und Bremen
(VFRNB) (2010) (online). URL: <http://www.vfrnb.org/Projekte.html>
[07.02.2010]
- Vogelgesang, M. (2007): Psychoedukation zur Vermittlung neurobiologischer
Grundlage der Suchttherapie? In: Wirksame Therapie. Schriftenreihe
des Fachverbandes Sucht e. V. Bd. 30. Geesthacht: Neuland, S. 152–161

- Waller, H. (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 4., überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- Walter-Hamann, R. (2006): Im regionalen Verbund gegen die Sucht. In: neue caritas 20, S.13–16
- Watzl, H. (1999): Wissenschaftliche Befunde zur Therapieindikation und ihr praktischer Nutzen. In: Sucht aktuell 1, S. 4–7
- Weber, M./Hegner, M./Retzlaff, R. (2007): Neue Zugangswege zur medizinischen Rehabilitation. In: Wirksame Therapie. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. Bd. 30. Geesthacht: Neuland, S. 324–333
- Weissinger, V. (2006): Zukunftsperspektiven und Entwicklungsaufgaben der Suchtbehandlung. In: Sucht aktuell 1, S. 58–72
- Weissinger, V./Missel, P. (2006): Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e. V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. 2. überarbeitete Version. In: Sucht aktuell 2, S. 44–72
- Weissinger, V./Schneider, R. (2006): Leitlinien und ihre Bedeutung für die Suchthilfe in Deutschland: Statement des Fachverbandes Sucht e. V. In: Sucht aktuell 2, S. 4–7
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung
- Westphal, U. (2007): Ergebnisprotokoll der MOKO-Feedback-Runde am 23.05.2007. Unveröff. Manuskript
- Westphal, U./Wiegand, G. (2008): Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund aus Sicht der Leistungsträger. In: Korte, S./Ratzke, K./Scholz, W.-D./Tielking, K. (2008): Die Modulare Kombinationsbehandlung. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner. Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung Bd. 10. Oldenburg: BIS-Verlag, S. 284–295
- Wienberg, G. (1992): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Wienberg, G. (2001): Die „vergessene Mehrheit“ heute – Teil I: Ein Blick zurück nach vorn. In: Wienberg, G./Driessen, M. (2001): Auf dem Weg

zu vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 12–23

Wolffgramm, J./Thimm, F./Heyne, A. (2001): Rückprägung: eine Chance zur Heilung von Suchterkrankungen? In: Stettner, F.(2001): Suchtforschung für die Suchtkranken. Ergebnisse, Konsequenzen, Perspektiven. Geesthacht: Neuland, S. 59–71

Zielke, M. (1979): Indikation zur Gesprächspsychotherapie. Stuttgart u. a.: Kohlhammer