

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.

Der Herausgeber

Knut Tielking, Kerstin Ratzke

**Standards für Verbundarbeit in der
Suchtkrankenhilfe**

**Abschlussbericht zur flächendeckenden
Umsetzung des Modellprojekts
„Alkoholentwöhnung im Verbundsystem
(EVS) – Teil II“**

**Band 8
der Schriftenreihe
„Sucht- und Drogenforschung“**



**Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg
2004**

Verlag / Druck / Bibliotheks- und Informationssystem
Vertrieb: der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
 (BIS) – Verlag –
 Postfach 25 41, 26015 Oldenburg
 Tel.: 0441/798 2261, Telefax: 0441/798 4040
 e-mail: verlag@bis.uni-oldenburg.de

ISBN 3-8142-0916-8

Inhalt

Verzeichnis der Abbildungen	10
Verzeichnis der Tabellen	12
Verzeichnis der Abkürzungen	13

Wolf-Dieter Scholz

Vorwort	17
----------------	-----------

Knut Tielking, Kerstin Ratzke

Zusammenfassung	19
------------------------	-----------

1	Modifizierung und Ausweitung des Verbundmodells EVS zu <i>Beginn der Phase II</i>	21
1.1	Ziele der Projektphase EVS-II	21
1.2	Unterschiede zwischen EVS-I und EVS-II – Ein Überblick	23
1.3	Erläuterungen zu ausgewählten Modifizierungen	24
1.3.1	Einbeziehung weiterer VerbundpartnerInnen	24
1.3.2	23 Rehabilitationseinrichtungen im EVS-Antragsverfahren	26
1.3.3	Beteiligung einer überregionalen Einrichtung	27
1.3.4	Übergabegespräche	27
1.3.5	Tagesklinik	28
1.3.6	Antragstellung über betriebliche Sozialberatungen	28
1.3.7	Geltungsdauer der Kooperationsvereinbarung	29
1.3.8	Therapeutisches Gesamtkonzept als Zielperspektive	29

2	Qualitative Erhebungen im <i>Projektverlauf</i> des Berichtszeitraums 2003 bis 2004	31
2.1	Ziel und Methode der Prozess begleitenden Befragungen	31
2.2	Befragung <i>zu Beginn</i> der EVS-II-Phase	31
2.2.1	Leitfaden	31
2.2.2	Ergebnisse	33
2.3	Befragung <i>zum Abschluss</i> der EVS-II-Phase	47
2.3.1	Leitfaden	47
2.3.2	Ergebnisse	48
3	EVS-Standards <i>am Ende der Projektphase EVS-II: Grundlagen der Zusammenarbeit in der EVS</i>	59
3.1	Die Erfüllung und Weiterentwicklung von Kooperationsstandards im Rahmen der EVS	60
3.2	Der Leistungsrahmen: Das „Rahmenkonzept für die Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)“	63
3.2.1	Ziele der EVS	63
3.2.2	Das Antragsverfahren der EVS	64
3.2.2.1	Behandlungsverläufe der EVS	67
3.2.2.2	Rechtliche Grundlagen	68
3.2.2.3	Eckpunkte des Antragsverfahrens	68
3.2.3	Zielgruppe	73
3.2.4	Anforderungen an die Einrichtungen	73
3.2.5	Qualitätsmanagement	74
3.3	<i>Prozess</i> der Diskussion der EVS-Standards	74
3.3.1	Konstituierung und Realisierung der Qualitätszirkelarbeit	74
3.3.2	Diskussion im Rahmen einer Informationsveranstaltung mit MitarbeiterInnen der Sachbearbeitung der LVA Oldenburg-Bremen	77
3.3.3	Diskussion auf dem EVS-Praxistag	82

3.4	EVS-Standards: <i>Ergebnisse</i> der Diskussionen	98
3.4.1	Qualitätszirkelarbeit als Forum für Entscheidungs- und Veränderungsprozesse innerhalb des Verbunds	99
3.4.2	Eine Träger übergreifende Kooperationsvereinbarung	104
3.4.3	Modulares EVS-Berichtswesen	108
3.4.4	Ambulant-stationäre/tagesklinische Informationssysteme: Übergabegespräche	117
4	Reha-Statistiken der LVA Oldenburg-Bremen zur medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen	123
4.1	Antragsentwicklung	123
4.2	Weitere Maßnahmen	130
4.3	Kostenentwicklung	132
5	Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Projekts EVS-II	135
6	Modifizierung und Ausweitung des Verbundmodells EVS im übrigen Bundesgebiet	139
6.1	Fachtagung mit Kostenträgern zu Perspektiven der EVS	140
6.2	Modifizierung der EVS: Die Kombinationsbehandlung in Schleswig-Holstein	148
6.3	Fachtagung der LVA Hessen und der LVA Unterfranken unter dem Titel "Alkoholentwöhnung im Verbundsystem – EVS"	150
6.4	Modifizierung der EVS: Die Kombinationsbehandlung des Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH Braunschweig	151
6.5	Weitere Kombitherapien in Deutschland	152
6.5.1	Zieglerische Anstalten Suchtkrankenhilfe	153
6.5.2	Fachklinik Four Steps	154
6.5.3	Paracelsus-Wiehengebirgsklinik	156

6.5.4	Klinik Schloß Falkenhof	159
6.5.5	Fazit	160
7	Handlungsempfehlungen	163
7.1	Perspektiven und Aktivitäten für den Qualitätsentwicklungsprozess	163
7.1.1	Fortsetzung der Qualitätszirkelarbeit	163
7.1.2	Monitoring der LVA	166
7.1.2.1	Statistiken der LVA	167
7.1.2.2	Feedback zu den Übergabegesprächen	168
7.1.3	Pilotphase "Persönliche Übergabegespräche unter Einsatz von Webcams"	170
7.1.4	Möglichkeiten der bundesweiten Nutzung des modularen EVS-Berichtswesens	171
7.1.5	Konzeptionelles: Arbeit/Beruf und Arbeitslosigkeit im Therapieprozess	172
7.2	Perspektiven der ambulanten Rehabilitation	176
7.3	Fortführung von Verbundarbeit und Anforderungen an künftige Forschung	179

Literatur **185**

AutorInnen **189**

Anhang **191**

A	EVS-spezifische Antragsvordrucke	192
B	Modulares EVS-Berichtswesen	196
C	Strukturskizze der EVS	204

Verzeichnis der Abbildungen

Nr.	Bezeichnung der Abbildung	Seite
1	Phasenschema EVS	21
2	Zuordnung der Einrichtungen zu den Qualitätszirkeln	26
3	Leitfaden der ExpertInnenbefragung zu Beginn der EVS-II-Phase	33
4	Leitfaden der ExpertInnenbefragung zum Abschluss der EVS-II-Phase	48
5	Behandlungsqualität – Was muss ein qualifiziertes Kombi-Therapie-Konzept berücksichtigen?	60
6	Antragsverfahren Entwöhnung im Verbundsystem	65
7	Organigramm zur Antragsbearbeitung	66
8	Ablaufschema in EVS	67
9	Übersicht über die Behandlungsvarianten in der EVS	69
10	Bonussystem für die EVS	70
11	Was macht Kombitherapien wie die der EVS anderen Behandlungsformen überlegen?	86
12	Durchführung von Übergabegesprächen	87
13	Beurteilung der Übergabegespräche durch die TherapeutenInnen im Hinblick auf die Weiterbehandlung	88
14	Schnittstelle stationäre Rehabilitation und ambulante Weiterbehandlung – ein gelungener Wechsel?	89
15	Künftiger Umgang mit Übergabegesprächen in der EVS-Behandlung	92
16	QZ-Zusammensetzung: „Der Oldenburger QZ“	94
17	QZ-Zusammensetzung: „Der Bremer QZ“	95
18	Ergebnisse des Praxistages: EVS-Standards	99
19	Wichtige Ergebnisse der Qualitätszirkelarbeit in der EVS	101

20	Bewertung der Qualitätszirkelarbeit in der EVS: Erfolge	102
21	Bewertung der Qualitätszirkelarbeit in der EVS: Probleme	103
22	EVS-Dokumentation als ambulant-stationäres Modulsystem unter Einbeziehung des Peer-Review-Verfahrens	109
23	Auflistung „Anmerkungen zum modularen EVS-Berichtswesen“	114
24	Rückmeldungen zum Berichtswesen	115
25	Anforderungen an das EVS-Berichtswesen	116
26	Übergabegespräche – „Herzstück“ der Kombi-Behandlung EVS (Strukturqualität)	118
27	Übergabegespräche – „Herzstück“ der Kombi-Behandlung EVS (Prozessqualität)	119
28	Übergabegespräche – „Herzstück“ der Kombi-Behandlung EVS (Ergebnisqualität)	120
29	Persönliche Übergabegespräche als Standard in EVS-II	121
30	Programm der Fachtagung mit Kostenträgern	140
31	Wesentliche Vereinbarungen und gesetzliche Rahmenbedingungen	144
32	Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung	146
33	Übergänge und Maßnahmen innerhalb der Kombitherapie	149
34	Strukturskizze des Modellprojekts EVS	204

Verzeichnis der Tabellen

Nr.	Bezeichnung der Tabellen	Seite
1	Zuweisungen in stationäre, tagesklinische und ambulante Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit	123
2	Zuweisungen in stationäre Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit	125
3	Zuweisungen in ambulante Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit	127
4	Zuweisungen in ambulante Nachsorge wegen Alkoholabhängigkeit	129
5	Maßnahmen wegen Alkoholabhängigkeit und berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation	130
6	Maßnahmen wegen Alkoholabhängigkeit und Rentengewährung	131
7	Kosten für ambulante medizinische Reha und stationäre Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit	132
8	Kosten für Übergangsgelder im Zusammenhang mit Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit	133
9	Zieglerische Anstalten Suchtkrankenhilfe	154
10	Fachklinik Four Steps	156
11	Paracelsus-Wiehengebirgsklinik	158
12	Klinik Schloß Falkenhof	160

Verzeichnis der Abkürzungen

AG	Arbeitsgruppe/Arbeitsgemeinschaft
Amb.	ambulant
Anl.	anliegend/Anlage
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARA-Projekt	Analyse rückfallfördernder und rückfallprotektiver Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen
AT	Arbeitstherapie
AU	Arbeitsunfähigkeit
AWO	Arbeiterwohlfahrt
Az	Aktenzeichen
Bd.	Band
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
bspw.	beispielsweise
buss	Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
bzw.	Beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DB	Deutsche Bundesbahn
dies.	dieselben
DIN	Deutsches Institut für Normung
e. V.	Eingetragener Verein
EBIS	Einrichtungsspezifisches Informationssystem
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKD	Evangelische Kirche Deutschlands
EMS	Entwöhnung im Modulsystem

engl.	englisch
etc.	et cetera, und so weiter
ev. - luth.	evangelisch-lutherisch
EVS	Entwöhnung im Verbundsystem
ff.	fortfolgende
FK	Fachklinik
geb.	Geboren
ggf.	gegebenenfalls
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GVS	Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD
HO	Hausordnung
Hrsg.	Herausgeber
ICD	International Classification of Diseases
i. d. R.	in der Regel
IQ	Intelligenzquotient
ISAR	Integriert-stationär-ambulante Rehabilitation
Jg.	Jahrgang
KK	Krankenkasse
KoRS	Kombinierte Reha-Sucht-
LeB	Leistungen auf einen Blick
LVA	Landesversicherungsanstalt
Max.	maximal
MbO	Maßnahmen zur beruflichen Orientierung
MELBA	Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit
N	Gesamtanzahl der Fälle

Nr.	Nummer
o.	oder
ÖGDG	Öffentlichen Gesundheitsdienst
PC	Personalcomputer
PLZ	Postleitzahl
PSAP	Psychosoziales Anschlussprogramm
PSBB	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstellen
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
QZ	Qualitätszirkel
Reha	Rehabilitation
RehaAngIG	Rehabilitations-Angleichungsgesetz
RVTr	Rentenversicherungsträger
SB2	Sozialbericht 2
SEDOS	Stationäres einrichtungsbezogenes Dokumentationssystem
SGB	Sozialgesetzbuch
SMD	Sozialmedizinischer Dienst
SpsD	Sozialpsychiatrischer Dienst
St.	Sankt
stat.	Stationär
TE	Therapieeinheit
TOP	Tagesordnungspunkt
TP	Tiefenpsychologie
u.a.	unter anderem
u. E.	unseres Ermessens
Uni	Universität
v. a.	vor allem

VABS	Verband ambulanter Beratungsstellen
VDR	Verband deutscher Rentenversicherungsträger
vgl.	vergleiche
vs.	versus
VT	Verhaltenstherapie
z. B.	zum Beispiel
ZKH	Zentralkrankenhaus
§	Paragraph
€	Euro
Σ	Summe

Wolf-Dieter Scholz

Vorwort

Der hier vorliegende Abschlussbericht zum Modellprojekt „Flächendeckende Umsetzung der Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)“ beinhaltet „Standards für Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe“. Darüber hinaus zeigen die Erfahrungen ein positives Kooperationsbeispiel, das auch für andere Arbeitsfelder des Gesundheits- und Sozialwesens Orientierung bietet. Mit dem Bericht wird dem Interesse gefolgt, die in dem durch die LVA Oldenburg-Bremen finanziell geförderten und von der AG Devianz der Carl von Ossietzky Universität durchgeführten einjährigen Forschungsprojekt gewonnen Erkenntnisse der Fachöffentlichkeit zur Diskussionen zu stellen.

In Fortsetzung der langjährigen und sehr erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen der LVA Oldenburg-Bremen und der Universität Oldenburg galt es, die Qualität der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen weiter zu fördern. Dabei stand die unter der Abkürzung EVS inzwischen bundesweit bekannte Konzeption für Verbundarbeit und ambulant-stationär/tagesklinische Kombi-Therapien im Mittelpunkt der Arbeit. Nach den positiven Ergebnissen der ersten Projektphase (vgl. Tielking/Kuß 2001; dies. 2003), auch als EVS-I bezeichnet (Laufzeit 2000 bis 2003), galt es, für die im Einzugsgebiet der LVA Oldenburg-Bremen liegenden Leistungsanbieter die EVS als Regelbehandlung zu implementieren.

Dass dies in bedeutender Weise gelungen ist, verdeutlichen die Inhalte dieses Abschlussberichtes. Sie sind daher letztlich auch in der Absicht verfasst, der Praxis und der Forschung Musterbestimmungen und eine qualitative Grundlage – kurz: **Standards** – zu überantworten, auf denen zeitgemäße Suchtbehandlung u. E. basieren und von denen ausgehend sie sich weiterentwickeln soll.

Ein Vorwort bietet auch immer Raum für einige Worte des Dankes. Im Namen auch der Herausgeber möchte ich die Gelegenheit nutzen, denen gegenüber Dank auszusprechen, die im engeren und weiteren Sinne zu dieser Veröffentlichung beigetragen haben.

Zu danken ist an erster Stelle der LVA Oldenburg-Bremen, die mit der Finanzierung dieses Projektes gewissermaßen die Basis für die Erträge in diesem Forschungsfeld legte und eine bereits seit mehreren Jahren erfolgreich verlaufende Zusammenarbeit mit der Universität Oldenburg fortsetzte. Das gilt für die MitarbeiterInnen aus der Sachbearbeitung und Verwaltung genauso wie im besonderen für Frau Lammers vom Grundsatzreferat und Herrn Mantel vom Sozialmedizinischen Dienst, die durch ihre Beteiligung an den Qualitätszirkeln und die regelmäßigen Arbeitsbesprechungen und Abstimmungen mit der Projektgruppe die in und durch EVS initiierten Innovationen in ihrem Hause verantworteten und zügig praktische Relevanz entfalten ließen.

Wissenschaftliche Begleitforschung ist aber nicht denkbar ohne den Austausch mit den direkt am Forschungsobjekt Beteiligten. Dank gilt daher auch den Mitwirkenden der EVS-Leistungsanbieter aus dem Feld der medizinischen Rehabilitation für die gemeinsam geleistete Arbeit und die engagierte und konstruktive Beteiligung an der Kooperation.

Zu Dank verpflichtet sind wir auch Lisa Bokemeyer, die die Inhalte zur Konzeptanalyse in diesem Band ausführlich überarbeitet und entsprechende neue Dokumente eingeworben hat sowie sorgfältig an der Herstellung der Druckvorlage mitgearbeitet hat.

Knut Tielking/Kerstin Ratzke

Zusammenfassung

Durch die enge Verzahnung interdisziplinärer Kompetenzen und verschiedener Behandlungselemente und -ansätze können die in der Suchtkrankenhilfe vorhandenen Ressourcen durch Synergieeffekte effizienter als unter den sonst geltenden Bedingungen eingesetzt werden. Das war eines der wichtigsten Ergebnisse des Modellprojekts „Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS-I)“ (Tielking/Kuß 2001; dies. 2002; dies. 2003), das unter finanzieller Förderung der LVA Oldenburg-Bremen in den Jahren 2000 bis 2003 von der Universität Oldenburg wissenschaftlich begleitet wurde. In diesem Modellprojekt wurden mit den realisierten Innovationen neue Möglichkeiten für Verbundarbeit erprobt, die im Ergebnis zu einer deutlichen Verbesserung der Zusammenarbeit der an der Suchtkrankenhilfe beteiligten Personen (PatientInnen/KlientInnen, TherapeutInnen, ÄrztInnen, MitarbeiterInnen der Verwaltung) und Einrichtungen geführt haben. Die bisherige Praxis war und ist nach wie vor vielerorts dadurch gekennzeichnet, dass hinsichtlich der Koordinierung von Hilfsmaßnahmen und der Kooperation von Einrichtungen bzw. Personen im Suchtkrankenhilfebereich noch Defizite bestehen, die eine effizientere Nutzung vorhandener Kapazitäten deutlich einschränken.

Im Interesse einer wirtschaftlicheren und wirkungsvolleren Nutzung der knappen Ressourcen lag es nahe, diese Qualitätsverbesserung für die Beteiligten langfristig zu sichern und auf weitere KooperationspartnerInnen der LVA Oldenburg-Bremen zu übertragen. Damit ergeben sich auch für die LVA Oldenburg-Bremen als dem Träger der Leistungsmaßnahmen flächendeckende Möglichkeiten eines wirkungsvolleren und strafferen Einsatzes der vorhandenen Mittel bei gleichzeitiger Sicherung bzw. Verbesserung der Suchtkrankenbehandlungsqualität.

Die Universität Oldenburg hatte während der EVS-II-Phase die Aufgabe der Organisation und Umsetzung des Rahmenkonzepts EVS sowie der mit EVS verbundenen Standards in der Fläche inne. Sie moderierte außerdem die Sitzungen der Qualitätszirkel und bereitete diese vor und nach. Die durch die

Projektgruppe der AG Devianz durchgeführten und ausgewerteten halbstrukturierten ExpertInnenbefragungen wie auch die Zusammenfassung der Ergebnisse einer Vielzahl an Veranstaltungen (Tagungen, Informationsveranstaltungen, QZ) legen die Erfahrungen in und mit EVS offen.

Der hier vorliegende Abschlussbericht zum einjährigen Projekt „Flächendeckende Umsetzung der Alkoholentwöhnung im Verbund“ gibt die Grundlagen der Kooperation sowie die Erfahrungen in EVS-II wieder. Damit soll der interessierten Fachöffentlichkeit die Möglichkeit geboten werden, die Entwicklungen in der EVS nachzuvollziehen. Im Mittelpunkt des Interesses steht dabei die Übertragbarkeit und Weiterentwicklung der Ergebnisse der Modellphase EVS-I auf eine flächendeckende Versorgung in der Region Oldenburg-Bremen (von ursprünglich sieben Leistungsanbietern auf aktuell 23 Rehabilitationseinrichtungen im Verbund) sowie die Zusammenstellung der bundesweit geführten Diskussion um Verbundarbeit und Kombi-Therapien. Zudem gilt es Antwort auf die Frage zu geben, wie sich ein solcher Qualitätsentwicklungsprozess verselbständigen bzw. für die Zukunft aufrechterhalten kann.

1 Modifizierung und Ausweitung des Verbundmodells EVS zu Beginn der Phase II

1.1 Ziele der Projektphase EVS-II

Ging es in dem dreijährigen Modellprojekt EVS-I (2000-2003) primär darum, Verbundarbeit und Kombi-Therapien zu organisieren und inhaltlich auszugestalten sowie deren Effektivität nachzuweisen, so zielte EVS-II auf die Sicherung und Fortschreibung der positiven Ergebnisse der EVS-I und die flächendeckende Umsetzung der Entwöhnung im Verbund in der Zuständigkeit der LVA Oldenburg-Bremen. Die Realisierung dieses Vorhabens vollzog sich in drei Phasen, die der nachstehenden Abbildung zu entnehmen sind:

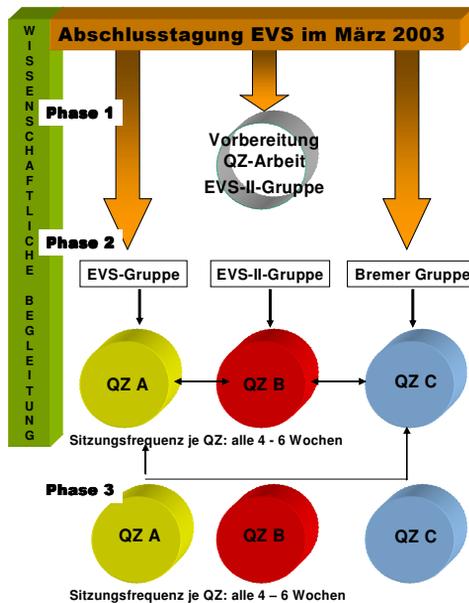


Abb. 1: Phasenschema EVS

Den grundlegenden Zielsetzungen der Sicherung und Fortschreibung der positiven Ergebnisse der EVS-I und der flächendeckenden Umsetzung der Entwöhnung im Verbund entsprechend, wurden mit Ablauf der einzelnen Phasen wie auch des Gesamtprojekts noch weitere Zielvorstellungen verfolgt:

- Die **Verbundarbeit** in der Region Oldenburg-Bremen sollte **forciert** werden.
- Es wurde ein **effizienterer**, d. h. wirtschaftlicherer Einsatz der materiellen und personellen **Ressourcen** der an der Suchtkrankenhilfe beteiligten Institutionen insbesondere durch die **Optimierung interinstitutioneller Abläufe** angestrebt.
- Die **flächendeckende Vereinfachung des Antragsverfahrens** für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen, d. h. der Leistungsrahmen/das Rahmenkonzept EVS wurde zunächst insgesamt 22, später 23 KooperationspartnerInnen der LVA Oldenburg-Bremen angeboten.
- EVS sollte durch die Einbeziehung eines **überregionalen Leistungsanbieters** eine wichtige Weiterentwicklung erfahren.
- Durch die Nutzung und Fortschreibung des **modularen EVS-Berichtswesens** soll die ambulant-stationäre Diagnostik und Dokumentation und damit die Qualität der Behandlung verbessert werden.
- Der durch das Modellprojekt EVS eingeleitete **Qualitätsentwicklungsprozesses** sollte sich schließlich **verselbständigen**.

Der zuletzt genannte Punkt beschreibt den wichtigen Schritt von Phase 2 zu Phase 3 innerhalb des Phasenschemas (vgl. Abb. 1). Innerhalb der EVS-II soll die Qualifizierung der TeilnehmerInnen zur Aufrechterhaltung und Fortsetzung der Kooperation sowie des Qualitätssicherungsprozesses ab Frühjahr 2004 erreicht werden.

Um den Ausgangspunkt der EVS-II-Phase transparent zu machen, werden in den Gliederungspunkten 1.1 und 1.2 zunächst die Unterschiede zwischen EVS-I und EVS-II vorgestellt. Im Hinblick auf die EVS-Standards (u. a. Kooperationsvereinbarung, Antragsverfahren, Qualitätszirkelarbeit) sei auf die Berichte zu der EVS-I (vgl. Tielking/Kuß 2001; dies. 2003) sowie das Kapitel 3 verwiesen, die die Diskussion um die Weiterentwicklung der EVS-Standards und das Ergebnis zum Ende der EVS-II-Phase wieder spiegeln.

1.2 Unterschiede zwischen EVS-I und EVS-II – Ein Überblick

Zur Verdeutlichung der Unterschiede zunächst zwischen EVS-I und EVS-II, d. h. der Schnittstelle zwischen den beiden Projekten, werden nachfolgend bedeutsame Neuerungen und notwendig gewordene Modifikationen für die EVS-II-Phase herausgestellt. Die Ausführungen dienen insbesondere auch einer im weiteren Verlauf dargelegten Kontrastierung der am Ende der EVS-II-Phase realisierten EVS-Standards (vgl. Kapitel 3). Zwischen EVS-I und EVS-II lassen sich folgende Unterschiede ausmachen:

1. Zusammenarbeit der **Leistungsanbieter** von **7 auf 23 Einrichtungen** erhöht
2. **Träger** übergreifende Zusammenarbeit von **4 auf 6 Träger** erweitert
3. **Qualitätszirkelarbeit** jetzt **in 3**, vorher in **1 QZ**
4. Beteiligung eines **überregionalen stationären Leistungsanbieters**
5. Verlängerung der **Indikationsphase** von **4 auf 6 Wochen**
6. **Übergabegespräche** sind nach wie vor **als Regelangebot** durchzuführen, können bei entsprechender **Begründung** (z. B. Entfernung) aber auch **als Telefonkonferenz** realisiert werden
7. Erweiterung der Behandlungsvarianten um die **tagesklinische Behandlung**
8. **Antragstellung** für eine EVS-Behandlung durch **betriebliche Sozialberatungen** möglich
9. Abschluss der **Kooperationsvereinbarung über die Projektlaufzeit hinaus**
10. Das **therapeutische Gesamtkonzept** bleibt Grundlage der Zusammenarbeit, muss zwischen den Leistungsanbietern aber noch erarbeitet werden

Nachstehend werden zu ausgewählten Modifikationen kurze Erläuterungen gegeben werden.

1.3 Erläuterungen zu ausgewählten Modifizierungen

1.3.1 Einbeziehung weiterer Verbundeinrichtungen

Für die Bildung des EVS-II-Verbundes und dem damit verbundenen Anschluss weiterer Rehabilitationseinrichtungen an das Verbundsystem der Modellgruppe war es sinnvoll, die relevanten Aspekte für die Zusammensetzung der EVS-I (vgl. Tielking/Kuß 2001, 2003) zu berücksichtigen und VerbundteilnehmerInnen auszuwählen, die zudem folgende Kriterien erfüllen:

- Rehabilitationseinrichtungen, in denen Versicherte aus dem Einzugsgebiet der LVA Oldenburg-Bremen behandelt werden,
- Leistungsanbieter, die in der Vergangenheit im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen Versicherte der LVA Oldenburg-Bremen behandelt haben und die auch in Zukunft als KooperationspartnerInnen der LVA in Frage kommen,
- ambulante und stationäre/tagesklinische Einrichtungen, die eine hinreichend hohe Zahl gemeinsamer PatientInnen/KlientInnen behandeln,
- Einrichtungen, die ihre Bereitschaft erklären, an der Qualitätsentwicklung in der Suchtkrankenhilfe durch aktive und regelmäßige Mitarbeit mitzuwirken.

Die im Vergleich zum EVS-I-Projekt stark gestiegene Zahl der teilnehmenden Einrichtungen (Ausbau des Verbundsystems von sieben auf zunächst 22, später 23 Einrichtungen) führte in der Vorbereitungsphase zu einer Aufteilung der TeilnehmerInnen auf drei Qualitätszirkel.

Die Erhöhung der Zahl der an EVS-II beteiligten Einrichtungen von 22 auf 23 innerhalb der Projektphase geht auf eine Entscheidung des Landes Bremens zurück. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen hat die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes per 1. Oktober 2003 entsprechend dem Bremischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) und dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) sowie die erforderlichen Mittel mit Ausnahme der Medizinischen Ambulanz für Drogenabhängige, der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle und der Steuerungsstelle Psychiatrie an das ZKH Bremen-Ost übertragen. Dieses unterhält künftig so genannte Behandlungszentren in den Stadtteilen Nord, West, Mitte, Süd und Ost. Gleichzeitig wurde mit dem 1. Januar 2004 die regionale

psychiatrische Versorgung für den Stadtteil Nord auf das nun organisatorisch selbständige ZKH Bremen-Nord bzw. das Behandlungszentrum Bremen-Nord übertragen. Per 1. Januar 2004 firmierten das ZKH Bremen-Ost und das ZKH Bremen-Nord in das Klinikum Bremen-Ost gGmbH und das Klinikum Bremen-Nord gGmbH um. Die Ambulanzen werden seit dem als Sozialpsychiatrische Beratungsstellen/Ambulanzen West, Mitte, Süd, Ost und Nord bezeichnet. Aufgrund der rechtlichen Eigenständigkeit des Klinikums Bremen-Nord sind seit dem 1. Januar 2004 somit 23 Rehabilitationseinrichtungen an EVS beteiligt.

Die Einteilung der drei QZ-Gruppen in EVS-II wurde von folgenden Erwägungen geleitet:

- Die flächendeckende Einführung der EVS wird verstanden als Entwicklungsprozess, in den neue Impulse, aber auch Erfahrungen aus bisheriger Verbundarbeit eingebracht werden können. Bei der Aufteilung der teilnehmenden Einrichtungen auf die QZ-Gruppen wurden – mit Ausnahme für den QZ C – zunächst Institutionen der EVS-I-Modellgruppe, mit „neuen“ Einrichtungen bzw. der Kontrollgruppe gemischt.
- Dem QZ C gehörten zu Beginn der EVS-II-Phase Bremer und Bremerhavener Einrichtungen und die Fachklinik Fredeburg an. Die in Bremen bereits existierenden Strukturen können somit berücksichtigt und im Rahmen der QZ-Arbeit den Qualitätsansprüchen der EVS und an den EVS-Leistungsrahmen angepasst werden.
- Der Einbezug der Fachklinik Fredeburg ermöglicht die Erprobung der überregionalen Zusammenarbeit in EVS.
- Um die ambulant-stationäre/tagesklinische Zusammenarbeit zwischen allen in EVS-II beteiligten Einrichtungen weiter zu entwickeln, wurde angestrebt, den Kliniken möglichst frühzeitig eine Mitarbeit in allen QZ zu ermöglichen.

Die nachfolgende Abbildung gibt Auskunft über die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen unter Beachtung ihrer Zuordnung zu den Qualitätszirkeln QZ A, QZ B und QZ C zu Beginn der EVS-II-Phase.

QZ A	QZ B	QZ C
Ambulante Rehabilitationseinrichtungen		
Anonyme Drogenberatung Delmenhorst	Fachstelle Sucht Beratung, Behandlung, Prävention Landkreis Wesermarsch	AWO-Suchtberatungszentrum Bremerhaven
Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Vechta	Fachstelle Sucht Stadt Wilhelmshaven	vbsTeam gGmbH, Bremen
Suchtberatungs- und -behandlungsstelle Stiftung Edith Stein	Fachstelle Sucht Stadt Oldenburg	Ambulanz Bremen-Ost
Suchberatung und Behandlung Friesland	Fachstelle Sucht Landkreis Ammerland	Ambulanz Bremen-West
Fachstelle Sucht der Diakonie für den Landkreis Oldenburg		Ambulanz Bremen-Mitte
		Ambulanz Bremen-Süd
		Ambulanz Bremen-Nord
Stationäre/tagesklinische Rehabilitationseinrichtungen¹		
Fachklinik St. Vitus Stift	Fachklinik Oldenburger Land	Klinikum Bremen-Ost
Fachklinik St. Marienstift	Fachzentrum Suchthilfe Fachklinik Moorpension	Klinikum Bremen-Nord
Fachklinik Oldenburger Land	Fachklinik St. Vitus Stift	Fachklinik Fredeburg
Fachzentrum Suchthilfe Fachklinik Moorpension	Fachklinik St. Marienstift	

Abb. 2: Zuordnung der Einrichtungen zu den Qualitätszirkeln

1.3.2 23 Rehabilitationseinrichtungen im EVS-Antragsverfahren

Die flächendeckende Kooperation mit 23 Rehabilitationseinrichtungen in EVS erfordert **einheitliche Grundlagen** (u. a. Kooperationsvereinbarung,

1 Mit Wirkung vom 4. November 2003 wurde allen Kliniken das Angebot gemacht, an allen drei Qualitätszirkeln teilzunehmen, um sich allen Ambulanzen bekannt zu machen.

Leistungsrahmen) Da der Stand dieser Grundlagen zum Abschluss der EVS-II-Phase von größerem Interesse sein dürfte als die Fassung zu Beginn der Projektphase, verweisen wir an dieser Stelle auf die Ausführungen in Kapitel 3. Zu den Standards der EVS gehört auch das **einheitliche Antragsverfahren**. Seitens der LVA Oldenburg-Bremen wurden entsprechend überarbeitete **Formulare zum Antrag auf Entwöhnung im Verbund** sowie zur **Abrechnung der Maßnahmen** (u. a. Übergabegespräche) erstellt und in den Umlauf gebracht. Die Dokumente spiegeln die in EVS-II **erweiterten bzw. flexibilisierten Kooperations- und Behandlungsmöglichkeiten** wieder (vgl. dazu die im Anhang abgedruckten EVS-Antragsformulare).

1.3.3 Beteiligung einer überregionalen Einrichtungen

Die Ausführungen zum Ausbau der Entwöhnung im Verbundsystem (vgl. Gliederungspunkt 1.2.1) haben bereits die Kriterien für den Einbezug weiterer Einrichtungen in die EVS verdeutlicht. Ein überregionaler Leistungsanbieter, der in der Vergangenheit im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen in größerer Zahl Versicherte der LVA Oldenburg-Bremen behandelt hat, ist die **Fachklinik Fredeburg**. Dem Interesse folgend, diese Kooperation auch für die Zukunft zu fördern, wurde diese Einrichtung – in Abweichung von der **bisher nur regionalen Konzeption** der Verbundarbeit – in den Verbund aufgenommen. Die bereits vor EVS existierenden engen Kontakte zu Einrichtungen aus EVS-I wie auch zu anderen ambulanten Rehabilitationseinrichtungen in der Region Oldenburg-Bremen werden im Rahmen der EVS-II konzeptionell und strukturell verdichtet. Für das Verbundsystem selbst wurde erwartet, dass die Beteiligung der Fachklinik Fredeburg wichtige Hinweise zur Qualität des Konzepts EVS im Hinblick auf überregionale Zusammenarbeit liefern wird.

1.3.4 Übergabegespräche

Die Ergebnisse des Modellprojekts EVS-I berücksichtigend (vgl. Tielking/Kuß 2003: 198 ff.) bleibt die **persönliche Übergabe als standardisierte Vorgabe auch für die EVS-II-Phase** in den Grundlagen der EVS bestehen. In der Regel sollen persönliche Übergabegespräche beim Wechsel der Behandlungsform durchgeführt werden. Die **überregionale Ausweitung** der Entwöhnung im Verbundsystem macht allerdings eine **Ausnahmeregelung** nötig, da Anfahrtswege und -zeiten bei nicht in der Region stattfindenden

Gesprächen die Ressourcen der beteiligten TherapeutInnen übersteigen würden: **In Einzelfällen können Übergabegespräche deshalb als Telefonkonferenz** – unter direkter Beteiligung der PatientInnen/KlientInnen (Telefonanlage!) – abgehalten werden. Die **Vergütung** dieser ersatzweise durchgeführten Übergaben erfolgt unter Berücksichtigung des Aufwandes bei persönlichen Übergabesituationen mit einer ambulanten Therapieeinheit. Vorausgesetzt wird ein entsprechend ausführliches Telefonat², das vor- und nachbereitet wird.

1.3.5 Tagesklinik

Dem aktuellen gesundheitspolitischen Interesse und der in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 formulierten Möglichkeit der tagesklinischen Rehabilitation entsprechend, ist mit Beginn der flächendeckenden Umsetzung von EVS auch diese **Variante** in die **Kombi-Therapie** aufgenommen worden.

Innerhalb des Leistungsrahmens von EVS-II wird die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen in einer Tagesklinik mit der in der stationären Einrichtung gleichgesetzt, wenngleich die **Maßnahme selbst entsprechend kostengünstiger** ist. Drei der sieben Kliniken bieten tagesklinische Behandlungen in EVS an.

1.3.6 Antragstellung über betriebliche Sozialberatungen

Mit der gestiegenen Zahl der Verbundpartner sind auch die **Vielfalt der Angebote** gewachsen. So ist z. B. mit dem Einbezug der ambulanten Reha-Einrichtung **vbsTeam gGmbH**, Beratungs- und Behandlungsstelle Bremen, ein Leistungsanbieter an EVS beteiligt, durch den auch über die betriebliche Suchtberatung PatientInnen/KlientInnen in die EVS-Therapie aufgenommen werden können. Hintergrund ist die organisatorische Nähe der vbsTeam gGmbH zur **Ge.on Team GmbH**, deren **Tätigkeitsschwerpunkt in der betrieblichen Gesundheitsförderung** liegt. Aus dieser Zusammenarbeit heraus werden im Rahmen der betrieblichen Beratung Anträge auf medizinische Rehabilitation durch die Ge.on Team GmbH gestellt und die PatientInnen/KlientInnen anschließend ambulant oder nach einem

² Persönliche Übergabegespräche dauerten in der Modellphase EVS-I durchschnittlich ca. 30 Minuten.

Klinikaufenthalt durch die MitarbeiterInnen der vbsTeam gGmbH behandelt. Das vbsTeam gGmbH sorgt für die Information der MitarbeiterInnen der Ge.on GmbH über Entwicklungen im Rahmen der EVS und stellt die Realisierung der EVS-Standards, z. B. durch den Einsatz des modularen Berichtswesens, sicher.

1.3.7 Geltungsdauer der Kooperationsvereinbarung

Die zwischen den beteiligten Leistungsanbietern unterzeichnete Kooperationsvereinbarung (vgl. Gliederungspunkt 3.4.2) **gilt bis zum Ende der Projektlaufzeit von EVS-II**, also bis Frühjahr 2004, **und darüber hinaus**, sofern die LVA Oldenburg-Bremen an ihr festhält und nicht einer der Kooperationspartner schriftlich der Vereinbarung widerspricht. Die Kooperationsvereinbarung entspricht somit der bereits **über vier Jahre lang geltenden Zielsetzung** von LVA Oldenburg-Bremen und Universität Oldenburg, **speziell durch EVS Qualitätsentwicklung in der Region Oldenburg-Bremen** zu fördern und Möglichkeiten für die Fortsetzung der Verbundarbeit über die Projektphase und wissenschaftliche Begleitung hinaus zu schaffen.

1.3.8 Therapeutisches Gesamtkonzept als Zielperspektive

Auch perspektivisch, auf die Zukunft ausgerichtet, ist das Vorhaben, ein therapeutisches Gesamtkonzept als **Grundlage der Zusammenarbeit** zu verfassen. Im Unterschied zum EVS-I-Modell kann bei einem Zusammenschluss von 23 Einrichtungen im Rahmen der einjährigen Projektlaufzeit ein gemeinsames therapeutisches Konzept nicht sofort eingefordert werden, ist aber dennoch als **Zielperspektive** hervorzuheben. Aktuell basiert die gemeinsame Verbundarbeit deshalb auf dem **Gesamtkonzept des EVS-I-Projekts in seiner 2. Fassung** sowie den anerkannten **Therapiekonzepten der einzelnen Rehabilitationseinrichtungen** und erfolgt praktisch unter **Bezugnahme auf die EVS-Standards** (vgl. Kapitel 3).

Der **Austausch** über die einzelnen therapeutischen Ansätze bzw. Konzepte wird durch die **Qualitätszirkelarbeit** sichergestellt und kommt in der **Auseinandersetzung um die EVS-Standards** immer wieder zum Tragen.

2 Qualitative Erhebungen im *Projektverlauf* des Berichtszeitraums 2003 bis 2004

2.1 Ziel und Methode der Prozess begleitenden Befragungen

Zu Beginn und zum Ende der EVS-II-Phase wurden die EVS-TeilnehmerInnen als ExpertInnen (vgl. Meuser/Nagel 1991, S. 342; dies. 1994, S. 183) zu ihren Erwartungen bzw. zu ihren Erfahrungen und Vorstellungen über künftige Entwicklungen befragt. Eingesetzt wurden halbstandardisierte bzw. Leitfaden gestützte Fragebögen. Die Leitfäden mit ihren vorformulierten Fragen zu einzelnen Themenkomplexen dienten der Sicherstellung der Vergleichbarkeit der Ergebnisse der einzelnen Befragungen (vgl. Mayring 2000).

Anliegen der Prozess begleitenden Befragungen ist es, den EVS-TeilnehmerInnen, insbesondere den MitarbeiterInnen der Rehabilitationseinrichtungen, eine zusätzliche Möglichkeit zu geben, Erwartungen (z. B. an die Zusammenarbeit) sowie Erfahrungen in der Umsetzung der EVS mitzuteilen und auf diesem Wege Umsetzungsprobleme frühzeitig erkennen zu lassen, um konstruktive Lösungen zu erarbeiten. Ziel der Abschlussbefragung ist es hingegen, die gemachten Erfahrungen abschließend einzuschätzen und Vorstellungen über und Erwartungen an die künftige Zusammenarbeit abzubilden.

2.2 Befragung zu *Beginn* der EVS-II-Phase

2.2.1 Leitfaden

Die Anfangsbefragung wurde mit Hilfe eines Leitfadens, der offene und geschlossene Fragen enthält, durchgeführt. Die Fragebögen wurden den QZ-TeilnehmerInnen in den QZ-Sitzungen Ende August/Anfang September 2003 ausgehändigt. In die Befragung sollten die Erfahrungen aller MitarbeiterInnen in EVS aus dem Zeitraum Juni bis Oktober 2003 einfließen. Somit hatten alle QZ-TeilnehmerInnen den Auftrag, die Fragen in den einzelnen Teams zu besprechen und die Antworten für die jeweilige Einrichtung zusammenzufassen.

Nachfolgend sind die Fragen des Leitfadens aufgeführt:

Prozessbegleitende QZ-TeilnehmerInnen-Befragung

A Zum EVS-Konzept

1. *Von welchen Veränderungen in EVS erwarten Sie positive Effekte?*
2. *Welche im Rahmen von EVS entstandenen Vereinbarungen/Veränderungen halten Sie für problematisch?*
3. *Wo liegen für Sie Nach- und Vorteile von EVS? Was würden Sie verändern wollen?*
4. *Was wurde in der Planung und Umsetzung des EVS-Konzepts Ihrer Meinung nach zu wenig berücksichtigt?*

B Die QZ-Arbeit

5. *Welche Themen sind Ihnen für die QZ-Arbeit am Wichtigsten?*
6. *Welche Frequenz wünschen Sie sich für die Sitzungen des QZ?*

C Zum gemeinsamen Arbeitsfeld EVS

7. *Entstehen durch die verstärkte Zusammenarbeit in der EVS neue Reibungspunkte und Probleme? Welche sind das?*
8. *Ist durch EVS eine Zusammenarbeit in bestimmten Aufgabenfeldern entstanden, die Sie als eher nicht wünschenswert betrachten?*
9. *Wo fehlen Kooperationsfelder in der EVS?*
10. *Welche Gründe führen Sie primär für Probleme oder Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit in EVS an?*
11. *Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit der LVA Oldenburg-Bremen ein. Was läuft gut, was läuft weniger gut? Wo haben Sie Änderungswünsche?*

D Zu den KooperationspartnerInnen Ihrer Einrichtung

12. *Mit welchen Einrichtungen/Institutionen pflegt Ihre Einrichtung neben den an EVS beteiligten VerbundpartnerInnen einen ähnlich engen Kontakt?*

E Zur Arbeitszufriedenheit

13. *Was sollte gegeben sein oder geschehen, damit die Zusammenarbeit mit Ihren ambulanten/stationären KollegInnen attraktiv bleibt bzw. wird?*
14. *Was tut dem Arbeitsklima der ambulant-stationären Zusammenarbeit gut, was weniger?*
15. *Wie schätzen Sie für sich und Ihre KollegInnen die Arbeitsbelastung im Rahmen von EVS ein?*

Fortsetzung des Leitfadens

F Perspektiven

16. Welche Einrichtungen sollten künftig in EVS einbezogen werden?
17. Gibt es im Hinblick auf das Thema Kooperation noch Aspekte, die Sie für wichtig halten und die bisher noch nicht zur Sprache gekommen sind?
18. Gibt es für Sie noch Bedarf für die Untersuchung bestimmter Fragestellungen, Themen, Probleme mit und in EVS?
19. Besteht bzw. wo besteht Ihrer Meinung nach noch oder weiterhin Bedarf der Begleitung? Was würden Sie sich erwarten, wünschen?

G Anmerkungen/Kritik

20. Gibt es Fragen oder Anmerkungen, die Sie primär an die Uni Oldenburg und deren wissenschaftliche Begleitung des Projekts richten möchten/würden?
21. Gibt es weitere Anmerkungen, Rückmeldungen zu diesem Fragebogen?

Abb. 3: Leitfaden der ExpertInnenbefragung zu Beginn der EVS-II-Phase

2.2.2 Ergebnisse

Den an EVS-II Beteiligten wurde mit der Befragung die Möglichkeit gegeben, Anregungen und Themen zu benennen, die für sie in der weiteren Zusammenarbeit im Verbundsystem von Relevanz sind. Dieses Angebot haben bis zum Abschluss der hier vorliegenden Auswertung – 3. November 2003 – 21 von den zu diesem Zeitpunkt noch 22 an EVS teilnehmenden Einrichtungen genutzt und den Fragebogen zurückgesandt. Der folgenden Auswertung liegen die Angaben aus diesen Rückmeldungen zugrunde.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit sind Fragen, die ähnliche Inhalte zum Gegenstand hatten, dort wo es zweckmäßig erschien, zusammengefasst. Die Ergebnisse werden ansonsten entsprechend der Struktur des Leitfadens wiedergegeben:

A Zum EVS-Konzept

Folgende Fragen wurden im Zusammenhang des Themas „EVS-Konzept“ zunächst gestellt:

1. *Von welchen Veränderungen in EVS erwarten Sie positive Effekte?*

2. *Welche im Rahmen von EVS entstandenen Vereinbarungen/Veränderungen halten Sie für problematisch?*

3. *Wo liegen für Sie Nach- und Vorteile von EVS?
Was würden Sie verändern wollen?*

Zusammenfassend wurden in der Beantwortung dieser drei ersten Fragen folgende Themenbereiche angesprochen:

- **EVS-Standards** wie die Übergabegespräche, das Dokumentationswesen, die QZ-Arbeit werden grundsätzlich begrüßt und in ihrer Wirkung – Verbesserung der Kooperation, Flexibilisierung der Behandlung, Passgenauigkeit des Behandlungssettings – als *positiv* eingeschätzt.
- Gleichzeitig werden aber genau diese Veränderungen auch als *problematisch* hinsichtlich der für die Umsetzung der Neuerungen aufzuwendenden **Zeit bei nicht vorhandener Deckung der Kosten** angesehen.
- Die persönliche Begleitung von PatientInnen/KlientInnen zwischen ambulanten/stationären Bereichen wird als problematisch erachtet. PatientInnen/KlientInnen wird die Verantwortung abgenommen, statt sie ihnen zu übergeben.
- Rückmeldungen, die inhaltlich besagen, dass es *keine als problematisch zu erachtende Aspekte* gibt bzw. in dieser Hinsicht noch keine Anmerkungen zu machen sind.

Die QZ-Teilnehmenden nennen folgende **Vorteile von EVS**:

- Standards
- Kooperationsverbesserungen
- Ein individuell angepasstes und flexibleres Reagieren auf die Problemlagen der PatientInnen/KlientInnen ist möglich. Es ist eine Optimierung des Reha-Prozesses durch die Wahlmöglichkeiten von ambulanten/stationären Angeboten möglich.
- Bewegung in neue Konzepte
- Wegfall von Verlängerungsberichten

Als **Nachteile von EVS** werden genannt:

- ohne Querfinanzierung ist EVS für die ambulanten Einrichtungen derzeit nicht zu leisten
- Aus Sicht *einer* Klinik wird beschrieben, dass die Kriterien für ambulante Behandlungen zu wohlwollend geprüft oder nicht eingehalten werden. Um das EVS-System bzw. Zusatzregelungen und -vereinbarungen besser zu überblicken wäre ein Leitfaden erforderlich.
- erhöhter Aufwand

Frage 4.: Was wurde in der Planung und Umsetzung des EVS-Konzepts Ihrer Meinung nach zu wenig berücksichtigt?

5 Rückmeldungen sagen aus, dass nichts zu wenig in der Planung und Umsetzung der EVS berücksichtigt wurde.

Die weiteren Angaben beziehen sich sowohl auf die allgemeinen Strukturen der Suchtkrankenhilfe, den Leistungsträger als auch auf Veränderungen der EVS-Konzeption:

- Wunsch nach einer Ausweitung des EVS-Modells auf BfA-PatientInnen/KlientInnen
- Modifizierung des Leistungsrahmens:
 - * Erweiterung des Bewilligungsrahmens hinsichtlich der ambulanten Therapieeinheiten
 - * Mehr ambulante Therapieeinheiten in der Vorbereitungsphase
 - * Vergütung der Erstellung des Sozialberichts
- Überarbeitung des Sozialberichts: Doppelungen herausnehmen
- Eigeninteresse der Beteiligten klar stellen
- Eigendynamik der PatientInnen/KlientInnen
- Die KlientInnen sind die Kunden und entwickeln ihre Ziele entsprechend ihrer Fähigkeiten.
- Unterschiedliche Therapieansätze TP, VT, AT
- Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen und der Umstrukturierungsmaßnahmen von Anbietern in Bremen

B Die QZ-Arbeit

Frage 5.: Welche Themen sind Ihnen für die QZ-Arbeit am Wichtigsten?

An Themen oder Themenschwerpunkten, die für die QZ-Arbeit als am Wichtigsten erachtet werden, werden die **inhaltliche Auseinandersetzung um die Standards und die Reflexion der praktischen Arbeit bzw. Umsetzung von EVS** genannt. Besondere Erwähnung finden in diesem Zusammenhang folgende Themen:

- Normierung und Vereinheitlichung der Behandlung
- Übereinkunft in Indikationsstellung ambulant/stationär
- Diagnostik und Dokumentation
- der kollegiale Austausch
- die Möglichkeit zu erfahren, wie andere arbeiten
- "politische" Fragestellungen, wie die Finanzsituation und
- Problembereiche in der Arbeit der Beteiligten

Zwei Rückmeldungen verweisen insbesondere auf die **Perspektiven von EVS** und verstehen die **Weiterentwicklung des Berichtswesens, das gute Zusammenfinden des neuen QZ und den Übergang des QZ in die Selbständigkeit** als wichtig.

Frage 6.: Welche Frequenz wünschen Sie sich für die Sitzungen des QZ?

Es sind Doppelnennungen enthalten, da sich die Präferenz mit Blick auf eine Teilnahme der Kliniken an drei QZ verändert.

Frequenz	Nennungen
Alle 4 Wochen	Keine Nennung
Alle 6 Wochen	8x (davon 1x mit Zusatz: bis zum 1.3.04)
Alle 8 Wochen	11x (davon 1x mit Zusatz: ab 1.3.04)
Andere Frequenz, und zwar	3x alle 12 Wochen 1x langfristig nur alle 4-6 Monate

Die Angaben machen deutlich, dass die derzeitige Abfolge der Sitzungstermine mehrheitlich als zu eng eingeschätzt wird und **in der Zukunft eher eine Frequenz von 8 Wochen** gewünscht wird.

C Zum gemeinsamen Arbeitsfeld EVS

Frage 7.: Entstehen durch die verstärkte Zusammenarbeit in der EVS neue Reibungspunkte und Probleme? Welche sind das?

Die Frage nach Reibungspunkten und Problemen in der Zusammenarbeit in EVS wird in acht zurückgesandten Fragebögen nicht beantwortet bzw. mit dem Zusatz, dass eine Einschätzung aufgrund der kurzen Projektlaufzeit nicht möglich ist, versehen.

Die gegebenen Antworten thematisieren folgende **Probleme**:

- (Verschärfung der) Konkurrenz der Kliniken
- Abgeben der PatientInnen/KlientInnen, Konkurrenz
- „Feilschen“ um längere Klinikaufenthalte
- Belastung der Leistungsanbieter-Beziehung, da Entscheidung über Reha-Ort nicht mehr seitens LVA
- bisher belegte Kliniken, die *nicht* im Verbund sind, werden nicht mehr belegt
- Umsetzung der Therapieziele
- Einhaltung der Absprachen in der Kooperation Klink – „Beratungsstelle“
- PatientInnen/KlientInnen vergleichen und fühlen sich bevorteilt bzw. benachteiligt durch EVS. Plausible Erklärungen fehlen!
- Erreichbarkeit der KollegInnen aus den anderen Bereichen
- unterschiedliche Interessenslagen der einzelnen „Parteien“
- hoher Arbeitsaufwand

Frage 8.: Ist durch EVS eine Zusammenarbeit in bestimmten Aufgabefeldern entstanden, die Sie als eher nicht wünschenswert betrachten?

Auf die Frage nach nicht-wünschenswerter Zusammenarbeit in EVS gibt es mit einer Ausnahme *keine* inhaltlich konkrete Antwort:

- 11 x wird die Entstehung nicht-wünschenswerter Zusammenarbeit **verneint**

- 1x wird das Verständnis der QZ-Sitzung als erweiterte Sozialarbeiterbesprechung kritisiert
- die anderen Antworten geben Auskunft darüber, dass eine Einschätzung zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht möglich ist

Frage 9.: Wo fehlen Kooperationsfelder in der EVS?

Die Frage nach fehlenden Kooperationsfeldern in EVS wird in 11 Fragebögen aufgrund der zum Zeitpunkt der Befragung erst kurzen Projektlaufzeit nicht beantwortet.

In den übrigen Fragebögen werden folgende fehlende Kooperationsfelder genannt:

- Arbeits- und berufsbezogene Reha, berufliche Integration
- gegenseitige Hospitationen
- Angehörigenarbeit
- Krankenkassen und andere Kostenträger (BfA, LVA Hannover)
- Kooperationen in Bremen und Bremerhaven

Frage 10.: Welche Gründe führen Sie primär für Probleme oder Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit in EVS an?

Merkmal	Häufigkeit
Personelle	5x
strukturelle	7x
(gesundheits-)politische	9x
andere, und zwar	- zeitlich 1x - bislang keine Probleme - erheblicher Kostendruck - Beratungsstellenfinanzierung aus öffentlichen Mitteln nicht mehr gesichert
keine Nennung, Antwort	2x

Nach Einschätzung der befragten MitarbeiterInnen – Doppelnennungen waren möglich – haben Schwierigkeiten und Probleme in der Zusammenarbeit in EVS primär (gesundheits-)politische und strukturelle Gründe.

Frage 11.: Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit der LVA Oldenburg-Bremen ein. Was läuft gut, was läuft weniger gut? – Wo haben Sie Änderungswünsche?

Die Zusammenarbeit mit der LVA Oldenburg Bremen wird *insgesamt als gut* eingeschätzt. Insbesondere die

- Informationen über den jeweiligen Stand der Kostenzusage,
- unproblematische, schnelle Kostenzusagen und
- hohe Flexibilität

werden positiv hervorgehoben.

Als *weniger gut* werden

- die phasenweise schlechte telefonische Erreichbarkeit,
- die bis zum Zeitpunkt der Befragung nicht zeitnah erfolgte Bereitstellung von Antragsvordrucken und
- die Treffen des „Bremer QZ“ in Oldenburg statt in Bremen

erachtet.

Als im Hinblick auf *Veränderungen wünschenswert* werden genannt:

- die vermehrte Nutzung des Internets zum Datentransfer und
- mehr Flexibilität in der Dauer der ambulanten Reha (z. B. mehr als 18 Monate), um vorhandene Einheiten ausschöpfen zu können und den KlientInnen damit mehr Zeit zu lassen.

D Zu den KooperationspartnerInnen Ihrer Einrichtung

Frage 12.: Mit welchen Einrichtungen/Institutionen pflegt Ihre Einrichtung neben den an EVS beteiligten VerbundpartnerInnen einen ähnlich engen Kontakt?

Die Fragebögen enthalten eine Vielzahl an Angaben zu Kooperationspartnern. Eine Auszählung ist nicht sinnvoll, da sich keine Schwerpunkte ermitteln lassen:

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenhäuser ▪ Ärzte ▪ Psychosoziale Beratungsstellen ▪ Gesundheitsamt ▪ SPD ▪ Betriebe (betriebliche Sozialdienste, Suchtbeauftragte) ▪ Tagesaufenthalte, Wohnheime ▪ Einrichtungen der Jugendarbeit ▪ Kirchengemeinden ▪ JVA ▪ Bewährungshilfe ▪ Marine 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbsthilfe ▪ Entgiftungsstationen ▪ Diakonie-Verbund ▪ Suchtkliniken ▪ Drogentherapieeinrichtungen ▪ Krankenkassen ▪ BfA ▪ LVA Hannover – EMS-Modell ▪ Sozialämter ▪ Keine 4x
---	--

Es fällt auf, dass immerhin 4 x keine Kooperationspartner genannt werden bzw. die Antwort ausgelassen wurde.

E Zur Arbeitszufriedenheit

Frage 13.: Was sollte gegeben sein oder geschehen, damit die Zusammenarbeit mit Ihren ambulanten/stationären KollegInnen attraktiv bleibt bzw. wird?

Frage 14.: Was tut dem Arbeitsklima der ambulanten-stationären Zusammenarbeit gut, was weniger?

Den Antworten entsprechend wird das **Klima der Zusammenarbeit** durch persönliche und kollegiale Kontakte der an der Behandlung Beteiligten **deutlich positiv beeinflusst**. Als förderlich für einen als wichtig erachteten offenen Austausch werden genannt:

- feste AnsprechpartnerInnen,
- häufigere telefonische Zwischenmeldungen,
- informelle Treffen,
- Offenheit, Kontaktbereitschaft, Austausch und
- gemeinsame Fortbildungen.

In diesem Sinne sind auch **Vorschläge** zu verstehen, die die **Organisation der QZ-Arbeit** betreffen:

- Sie sollte als feste Institution gelten,
- reihum in den Kliniken und „Beratungsstellen“ stattfinden,
- eine Kontinuität der Teilnehmenden aufweisen und
- mit konstruktiven Rückmeldungen gefüllt werden.

Grundsätzlich werden folgende Faktoren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit als wichtig erachtet:

- Die Stärken des jeweils anderen Settings müssen gesehen und Grenzen benannt werden, ohne abzuqualifizieren.
- Ein intensiver Austausch über KlientInnen muss stattfinden, um eine passgenaue Vermittlung möglich zu machen.
- Das gemeinsame Therapiekonzept ist bedeutsam, da positiv bewertete Absprachen fixiert werden.
- Das jeweilige Know-how der Kooperationspartner muss berücksichtigt werden, um Doppelarbeiten zu vermeiden.
- Es sollte mehr Zeit für die Kommunikation eingeräumt und diese auch bezahlt werden.

Als **nicht förderlich** für das Gelingen einer Kooperation werden die nachstehenden Aspekte erachtet:

- Kliniken eröffnen Suchtambulanzen,
- hohe Erwartungen bestehen bei oft fehlender „Compliance“ der PatientInnen/KlientInnen und kurzer Behandlungszeit,
- Zeitmangel,
- finanzielle Sorgen aufgrund der zum Teil ungesicherten Beratungsstellenfinanzierung,
- Konkurrenzsituationen und
- eine weitere Zunahme der Arbeitsbelastung und der Anforderungen

Frage 15.: Wie schätzen Sie für sich und Ihre KollegInnen die Arbeitsbelastung im Rahmen von EVS ein?

Die Frage nach der Arbeitsbelastung durch EVS gibt ein eindeutiges Bild wieder:

Die **Mehrheit** schätzt sie als **hoch** ein, **gut ein Drittel** schätzt sie als **"mittel"** ein.

Festzustellen ist, dass die Modelleinrichtungen der EVS-I-Phase dabei nicht grundsätzlich zu dem Urteil kommen, dass die Arbeitsbelastung als eher geringer (mittel!) einzuschätzen ist. Man kann zum Befragungszeitpunkt also nicht sagen, dass Routine und Einarbeitung die Arbeitsbelastung grundsätzlich reduziert haben. Vielmehr geben sowohl VertreterInnen bisheriger Modelleinrichtungen als auch die der "neuen" Einrichtungen an, dass die Arbeitsbelastung als hoch bzw. mittel anzusehen ist.

Merkmal	Häufigkeiten
Hoch	9x (→ 1x: zumindest anfänglich)
Mittel	6x
Niedrig	
Keine Antwort, Angabe	5x

F Perspektiven

Frage 16.: Welche Einrichtungen sollten künftig in EVS einbezogen werden?

Bei der Frage nach wünschenswerter Einbeziehung weiterer Einrichtungen in EVS waren Mehrfachnennungen möglich.

Am Häufigsten wird seitens der VertreterInnen der Einrichtungen die Einbeziehung von **Entgiftungsstationen/Krankenhäusern** sowie der **Krankenkassen** gewünscht.

Auch die Beteiligung des **Arbeitsamtes** wird stark präferiert, die Integration von **Ärzten** und **Betrieben** in die EVS-Konzeption wird ebenfalls gewünscht.

Fünf Fragebögen enthielten **keine Antwort** – entweder weil noch keine Meinung dazu ausgebildet werden konnte oder aber keine Einbeziehung weiterer Einrichtungen als wünschenswert erachtet wird.

Weitere Einrichtungen in EVS	Häufigkeit
Entgiftungsstationen/Krankenhäuser	12x
Krankenkassen	9x
Arbeitsamt	6x
niedergelassene Ärzte	4x
Betriebe	4x
Selbsthilfegruppen	2x
BfA	1x
andere, und zwar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptionseinrichtungen (1x) ▪ Bildungseinrichtungen (1x) ▪ Evtl. Suchtschwerpunktpraxen (ärztlich o. psychologisch)
Keine Antwort	5x

Frage 17.: Gibt es im Hinblick auf das Thema Kooperation noch Aspekte, die Sie für wichtig halten und die bisher noch nicht zur Sprache gekommen sind?

In der Mehrzahl (11) der Fragebögen wurden **keine weiteren Anmerkungen zu für wichtig gehaltenen Aspekten** des Kooperations-Themas gemacht.

In den übrigen Fragebögen werden folgende Punkte genannt:

- zeitliche Ressourcen für die Durchführung der EVS und die QZ-Arbeit,
- Konkurrenzsituationen,
- Leitungsfrage → Einhaltung der Standards,
- Reflektion der TherapeutInnen und der PatientInnen/KlientInnen nach 52-wöchiger Behandlung,
- Einbeziehung anderer Leistungsträger,
- Ein zu gleichförmiges therapeutisches Angebot schränkt die Möglichkeit unterschiedlicher Ansätze ein. Manchmal wird der Zugang zu PatientInnen/KlientInnen erst möglich, wenn er unterschiedliche Ansätze wahrnehmen kann. Kein Angebot ist perfekt.

Frage 18.: Gibt es für Sie noch Bedarf für die Untersuchung bestimmter Fragestellungen, Themen, Probleme mit und in EVS?

Die Mehrzahl (11) der Fragebögen enthält zum Thema **weiterer Forschungs-/Planungsbedarf** keine Angaben.

Die aufgeführten Fragestellungen beziehen sich zum einen auf das EVS-Modell und thematisieren die Organisation der EVS-Zusammenarbeit nach der Projektlaufzeit (insbesondere QZ-Arbeit) und zum anderen auf die Frage, warum EVS nicht weiterhin als rein regionales Modell erhalten bleibt und ein überregionaler Leistungsanbieter beteiligt wird.

Weitere Anmerkungen enthalten konkrete **Forschungsfragen**, die über das EVS-Modell hinausgehen:

- Es besteht Interesse an Effektivitätskontrollen auch im Vergleich zu anderen Verbundsystemen.
- Klärung der Frage, wie durch intensivere Einbeziehung des sozialen Umfeldes die Behandlung optimiert werden kann, z. B. durch die gemeinsame Behandlung der PartnerInnen.
- Beantwortung der Frage, welche Auswirkung die Verkürzung der stationären Entwöhnungszeit auf schwerstabhängige PatientInnen/KlientInnen hat?

Frage 19.: Besteht bzw. wo besteht Ihrer Meinung nach noch oder weiter hin Bedarf der Begleitung? Was würden Sie sich erwarten, wünschen?

- **Sieben Fragebögen** enthalten zur Frage nach weiterer Begleitung **keine Antwort**.
- Aus den anderen Fragebögen geht mit deutlichem Schwerpunkt (**8x**) hervor, dass die **Moderation der QZ** und damit ein externer Supervisor (Uni) auch als Motor für das gesamte Projekt als wichtig erachtet werden.
- Auch der **Verbleib der LVA im QZ** wird gewünscht, da gegenseitige Rückmeldung und Einflussnahme auf den Prozess notwendig sind.

Weitere **wissenschaftliche Begleitung** wird gewünscht im Hinblick auf eine ...

- längerfristige Auswertung möglicher veränderter bzw. verbesserter Reha-Ergebnisse in EVS und der
- Umsetzung der Kombi-Behandlung (ergebnisorientierte Begleitforschung).

Der **Kontakt zur Uni** soll auch im Sinne von Informationsvermittlung aufrechterhalten bleiben; gewünscht werden **regelmäßige Infoveranstaltungen über Innovationen durch die Uni**.

Zwei Rückmeldungen nennen konkret Themen, die **im Rahmen der QZ** anzugehen wären:

- Was passiert wann; wie werden Übergabegespräche geführt? → darüber gab es in den QZ für die neuen Einrichtungen bisher keine Informationen!
- Austausch über klientenbezogene Erfahrungen

G Anmerkungen/Kritik

Frage 20.: Gibt es Fragen oder Anmerkungen, die Sie primär an die Uni Oldenburg und deren wissenschaftliche Begleitung des Projekts richten möchten/würden?

Hier sind **fünf Rückmeldungen** aufzuführen, die über das dominante Echo (Lob und Anerkennung für die Arbeit der Uni) hinausgehen:

- Die Verbesserung der Strukturen ist wichtig; eine erfolgreiche Behandlung liegt aber letztlich in der Person des Klienten/der Klientin und seinen/ihrer Grenzen und Möglichkeiten begründet.
- Zwischen den Interessen der Uni Oldenburg und der LVA lässt sich kaum ein Unterschied feststellen.
- Man hätte sich gewünscht, die Projektberichte vor der Veröffentlichung zu Gesicht zu bekommen.

Frage 21.: Gibt es weitere Anmerkungen, Rückmeldungen zu diesem Fragebogen?

Rückmeldungen zum Fragebogen enthalten verschiedenste Anmerkungen:

- In der Mehrzahl der abgegebenen Fragebögen wird zum Ausdruck gebracht, dass die **Befragung zu früh** kommt, da noch nicht über konkrete Erfahrungen mit EVS berichtet werden kann
- Zwei Anmerkungen besagen, dass **einzelne Fragestellungen so allgemein** oder auch offen gehalten sind, dass ihre umfassende Beantwortung doch einen für uns zu erheblichen Zeitaufwand bedeuten würde,
- einmal wird eine exakte praxisbezogene Fragestellung erwünscht,
- einmal wird geäußert, dass der Fragebogen gut sei.

Die Ergebnisse der Anfangsbefragung wurden in den QZ allen TeilnehmerInnen vor- und den Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Mit der Vielzahl der angesprochenen Themen gab es somit eine schriftliche Grundlage mit einem umfassenden Fundus an Themen, auf die in der QZ-Arbeit zurückgegriffen werden konnte. Zudem boten die Ergebnisse die Möglichkeit Unterschiede zwischen den Modelleinrichtungen der EVS-I-Phase und den in

EVS-II neu hinzugekommenen Einrichtungen herauszuarbeiten und in die Diskussion mit einfließen zu lassen.

2.3 Befragung zum Abschluss der EVS-II-Phase

2.3.1 Leitfaden

Auch die Abschlussbefragung wurde mit Hilfe eines Leitfadens, der offene und geschlossene Fragen enthielt, durchgeführt. Die Fragebögen wurden den QZ-TeilnehmerInnen in den QZ-Sitzungen am 9. und 10. März 2004 vorgestellt und per E-Mail zugesandt. Erneut waren die QZ-Teilnehmenden aufgefordert, die Fragen im Team der Einrichtungen zu besprechen, Einschätzungen zu erheben und pro Einrichtung einen Fragebogen zurückzusenden.

Die Fragen dieses Leitfadens lauteten wie folgt:

Abschlussbefragung der QZ-TeilnehmerInnen der EVS-II

A Zum EVS-Konzept/Zum gemeinsamen Arbeitsfeld EVS

- 1. Auf welchen Zeitraum beziehen sich ihre Einschätzungen zum EVS-Konzept? Wie lange sind Sie und Ihre Einrichtung bereits an der "Alkoholentwöhnung im Verbundsystem" beteiligt?**
- 2. Können Sie für sich und ihre Einrichtung einschätzen, wie lange der interne Umsetzungsprozess der EVS gedauert hat?**
- 3. Von welchen Veränderungen durch EVS haben Sie in ihrer Arbeit profitiert?**
- 4. Welche im Rahmen von EVS entstandenen Vereinbarungen/Veränderungen halten Sie für problematisch?**
- 5. Wenn Sie die EVS-Behandlung mit der herkömmlichen Suchtbehandlung vergleichen, welche Unterschiede - positiv wie negativ - stellen Sie fest?**
- 6. Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit der LVA Oldenburg-Bremen ein. Was läuft gut, was läuft weniger gut? Wo haben Sie Änderungswünsche?**

B Zu den Kommunikationsstrukturen zwischen den Einrichtungen

- 7. Auf welchen formellen und informellen Wegen findet der Informationsaustausch zwischen Ihnen und Ihren ambulanten/stationären/tagesklinischen KollegInnen statt? Welches sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Elemente zur Weitergabe von Informationen?**

Fortsetzung des Leitfadens**C Zur Arbeitszufriedenheit**

8. *Wie beurteilen Sie das Arbeitsklima der ambulant-stationären/tagesklinischen Zusammenarbeit in der EVS?*
9. *Was ist für die Entstehung bzw. zur Aufrechterhaltung eines guten Arbeitsklimas der ambulant-stationären/tagesklinischen Zusammenarbeit in der EVS zu tun?*

D Perspektiven

10. *Wie kann ihrer Meinung nach die bisherige Kooperation für die Zukunft gesichert und die Qualität der EVS-Behandlung aufrechterhalten werden?*
11. *Gibt es für Sie noch Bedarf für die Untersuchung bestimmter Fragestellungen, Themen, Probleme mit und in EVS?*

E Anmerkungen/Kritik

12. *Gibt es Fragen oder Anmerkungen, die Sie primär an die Uni Oldenburg und deren wissenschaftliche Begleitung des Projekts richten möchten/ würden?*
13. *Gibt es weitere Anmerkungen, Rückmeldungen zu diesem Fragebogen?*

Abb. 4: Leitfaden der ExpertInnenbefragung zum Abschluss der EVS-II-Phase

2.3.2 Ergebnisse

Die Befragung der EVS-Beteiligten zum Abschluss der EVS-II-Phase war ausgerichtet auf die Erhebung von Einschätzungen zum gegenwärtigen Stand der Kooperation. Mit der Befragung wurde den EVS-Beteiligten die Möglichkeit gegeben, die Leistungen der EVS – Fortschritte wie Problembereiche – sowie auch Kritik und Perspektiven für die Weiterentwicklung zu formulieren. Die Ergebnisse leisten somit einen Beitrag zur Revision der bisherigen Arbeit in EVS, gleichzeitig enthalten die Angaben auch Anstöße für die Fortsetzung der Zusammenarbeit im Verbundsystem.

Das Angebot der Beantwortung des Fragebogens haben bis zum Abschluss der hier vorliegenden Auswertung – 23. März 2004 – 13 von den 23 an EVS teilnehmenden Einrichtungen genutzt. Der folgenden Auswertung liegen die Angaben aus diesen Rückmeldungen zugrunde.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit sind Fragen, die ähnliche Inhalte zum Gegenstand hatten, dort wo es zweckmäßig erschien, zusammengefasst. Die Ergebnisse werden ansonsten entsprechend der Struktur des Leitfadens wiedergegeben:

A Zum EVS-Konzept/Zum gemeinsamen Arbeitsfeld EVS

Im Fragenblock A wurden folgende Angaben zum Thema "EVS-Konzept/ gemeinsames Arbeitsfeld EVS" gemacht:

Frage 1.: Auf welchen Zeitraum beziehen sich ihre Einschätzungen zum EVS-Konzept? Wie lange sind Sie und Ihre Einrichtung bereits an der "Alkoholentwöhnung im Verbundsystem" beteiligt?

Frage 2.: Können Sie für sich und ihre Einrichtung einschätzen, wie lange der interne Umsetzungsprozess der EVS gedauert hat?

Die Mehrzahl der Fragebögen (8) kommt aus Einrichtungen, die erst mit Beginn der flächendeckenden Umsetzung der EVS an dem Verbundmodell teilnehmen, 5 der vorliegenden Fragebögen stammen aus Einrichtungen, die bereits am Modellprojekt EVS-I teilgenommen haben.

Die Frage nach der Dauer bzw. dem Stand des Umsetzungsprozess wird **mehrheitlich** (7) dahingehend beantwortet, dass in der jeweiligen Einrichtung **nach wie vor Bedarf für die regelmäßige Auseinandersetzung** mit den Standards der EVS besteht. Jeweils 2 Einrichtungen geben an, dass der Umsetzungsprozess bei ihnen nach drei Monaten bzw. zehn Monaten weitgehend abgeschlossen war, 4 Rückmeldungen sahen EVS und die Standards nach sechs Monaten als weitgehend implementiert an.

Frage 3.: Von welchen Veränderungen durch EVS haben Sie in ihrer Arbeit profitiert?

Die Aussagen der EVS-Teilnehmenden machen deutlich, dass die EVS-Kombi-Behandlung ein Modell darstellt, das die **PatientInnen/KlientInnen mehr in den Mittelpunkt** gerückt hat: Die Qualität der Behandlung habe sich deutlich verbessert, die Gesamtbehandlungszeiträume ermöglichen unbürokratische, reibungslosere und zeitnahe Wechsel zwischen den Behandlungsformen ambulant, tagesklinisch und stationär. Insgesamt wird der EVS

ein **hohes Maß an Flexibilität** attestiert – diese wiederum wird in einem Fragebogen als Vor- und Nachteil angesehen.

Einen weiteren Gewinn sehen die EVS-Teilnehmenden in der **Intensivierung der Kontakte** zwischen ambulanten und stationären TherapeutInnen: Ambulante und stationäre Einrichtungen, die miteinander konkurrieren, sind aufeinander zugegangen, ein direkter Austausch erfolgt im Rahmen der Qualitätszirkel und durch die Übergabegespräche, so dass der **Informationsfluss gesichert** und auch die Auseinandersetzung mit dem therapeutischen Setting nachhaltiger ist.

Mit Blick auf die Zusammenarbeit im QZ wird angeführt, dass das Verständnis füreinander gegeben ist und die inhaltlichen Diskussionen, bspw. um die Federführung der Reha-Fachstelle und das Berichtswesen konstruktiv und profitabel sind.

Von Vorteil erweist sich auch das **einmalige, gestraffte Antrags- und Bewilligungsverfahren**, durch das die ambulante Weiterbehandlung gleich mit beschieden wird sowie die **Vergütung der Dokumentation und der Übergeben**. Ein Antwortbogen macht deutlich, dass bisher erst eine sehr geringe Zahl von PatientInnen/KlientInnen in EVS behandelt worden sind, so dass noch keine Aussagen gemacht werden können.

Frage 4.: Welche im Rahmen von EVS entstandenen Vereinbarungen/Veränderungen halten Sie für problematisch?

In der Beantwortung zur Frage nach problematischen Vereinbarungen in EVS wird überwiegend auf die **persönlichen Übergabegespräche** abgehoben: Diese sind bisher **nicht ausreichend refinanziert**, obgleich als sinnvoll eingeschätzt, jedoch zu zeitaufwendig und bei geographischer Distanz standardmäßig nicht zu leisten.

Auch die Arbeit mit dem **EVS-Berichtswesen** wird als problematisch erachtet: Der erweiterte Sozialbericht ist zum Teil für ambulante Einrichtungen nicht leistbar, die Bearbeitung bedarf – auch aufgrund seiner ungeordneten Struktur – eines erhöhten Zeitaufwandes und ist für manche PatientInnen/KlientInnen zu umständlich, so dass die Erfassung der Daten schwierig werden kann.

Eine Rückmeldung enthält die Aussage, dass EVS für "schwächere Patienten" eine **hohe Hürde** darstellt, in die stationäre Therapie zu gelangen. Ein

Rückgang der Antragszahlen bei gleichbleibendem Bedarf erscheint dann möglich. Für den Fall von **fehlender Indikationsphase** ist eine Integration in die direkte Bezugsgruppe für alle Beteiligten schwierig.

Auf das in EVS einbezogene Territorium nimmt folgende Antwort Bezug: Für Bremen muss eine Bremer Lösung gefunden werden, ebenso gilt es Überlegungen für die Einbindung der Fachklinik Fredeburg anzustellen.

Eine Aussage kann insgesamt als Zusammenfassung der Antworten zu dieser Frage herangezogen werden: **EVS erfordert bei wirtschaftlichen Defiziten einen erhöhten Zeitaufwand für eine bessere Qualität in der Behandlung.**

Frage 5.: Wenn Sie die EVS-Behandlung mit der herkömmlichen Suchtbehandlung vergleichen, welche Unterschiede - positiv wie negativ - stellen Sie fest?

An positiven Errungenschaften der EVS im Vergleich zur herkömmlichen Suchtbehandlung nennen die Befragten mehrheitlich, dass die **verbindlichen Regelungen und flexiblen Gestaltungsmöglichkeiten** zu einer verbesserten Zusammenarbeit geführt haben, die insbesondere darin zum Ausdruck kommen, dass sich gemeinsam darum bemüht wird, für jede Klientin/jeden Klienten eine gute Schnittstellenarbeit zu leisten.

Ein **52-Wochen langer Behandlungszeitraum** erscheint den PatientInnen/KlientInnen zunächst oft als zu lang, wenn sie sich jedoch darauf einlassen, dann wirkt sich dies positiv auf die Therapie aus. Kritisch angemerkt wird in einem weiteren Fragebogen, dass es - PatientInnen/KlientInnen gibt, die auf eine 8- bzw. 12-wöchige Behandlungsdauer festgelegt sind und deshalb für inhaltliche Gesichtspunkte nicht mehr zugänglich sind.

EVS ermöglicht es, die Vorteile der **Gemeindenähe** zu nutzen, die Kooperation mit anderen Therapieeinrichtungen wird verbessert. In diesem Kontext führt eine Ambulanz aus, dass für sie eine Zeitersparnis daraus resultiert, dass das zweite Übergabegespräch nun nicht mehr wie früher praktiziert, in der Klinik stattfindet.

Die **ambulant-stationäre Therapie** wird in EVS mehr **als Einheit** empfunden, auch da die Nachsorge einen festen Bestandteil der Behandlung darstellt und eine differenziertere Anamnese erfolgt; die tagesklinische und ambu-

lante Entwöhnung bekommen eine größere Bedeutung zugeschrieben und beim Wechsel der Behandlungsform können Behandlungsabbrüche verhindert werden. Fehlt allerdings eine umfassende Vorbereitungsphase (Indikationsphase), wird eine direkte Integration in die Bezugsgruppe schwieriger.

Aus **organisatorischer Sicht** wird positiv hervorgehoben, dass kaum noch Verlängerungsberichte geschrieben werden müssen, negativ angemerkt wird, dass für die Arbeit in EVS mehr Zeit aufzuwenden ist, zusätzliche Formulare zu bearbeiten sind und sich somit die **Arbeitsbelastung vergrößert** hat.

Negativ bewertet wird in einem Fall außerdem die "**Entmündigung**" der PatientInnen/KlientInnen durch dessen Begleitung beim Behandlungswechsel.

Die in EVS **differenzierte Anamnese** wird in einem Antwortbogen auch als problematisch angesehen: Zu Beginn des Kontaktes kann diese möglicherweise die Klientin/den Klienten verschrecken, da Beziehung und Bindung noch nicht entstanden sind. Besser wäre es, dies erst nach einiger Zeit zu erheben, in Form einer prozessualen Diagnostik.

Aufgrund der geringen Fallzahl kann in einem Fall keine Aussage gemacht werden, man erhofft sich für die Zukunft jedoch eine wesentlich bessere Zusammenarbeit mit dem ambulanten Behandlungsstellen.

Frage 6.: Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit der LVA Oldenburg-Bremen ein. Was läuft gut, was läuft weniger gut? Wo haben Sie Änderungswünsche?

Die **Zusammenarbeit mit der LVA Oldenburg-Bremen** läuft **insgesamt gut**, unbürokratisch und unproblematisch, Schwierigkeiten oder Verfahrensfragen lassen sich stets inhaltlich klären – positiv hervorgehoben wird insbesondere die schnelle Antragsbearbeitung. Manchmal allerdings seien die einzelnen SachbearbeiterInnen telefonisch schlecht zu erreichen.

Es wird gewürdigt, dass sich **EVS entwickeln konnte und kann**, da sie vom Leistungsträger initiiert wurde. An diese Aussage knüpft sich das Plädoyer für den Fortbestand und die Finanzierung der QZ-Arbeit durch die LVA an.

An Änderungswünsche formulieren die Befragten folgendes: Die Verlängerung von EVS sollte "verwaltungstechnisch" einfacher möglich sein. Wünschenswert wäre, für die Dokumentation zwei Therapieeinheiten abrechnen

zu können. Außerdem wird in einem Fall die Kostenzusage für mindestens zwei Jahre oder aber die zeitlich Unbegrenztheit (für 80 TE) gewünscht, da einige PatientInnen/KlientInnen aus z. B. Schichtarbeitsgründen nicht hochfrequent behandelt werden können.

B Zu den Kommunikationsstrukturen zwischen den Einrichtungen

Zum Themenblock B "Kommunikationsstrukturen zwischen den Einrichtungen" enthalten die zurückgelaufenen Antwortbogen folgende Angaben

Frage 7.: Auf welchen formellen und informellen Wegen findet der Informationsaustausch zwischen Ihnen und Ihren ambulanten/stationären/tagesklinischen KollegInnen statt?

Welches sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Elemente zur Weitergabe von Informationen?

Dem Informationstausch dient **am häufigsten das Telefon**. 10 Fragebögen nehmen Bezug auf diese Form der Kommunikation, die auch außerhalb von EVS und nicht nur im Fall der Übergaben in Form der 3er-Konferenz Anwendung findet. Grundsätzlich ständig realisierbar, kann allerdings die gegenseitig telefonische Erreichbarkeit eine Hürde darstellen.

Als wichtiges Element zum Informationsaustausch wird auch das **Übergabegespräch** angesehen. Eine Antwort macht deutlich, dass es vorher nie so oft persönliche Kontakte zu KollegInnen in der Fachklinik gegeben hat. In zwei Bögen wird formuliert, dass die persönlichen Übergaben die wichtigsten und durch nichts zu ersetzenden Möglichkeiten des Austausches, aber auch die am zeitaufwendigsten und unwirtschaftlichsten seien.

In einer Einrichtung wird der Informationsfluss als uneingeschränkt gut angesehen, da z. B. speziell eine Mitarbeiterin für die Förderung des Austausches zuständig ist sowie PatientInnen/KlientInnen bezogene Kontinuität über alle Formen und Schritte der Behandlung hinweg gegeben ist.

Das Zusammentreffen der EVS-Beteiligten im Rahmen der QZ-Arbeit eröffnet noch einen weiteren Weg für die Gewährleistung des Informationsflusses.

Als weitere Möglichkeiten für den Austausch von Informationen werden Emails, Tagungen und das Berichtswesen angegeben.

C Zur Arbeitszufriedenheit

Block C liefert seitens der EVS-Teilnehmenden Angaben zum Thema Arbeitszufriedenheit.

Frage 8.: Wie beurteilen Sie das Arbeitsklima der ambulant-stationären/tagesklinischen Zusammenarbeit in der EVS?

Frage 9.: Was ist für die Entstehung bzw. zur Aufrechterhaltung eines guten Arbeitsklimas der ambulant-stationären/tagesklinischen Zusammenarbeit in der EVS zu tun?

Von den zurückgelaufenen Fragebögen enthalten **11 Frageböden** ein Votum, wonach **die Zusammenarbeit in der EVS als gut bewertet** wird, in keiner Rückmeldung wird das Klima als schlecht angesehen.

Obige Angaben etwas einschränkend wird in zwei Fragebögen thematisiert, dass sich **das Klima im Vergleich von EVS-I zu EVS-II verschlechtert** hat und man noch Zeit und finanzielle Mittel, die aufgewendet werden sollten, benötigt, um zusammenzuwachsen.

An die Aussage, dass das **Zusammenwachsen in EVS-II noch Zeit benötigt**, knüpft auch die mehrmals formulierte Überlegung an, in der Absicht der Förderung eines guten Arbeitsklimas in EVS den **Fortbestand der QZ** zu gewährleisten. Dabei wird die **Beteiligung der LVA Oldenburg-Bremen und eine externe Moderation**, bspw. durch die Universität, die deutlich neutral auftreten sollte, eingefordert. Begrüßt wird, dass inzwischen der zeitliche Rahmen für die QZ-Arbeit etwas geringer veranschlagt wird.

Generell wird ein kooperativer, aber auch **kontroverser Austausch** als kooperationsförderlich erachtet. Darunter lassen sich eine offene und ehrliche Kommunikation, Erfahrungsaustausche, gemeinsame Fortbildungen, Hospitationen oder Treffen der therapeutischen MitarbeiterInnen fassen.

In der Absicht, das Arbeitsklima zu verbessern, steht auch das Anliegen der **Weiterentwicklung des therapeutischen Gesamtkonzeptes, die Förderung der Vernetzung, die Verminderung von Reibungsverlusten** bei den Übergängen und die Verbesserung der Vorlaufbetreuung. Wünschenswert wäre zudem ein einheitlicher Wissensstand und einheitliche Vorgehensweise aller Beteiligten im Rahmen von EVS und die Berücksichtigung und Bearbeitung von Problemen aus dem praktischen Alltag, die sich nicht in theoretischen, "schwarz-weißen" Fragestellungen und Antworten wie durch die Fragebögen bewirkt, abbilden lassen.

Prinzipiell dürfte ein allgemeiner wirtschaftlicher Erfolg das Arbeitsklima in EVS positiv beeinflussen.

Alle beteiligten Einrichtungen sollten – so die Angaben in einem Fragebogen – überlegen, ob EVS wirklich für alle schwächeren PatientInnen/KlientInnen geeignet ist, oder ob EVS als eine Möglichkeit neben anderen angeboten werden sollte.

D Perspektiven

Themenblock D fragt nach den Einschätzungen der Beteiligten zu den Perspektiven der EVS sowie dem weiteren Forschungsbedarf zum Thema Kombi-Therapie.

Frage 10.: Wie kann ihrer Meinung nach die bisherige Kooperation für die Zukunft gesichert und die Qualität der EVS-Behandlung aufrechterhalten werden?

Frage 11.: Gibt es für Sie noch Bedarf für die Untersuchung bestimmter Fragestellungen, Themen, Probleme mit und in EVS?

Die Mehrzahl der Antworten geht mit Blick auch auf die unter Block B und C gemachten Angaben darauf ein, dass die **kooperative, ehrliche, kontroverse und fachliche Diskussion** – im QZ, Übergabegesprächen etc. – weiter möglich sein muss und somit von Seiten der Leistungserbringer die Bereitschaft besteht, die **Behandlungsqualität und eine weitestgehende Verbindlichkeit der Standards** zu fördern.

Befürwortet werden neben **Treffen auf Leitungsebene** auch regelmäßige **Treffen der TherapeutInnen bzw. der "Macher an der Basis"**, um Innovationsgespräche zu fördern.

Im Interesse einer für die Zukunft beständigen Kooperation sollte der Kostenträger die **Wirtschaftlichkeit der getroffenen Vereinbarungen** berücksichtigen, ein wirtschaftlicher Erfolg und insbesondere die finanzielle Absicherung der Fachstellen würden dem Fortbestand des Verbundes sichern. Weiterhin müsste die Papierarbeit auf das notwendige und unerlässliche beschränkt werden.

In einem Antwortbogen wird formuliert, dass die EVS-Behandlung zu häufig in Form des ambulant-stationären Ablaufs stattfindet, anzustreben wäre jedoch eine **größere Verzahnung mit wechselnden Intervallen**.

Zwei zurückgelaufene Fragebögen sehen die **externe Begleitung und Evaluation der Maßnahmen** als zukunftsichernde Maßnahmen für die EVS.

An dieses Anliegen lassen sich die Rückmeldungen der EVS-Teilnehmenden zum **weiteren Forschungsbedarf** anschließen:

- Integration arbeits- und berufsbezogener Aspekte im Interesse einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben in das Verbundmodell,
- Fortschreibung des Verbundkonzepts, bspw. unter Einbezug der Kooperation mit Ärzten/Fachärzten, Krankenhaus und der Selbsthilfe,
- Weiterentwicklung des modularen EVS-Berichtswesen und Überarbeitung des Aufbaus des Sozialberichtes,
- Mit Blick auf die finanzielle Situation und Präsenz der Beratungsstellen: Prüfung der verschiedenen Aufgabenbereiche auf ihre Kostendeckung und Wirtschaftlichkeit,
- Wirkung von tagesklinischer Entwöhnung,
- Differenzierung der für die größere Haltequote und geringe Rückfallhäufigkeit wirksamen Faktoren,
- Untersuchung der Wirkung von Übergabegesprächen unter Einsatz von Webcams,
- Einbeziehung des Drogenbereiches in EVS,
- Klärung der Frage einer optimalen Gewichtung von Psychotherapie und Sozialtherapie in der Behandlung,
- Ermittlung der idealen Aufgabenverteilung in ambulanten und stationären Maßnahmen,
- Information über Katamneseergebnisse,
- Evaluation eines zweiten stationären Intervalls in EVS.

E **Anmerkungen/Kritik**

Unter Themenblock E hatten die EVS-Teilnehmenden die Möglichkeit, sich mit Anliegen und Bemerkungen direkt an die Uni zu wenden.

Frage 12.: Gibt es Fragen oder Anmerkungen, die Sie primär an die Uni Oldenburg und deren wissenschaftliche Begleitung des Projekts richten möchten/ würden?

Frage 13.: Gibt es weitere Anmerkungen, Rückmeldungen zu diesem Fragebogen?

Mehrfach wird gewünscht, dass die **QZ weiter seitens der Uni moderiert werden und die wissenschaftliche Begleitung fortgesetzt** wird, da dies in der Vergangenheit gut gelaufen ist und eine Überführung der Kooperation ins Selbstmanagement als problematisch erachtet wird.

Thematisiert wird, dass die Universität eine **neutrale Position** einnehmen sollte, eine starke Gewichtung zu Gunsten der einen oder anderen Ausrichtung ist problematisch, zumal die Begleitforschung für die Politik und den Kostenträger Fakten schafft.

In einem Antwortbogen wird die Frage formuliert, warum die Uni Oldenburg die **Übergabe der PatientInnen/KlientInnen zum zentralen Punkt** ihrer Aufmerksamkeit gemacht hat.

Eine weitere Rückmeldung beinhaltet den Wunsch nach einem **aufwendigeren Untersuchungsdesign**, um Kritik über bestimmte Aussagen oder Kennwerte nicht aufkommen zu lassen. Ein anderer Antwortbogen thematisiert die Theorielastigkeit der EVS – es sollte die alltägliche Praxis mehr einbezogen werden.

Mit Blick auf den Fragebogen formuliert eine EVS-Einrichtung, dass die Veränderungswünsche für EVS bereits erfragt wurden, sich nun aber die Frage stellt, was damit passiert und ob es eine Chance der Umsetzung gibt.

Ein Antwortbogen macht deutlich, dass die **extreme Mehrbelastung** durch die EVS-PatientInnen/KlientInnen für alle TherapeutInnen keine Berücksichtigung gefunden hat, dies aber für die Zukunft wünschenswert wäre.

In fünf Fragebögen wird keine Anmerkung zum Fragebogen gemacht, ein Bogen enthält die Aussage, dass der Erfahrungshintergrund zu EVS noch nicht so groß ist, als dass eine ausführlichere Beantwortung möglich wäre.

3 EVS-Standards am Ende der Projektphase EVS-II: Grundlagen der Zusammenarbeit in der EVS

Ausgangspunkt der EVS waren folgende Grundannahmen: Stellt man die medizinische Rehabilitation als wesentliches Element innerhalb des Versorgungssystems für Alkoholabhängige in den Mittelpunkt der Gesamtbehandlung, sind zwei Kooperationsbereiche besonders zu betrachten. Zum einen wird den Übergängen – häufig auch als „Schnittstellen“ bezeichnet – zwischen dem Rehabilitationssystem für Alkoholabhängige und dem übrigen Hilfesystem (z. B. HausärztInnen, Krankenhäuser, betriebliche Sozialberatung, Wohnungslosenhilfe, Jugendhilfe) eine ausschlaggebende Bedeutung für den Erfolg der Gesamtbehandlung zugeschrieben. Zum anderen werden insbesondere die „Schnittstellen“ innerhalb des Rehabilitationssystems, d. h. die Übergänge zwischen ambulanten und stationären/tagesklinischen Leistungsanbietern, als wesentlich für den Erfolg des Rehabilitationsprozesses und damit auch für die Gesamtbehandlung eingeschätzt. In beiden Bereichen sollen durch eine bedarfsgerechte Koordination aller Versorgungsdienste dem/der Suchtkranken entsprechend seiner/ihrer individuellen Behandlungsbedürfnisse flexible Übergänge von einer Betreuungs- oder Behandlungsform in eine andere ermöglicht werden. Dies erfordert im Anspruch eines optimalen Ineinandergreifens der Hilfen eine entsprechende Ausgestaltung hinsichtlich „Kooperation“ und „Koordination“ zwischen den Leistungsanbietern, aber auch mit den zuständigen Kosten-/Leistungsträgern, die einzelne Maßnahmen bewilligen und finanzieren. (vgl. Tielking/Kuß 2001)

Speziell in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen umfassen die Hilfen die Möglichkeit, PatientInnen/KlientInnen in einer ambulanten oder stationären/tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung mit ggf. poststationärer ambulanter Weiterbehandlung (Nachsorge) zu behandeln. Insbesondere beim Wechsel von ambulanten und stationären/tagesklinischen Behandlungsformen, ist häufig festzustellen, dass die einzelnen Behandlungselemente getrennt voneinander wahrgenommen werden und ein Verständnis für eine ambulant-stationär/tagesklinisch-ambulante Gesamtrehabilitation, die zu weiterführenden Hilfen überleiten kann, fehlt (vgl. Tielking 2000).

Die Ursachen hierfür sind vielschichtig. Wesentliche Gründe sind aber in der organisatorischen und inhaltlichen, d. h. konzeptionellen Abstimmung zu

vermuten. Vor diesem Hintergrund wird nachfolgend nochmals Bezug genommen auf die theoretischen Grundlagen des Modellprojekts EVS, die Kooperationsstandards.

3.1 Die Erfüllung und Weiterentwicklung von Kooperationsstandards im Rahmen der EVS

Ausgangspunkt und theoretischer Bezugsrahmen der EVS sind die seinerzeit ausgebildeten Kooperationsstandards, „die zur Entwicklung, Analyse sowie Bewertung von Verbundsystemen beitragen.“ (Tielking/ Kuß 2003, S. 49) An dieser Stelle sei zunächst erinnert an die der so genannten Kooperationsmatrix zugrunde gelegten Qualitätsdimensionen nach Donabedian und Wittmann (Tielking/Kuß 2001, S. 49 ff.). Diese sind als grundsätzliche Voraussetzung für ein qualifiziertes Entwöhnungsprogramm zu verstehen und werden nachfolgend nochmals kurz erläutert:



Was muss ein qualifiziertes Kombi-Therapie-Konzept berücksichtigen?

„Behandlungsqualität“

Strukturqualität
- Voraussetzungen für die Leistungserbringung, wie z. B. personelle, räumliche und technische Ausstattung der Einrichtung

Prozessqualität
- alle Faktoren, die darauf gerichtet sind, die vorgegebenen Ziele zu erreichen und sich auf die Organisation des Ablaufs beziehen

Ergebnisqualität
- Erfolg der therapeutischen Maßnahmen bezogen auf den jeweiligen Patienten

„Gesamtbehandlung“

Im Rahmen einer gemeinsamen Behandlung muss der/die Nachbehandlerin strukturiert und umfassend informiert werden!

Abb. 5: Behandlungsqualität – Was muss ein qualifiziertes Kombi-Therapie-Konzept berücksichtigen?

Die **Strukturqualität** zielt auf die gegebenen Bedingungen für die Leistungserbringung, wie z. B. personelle, räumliche und technische Ausstattung der Einrichtung. Überlegungen zur **Prozessqualität** beziehen sich auf den Ablauf der Versorgung von der Diagnostik und Therapie bis hin zur Pflege und Betreuung, d. h. alle Faktoren, die darauf gerichtet sind, die vorgegebenen Ziele zu erreichen und mit der Organisation des Ablaufs verbunden sind. Die **Ergebnisqualität** ist orientiert auf den Erfolg der therapeutischen Maßnahmen bei einzelnen PatientInnen/KlientInnen. (vgl. VDR 1992, S. 215 f.)

Die drei Qualitätsdimensionen sind derart verbunden, dass die Struktur den Prozess und beide das Ergebnis bestimmen. Entsprechend sollten alle die Zusammenarbeit in der medizinischen Rehabilitation betreffenden Maßnahmen und Abstimmungen im Bezug zu diesen Ebenen der Qualität gesehen werden. Der Mangel eines Verständnisses für eine ambulant-stationär/tagesklinisch-ambulante Gesamtrehabilitation und die oben angesprochene Schnittstellenproblematik verdeutlichen, dass bezogen auf die Qualitätsdimensionen nur unvollständige Kooperations- und Koordinationsformen existieren.

Auf der Strukturebene liegen die Ursachen dafür z. B. in nicht vorhandenen oder nur unzureichenden ambulant-stationären/tagesklinischen Gesamtbehandlungskonzepten. Auf der Prozessebene, z. B. in wenig koordinierten Abläufen beim Wechsel der Behandlungsform und auf der Ebene der Ergebnisqualität, z. B. in fehlenden Dokumentationen und Erfolgsmessungen über den Gesamtbehandlungsverlauf.

Diesen Defiziten konnte im Rahmen des Projekts EVS-I (2000 – 2003) entgegen gewirkt werden. Das Modellprojekt EVS-I hat wichtige Grundlagen der Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären/tagesklinischen Rehabilitationseinrichtungen einerseits sowie mit dem Leistungsträger andererseits hervorgebracht. Den organisatorischen Rahmen bilden im Wesentlichen folgende Eckpunkte:

1. der **Leistungsrahmen**, das so genannte Rahmenkonzept für die Entwöhnung im Verbund,
2. ein **therapeutisches Gesamtkonzept** der beteiligten Leistungsanbieter und
3. eine Träger übergreifende **Kooperationsvereinbarung**.
4. so genannte **Kooperationsstandards** im Sinne eines theoretischen Bezugsrahmens (vgl. Tielking/Kuß 2001, dies. 2003).

Die genannten Eckpunkte bilden auch die Grundlage für die flächendeckende Einführung der Entwöhnung im Verbundsystem durch das Projekt EVS-II. Auf der Grundlage des Rahmenkonzepts (Leistungsrahmen; vgl. Tielking/Kuß 2001, S. 157 ff.) wurde die medizinische Rehabilitation ambulanter und stationärer Leistungsanbieter stärker vernetzt. Dabei wurden ambulante Behandlungselemente bzw. die Kombination ambulanter und stationärer Behandlungsmaßnahmen ausgebaut. Dies konnte gelingen, da gemeinsame Inhalte und Organisationsformen, wie z. B. ein gemeinsames Therapiekonzept und eng abgestimmte Behandlungsverläufe entwickelt wurden. Das Erreichen einer sich auf die Rehabilitationspraxis auswirkenden konzeptionellen Abstimmung, wurde durch die Schaffung und Zusammenarbeit in einem Qualitätszirkel möglich.

Ziel des EVS-II-Projektes war es nun, die in der Modellphase erarbeiteten Standards flächendeckend in der Versorgungsregion der LVA Oldenburg-Bremen mit nunmehr 23 Leistungsanbietern nutzbar zu machen. Diesem Vorhaben entsprechend wurden einige Kooperationsstandards der Modellphase direkt auf den ausgeweiteten Verbund übertragen, andere mussten bereits vor ihrer Einführung in den neu hinzugekommenen Einrichtungen modifiziert werden (vgl. Kapitel 1). Insgesamt galt als Hauptaufgabe des Projektes eine eindeutige und einheitliche Arbeitsgrundlage zu schaffen unter Berücksichtigung aller Aspekte der Verbundarbeit (lieber nicht schachteln, wenn es nicht sein muss). Die damit verbundene inhaltliche Auseinandersetzung erforderte in Anbetracht der Vielzahl zu klärender Themen Zeit und dauert im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung bis heute an (vgl. Kapitel 2). Gleichwohl konnte im Verlauf des EVS-II-Projektes über die grundlegenden EVS-Standards Einvernehmen hergestellt werden, wie noch in Kapitel 3 zu zeigen ist.

Zieht man die Matrix „Kooperationsstandards“ zur Beurteilung des Modellprojekts EVS-II heran, so lassen sich auch in EVS-II so gut wie zu allen Kriterien (u. a. Kooperationsbereiche, Kooperationsziele, Angaben zum Qualitätsmanagement), bedeutungsvolle Kooperationsinhalte nennen. Die Aussagen, die in der Analyse der EVS-I-Phase gemacht wurden (vgl. Tielking/Kuß 2001, S. 49 ff.), lassen sich in wesentlichen Teilen auf EVS-II übertragen, so dass – zumal die Modifikationen bereits in Kapitel 1 ausgeführt wurden – eine erneute Analyse an dieser Stelle nicht abgebildet werden muss. Vielmehr ist es von Interesse, den Prozess und die Ergebnisse der Diskussion

um die EVS-Standards abzubilden, was in den weiteren Gliederungspunkten geleistet werden soll.

3.2 Der Leistungsrahmen: Das „Rahmenkonzept für die Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)“

Der nachfolgend dargestellte Leistungsrahmen sowie die Beschreibung des Antragsverfahrens orientieren sich an den Ergebnissen des Modellprojekts EVS-I (vgl. Tielking/Kuß 2003) und sind auf dieser Basis für die flächendeckende Umsetzung der EVS-II weiterentwickelt bzw. modifiziert worden (vgl. Kapitel 1).

Auf struktureller Ebene hat sich die kombinierte ambulant-stationäre/tagesklinische Kosten-/Leistungszusage als eine wichtige Voraussetzung für die vernetzte Rehabilitationspraxis, wie sie mit der flächendeckenden Entwöhnung im Verbundsystem im Anschluss an das Modellprojekt fortgesetzt wird, bewährt. Durch die Flexibilität des Leistungsrahmens mit den fünf möglichen Behandlungsvarianten kann den individuellen Bedürfnissen des/der Patienten/in bestmöglich Rechnung getragen werden. Im Modellprojekt EVS konnte nachgewiesen werden, dass die Möglichkeit der Verkürzung stationärer Therapiezeiten tatsächlich auch genutzt wird. Die jeweiligen Vorgaben zu stationären Therapiezeiten und ambulanten Therapieeinheiten haben sich dabei – mit Einschränkungen hinsichtlich der stationären Kurzzeitbehandlung – als praktikabel erwiesen. Der Leistungsrahmen wurde daher in der Projektlaufzeit von EVS-II aufrechterhalten und soll nach Abschluss der EVS-II-Phase auch darüber hinaus gelten.

3.2.1 Ziele der EVS

Die EVS trägt dazu bei (vgl. dazu Tielking/Kuß 2003, Tielking/Ratzke 2004), individuell unterschiedlichen Problemlagen von Alkoholabhängigen mit entsprechend flexiblen Behandlungsangeboten zu begegnen– und soll dies auch in der Zukunft -. Im Verständnis einer adaptiven Indikation (vgl. Bönner 1987; Ebeling 1997; Zemlin 1993; Zielke 1979) soll auf Behandlungsbedürfnisse reagiert werden, die sich erst im Behandlungsprozess ergeben. Gemäß dem gesetzlichen Auftrag ist das übergeordnete Ziel der medizinischen Rehabilitation die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Reintegration in das Erwerbsleben (§ 9 SGB VI). Anhand dieser Ausrichtung soll eine möglichst optimale Behandlung auf Struktur-

und Prozessebene durch verbindliche Kooperationen und koordinierte Maßnahmen zwischen ambulanten und stationären/tagesklinischen Leistungsanbietern erreicht werden.

Die EVS soll die Betroffenen wie auch die BehandlerInnen durch die Kombination ambulanter und stationärer/tagesklinischer Behandlungselemente ermutigen, die Möglichkeiten ambulanter Behandlungen stärker zu nutzen, gleichzeitig aber auch die Sicherheit bieten, im Bedarfsfall kurzfristig in eine stationäre Entwöhnung wechseln zu können. Damit soll für diejenigen Alkoholabhängigen, die bisher stationär behandelt werden mussten, mehr ambulante/tagesklinische und frühzeitige Rehabilitation ermöglicht werden. Der flexible Leistungsrahmen und die Konzeption des Antragsverfahrens, die den Leistungsanbietern die angestrebte individuelle Behandlung ermöglicht entsprechen diesem Interesse.

3.2.2 Das Antragsverfahren der EVS

Die einzelnen Abschnitte der Alkoholentwöhnungsbehandlung in EVS – vom Antragsverfahren bis zum ambulanten Abschluss der Behandlung – sind der nachstehenden Abbildung zu entnehmen:

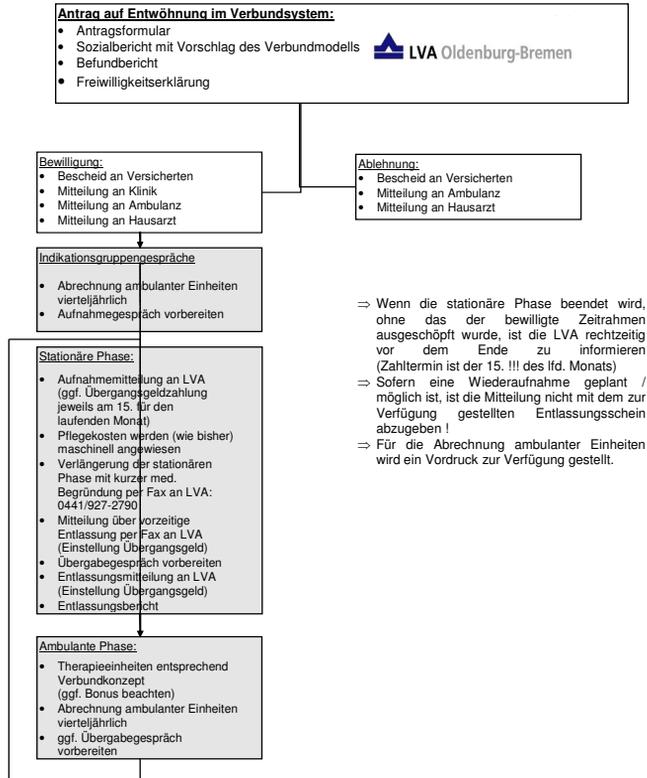


Abb. 6: Antragsverfahren – Entwöhnung im Verbundsystem

Die nachfolgende Abbildung macht das Verfahren der Antragsbearbeitung in EVS innerhalb der LVA Oldenburg-Bremen transparent und verdeutlicht die einzelnen Schritte des Verfahrensablaufes.

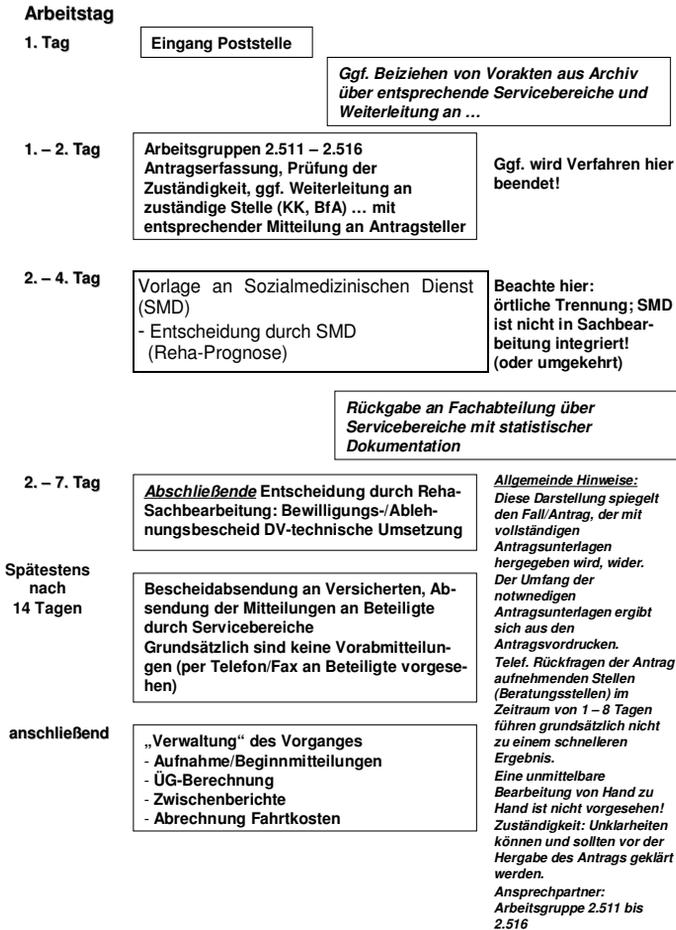


Abb. 7: Organigramm zur Antragsbearbeitung

3.2.2.1 Behandlungsverläufe der EVS

Behandlungsverläufe in EVS lassen sich idealtypisch wie folgt darstellen:

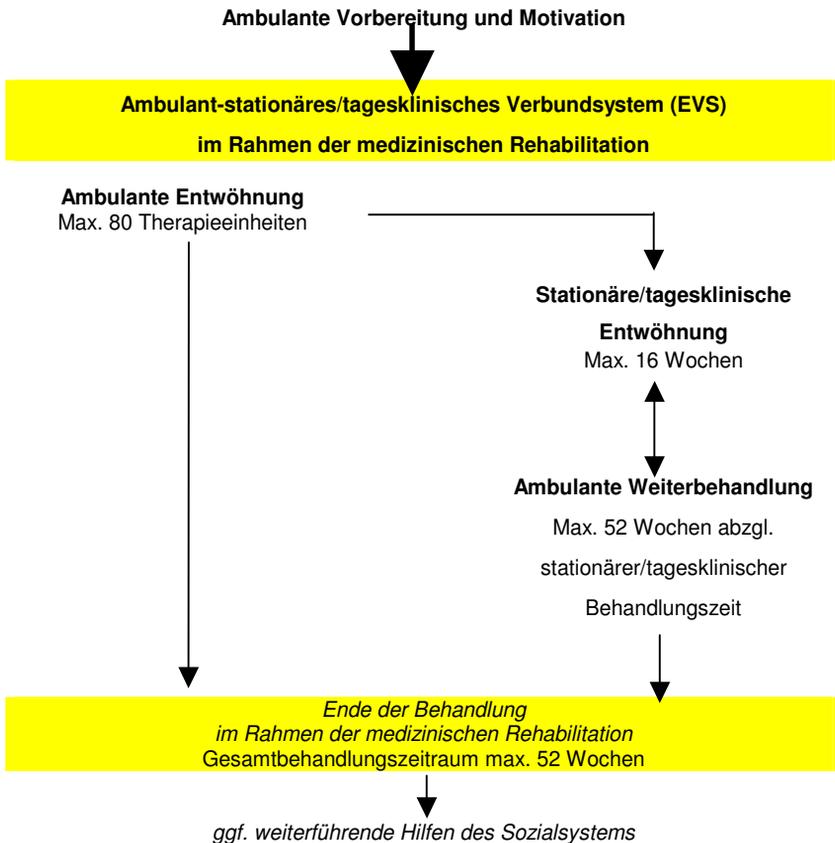


Abb. 8: Ablaufschema in EVS

Neben rein ambulanten bzw. stationären/tagesklinischen Behandlungsverläufen besteht die Möglichkeit, kombiniert ambulant-stationäre/tagesklinische Behandlungsphasen unterschiedlicher Länge zu nutzen. Der Leistungszeitraum umfasst einheitlich 52 Wochen, lässt hinsichtlich der Behandlungsformen und -maßnahmen allerdings unterschiedliche Varianten zu.

3.2.2.2 Rechtliche Grundlagen

Eine medizinische Leistung zur Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) kann durch den Rentenversicherungsträger gemäß § 9 Absatz 2 SGB VI/§ 15 SGB VI erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Dabei bestimmt der Träger der Rentenversicherung im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen und unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung (vgl. § 13 Absatz 1 SGB VI).

Die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ der Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträger vom 4. Mai 2001 zeigen die unterschiedlichen Kriterien auf, die für die Bewilligung einer ambulanten oder einer stationären Entwöhnungsbehandlung maßgebend sind.

Zu beachten ist, dass bei einem Wechsel der Behandlungsform der Leistungsträger sofort wegen rechtlicher Konsequenzen zu informieren ist.

Das EVS-Modell sieht sowohl einen ambulanten Beginn von Entwöhnungsbehandlungen (dies ist der Regelfall) vor, die im weiteren Verlauf und bei Bedarf durch stationäre/tagesklinische Behandlungsphasen ergänzt werden, wie auch einen stationären/tagesklinischen Beginn der Entwöhnungsbehandlung, der durch ambulante Weiterbehandlung ergänzt wird. Eine stärkere Inanspruchnahme ambulanter Behandlungsmöglichkeiten ist bei vorhandener Indikation auch aufgrund wirtschaftlicher Gesichtspunkte zu begrüßen.

3.2.2.3 Eckpunkte des Antragsverfahrens

Für das Antragsverfahren sind folgende Eckpunkte festgelegt:

Art der Bewilligung: Kostenübernahmeerklärung durch die LVA Oldenburg-Bremen für eine ambulant-stationäre/tagesklinische Kombinationsbehandlung

Bewilligungszeitraum max. 52 Wochen

Antragsverfahren/-Leistungsumfang³: Antragstellung und Bewilligung vor Aufnahme der Entwöhnungsbehandlung auf der Basis des Arztberichts und des

3 Der Leistungsumfang kann bei entsprechender Begründung ausgeweitet werden.

Sozialberichts.

Antragstellung und Empfehlung der Klinik sowie der stationären/tagesklinischen Behandlungszeit durch die ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle.

Die Bewilligung richtet sich gemäß der Indikation auf fünf mögliche Varianten, zu denen von Seiten der Leistungsanbieter Behandlungsangebote konzeptionell entwickelt werden:

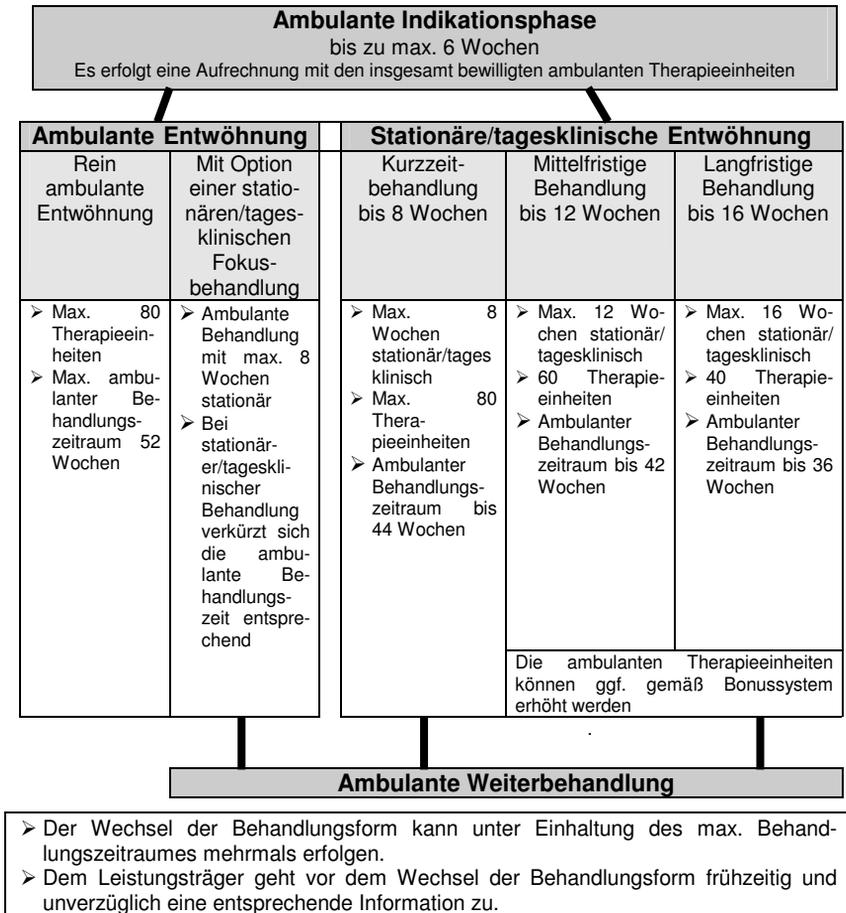


Abb. 9: Übersicht über die Behandlungsvarianten in der EVS

Bonussystem: Bei stationären/tagesklinischen Behandlungen von mehr als 8 Wochen können bei Verkürzung der stationären/tagesklinischen Therapiedauer pro Woche zusätzlich 5 ambulante Therapieeinheiten (TE) in Anspruch genommen werden.

Im Einzelnen stellt sich die ambulant-stationäre/tagesklinische Verteilung wie folgt dar:

Stationäre / tagesklinische Behandlungszeit in Wochen	Ambulante Therapieeinheiten	Therapieeinheiten-Bonus 5 Therapieeinheiten pro Woche			
		„16-Wochen-Modell“		„12-Wochen-Modell“	
		TE-Bonus	Σ TE-Bonus	TE-Bonus	Σ TE-Bonus
16	40	0	0		
15	45	+5	+5		
14	50	+5	+10		
13	55	+5	+15		
12	60	+5	+20		0
11	65			+5	+5
10	70			+5	+10
9	75			+5	+15
8	80			+5	+20

Abb. 10: Bonussystem für die EVS

Um die kurzfristige Inanspruchnahme von stationären/tagesklinischen Therapieplätzen bei optimaler Auslastung der Kliniken zu erreichen, wird von der LVA Oldenburg-Bremen als federführendem Leistungsträger eine zu vereinbarende Zahl an Überhangbetten bis zu 4 Wochen toleriert.

EVS-Berichtswesen Wird nach Bewilligung der Maßnahme der ambulante Behandlungsfortschritt gemäß des modularen EVS-Berichtswesen dokumentiert, so kann 1 TE à 46,00 € abgerechnet werden.⁴

⁴ Dies bezieht sich ausdrücklich auf die Fortschreibung des Sozialberichts, der durch eine behandlungsbegleitende Fortschreibung zum Zwischen- und später zum Abschlussbericht werden kann. Nicht vergütet wird nach wie vor die Erstellung des Sozialberichts im Rahmen der Antragstellung!

Ambulant-stationäre/tagesklinische Übergabegespräche:	<p>Für persönliche Übergabegespräche werden zwei Fahrten mit jeweils 2 Therapieeinheiten (TE) à 46,00 € bewilligt. Fahrtkosten können extra abgerechnet werden. Ob der ambulante oder stationäre/tagesklinische Leistungsanbieter die Fahrt durchführt, obliegt den Leistungsanbietern. Darüber hinaus können bei erneuter stationärer/tagesklinischer Aufnahme weitere Fahrten von den ambulanten Leistungsanbietern durchgeführt und mit insgesamt bewilligten TE verrechnet werden, d. h. pro Fahrt zwei ambulante TE.</p> <p>Ersatzweise telefonisch geführte Übergabegespräche können bei entsprechender Vor- und Nachbereitung sowie hinreichender Dauer des Gesprächs⁵ unter Beteiligung der Patientin/des Patienten mit 1 TE à 46,00 € abgerechnet werden.</p>
Abrechnung:	<p>Es erfolgt eine leistungsbezogene Abrechnung</p> <p>Ambulant: ¼-jährlich während der Behandlung</p> <p>Stationär/tagesklinisch: Abschlagszahlung, leistungsbezogene Abrechnung am Ende der stationären/tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung</p>
Übergangsgeld:	<p>Zahlung des Übergangsgeldes an die Versicherten unverzüglich nach Information des Leistungsträgers durch den stationären/tagesklinischen Leistungsanbieter über den Beginn der stationären/tagesklinischen Behandlung</p> <p>Einstellung der Zahlung des Übergangsgeldes automatisch nach Ende des max. bewilligten Behandlungszeitraumes oder bei vorzeitiger Beendigung der stationären/tagesklinischen Behandlung.</p>
Leistungsverlauf:	<p>Die ambulante Behandlung kann <i>alleine</i> oder prä- und poststationär-/tagesklinisch erfolgen.</p> <p>Die ambulante Indikationsphase als prästationäre/-tagesklinische Maßnahme soll der Vorbereitung der stationären/tagesklinischen Entwöhnung dienen. Inhalt dieser Behandlungspha-</p>

⁵ Während der Modellphase EVS-I dauerten die persönlichen Übergabegespräche durchschnittlich 33 Minuten (vgl. Tielking/Kuß 2003, S. 201). An diesem Zeitfenster sollten sich auch telefonische Übergabegespräche orientieren.

se sind Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, d. h. der Schwerpunkt liegt nicht in der Motivation der PatientInnen/KlientInnen. Der Wechsel der Behandlungsform erfolgt individuell gemäß Diagnose und Indikation. Der Wechsel der Behandlungsform kann unter Einhaltung des max. Behandlungszeitraumes mehrmals erfolgen.

Besonderheit Bei begründetem Behandlungsbedarf können weitere Rehabilitationsleistungen beantragt werden, die vom Leistungsträger kurzfristig geprüft und bei Vorlage aller Voraussetzungen bewilligt werden können, um eine nahtlose Weiterbehandlung zu ermöglichen. Nach einem Jahr besteht bei rein ambulanter Entwöhnung die Möglichkeit, bis zu weiteren 40 TE zu beantragen (insgesamt: max. 80 + 40 TE).

Der beschriebene Leistungsrahmen ermöglicht eine am Behandlungsbedarf der Betroffenen ausgerichtete Behandlung, um die Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit zu erreichen. Ist eine ambulante Maßnahme indiziert und ausreichend, sollten die ambulanten Möglichkeiten vorrangig ausgeschöpft werden. Dies wird auch durch das Bonussystem für ambulante Therapieeinheiten bei Verkürzung der stationären/tagesklinischen Therapiedauer zum Ausdruck gebracht. Auf Basis der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (2001) stellt die Möglichkeit des Wechsels ambulanter und stationärer/tagesklinischer Behandlungsphasen ohne erneute Antragstellung eine weitere Spezifik der EVS dar. „Ambulante Rehabilitation, die auf (teil-)stationäre Behandlungsbausteine nahtlos und im Verbund zurückgreifen kann, ermöglicht ein schwierigeres Klientel zu behandeln, das bisher, im Interesse einer Erfolgssicherung der Maßnahme, stationärer Therapie vorbehalten war“ (Baudis/Breidenbach 1997).

Durch das der EVS zugrunde liegende Antragsverfahren ermöglicht und fördert die LVA Oldenburg-Bremen flexible Behandlungsverläufe: verwaltungstechnische Abläufe werden auf ein Minimum reduziert. Gleichzeitig wird den Leistungsanbietern in der Entscheidung über die anzuwendende Behandlungsvariante ein hohes Maß an Kompetenz zugeschrieben, was für eine differenzierte Indikationsstellung und Therapiegestaltung im Interesse qualitativer und ökonomischer Vorteile unerlässlich ist.

3.2.3 Zielgruppe

Der Leistungsumfang der EVS sieht von einer rein ambulanten Entwöhnung bis hin zur kombiniert ambulant-stationären/tagesklinischen Behandlung im Bereich der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen verschiedene Varianten vor, die den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden sollen. Auf die Kriterien der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung (2001) und Leitlinien, die die Zielgruppen der unterschiedlichen Behandlungsformen beschreiben, wird nochmals ausdrücklich verwiesen. Darüber hinaus sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach dem Sozialgesetzbuch durch die im Rahmen der EVS zu Behandelnden (§§ 9 – 12 SGB VI) zu erfüllen.

3.2.4 Anforderungen an die Einrichtungen

Die ambulanten Einrichtungen müssen die Voraussetzungen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (2001) erfüllen und für die medizinische Rehabilitation anerkannt sein. Die stationäre/tagesklinische Behandlung soll in Fachkliniken für Alkohol-/ Medikationsabhängige, die vom Rentenversicherungsträger anerkannt sind, durchgeführt werden.

Von den ambulanten und stationären/tagesklinischen Leistungsanbietern müssen Therapiekonzepte vorliegen, aus denen u. a. die theoretischen Grundlagen der Behandlung hervorgehen. Ziel der Zusammenarbeit in der EVS ist es zudem, gemeinsame Therapiekonzepte zwischen ambulanten und stationären/tagesklinischen Leistungsanbietern zu erarbeiten. Orientierung bietet hierbei das therapeutische Gesamtkonzept der EVS-I-Modellgruppe (vgl. Tielking/Kuß 2001, 171 ff; 2003, 81 ff.). In diesem Zusammenhang sind insbesondere die ambulanten und stationären/tagesklinischen Behandlungselemente sowie deren Koordinierung und die Einzelheiten der Kooperation zu differenzieren. Die Therapiekonzepte sollen zudem die im Rahmenkonzept festgelegten Eckpunkte speziell im Hinblick auf die Indikationskriterien und das Behandlungssetting für kombinierte Behandlungen enthalten. Dabei sind die Funktionen der ambulanten sowie der stationären/tagesklinischen Behandlung (Initialbehandlung, Krisenintervention, Vertiefung) zu unterscheiden. Hierbei ist erneut zu betonen, dass in der EVS grundsätzlich ambulante Rehabilitation gestärkt werden soll und die Aufgabe der stationären/tagesklinischen Therapie in der Absicherung der ambulanten Behandlung besteht.

3.2.5 Qualitätsmanagement

Im Rahmen der EVS liegt der Fokus auf einer konzeptionell abgestimmten qualifizierten Kooperation zwischen den Leistungsanbietern. Dazu ist es notwendig, allen MitarbeiterInnen die Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten und stationären/tagesklinischen Angebote bewusst zu machen. Die Leistungsanbieter haben sicherzustellen, dass die fachliche Qualifikation der MitarbeiterInnen, Fachberatung und Fortbildungen gegeben sind. Das EVS-II-Projekt zur flächendeckenden Umsetzung der Entwöhnung im Verbundsystem beinhaltet zudem die Teilnahme der Einrichtungen an den unter Gliederungspunkt 1.3.1 vorgestellten Qualitätszirkeln.

3.3 Prozess der Diskussion der EVS-Standards

Im Zentrum der folgenden Ausführungen liegt die Diskussion grundlegender Aspekte der EVS. Anschließend werden in Gliederungspunkt 3.4 die daraus resultierenden Ergebnisse und somit die Standards der EVS ausgeführt.

3.3.1 Konstituierung und Realisierung der Qualitätszirkelarbeit

Mit der jeweils ersten Sitzung der einzelnen QZ-Gruppen erfolgte die Konstituierung der flächendeckenden Entwöhnung im Verbundsystem im Juni 2003. Alle in der Abbildung 2 in diesem Band aufgeführten Einrichtungen arbeiten seitdem in EVS-II zusammen.

Im Rahmen der QZ-Arbeit widmeten sich die Teilnehmenden eingangs der Diskussion um die Inhalte der Kooperationsvereinbarung. Der **Abschluss einer formellen Kooperationsvereinbarung** (vgl. Gliederungspunkt 3.4.2) zwischen den beteiligten Einrichtungen gelang dabei sehr zügig. Die beteiligten **Einrichtungs- und deren TrägervertreterInnen** haben die Kooperationsvereinbarung, die **mit dem 1. Juli 2003 in Kraft getreten** ist, unterzeichnet und die Zusammenarbeit somit auf eine **rechtliche Grundlage** gestellt. Mit der Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung wurden **EVS-Standards formell bestätigt**. Gleichwohl musste eine **inhaltliche Auseinandersetzung um Details der EVS** im weiteren Projektverlauf noch erfolgen, was – wie noch zu zeigen sein wird – auch geschehen ist und die Umsetzung der EVS bis heute begleitet.

Bereits in der ersten QZ-Sitzung der drei Gruppen konnten neben dem in einigen Fällen ersten **gegenseitigen Kennen lernen** der Kooperationspartner

wesentliche **Grundlagen der EVS-II** vermittelt und mit den TeilnehmerInnen erarbeitet werden. Die TeilnehmerInnen wurden einleitend über die **Projektziele** und die **Projektplanung** informiert. Dem schloss sich die Vorstellung des **Antragsverfahrens** in der EVS an - inklusive der von der LVA Oldenburg-Bremen bereitgestellten **Formulare** (vgl. Abbildungen im Anhang A).

Es erwies sich als hilfreich und anregend, dass insbesondere an den QZ A und B bereits mit EVS vertraute EinrichtungsvertreterInnen teilnahmen und somit die Erläuterungen der LVA Oldenburg-Bremen und der Universität Oldenburg praxisbezogen um Beispiele und Erklärungen zum Verfahren ergänzt wurden. Aber auch von Seiten der „Bremer Einrichtungen“ im QZ C wurden die Neuerungen konstruktiv angenommen, so dass bereits im Anschluss an die ersten QZ-Sitzungen, **ab dem 1. Juli 2003, alle Verbundpartner Alkoholentwöhnungstherapien nach EVS-II beantragen und durchführen konnten!**

Einen **besonderen Stellenwert** in den ersten Diskussionen der QZ-TeilnehmerInnen nahm die **Einteilung** der Einrichtungen auf die **drei QZ-Gruppen** ein. Insbesondere die „Isolierung“ der Bremer Einrichtungen im QZ C wurde thematisiert. Den Beteiligten – speziell den Fachkliniken, die ein besonderes Interesse an der Teilnahme in allen QZ-Gruppen zum Ausdruck gebracht hatten – konnte jedoch deutlich gemacht werden, dass die gegebenen „**Bremer Besonderheiten**“ (vgl. dazu auch Gliederungspunkte 1.3.1 und 3.3.3) zunächst einer **grundsätzlichen Klärung und Abstimmung** bedürfen, ehe die Kooperation mit anderen Einrichtungen in der EVS auch auf Ebene der QZ gelingen und konstruktiv gestaltet werden kann. Kurzfristig – man einigte sich auf das Abwarten der nächsten zwei bis drei QZ-Sitzungen – sollten jedoch alle Fachkliniken die Möglichkeit haben, genauso wie an QZ A und B, auch an den Sitzungen des QZ C teilnehmen zu können. Seit November 2003 ist die Teilnahme aller Kliniken in allen QZ tatsächlich realisiert worden, sodass das Interesse der **Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Kliniken und Ambulanzen nun ausnahmslos und generell** verfolgt wird. Der beschriebene Vorteil einer Beteiligung von KlinikvertreterInnen aus der EVS-Phase und kam nun auch im Bremer QZ zum Tragen.

In Anbetracht des für die Kliniken hohen Zeitaufwandes, an jeweils drei Sitzungen teilzunehmen, wurde der Wunsch geäußert, eine Reduzierung auf zwei QZ-Sitzungen zu organisieren. Diesem Vorschlag wurde zunächst nicht

gefolgt, da die **Arbeitsfähigkeit der QZ** wesentlich von der begrenzten TeilnehmerInnenzahl abhängig ist. Allein eine überschaubare Gruppenstärke stellt sicher, dass alle Beteiligten die Möglichkeit erhalten, die Diskussion und damit den Verlauf der Zusammenarbeit mitzugestalten. Dies wäre bei einer Zusammenlegung der drei Gruppen nur noch eingeschränkt möglich. Verbunden mit der Bitte, zum Projektende erneut zu prüfen, ob die QZ-Arbeit doch nur in zwei Sitzungsrunden erfolgen könne, akzeptierten die QZ-Teilnehmenden die gegebene Organisation.

Insbesondere aufgrund der hohen personellen Belastung der KlinikvertreterInnen (Teilnahme an drei QZ-Sitzungen innerhalb einer Woche!) wurden mit der QZ-Sitzung am 10. März 2004 dem Wunsch der QZ-Teilnehmenden Folge geleistet und die QZ A und B als **Oldenburger QZ** zusammengefasst. In der gemeinsamen Sitzung kamen 17 Personen zusammen, regelmäßig werden es 20 Personen sein. Im Rückblick auf den ersten Oldenburger QZ und die dort an den Tag gelegte Diskussionskultur und Arbeitsatmosphäre darf erwartet werden, dass der Qualitätszirkel trotz der hohen Zahl der TeilnehmerInnen arbeits- und entscheidungsfähig bleiben wird. Einen wesentlichen Platz über die gesamte Projektlaufzeit hinweg nahm in den QZ-Sitzungen der **Tagesordnungspunkt „Selbstvorstellung“** ein. Hier erhielten bzw. erhalten auch weiterhin alle TeilnehmerInnen die Möglichkeit, die eigene Einrichtung und deren Therapieangebote den KollegInnen aus den anderen Einrichtungen vorzustellen. Im Zusammenhang dieser Selbstvorstellungen ergaben sich bisher in jeder QZ-Sitzung Gespräche zu Themen, die Spezifika der Einrichtungen bzw. der Angebote (u. a. IQ-Testungen, Arbeit mit AussiedlerInnen, frauenspezifische Konzeptionen) deutlich machten und Lösungen im Umgang mit vergleichbaren Problemen/Aufgabenstellungen (z. B. Finanzierungsfragen) aufzeigten. Nachdem alle QZ-TeilnehmerInnen ihre Einrichtung vorgestellt hatten, wurde vereinbart, dass in den QZ-Sitzungen künftig Zeit für Ausführungen über neue, einrichtungsspezifische Behandlungsangebote eingeplant werden soll.

Als ebenfalls von großer Bedeutung für die QZ-Arbeit hat sich erneut der **Tagesordnungspunkt „Berichte zur Realisierung der EVS“** bewiesen. Unter diesem TOP informieren sich die QZ-TeilnehmerInnen regelmäßig in jeder Sitzung über aktuelle Ereignisse und Entwicklungen; dies sowohl bezogen auf die jeweiligen Einrichtung wie auch auf bundesweite Geschehnisse (z. B. Auswirkungen des SGB IX, Tagungsergebnisse). Einen besonderen Stellenwert nehmen in diesem Zusammenhang die sich für die Ein-

richtungen mit der Umsetzung der EVS verbundenen Veränderungen ein. Themen waren hier, wie zu erwarten, u. a. das EVS-Antragsverfahren, das modulare EVS-Berichtswesen, die Übergabegespräche und Fragen zur Kostendeckung. Darüber hinaus wurde im Zusammenhang der Erörterung konzeptioneller Grundlagen das Thema „Arbeit/Beruf und Arbeitslosigkeit im Therapieprozess“ als wesentlich herausgestellt und intensiv bearbeitet. Der Prozess der Diskussion zu diesem Thema dauert zum Ende des EVS-II-Projektes an, so dass an dieser Stelle auf die Handlungsempfehlungen unter Gliederungspunkt 7 verwiesen sei.

Durch die Auseinandersetzung mit den oben genannten Themen konnte insgesamt ein besseres Verständnis der EVS-Standards erreicht werden. Die Erörterungen trugen auch dazu bei, bereits im Projektverlauf der EVS-II die Standards auf ihre Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung über den Abschluss der Modellphase hinaus überprüfen zu können. Zudem wurden im Rahmen der QZ-Diskussionen immer wieder bisher weniger vertieft behandelte Themen herausgearbeitet (z. B. Umgang mit Rückfallgeschehen, ambulant-stationäre Verzahnung arbeits- und berufsbezogener Angebote) und damit neue Wege der Zusammenarbeit beschritten.

3.3.2 Diskussion im Rahmen einer Informationsveranstaltung mit MitarbeiterInnen der Sachbearbeitung der LVA Oldenburg-Bremen

EVS hat aufgrund des veränderten Antragsverfahrens auch für die Sachbearbeitung der LVA Oldenburg-Bremen zu einigen Neuerungen geführt. Einschätzungen zu den Auswirkungen dieser EVS-spezifischen Neuerungen wurden während der Modellphase EVS-I bei MitarbeiterInnen der LVA eingeholt und sind in den Berichten nachzulesen (vgl. Tielking/Kuß 2001; dies. 2003). Insgesamt wurde deutlich, dass in der Umstellungsphase auf EVS erheblicher Mehraufwand für die SachbearbeiterInnen entstanden ist, später jedoch eine Gleichwertigkeit erreicht bzw. sogar eine effizientere Sachbearbeitung möglich wurde.

Mit EVS-II ist der EVS-Antrag in der Zuständigkeit der LVA Oldenburg-Bremen **seit 1. Juli 2003 der Regelfall**. 23 Rehabilitationseinrichtungen sind darauf eingestellt; davon haben sieben Einrichtungen seit über zwei Jahren Erfahrung mit der Bearbeitung von EVS-Anträgen, 16 Einrichtungen mussten auf das neue Verfahren umstellen. Auf Seiten der LVA-Sachbearbeitung

gibt es in der Hauptstelle in Oldenburg SachbearbeiterInnen, die seit über zwei Jahren mit EVS-Anträgen zu tun haben. In der Geschäftsstelle in Bremen musste das Verfahren neu eingeführt werden.

Die SachbearbeiterInnen werden grundsätzlich durch Zusendung der Protokolle der QZ-Sitzungen an die AbteilungsleiterInnen über aktuelle Entwicklungen in EVS informiert. Bei besonderen Anlässen, z. B. im Zusammenhang der Vergütung der EVS-Zwischenberichte im Rahmen des modularen EVS-Berichtswesens, informiert das Grundsatzreferat der LVA gezielt. Zudem sind alle MitarbeiterInnen der Sachbearbeitung aufgefordert, bei Auffälligkeiten/Problemen im Kontext der EVS-Sachbearbeitung unverzüglich und direkt das Grundsatzreferat zu benachrichtigen, damit dieses zeitnah Klärung herbeiführen kann.

In Ergänzung dieser regelmäßigen, Projekt begleitenden Maßnahmen zur Sicherstellung reibungsloser Abläufe innerhalb der LVA fand am 17. November 2003 ein Treffen zwischen SachbearbeiterInnen, den EVS-Projektbeauftragten des Grundsatzreferats und des Sozialmedizinischen Dienstes der LVA sowie der Universität Oldenburg statt.

Auf diesem Treffen wurden folgende Themen erörtert:

- Erfahrungen in der verwaltungstechnischen Umsetzung der EVS.
- Fragen und Anmerkungen zu Details der Antragsbearbeitung sowie Problemen in der Modellumsetzung EVS oder mit beteiligten EVS-Einrichtungen.
- Entwicklung des EVS-Projektes bis hin zur aktuellen Situation.

Die nachfolgenden Ausführungen geben jeweils den Kern der Diskussionen und erörterten Fragestellungen wieder:

- In der Sachbearbeitung in Bremen fiel auf, dass mit Beginn der EVS-Antragstellung Unterlagen aus den Behandlungszentren des ZKH Bremen-Ost schneller und vollständiger die LVA erreichen.
- Notwendig ist allerdings der Hinweis an die Einrichtungen, dass ein generelles und damit „willkürliches“ Ankreuzen der 16-wöchigen stationären Variante nicht zweckentsprechend ist, nur um möglichen Eventualitäten gerecht werden zu können.

- Die Behandlungszentren wurden darauf hin noch einmal auf die Notwendigkeit der Begründung der Auswahl der jeweiligen Behandlungsvariante informiert.
- Für die MitarbeiterInnen in Bremen wäre eine Übersicht über die Strukturen und AnsprechpartnerInnen im ZKH Bremen-Ost und den angeschlossenen Behandlungszentren hilfreich.
 - Die Uni stellte mit dem Protokoll zum Treffen das EVS-Telefonbuch bereit, aus dem die Organisation der Einrichtungen und AnsprechpartnerInnen hervorgehen. Auch im weiteren Projektverlauf wurde der Sachbearbeitung die jeweils aktualisierte Fassung des EVS-Telefonbuches zu Verfügung gestellt.
- Im Zusammenhang mit einer rein ambulant durchzuführenden EVS-Behandlung stellte sich die Frage, ob die medizinischen Unterlagen der Ambulanz zugeleitet werden können. Dagegen sprach, dass diese nicht immer zurückgegeben werden und sie ggf. auch den Krankenkassen zugänglich werden.
 - Die für das EVS-I-Projekt geltende Absprache soll aufrechterhalten bleiben. Es soll kein Unterschied in der Antragsbearbeitung gemacht werden, so dass alle Unterlagen der Antrag stellenden Ambulanz zu übermitteln sind.
 - Generell bedürfen die Leistungserbringer der entsprechenden Informationen aus den Unterlagen, um dem Standard der fortschreibenden Dokumentation gerecht zu werden.
 - Die Sachbearbeitung ist weiterhin aufgefordert, Probleme beim Rücklauf von Unterlagen mitzuteilen, damit dies in den QZ weitergegeben werden kann.
 - Im folgenden QZ, evtl. auch mit einem gesonderten Schreiben, wird die LVA absichern, dass die Dokumente nicht über die im Zusammenhang mit der EVS-Behandlung stehenden Personen/Einrichtungen hinausgehen dürfen.
- Für die Sachbearbeitung wäre es wünschenswert, wenn die Abschlussberichte von Nicht-EVS-Behandlungen aus den Ambulanzen genauso schnell und zeitnah wie die der EVS-Behandlungen die LVA erreichen.
- Vor dem Hintergrund des Bonussystems ist für die Sachbearbeitung entscheidend, dass die ursprünglich beantragte Behandlungsvariante die Bezugsgröße für die Bestimmung von ggf. anfallenden Bonus-Therapieeinheiten ist, nicht aber generell die 16-Wochen-Variante.

- ➔ Die Sachbearbeitung ist aufgefordert, zu beobachten und ggf. an das Grundsatzreferat rückzumelden, ob die Verwendung ambulanter Einheiten in der Nachsorge auffällig ausgeweitet wird.
- Die Ablaufskizze der Antragsbearbeitung in der LVA wird kritisiert. Aufgrund geringer Belegungen der Kliniken werden den Ambulanzen bzw. ihren KlientInnen häufig sehr kurzfristig Plätze zugesprochen, die Bearbeitung des Antrages aber kann so schnell nicht erfolgen, ein gewisser Vorlauf ist nötig.
 - ➔ Hierzu ist festzustellen, dass der gesetzliche Rahmen – eine Entscheidung innerhalb von 14 Tagen herbeizuführen – bindend ist und die Einrichtungen ihre Belegungsplanungen daran orientieren müssen.
- In Oldenburg gibt es hinsichtlich der Häufigkeit von Sachstandsabfragen durch Ambulanzen eine positive Entwicklung. Nachdem diese in der Anfangsphase von EVS öfter erfolgten, gibt es inzwischen kaum noch Anfragen. Die Investition in aufklärende Telefonate über den zeitlichen Verlauf der Bearbeitung hat die Ambulanzen zu Beginn der Modellphase überzeugt, zumal die Anträge sehr zeitnah zur Antragstellung bearbeitet sind.
- Zum Thema "Fahrtkosten für die KlientInnen" wird festgestellt, dass vorab und kurzfristig keine Auszahlungen seitens der LVA Dienststellen an die Versicherten zu leisten sind. Sollten diese kurzfristig und in Ausnahmefällen Fahrkarten benötigen, so werden in Oldenburg per Telefon oder Fax über das Reisezentrum der DB Fahrkarten bestellt und am Bahnhof hinterlegt. Im Eigentlichen liegt dieses Thema jedoch in der Verantwortung der Ambulanzen, die ihre KlientInnen frühzeitig zu informieren und ggf. weitere Schritte einzuleiten haben (Fahrtkosten-Erstattung beantragen, Abrechnung über die Ambulanz), um nicht auch den Therapieabbruch bzw. -nichtantritt zu forcieren.
- Die Vorlaufzeit für die Antragstellung bzw. Erstellung des Sozialberichts wird thematisiert, da diese im direkten Zusammenhang mit der Motivation der PatientInnen/KlientInnen sowie dem Therapieerfolg steht.

Es wurde bestimmt, dass mit einer **4-wöchigen Vorlaufphase** bzw. dem gegenseitigen Kennen der PatientInnen/KlientInnen und ihren TherapeutenInnen sowie etwa **5 bis 8 erfolgten Gesprächsterminen** ein Richtwert für die Dauer der Vorlaufzeit gegeben ist, obgleich manche Beratungs-

stellen auch PatientInnen/KlientInnen haben, die sie schon zwei Jahre, jedoch unregelmäßig beraten, ehe die Antragstellung erfolgt. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass keine nahtlosen Verlegungen aus der Entgiftung stattfinden sollen.

- Zum Thema Zuständigkeit für die Reha-Leistungen wurde angemerkt: Die Weiterleitung der Antragsunterlagen seitens der LVA an andere Kostenträger wie z. B. die BfA soll mit den vorliegenden Unterlagen erfolgen. Andere Kostenträger sollten im Allgemeinen keine Einwände gegen ein "Mehr" an Informationen, wie EVS es bietet, haben.
- Bei der Weiterleitung von Anträgen an die LVA muss noch mit der Sachbearbeitung abgestimmt werden, wie die Unterlagen an das EVS-Antragsverfahren angepasst werden können, d. h. wie auf unkompliziertem Wege die verwaltungsseitigen Formalia der Regelbehandlung erreicht werden. Zu denken wäre hier an ein Telefonat der Sachbearbeitung mit der Antrag stellenden Einrichtung.
 - ➔ Dieser Aspekt sollte im nächsten QZ auch mit den EVS-Einrichtungen diskutiert werden.
- Aktuell gestellte Anträge, die allein die ambulante Nachsorge betreffen, sollen nicht in EVS-Anträge umgewandelt werden, die entsprechenden PatientInnen/KlientInnen können zu diesem Zeitpunkt nicht mehr in das Kombi-Modell integriert werden.
- Festzuhalten ist – und auch als Mitteilung auf Nachfrage weiterzugeben – , dass die LVA Oldenburg-Bremen zurzeit nicht plant, das EVS-Modell auf den Bereich der Hartdrogenabhängigkeit auszuweiten.
- Für die direkte Zusammenarbeit von Sachbearbeitung und Leistungsanbietern wurde betont, dass allein die sachliche und konzentrierte Auseinandersetzung um die jeweiligen Anliegen im Sinne einer funktionierenden Kooperation zu sehen sind.
- Bei Abbruch der stationären Behandlungsphase entgegen ärztlichem Rat ist anzumerken, dass EVS die Fortsetzung der Therapie in der Ambulanz ohne Neubeantragung gestattet. Das EVS-Modell kennt hier den "Abbruch" nicht, so lange es im Sinne der PatientInnen/KlientInnen und der TherapeutInnen ist, weiterzubehandeln. Seitens der weiterbehandelnden Einrichtung ist allerdings eine Nachricht an die LVA über den Aufenthaltsstatus der PatientInnen/KlientInnen erforderlich.

- In Ausnahmefällen ist eine Verlängerung der beantragten stationären Einheit (8, 12 oder 16 Wochen) im Rahmen von EVS möglich. Im Sinne eines "negativen Bonus" geht damit allerdings die Kürzung der Therapieeinheiten der poststationären ambulanten Weiterbehandlung einher.
- EVS-Anträge mit der Option auf eine 8-wöchige stationäre/tagesklinische Fokus-Behandlung enthalten ggf. keine Angabe über die heranzuziehende Klinik. Soll die stationäre Behandlung dann tatsächlich durchgeführt werden, so kann dies nur eine am EVS-Modell beteiligte Klinik leisten.
- Von Seiten des Grundsatzreferates wurde die Sachbearbeitung nochmals gebeten, **jegliche Auffälligkeiten und Problemstellungen in der Antragsbearbeitung dem Grundsatzreferat mitzuteilen**, um für die Zeit nach Beendigung des Projektes EVS-II in 2004 vorbereitet zu sein.

Die aufgeführten Aspekte verdeutlichen die Auswirkungen der EVS für die Sachbearbeitung der LVA sehr anschaulich. Gleichzeitig geben sie Einblick in die Vielzahl zu regelnder Abläufe und bestätigen auch von Verwaltungsseite, dass das **EVS-Antragsverfahren Qualitätsverbesserungen möglich macht** und sich im Laufe der Zeit Arbeitsroutinen im Sinne einer **effizienten Bearbeitung** ergeben.

3.3.3 Diskussion auf dem EVS-Praxistag

Um den direkten Austausch und das Kennen lernen aller an EVS beteiligten Einrichtungen und Träger zu fördern, wurde am 24. Februar 2004 ein EVS-Praxistag durchgeführt. Als Veranstaltungsort hatte die Leitung der **Fachklinik St. Vitus (Visbek)** ihre Einrichtung angeboten; dieser Einladung wurde gerne gefolgt, zumal sich in diesem Rahmen auch die Gelegenheit bot, die Klinikanlage zu besichtigen.

In Anbetracht des nahenden Abschlusses der Projektphase EVS-II wurden mit dem Praxistag **Ziele** verfolgt, die der **Festlegung der EVS-Standards über die Modellphase hinaus** dienen sollten. Somit können die Beiträge auf dem Praxistag auch als Ergebnis der QZ-Arbeit verstanden werden. Im Einzelnen wurden vier Themenblöcke behandelt:

1. Aktuelle Entwicklungen der Suchtkrankenhilfe in Bremen
2. Stand und Perspektiven des modularen EVS-Berichtswesens

3. Übergabegespräche: Kür oder Pflicht in der EVS-Behandlung?
4. Die Zukunft der Qualitätszirkelarbeit in der EVS
5. Konzeptionelles

Zu den fünf Themenbereichen werden nachfolgend exemplarisch Diskussionsbeiträge ausgeführt, die zum einen den prozesshaften Charakter der Arbeit in EVS verdeutlichen und zum anderen nachvollziehbar machen, dass die **vereinbarten EVS-Standards** (vgl. dazu Gliederungspunkt 3.4) in wichtigen Punkten intensiv diskutiert und abgewogen wurden, bevor es zu einer Festlegung kam.

Zu 1. Aktuelle Entwicklungen der Suchtkrankenhilfe in Bremen

Aufgrund der grundlegenden Umstrukturierung der Suchtkrankenhilfe (vgl. Kapitel 1) in Bremen gab es unter den Kooperationspartnern in der EVS vermehrten Informationsbedarf insbesondere zu den neuen Behandlungsangeboten und den zuständigen AnsprechpartnerInnen in den einzelnen Bremer Einrichtungen. Diesem Informationsbedarf wurde deshalb auf dem EVS-Praxistag begegnet.

Zunächst stellten Vertreter der Kliniken Bremen-Ost und –Nord den Status Quo der Suchtkrankenhilfe in Bremen rund um das ehemalige Zentralkrankenhaus Bremen-Ost dar: Zuständigkeiten des **ZKH Bremen-Ost** wurden aktuell **auf die Kliniken Bremen-Ost und Bremen-Nord** verteilt sowie die **Sozialpsychiatrischen Dienste** in **Sozialpsychiatrische Beratungsstellen/Ambulanzen** umgewandelt.

Anschließend ergänzte der für die Suchtkrankenhilfe des Landes Bremen zuständige Psychiatriereferent die Ausführungen um derzeit in Planung befindliche Veränderungen in der Suchtkrankenhilfe des Bundeslandes. Er betonte die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit von flexibler und gemeindenaher Versorgung, wie sie auch in EVS erfolgt. Im Mittelpunkt seiner Ausführungen standen die neuesten Beschlüsse der Gesundheitssenatorin, die unter Beteiligung des Landes Bremens und Ge.on GmbH eine neue Klinik in Bremen vorsieht. In Kürze finden Verhandlungen über das Konzept sowie das Vorhaben insgesamt mit der BfA statt. Würden diese Pläne realisiert, wäre der einleitend vorgestellte Status quo als Übergangslösung zu verstehen.

Zu 2. Stand und Perspektiven des modularen EVS-Berichtswesens

Das EVS-Berichtswesen wurde unter der **Perspektive einer PatientInnen/KlientInnen orientierten Gesamtbehandlung in EVS** entwickelt. Die **EVS-I-Modelleinrichtungen** machen bereits **seit 2001** ihre Erfahrungen mit den EVS-Berichten und haben die Vorlage im Wesentlichen erarbeitet. Die „**neuen**“ **EVS-Einrichtungen** arbeiten seit **Herbst letzten Jahres** mit den Vorlagen.

Die Anmerkungen, die in der anschließenden Diskussion dieses TOPs gemacht wurden, spiegeln die grundsätzliche Akzeptanz sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Leistungsanbieter zum Umgang mit der Dokumentation und den Anforderungen der Berichtserstellung wieder.

Die Rückmeldungen zu den EVS-Berichten zeigten insgesamt, dass man mit dem Berichtswesen **auf dem richtigen Weg** ist und dieses als ein **Standard der EVS-Behandlung** (vgl. Gliederungspunkt 3.3.3) ist. Gleichwohl zeigte die Diskussion, dass die Vorlage des EVS-Berichtswesens auch in Zukunft weiter entwickelt und am Bedarf der Praxis orientiert werden muss.

Es wurde begrüßt, dass zum Ende der EVS-II-Phase ein **Abschlussbericht über die Erfahrungen mit dem EVS-Berichtswesen** erstellt werden soll, der verbunden mit der Bitte um Prüfung der Möglichkeit der bundesweiten Einführung auch an den VDR gehen werde.

Thematisiert wurde in diesem Kontext der Aufwand für die EVS-Berichtserstellung im Vergleich zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen gegenüber den Krankenkassen. Ein Einrichtungsvertreter gab an, dass im Vergleich Krankenbehandlung und Rehabilitation, bei der Reha in Form der EVS die Behandlungspräsenz geringer ausfiele, da viel Zeit und Konzentration für die Berichtserstellung aufgewendet werden müsse. Auch sei der Begriff "Abbruch" erst durch das Kombi-Konzept und die Dokumentation einzelner Behandlungsabschnitte geschaffen worden.

Dem wurde entgegnet, dass der Leistungsträger während der Behandlung zunächst nur über die Behandlungswechsel informiert werden müsse. Erst mit dem stationären Entlassungsbericht bzw. dem ambulanten Abschlussbericht gehe es um die Dokumentation gegenüber dem Leistungsträger. Somit habe der EVS-Bericht im Behandlungsprozess primär die Funktion, den Behandlungsverlauf sowie behandlungsrelevante Informationen der PatientInnen/KlientInnen abzubilden.

Zudem wurde betont, dass im Antragsverfahren der Reha nicht mehr Informationen erhoben werden müssen, als bisher. Die Rechtfertigung für eine differenziertere Entscheidungsgrundlage im Vergleich zwischen medizinischer Reha und Akutbehandlung ergebe sich bereits aufgrund der Dauer und Intensität der Maßnahmen, insbesondere in einem 52-Wochen-Rahmen wie EVS.

Zu 3. Übergabegespräche: Kür oder Pflicht in der EVS-Behandlung?

Die unterschiedlichen Diskussionsverläufe und in den QZ geäußerten Haltungen gegenüber den **persönlichen Übergabegesprächen** haben gezeigt, dass die bisherige standardmäßige Durchführung einer ausführlichen Diskussion im Rahmen des Praxistages bedarf.

Zunächst erfolgte die nochmalige Darstellung von **nachgewiesenen Vorteilen von Kombi-Therapien**, da die Übergabegespräche und die positiven Ergebnisse von Kombi-Therapien in einem engen Verhältnis zueinander stehen. In diesem Zusammenhang wurden folgende Aspekte hervorgehoben:

Was macht Kombitherapien wie in der EVS anderen Behandlungsformen überlegen?

Nachgewiesene Vorteile der Kombi-Therapien

- TherapeutInnenkonstanz im ambulanten und stationären/tagesklinischen Setting wirkt sich positiv auf den Behandlungserfolg aus (1 Bezugstherapeut/in vs. Übergabegespräche)
- Kombi-Therapien weisen ambulant wie stationär höhere Haltequoten und reguläre Behandlungsabschlüsse auf
- Kombi-Therapien führen zu einem höheren Anteil zu poststationären ambulanten Weiterbehandlungen als bei der weniger verbindlich organisierten Nachsorge
- Im Rahmen von Kombi-Therapien kann es zur Verkürzung stationärer Therapiezeiten kommen

Abb. 11: Was macht Kombitherapien wie die der EVS anderen Behandlungsformen überlegen?

Im weiteren Verlauf der Diskussion um **Vor- und Nachteile von Übergabegesprächen** wurden nochmals exemplarisch einige Ergebnisse der EVS-Modellphase herausgestellt.

Die in EVS-I erhobenen Daten zeigen, dass die **persönlichen Übergabegespräche** beim Wechsel der Behandlungsform zu einem hohen Prozentsatz realisiert wurden. Beispielhaft zeigt dies die folgende Abbildung:

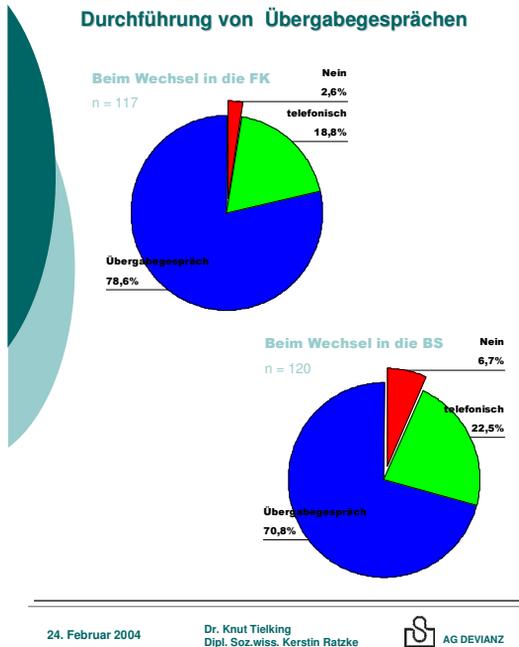


Abb. 12: Durchführung von Übergabegesprächen

Die folgenden Abbildungen spiegeln die **Bedeutung persönlicher Übergabegespräche für die Weiterbehandlung** in EVS nach Einschätzung der PatientInnen/KlientInnen wie der ambulanten und stationären TherapeutInnen wider:

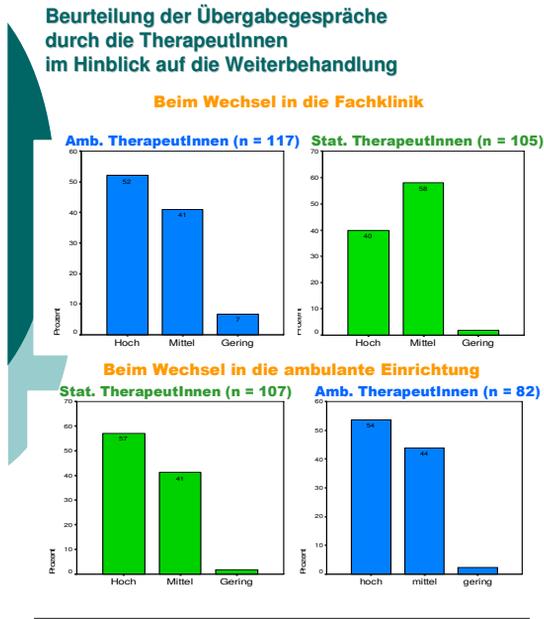


Abb. 13: Beurteilung der Übergabegespräche durch die TherapeutInnen im Hinblick auf die Weiterbehandlung

Zudem ist die **hohe Quote der gelungenen Übergänge** (bis zu Beginn der poststationären ambulanten Weiterbehandlung 91 % erfolgreiche PatientInnen/KlientInnen) ein positives Indiz für die Effizienz des Aufwandes für Übergabegespräche.

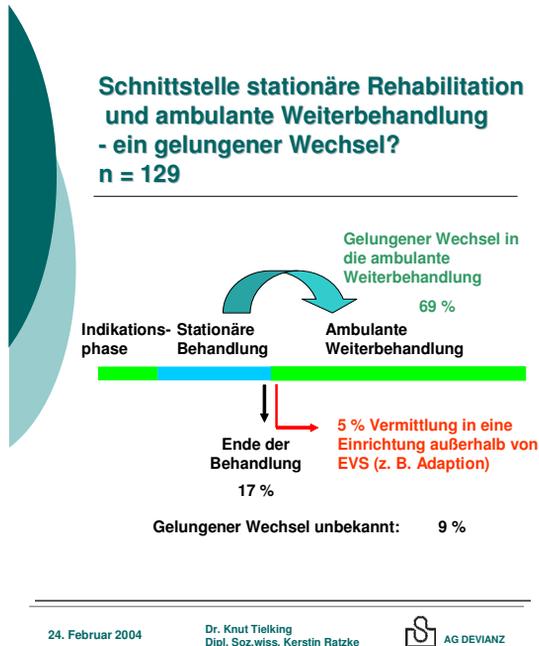


Abb. 14: Schnittstelle stationäre Rehabilitation und ambulante Weiterbehandlung – ein gelungener Wechsel?

Die Ergebnisse der EVS-Modellphase belegten zudem eine Signifikanz zwischen der Durchführung zweier persönlicher Übergabegespräche (bei jedem Wechsel der Behandlungsform) und einem regulären Behandlungsabschluss. Zudem konnte im Abgleich zu PatientInnen/KlientInnen, bei denen nur ein Übergabegespräch bzw. ein telefonisches Übergabegespräch stattfand, eine bessere Quote ermittelt werden.

Die Diskussion um den **künftigen Umgang mit den Übergabegesprächen** brachte hervor, dass die Funktion und der Nutzen persönlicher Übergabegespräche grundsätzlich anerkannt sind. Allein die Form und die Modalitäten der Durchführung standen für die EVS-Teilnehmenden zur Disposition:

- Ein Einrichtungsvertreter berichtete vom **Therapieverbund Sauerland**, in dem keine standardisierten persönlichen Übergabegespräche stattfinden, jedoch mit gemeinsamen **Fallbesprechungen** und **Supervisionen** ebenfalls sehr gute Erfahrungen gemacht werden. In diesem Zusammenhang wurde die Frage gestellt, ob die Teilhabe der PatientInnen/KlientInnen jeweils angemessen und sinnvoll sei.
- In einem anderen Beitrag wurde deutlich gemacht, dass es in der Behandlung um die PatientInnen/KlientInnen gehe und die persönlichen Übergabegespräche diese **zentrale Position der PatientInnen/KlientInnen** in der Behandlung verdeutliche – der Patient, die Patientin könne als Person wahrgenommen werden.
- Die Wichtigkeit der Anwesenheit der PatientInnen/KlientInnen wurde außerdem dadurch betont, dass aufgrund von Krankheit und Urlaubszeiten die eigentlich angestrebte Konstanz der TherapeutInnen nicht immer gegeben sein kann.
- Des Weiteren wurde betont, dass eine gemeinsame Behandlung und inhaltliche Diagnostik nur über die Durchführung von Gesprächen möglich sei. In diesem Zusammenhang konnte eine Einrichtung berichten, dass in der letzten Zeit kaum noch Übergabegespräche stattgefunden hätten. Es wurde die Befürchtung geäußert, dass man sich derzeit in der Tendenz von EVS wegbewege.
- In einer anderen Aussage wird darauf abgehoben, dass sich die Frage eines ambulant-stationären Austausches so nicht stelle, da insbesondere der fachliche Austausch der beteiligten TherapeutInnen in Anwesenheit der KlientInnen problematisch sei. Einen notwendigen fachlichen Austausch könne man auch in Telefonaten pflegen, zumal persönliche Übergabegespräche beispielsweise durch die Witterung, terminliche Verzögerungen und Wartephase der Beteiligten in ihrem Effekt beeinträchtigt werden.
- Ein anderer Teilnehmer plädierte aus **inhaltlichen Gesichtspunkten** für die Aufrechterhaltung des Standards, allein die **Frage der Vergütung** müsse mit der LVA neu abgestimmt und eine Ausnahmeregelung für die Einrichtungen aus Fredeburg und Bremerhaven gefunden werden. Darüber hinaus seien möglicherweise noch **neue Formen der Kooperation** denkbar. Für die Durchführung von persönlichen Übergaben könne

man z. B. auch eine Träger übergreifende Organisation der Fahrten durchdenken.

- Die LVA machte deutlich, dass sie für die Zukunft **keine qualitativen Verschlechterungen in der Arbeit in EVS** akzeptieren werde. Um den Standard aufrechtzuerhalten solle im Rahmen einer **Pilotphase** in ausgewählten Einrichtungen im Rahmen der Übergabegespräche die Anwendung von **Webcams** getestet werden.
- Ein Teilnehmer gab zu bedenken, dass sich die Einführung von Webcams im Rahmen einer Pilotphase mit begrenzter TeilnehmerInnenzahl auf die PatientInnen- bzw. KlientInnenströme auswirken würde – zum Nachteil der Einrichtungen, die an der Pilotphase nicht beteiligt seien.
- Eine weiterer Teilnehmer des Praxistages äußerte sein Erstaunen darüber, dass im Anschluss an die Aussagen, **persönliche Übergabegespräche** seien ein wichtiges Element im Sinne einer **PatientInnen/KlientInnen orientierten Behandlung**, nun eine technische „Billigversion“ als Ersatz akzeptiert werde.
- Auch wurden Bedenken formuliert, dass mit dem Einsatz von Webcams der Standard "persönliche Übergabegespräche" tendenziell beendet würde.
- Dagegen äußerte ein anderer Teilnehmer die Annahme, dass mit dem Einsatz von Webcams die höchste mögliche Effektivität für die Übergabegespräche erzielt werden könne.
- Im Hinblick auf den mit persönlichen Gesprächen verbundenen **Aufwand** wurde die Einschätzung abgegeben, dass dieser insgesamt **geringer** ausfallen dürfte **als bei Fallsupervisionen**. Zudem müsse eine **einheitliche Lösung** zum Umgang mit dem Standard gefunden werden. Unterkooperationen, wie sie durch den Einsatz von Webcams in nur wenigen Einrichtungen entstehen könnten, würden den Verbund hinfällig machen. Aus diesen Annahmen heraus wurde für die **Erhaltung der standardmäßig durchzuführenden persönlichen Übergabegespräche** plädiert.
- Hinsichtlich der EVS-I-Studie wurde von einem Teilnehmer die Meinung geäußert, dass noch nicht der letzte **Nachweis für die positiven Effekte der persönlichen Übergaben** geliefert worden sei; andere, hier nicht geprüfte Items würden ebenfalls gute Ergebnisse liefern. Bei der

Durchführung von Übergabegesprächen sollte eine **indikative Lösung** gefunden werden. Der Vorschlag zum Einsatz von Webcams wurde als interessant angesehen, es ist jedoch zu fragen, warum nicht gleich alle Einrichtungen damit ausgestattet werden.

- In einem anderen Beitrag wurden die Übergabegespräche als im Prinzip gut bewertet und auf die **finanziellen Belastungen** hingewiesen, die zu der Durchführung im Kontrast stünden.
- Das Argument der Finanzierung wurde von einer anderen Teilnehmerin aufgegriffen, die die Durchführung der Übergabegespräche ebenfalls durch die **fehlende Kostendeckung** beeinträchtigt sehe und auf andere Möglichkeiten der Vergütung, wie z. B. im EMS-Modell (LVA Hannover), verwies.
- Die folgende Variante zur gestaffelten Vergütung von Übergabegesprächen wurde diskutiert und als Beitrag zur Aufrechterhaltung persönlicher Übergabegespräche begrüßt.



Künftiger Umgang mit Übergabegesprächen in der EVS-Behandlung

Vorschlag 2

- **Verbindliche Durchführung** von persönlichen Übergabegesprächen
- **Gestaffelte Vergütung** der Gespräche
 - bis 30 Kilometer = 2 TE zzgl. Fahrtkosten
 - bis 50 Kilometer = 3 TE zzgl. Fahrtkosten
 - über 50 Kilometer = 4 TE zzgl. Fahrtkosten

Abb. 15: Künftiger Umgang mit Übergabegesprächen in der EVS-Behandlung

- In Fortführung dieses Themas wurde darum gebeten zu prüfen, ob nicht der Einsatz von Webcams und eine **Staffelung der Vergütung persönlicher Übergabegespräche** möglich sei.
- Im Zusammenhang der Diskussion um eine gestaffelte Vergütung der Übergabegespräche wurde darauf hingewiesen, dass es **keine kumulierten Abrechnungen von Übergabegesprächen** geben dürfe bzw. eine Obergrenze für die Abrechnungsmöglichkeit mehrerer Gespräche festgelegt werden solle.
- Es wurde die Anfrage formuliert, ob die **Kilometerpauschale** seitens der LVA auf 30 Cent erhöht werden könne.
- Zum Abschluss der Diskussion um die Übergabegespräche machte die LVA nochmals deutlich, dass man nicht zurück wolle von der durch die Übergabegespräche erreichten Qualität und eine Pilotphase die Möglichkeit der Testung dieser Technik bedeute.

Eine Abstimmung zur **Beibehaltung der persönlichen Übergabegespräche** als Standard in EVS ergab schließlich folgendes Ergebnis:

- 15 TeilnehmerInnen plädierten für die Aufrechterhaltung und für eine gestaffelte Vergütung,
- 8 votierten gegen den bisherigen Standard.

Aus den Diskussionsbeiträgen folgt schließlich, dass die LVA den **Vorschlag einer Pilotphase mit Webcams** ausarbeiten und im Rahmen der nächsten QZ vorstellen und zunächst an den Regelungen in EVS-II, wie sie im weiteren Verlauf (vgl. Gliederungspunkt 3.4.4) zusammengefasst sind, festhalten wird.

Zu 4. Die Zukunft der Qualitätszirkelarbeit in der EVS

Mit Blick auf das Ende der EVS-II-Projektphase gilt es, die **Verantwortung für die Kooperation in die Hände der Leistungsanbieter** zu übergeben. Bereits in den letzten QZ haben die Teilnehmenden beschlossen, dass dies auch weiterhin in Form eines extern moderierten QZ stattfinden soll.

- Es wurde der Vorschlag gemacht, sich regelmäßig in der Großgruppe, wie an diesem Praxistag, zusammenzufinden.

- Dem wurde entgegnet, dass eine solche Veranstaltung zu groß sei, um arbeitsfähig zu sein. Um effektiv arbeiten zu können, müsse man die Gruppe teilen, bspw. unter Berücksichtigung regionaler Strukturen.
- Es gab die Bitte, die Häufigkeit und die Zusammensetzung der QZ noch einmal zu bedenken. Daraufhin wurde der Vorschlag gemacht, für die Zukunft die **QZ-Sitzungen auf zwei Sitzungsrunden** zu reduzieren. Bereits für die nächste QZ-Runde (Anfang März 2004) kann diesem Wunsch der TeilnehmerInnen entsprochen werden.
- Folgende Zusammensetzung der QZ wurde zunächst verabredet:



QZ-Zusammensetzung

„Der Oldenburger QZ“

Qualitätszirkel A/B

Ambulanzen:

- Drogenberatung Delmenhorst
- Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Vechta
- Suchtberatungsstelle Stiftung Edith Stein
- Suchtberatung und -behandlung Friesland
- Fachstelle Sucht im Landkreis Oldenburg
- Fachstelle Sucht im Landkreis Wesermarsch
- Fachstelle Sucht in der Stadt Wilhelmshaven
- Fachstelle Sucht in der Stadt Oldenburg
- Fachstelle Sucht im Landkreis Ammerland

Kliniken:

- Fachklinik St. Vitus Stift
- Fachklinik St. Marienstift
- Fachklinik Oldenburger Land
- Fachklinik Moorpension
- Fachklinik Fredeburg

Wenn gewünscht:

- Klinikum Bremen-Ost
- Klinikum Bremen-Nord

Abb. 16: QZ-Zusammensetzung: „Der Oldenburger QZ“



QZ-Zusammensetzung

„Der Bremer QZ“

Qualitätszirkel C

Ambulanzen:

- AWO-Suchtberatungszentrum Bremerhaven
- vbsTeam GmbH Beratungs- und Behandlungsstelle
- Behandlungszentrum Bremen-Ost
- Behandlungszentrum Bremen-West
- Behandlungszentrum Bremen-Mitte
- Behandlungszentrum Bremen-Süd
- Behandlungszentrum Bremen-Nord

Kliniken:

- Klinikum Bremen-Ost
- Klinikum Bremen-Nord
- Fachklinik Fredeburg
- Fachklinik St. Vitus Stift
- Fachklinik St. Marienstift
- Fachklinik Oldenburger Land
- Fachklinik Moorpension

Abb. 17: QZ-Zusammensetzung: „Der Bremer QZ“

- Der Vorschlag, **in den nächsten 12 Monaten je 3 QZ-Runden** („Oldenburger und Bremer QZ“) und **einen gemeinsamen Praxistag** zu veranstalten wurde schließlich allgemein anerkannt.
- Sollte die Zusammenarbeit von Uni und LVA im Rahmen einer gesundheitsökonomischen Studie fortgesetzt werden, so stelle sich die Frage der Finanzierung der QZ-Arbeit nicht. Die Arbeitsgruppe der Uni würde sich entsprechend ihres bisherigen Engagements weiter beteiligen. Wird die Zusammenarbeit zwischen Uni und LVA nicht fortgesetzt, so muss die Finanzierung der QZ bzw. externen Moderation durch die EVS-Teilnehmenden geleistet werden. Vor diesem Hintergrund ist allen Einrichtungen vor dem Praxistag ein Angebot der Universität Oldenburg unterbreitet worden.

- Zu diesem Angebot merkten die VertreterInnen der Einrichtungen an, dass der Umfang der aufgelisteten Arbeitsschritte nie zusätzlich zur Arbeit in der eigenen Einrichtung zu leisten wäre. Sollte die Moderation irgendwann von den Teilnehmenden selbst geleistet werden, so könne dies nur in einer reduzierten Form geschehen.
- Vor dem Hintergrund dieser umfassenden Tätigkeitsbeschreibung würdigten die Einrichtungen den zu finanzierenden Betrag jedoch als angemessen und korrekt.
- Zwei Einrichtungsleiter machten deutlich, dass die Eigenbeteiligung ihrer Einrichtungen abhängig sei von den zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln. Man müsse auch die Beteiligung des Rentenversicherungsträgers an den Kosten durchdenken. Beide bestätigten zum Ende der Diskussion, dass sie die Finanzierung des genannten Betrages leisten werden.
- Ein Einrichtungsleiter machte deutlich, dass er bereit wäre, den Beitrag für zwei Beratungsstellen, die sich nicht in der Lage sehen, die Summe aufzubringen, übernehmen würde.
- Von Seiten der LVA wurde zudem berichtet, dass die LVA Oldenburg-Bremen durch die Projektbeauftragten der LVA zumindest ein Jahr lang, für den Fall eines Nachfolgeprojekts sogar zwei Jahre – an den QZ teilnehmen würden.

Die Teilnehmenden einigten sich darauf, im kommenden Jahr – für den Fall der Fälle auch durch Eigenfinanzierung – je 3 QZ-Runden in den Räumlichkeiten der LVA in Oldenburg (QZ A+B) und Bremen (QZ C) und einen Praxistag durchzuführen. Die Universität Oldenburg wurde aufgefordert, das vorliegende Angebot für diese Phase in Form eines Vertrages, der von allen Leistungsanbietern zu unterschreiben ist, aufzusetzen.

Zu 5. Konzeptionelles

Die Themen "Arbeit/Beruf und Arbeitslosigkeit" spielen eine wichtige Rolle in der Behandlung von Suchtkranken. Bei vielen Alkoholabhängigen ist die berufliche Situation Auslöser oder zumindest ein wichtiger Faktor in der Entstehung, aber auch beim Herauswachsen aus der Sucht. Dieser Tatsache sind in den letzten Jahren insbesondere Kliniken nachgekommen und haben entsprechende Angebote entwickelt. Im Rahmen des Praxistages berichteten Klinik- und AmbulanzenvertreterInnen über ihre Anstrengungen und Versuche, den Kontakt zum Arbeitsmarkt einrichtungsspezifisch, entsprechend der regionalen Möglichkeiten zu organisieren.

- Ein Einrichtungsleiter gab an, dass etwa alle drei bis vier Wochen ein Mitarbeiter des Arbeitsamtes in der Fachstelle Sucht für eine Gruppe von fünf bis sechs Personen individuelle Beratung leiste. Auf diese Art und Weise gestalte sich die Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt effektiver.
- Die Teilnehmenden teilten die Meinung, dass sich der Gang zum Arbeitsamt häufig für ihre PatientInnen/KlientInnen nicht lohne.
- Für eine Klinik wurde über dort stattfindende arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen berichtet. Z. B. werden Fähigkeitsprofile von den PatientInnen/KlientInnen erstellt, um die Arbeit des Arbeitsamtes zu unterstützen und eine Vermittlung in den Arbeitsmarkt besser gelingen kann.
- Ein Vertreter einer Ambulanz gab an, Vermittlungen in Arbeit häufig ohne Einbezug des Arbeitsamtes zu leisten. Anrufe bei ortsansässigen Firmen versprechen eher Erfolg, die Vermittlung gelinge dann allerdings in eher schlecht bezahlte Berufsfelder.
- Für die Situation der Suchtkrankenhilfe in Bremen wurde festgestellt, dass es an einem Gesamtkonzept mangle und in den folgenden QZ-Sitzungen an dem Thema weitergearbeitet werden müsse.
- Auch wurde die Überlegung formuliert, ob nicht die Zeit der Belastungstage für EVS-PatientInnen/KlientInnen ausgeweitet werden könne. Flexiblere Möglichkeiten würden hier die Chancen auf dem Arbeitsmarkt vergrößern. Generell sollte man das Thema weiter bearbeiten, zumal die Analyse der Kooperationen mit dem Arbeitsamt ein so niederschmetterndes Resultat liefere.

Die Diskussion zum Thema "Arbeit, Beruf und Arbeitslosigkeit" auf dem Praxistag zeigte, dass die Auseinandersetzung mit diesem Thema fortgesetzt werden müsse. Bereits in den jeweils nächsten QZ-Sitzungen wurden daher arbeits- und berufsbezogene Aspekte der Rehabilitation auf die Tagesordnung gesetzt. Der Stand der Diskussion und damit ein Ergebnis zum konzeptionellen Teil des EVS-Verbundes wird in Gliederungspunkt 3.4.5 zusammengefasst.

Nachfolgend werden als Zusammenfassung der in diesem Kapitel geschilderten Diskussionen um die Grundlagen der Verbundarbeit die Ergebnisse und damit die geltenden EVS-Standards dargestellt. Hierbei ist zu beachten, dass die Ergebnisse im Gesamtprozess der Qualitätsentwicklung stehen und somit auch in Zukunft einer Weiterentwicklung bedürfen (vgl. Kapitel 7).

3.4 EVS-Standards: *Ergebnisse der Diskussionen*

Die folgende Abbildung aus dem Programm des EVS-Praxistages (vgl. Gliederungspunkt 3.3.3) gibt die EVS-Standards und damit auch die Zusammenfassung der Diskussionen in den QZ wieder:



Ergebnisse des Praxistages: EVS-Standards

- Erhaltung des flexiblen Leistungsrahmens
- Einhaltung der Kooperationsvereinbarung
- Fortschreibung der konzeptionellen therapeutischen Grundlagen
- Regelmäßige QZ-Arbeit der Leistungsanbieter zwecks kontinuierlicher Abstimmung
- Beteiligung der LVA an den QZ-Sitzungen
- Information der LVA und der MitarbeiterInnen der Leistungsanbieter über Ergebnisse der QZ-Sitzungen
- Verbindliche Gestaltung der ambulant-stationären/tagesklinischen Übergänge, u. a.
 - * Einrichtungsübergreifende Personalentwicklung, u. a. Hospitationen
 - * Persönliche Übergabegespräche als Regelfall
 - * Terminvereinbarung mit den PatientInnen für die ambulante Weiterbehandlung
- Überprüfung von Kooperationsaufwand und -ertrag
- Weiterentwicklung der Kooperation mit externen Einrichtungen, z. B. zum Thema „Arbeit und Beruf“
- ...

Abb. 18: Ergebnisse des Praxistages: EVS-Standards

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Projektphase EVS-II ausführlich herausgestellt.

3.4.1 Qualitätszirkelarbeit als Forum für Entscheidungs- und Veränderungsprozesse innerhalb des Verbunds

Im Mittelpunkt des EVS-II-Projekts stand die flächendeckende Einführung der Entwöhnung im Verbundsystem im Bereich der LVA Oldenburg-Bremen. Das Projekt zielte insbesondere auf die Verbesserung der Kooperation zwischen den ambulanten und stationären/tagesklinischen Leistungsanbietern sowie mit dem Kosten-/Leistungsträger. Zur Förderung dieser Zielsetzung wurden bzw. werden alle beteiligten Einrichtungen (16 Ambulanzen und 7 Fachkliniken) in die Qualitätszirkelarbeit einbezogen. Auf-

grund der Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen wurde zunächst in drei, schließlich in zwei einrichtungsübergreifenden QZ gearbeitet (vgl. Gliederungspunkt 3.3.1). Diese dienen als **Forum für die Entwicklung und Konkretisierung von Aufgabendefinitionen und -zuweisungen** zwischen den Beteiligten.

Die QZ-Arbeit wird im Sinne eines **Lernmodells** (vgl. Zielke 1994, S. 4 ff.; ders. 1995, S. 257 ff.) verstanden. In einem derart lernenden System können **Handlungsregulationen** aufgrund fortlaufender Überprüfung der Handlungen und daraus abgeleiteter Korrekturen der Planungsschritte vorgenommen werden (Regelkreismodell).

Die folgenden **Elemente der Qualitätszirkelarbeit** wurden für die Zusammenarbeit im Projekt festgelegt:

- Die Arbeit im QZ wurde für die gesamte Projektlaufzeit angesetzt, mit einer **Sitzungsfrequenz** im Abstand von ca. vier Wochen je drei Stunden. Nach Abschluss der Projektphase EVS-II soll die Sitzungsfrequenz auf **ca. alle drei Monate** verändert werden.
- Die **regelmäßige Teilnahme** ist für alle Beteiligten verbindlich. Sollte ein wichtiger Hinderungsgrund vorliegen, muss ersatzweise eine Vertreterin/ein Vertreter der Einrichtung, die/der in die QZ-Arbeit eingeführt ist, an der Sitzung teilnehmen.
- Sollten auftretende Fragestellungen aufgrund der fachlichen Zuständigkeit der/des Teilnehmer(s) nicht zu beantworten sein, hat eine **Vertreterin/ein Vertreter mit entsprechender Qualifikation/Entscheidungsbefugnis** kurzzeitig an der QZ-Arbeit teilzunehmen.
- Innerhalb jeder Einrichtung sollten die wichtigsten der im QZ entwickelten Ergebnisse weitergegeben werden (Weiterentwicklung **einrichtungsinterner Qualitätsmanagement-Strukturen**).

Unter den EVS-TeilnehmerInnen wurde darüber hinaus Konsens erzielt, dass **Interesse an praxisnahen Lösungen** besteht. Die bei der Umsetzung des Modellvorhabens wie auch in der Fortführung der EVS-Arbeit zu erwartenden Probleme sollen angesprochen und unter Einbeziehung der Positionen sowohl der Leistungsanbieter als auch des Leistungsträgers gelöst und anhand verbindlicher Absprachen umgesetzt werden. In diesem Zusammenhang ist nochmals herauszustellen, dass der QZ schon häufiger als das „**Herzstück**“ der EVS bezeichnet und auch in den im Rahmen der Projektes

durchgeführten Befragungen (vgl. Kapitel 2) diese Arbeitsform in ihrer Funktion als positiv angesehen wurde: QZ-Arbeit trägt bspw. dazu bei, Konkurrenz zwischen den Verbundpartnern abzubauen und Kommunikationswege zu verbessern. Neben dem inhaltlichen Austausch fördert die QZ-Arbeit auch verwaltungsseitige Aspekte der Kooperation, indem bspw. ein **EVS-Telefonbuch** mit aktuellen Adressen, Telefonnummern der Beteiligten erstellt und regelmäßig fortgeschrieben wird.

Zum weiteren Verständnis der Arbeitsweise der QZ sei auf den Eröffnungs- und den Abschlussbericht zum Modellprojekt EVS-I verwiesen (Tielking/Kuß 2001; dies. 2003). In diesen Berichten werden die Grundlagen und Erfahrungen der QZ-Arbeit ausführlich erläutert. Die Ergebnisse der QZ-Arbeit gibt zusammengefasst die folgende Abbildung wieder:



Abb. 19: Wichtige Ergebnisse der Qualitätszirkelarbeit in der EVS

In der Erarbeitung dieser Ergebnisse sind folgende Erfolge und Probleme hervorgetreten:



Abb. 20: Bewertung der Qualitätszirkelarbeit in der EVS: Erfolge

Bewertung der Qualitätszirkelarbeit in der EVS: Probleme

- Die QZ-Arbeit ist zum Teil sehr arbeitsintensiv und stellt eine zusätzliche Belastung dar.
- Offenheit und Ehrlichkeit zwischen den TeilnehmerInnen muss nicht nur entwickelt, sondern auch erhalten werden.
- Die Zusammenarbeit wird immer wieder durch Organisatorisches dominiert, d. h. wichtige Inhalte laufen Gefahr vernachlässigt zu werden.
- Verbundinteressen müssen zeitweise Einzelinteressen der beteiligten Einrichtungen nachgeordnet werden.
- ...

Abb. 21: Bewertung der Qualitätszirkelarbeit in der EVS: Probleme

Für die Zusammenarbeit im Qualitätszirkel war für die Projektphase EVS-II zu berücksichtigen, dass durch das Forschungsdesign bereits eine Ablaufplanung des Projekts vorgegeben war. Entscheidungen in und Ergebnisse der Qualitätszirkelarbeit mussten unter Berücksichtigung der zu Beginn der Projektphase abgestimmten Zeit- und Ablaufplanung getroffen und herbeigeführt werden. Dies führte dazu, dass im Zusammenhang mit der Implementierung und Durchführung der flächendeckenden Umsetzung der Entwöhnung eine Vielzahl von Aspekten zu klären war, so dass einzelne Sitzungen trotz Prioritätensetzung unter hohem Zeitdruck realisiert wurden. Dabei bewährte sich erneut die Strukturierung der einzelnen Sitzungen mit Hilfe einer **Tagesordnung**. Diese wurde in der Vorbereitung aufgrund von Themeneingaben der TeilnehmerInnen erstellt.

Die Projektgruppe der Universität Oldenburg plante im Rahmen ihrer Moderatorentätigkeit während der EVS-II-Phase die Sitzungen, führte sie durch

und bereitete sie nach. Im Hinblick auf das Ziel, diese Aufgaben am Ende der EVS-II-Projektphase auf die teilnehmenden Personen zu übertragen und die selbständig organisierte Fortsetzung der Kooperation zu erreichen, wurden entsprechende Vorkehrungen getroffen und die Modalitäten dieser Aufgabe ausführlich diskutiert.

Im Ergebnis einigten sich die Kooperationspartner darauf, dass es von Vorteil sei, die QZ-Sitzungen extern moderieren zu lassen, insbesondere um die zum Teil sehr divergierenden Interessen in konstruktive Lösungen münden zu lassen. Diesem Anliegen folgend wurde die Universität Oldenburg gebeten, ein Angebot für die Wahrnehmung einer solchen Aufgabe zu formulieren. Die Finanzierung der Moderationstätigkeit soll dann von allen beteiligten Leistungsanbieter geleistet werden. Ein wesentliches Ziel der EVS-II-Phase, den Qualitätsentwicklungsprozess selbständig durch die Leistungsanbieter fortzuführen, konnte somit erreicht werden.

In Anbetracht dieses Ergebnisses, aber auch unter Berücksichtigung der relativ kurzen Zeit der Zusammenarbeit von 23 Leistungsanbietern in EVS-II erklärte sich die LVA Oldenburg-Bremen schließlich bereit, entgegen bisheriger Planungen, zunächst ein weiteres Jahr an den QZ-Sitzungen teilzunehmen.

3.4.2 Eine Träger übergreifende Kooperationsvereinbarung

Als wichtige Voraussetzung für „gute“ Kooperation wurde im Rahmen der QZ-Arbeit des Modellprojekts EVS-I das Klima des persönlichen Kontakts genannt. Häufig besteht zwischen den Beteiligten Konkurrenzdenken und Angst, Fehler und Schwierigkeiten zuzugeben, was mangelnde Offenheit nach sich zieht und inhaltliche Absprachen erschwert.

Als wünschenswert wurde deshalb die Entwicklung eines offenen Klimas zwischen den VertreterInnen der Modelleinrichtungen betont. Innerhalb der Einrichtungen sollen nicht nur die Leitung, sondern auch diejenigen MitarbeiterInnen in den Qualitätsentwicklungsprozess einbezogen werden, die mit der routinemäßigen Ausführung der Arbeiten, insbesondere Behandlung und Verwaltung, betraut sind.

Neben diesem informellen Aspekt von Kooperation wurde für die Zusammenarbeit im Modellprojekt eine formelle Arbeitsgrundlage in Form einer Kooperationsvereinbarung in Zusammenarbeit aller QZ-TeilnehmerInnen entwickelt und verabschiedet. Für die flächendeckende Umsetzung der EVS

in der Region Oldenburg-Bremen wurden die Inhalte der bisherigen Kooperationsvereinbarung als Grundlage übernommen. Modifikationen bzw. Anpassungen erfolgten insbesondere vor dem Hintergrund der überregionalen Ausweitung der Kooperation, der Geltungsdauer der Vereinbarung sowie aktueller gesundheitspolitischer Entwicklungen.⁶

Die Kooperationsvereinbarung wurde von den beteiligten **Leistungsanbietern** und **Trägern** unterzeichnet und trat mit dem **1. Juli 2003 in Kraft**. Sie enthält folgenden Wortlaut:

Kooperationsvereinbarung
zwischen
den stationären/tagesklinischen und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen
zur Durchführung von Entwöhnungsbehandlungen
in Verbundsystemen (EVS)

§ 1

Verbundmodell

- (1) Das stationäre-ambulante Gesamtkonzept von Dezember 2000 ist Grundlage dieser Vereinbarung.
- (2) Die Parteien erklären sich bereit, das Konzept auf der Basis der gewonnenen Erfahrungen und dem Stand der therapeutischen Erkenntnisse anzuwenden und weiterzuentwickeln.
- (3) Zwischen jeweils mindestens einer Klinik/Tagesklinik und einer Ambulanz ist ein therapeutisches, ambulant-stationäres/tagesklinisches Gesamtkonzept zu erarbeiten. Der konzeptionelle Zusammenschluss mehrerer Rehabilitationseinrichtungen ist das Ziel.

6 Die in EVS-II erfolgten Modifikationen sind unter dem Gliederungspunkt 1 detailliert dargestellt.

§ 2

Grundsätze der Zusammenarbeit

- (1) Die Parteien arbeiten im Hinblick auf eine effektive und effiziente Erbringung der Rehabilitationsleistungen eng zusammen.
- (2) Alle MitarbeiterInnen der beteiligten Einrichtungen werden im Rahmen von Teambesprechungen, Fortbildung bzw. Supervision über die Angebote im Behandlungsverbund (EVS-II) informiert.
- (3) Die Parteien verpflichten sich zur Reflexion der Angebote und fördern die gegenseitige Hospitation zur persönlichen Kontaktaufnahme.

§ 3

Aufnahmeverfahren

- (1) Zur Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation sind der LVA Oldenburg-Bremen der Antrag des Versicherten, ein Sozialbericht und eine fachärztliche Stellungnahme bzw. ein Zwischenbericht zuzuleiten.

Die LVA entscheidet über den Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und erteilt dem Versicherten einen entsprechenden Bescheid.

- (2) Die ambulante Rehabilitationseinrichtung verpflichtet sich, rechtzeitig das Antragsverfahren einzuleiten und alle erforderlichen Unterlagen beizubringen. Dabei ist vorab eine Abstimmung der Indikationen mit dem Verbundpartner erforderlich.
- (3) Die stationären/tagesklinischen Einrichtungen merken den nächstmöglichen freien Behandlungsplatz vor. Dabei kann die Ambulanz (bei vorliegender Kostenzusage der LVA) die Anmeldung telefonisch vornehmen.
- (4) Sofern ein bereits vorgemerkerter Behandlungsplatz nicht in Anspruch genommen wird, sagt die Vermittlerin/der Vermittler diesen unverzüglich ab.
- (5) Die vermittelnde Stelle nimmt vor dem Wechsel der Behandlungsform sowie eine Woche nach dem Wechsel Kontakt mit der/dem zuständigen Therapeutin/Therapeuten auf.

§ 4

Behandlung

- (1) Die Rehabilitationsplanung wird vor dem Wechsel einer Behandlungsform zwischen PatientIn/KlientIn, der/dem stationären/tagesklinischen und ambulanten MitarbeiterIn vor Beendigung jedes Behandlungsabschnitts gemeinsam festgelegt.
- (2) Die vermittelnde Einrichtung informiert die andere Stelle über die Therapieplanung und stimmt den Verlegungszeitpunkt ab.

Die LVA Oldenburg-Bremen ist über jeden Wechsel der Behandlungsform unverzüglich zu informieren.

- (3) Vor dem Wechsel der Behandlungsform ist ein verbindlicher Termin zwischen der/dem weiterbehandelnden Therapeutin/Therapeuten und der/dem Klientin/Klienten festzulegen, in dem weitere Maßnahmen eingeleitet werden können.
- (4) Das Übergabegespräch ist frühzeitig zwischen PatientIn/KlientIn und den stationären/tagesklinischen/ambulanten MitarbeiterInnen zu terminieren. Die Durchführung der Übergabegespräche soll sich an den Leitfäden aus dem EVS-I-Projekt orientieren (vgl. Tielking/Kuß 2003, S. 70 ff.).
- (5) Der Entlassungsbericht ist der weiterbehandelnden Stelle zeitnah – d. h. grundsätzlich spätestens 14 Tage nach Beendigung der Behandlungsphase – zukommen zu lassen.

§ 5

Allgemeines

- (1) Nebenabreden, Ergänzungen und Änderungen der Vereinbarung bedürfen der Schriftform und der Zustimmung der LVA Oldenburg-Bremen.
- (2) Diese Vereinbarung tritt am 1. Juli 2003 in Kraft.
- (3) Die Geltungsdauer der Vereinbarung verlängert sich automatisch über das Ende der Projektlaufzeit hinaus, wenn nicht von Seiten eines der Kooperationspartner schriftlich Widerspruch eingelegt wird und die Zustimmung der LVA Oldenburg-Bremen zur Fortsetzung vorliegt.

Die Kooperationsvereinbarung trägt dem Anliegen nach mehr Verbindlichkeit in der Träger übergreifenden Zusammenarbeit Rechnung, indem sie einzelne Elemente der Abstimmung ambulant-stationärer/tagesklinischer Aufgabenteilung den Leistungsanbietern zuordnet.

Insbesondere aber auch die Geltungsdauer der Vereinbarung, die auf eine über die Laufzeit des Projektes EVS-II hinaus gehende Kooperation angelegt ist, verdeutlichen das Interesse des Rentenversicherungsträgers, EVS als dauerhafte und eigenverantwortlich durchzuführende Zusammenarbeit zu installieren: Im Rahmen der Leitlinien der Rentenversicherungsträger geht die Verantwortung für die Kooperation und abgestimmte Leistungserbringung im Verbundsystem spätestens mit Ende der wissenschaftlichen Begleitung in die Hände der Leistungsanbieter über. Die Geltungsdauer der Kooperationsvereinbarung verlängert sich ab dann automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn nicht vor Ende der Projektlaufzeit von Seiten einer der KooperationspartnerInnen schriftlich Widerspruch eingelegt wird und die Zustimmung der LVA Oldenburg-Bremen vorliegt.

3.4.3 Modulares EVS-Berichtswesen

Diagnostik und Indikation sind ein bedeutsamer Teil der Arbeit von ÄrztInnen und TherapeutInnen in der Suchtkrankenhilfe. Dabei besteht eine derart große Vielfalt in den eingesetzten Diagnose- und Testverfahren, dass in einer Fülle wichtiger Informationen über PatientInnen/KlientInnen leicht die Orientierung verloren gehen kann. „Hinzu kommt, dass die verschiedenen Therapierichtungen unterschiedlichste Ansätze und Begriffe anbieten, die z. T. sehr ähnliches meinen, wenn auch selten genau das gleiche“ (Küfner 1996, S. 49).

Vor diesem Hintergrund wurde bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt im Qualitätszirkel des EVS-I-Projektes zwischen den Verbundpartnern vereinbart, im Bereich der Diagnostik und Dokumentation eine einheitliche bzw. abgestimmte Vorgehensweise zu erarbeiten, die hilft, Doppelarbeiten bei kombiniert ambulant-stationären/tagesklinischen Rehabilitationsverläufen zu vermeiden, bereits vorliegende Informationen zwischen den BehandlerInnen auszutauschen und damit insgesamt Ressourcen besser zu nutzen.

Im Rahmen des EVS-I-Projektes wurde für die Verbundarbeit ein **modulares EVS-Berichtswesen** eingeführt (vgl. Tielking/Kuß 2003, S. 73 ff.). Dies

nachstehende Abbildung veranschaulicht, die standardisierte Weiterleitung von Informationen in EVS.

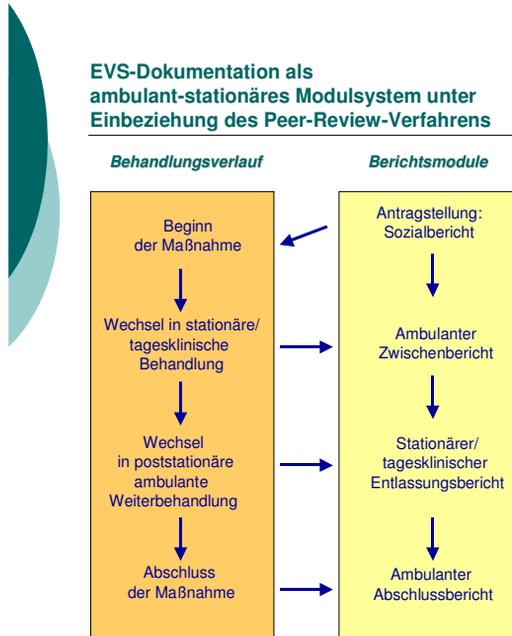


Abb. 22: EVS-Dokumentation als ambulant-stationäres Modulsystem unter Einbeziehung des Peer-Review-Verfahrens

Das Modulsystem beinhaltet die erste Dokumentation im Rahmen des Antragverfahrens (Sozial- und Arztbericht), wird ambulant wie ggf. stationär/tagesklinisch fortgeschrieben und berücksichtigt die Vorgaben für Entlassberichte aus dem Peer-Review-Verfahren (vgl. VDR 2000).

Das Modulsystem hat den **Vorteil**, dass nicht von allen an der Behandlung Beteiligten Informationen mehrmals erhoben und geschrieben werden; ist dies allerdings aus therapeutischen Überlegungen heraus sinnvoll, so besteht dazu die Möglichkeit. Die Konzeption des EVS-Berichtswesen folgt dem grundsätzlichen Verständnis für eine **Verlaufsdagnostik und**

-dokumentation und sieht vor, dass z. B. frühere Beurteilungen ergänzt, revidiert oder verworfen werden können.

Der **Vordruck des modularen EVS-Berichtswesens**, den auch alle Einrichtungen in EVS-II seit dem 1. Juli 2003 nutzen, findet sich abgedruckt im Abschlussbericht zum Projekt „Alkoholentwöhnung im Verbund“ (vgl. Tielking/Kuß 2003, S. 355 ff.). Im Rahmen von EVS-II wurde der Bericht anhand der Erfahrungen im Umgang mit dem modularen Berichtswesen von nun 23 Rehabilitationseinrichtungen fortgeschrieben (vgl. dazu den Prozess der Diskussionen unter Gliederungspunkt 3.3.3). Die **aktuellste und zum Abschluss der EVS-II-Projektphase angewendete Fassung** des EVS-Berichtsvordrucks ist dem **Anhang B** dieses Abschlussberichts zu entnehmen. Dieser Vordruck unterscheidet sich vom vorherigen insbesondere durch die **farblichen Hervorhebungen bei der Bildschirmbearbeitung** (rot vs. blau) sowie die **unterschiedlichen Schrifttypen** (normal vs. Großbuchstaben). Mit Hilfe dieser optischen Komponente sollen die **Pflichtteile des Sozialberichts gemäß der VDR-Vorgaben** von den **Kürteilen des Peer-Review-Verfahrens** unterschieden werden. Wesentlicher Grund für die in der Vorlage vorgenommene Differenzierung ist die Verdeutlichung von Pflicht- und Kürinformationen. Der deutlich kürzere Pflichtteil soll für die Bearbeitung leicht erkennbar sein, so dass eine unverzügliche und die wichtigsten Informationen enthaltende Antragsstellung erfolgen kann, da insbesondere bei PatientInnen/KlientInnen, die direkt und zeitnah stationär aufgenommen werden sollen, die vollständige Bearbeitung der Vorlage nicht effektiv und zweckmäßig erscheint.

In den QZ-Sitzungen, auf dem Praxistag sowie im Rahmen von MitarbeiterInnenschulungen in einzelnen Einrichtungen wurden zum Teil ähnliche Fragen zur Erstellung des EVS-Berichtswesens formuliert. Die Erläuterungen und Antworten auf die Problembereiche wurden daher in einer Auflistung unter dem Titel „**Anmerkungen zum modularen EVS-Berichtswesen**“ für alle Beteiligten zusammen gestellt und den Einrichtungen zugeleitet. Das Dokument dient als Orientierungshilfe bei der Dokumentation und ist vor dem Hintergrund der im Umgang mit dem Berichtswesen gesammelten Erfahrungen ggf. fortzuschreiben. Zu betonen ist, dass sich die Anmerkungen nicht auf alle Einzelheiten der Berichtserstellung beziehen, sondern nur einige ausgewählte Aspekte wiedergeben.

„Anmerkungen zum modularen EVS-Berichtswesen“

Grundsätzliches

- Die Berichtsvorlage ist **PatientInnen orientiert** und soll eine **modulare Bearbeitung** durch die MitarbeiterInnen der Ambulanzen und Kliniken ermöglichen. Zu diesem Zweck wird der Bericht in **Papierform** und auf **Diskette** nach Zustimmung der/des PatientIn an die weiterbehandelnde Einrichtung weitergegeben.
Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist eine Übermittlung per Mail nicht realisierbar!
- Die **VDR-Hinweise zum Sozialbericht** sind in der Vorlage des modularen EVS-Berichtswesens klassisch (normal) geschrieben und die Ergänzungen aus dem Peer-Review-Manual sind kursiv und in Großbuchstaben gekennzeichnet.
In der Bildschirmbearbeitung ist der VDR-Standard zudem blau und der Peer-Review-Teil rot hervorgehoben. Dies soll erleichtern, den VDR-Standard des Sozialberichts vollständig und umfassend auszufüllen, so dass die Bearbeitung, bspw. im Fall von EVS-KlientInnen, die direkt und möglichst zeitnah stationär aufgenommen werden sollen, mit geringerem Zeitaufwand erfolgen kann.
Im Ausdruck des Sozialberichts ist eine farbliche Trennung nicht erforderlich, da der Bericht ohnehin fortgeschrieben wird.
- Das **Peer-Review-Manual** ist Grundlage der Vorlage des modularen EVS-Berichtes. Zwischen den VDR-Hinweisen zum Sozialbericht und dem Manual des Peer-Review-Verfahrens (VDR 2000) gibt es ohnehin eine weitgehende Übereinstimmung. Das Manual gibt vor, dass bestimmte Punkte im Bericht enthalten sein müssen, die Reihenfolge allerdings nicht ausschlaggebend sei.
- Es ist wichtig, den Pflichtteil des Sozialberichts sorgsam auszufüllen und diesen am Manual des Peer-Review-Verfahrens (VDR 2000) zu orientieren.

Zu Punkt 1 des EVS-Berichtes: Angaben zur Person

- U. a. Angaben zur Aufnahmesituation, zum Leidensdruck und zur Zuweisungsdiagnose.
- Die ICD-Schlüssel der Diagnosen müssen nicht extra herausgesucht werden.
- Es ist empfehlenswert, die Angaben der PatientInnen in wörtlicher Rede wieder zu geben, um ein lebendiges Bild entstehen zu lassen.
- Der (Sozial-)Berichtspunkt 1.1 Aufnahmesituation (Zugang, aktuelle Beschwerden, Belastungen, Risikofaktoren) soll explizieren, welche Bedingungen dazu beigetragen haben, dass der/die PatientIn in die Behandlung kommt und Abstinenzabsicht entwickelt hat.
- Das Stichwort "Zugang" unter 1.1 meint die Art des Vermittlungsprozesses einer Patientin/eines Patienten in die Therapie → über wen/welche Einrichtung lief diese?
- Das Stichwort "aktuelle Beschwerden" meint derzeit offensichtlich festzustellende Beeinträchtigungen und ist nicht synonym mit dem allgemeinärztlichen Befund unter 1.2.

- Unter 1.2 ist der Verweis auf den ärztlichen Befundbericht, der dem Sozialbericht beigelegt ist, möglich. Handelt es sich in der Fassung des (Sozial-)Berichts um den Abschlussbericht, reicht ein Verweis auf eine Anlage allerdings nicht mehr. Hier soll in Abstimmung mit einer Ärztin/ einem Arzt eine klare Aussage insbesondere zum Leistungsvermögen der Patientin/des Patienten angeführt werden.

Zu Punkt 2 des EVS-Berichtes: Kinder

- Unter diesem Punkt sollte die Anzahl der Kinder des/der Patienten/in, deren Alter, Geschlecht und wie viele davon im Haushalt leben notiert werden. Nähere Angaben sind hier nicht notwendig.

Zu Punkt 4 des EVS-Berichtes: Vorbehandlungen der Abhängigkeitserkrankungen

- Dieser Gliederungspunkt gilt als Überschrift. Auszufüllen sind erst die darauf folgenden Unterpunkte.
- Wichtig ist, dass die Anzahl der Entgiftungen und Entwöhnungen des/der Patienten/in kurz aufgeführt werden.

Zu Punkt 5 des EVS-Berichtes: Anamnese der Abhängigkeitserkrankung

- Die unter 5.1 abgebildete Tabelle stellt eine Form der Erhebung der Suchtmittelanamnese dar, sie kann aber auch anders gegliedert werden.
- Der Begriff „Psychodynamischer Befund“ (5.1.3) ist als beziehungs- und konfliktpsychologische Hypothese zu verstehen. Es geht hierbei darum, den ambulanten BehandlerInnen die Formulierung von Hypothesen bezüglich der Psychodynamik zu erleichtern, indem die Hürde, einen kompletten Psychodynamischen Befund abliefern zu müssen, gesenkt wird.
- Kommt es im Rahmen der Beantwortung von 5.1.4 zum Einsatz des FPI, so kann sowohl die alte wie auch die neue Version verwendet werden. Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse des FPI zu gewährleisten, muss die verwendete Version allerdings benannt sein.
- Im Unterschied zu 5.1ff. sind unter 5.2 Angaben zum Handlungspotenzial der Patientin/ des Patienten und keine medizinische Diagnose zu machen.

Zu Punkt 6 des EVS-Berichtes: Sozialanamnese

- Bei der Darstellung der biographischen Anamnese kann wörtliche Rede verwendet werden. Es bleibt aber den TherapeutInnen überlassen, ob sie den Konjunktiv oder die wörtliche Rede benutzen.

- Im Zusammenhang des Sozialberichtspunktes 6.3.4 (AU-Zeiten) ist es wichtig, dass die letzte AU-Zeit angegeben wird und mitgeteilt wird, ob der/die Patient/in zum derzeitigen Zeitpunkt noch krankgeschrieben ist. Es müssen also nicht sämtliche, im Verlauf des Lebens angefallenen AU-Zeiten der PatientInnen eruiert werden.
- Unter Sozialberichtspunkt 6.4 (Mögliche Hintergründe für Antritt und Durchführung einer Rehabilitationsleistung) müssen nur die in Klammern angegeben Beispiele für den Bereich Strafvollzug berücksichtigt werden: Angaben über laufende Strafverfahren, Angaben zum voraussichtlichen Zeitpunkt für eine Zurückstellung, Angaben über Aussetzung oder Unterbrechung der Strafvollstreckung.
In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass aus datenschutzrechtlichen Gründen die den PatientInnen vorgeworfenen Straftaten im Bericht nicht genannt werden dürfen. Es soll nur festgehalten werden, dass eine Haftstrafe oder eine Verurteilung stattgefunden hat, nicht aber warum.

Zu Punkt 7 des EVS-Berichtes: Verlauf der bisherigen Betreuung

- Anzugeben ist hier, wer die Maßnahme – entsprechend der gesetzlichen Grundlagen – initiiert hat.
- Angegeben werden sollen unter 7.2 die bis zur Antragsstellung erfolgten Kontakte zur Patientin/zum Patienten.
- Der (Sozial-)Berichtspunkt 7.4 (Einbindung der Familie und/oder sonstiger wichtiger Bezugspersonen) kann kurz in einem Satz abgehandelt werden.

Zu Punkt 8 des EVS-Berichtes: Behandlungsbereitschaft und individuelle Rehabilitationsziele

- Das Aushandeln der Therapieziele zwischen Therapeut/in und Patient/in ist von grundsätzlicher Bedeutung. Daher sollten die fachlichen Ziele, die PatientInnen-Ziele und die zwischen TherapeutIn und PatientIn verhandelten Ziele als drei Bereiche dargestellt werden.
Unter 8.2 soll die PatientInnen-Perspektive – konkrete individuelle Erwartungen zu angestrebten Veränderungen –, unter 8.2.1 die ausgehandelten Therapiezielvereinbarungen und unter 9.1 die Gewichtung des/ der Beraters/ Beraterin erfolgen.
- Unter Sozialberichtspunkt 8.3 (Bei erneuter Entwöhnungsbehandlung: Hat sich zwischenzeitlich die Einstellung zum Suchtmittel geändert?) soll in Kürze aufgeführt werden, wie gefestigt die derzeitige Behandlungsmotivation ist, inwiefern der/die Patient/in mit Alkohol umgehen kann oder ob er/sie Rückfall gefährdet ist.

Zu Punkt 9 des EVS-Berichtes: Hinweise zur Leistungsform und zur Art der Rehabilitationseinrichtung

- Unter (Sozial-)Berichtspunkt 9.1 (Schwerpunktsetzung für die medizinische Rehabilitation aus Sicht der Beraterin/des Beraters) sind Anforderungen an die nachbehandelnde Einrichtung zu formulieren. Die Auswahl der Einrichtung ist zu begründen. Es soll ein Behandlungsauftrag formuliert werden, in dem die fachlichen Therapieziele aufgeführt sind.
- Unter (Sozial-)Berichtspunkt 9.2 (Angaben zu weiteren voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen) sind beispielhaft folgende Angaben zu machen: Berufliche Rehabilitation, Adaptation, Nachsorge etc.
- Unter den (Sozial-)Berichtspunkten 9.1 und 9.2 kann die Empfehlung einer Einrichtung zur Weiterbehandlung angegeben werden.

Zu Punkt 10 des EVS-Berichtes: Zusammenfassende Stellungnahme

- Unter diesem Punkt ist v. a. die Darlegung des psychodynamischen Befunds von Bedeutung. Der Befund kann auch in verhaltenstherapeutischer Sprache abgefasst werden.

Abb. 23: Auflistung „Anmerkungen zum modularen EVS-Berichtswesen“

Nochmals hingewiesen sei auf das Manual zur Checkliste der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale des Peer-Review-Verfahrens des VDR (2000, S. 201 ff.), das die einzelnen Berichtspunkte inhaltlich konkretisiert. Natürlich sind weitere bedeutsame Aspekte in der Dokumentation zu beachten. Mit Blick auf die Zukunft der EVS soll die Möglichkeit einer Fortschreibung des EVS-Berichtes wie auch der Anmerkungen zum Berichtswesen stets mitgedacht werden. Nachfolgend sind Rückmeldungen eines stationären Therapeuten aufgeführt, die *einen Eindruck* zum aktuellen Stand der Diskussion um das Berichtswesen widerspiegeln:

Ausgangsüberlegungen zur Nutzung der (Sozial-)Berichte:

- Die Sichtung des (Sozial-)Berichts soll möglichst zeitökonomisch erfolgen.
- Aus organisatorischen Gründen erfolgt die Sichtung der (Sozial-)Berichte nicht einzeln bei jeder Patientin/jedem Patienten direkt vor dem Übergabegespräch, sondern in einem gewissen zeitlichen Abstand für mehrere PatientInnen gleichzeitig.
- Vor der Aufnahme möchte sich die/der stationäre TherapeutIn einen ersten Eindruck von der Patientin/vom Patienten verschaffen.
- Anknüpfungspunkte für das Aufnahmegespräch sollen identifiziert werden.
- Unklarheiten sollen entdeckt werden.
- Die Ergebnisse der Analyse der (Sozial-)Berichte werden für das Übergabegespräch notiert.

Aktuell problematische Aspekte:

- Ein unterschiedlicher Berichtsaufbau (alte Berichte bei Nicht-EVS-PatientInnen und neue Berichte bei EVS-PatientInnen) stört das Ziel gerichtete Lesen.
- Auch die EVS-(Sozial-)Berichte sind nicht wirklich einheitlich.
- Jede Form der Doppelung (z. B.: Suchtanamnese tabellarisch und als Fließtext) ist „ärgerlich“ und stört die Konzentration.
“Man sucht was Neues und findet nichts.“
- Die Trennung der Lebensgeschichte in verschiedene Unterasspekte (ehemals 7.1) zwingt die Leserin/den Leser zur Rekonstruktion.
- Bei dem neuen Punkt 1.1 „Aufnahmesituation“ ist das Erstkontaktdatum nicht gefordert, wäre aber genau in diesem Zusammenhang interessant.
- Es gibt Tendenzen, dass computergenerierte Testergebnisse einfach einkopiert werden. Das erzeugt „Bleiwüsten“, bringt aber keine Informationen (dann besser „nackte“ Zahlen!).
- Die Berichte sind durchschnittlich doppelt so lang wie die alten Sozialberichte; darum die Bitte, um eine knappere, gestrafftere Darstellung.

Fazit:

„Die neuen (Sozial-)Berichte haben durchaus Vorteile, man muss sich daran gewöhnen und sie sollten nicht überfrachtet werden.“

Abb. 24: Rückmeldungen zum Berichtswesen

Vor dem Hintergrund der gemachten Ausführungen zum EVS-Berichtswesen wurden zum Ende der EVS-II-Phase die in der folgenden Abbildung dargestellten **Anforderungen an die EVS-Berichtserstellung** formuliert, um den Standard EVS-Berichtswesen abschließend zu veranschaulichen:

Anforderungen an die EVS-Berichterstellung

- EVS-Perspektive: Gesamtbehandlung
- Anspruch und Einstellung der VerfasserInnen haben Wirkung auf den Umgang mit den EVS-Berichten
- Pole der Berichterstellung:
„straff bzw. kurz“ vs. aussagekräftig und individuell auf den Fall abgestimmt
- Wiederholungen durch Verweise vermeiden
- Auf Füllsätze verzichten
- Befunde Dritter (z. B. von HausärztInnen) nicht kopieren, sondern ggf. der Anlage beifügen
- EVS-Berichterstellung braucht gute Selbstorganisation
- ...

Weitere Hinweise sind den Anmerkungen zum modularen EVS-Berichtswesen wie auch dem Manual zum Peer-Review-Verfahren zu entnehmen!

Abb. 25: Anforderungen an das EVS-Berichtswesen

Die EVS-II-Projektphase hat gezeigt, dass alle Beteiligten es befürworten würden, wenn das Berichtswesen im Rahmen medizinischer Rehabilitation bundesweit einheitlich organisiert würde. Dem bereits seit mehreren Jahren gängigen Verfahren zum Sozialbericht entsprechend, sollte im Hinblick auf eine stärkere Nutzung kombinierter ambulant-stationärer/tagesklinischer Maßnahmen eine äquivalente behandlungsbegleitende Dokumentation erfolgen, wie sie in EVS beispielhaft erprobt wurde und wird. Ein solches Verfahren kann aufgrund der Ziel gerichteten Informationsweiterleitung zwischen den TherapeutInnen entscheidend zur Optimierung der Prozessqualität der Behandlung beitragen und bietet auch im Hinblick auf die Ergebnisqualität Möglichkeiten, den Behandlungserfolg nicht nur als Stichtagserhebung abzubilden. In diesem Sinne wäre es zu begrüßen, wenn die geschilderten Erfahrungen zum Einsatz des modularen EVS-Berichtswesens auf **VDR-Ebene** diskutiert und absehbar ein entsprechend bundesweit einheitliches Verfahren realisiert werden könnte.

3.4.4 Ambulant-stationäre/tagesklinische Informationssysteme: Übergabegespräche

Die EVS-II-Projektphase zeigte – insbesondere durch die kontinuierlichen Diskussionen in den drei Qualitätszirkeln wie auch auf dem EVS-Praxistag–, dass der **Standard "persönliche Übergabegespräche"** für die teilnehmenden Einrichtungen von besonderer Relevanz ist und spezifische Auswirkungen auf die Arbeit hat.

Lag der Schwerpunkt des Austauschs über die persönlichen Übergabegespräche zu Beginn der Projektphase EVS-II - insbesondere auf Seiten der neuen EVS-TeilnehmerInnen – auf Fragen zur Durchführung, wurde in der zweiten Projektphase deutlich, dass eine grundsätzliche Akzeptanz des Standard erreicht und die Wirkung der persönlichen Übergabegespräche als positiv eingeschätzt wurde. Gleichzeitig wurde aber deutlich, dass der finanzielle und zeitliche Aufwand für die Durchführung als problematisch anzusehen ist (vgl. dazu bspw. die Ausführungen zu den Prozess begleitenden Befragungen in Kapitel 2).

Vor diesem Hintergrund unterzog die Projektgruppe in der letzten Phase des EVS-II-Projektes die Entwicklung des Standards einer grundlegenden Revision. Für die Fortsetzung der EVS in Eigenverantwortung der teilnehmenden Einrichtungen und über die Projektlaufzeit hinaus galt es, die Entstehung und Ausgestaltung dieses Standards noch einmal prinzipiell nachzuvollziehen. Diese, insbesondere dem Anliegen der neuen TeilnehmerInnen der EVS-II entsprechende Durchsicht, erfolgte, um letztlich im Rahmen des Praxistages eine einheitliche Regelung zum Umgang mit der Maßnahme treffen zu können. Die folgenden Abbildungen dokumentieren die Entwicklung der persönlichen Übergabegespräche von ihrer ersten konzeptuellen Ausgestaltung über die für die EVS-II-Projektphase festgelegte Form der Durchführung bis zu der im Rahmen des EVS-Praxistages beschlossenen (vgl. Gliederungspunkt 3.3.3, zu 3. Übergabegespräche: Kür oder Pflicht in der EVS-Behandlung?), für die Zukunft geltenden Variante. Die Ausführungen nehmen dabei Bezug auf die unter Gliederungspunkt 3.1 erläuterten Dimensionen eines qualifizierten Entwöhnungsprogramms.

Mit Blick auf die Strukturqualität lassen sich folgende Angaben zum Standard "persönliche Übergabegespräche" machen:



Übergabegespräche – „Herzstück“ der Kombi-Behandlung EVS (Strukturqualität)

- Bereits **vor EVS** wurden **persönliche Übergaben** durchgeführt
- Gespräche mit KollegInnen anderer Institutionen bieten **neue Perspektiven und Impulse**, die wiederum positiv auf die eigene Arbeit rückwirken
- Persönliche Übergabegespräche auf freiwilliger Basis sind nicht umzusetzen, sie sind daher **verbindlich** vereinbart worden
- Der **zeitliche und organisatorische Rahmen** für persönliche Übergaben muss **flexibel** gehandhabt werden, Aufnahmetage oder Änderungen von Arbeitsplänen bspw. sind keine Alternative
- **Eine Vergütung der Übergabegespräche trägt dem Kooperationsvorhaben Rechnung**
- Die Vergütung der Übergabegespräche erfolgt mit zwei Therapieeinheiten (+ Fahrtkosten), die im **Durchschnitt (Mehrpersonalfahrten, kurze Wege) kostendeckend** sein und im **Gleichgewicht zu den Tagesätzen der Kliniken** stehen sollten
- Ob **persönliche Übergabegespräche als Regelfall leistbar** sind, muss realistisch geprüft werden, falls EVS die Standardbehandlung würde

*Abb.26: Übergabegespräche – „Herzstück“ der Kombi-Behandlung EVS
(Strukturqualität)*

Mit Blick auf die Organisation einer Suchtbehandlung sind im Kontext von persönlichen Übergabegesprächen folgende **Argumente** aufzuführen:



Übergabegespräche – „Herzstück“ der Kombi-Behandlung EVS (Prozessqualität)

- Persönliche Übergabegespräche ermöglichen eine inhaltliche Zusammenarbeit, direkte Klärung von Missverständnissen und verbindliche Absprachen für die Behandlungsfortsetzung
- Persönliche Übergabegespräche leisten die gegenseitige Information besser als ein schriftlicher Bericht, sie erfolgen zeitnah und sind primär an die PatientInnen und die Leistungsanbieter adressiert
- Persönliche Gespräche wirken dem Konkurrenz- und Abgrenzungsdenken zwischen stationären und ambulanten Leistungsanbietern entgegen und verdeutlichen die Kompetenzen des je anderen
- Im Gegensatz zu Telefonaten stellen Übergabegespräche eine andere, persönlichere Atmosphäre zwischen den BehandlerInnen her und ermöglichen einen offenen Austausch mit den PatientInnen
- Leitfäden können die thematische Gestaltung der persönlichen Übergabegespräche strukturieren helfen und so den Informationsfluss verbessern
- Im Rahmen der persönlichen Übergaben kann ein Austausch zu Zweit, allein zwischen den TherapeutInnen, sinnvoll sein

*Abb. 27: Übergabegespräche – „Herzstück“ der Kombi-Behandlung EVS
(Prozessqualität)*

Eine qualifizierte Suchtbehandlung ist ausgerichtet auf das **Ergebnis** bzw. den **Erfolg der Maßnahme**. Den Einfluss der persönlichen Übergabegespräche auf diese Qualitätsdimension gibt die folgende Übersicht wieder:



Übergabegespräche – „Herzstück“ der Kombi-Behandlung EVS (Ergebnisqualität)

- Persönliche Übergaben vermitteln den PatientInnen das **Gefühl, gut betreut und eingebettet** zu sein
- Die **Wahrnehmung dieser guten Beziehung** zwischen den ambulanten und stationären TherapeutInnen seitens der PatientInnen hat einen **positiven Effekt** auf deren Behandlungserfolg – Motivation, Haltequote ...
- Die persönliche Übergabe muss **nicht für alle PatientInnen** zwingend notwendig sein, ein Verzicht auf die Begleitung muss begründet werden
- Persönliche Übergabegespräche leisten einen wesentlichen Beitrag zu einer **PatientInnen orientierten Behandlung**

Abb. 28: Übergabegespräche – „Herzstück“ der Kombi-Behandlung EVS (Ergebnisqualität)

Im Mittelpunkt der Diskussionen zum Thema „persönliche Übergabegespräche“ stand zum Ende der EVS-II-Phase das Verhältnis von Aufwand und Ertrag, insbesondere unter ökonomischer Perspektive der Leistungserbringer. Eine annähernde Kostendeckung erscheint für die Zukunft als entscheidendes Argument dafür, ob persönliche Übergabegespräche als Regelfall der EVS-Behandlung durchgeführt werden oder nicht. Da der behandlungsrelevante Nutzen der persönlichen Übergabegespräche allgemein anerkannt ist, muss die Realisierung der Übergabegespräche im weiteren Verlauf der Verbundarbeit beobachtet werden. Sollten persönliche Übergabegespräche aus personellen und finanziellen Gründen mit der Mehrzahl der PatientInnen/KlientInnen nicht mehr umgesetzt werden, sind hier neue Überlegungen anzustellen. Der Einsatz von Webcams bei der Durchführung von Übergabegesprächen stellt eine Möglichkeit der Anpassung dar. Eine Pilotphase zu Übergabegesprächen unter Nutzung von Webcams (vgl. Glic-

derungspunkt 7.1.3) kann einen grundlegenden Beitrag leisten, die Vor- und Nachteile dieser Variante in der Durchführung von Übergabegesprächen zu prüfen und die Diskussion sachlich weiter zu führen.

In der EVS-Behandlung gilt der **Standard der persönlichen Übergabegespräche** bis zum Abschluss der Pilotphase „Übergabegespräche mit Webcams“ weiter. Dabei sind folgende Aspekte von besonderer Bedeutung:



Persönliche Übergabegespräche als Standard in EVS-II

- Persönliche Übergabegespräche finden verbindlich in Form einer Dreier-Konferenz statt
- In Ausnahmefällen – diese sind zu begründen – finden **ersatzweise Telefonkonferenzen** statt
- Persönliche Übergabegespräche finden beim **Wechsel ambulanz-stationär/tagesklinisch** statt
- Persönliche Übergabegespräche finden beim **Wechsel stationär/tagesklinisch-ambulant** statt
- **Kriterienkataloge** strukturieren die jeweiligen Gespräche
- Für ein Übergabegespräch werden **zwei Fahrten mit jeweils 2 Therapieeinheiten (TE) à 46,00 €** bewilligt
- **Fahrtkosten** können extra abgerechnet werden
- Ob die/der ambulante oder stationäre/tagesklinische Therapeut/in die Fahrt durchführt, obliegt den Leistungsanbietern
- Bei **erneuter stationärer/tagesklinischer Aufnahme** können **weitere Fahrten** von den Leistungsanbietern durchgeführt und mit insgesamt bewilligten TE verrechnet werden, d. h. pro Fahrt zwei ambulante TE.

Abb. 29. Persönliche Übergabegespräche als Standard in EVS-II

4 Reha-Statistiken der LVA Oldenburg-Bremen zur medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen

Auch im **Berichtsjahr 2003** ist es von Interesse, die **Gesamtentwicklung** der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen in der Zuständigkeit der LVA Oldenburg-Bremen abzubilden. Dies erfolgt anhand der Auswertung der Reha-Statistiken für ausgewählte Themenbereiche.

4.1 Antragsentwicklung

Die Entwicklung der **Zuweisungen** in Entwöhnungsbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit (inklusive der Nachsorgebehandlungen!) stellt sich ein Jahr vor (2000) und während der Modellumsetzung der EVS-I (2001/2002) sowie während der EVS-II (2003) wie folgt dar (vgl. LVA Oldenburg-Bremen 2000; dies 2001; dies 2002; dies. 2003):

Jahr	Ambulante Reha Sucht (Alkohol; inklusive Nachsorge!) ⁷		Stationäre Entwöhnungsbehandlungen		tagesklinische Entwöhnungsbehandlungen		Gesamt
	Anzahl der Zuweisungen	Zuweisungen in %	Anzahl der Zuweisungen	Zuweisungen in %	Anzahl der Zuweisungen	Zuweisungen in %	
2000	389	38,8	576	57,5	37	3,7	1.002
2001	480	43,3	600	54,2	28	2,5	1.108
2002	404	39,8	580	57,1	31	3,1	1.015
2003	518	44,7	605	52,1	37	3,2	1.160

Tab. 1: Zuweisungen in stationäre, tagesklinische und ambulante Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit

Rechtlich wird nach § 15 SGB VI in ambulante Rehabilitation und § 31 SGB VI in Nachsorge-Maßnahmen unterschieden. Statistisch wird dieser gesetzlichen Vorgabe seitens der LVA Oldenburg-Bremen derart Folge geleistet,

⁷ In dieser Tabelle sind die Zuweisungen in die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation auf der Anspruchsgrundlage des § 15 SGB VI (ambulante Rehabilitation) und des § 31 SGB VI (Nachsorge) aggregiert worden.

dass rein ambulante Maßnahmen als eigenständige Maßnahmen verschlüsselt und Nachsorgen als weiterführende Maßnahmen mit der Hauptmaßnahme (hier in der Regel einer stationären Entwöhnung) verknüpft werden. Da im Rahmen der EVS-Maßnahmen die statistische Verschlüsselung zunächst nicht eindeutig definiert werden konnte, ist es sinnvoll, die obige Tabelle als Gesamtüberblick über rein ambulante und Nachsorge-Maßnahmen auszuweisen.

Im **Berichtszeitraum 2003** ist die **Gesamtzahl** der ambulanten, tagesklinischen und stationären Entwöhnungsbehandlungen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um **14,3 % höher** ausgefallen. Die **ambulanten Maßnahmen**, als rein ambulante Reha wie auch als poststationäre Weiterbehandlung (Regelfall in der EVS-Maßnahme) nehmen einen Anteil an den Gesamtmaßnahmen von **44,7 %** ein, während der Anteil der **stationären Maßnahmen** bei lediglich **52,1 %** liegt und **im Jahr 2003 das niedrigste Niveau, über den gesamten vierjährigen Berichtszeitraum (2000 bis 2003) gesehen, aufweist**. Der Anteil der **tagesklinischen Maßnahmen** ist auch in 2003 mit **3,2 %** vergleichsweise gering. Allerdings darf eine steigende Tendenz für die Entwicklung angenommen werden, da nicht nur eine Klinik, sondern mittlerweile drei Kliniken, mit denen die LVA Oldenburg-Bremen zusammen arbeitet, entsprechende Angebote eingeführt haben und die Fallzahlen entsprechend steigen werden.

Für die Zukunft soll vor dem Hintergrund der inzwischen erfolgreichen flächendeckenden Einführung der EVS in der Region Oldenburg-Bremen mit der Erfassung/Verschlüsselung der EVS-Anträge einheitlicher verfahren werden. Dies wird über eine gezielte Information der Sachbearbeitung und entsprechende Auswertungen der Statistiken durch das Grundsatzreferat der LVA sichergestellt (vgl. Kapitel 7).

Nachfolgend wird die **Entwicklung der Zuweisungen geordnet nach einzelnen Leistungsanbietern** und insgesamt dargestellt. In dieser Darstellung werden die ambulanten Maßnahmen nach rein ambulanten (§ 15 SGB VI) und Nachsorge-Maßnahmen (§ 31 SGB VI) getrennt ausgewiesen, so dass die Vergleichbarkeit mit den Daten aus den vorherigen EVS-Berichten bzw. deren Fortschreibung möglich ist (vgl. LVA Oldenburg-Bremen 2000; dies 2001; dies 2002; dies. 2003).⁸

⁸ In den Tabellen sind die Modelleinrichtungen der EVS-I-Phase dunkelgrau und die Kontrolleinrichtungen Mittelgrau unterlegt. Die Kliniken der EVS-II-Phase sind

	Vor		Während		Während		Während	
	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2000	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2001	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2002	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2003	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen
Klinik								
Fachklinik St. Marienstift – Dammer Berge	152	93,3	184	87,5	169	87,1	159	90,0
Fachklinik Oldenburger Land – Abt. Ofener Straße	70	86,4	87	80,8	69	80,5	91	82,8
Fachklinik Oldenburger Land – Abteilung "To Hus"	42	97,6	68	91,3	42	88,1	48	94,5
Fachkrankenhaus Moorpension	38	90,8	16	102,0	24	90,8	27	86,2
St. Vitus-Stift	12	106,9	13	106,9	18	99,5	25	110,2
Fachklinik Fredeburg	92	92,8	87	86,7	97	90,7	78	94,1
ZKH Bremen-Ost – Klinik Sebaldsbrück	62	60,4	58	64,5	65	67,9	50	63,0
	-	-	1	56,0	-	-	2	-
Fachklinik Bad Tönnsstein	2	64,0	2	57,0	1	36,0	2	57,0
Paracelsus-Berghofklinik	9	112,2	12	96,7	5	99,2	22	105,3
Paracelsus-Wiehengebirgsklinik	-	-	10	89,7	17	97,9	14	102,5
Kleeblatt Klinik Rastede	2	64,0	4	29,6	1	49,0	-	-
Fachklinik Wigbertshöhe	15	89,0	12	89,2	3	106,6	7	94,7
Haus Niedersachsen I	6	85,0	4	80,0	5	84,6	-	-
Haus Niedersachsen II	0	84,0	1	-	4	94,3	3	72,5
Dietrich-Bonhöffer-Klinik	1	-	1	183,0	1	113,0	3	90,0
Bernhard-Salzmann-Klinik	6	45,8	1	114,3	1	-	1	96,5
Fachklinik Richelsdorf	23	66,5	11	77,1	12	70,5	12	87,9
Sonstige	44	93,4	28	98,4	46	-	61	-
Gesamtzahlen aller Kliniken	576	87,7	600	88,37	580	87,2	605	89,4

Tab. 2: Zuweisungen in stationäre Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit

hellgrau unterlegt, bei den Ambulanzen erübrigt sich dies, da bis auf die Einrichtung in Esens alle Einrichtungen an EVS-II teilnehmen.

	Vor	EVS	Während	EVS	Während	EVS	Während	EVS
<i>Ambulante Rehabilitationseinrichtung</i>	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2000	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2001	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2002	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2003	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen
Fachstelle Sucht im Landkreis Oldenburg, Wildeshausen (DW)	14	267,5	9	286,2	5	334,0	7	225,0
Fachstelle Sucht im Landkreis Cloppenburg	22	260,4	14	224,9	4	294,6	7	210,1
Fachstelle Sucht in der Stadt Oldenburg (DW)	39	137,1	12	235,4	18	415,3	9	347,9
Fachstelle Sucht im Landkreis Ammerland, Bad Zwischenahn (DW)	21	133,5	9	185,6	2	350,1	1	336,7
Suchtberatung und -behandlung Friesland, Varel	12	229,4	9	282,6	8	355,6	5	328,0
VBS-Team Bremen	32	218,3	43	195,3	39	233,5	31	249,4
Fachstelle Sucht in der Stadt Wilhelmshaven (DW)	17	223,5	15	226,1	13	212,6	5	128,9
Psychosoziale Beratungsstelle Vechta	12	194,5	11	203,6	11	266,7	10	178,9
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Nord	5	43,5	9	204,6	5	134,6	7	224,5
AWO-Suchtberatungszentrum Bremerhaven	11	174,0	26	138,8	29	175,1	21	179,8
Fachstelle Sucht im Landkreis Wesermarsch, Nordenham (DW)	9	186,6	11	353,3	11	352,3	4	275,5
Beratungsstelle im Landkreis Wesermarsch, Brake (DW)	15	351,2	11	210,3	9	356,9	8	335,7
Drogenberatung Delmenhorst	4	370,4	6	332,0	5	324,2	10	440,0

Fortsetzung nächste Seite

	Vor		Wäh- rend		Wäh- rend		Wäh- rend	
	EVS		EVS		EVS		EVS	
<i>Ambulante Rehabilita- tionseinrichtung</i>	Zuwei- sungen im Be- richts- zeit- raum 2000	Durch- schnittl. Dauer der Maß- nahmen in Tagen	Zuwei- sungen im Be- richts- zeit- raum 2001	Durch- schnittl. Dauer der Maß- nahmen in Tagen	Zuwei- sungen im Be- richts- zeit- raum 2002	Durch- schnittl. Dauer der Maß- nahmen in Tagen	Zuwei- sungen im Be- richts- zeit- raum 2003	Durch- schnittl. Dauer der Maß- nahmen in Tagen
Sozialpsychiatrisch er Dienst Bremen West	10	196,3	10	210,0	12	176,1	2	180,8
Sozialpsychiatrisch er Dienst Bremen Mitte	2	236,5	3	175,3	2	-	1	99,5
Sozialpsychiatrisch er Dienst Bremen Ost	4	32,0	12	185,0	6	162,7	6	184,0
Beratungsstelle in Esens (DW)	3	124,0	2	136,3	0	-	1	-
Sonstige	12	-	12	-	22	-	19	-
Gesamtzahlen aller Ambulanzen	244	208,1	224	222,5	201	259,1	154	247,7

(vgl. LVA Oldenburg-Bremen 2000; dies 2001; dies 2002; dies. 2003)

*Tab. 3: Zuweisungen in ambulante Entwöhnungsheilbehandlungen wegen
Alkoholabhängigkeit*

	Vor		Während		Während		Während	
	EVS	EVS	EVS	EVS	EVS	EVS	EVS	EVS
<i>Ambulante Rehabilitationseinrichtung</i>	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2000	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2001	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2002	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2003	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen
Fachstelle Sucht im Landkreis Oldenburg, Wildeshausen (DW)	8	145,6	31	135,1	15	273,8	29	240,2
Fachstelle Sucht im Landkreis Cloppenburg	9	236,2	37	164,3	22	315,3	40	230,9
Fachstelle Sucht in der Stadt Oldenburg (DW)	17	254,1	55	175,1	32	243,2	38	215,4
Fachstelle Sucht im Landkreis Ammerland, Bad Zwischenahn (DW)	9	144,2	28	131,2	24	223,3	30	257,8
Suchtberatung und -behandlung Friesland, Varel	10	233,9	27	97,6	11	180,3	23	255,4
VBS-Team Bremen	20	150,1	4	377,0	22	182,8	50	99,0
Fachstelle Sucht in der Stadt Wilhelmshaven (DW)	6	209,9	9	86,0	13	109,9	14	115,3
Psychosoziale Beratungsstelle Vechta	9	190,1	10	257,6	7	279,1	19	226,7
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Nord	6	282,6	1	200,0	3	144,0	9	160,0
AWO-Suchtberatungszentrum Bremerhaven	9	119,8	6	138,4	10	169,4	11	154,7
Fachstelle Sucht im Landkreis Wesermarsch, Nordenham (DW)	7	301,1	6	309,7	7	181,0	13	213,3
Fachstelle Sucht im Landkreis Wesermarsch, Brake (DW)	5	154,5	7	239,0	9	319,6	17	239,9
Drogenberatung Delmenhorst	3	314,2	16	127,4	8	198,7	19	118,6

Fortsetzung nächste Seite

	Vor		Wäh- rend		Wäh- rend		Wäh- rend	
	EVS	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	EVS	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	EVS	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	EVS	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen
<i>Ambulante Rehabilitationseinrichtung</i>	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2000	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2001	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2002	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2003	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen West	3	234,0	0	71,0	2	-	9	260,0
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Mitte	2	91,0	-	-	1	-	5	-
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Ost	5	109,7	-	-	1	149	11	155,0
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Süd	2	179	0	176,0	2	-	4	107,5
Beratungsstelle in Esens (DW)	4	129,3	3	365,0	3	226,0	6	202,3
Sonstige	11	-	16	-	11	-	17	
Gesamtzahlen aller Ambulanzen	145	206,1	256	190,2	203	234,7	364	204,6

(vgl. LVA Oldenburg-Bremen 2000; dies 2001; dies 2002; dies. 2003)

Tab. 4: Zuweisungen in ambulante Nachsorge wegen Alkoholabhängigkeit

4.2 Weitere Maßnahmen

Maßnahmeart der Bewilligung	Zeitpunkt der Bewilligung				
	1999	2000	2001	2002	2003
Arbeitserprobung, Berufsfindung	6	7	2	2	3
Arbeitsplatzumsetzung im bisherigen Betrieb	0	0	0	0	0
Arbeitsplatzvermittlung in einen anderen Betrieb ⁹	27	32	31	14	42
technische Hilfen, Hilfs- mittel, Arbeitsausrüstung	0	0	0	1	1
Reha-Vorbereitungslehrgang	1	9	3	3	5
außerbetriebliche Umschulung ¹⁰	1	1	1	0	3
außerbetriebliche Ausbildung ¹¹	2	12	8	4	13
berufliche Integration	7	11	7	5	9
Werkstatt für Behinderte	0	2	1	2	7
Eingliederungshilfen	3	3	4	5	4
Maßnahmen gesamt	47	77	57	36	87
Maßnahmen gesamt in Prozent	4,3	6,7	14,9	3,9	9,7

(vgl. LVA Oldenburg-Bremen 1999; dies. 2000; dies 2001; dies 2002; dies. 2003)

Tab. 5: Maßnahmen wegen Alkoholabhängigkeit und berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation¹²

⁹ In der „Sonderauswertung der Verbindungsstelle zur Fortschreibung für das Berichtsjahr 2003“ wurde diese Maßnahme mit „Arbeitsplatzumsetzung in einen anderen Betrieb“ bezeichnet.

¹⁰ In der „Sonderauswertung der Verbindungsstelle zur Fortschreibung für das Berichtsjahr 2003“ wurde diese Maßnahme mit „berufliche Anpassung“ bezeichnet.

¹¹ In der „Sonderauswertung der Verbindungsstelle zur Fortschreibung für das Berichtsjahr 2003“ wurde diese Maßnahme mit „berufliche Ausbildung, Weiterbildung“ bezeichnet.

¹² Die Prozentwerte beziehen sich auf die abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlungen des jeweiligen Jahres, die im Berichtszeitraum regulär beendet haben. Der Wert für 2002 ist nur bedingt aussagekräftig, da bei einer erheblichen Anzahl der in diesem Jahr abgeschlossenen Ent-

Jahr der Renten- bewilligung	Berufs- unfähig- keitsrente/ Rente wg. teilw. EM	Erwerbsunfähigkeits- Rente/ Rente wg. voller EM				Renten gesamt			
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	gesamt	%	
1999	1	0	3	0	4	0	4	0,4	
2000	10	0	34	4	44	4	48	4,2	
2001	5	1	32	7	37	8	45	5,3	
2002	11	0	48	5	59	5	64	6,9	
2003	24	0	76	7	100	7	107	11,9	

(vgl. LVA Oldenburg-Bremen 1999; dies. 2000; dies 2001; dies 2002; dies. 2003)

Tab. 6: Maßnahmen wegen Alkoholabhängigkeit und Rentengewährung¹³

Im Berichtszeitraum 2003 gab es mit 107 Fällen einen deutlichen **Anstieg der bewilligten Renten** nach einer zuvor gewährten Maßnahme wegen Alkoholabhängigkeit.

wöhnungsbehandlungen nicht bis zum 31.12.2002 über nachgehende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entschieden werden konnte.

¹³ Die Prozentwerte beziehen sich auf die abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlungen des jeweiligen Jahres.

4.3 Kostenentwicklung

Jahr	Kosten für Ambulante Reha Sucht (Alkohol)		Kosten für stationäre Entwöhnungsbehandlungen	
	Betrag in €	Anteil in %	Betrag in €	Anteil in %
1998	237.852,98	5,8	3.853.293,82	94,2
1999	358.824,13	7,7	4.325.435,14	92,3
2000	308.600,70	6,8	4.221.581,93	93,2
2001	395.571,51	8,8	4.110.040,62	91,2
2002	492.673,90	10,5	4.178.678,62	89,5
2003	441.863,37	8,9	4.524.288,02	91,1

(vgl. LVA Oldenburg-Bremen 1998; dies. 1999; dies. 2000; dies 2001; dies 2002; dies. 2003; Liste Haushaltsüberwachung)

Tab. 7: Kosten für ambulante medizinische Reha und stationäre Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit¹⁴

¹⁴ Die in der Tabelle ausgewiesenen Kosten für ambulante Leistungen schließen die Aufwendungen für tagesklinische bzw. ganztägig ambulante und poststationär-ambulante (Nachsorge) Leistungen ein.

Die **Kosten für Entwöhnungsheilbehandlungen aufgrund der Diagnose Alkoholabhängigkeit** liegen im Berichtszeitraum 2003 für die Versicherten-gemeinschaft der LVA Oldenburg-Bremen bei insgesamt **4.966.151,39 €**. Den größten Anteil der Kosten machen mit 91,1 % die stationären Maßnahmen aus.

Jahr	Kosten für Übergangsgelder in €
1998	886.444,10
1999	886.760,90
2000	922.675,05
2001	679.731,99
2002	948.437,99
2003	955.110,14

(vgl. LVA Oldenburg-Bremen 1998; dies. 1999; dies. 2000; dies 2001; dies 2002; dies. 2003; Liste Haushaltsüberwachung)

*Tab. 8: Kosten für Übergangsgelder im Zusammenhang mit Entwöhnungs-
heilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit¹⁵*

¹⁵ Die Übersicht fasst die Übergangsgelder vor, während und nach den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zwischen den Maßnahmen zusammen.

5 Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Projekts EVS-II

Der hier vorliegende Abschlussbericht gibt an verschiedenen Stellen, insbesondere aber im noch folgenden Gliederungspunkt 6, die große Resonanz auf die Ergebnisse des Modellprojekts EVS wieder. Die Erträge der EVS wurden auf den durch die LVA und die Universität veranstalteten Tagungen wie auch auf externen Veranstaltungen und Kongressen, u. a. des Gesamtverbandes der Suchtkrankenhilfe, des Fachverbandes Sucht, des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel und der Therapiekette Niedersachsen dargelegt und diskutiert. Zudem gab es eine Vielzahl an Anfragen zu Details des Projekts von Seiten verschiedener ambulanter und stationärer Leistungserbringer, Einrichtungsträger und Leistungsträger aus dem gesamten Bundesgebiet.

Besondere **Bestätigung** und besonderes **Interesse** erfuhren die EVS-Ergebnisse in den Themen ...

1. Definition grundlegender Begriffe zur Verbundarbeit (u. a. Kooperationsstandards),
2. flexibler Leistungsrahmen und Verwaltungsverfahren,
3. Organisation von Verbundarbeit, insbesondere in Form der QZ-Arbeit,
4. Varianten der Kombi-Therapien und deren Effizienz,
5. Effektivität und Effizienz von Verbundarbeit,
6. Übergabegespräche,
7. Modulares EVS-Berichtswesen.

Einzelheiten der kritischen Würdigung der EVS-Ergebnisse sind beispielhaft in den Ausführungen zur Fachtagung der Kostenträger (vgl. Gliederungspunkt 6.1) nachzulesen.

Neben den unter Gliederungspunkt 6 noch vorzustellenden Veranstaltungen folgte die Universität einer Einladung der **Fachklinik St. Marienstift – Dammer Berge**, die unter dem Titel „Ambulante und stationäre Behandlungsmodule“ eine Tagung durchführte. Hier ging es in dem Beitrag um das Thema „Regionale Verbundmodelle: Was ist nötig und möglich?“.

Im **Februar 2004** stellte die Universität Oldenburg das EVS-Projekt dem **Sozialpsychiatrischen Verbund Delmenhorst** vor.

Dem Wunsch der Leistungsanbieter aus Bremen folgend luden die LVA Oldenburg-Bremen und die Universität Oldenburg ebenfalls im **Februar 2004** alle **Selbsthilfegruppen in Bremen** zu einer Tagung in die Geschäftsstelle der LVA in Bremen ein. Ziel der Veranstaltung war es, den Selbsthilfegruppen die EVS bekannt zu machen und Möglichkeiten der Kooperation aufzuzeigen.

Darüber hinaus wurden Ergebnisse der EVS in den Kontext der **Ausbildung von StudentInnen** eingebracht. Durch die **Mitarbeit von StudentInnen** im Projekt selbst wie auch im Rahmen von **Lehrveranstaltungen** konnte EVS im universitären Rahmen weiter bekannt gemacht und erörtert werden. Es fanden

- an der **Universität Oldenburg** unter den Titeln:
 1. „Suchtkrankenhilfe als Gesundheitsförderung - Theoretische Ansprüche und praktische Erfahrungen“
 2. „Präventionsarbeit praktisch: Von den Grundlagen der Prävention zur konkreten Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“
- an der **Babes-Bolyai University of Cluj-Napoca/Rumänien** unter den Titeln:
 1. „Soziale Netzwerke: Geschichte, Stand und Perspektiven“
 2. „Public Health: Is Health Promotion a Social Task?“
 3. „Gesellschaft und Gesundheitsförderung“

Veranstaltungen und Seminare statt.

Zudem wird die Projektgruppe der Universität Oldenburg Ergebnisse der EVS-Arbeit auf folgenden, größeren und aktuell in Planung befindlichen **Veranstaltungen** vorstellen:

- Im **April 2004** wird die Projektgruppe der Universität Oldenburg beim **Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH** in **Braunschweig** eine **Schulung** zum Thema „Arbeiten mit dem modularen EVS-Berichtswesen“ durchführen (vgl. Gliederungspunkt 6.4).

- Im **April 2004** wird die Projektgruppe der Universität Oldenburg in Zusammenarbeit mit der Anonymen Drogenberatung Delmenhorst ein Seminar auf dem **BundesDrogenKongress des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel** unter dem Titel „Planung, Diagnostik und Behandlungserfolg – Qualitätssicherung im Behandlungsverlauf und Entwöhnung im Verbund (EVS)“ anbieten.
- Im **Mai 2004** wird von Seiten der Universität Oldenburg ein Vortrag unter dem Titel „Kooperationsstandards 1: Verbundarbeit und Kombi-Therapie brauchen eindeutige Begriffsdefinitionen“ auf dem **17. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht** gehalten.
- Ebenfalls im **Mai 2004** folgt die Universität einer Einladung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen nach Frankfurt am Main. Auf der **Jahrestagung der DHS** für Beratungsstellen wird die EVS als ein positives Beispiel für gelingende Kooperation in der Suchtkrankenhilfe unter dem Titel „Bedarfsorientierte Suchtkrankenhilfe am Beispiel der Verbundarbeit und Kombi-Therapien im Modellprojekt `Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)`“ vorgestellt.

Neben den genannten Veranstaltungen ist das EVS-Projekt erneut publiziert worden:

- Tielking, K./Ratzke, K. (2004): Suchtbehandlung für KlientInnen/PatientInnen? - Empirische Ergebnisse eines Modellprojekts. In: Sucht Aktuell – Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e. V. 11. Jg., Heft Nr. 2/2004, Bonn (in Druck)
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2003): Drogen- und Suchtbericht 2002. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004): Drogen- und Suchtbericht 2003. (in Druck).
- Tielking, K. (2003): (Alkohol-)Entwöhnung im Verbundsystem (EVS): Ist die ambulant-stationäre Kombinationstherapie die Behandlungsform der Zukunft? In: Jahresbericht 2003 des Instituts für Therapieforschung, München.

Weitere Informationen zum Modellprojekt EVS wurden in einer Vielzahl von Veranstaltungen durch die VertreterInnen der beteiligten Einrichtungen weitergegeben.

6 Modifizierung und Ausweitung des Verbundmodells EVS im übrigen Bundesgebiet

Nach der Abschlusstagung und der Veröffentlichung des Abschlussberichtes zum Modellprojekt EVS-I (Tielking/Kuß 2003) gab es eine große Resonanz von Seiten der Fachöffentlichkeit wie auch der Medien (Presse-, Funk und Fernsehen berichteten) auf die Ergebnisse des Modellprojektes und die damit geleistete Entwicklung in der Versorgung von Alkoholabhängigen aus der Region Oldenburg.

Dies bestätigte das Vorhaben der LVA Oldenburg-Bremen, die EVS in einem einjährigen Folgeprojekt EVS-II für die Leistungsanbieter aus dem Feld der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen, mit denen diese LVA zusammenarbeitet, einzuführen. Zudem sollte nach Beendigung der Modelllaufzeit EVS-I die Diskussion forciert werden, in welcher Form die EVS weiter genutzt werden kann bzw. in welchen Teilen Modifizierungen vorgenommen werden können. Bereits zu Beginn der EVS-II-Phase wurden erste Modifikationen, wie z. B. durch die Einbeziehung tagesklinischer Angebote in den Leistungsrahmen (weitere Aspekte zur Modifizierung sind in Gliederungspunkt 1 nachzulesen), in das Kombi-Konzept integriert.

In Fortschreibung der Übersicht zu bundesweit existierenden Verbundmodellen und Kombi-Therapie-Modellen (vgl. Tielking/Kuß 2001, dies. 2003), kann berichtet werden, dass die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte aktuell 14 Kombi-Modelle verhandelt oder bereits bewilligt hat. Alle Modelle zeichnen sich dadurch aus, dass die Konzepte federführend durch Fachkliniken entwickelt wurden. Viele dieser Modelle wurden erst in jüngerer Zeit, d. h. im letzten oder in diesem Jahr, implementiert. Sofern die Modelle in den vorliegenden Übersichten (vgl. Tielking/Kuß 2001, S. 29 ff.; dies. 2003, S. 35 ff.) noch nicht enthalten sind, wurden die Konzepte durch die Projektgruppe angefragt. Allerdings erklärte sich nur ein kleiner Kreis der Leistungsanbieter dazu bereit, das Konzept bzw. Informationen über den jeweiligen Kombi-Therapieansatz für eine externe Analyse zur Verfügung zu stellen. Die Ergebnisse der Analyse der vorgelegten Konzepte sind unter Gliederungspunkt 6.5 ausgeführt.

Zuvor seien die aktuell bekannten Bemühungen um eine Modifizierung bzw. Ausweitung der EVS *außerhalb* der unmittelbaren Zuständigkeit der LVA Oldenburg-Bremen vorgestellt.

6.1 Fachtagung mit Kostenträgern zu Perspektiven der EVS

Zum 18. September 2003 lud die LVA Oldenburg-Bremen zusammen mit der Universität Oldenburg zu einem Treffen der Kostenträger im Rahmen der Suchtkrankenhilfe ein. In den Räumen der LVA wurden mit den TeilnehmerInnen die Ergebnisse der EVS-I-Modellphase erörtert. Dem Anliegen folgend, den TeilnehmerInnen zu Details und spezifischen Fragestellungen der EVS in Phase II, der Verbundarbeit und zu Kombi-Therapien Auskunft zu geben, wurde das Programm der Tagung mittels der im Vorfeld über die Anmeldung zur Veranstaltung an die Universität zurückgemeldeten Themen, gestaltet.



**Programm
zum Fachtreffen
über Ergebnisse und Perspektiven des Modellprojekts
„Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)“**

am 18. September 2003, 11.00 bis 15.00 Uhr in der
Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen

Tagesablauf

11.00 – 11.10 Uhr	Begrüßung <i>Herr Mantel, Herr Dr. Tielking</i>
11.10 – 11.45 Uhr	Stärken und Probleme von Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe <i>Diskussion unter Einbeziehung der Ergebnisse der EVS</i>
11.45 – 12.00 Uhr	<i>Kaffeepause</i>
12.00 – 12.45 Uhr	Verwaltungsarbeit in Zeiten flexibler Behandlungsmodelle <i>Diskussion unter Einbeziehung der Ergebnisse der EVS</i>
12.45 – 13.45 Uhr	<i>Mittagspause</i>
13.45 – 14.45 Uhr	Stand und Perspektiven der EVS <i>Herr Dr. Tielking, Frau Ratzke</i> Diskussion
14.45 – 15.00 Uhr	<i>Kaffeepause und Abschluss des Tages</i>

Abb. 30: Programm der Fachtagung mit Kostenträgern

Nachfolgend werden wesentliche **Ergebnisse dieser Tagung** zusammengefasst:

Im Zusammenhang des **Themas „Stärken und Probleme von Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe“** wurde betont, dass es im Hinblick auf Verbundlösungen in der Suchtkrankenhilfe wichtig sei, die Verbundpartner, den gemeinsamen Arbeitsbereich, Ziele der Kooperation und weitere konstitutive Merkmale exakt zu benennen. Merkmale zur Abgrenzung von Kombi-Therapien und Verbundlösungen werden in der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (4. Mai 2001; Anlagen 1 und 3) genannt und sind in Veröffentlichungen differenziert worden (vgl. u. a. Tielking 2000; Tielking/Kuß 2001; dies. 2003). Allerdings bedarf es im Anspruch **möglichst konkreter Indikationskriterien für Kombi-Therapien** weiterer Bemühungen.

Es wurde u. a. klar gestellt, dass Kombi-Therapien als ein spezieller Arbeitsbereich innerhalb von Verbundlösungen zu sehen sind. In diesem Zusammenhang wurde der Wunsch geäußert, auf der in der EVS-Modellphase erarbeiteten Basis, **Standards für Kombi-Therapien** weiter auszudifferenzieren und als Orientierungshilfe anzubieten.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Verbundlösungen

Anhand abgeschlossener, laufender und in Vorbereitung befindlicher Verbundmodelle und Kombi-Therapie-Modelle wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der jeweiligen Ansätze diskutiert. Es wurde festgestellt, dass es bisher **kaum Evidenz basierte Untersuchungen zur Effektivität von Kombi-Therapien** gibt. Somit wurde anerkannt, dass die **EVS-Studie bundesweit in ihren Ergebnissen erstmals sehr differenziert grundlegende Aspekte einer Verbundlösung mit unterschiedlichen Varianten von Kombi-Therapien bietet**. Zudem haben sich unter Berücksichtigung der vorliegenden EVS-Ergebnisse **weitergehende Fragen**, insbesondere zur Effizienz einzelner Arbeitsbereiche innerhalb eines Verbundes und zu einzelnen Erfolgsmerkmalen, wie z. B. der Haltequote, ableiten lassen.

Ergebnisse evaluierter Verbundarbeit

Zunächst wurden **methodische Schwierigkeiten beim Vergleich von Verbundmodellen und Kombi-Therapien** aufgezeigt, die u. a. in folgenden Punkten zu sehen sind:

- Unterschiedliche strukturelle Voraussetzungen der Modelle
- Verschiedene Zeiträume und unterschiedliche gesetzliche Rahmenbedingungen der Rehabilitation
- Unterschiede in der methodischen Vorgehensweise der Evaluierung
- Unterschiede in der Quantität und Qualität der Dokumentation der Projekte

Auf der Basis der Ergebnisse der Modellprojekte „Intervalltherapie“, „Integriert-stationär-ambulante Rehabilitation (ISAR)“ und EVS (vgl. Tielking/Kuß 2003, S. 224) wurden die Möglichkeiten von Kombi-Therapien in Abgrenzung zu rein stationären und rein ambulanten Therapien erörtert. Die Anwesenden waren sich einig, dass es **regional unterschiedliche Verbundlösungen** geben sollte, da gewachsene Strukturen (z. B. die Existenz von Ambulanzen) erhalten bleiben und genutzt werden sollen. Auch sind in städtischen Regionen andere Lösungen möglich, als in städtisch-ländlich geprägten Regionen.

Anhand der Ergebnisse der EVS-Studie wurden die **Einsparpotenziale** durch Kombi-Therapien aufgezeigt und weiter offene Fragen erörtert. Im Abgleich der Ergebnisse von Kombi-Therapien und bundesweiten Zahlen aus EBIS und SEDOS zur Haltequote und regulären Behandlungsabschlüssen zeigt sich ein deutlich **besseres Abschneiden der Kombi-Therapien**. In diesem Zusammenhang wurde allerdings kritisiert, dass **Haltequoten** in einzelnen Studien unterschiedlich definiert werden und somit die Ergebnisse des Vergleichs nur als Indiz gelten sollten. Außerdem wurde thematisiert, dass der Effizienznachweis einer Entwöhnungstherapie nicht (nur) über die Höhe einer Haltequote zu erzielen ist: Dieser Indikator bestätigt zunächst die Konstruktion des Modells, sagt jedoch nichts über ein wesentliches Ziel der Entwöhnung – die Abstinenz. **Hier hat die Wissenschaft insgesamt in Zukunft methodisch noch exakter und grundlegender zu arbeiten.**

Im Hinblick auf die Kombination ambulanter und stationärer Behandlungsmaßnahmen sollte stets nach der **Notwendigkeit und der Effizienz einzelner Maßnahmen** gefragt werden. Wissenschaft hat nachzuweisen, in wel-

chen Fällen einzelne Maßnahmen, wie z. B. poststationäre ambulante Weiterbehandlungen oder ein „Mehr“ an ambulanter Therapie, wirklich angezeigt sind, weil sie zu einem besseren Behandlungsergebnis führen.

Geht man davon aus, dass im Rahmen der EVS im Vergleich der bewilligten stationären Therapiezeit zur tatsächlich in Anspruch genommenen **Therapiezeit eine Woche kürzer** behandelt wurde, sinken die **Kosten**. Bei einem stationären Pflegesatz von ca. 150 € x 7 Tagen wären dies ca. 1.050 € x bundesweit ca. 25.000 stationären Entwöhnungsbehandlungen in der **Zuständigkeit der Gesetzlichen Rentenversicherung**, so dass sich rein kalkulatorisch **ca. 26.250.000 € im Jahr** einsparen ließen. In diesem Zusammenhang wurde seitens der Kostenträger der Abgleich lediglich mit der beantragten Behandlungszeit kritisiert. Es wäre sinnvoller, eine Modellgruppe von Kombi-Therapie-PatientInnen/KlientInnen mit denen einer Kontrollgruppe zu vergleichen und entsprechende Berechnungen anzufertigen. Die Kosten und der Ertrag von einzelnen Behandlungsmaßnahmen (inhaltlich und organisatorisch) im Rahmen von Kombi-Therapien sollten exakt berechnet und unter dem **Fokus der Effizienz** betrachtet werden.

Hinsichtlich des Einsatzes des **modularen EVS-Berichtswesens** wurde eingeräumt, dass **Einspareffekte** erzielt werden (u. a. Vermeidung von Doppelarbeiten durch Fortschreibung der Berichte, Weitergabe vorliegender Testergebnisse). **Entsprechende Effizienzsteigerungen sollten noch berechnet werden.**

Verbundarbeit im Fokus unterschiedlicher Kostenträger

Einleitend wurden die Budgetzusammensetzung ambulanter Fachstellen Sucht vorgestellt ...

- | | |
|--|----------------------|
| • Träger | West 20 %, Ost 13 %, |
| • Kommunale Mittel | West 40 %, Ost 51 %, |
| • Landesmittel | West 29 %, Ost 33 %, |
| • Mittel der Sozial- und Krankenversicherung | West 11 %, Ost 3 %, |

sowie die Verteilung der Finanzierungsanteile an den stationären Entwöhnungsbehandlungen dargelegt:

- LVA Alkohol 43 %, Opiate 45 %,
- BfA Alkohol 22 %,
- AOK Alkohol 10 %, Opiate 20 %.

(vgl. DHS 2003)

Zudem wurden zwecks Klarstellung der Zuständigkeiten grundlegende Vereinbarungen und gesetzliche Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken benannt:

Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)

**Wesentliche
Vereinbarungen und gesetzliche Rahmenbedingungen der
medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken**

Bundesweit

- SGB
- RehaAnglG
- „Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 4. Mai 2001
- SGB IX § 20 Gemeinsame Bedarfsplanung der Rehabilitationsträger

Niedersachsen

- „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen an Fachstellen für Sucht und Suchtprävention“ vom 9. September 2002 (Nds. MBl. Nr. 34/2002)
- Förderrichtlinien zur Weiterfinanzierung des Bundesmodells „Psychosoziales Anschlussprogramm (PSAP)“ (1983 – 2003)

Kommune

- Kommunale Beschlüsse und sofern vorhanden Verträge mit den Fachstellen Sucht

Abb. 31: Wesentliche Vereinbarungen und gesetzliche Rahmenbedingungen

Es wurde betont, dass **ambulante Reha**, trotz des in den letzten Jahren gestiegenen Anteils **nach wie vor nur einen kleinen Teil der ambulanten Arbeit** ausmacht. Der Vertreter des **Landes Niedersachsen** auf diesem Treffen wies darauf hin, dass es keine gesetzliche Verpflichtung gäbe, die Arbeit der ambulanten Fachstellen Sucht zu finanzieren und dass es sich bei den bisherigen Leistungen um **freiwillige Leistungen** handle, die in Förderrichtlinien fixiert seien. Die VertreterInnen der **Rentenversicherungsträger (RVTr)** sahen hingegen eine Zuständigkeit durch die gesetzlich fixierte **psychosoziale Grundversorgung**, die die Länder sicher zu stellen haben.

Die **Erreichbarkeit bestimmter Zielgruppen** wurde diskutiert. Die derzeit bestehenden Therapieangebote erreichen zurzeit nicht alle Abhängigkeitskranken, so z. B. die Zielgruppe der Abhängigen von „Designerdrogen“. Wichtig sei jedoch, allen Zielgruppen Angebote zu machen und diese qualitativ hochwertig zu gestalten. Kombi-Therapien stellen hierbei eine Möglichkeit dar. Zudem ist es von Bedeutung, **Abhängigkeitskranke möglichst frühzeitig zu erreichen, um Chronifizierungen und damit verbundene Behandlungskosten zu vermeiden**.

Insgesamt sei zu beachten, dass die **RVTr ihren Kernaufgaben im Sinne der gesetzlichen Vorgaben** nachzugehen haben. In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, dass es gesetzlich fixierte Zuständigkeiten gibt, denen entsprechend jeder Kostenträger die Kosten der Maßnahmen zu tragen habe. Gleichzeitig leiten sich aus diesen Zuständigkeiten auch Anforderungen, wie z. B. an die Qualitätsentwicklung, ab. Es wurde als wichtig erachtet, dass Verbundlösungen nicht nur in der Zuständigkeit eines Leistungsträgers gesucht werden sollten. Dass dies aus organisatorischen Gründen zunächst einfacher ist, wird anerkannt; gleichwohl ist die **Einbeziehung weiterer Verbundpartner** von großer Bedeutung (z. B. sollte eine Verbundlösung der medizinischen Reha vor- und nachbereitende Angebote einbeziehen).

Qualitätsentwicklung als Verbundaufgabe

Die Notwendigkeit der Qualitätsentwicklung durch die Rehabilitationsträger und die Leistungserbringer wird im **SGB IX (§ 20)** betont. Entsprechende Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung in der medizinischen Reha von Abhängigkeitskranken werden seit Jahren von RVTr, Leistungsanbietern wie auch Ländern und Kommunen realisiert und weiterentwickelt (vgl. dazu die nachstehende Abbildung):

Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung in der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken

Rentenversicherungsträger

- Qualitätsberichte im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramm in der stationären Rehabilitation seit 1994
- Klinikbezogene Dokumentation therapeutischer Leistungen anhand der KTL
- Bericht über die Laufzeiten der ärztlichen Entlassungsberichte
- Statistiken zur Rehabilitandenstruktur und zum Erwerbsverlauf nach Rehabilitation
- Erarbeitung von Instrumenten und Verfahren zur Qualitätssicherung in der ambulanten Rehabilitation

Leistungsanbieter

- Beteiligung an Effizienzstudien
- Auf- und Ausbau von Total Quality Management-Strukturen
- Mitwirkung an Benchmarking

Land und Kommunen

- Initiierung und Organisation von Qualitätszirkelarbeit
- Benchmarking

...

18. September 2003

Fachtagung zum Modellprojekt EVS



AG DEVIANZ

Abb. 32: Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung

Verwaltungsarbeit in Zeiten flexibler Behandlungsmodelle

Die Besonderheiten des Antragsverfahrens der EVS wurden im Überblick vorgestellt (vgl. Gliederungspunkte 1 und 3.2).

Über die Erreichung des **Ziels der Flexibilität** in der Kombi-Therapie auf Seiten der **Verwaltung** gab es unterschiedliche Auffassungen: Einige RVTr bewilligen die Maßnahmen separat für die einzelnen ambulanten und stationären Behandlungselemente, während andere eine Vereinfachung des Verwaltungsfahrens durch den **Kombi-Bescheid** bevorzugen. Einigkeit herrscht über den **Bedarf von zeitnahen Bewilligungen**, um eine Unterbrechung der Behandlung zu vermeiden.

Im Zusammenhang der Diskussion des Verwaltungsverfahrens wurde nochmals betont, dass die **RVTr nicht die Motivationsbehandlung bezahlen**. Auch in EVS wird nicht die Motivationsphase bezahlt, abgerechnet werden ausschließlich Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, d. h. die EVS-spezifische Indikationsphase ist als medizinische Reha durchzuführen.

Angesprochen wurde auch die Frage der **Vergütung des Sozialberichts**. Es sei nicht zu verstehen, warum der **ärztliche Befundbericht bezahlt** werde, der Sozialbericht jedoch nicht. Es wurde festgestellt, dass der Sozialbericht als Teil des Antragsverfahrens zur medizinischen Reha und somit vor Bewilligung einer Maßnahme auch in Zukunft nicht durch die RVTr finanziert wird. Für die **EVS** ist bedeutsam, dass im Rahmen des Behandlungswechsels der **Zwischenbericht** über die ambulante Rehabilitation **vergütet** wird.

Von Seiten der Leistungserbringer und deren Träger wurde gegenüber den Leistungsträgern die **fehlende Kostendeckung** der mit **aktuell je 46 € vergüteten ambulanten Therapieeinheiten** thematisiert. In der Diskussion dieses Themas wurde von Seiten der VertreterInnen der RVTr darauf hingewiesen, dass bisher auf **Bundesebene**, d. h. in der Zuständigkeit des VDR und der DHS, **ein entsprechender Antrag zur Veränderung des Kosten-satzes für ambulante Reha nicht gestellt wurde**. Im Nachklang der Fachtagung wurde dies durch den **Geschäftsführer der DHS nicht bestätigt**; allerdings wurde die Aussage genutzt, einen entsprechenden **Antrag der DHS nochmals an den VDR** zu stellen und das Thema „Kostendeckung ambulanter Reha“ bei einem nächsten Treffen erörtern zu können. Es wurde in diesem Zusammenhang auch berichtet, dass der Gesundheitsministerkonferenz Informationen zur Finanzierung ambulanter Beratungs- und Behandlungsarbeit vorliegen.

Der dritte Themenblock dieser Tagung "**Stand und Perspektiven der EVS**" werden in den Gliederungspunkten 1 bis 5 und 7 ausführlich dargestellt.

Für die Tagung kann zusammenfassend resümiert werden, dass im Ergebnis einige Klarstellungen (z. B. über Zuständigkeiten) erreicht werden konnten. **Verbundlösungen und Kombi-Therapien werden für eine sinnvolle Erweiterung der Behandlungsangebote gehalten**. Dabei hat die EVS-Studie erste differenzierte Antworten auf Fragen zur Organisation und Effizienz von Kombi-Therapien gegeben. Die Diskussion hat aber auch gezeigt, dass es gilt, sich nun anschließenden **Forschungsfragen** zu widmen (vgl. Gliederungspunkt 7). Hier stehen **gesundheitsökonomische Aspekte**

im Mittelpunkt des Interesses, insbesondere **Effizienzberechnungen** zu einzelnen Maßnahmen und Tätigkeiten gemessen am Ziel der medizinischen Reha. Es ist deutlich geworden, dass das **Suchtkrankenhilfesystem nicht in seiner gegenwärtigen Form aufrechterhalten bleiben kann und – vor allem – soll, sondern es ein Ziel sein muss, es den aktuellen Erfordernissen entsprechend und zukunftsorientiert umzubauen.**

Es wurde angeregt, ein Treffen in der Zusammensetzung dieser Tagung absehbar zu wiederholen.

6.2 Modifizierung der EVS: Die Kombinationsbehandlung in Schleswig-Holstein

Im Rahmen der **Fachtagung des Gesamtverbandes für Suchtkrankenhilfe (GVS)** am 2. Juli 2003 in Bielefeld, an der die AG Devianz teilnahm, wurde das EVS-Modell als erfolgreich realisiertes Beispiel für gelungene Verbundarbeit und Kombi-Therapien in der Suchtkrankenhilfe diskutiert. Die unter dem Titel „Der regionale Verbund in der Suchtkrankenhilfe der Diakonie – Neue Chancen zur Bewältigung der Versorgungskrise?“ veranstaltete Tagung brachte zudem hervor, dass orientiert am Rahmenkonzept von EVS inzwischen auch in Schleswig-Holstein eine Entwöhnung im Verbund konzeptionell entwickelt wird.

In dieser **„Rehabilitation im ambulant-stationären Verbund“** (vgl. Schwenk u. a. 2002) arbeitet eine Fachklinik mit zehn ambulanten Rehabilitationseinrichtungen und zwei Adaptionseinrichtungen zusammen. In die Entwicklungen einbezogen ist die LVA Schleswig-Holstein. Diese wird über die Qualitätszirkelsitzungen regelmäßig qua Protokoll informiert und nimmt punktuell an Sitzungen teil. Auch darüber hinaus wurden wesentliche Grundlagen der EVS adaptiert, wie z. B. die Übergabegespräche inklusive der Kriterienkataloge. In Weiterführung der EVS-Konzeption richtet sich das Angebot der Kombi-Therapie sowohl an alkohol- als auch – und das ist eine wesentliche Neuerung *dieses Ansatzes* – an *drogenabhängige* Frauen und Männer.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Konzeption der Kombitherapie „Rehabilitation im ambulanten-stationären Verbund“:

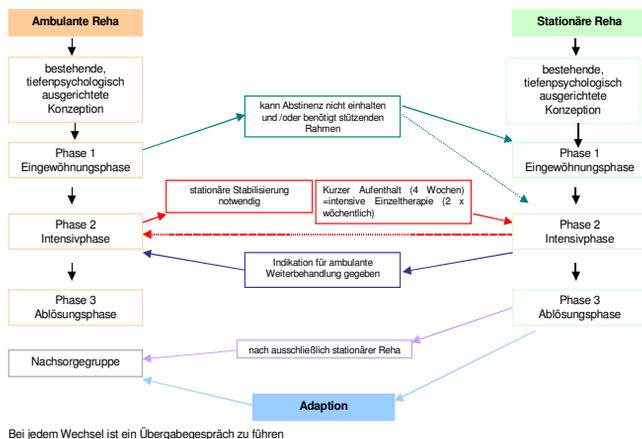


Abb. 33: Übergänge und Maßnahmen innerhalb der Kombitherapie (vgl. Schwenk u. a. 2002: 15)

Charakteristisch für das Konzept ist die Unterscheidung der Entwöhnung in Form einer ambulanten und einer stationären/tagesklinischen Rehabilitation, wobei jede Variante den – auch mehrmaligen – Wechsel in die jeweils andere Behandlungsweise innerhalb des 52 Wochen langen Gesamtbehandlungszeitraumes zulässt.

Sowohl die ambulante als auch die stationäre/tagesklinische Rehabilitation gliedern sich dabei in drei verschiedene Phasen – die Eingewöhnungs-, die Intensiv- und die Ablösephase. Der zeitliche Verlauf stellt sich je Modul wie folgt dar:

In der ambulanten Rehabilitation folgt auf die dreimonatige Eingewöhnungsphase, mit der 14. Behandlungswoche die Intensivphase, welche im 9. Behandlungsmonat in die Ablösephase mündet.

Die stationäre/tagesklinische Rehabilitation dauert in der Regel zwischen vier und 12 Wochen. Für PatientInnen/KlientInnen mit der Indikation Alkoholabhängigkeit wird dabei eine Dauer von sieben Wochen

angenommen, für Drogenabhängige eine Dauer von 12 Wochen. Die erste Behandlungsphase dient in einer Länge zwischen einer und vier Wochen – je nach vorausgegangenen Maßnahmen – der Diagnostik und Eingewöhnung. Die Indikations- und Therapiephase dauert in der Regel drei bis sieben Wochen, die Ablösungsphase zwischen zwei und vier Wochen.

Das Konzept und die Dauer der einzelnen Behandlungsabschnitte sind dabei nicht als starr zu verstehen. Die PatientInnen/KlientInnen absolvieren nicht zwingend alle Behandlungsphasen, sondern nehmen im Rahmen der Rehabilitation entsprechend des Behandlungswunsches und -auftrages ggf. auch nur an einzelnen Phasen teil. So wechseln bspw. schwerpunktmäßig ambulant behandelte PatientInnen/KlientInnen bei einer stationären Krisenintervention oder Vertiefungsbehandlung bspw. direkt in die zweite Behandlungsphase. Findet schwerpunktmäßig eine stationäre Behandlung statt, so durchlaufen PatientInnen/KlientInnen zunächst alle Phasen des stationären Settings und wechseln dann in entsprechende Abschnitte des weiterbehandelnden Moduls.

Im Unterschied zum EVS-Modell sieht die hier vorgestellte Kombi-Behandlung auch eine Adaptionsphase vor: Voraussetzung für die Aufnahme in das zusätzliche, dreimonatige Angebot ist eine abgeschlossene stationäre Behandlung. (vgl. Schwenk u. a. 2002)

Da sich das Modell derzeit noch in der Phase der Konzeptualisierung und Implementierung durch den Leistungsträger befindet, kann über spezifische Erfahrungen bisher noch nicht berichtet werden. Man darf aber gespannt sein, welche Innovationen sich aus der praktischen Umsetzung noch ergeben werden.

6.3 Fachtagung der LVA Hessen und der LVA Unterfranken unter dem Titel „Alkoholentwöhnung im Verbundsystem – EVS“

Am 12. November 2003 fand in der **Fachklinik Mahlerthof** bei Fulda eine Fachtagung unter dem Titel „Alkoholentwöhnung im Verbundsystem – EVS“ statt. Die AG Devianz sowie VertreterInnen der LVA Oldenburg-Bremen, der Fachstelle Sucht im Landkreis Oldenburg und der Fachklinik St. Marienstift waren eingeladen, vor Angehörigen der LVA Hessen und der LVA Unterfranken, VertreterInnen aus der Stadt und dem Landkreis Fulda und Bad Hersfeld sowie interessierten PraktikerInnen aus der Suchtkrankenhilfe empirische Ergebnisse des Modellprojekts EVS-I zu präsentieren. Auch auf dieser Tagung wurden die Errungenschaften und Resultate der EVS posi-

tiv bewertet, wenngleich die Übertragbarkeit des EVS-Konzeptes aufgrund anderer struktureller Bedingungen (z. B. Arbeitsgemeinschaft der Kostenträger zur Prüfung von Rehabilitationsanträgen) im Vergleich zum Zuständigkeitsbereich der LVA Oldenburg-Bremen nicht unmittelbar gegeben ist. Das Interesse, die EVS im Bereich der beiden Landesversicherungsanstalten Unterfranken und Hessen einzuführen, wurde durch deren VertreterInnen bekräftigt. Diesem Anliegen folgend, sind entsprechende Details (u. a. zum Antragsverfahren, zur Zusammensetzung des Verbundes) weiter auszuarbeiten. Auch hier darf mit großer Spannung die gewählte Lösung und Ausgestaltung der Verbundarbeit und Kombi-Therapie in den Regionen Hessen und Unterfranken erwartet werden. Die Universität Oldenburg hat ihre Unterstützung und Beratung auch weiterhin angeboten.

6.4 Modifizierung der EVS: Die Kombinationsbehandlung des Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH Braunschweig

Neben den voranstehend geschilderten Entwicklungen um die Ausweitung der Verbundarbeit und Kombi-Therapie auf der Basis des EVS-Modells gab es eine Vielzahl weiterer Anfragen von VertreterInnen aus Kliniken, Ambulanzen und Einrichtungsträgern insbesondere auch im Zusammenhang des modularen EVS-Berichtswesens.

Das **Lukas-Werk Braunschweig** (Mitglied im Diakonischen Werk der Ev.-luth. Landeskirche Braunschweig) hat als Träger stationärer und ambulanter Leistungen in der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken innerhalb des Trägerverbundes ein Kombi-Therapiemodell entwickelt, das wesentliche Eckpunkte der EVS beinhaltet und wie folgt ausgestaltet ist:

- **Kombi-Bescheid** für ambulante und stationäre/tagesklinische Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation.
- **Zeitraum** der Bewilligung der Kombi-Therapie: zehn bis zwölf Wochen stationär oder tagesklinisch und acht Monate ambulant.
- **Erneute stationäre/tagesklinische Aufnahme:** Im Regelfall soll zunächst 10 Wochen stationär oder tagesklinisch behandelt werden; die zwei verbleibenden Wochen können zu einem späteren Zeitpunkt bei Bedarf genutzt werden.
- Angedacht ist die Möglichkeit eines **ambulanten Beginns der Maßnahme**.

- **Behandlungswechsel** sind zehn bis 14 Tage vor Vollzug an den Kostenträger LVA Hannover zu melden.
- Ein **Bericht** aus verschiedenen Behandlungsmodulen dokumentiert die durchgeführten Maßnahmen.

Das Konzept wurde der LVA Hannover vorgestellt und mit ihr abgestimmt. Auf dieser Basis können nun seit dem Frühjahr 2004 PatientInnen/KlientInnen behandelt werden.

Darüber hinaus wird in den Einrichtungen des Lukas-Werkes bereits mit dem **EVS-Berichtswesen** gearbeitet. Von Vorteil ist hier die Möglichkeit der Nutzung des Intranets, da alle beteiligten Einrichtungen einem Träger angehören. Dies macht unter Berücksichtigung der Belange des Datenschutzes eine Weitergabe der Berichte per EDV möglich. Zur Unterstützung der Implementierung und Weiterentwicklung des Einsatzes dieser Berichtsform wird die Universität Oldenburg Ende April 2004 eine Schulung für die beteiligten MitarbeiterInnen durchführen.

6.5 Weitere Kombitherapien in Deutschland

Auch bundesweit sind Entwicklungen in der Verbundarbeit und der Konzeption von Kombi-Therapien zu verzeichnen. Obwohl diese nicht im direkten Zusammenhang mit EVS zu sehen sind, ist es interessant, derartige Ansätze und Konzepte zur Verbundarbeit und zu Kombi-Therapien zusammenzutragen, um einen Überblick zu liefern. Im Rahmen der EVS-Berichte (vgl. Tielking 2000; Tielking/Kuß 2001; dies. 2003) wurde bereits ein solcher Überblick über bereits existierende Modelle gegeben. Diesen gilt es, fortzuschreiben. Diesem Anliegen folgend, stellte die Universität Oldenburg weitere Modellkonzepte zusammen und analysierte sie soweit möglich.

Aus einer **Liste von 14 Kliniken**, die als konzeptionell verantwortlich identifiziert und angeschriebenen wurden, sandten fünf Kliniken der Universität Oldenburg ihre Konzepte für Kombi-Therapien zu; neun Kliniken kamen der Anfrage bis zum Verfassen dieses Berichtes nicht nach.

Auf eine erneute Darstellung des Konzepts der **Fachklinik Eußerthal** wird an dieser Stelle verzichtet, da diese bereits im Eröffnungsbericht zur EVS vorgestellt wurde (vgl. Tielking/Kuß 2001, S. 39 ff.). Die VertreterInnen der Klinik verweisen zudem auf die aktuellste Veröffentlichung des Fachverbandes Sucht (vgl. Neeb/Janz 2003, S. 267 ff.).

6.5.1 Zieglerische Anstalten Suchtkrankenhilfe

Einrichtung/Adresse	Zieglerische Anstalten Suchtkrankenhilfe Rubacker 4 88693 Deggenhausertal
Kombi-Konzeptbezeichnung/Erstellungsdatum	Auszug aus der Gesamtkonzeption zur ambulanten Kombinationsbehand- lung: Behandlungsformen Erstellungsdatum: November 2003
Autor/Leitung	Dipl.-Psych. Ilse Hellmann Psychologische Psychotherapeutin; Fachliche Geschäftsführerin
Beteiligte Einrichtungen: Anzahl der Kliniken + Ambulanzen = Insgesamt	Angegliedert: <ul style="list-style-type: none"> ▪ FK Höchst, Fachklinik Riggendorf ▪ Tagesrehabilitation Bodensee Kooperation: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptionseinrichtung "Lebenszentrum Ebhausen e.V." (weitere nicht namentlich angegeben)
Beteiligter Kostenträger	nicht angegeben
Behandlungsformen, Behandlungszeitraum, Behandlungsplätze (ambulant, stationär, tagesklinisch, gesamt)	
Kurzzeittherapie 4 bis 10 Wochen Langzeittherapie ab 10 Wochen Ambulant-stationäre Kombinationsbehandlung (2 Typen): Typ 1: Stationäre Initialphase (8 Wochen) → ambulante Phase (6 bis 12 Monate) Typ 2: Ambulante Phase (1.Teil) → stationäre Phase zur Vertiefung oder als Krisenintervention → ambulante Phase (2.Teil) Max. Behandlungszeit bei Alkohol und Medikamentenabhängigkeit: 16 Wochen Max. Behandlungszeit bei Drogenabhängigen: 26 Wochen Behandlungsplätze: 12 Plätze (Kurzzeittherapie FK Ringgenhof), für andere Teileinrichtungen nicht angegeben	

Fortsetzung nächste Seite

Besonderheiten des Behandlungsansatzes	
Therapeutisches Konzept der Kurzzeittherapie: Psychodynamische Kurzzeittherapie (STRUPP/BINDER 1993/2); Psychoanalytisches Behandlungskonzept LUBORSKY (1995/2)	
Besondere Angebote: - Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation mit dem Schwerpunkt Arbeitstherapie (10 bis 16 Stunden pro Woche) - Berücksichtigung der Rückfallprophylaxe als wesentlicher Aspekt der Therapie - Angehörigenseminare und/oder Gespräche	
Anmerkungen: - seit wann? - bereits realisiert? ...	
Klinikeigene Einrichtung für Patientinnen der Fachklinik Höchsten (Frauenadaption Oberschwalben)	
Seitenumfang	7

Tab. 9: Zieglerische Anstalten Suchtkrankenhilfe

6.5.2 Fachklinik Four Steps

Einrichtung/Adresse	Fachklinik Four Steps Rehabilitationseinrichtung für Drogenabhängige Grabenstraße 28 73614 Schorndorf
Kombi-Konzeptbezeichnung/Erstellungsdatum	Konzeption: Suchtbehandlung für Jugendliche und junge Erwachsene von 15 bis 21 Jahren in Kooperation mit der Jugendhilfe Überblick über die gesamte Einrichtung Erstellungsdatum: 1.8.2000; 15.03.2002
Autor/Leitung	Gesamtleitung: Rainer Baudis (Dipl.-Psych., Psychotherapeut) Abteilungsleitung: Anna Krieb (Dipl.-Psych., Psychotherapeutin), Rolf Voigt (Dipl.-Päd.)

Fortsetzung nächste Seite

Beteiligte Einrichtungen: Anzahl der Kliniken + Ambulanzen = Insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapeutische Gemeinschaft Schloß Börstingen ▪ Drogenstiftungsorganisation in Stuttgart „Demos“ ▪ „Wilden Bühne e.V.“ ▪ Arbeitsloseninitiative e.V. in Schw. Gmünd ▪ Firma Donner & Partner ▪ Verein für Jugendhilfe im Landkreis Böblingen e.V. <p>Insgesamt Beteiligte: 1 Klinik + 6 Ambulanzen = 7 Leistungsanbieter</p>
Beteiligter Kostenträger	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Belegt von BfA (federführender Leistungsträger) ▪ Landesversicherungsanstalt ▪ Krankenkassen ▪ überörtlichen Trägern der Sozialhilfe <p>Dachverband: Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Württemberg</p>
Behandlungsformen, Behandlungszeitraum, Behandlungsplätze (ambulant, stationär, tagesklinisch, gesamt)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Langzeitbehandlung (228 Behandlungstage) ▪ Mittel-/Kurzzeitbehandlung (116,5 Behandlungstage) ▪ Tagesklinik (77 Behandlungstage) ▪ Fachambulanz (8 Monate) ▪ Four Steps 98 (136 Behandlungstage) 	
<p>Behandlungsplätze: 24 Plätze (Mittel- und Kurzzeittherapie)</p>	
Besonderheiten des Behandlungsansatzes	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eigene Tagesklinik („Day-In“) und Fachambulanz ▪ Four Steps ist Teil des Behandlungsverbundes integrierter Rehabilitation Drogenabhängiger innerhalb des Trägervereins ▪ Kooperation mit der Jugendhilfe und Jugendamt ▪ Nachsorgewohngemeinschaften ▪ In Waldhausen auch Aufnahme von Paaren, Mütter/Eltern mit Kindern 	

Fortsetzung nächste Seite

Anmerkungen: - seit wann? - bereits realisiert? ...	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zu 2003 geplante behandlungsorientierte Kooperation zwischen Justiz und Jugend- und Drogenhilfe ▪ Entstehung eines Verbundes von Jugend- und Drogenhilfe unter Federführung des Kreisjugendamtes im Landkreis Rems-Murr ▪ Geplante ambulante Entgiftungsstation in Kooperation mit Suchtstation Winnenden gegründet 1973 <p>Seit über 25 Jahren kontinuierliche Erfahrung in der Therapie Drogenabhängiger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Langzeittherapie (seit 1973) ▪ Adaption (seit 1979) ▪ Mittel- und Kurzzeittherapie (seit 1989 und 1995) ▪ teilstationäre und ambulante Rehabilitation sowie Kombinationsbehandlung (seit 1998) ▪ Nachsorgewohngemeinschaften (seit 1976) 	
Seitenumfang	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überblick: 23 Seiten ▪ Konzeption: 84 Seiten

Tab. 10: Fachklinik Four Steps

6.5.3 Paracelsus-Wiehegebirgsklinik

Einrichtung/Adresse	Paracelsus-Wiehegebirgsklinik Bad Essen (Hüsedede) Fachkrankenhaus für alkohol- und medikamentenabhängige Männer und Frauen Kokenrottstraße 71 49152 Bad Essen
Kombi-Konzeptbezeichnung/Erstellungsdatum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiekonzept ▪ Broschüre über Sucht und besondere Behandlungsangebote und die Bausteine des Therapiekonzeptes ▪ Leistungen auf einen Blick (LeB) ▪ Leitbild ▪ Hausordnung (HO) <p>Erstellungsdatum: 12/99 (LeB)</p>

Fortsetzung nächste Seite

Autor/Leitung	Ursprünge des Klinikkonzerns: ▪ Firmengründer Prof. Dr. med. Hartmut Krukemeyer (1969)
Beteiligte Einrichtungen: Anzahl der Kliniken + Ambulanzen = Insgesamt	Die kooperierenden Einrichtungen werden namentlich erwähnt
Beteiligter Kostenträger	Rentenversicherungsträger
Behandlungsformen, Behandlungszeitraum, Behandlungsplätze (ambulant, stationär, tagesklinisch, gesamt)	
<p>Beschreibung des Phasenmodells:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aufnahmephase in den ersten Tagen nach der Aufnahme: ausführliche internistische, neurologische, psychiatrische und psychologische Untersuchungen 2. Diagnose: evtl. Veranlassung orthopädischer und weiterer ärztlicher Zusatzbehandlungen, Abstand von den häuslichen Problemen, Eingewöhnung/Einstellung auf Gesundheitsprozess, Patienten-Gemeinschaft, Tagesablauf. 3. Gemeinsame Zielerarbeitung: Festlegung individueller Therapieziele, Festlegung der Therapiedauer (i. d. R. 18 Wochen) 4. Therapiephase: Schaffung eines Arbeitsbündnisses und einer therapeutischen Atmosphäre, Förderung eines Krankheitsverständnisses, Förderung der Bereitschaft Hilfe anzunehmen <p>Sonstige Therapiebausteine: Angehörigenseminare, Ergotherapie, Sozialdienst, Sporttherapie</p> <p>Besondere Behandlungsangebote: Besondere Gruppen für Patienten, die aufgrund schwerer körperlicher Schäden der inneren Organe, des Nervensystems oder des Bewegungsapparates besonderer ärztlicher und physiotherapeutischer Betreuung bedürfen; Förderprogramm und spezielles Bewegungstherapeutisches Angebot für Suchtkranke mit nachlassender Hirnleistung; Therapiekonzept für Patienten mit Angst-, Zwangs-, und depressiven Störungen, intensives gruppentherapeutisches Übungsprogramm für Therapiewiederholer (Rückfallbearbeitung); Paar- und Familientherapie für Patienten mit partnerschaftlichen und familiären Problemen; muttersprachliche Therapie für polnische Suchtkranke; besondere Therapieangebote für abhängige Paare</p> <p>Behandlungsplätze: 110</p>	

Fortsetzung nächste Seite

Besonderheiten des Behandlungsansatzes	
<p>Theoretischer Hintergrund: Psychoanalyse (Heigl-Evers), außerdem Nutzung der Ressourcen der „Therapeutischen Gemeinschaft“</p> <p>Besonderheiten: medizinische Betreuung und Information, Gruppe für sozial Entwurzelte und Langzeitarbeitslose, Gruppen für Patienten mit erheblichen organischen Schäden, Gruppe für Medikamentenabhängige sowie Angst-, Zwangsdepressive Störungen, Paar- und Familientherapie, Hirnleistungstherapie, Raucherentwöhnungsgruppe, Kinderfreizeiten, Aufbau bzw. Stabilisierung persönlicher Beziehungen, Indikationsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autogenes Training nach J. H. Schultz, ▪ Entspannungstraining nach Jacobsen, ▪ Atem- und Körpertherapie, ▪ Umgang mit organischen Krankheiten, ▪ Selbstversorgung im Alltag, ▪ Gesundheitstraining nach Simonton, ▪ Ernährungs- und Diätberatung, ▪ Laufgruppe, ▪ Weg der Sinne, ▪ Freizeitgestaltung, ▪ Selbstsicherheits- und Bewerbungstraining <p>Nachsorge: Einleitung einer angemessenen Nachsorge im Anschluss an die stationäre Behandlung, Erarbeitung von Lebensperspektiven für Patienten, die nicht beruflich rehabilitierbar sind (gesundheitliche Rehabilitation zu Lasten der Krankenkasse), vielfältige Gruppen für Therapiewiederholer und Rückfällige, Ehemaligentreffen, sich ergebende informelle Kontakte zwischen Therapeuten und Klienten, Kooperation mit Selbsthilfegruppen, ggf. im Rahmen der Nachsorgerichtlinien der Leistungsträger empfohlene Psychotherapie, Soziotherapie (Arbeitstherapie, Werktherapie, Sozialdienst, Sporttherapie, Freizeitgestaltung)</p>	
Anmerkungen: - seit wann? - bereits realisiert? ...	
1979 mit heutiger Indikationsstellung neu eröffnet	
Seitenumfang	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiekonzept: 33 Seiten ▪ Hausordnung: 8 Seiten

Tab. 11: Paracelsus-Wiehengebirgsklinik

6.5.4 Klinik Schloß Falkenhof

Einrichtung/Adresse	Klinik Schloß Falkenhof Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen Nibelungenstr.109 64625 Bensheim
Kombi- Konzeptbezeichnung/Erstellungsdatum	Konzeptdarstellung: Kombinierte Reha-Sucht-(KoRS) Rehabilitation im ambulant-stationären Behand- lungsverbund Stand: 11/2001
Autor/Leitung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rudi Bonerz (Dienststellenleiter der Fachambulanzen für Suchtkranke in Damstadt, Dieburg und Heppenheim) ▪ Dr. Carlo Schmid (Ärztlicher Leiter der Klinik Schloß Falkenhof)
Beteiligte Einrichtungen: Anzahl der Kliniken + Ambulanzen = Insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstellen (PSBB) ▪ Weitere Einrichtungen wurden nicht namentlich angegeben
Beteiligter Kostenträger	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und ▪ Weitere Rentenversicherungsträger Träger: Caritasverband Darmstadt e.V.
Behandlungsformen, Behandlungszeitraum, Behandlungsplätze (ambulant, stationär, tagesklinisch, gesamt)	
<p>1. Maßnahmen im Vorfeld durch PSBB (Beratungsphase, Diagnostik, Behandlungsplan, Entgiftung, Kostenklärung, ...), 6 bis 8 Wochen Dann: Gemeinsames Aufnahmegespräch bei Antritt der Klinikbehandlung</p> <p>2. Stationäre Behandlungsphase in der Klinik (Aufnahmegespräch, Gruppen- und Einzeltherapie...), 6 Wochen Dann: Überleitungsgespräch zur Durchführung der ambulanten Phase</p> <p>3. Ambulante Anschlussrehabilitation (PSBB) (Erneuerung der Zielformulierung und Rotschreibung des Therapieplans, wöchentliche Therapiegruppe, Einzel- Paar und Angehörigengespräche, Intensivseminare...), 6 bis 9 Monate, 40 + 4 Therapieeinheiten Dann: Abschlussgespräch und Abschlussuntersuchung</p> <p>4. Nachsorge: Vermittlung in Selbsthilfegruppen, Reflexionsgespräche, Krisen und Rückfallmanagement (5 Therapieeinheiten)</p> <p>Behandlungszeitraum insgesamt: 36 bis 45 Wochen (ohne Nachsorge) Behandlungsplätze: nicht angegeben</p>	

Fortsetzung nächste Seite

Besonderheiten des Behandlungsansatzes	
<p>Ausgewählte Bausteine und Einzelangebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Konflikttraining, ▪ Kommunikationstraining, ▪ Hypnotherapie, ▪ Ohrakupunktur, ▪ Progressive Muskelentspannung nach Jackobsen <p>Ein in der Klinik beschäftigter Seelsorger hat zugleich den Auftrag in der Betreuung der Selbsthilfegruppen des Kreuzbundes sowie Gestaltung von Seminaren und Fortbildungen für Mitarbeiter</p>	
Anmerkungen: - seit wann? - bereits realisiert? ...	
<p>Grundlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seit 1991 Empfehlungsvereinbarung „ambulante Rehabilitation Sucht“ ▪ Qualitätssicherungsprogramm der BfA und Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger ▪ Interne und externe Supervision ▪ Mitglied des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. („buss“) ▪ Basisdokumentation nach Sedos ▪ Die Psychologischen Beratungs- und Behandlungsstellen und Fachambulanzen sind Mitglieder im Verband ambulanter Beratungsstellen (VABS) und zur Dokumentation (Ebis) und katamnestic Erhebung verpflichtet ▪ Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Suchtmedizin in Mannheim 	
Seitenumfang	24 Seiten

Tab. 12: Klinik Schloß Falkenhof

6.5.5 Fazit

Die vier analysierten Kombi-Therapiekonzepte veranschaulichen weitere Beispiele zur Ausgestaltung von kombinierter Angebote und Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe. Die für die Analyse gewählten Kriterien geben einen Einblick in Gemeinsamkeiten (z. B. Phasenmodell) und Unterschiede der Konzepte (z. B. stationärer vs. ambulanter Beginn der Maßnahme). Die spezifischen Ausführungen zur Kombi-Therapie fallen bei allen vorliegenden Konzepten relativ kurz und zum Teil wenig differenziert aus. Aus diesem Grunde wurde auf eine umfassende Analyse der Konzepte mit Hilfe der Kooperations-Matrix (vgl. Tielking/Kuß 2001, S. 54 ff.) verzichtet. Wesentlicher Grund für die vergleichsweise kurzen Ausführungen ist sicherlich, dass sich die Kombination von Maßnahmen aus der Einheit der Maßnahmen ergibt und im Gesamtzusammenhang des therapeutischen Kon-

zeptes der jeweiligen Einrichtung steht. Gleichwohl ist es bedeutsam und wäre es wünschenswert, gerade im Zusammenhang von Kombi-Therapien und Verbundarbeit mit Hilfe differenzierter Konzepte für Transparenz in den ambulant-stationären/tagesklinischen Arbeitsabläufen zu sorgen und Zuständigkeiten verbindlich festzulegen.

Es wird auch weiterhin spannend bleiben, wie sich Verbundarbeit und Kombi-Therapien weiterentwickeln. Aus diesem Grunde sollte eine entsprechende Fortschreibung entsprechender Modelle/Beispiele auch in Zukunft geleistet werden.

7 Handlungsempfehlungen

7.1 Perspektiven und Aktivitäten für den Qualitätsentwicklungsprozess

7.1.1 Fortsetzung der Qualitätszirkelarbeit

Das Projekt EVS-II war für ein Jahr konzipiert und zielte auf die Weiterentwicklung der mit EVS-I erreichten Qualität in der medizinischen Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der LVA Oldenburg-Bremen. Ein wesentliches Anliegen bei der flächendeckenden Einführung der EVS in der Region Oldenburg-Bremen war es, den Qualitätsentwicklungsprozess auf einen deutlich größeren Kreis von TeilnehmerInnen auszuweiten und zu verselbständigen.

Als einen wichtigen Schritt in Richtung Selbständigkeit lässt sich daher das Bekenntnis aller VertreterInnen der EVS-Einrichtungen zur Fortsetzung der QZ-Arbeit auch nach Abschluss der Modellphase EVS-II verstehen. Die bisherige Zusammenarbeit im QZ hat allen Teilnehmenden verdeutlicht, dass die Kooperation in der EVS und insbesondere in der EVS-II-Phase in vielerlei Hinsicht Erfolge zu verzeichnen hat, gleichzeitig aber eine **kontinuierliche Auseinandersetzung** für die Aufrechterhaltung der Zusammenarbeit im Verbund notwendig ist. Die QZ-Teilnehmenden betonen, dass auch in Zukunft ein fortwährender Austausch über Fragen zur Organisation der Zusammenarbeit erforderlich ist und die getroffenen oder im weiteren Verlauf abzustimmenden Vereinbarungen erörtert werden müssen.

Entsprechend der Ausgangsüberlegungen zum Modellprojekt EVS-II sollten die EVS-Beteiligten ihre Zusammenarbeit eigenverantwortlich fortsetzen. Das bedeutete in der Planung für die QZ-Sitzungen, dass diese nach Abschluss der Modellphase nicht mehr durch die Universität Oldenburg moderiert werden und die Teilnahme der LVA Oldenburg-Bremen nur noch punktuell erfolgen sollte. Die QZ-Moderation sollte vielmehr durch die Teilnehmenden der QZ selbst erfolgen. Hierbei wäre es von Vorteil, wenn zunächst VertreterInnen aus den Modelleinrichtungen der EVS-I-Phase diese Aufgabe übernehmen, da diese in der QZ-Arbeit im Rahmen der EVS wesentlich erfahrener sind.

In Vorbereitung einer reibungslosen Fortsetzung der Arbeit der Leistungserbringer nach Abschluss der EVS-II-Phase, wurde dieses Vorhaben bereits in den November-2003-Sitzungen der QZ thematisiert. Die Universität machte deutlich, während der Projektlaufzeit als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen und bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der QZ-Sitzungen zu beraten, sofern dies gewünscht wird. Auch wurde angeboten, Vorlagen, wie die Tagesordnung oder die Muster-Datei für Protokolle sowie den Verteiler mit den E-Mail-Adressen bereitzustellen, um den Informationsaustausch weiterhin zu gewährleisten und die Verbreitung von Materialien zu ermöglichen.

Die QZ-Teilnehmenden wurden in die Organisationsarbeit und Aufgaben, die künftig eigenverantwortlich erledigt werden sollten, eingeführt. Dabei wurden folgende Tätigkeiten in der Vorbereitung eines QZ benannt:

- Raum reservieren,
- Sammeln von Rückmeldungen, Berichten im Zusammenhang mit der EVS,
- Inhaltliche Aufbereitung der ermittelten Themen und Anfertigung der Tagesordnung.

Den genannten Aufgaben folgen die Moderation der einzelnen Sitzungen und deren Nachbereitung in Form der Erstellung eines Protokolls.

Durch die Erörterung der Aufgaben im Zusammenhang der QZ wurde allen TeilnehmerInnen die Endlichkeit dieser Projektphase bewusst und die Diskussion um Möglichkeiten der Realisierung der selbständigen QZ-Arbeit wurde forciert.

Wie schon die Ergebnisse der Befragung zum Abschluss der EVS-II-Phase deutlich machten (vgl. Gliederungspunkt 2.3.2; insbesondere die Antworten zu den Fragen 13., 14, 18. und 19.), wird die Realisierung der QZ-Arbeit ohne Beteiligung der LVA Oldenburg-Bremen und ohne die Universität Oldenburg als sehr problematisch eingeschätzt. Dies brachten auch die Diskussionen im QZ zum Ausdruck. Zunächst gab es Vorschläge, die QZ-Sitzungen rotierend durch die Teilnehmenden des jeweiligen QZ oder KollegInnen aus dem jeweils anderen QZ moderieren zu lassen. Schließlich wurde jedoch betont, dass die Eigenverantwortlichkeit nur auf Grundlage einer **Geschäftsordnung** (vgl. Tielking/Kuß 2001, S. 149 ff.) und unter **Einbezug einer externen, neutralen Moderation** funktionieren könne. Dabei gehe es nicht primär um die zu leistende Arbeit wie Vorbereitung der

Sitzung und Anfertigung des Protokolls, sondern vielmehr um die **Aufrechterhaltung der effizienten und "friedlichen" Zusammenarbeit für eine gemeinsame Vision**. Von Seiten der EVS-Teilnehmenden wurde daher im QZ der Gedanke geäußert, eine **externe Moderation** anzuwerben und diese für die QZ-Arbeit selbst zu finanzieren. Diesem Anliegen entsprechend, traten die QZ-Teilnehmenden mit der Frage an die Universität Oldenburg heran, ob diese auf Honorarbasis mit der Aufgabe zu betrauen wäre.

Diesem Anliegen konnte die Projektgruppe der Uni Oldenburg nach eingehender Überlegung nachkommen und legte den QZ-Teilnehmenden ein Angebot zur Fortsetzung der QZ-Arbeit zunächst für ein weiteres Jahr vor. Dieses wurde von den beteiligten Einrichtungen akzeptiert (vgl. die Ausführungen zum EVS-Praxistag, Gliederungspunkt 3.3.3), so dass zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Abschlussberichtes der Vertragsschluss zwischen den EVS-Teilnehmenden und der Uni Oldenburg im Verlauf und damit die QZ-Arbeit in EVS über das Ende der EVS-II-Projektphase hinaus gesichert ist.

In Anbetracht dieser positiven Entwicklung und der Tatsache, dass die erst vor einem Jahr hinzugekommenen Leistungsanbieter zu einigen Themen einer ausführlichen Diskussion bedürfen hat sich die LVA Oldenburg-Bremen bereit erklärt, ein weiteres Jahr nicht nur punktuell, sondern kontinuierlich an den QZ-Sitzungen teilzunehmen. Diese Entscheidung ist zu begrüßen, da die Fortsetzung der Diskussion um die EVS-Standards deren Vertiefung wie auch Weiterentwicklung möglich machen wird.

Hinsichtlich der Frequenz der QZ-Sitzungen ist zum jetzigen Zeitpunkt verabredet, drei Sitzungsrunden („Oldenburger QZ“ und „Bremer QZ“ separat) im Abstand von ca. drei Monaten durchzuführen. Zudem soll ein weiterer EVS-Praxistag im größeren Rahmen durchgeführt werden, um ein Treffen aller Beteiligten zu realisieren. Nachdem während der EVS-I und der EVS-II-Phase die Sitzungsfrequenz zeitlich deutlich dichter beieinander lag, ist vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Modellphasen ein Zyklus von viermal im Jahr als hinreichend zu bewerten. Erst recht, da bei Bedarf zusätzliche Sitzungen verabredet werden können.

Im Sinne eines kontinuierlichen Austausches über aktuelle Entwicklungen ist zudem zu prüfen, ob erneut ein QZ mit MitarbeiterInnen, und nicht nur mit LeiterInnen der Einrichtungen, durchgeführt werden kann. Auch sollte angestrebt werden, nochmals eine Tagung mit allen beteiligten MitarbeiterInnen

zu realisieren, da sich derartige Treffen als sehr förderlich für die Zusammenarbeit ausgewirkt haben.

7.1.2 Monitoring der LVA

Mit EVS hat sich die LVA Oldenburg-Bremen zur Durchführung eines **Verbundmodells mit unterschiedlichen Varianten der Kombi-Therapien** entschlossen. Den Beteiligten wird damit ein größtmögliches Maß an Entscheidungsfreiheit und Flexibilität in der Behandlung von Alkoholabhängigen zugestanden. Werden einerseits mit dem EVS-Modell Verantwortlichkeiten an die Leistungsanbieter übertragen, besitzt andererseits die LVA nach wie vor die Gesamtverantwortung über jegliche Vorgänge und Absprachen und prüft auch im Einzelfall, ob die Umsetzung der EVS-Standards entsprechend der Vereinbarungen erfolgt. Ihrem Selbstverständnis entsprechend versteht die LVA Oldenburg-Bremen sich dabei allerdings nicht primär als Kontrollinstanz und das EVS-Modell nicht als Kontrollsystem.

Um die Entwicklungen in EVS beobachten zu können und transparent zu machen, wurden seitens der LVA Oldenburg-Bremen in unterschiedlichen Bereichen der Arbeit mit und in EVS **Maßnahmen zur Beobachtung** installiert. Auch hier haben die QZ die Funktion, Entwicklungen direkt zurückzumelden und zu erörtern. Grundlage einer konstruktiven Diskussion sind insbesondere **konkrete Daten**, wie z. B. Zahlen

- zur Antragsentwicklung,
- zu beantragten und bewilligten Behandlungsvarianten,
- zur Zuordnung von stationären Maßnahmen auf Kliniken,
- zu stationären Aufnahmen,
- zu persönlichen Übergabegesprächen,
- zur Dauer der Maßnahmen,
- ...

und **Beispiele** aus der Praxis (Kasuistiken). Diese sollten auch in Zukunft sowohl durch die Leistungsanbieter wie auch die LVA bereitgestellt werden.

Im Folgenden soll das **Monitoring** der LVA durch die fortwährende Analyse der Entwicklung der **Reha-Statistiken** sowie die Durchführung von **persönlichen Übergabegesprächen** vorgestellt werden.

7.1.2.1 Statistiken der LVA

Routinedaten der Reha-Statistik

Die Analyse der Gesamtentwicklung der Rehabilitation wie auch spezieller Arbeitsbereiche, z. B. die medizinische Rehabilitation von Alkoholabhängigen, erfolgt seitens der LVA Oldenburg-Bremen anhand standardmäßig erhobener statistischer Daten in Form der so genannten „**Reha-Statistik**“. Diese werden routinemäßig zu bundesweiten Vergleichszwecken auch an den VDR gemeldet. Die Statistiken bieten zum einen die Möglichkeit eines Vergleiches über die Zeit, d. h. eine nach Monaten und Jahren differenzierte Statistik. Zum anderen liefern sie wichtige Anhaltspunkte durch einen Vergleich innerhalb eines Zeitraumes, bspw. für den Kontrast von Entwicklungen in EVS und anderen in der Zuständigkeit der LVA Oldenburg-Bremen liegenden Einrichtungen.

In diesem Sinne erfolgt auch die regelmäßige Gegenüberstellung von **Daten zur Antragsentwicklung**. Ebenso werden für jeden Monat und jedes Jahr die entsprechenden **Bewilligungen und Zuweisungen in ambulante, stationäre und tagesklinische Entwöhnungsbehandlungen** verglichen.

Die Statistiken zu den ambulant, stationär und tagesklinisch verursachten Kosten durch Entwöhnungsheilbehandlungen bei Alkoholabhängigkeit bieten Möglichkeiten, die jährliche **Kostenentwicklung** der Maßnahmen zu betrachten. Die Statistiken liefern schließlich Anhaltspunkte für die Realisierung von – dem gesetzlichen Auftrag entsprechend – auch unter Kostengesichtspunkten effizienten Behandlungen. Ergänzt werden die Informationen durch die Daten zur Rentengewährung im Anschluss an eine Maßnahme der medizinischen Reha aufgrund von Alkoholabhängigkeit; hier werden zurzeit Angaben nach Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrenten sowie nach Renten insgesamt unterschieden.

Die bisher beschriebenen Statistiken wurden in Gliederungspunkt 4 aufbereitet und können in ihren Aussagen somit nachvollzogen werden.

Ergänzende Reha-Statistiken zur EVS

Im Verlauf der EVS-II-Phase wurden **ergänzende Statistik-Routinen** entwickelt, die noch differenzierter und zeitnäher Auskunft **über aktuelle Entwicklungen in der EVS** geben. Von besonderem Interesse sind hierbei Rückmeldungen über die beantragten und bewilligten **Behandlungsvarian-**

ten der EVS, den jeweils **aktuellen Stand der Durchführung und die Dauer der Maßnahme**. Dabei gibt es eine Zuordnung auf die jeweiligen Leistungsanbieter. Diese Informationen werden dem Grundsatzreferat monatlich durch die EDV-/Statistikabteilung zugeleitet, so dass das Grundsatzreferat aktuelle Entwicklungen kurzfristig beurteilen kann. Rückmeldungen können so z. B. an die Geschäftsführung, die Sachbearbeitung oder in die QZ-Arbeit, wie auch an einzelne Einrichtungen gegeben werden.

Im Zusammenhang der EVS zeigte sich, dass die **Verschlüsselung der EVS-Maßnahmen** nicht immer eindeutig vollzogen wurde. Da der Regelfall in der EVS eine poststationäre Maßnahme beinhaltet, gleichzeitig aber ambulant beginnen soll, gab es Verschlüsselungen nach § 15 SGB VI als eigenständige Maßnahme wie auch nach § 31 SGB VI als weiterführende Maßnahme in Verbindung mit einer stationären Hauptmaßnahme (Entwöhnungsheilbehandlung).

Vor dem Hintergrund dieser statistischen Erfassungsproblematik wäre es sinnvoll, die EVS-Maßnahmen in Zukunft als Hauptmaßnahme für den Bewilligungszeitraum von zwölf Monaten vorzunehmen. Somit würde eine Verschlüsselung als Nachsorge erst nach Ablauf dieses Bewilligungszeitraumes erfolgen. Bei diesem Vorgehen wäre allerdings sicherzustellen, dass eine entsprechende Faktorenbewertung im Zuge des routinemäßigen Personalvergleichs der Rentenversicherungsträger gewährleistet ist.

Insgesamt gewährleistet die LVA Oldenburg-Bremen mit Hilfe der ausgeführten Statistiken, dass eine Überprüfung der zu finanzierenden Maßnahmen gemäß des **§ 13 SGB VI** hinsichtlich **Wirtschaftlichkeit** und **Sparsamkeit** jederzeit sichergestellt ist.

7.1.2.2 Feedback zu den Übergabegesprächen

Die **persönlichen Übergabegespräche** werden als ein „Herzstück“ der EVS-Maßnahme bezeichnet (vgl. Gliederungspunkte 2 und 3.4.4). Im Antragsverfahren ist eine Vergütung dieser Leistung fixiert (vgl. Gliederungspunkt 3.2.2). Ein spezifisches Antragsformular zur entsprechenden Abrechnung liegt allen Einrichtungen vor. Die ambulanten Abrechnungen erfolgen in der Regel vierteljährlich bzw. nach Abschluss der Maßnahme. Für alle

Beteiligten ist nach wie vor von Interesse, wie häufig es Ausnahmen vom Regelfall gibt, d. h. nicht persönliche, sondern telefonische (im Beisein oder auch ohne PatientInnen/KlientInnen) oder gar keine Übergabegespräche geführt werden. In diesem Zusammenhang interessiert die **Gesamtentwicklung**, um auch in Zukunft über den Standard „persönliche Übergabegespräche“ eine sachlich geleitete Diskussion führen zu können.

Es ist daher notwendig, regelmäßig Rückmeldungen zu diesem Thema zu bekommen und auszuwerten. Dies kann über unterschiedliche Wege ermöglicht werden:

- Auswertung der Abrechnungen durch die LVA,
- Rückmeldungen aus den Ambulanzen oder
- Rückmeldungen aus den Kliniken.

Um möglichst zeitnah auf die Entwicklungen reagieren zu können, sind die Rückmeldungen der Leistungsanbieter kurzfristiger auszuwerten als die Statistiken der LVA. Vor diesem Hintergrund wurden die EVS-Kliniken gebeten, noch beginnend in der letzten Phase des EVS-II-Projektes die entsprechenden Daten an die LVA zurückzumelden. Die EinrichtungsvertreterInnen einigten sich im QZ darauf, dass die Kliniken jeweils per 15. eines Monats erheben, wie häufig, beim Wechsel ambulant – stationär/tagesklinisch und beim Wechsel stationär/tagesklinisch – ambulant vom Regelfall abgewichen wird. Auszuweisen sind somit die telefonisch erfolgten Übergaben (als 3er- oder als 2er-Konferenz, d. h. ohne Einbezug der PatientInnen/KlientInnen) und die Fälle, in denen keine Übergabegespräche zwischen den TherapeutInnen stattfanden.

Die entsprechenden Fallzahlen werden der LVA formlos, bspw. per Email, mitgeteilt. Dieses Verfahren stellt sicher, dass anhand **konkreter Daten** die Einhaltung und Weiterentwicklung dieses Standards im QZ diskutiert werden kann. Die Auswertung erfolgt insbesondere auch im Interesse einer Gleichbehandlung aller beteiligten Einrichtungen. Alle Einrichtungen sollen daran festhalten, persönliche Übergabegespräche umzusetzen, wenngleich zu berücksichtigen ist, dass es aufgrund personeller und finanzieller Ressourcen immer wieder dazu kommen kann, dass Ausnahmen auftreten. Diese gilt es anhand erhobenen Angaben zu identifizieren und zu diskutieren. Dabei bie-

ten die aggregierten Daten einen Ansatzpunkt, der durch Einzelfallbeispiele ergänzt werden kann.

Mit Blick auf den geplanten Piloten „Übergabegespräche unter Einsatz von Webcams“ (vgl. den folgenden Gliederungspunkt 7.1.3) kommt dieser Erhebung eine weitere Funktion zu. Im Rahmen der Evaluierung der Pilotphase bieten die Daten Möglichkeiten für Vergleiche der Entwicklung von persönlich und per Webcam durchgeführten Übergabegesprächen.

7.1.3 Pilotphase "Persönliche Übergabegespräche unter Einsatz von Webcams"

Im Zusammenhang mit der am EVS-Praxistag erfolgten Bestätigung der persönlichen Übergabegespräche als Standard in EVS (vgl. Gliederungspunkt 3.3.3) gab es durch die LVA Oldenburg-Bremen einen innovativen Vorschlag zur Weiterentwicklung der Realisierung von Übergabegesprächen. Angesichts der Prämisse, für die Zukunft der EVS keinen Qualitätsverlust in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen hinnehmen zu wollen, eröffnete die LVA Oldenburg-Bremen den teilnehmenden Einrichtungen ein neues Vorhaben, das in einer Pilotphase eingeführt werden soll: Für den Ausnahmefall von nicht persönlich durchzuführenden Übergabegesprächen soll die Möglichkeit des Einsatzes von Webcams geschaffen werden. Mit deren Hilfe würde die Durchführung von Übergabegesprächen in Form einer **virtuellen Dreier-Konferenz** stattfinden können.

Erste Untersuchungen zur Methode des Webcam-Interviews im Bereich der Gesundheitsförderung bestätigen, dass diese virtuelle Form des Austausches als Methode qualitativer Forschung eine sinnvolle und zukunftsweisende Option darstellt (vgl. Stegmann 2003). Mit ihren Überlegungen zum Einsatz des Instrumentes Webcam im Bereich medizinischer Rehabilitation statuiert die LVA Oldenburg-Bremen ein Exempel und bedient sich entsprechend des kontinuierlichen Qualitätsentwicklungsprozesses einer neuen technologischen Möglichkeit zur Sicherung und Fortschreibung der in EVS erreichten Behandlungsqualität. Die Pilotphase soll zeigen, ob Übergabegespräche unter Einsatz von Webcams, nicht nur mit Blick auf den Kostenaspekt, sondern insbesondere im Sinne einer qualitativen und den gemeinsamen Austausch von TherapeutInnen und PatientInnen/KlientInnen in der Übergabesituation gewährleistenden Behandlung, heutigen Anforderungen an eine Suchtbehandlung entsprechen können.

Die Pilotphase wurde von den an der EVS Beteiligten begrüßt. Gleichwohl besteht Skepsis gegenüber einem virtuellen Übergabegespräch, da nach Meinung der EVS-Teilnehmenden ein persönlicher Kontakt nicht durch den Einsatz einer Kamera ersetzt werden kann. Allerdings wird die Webcam-Lösung im Hinblick auf personelle und zeitliche Ressourcen im Aufwand als wesentlich geringer eingeschätzt. Dies spielt insbesondere für die Leistungsanbieter eine große Rolle, die regional sehr weit auseinander liegen.

Die Durchführung einer Pilotphase ermöglicht, die Effekte des Webcam-Einsatzes auf den Behandlungsprozess erstmalig zu untersuchen und somit grundlegende Fragen im Kontext der Nutzung dieses Mediums für Reha-Maßnahmen zu beantworten.

Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Abschlussberichtes ist die LVA Oldenburg-Bremen damit befasst, die technischen und konzeptionellen Voraussetzungen für den Einsatz der Webcams in ihrem Hause, mit den in die Pilotphase einzubeziehenden Einrichtungen sowie die datenschutzrechtlichen Belange zu prüfen. Auch soll ein Forschungsdesign für die wissenschaftliche Begleitung der Pilotphase ausgearbeitet werden, um eine Bewertung dieses Ansatzes möglich zu machen.

7.1.4 Möglichkeiten der bundesweiten Nutzung des modularen EVS-Berichtswesens

Die Erfahrungen im Umgang mit dem modularen EVS-Berichtswesen (vgl. dazu Gliederungspunkt 3.4.3) münden unter der Perspektive der Formulierung von Empfehlungen in der Überlegung, die Vorlage des modularen EVS-Berichtswesens bundesweit, d. h. in der Zuständigkeit zumindest aller Rentenversicherungsträger anzuwenden. Neben den an der EVS beteiligten Einrichtungen arbeiten bereits die Einrichtungen des Lukas-Werkes Braunschweig mit dem modularen EVS-Berichtswesen (vgl. Gliederungspunkt 6.4). Weitere Leistungsanbieter haben ihr Interesse bereits bekundet.

Diesem Gedanken entsprechend soll das modulare EVS-Berichtswesen gegenüber dem **VDR** – als der in dieser Angelegenheit zu Entscheidungen autorisierten Instanz – vorgestellt werden. Die Bitte um Prüfung der allgemeinen **Einführung eines einheitlichen Dokumentationswesens**, das die Erfahrungen aus der EVS aufgreift, schließt sich daran an.

Von diesem Vorhaben unberücksichtigt besteht weiterhin das Engagement der EVS-Teilnehmenden, das EVS-Berichtswesen im Rahmen künftiger QZ-Arbeit fortzuschreiben und weiterzuentwickeln. Die bisherige Auseinandersetzung zum Thema Dokumentation hat gezeigt, dass das erarbeitete Verfahren eine ziel- und zweckgerichtete Information sowohl der beteiligten TherapeutInnen als auch des Leistungsträgers ermöglicht und somit die Qualität kombinierter ambulant-stationärer/tagesklinischer Maßnahmen befördern kann (vgl. Gliederungspunkt 3.4.3).

7.1.5 Konzeptionelles: Arbeit/Beruf und Arbeitslosigkeit im Therapieprozess

Die **TeilnehmerInnenbefragung** zu Beginn der Projektphase EVS-II (vgl. Gliederungspunkt 2.2.2) enthielt bereits Angaben zur Bedeutung der Diskussion von Therapieinhalten. Auch die **Kooperationsvereinbarung** (vgl. Gliederungspunkt 3.4.2) weist auf die Ausrichtung der Verbundarbeit auf ein **therapeutisches Gesamtkonzept** hin und fordert entsprechende Aktivitäten der Kooperationspartner ein. Diesem Anliegen folgend, wurden zwischen den EVS-Beteiligten neben den organisatorischen Abstimmungen immer wieder auch Grundlagen der Therapie und behandlungsrelevante Inhalte der Maßnahmen diskutiert. Vertieft wurde im Rahmen der EVS-II-Phase diese Diskussion insbesondere zum Thema „Arbeit/Beruf und Arbeitslosigkeit“.

Über die **Rentenversicherung** haben die Versicherten Anspruch auf **Belastungserprobung** und auf **Arbeitstherapie** (§ 15 SGB VI). Belastungserprobung und Arbeitstherapie sind medizinische Reha-Maßnahmen und typische Vorstufen zur beruflichen Rehabilitation. In der Fachdiskussion wird dabei regelmäßig hervorgehoben, dass das "... Einüben und Wiedererlernen spezifischer Fertigkeiten als wesentliches konzeptionelles Element der medizinischen Rehabilitation anzusehen (ist)" (Funke/Zielke 1996, S. 4). Als Standardangebot existieren in den meisten stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe bereits arbeits- und berufsbezogene Angebote in Form der **Arbeits- und Ergotherapie** wie auch zusätzliche **indikative Angebote**. Speziell die Arbeitstherapie als Teil der Psychotherapie beinhaltet durch die direkte **Leistungsorientierung** einen engen Bezug zur Arbeitswelt. Dabei können instrumentelle Fähigkeiten, wie z. B. Fachkenntnisse, Fingerfertigkeiten und sozioemotionale Faktoren, u. a. innere Einstellungen zur Arbeit,

Fähigkeiten zur Selbstorganisation oder Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit bewusst gemacht und (weiter-)entwickelt werden. In diesem Zusammenhang wird häufig auch an **beruflich relevanten Aspekten** gearbeitet, z. B.:

- Basiskompetenzen: Leistung, Pünktlichkeit, Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer, Flexibilität, Frustrationstoleranz,
- Selbstbild/Motivation,
- Umgang mit KollegInnen oder Vorgesetzten am Beispiel des Umgangs mit MitpatientInnen bzw. mit TherapeutInnen,
- berufsfachliche Fragen,
- Rahmenbedingungen: körperliche Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit durch die Arbeitsbedingungen.

(vgl. Beutel 1995, S. 2)

Entwöhnungsbehandlungen können insgesamt natürlich keine gesamtgesellschaftlichen Fehlentwicklungen korrigieren und sollten vor einer inhaltlichen Überfrachtung bewahrt werden. Berufliche Maßnahmen können aber auf die bestehenden sozialen und arbeitsmarktpolitischen Anforderungen ausgerichtet werden. Dazu sind entsprechend bedarfsorientierte und den PatientInnen/KlientInnen dienliche Schritte einzuleiten. Wichtig ist hierbei das Ineinandergreifen der einzelnen Maßnahmen, das durch eine zielgerichtete Information der nachsorgenden Institutionen sichergestellt werden muss. Aufgabe der medizinischen Rehabilitation muss es also insgesamt sein, den Abhängigen **zukunftsfähige Perspektiven** zu vermitteln.

Diesem Gedanken entsprechend, sollten arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen wie auch der Umgang mit Arbeitslosigkeit in unterschiedlichen Variationen der Angebote im Rahmen der medizinischen Rehabilitation als **gleichberechtigte Instrumente neben der Psychotherapie** eingesetzt werden. Dabei ist der Nutzen der Soziotherapie auf die Belange bzw. Zielsetzungen der Psychotherapie abzustimmen. Soziotherapie und hier speziell die Arbeitstherapie dienen einer **Heranführung an einen geregelten Arbeitsablauf**. Sie gelten aufgrund des Einflusses auf die psychischen, physischen und sozialen Funktionen als bewährtes Verfahren in der Behandlung von Alkoholabhängigen (vgl. u. a. buss 2002; Steingass/Dreckmann/u. a. 2002).

Auch im Rahmen einer **Kombi-Therapie** wie der EVS gilt es, sich mit der Arbeits- und Berufsförderung der PatientInnen/KlientInnen auseinander zu setzen und entsprechende Angebote für die Rehabilitanden vorzuhalten. Eine Kooperation von ambulanten und stationären/tagesklinischen Anbietern erfordert auch für den Bereich der arbeits- und berufsbezogenen Angebote Zusammenarbeit und die Abstimmung von Maßnahmen.

Unter den QZ-Teilnehmenden bestand grundsätzliches Einvernehmen darüber, dass die Kooperation in EVS auch beim Thema "Arbeit/Beruf und Arbeitslosigkeit" erforderlich ist. Im Interesse der Förderung von gemeinsamen arbeits- und berufsbezogenen Therapieinhalten wurden dazu im Qualitätszirkel und auf dem EVS-Praxistag Überlegungen angestrengt. Dabei galt es zunächst, sich einen Überblick über die in den EVS-Einrichtungen existierenden Maßnahmen und Angebote zu verschaffen. Den Einstieg in das Thema lieferten VertreterInnen aus dem stationären Arbeitsfeld.

Die Fachklinik St. Marienstift berichtete über Erfahrungen mit **MELBA** (Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit), einem mittlerweile bundesweit angewandten Verfahren (vgl. buss 2002), das auch in dieser Fachklinik im Bereich der Arbeitstherapie **zur Erstellung und Bewertung von Fähigkeits- und Anforderungsprofilen** der PatientInnen/KlientInnen eingesetzt wird.

Anhand von **29** verschiedenen **Merkmalen**, die Schlüsselqualifikationen im Feld Arbeit und Beruf darstellen, wird im Rahmen von MELBA durch die TherapeutInnen ein **Fähigkeitsprofil** der PatientInnen/KlientInnen ermittelt. Dieses Profil stellt sowohl für die Klinik als auch für die PatientInnen/KlientInnen eine Möglichkeit der Orientierung auf dem Feld der arbeits- und berufsbezogenen Maßnahmen dar: während der Therapie im Rahmen von Verlaufsgesprächen sowie zur Formulierung und Überprüfung von Therapiezielen, darüber hinaus im Sinne konkreter Berufsförderung und Integration auf dem Arbeitsmarkt. Festhalten lässt sich zudem, dass sich durch die Form der Bewertung die Einstellung der PatientInnen/KlientInnen zur Arbeitstherapie gewandelt hat.

Nach Aussagen der AnwenderInnen wie auch der PatientInnen/KlientInnen, für die ein solches Profil erstellt wird, liegt der praktische Nutzen und Erfolg dieser Form der Leistungsbeurteilung z. B. in einer besseren Vorbereitung von Vorstellungsgesprächen oder auch einer realistischeren Einschätzung der Arbeitsleistung. Die Explorationen können den PatientInnen/KlientInnen zu-

dem in Form einer Arbeitsbescheinigung an die Hand gegeben werden, um Gespräche mit BeraterInnen des Arbeitsamtes zu strukturieren.

Die Fachklinik Fredeburg erläuterte die so genannten **Maßnahmen zur beruflichen Orientierung** (MbO) in ihrem Hause. Basierend auf dem MELBA-Verfahren erfolgt Berufsförderung in der Fachklinik Fredeburg durch gezielte Bewerbungstrainings, die Durchführung von EDV-gestützten Bewerbungsverfahren und die Möglichkeit zur Wahrnehmung von Praktika in der näheren Umgebung der Klinik. Die Ergebnisse der Exploration fließen schließlich in einen eigenen Bericht der Arbeitstherapie ein und können in das weitere Therapiegeschehen einbezogen werden.

Die sich an diese Einführungen in die arbeits- und berufsfördernden Angebote und Maßnahmen anschließende Diskussion in den QZ machte deutlich, dass MELBA auf Seiten der meisten stationären EVS-Einrichtungen anerkannt und eingesetzt wird. Einige Einrichtungen haben allerdings einrichtungsspezifische Konzeptionen und Maßnahmen auf dem Feld der Arbeits- und Berufsförderung entwickelt, die sich zum Teil an MELBA orientieren oder doch zumindest Parallelen aufweisen.

Da eine **Standardisierung** im Bereich der Erhebung arbeits- und berufsbezogener Aspekte für die EVS nur zweckmäßig sein kann, wenn sich daraus auch Informationsgewinne und Nutzungsmöglichkeiten für den stationären/tagesklinischen und ambulanten Bereich ableiten lassen, galt es in der weiteren Diskussion im QZ auch zu klären, mit welchem Interesse und in welchem Ausmaß sich die ambulanten TherapeutInnen überhaupt, insbesondere aber in der poststationären Weiterbehandlung bisher diesen Themen gewidmet, sie ggf. sogar bereits in ihre Arbeit integriert haben.

Grundsätzlich wurde seitens der ambulanten BehandlerInnen betont, dass die arbeits- und berufsbezogenen Informationen für die Ambulanz Möglichkeiten der Reaktionen bspw. im Hinblick auf Kontakte mit dem Arbeitsamt bieten. Die Kombination von Psychotherapie und Soziotherapie in der ambulanten Reha lässt sowohl Raum für die Thematisierung von Beziehungs- als auch Arbeitsaspekten. In der alltäglichen Arbeit bleiben die seitens der Kliniken erarbeiteten Erkenntnisse häufig unberücksichtigt bzw. enthalten keinen konkreten Ansatzpunkt oder Handlungsauftrag für die ambulanten (Weiter-)BehandlerInnen. Informationen und Ergebnisse aus dem Bereich Arbeit werden stattdessen häufig nachrangig behandelt.

Aus dieser Feststellung heraus folgern die QZ-Teilnehmenden – auch mit Blick auf die Interessen der Rentenversicherungsträger, die bspw. ambulante Maßnahmen ausweiten wollen –, dass mit der Schulung und Einbeziehung von arbeitsbezogenen Anteilen in der ambulanten Arbeit ein wichtiger Aspekt im Sinne des Qualitätsentwicklungsprozesses der EVS thematisiert wird. Die gemeinsame Beschäftigung mit dem Thema Arbeit, Beruf und Arbeitslosigkeit hat gezeigt, dass sich hier für die Kooperation in EVS erneut eine Schnittstelle aufgetan hat, die bisher noch relativ unkoordiniert ist. Die EVS-Einrichtungen eint die Haltung, dass es Aufgabe eines Verbundes wie EVS sein muss, auch an dieser Stelle künftig verstärkt die Kooperation zu organisieren und zu fördern. Zwar konnte für den **Behandlungsschwerpunkt "arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen"** bisher noch kein Standard erarbeitet werden, gleichwohl wurde aber die Bedeutung und Notwendigkeit der Verzahnung der Maßnahmen zwischen ambulanten und stationären/tagesklinischen Angeboten herausgestellt.

Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Berichtes sind angesichts der Fortsetzung dieses Themas im Rahmen der EVS-QZ-Arbeit bereits Beiträge über spezifische Angebote und Erfahrungen im arbeits- und berufsbezogenen Arbeitsfeld von ambulanten Einrichtungen vereinbart. So wird die Fachstelle Sucht der Stadt Oldenburg über ihre **Konzeption der Arbeitsberatung** berichten, die AWO Bremerhaven wird einen Einblick in das Projekt „URBAN II“, ein **Beschäftigungsprojekt für ehemals Drogenabhängige und Substituierte**, geben. Mit Blick auf die Zukunft und im Interesse aller an EVS-Beteiligten werden somit auch die Aktivitäten auf dem Feld „Arbeit/Beruf und Arbeitslosigkeit“ auf den Verbundgedanken ausgerichtet. Damit wird an einem weiteren, bedeutsamen Thema im Sinne des Ziels eines gemeinsamen therapeutischen Gesamtkonzepts weitergearbeitet.

7.2 Perspektiven der ambulanten Rehabilitation

Die Abfassung der Empfehlungsvereinbarungen "Nachsorge" (1987) und "Ambulante Reha Sucht `EVARS'" (1991/1996), spätestens aber die Änderung des SGB VI und der Streichung des Passus, dass Maßnahmen der medizinischen Reha "vor allem stationär" zu erbringen seien, verdeutlichen den ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers, ambulante und stationäre Maßnahmen in der Suchtkranken-Rehabilitation als gleichrangige Behandlungsformen zu sehen. Zudem gibt es noch die Möglichkeit der teilstationären/tagesklinischen/ganztägig ambulanten Behandlung sowie unterschied-

liche Varianten der Kombination der Behandlungsformen. Eine entsprechende Ausweitung der ambulanten Maßnahmen konnte in den letzten 17 Jahren erreicht werden. Gleichwohl wird die stationäre Behandlungsform nach wie vor am stärksten genutzt.

Ein wesentliches Ziel der EVS-Projekte war es, die Nutzung ambulanter Angebote zu forcieren (vgl. Tielking/Kuß 2001, S. 81 ff.; Gliederungspunkt 1.1). Dieses Ziel wurde eindrucksvoll erreicht (vgl. dies. 2003, S. 235 ff.; Gliederungspunkt 4). Neben den Daten, die die Zielerreichung zum Ausdruck bringen, stellte sich in der Zusammenarbeit in der EVS zudem ein verändertes Bewusstsein für die ambulante Arbeit ein. Ambulante Therapie ist in der EVS heute nicht mehr nur die Vorbereitung (häufig nur die Antragstellung) oder Nachsorge einer stationären Therapie, vielmehr ist sie die Basis einer Behandlung, bei der im Bedarfsfall stationär/tagesklinische Maßnahmen hinzugezogen werden und somit eine kombinierte Gesamtbehandlung stattfindet. Diese Akzentuierung führte im Modellverlauf zu einer anderen, größeren Wertschätzung ambulanter Behandlung und brachte insbesondere durch die Kombination der verschiedenen Therapieformen und der Zusammenarbeit der Leistungsanbietern in den QZ eine Gleichstellung ambulanter und stationärer Arbeit. Die Konzeption der EVS folgt somit den eingangs beschriebenen rechtlichen Grundlagen und Interessen des Gesetzgebers und fördert die gemeinsame Behandlung von PatientInnen/KlientInnen und das Erreichen der beschriebenen Innovationen und Qualitätsentwicklungen.

Im Verlauf der Projekte wurde immer wieder auf die finanziellen Rahmenbedingungen ambulanter Arbeit hingewiesen (vgl. insbesondere Gliederungspunkte 2 "QZ-Arbeit und 6.1 "Kostenträgertreffen"). Als ein Teilbereich integrativer Behandlung liegt ambulante Reha zum größten Teil in der Zuständigkeit der Renten- und Krankenversicherungsträger, die Anforderungen an die Behandlung und ihre Vergütung wird in den bekannten Gesetzestexten und Rahmenvereinbarungen ausgeführt. Allerdings bewegt sich die ambulante Praxis in Arbeitsfeldern, die bisher nicht exakt voneinander abgegrenzt sind. Derzeit wird die Gesamtheit ambulanter Arbeit durch unterschiedliche Träger wie das Land und die Kommune sowie eben auch

RVTr und Krankenkassen finanziert. In der Realität führt dies gegenwärtig dazu, dass Land und Kommunen ihre freiwillige finanzielle Förderung¹⁶ (vgl. dazu auch Gliederungspunkt 6.1) zum Teil so stark reduzieren, dass Ambulanzen qualifizierte MitarbeiterInnen entlassen und neue Finanzierungsformen finden müssen. Gelingt dies nicht, sind in der ambulanten Reha qualitative Einbußen zu befürchten.

In EVS wurden durch verschiedene Vergütungsformen (u. a. Vergütung von Übergabegesprächen, Finanzierung einer Dokumentationseinheit für den EVS-Zwischenbericht) Akzente für neue, leistungsbezogene Möglichkeiten der Vergütung insbesondere zu Gunsten der Ambulanzen gesetzt. Allerdings ist zu erwarten, dass bei einer insgesamt angespannten Finanz- und Personalsituation der Ambulanzen die Kostendeckung künftig noch schwerer zu realisieren sein wird. Will man die erreichte Qualität der EVS wie insgesamt der Suchtkrankenhilfe nicht gefährden, ist es dringend geboten, dass sich die zuständigen Kostenträger (Land, RVTr, KVTr und Kommunen) mit den Leistungserbringern und ihren Trägern an einen Tisch setzen und für eine Finanzierung der Suchtkrankenhilfe sorgen, die Planungssicherheit für alle Beteiligten bietet.

In dieser Hinsicht werden auch Leistungsanbieter künftig ihre Angebote verändern müssen. Unterschiedliche Varianten der Ausgestaltung sind denkbar. So könnten Leistungserbringer ihre Leistungsangebote (Prävention, Beratung, Reha) dem Kostenträger gegenüber als einzelne Bausteine oder Module wie auch in Form eines Gesamtpaketes zu jeweils festgelegten Preisen und vereinbarten Laufzeiten anbieten. Unter Einhaltung und Nachweis eines Mindeststandards ließen sich Hilfen dann entsprechend finanzieller Möglichkeiten ausgestalten. Auch ist denkbar, dass für bestimmte, insbesondere ländliche Regionen ambulante Reha-Zentren gebildet werden, die mit Anerkennung der Kostenträger allein für die Durchführung ambulanter Reha zuständig sind. Aufgrund ihrer Größe und ihres Einzugsgebietes

¹⁶ Die Möglichkeit der freiwilligen Leistung durch das Land und die Kommune begründet sich durch die im folgenden genannten Richtlinien: Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen an Fachstellen für Sucht und Suchtprävention" vom 9. September 2002 (Nds. MBl. Nr. 34/2002) und Förderrichtlinien zur Weiterfinanzierung des Bundesmodells „Psychosoziales Anschlussprogramm (PSAP)" (1983 – 2003).

könnte insbesondere unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten eine effizientere Versorgung ermöglicht werden.

Derartige Modelle zur Finanzierung und Ausgestaltung der Versorgung suchtkranker Menschen gilt es weiter auszuarbeiten, bevor die heute qualitativ hochwertige ambulante Arbeit zwischen Kostenzuständigkeiten aufgegeben wird und damit eine wichtige Säule der Suchtkrankenhilfe verloren geht.

7.3 Fortführung von Verbundarbeit und Anforderungen an künftige Forschung

Abschließend sollen durch EVS aufgeworfene und im Verlauf des EVS-II-Projektes weiter differenzierte Problemstellungen (vgl. u. a. Gliederungspunkte 1.1 und 3.3.3) aufgeführt und der Bedarf für weitere wissenschaftliche Untersuchungen spezifiziert werden.

Insbesondere die Ausführungen unter dem Kapitel Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Gliederungspunkt 5) bestätigen die Anerkennung von EVS durch die Fachöffentlichkeit und den Beitrag von EVS zur Erarbeitung wichtiger Grundlagen von Verbundarbeit und Kombi-Therapien. Die Ergebnisse sowohl des EVS-I- als auch des EVS-II-Projektes verweisen aber auch auf Fragen und Problemstellungen, deren Untersuchung und Beantwortung zur **Weiterentwicklung der Arbeitsfelder Verbundarbeit und Kombi-Therapien** grundlegend sind. Im Mittelpunkt des Interesses stehen dabei **Fragen zur Effizienz**; die **Leitfrage** lautet:

*Welche Kosten und Erträge entstehen durch
Verbundarbeit und Kombi-Therapien?*

Diese Fragestellung verweist auf **gesundheitsökonomische Aspekte** in der medizinischen Reha und ist auf die **Kostenstruktur von Entwöhnungsmaßnahmen** fokussiert. Im Einzelnen fehlen aktuell folgende Informationen:

A. Allgemeine Aspekte zur Effizienz von Verbundarbeit und Kombi-Therapie

Rentenversicherungsträger sind zu Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gesetzlich verpflichtet.¹⁷ Somit stehen Fragen der Effektivität und Effizienz immer wieder im Mittelpunkt des Interesses.

Effektivität richtet den Fokus auf die tatsächliche Wirksamkeit von Maßnahmen und deren Erreichungsgrad¹⁸, d. h. **das "Ausmaß, in dem geplante Tätigkeiten verwirklicht und geplante Ergebnisse erreicht werden"**¹⁹. Im Verwaltungsmanagement ist damit vor allem das Ausmaß gemeint, in dem die Produkte oder Dienstleistungen²⁰ die damit beabsichtigten Wirkungen²¹ erreichen. Es geht also um die **Frage "Tun wir die richtigen Dinge"**. Dabei findet der Nutzen für die "KundInnen" bzw. die AdressatInnen²² oder die Allgemeinheit²³ besondere Berücksichtigung. In diesem Verständnis ist die Effektivität, z. B. von Rehabilitationsleistungen, zunächst politisch bedeutsamer als die Effizienz oder Wirtschaftlichkeit. Denn die falschen Dinge effizient zu tun würde lediglich eine Geldverschwendung verringern, sie jedoch nicht beseitigen.

Die Frage der Effektivität von Rehabilitationsleitungen speziell bei Suchtmittelabhängigen ist in Studien unter verschiedensten Fragestellungen grundsätzlich positiv nachgewiesen worden und schlägt sich in den vielfältigen Ausprägungen der Behandlungsangebote in der Suchtkrankenhilfe nieder. Den **"Königsweg"** in der Behandlung von Abhängigkeitskranken **gibt es bis heute nicht**. Auch die Studie zu EVS-I ist zunächst einmal im Sinne einer effektiven Organisation der an der Rehabilitation Beteiligten zu verstehen, da nachgewiesen werden konnte, dass im Hinblick auf das Output und das Outcome das "Richtige" getan wurde, nämlich Verbundarbeit zu forcieren.

17 SGB VI

18 engl.: effectiveness

19 DIN 2000

20 Output

21 Outcome

22 z. B. die Versicherten einer LVA

23 z. B. die Versichertengemeinschaft einer LVA

Effizienz²⁴ beschreibt dabei das "**Verhältnis zwischen dem erzielten Ergebnis und den eingesetzten Mitteln**"²⁵. D. h. das Verhältnis der Leistung zu den Kosten oder zu anderen Nachteilen/Opfern wird analysiert. Es handelt sich somit um eine relative Betrachtung des Outputs. Vereinfacht meint dies: "**Die Dinge richtig tun**" im Unterschied zur Effektivität bedeutet, "die richtigen Dinge tun":

Vor diesem Hintergrund sollte Verbundarbeit in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen einer detaillierten Kostenrechnung auf Basis der **Kostenleistungsrechnungen** beteiligter Einrichtungen unterzogen werden. Dies umfasst beispielsweise eine detaillierte Analyse ...

- der Kosten bei ambulanten, teilstationären und stationären Rehabilitationsmaßnahmen,
- die Ermittlung der Nachhaltigkeit des Therapieerfolges nach Abschluss der Gesamtmaßnahme Kombi-Therapie,
- die Einschätzungen von Verbundpartnern zur Effizienz der Zusammenarbeit in EVS sowie
- die Arbeitsanteile in Kombi-Therapien hinsichtlich der aufgewendeten Zeit für die jeweiligen Arbeitsabläufe, den Kooperationsaufwand und die durch Vermeidung von Doppelarbeiten erzielten Einspareffekte, gegliedert nach Leistungsträger, ambulanten und tagesklinischen Leistungserbringern.

B. Besondere Interessen der Leistungsträger

Unter der Perspektive der Interessen von Leistungsträgern lassen sich folgende Aspekte benennen, die grundsätzlich der Untersuchung bedürfen:

Insbesondere mit Blick auf die Beobachtung der Entwicklungen der Kombi-Therapien müssen, wie bereits durch die LVA Oldenburg-Bremen gewährleistet (vgl. Gliederungspunkt 7.1.2), die Analysen im Indikationsbereich Alkoholabhängigkeit

- zur Entwicklung der Antragszahlen,

²⁴ engl.: efficiency

²⁵ DIN 2000

- zu den Kosten für Leistungen der medizinischen Rehabilitation,
- zur Teilnahme am Arbeitsleben und der Rente

fortgeschrieben werden und

- die Kosten für die jeweiligen Entwöhnungsbehandlungen sowie
- einzelner Leistungsbereiche

ermittelt werden.

Dem Gedanken der **Wirtschaftlichkeit** verpflichtet müssen die durch Kombi-Therapien eröffneten **Einsparpotentiale** spezifiziert werden. Über die Ermittlung von Daten zu

- den Auswirkungen der Kombi-Therapie auf stationäre Therapiezeiten,
- den Quoten von Therapie-Wiederholungen, Beitrags- und Rentenzahlungen,
- den durch EVS-PatientInnen/KlientInnen gegenüber Nicht-EVS-PatientInnen/KlientInnen entstandenen Kosten unter Beachtung der der zuvor genannten Parameter,
- durchschnittlichen Kostendeckung ambulanter, stationärer/tagesklinischer Reha (Haushaltsansätze und andere Kalkulationen der Reha-Einrichtungen) sowie
- den Kosten von durchschnittlichen zeitlichen und personellen Aufwendungen (Kalkulationen der Leistungserbringer für MitarbeiterInnen anhand von Fachleistungsstunden²⁶)

sind relevante Feststellungen zu erwarten.

C. Konsequenzen/Perspektiven für eine effektivere Gestaltung von Verbundarbeit und Kombi-Therapie

Die vorangehenden Ausführungen münden letztlich in dem Interesse, Verbundarbeit und Kombi-Therapien in Zukunft noch wirkungsvoller gestalten zu können. Weiterführende Forschung soll

- Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verbundarbeit und Kombi-Therapien in der Suchtkrankenhilfe formulieren,

26 1.600 Fachleistungsstunden/Jahr = 1 Stelle

- eine Orientierungshilfe i. S. einer Durchschnittskalkulation für ambulante und stationäre/tagesklinische Rehabilitation bei Alkoholabhängigen bieten und
- Prädiktoren zur Begründung der Notwendigkeit ambulanter Maßnahmen vor und nach stationärer/tagesklinischer Entwöhnung benennen sowie einen Vergleich der Effizienz zwischen rein stationären, rein ambulanten und Kombi-Maßnahmen vornehmen.

Die aufgeführten Bereiche bieten konkrete **Fragestellungen für künftige Forschungsprojekte**. Dabei können die Grundlagen der EVS – wie sie in diesem Band umfassend dargelegt worden sind – in ihrer Konzeption als Bezugsfolie weiterer Bemühungen um die Fortentwicklung von Kombi-Therapien und Verbundmodelllösungen verstanden werden.

Insgesamt scheint es lohnenswert, die erfolgreiche Arbeit der EVS nicht nur praktisch fortzusetzen, sondern auf den aktuellen Erkenntnissen auch wissenschaftlich und im Sinne eines Prozess begleitenden Qualitätsmanagements weiter aufzubauen.

Literatur

- Baudis, R./Breidenbach, B. (1997): Rahmenkonzeption für die ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung von Suchtkranken im Verbund des Diakonischen Werkes Württemberg. Stuttgart (unveröffentlicht).
- Böner, K.H. (1987): Kriterien für Indikationsstellung, Therapiedauer und Erfolgskontrolle in der Rehabilitation Alkoholabhängiger. In: Böner, K.H./Waldow, M. (Hrsg.): Indikation und individualisierte Verweildauer in der stationären Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger. Marburg.
- Beutel, M. (1995): Leistungsbeurteilung in der Arbeitstherapie - ein Beitrag zur Praxis des Qualitätsmanagements. Referat zur Therapiebörse auf der Jahrestagung des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss): Die Kunst der Indikation. 23. März 1995. Kassel.
- Bonerz, R./Schmidt, C. (2001): Kombinierte Reha Sucht – (KoRS)-. Bensheim.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2003): Drogen- und Suchtbericht 2002. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004): Drogen- und Suchtbericht 2003. Berlin (in Druck).
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss) (Hrsg.) (2002): Therapie und Arbeit: Suchtspezifische Ansätze. buss-Diskussionsforum Band 1. Geesthacht.
- Dornbusch, P./Henkel, D./Zemlin, U. (2003): Analyse rückfallfördernder und rückfallprotektiver Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt): Zielsetzungen, Konzeption und erste Ergebnisse. Geesthacht, S. 235 – 245.
- Ebeling, J. (1997): Qualitätsmanagement und regionale Kooperation aus Sicht einer Tagesklinik Sucht. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Regionale Suchtkrankenversorgung. Konzepte und Kooperationen. Freiburg im Breisgau, S. 125 – 136.
- Fachklinik Four Steps Rehabilitationseinrichtung für Drogenabhängige (Hrsg.) (2002): Suchtbehandlung für Jugendliche und junge Erwachsene von 15 bis 21 Jahren in Kooperation mit der Jugendhilfe – Konzeption. Schorndorf.

- Fachklinik Four Steps Rehabilitationseinrichtung für Drogenabhängige (Hrsg.) (2000): Stationäre, teilstationäre und ambulante Rehabilitation im Rahmen der integrierten Rehabilitation Drogenabhängiger im Verein für Jugendhilfe Böblingen e.V. Schorndorf.
- Funke, W./Zielke, M. (Hrsg.) (1996a): Arbeiten lernen in der medizinischen Rehabilitation - Zur Wiederherstellung und Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit bei Suchterkrankungen. In: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation. 9. Jahrgang, Heft 33/1996, Dortmund.
- Hellmann, I. (2003): Auszug aus der Gesamtkonzeption - Zur ambulanten-stationären Kombinationsbehandlung. Ringendorf/Höchsten.
- Küfner, H. (1996): Diagnostik und Indikation des Alkoholismus. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkoholabhängigkeit: Motivation und Diagnose. Freiburg im Breisgau, S. 49 – 73.
- Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen (Hrsg.) (2000): Reha-Statistik 1999. Interne Statistik der LVA Oldenburg-Bremen, Oldenburg.
- Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen (Hrsg.) (2001): Reha-Statistik 2000. Interne Statistik der LVA Oldenburg-Bremen, Oldenburg.
- Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen (Hrsg.) (2002): Reha-Statistik 2001. Interne Statistik der LVA Oldenburg-Bremen, Oldenburg.
- Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen (Hrsg.) (2003): Reha-Statistik 2002. Interne Statistik der LVA Oldenburg-Bremen, Oldenburg.
- Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen (Hrsg.) (2004): Reha-Statistik 2003. Interne Statistik der LVA Oldenburg-Bremen, Oldenburg.
- Mayring, Ph. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 7. Auflage. Weinheim.
- Meuser, M.; Nagel, S. (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Garz, D.; Kraimer, K. (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Opladen, S. 341 – 371.
- Meuser, M.; Nagel, S. (1994): Expertenwissen und Experteninterview. In: Hitzler, R.; Honer, A.; Maeder, Ch.: Expertenwissen. Opladen.
- Neeb, K./Janz, S. (2003): Integrierte stationär-ambulante Rehabilitation (ISAR) für Suchtmittelabhängige – Bewertung eines Modellprojektes. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Qualität ist, wenn ... Qualitätsentwicklung in der Suchtkrankenhilfe. Geesthacht, S. 267 – 277.

- Paracelsus-Wiehengebirgsklinik – Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen (Hrsg.) (1999): Therapiekonzept. Bad Essen..
- Schwenk, W./Weber, W./Nielsen, H. W./Schmidt, D./Meyer, H. (2002): Konzeption für eine Kombitherapie Rehabilitation im ambulant-stationären Verbund. 3. Entwurf der Konzeptgruppe Kombitherapie vom 1. November 2002. Flensburg/Schleswig (unveröffentlicht).
- Sonntag, D./Künzel, J. (2000): Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? In: SUCHT, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. 46. Jahrgang, Sonderheft 2/2000, Hamm.
- Stegmann, Myriam (2003): Qualitative Marktforschung per Webcam. Eine Pilotstudie mit Ärzten. In: Planung & Analyse. Zeitschrift für Marktforschung und Marketing 4, S.34-37.
- Steingass, H.-P./Dreckmann, I./Evertz P./u. a. (2002): Soziotherapie chronisch Abhängiger. Geesthacht
- Tielking, K. (2003): (Alkohol-)Entwöhnung im Verbundsystem (EVS): Ist die ambulant-stationäre Kombinationstherapie die Behandlungsform der Zukunft? In: Jahresbericht 2003 des Instituts für Therapieforschung, München.
- Tielking, K. (2000): Optimierung der Rehabilitation von Alkoholabhängigen auf der Basis der Analyse von Patienten- und Strukturmerkmalen. Band 4 der Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung, Oldenburg.
- 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. (2004): Suchtbehandlung für KlientInnen/PatientInnen? - Empirische Ergebnisse eines Modellprojekts. In: Sucht Aktuell – Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e. V. 11. Jg., Heft Nr. 2/2004, Bonn (in Druck).

- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) (2000): Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation: Instrumente und Verfahren. Frankfurt am Main.
- Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen" vom 04.05.2001.
- Zemlin, U. (1993): Indikationskriterien für ambulante und/oder stationäre Therapie. Aktualisierte Fassung eines Referats auf dem Heidelberger Kongress 1992. Fachklinik Wilhelmsheim.
- Zielke, M. (1979): Indikation zur Gesprächspsychotherapie. Stuttgart.
- Zielke, M. (1994): Qualitätssicherung in der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker: Qualitätssicherungsmodelle und deren Folgen. In: Verhaltensmedizin Heute - Fortschritte in der Rehabilitation. Heft 1/1994, Hilden, S. 3 – 9.
- Zielke, M. (1995): Basisdokumentation und Katamnestik als interner Qualitätsstandard unter dem Blickwinkel unterschiedlicher Qualitätssicherungsmodelle. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Geesthacht, S. 255 – 264.

AutorInnen

- Ratzke, Kerstin,** Wissenschaftliche Mitarbeiterin der AG Devianz an
Dipl.-Soz.wiss. der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg,
Oldenburg
- Scholz, Wolf-Dieter,** Leiter der AG Devianz an der Carl von Ossietzky
Prof. Dr. Universität Oldenburg, Oldenburg
- Tielking, Knut,** Wissenschaftlicher Mitarbeiter der AG Devianz an
Dr. der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg,
Oldenburg
- Leiter der Studie "Alkoholentwöhnung im Ver-
bundsystem (EVS)"

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Fakultät Erziehungs- und
Bildungswissenschaften
Arbeitsgruppe "Devianz"
Postfach 25 03
26111 Oldenburg
Tel.: 0441/798-2069
E-Mail: saus@uni-oldenburg.de
Internet: www.uni-oldenburg.de/devianz



AG "DEVIANZ"

Anhang

An den Sozialmedizinischen Dienst | VSNR | SB / AGR | Datum
 mit der Bitte um Stellungnahme zum Reha-Antrag vom

bitte beifügen:
 M - Reha
 M - RT
 M - Re

Es handelt sich um einen **Antrag auf Entwöhnungsbehandlung im Verbundsystem (EVS)**

Beachtung der Vierjahresfrist (§ 12 Abs. 2 SGB VI) Letzte Heilbehandlung vom - bis
 Anspruch nur, wenn verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt bzw. in absehbarer Zeit zu erwarten ist (§ 11 (2) Nr. 3 SGB VI)

arbeitsfähig vom bis arbeitslos vom bis
 Erwerbsminderungs-Rente vom bis
 BU/EU-Rente vom bis
 Widerspruchs-, Klageverfahren wegen einer BU/EU bzw. Erwerbsminderungs-Rente läuft. Bitte **keinen** Gutachtensauftrag erteilen.

Anlage - ärztl. Unterlagen (Original), Sozialbericht (Unterschrift und Namensstempel)

Stellungnahme des Sozialmedizinischen Dienstes

Untersuchung und Begutachtung ist erforderlich. Buchstabe

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation sind **nicht** erforderlich, weil
 die Erwerbsfähigkeit nicht erheblich gefährdet ist
 ambulante Maßnahmen ausreichend sind; (ggf. weitere ambulante Maßnahmen nennen)
 die Erwerbsfähigkeit durch eine medizinische Reha-Maßnahme nicht gebessert werden kann.
 das Leistungsvermögen aufgehoben ist und durch eine medizinische Reha-Maßnahme nicht wieder hergestellt werden kann (bitte Eintritt des Leistungsfalls angeben).

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation als EVS (52 Wochen) werden vorgeschlagen
 FK Odenburger Land, Abt. Otener Str. Amb. Entwöhnung (80 Einheiten)
 FK Odenburger Land, Abt. Io Hus Kurzzeitbehandlung (8 Wochen + 80 Einheiten)
 FK Mariensitt Mittelfristige Behandlung (12 Wochen + 80 Einheiten)
 FK St. Vitus Stitt Langfristige Behandlung (16 Wochen + 40 Einheiten)
 FK Moorpendion
 ZKH Bremen - Ost
 FK Friedeburg

abweichend vom Vorschlag der Beratungsstelle wird folgende Einrichtung vorgeschlagen:
 Art der medizinischen Reha-Leistung
 stationär tagesklinisch ambulant
 Dauer:

Voraussetzung erfüllt nach
 § 12 (2) SGB VI (4-Jahresfrist) ja nein
 § 11 (2) Nr. 3 SGB VI (Erwerbsminderung) ja nein

Bemerkungen Datum, Unterschrift

LVA Oldenburg-Bremen
AIGR 2.51
Postfach 27 67
26017 Oldenburg

Name, Anschrift der Beratungsstelle/Klinik

Übergabegespräch im Rahmen von EVS

Sehr geehrte Damen und Herren,

⇒ der/die unten genannte(n) Versicherte(n) wurde(n) im Rahmen des Modellprojekts (EVS) in eine stationäre / tagesklinische Einrichtung vermittelt und entsprechend dem Gesamtkonzept EVS zur Aufnahme in die Einrichtung bzw. im Anschluss an die Entlassung begleitet

Entfernung (einfache Fahrt): _____ km

Aufnahmetermin: _____

Beginn Indikationsphase: _____

Name, Anschrift der Klinik/Beratungsstelle

⇒ der/die unten genannte(n) Versicherte(n) wurde(n) im Rahmen des Modellprojekts (EVS) in eine stationäre / tagesklinische Einrichtung vermittelt und entsprechend dem Gesamtkonzept EVS erfolgte ein telefonisches Übergabegespräch am _____

 Unterschrift

Hiermit bestätige ich, dass ich von einem Mitarbeiter der _____ Beratungsstelle/Klinik gefahren wurde/ das Übergabegespräch telefonisch geführt wurde.
 Die Reisekosten sind direkt an diese Stelle zu überweisen.

Kopie für AIGR	Name, Vorname	Versicherungsnummer	Unterschrift des Versicherten

In die Tabelle sind mehrere Namen einzugeben, wenn die Fahrt zusammen mit anderen Patienten durchgeführt wurde. Bei einer Einzelbegleitung ist jeweils ein eigener Abrechnungsbogen zu verwenden!

Wird von der LVA ausgefüllt:

Abrechnung

Hinfahrt: _____ km x _____ EUR = _____ EUR

Rückfahrt: _____ km x 0,19 EUR = _____ EUR

plus Übergabegespräch = 92,00 EUR

= _____ EUR

Hinweis: Für Begleitpersonen kann nach § 6 Abs. 3 BRKG eine Mitnahmeentschädigung in Höhe von 0,02 EUR je Kilometer gezahlt werden.

B Modulares EVS-Berichtswesen

Die nachstehende Vorlage des modularen EVS-Berichtswesens enthält zu den aufgeführten Inhalten in der Kopfzeile den Familiennamen und das Geburtstag der/des Versicherten sowie die jeweilige Seitenzahl. Aus darstellungstechnischen Gründen sind diese Angaben nachfolgend nicht aufgeführt. Verwiesen sei nochmals ausdrücklich auf die Prozessmerkmale des Peer-Review-Verfahrens (vgl. VDR 2000), die in der Vorlage nicht einzeln aufgeführt sind, inhaltlich jedoch enthalten sein sollen.

<u>Name und Anschrift der Beratungsstelle:</u> Tel.: Fax: E-Mail:	Sozialbericht ²⁷ - PSYCHOSOZIALE GRUNDDATEN - erstellt am:
--	--

Versicherungsnummer:

<input type="checkbox"/> 1 Alkohol-----	<input type="checkbox"/> 2 Medikamente---	<input type="checkbox"/> 3 Drogen-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			^		
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____					

²⁷ Legende des Sozialberichts:
 Überschrift in normal (Am PC blau) = VDR – Standard, Überschrift in
kursiv/Großbuchstaben (am PC rot) = Peer Review – Standard

1 Angaben zur Person

Name:	Staatsangehörigkeit:
Vorname:	Aufenthaltsgenehmigung bis:
Geburtsname:	derzeitiger Aufenthaltsort: s. l.
geb. am: in:	Familienstand:
PLZ/Wohnort:	(erlernter) Beruf:
Straße:	zuletzt ausgeübte Tätigkeit:
Telefon:	arbeitslos seit:
	Krankenversicherung bei:

Erziehungsberechtigter/Betreuer: ----
 Betreuungsverhältnis: ----
 eingeleitet am: ----
 durch: ----
 Az.: ----

Behandelnde Ärzte:

1.1 AUFNAHMESITUATION (ZUGANG, AKTUELLE BESCHWERDEN, BELASTUNGEN, RISIKOFAKTOREN)

1.2 ALLGEMEINÄRZTLICHER BEFUND

2 Kinder

Anzahl: Alter:

Davon im Haushalt lebend:

3 Wohnsituation und finanzielle Verhältnisse

4 Vorbehandlung der Abhängigkeitserkrankung

4.1 Entzugsbehandlungen

Entgiftungen Gesamtzahl:

letzte in (Einrichtung): von: bis:

4.2 Medizinische Leistungen zur Rehabilitation (in den letzten 4 Jahren)

Gesamtzahl:

reguläre Entlassung

	ja	nein
in ambulanter Reha-Einrichtung:		
Von: bis:	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

in ambulanter Reha-Einrichtung:		
von: bis:	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

in stationärer Reha-Einrichtung:		
von: bis:	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

in stationärer Reha-Einrichtung:		
von: bis:	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Bemerkungen (z. B. zu einer durchgeführten Adaption):

5 Anamnese der Abhängigkeitserkrankung

5.1 Suchtmittelanamnese

Suchtmittel	Beginn/Dauer	Dosis, Verlauf und Gewohnheiten Symptomwechsel

5.1.1 KRANKHEITSVERSTÄNDNIS DES PATIENTEN

5.1.2 PSYCHISCHER U. PSYCHOPATHOLOGISCHER BEFUND

5.1.3 PSYCHODYNAMISCHER BEFUND

5.1.4 TESTPSYCHOLOGISCHER BEFUND

5.1.5 VERHALTENSAKTIVA

5.2 Körperliche und psychische Auffälligkeiten in der Vorgeschichte (Krampfanfälle, Delir, Psychose, Suizidversuche u. a.):

5.2.1 FUNKTIONSEINSCHRÄNKUNGEN IM BERUF UND ALLTAG

5.2.2 BISHERIGE DIAGNOSTISCHE MAßNAHMEN (AUF HAUPTDIAGNOSE BEZOGEN)

5.2.3 ZUWEISUNGSDIAGNOSE

5.3 Vom/Von dem/der Antragsteller/in beschriebene Verhaltens- und/oder Wesensänderungen im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung:

5.4 Abstinenzphasen (Dauer, Bedingungen, Lebenssituation):

5.5 Aktuell abstinent: ja: nein:

Abstinent seit:

Ggf. seit wann, womit substituiert:

6 Sozialanamnese

6.1 Elternhaus und persönliche Entwicklung:

6.2 Soziales Umfeld und wichtige Bezugspersonen

**6.3 Schulischer Werdegang, Arbeits- und Berufsanamnese
(beruflicher Werdegang)**

6.3.1 Werdegang (Schule/Beruf)

6.3.2 Beschreibung der gegenwärtigen/letzten versicherungspflichtigen Tätigkeit

6.3.3 ERWERBSSTATUS

6.3.4 AU-ZEITEN

6.4 Mögliche Hinderungsgründe für Antritt und Durchführung einer Rehabilitationsleistung (z. B. Angaben über laufende Strafverfahren, Angaben zum voraussichtlichen Zeitpunkt für eine Zurückstellung, Angaben über Aussetzung oder Unterbrechung der Strafvollstreckung)

7 Verlauf der bisherigen Vorbetreuung/Beratung

7.1 Beginn der Vorbetreuung/Beratung im Vorfeld der beantragten medizinischen Leistung zur Rehabilitation

Beginn der Vorbetreuung/Beratung:

Datum:

Beratungsstelle:

7.1.1 GESETZLICHE GRUNDLAGE DER REHABILITATION

7.2 Art und Umfang (Anzahl) der Einzelkontakte:

7.3 Art und Umfang (Anzahl) der Gruppenkontakte:

7.4 Einbindung der Familie und/oder sonstiger wichtiger Bezugspersonen (in welcher Form?)

7.5 Anschluss an eine Selbsthilfegruppe und Häufigkeit der Teilnahme:

8 Behandlungsbereitschaft/-motivation und individuelle Rehabilitationsziele

8.1 Ist Behandlungsbereitschaft/-motivation erkennbar und wodurch wird sie bestimmt (Leidensdruck, Eigen- und/oder Fremdmotivation)?

8.2 Rehabilitationsziele

8.2.1 ZIELE KONKRET MIT DEM PATIENTEN BESPROCHEN

**8.3 Bei erneuter Entwöhnungsbehandlung: Hat sich zwischenzeitlich die Einstellung zum Suchtmittel geändert?
Wenn ja, in welcher Weise?**

9 Hinweise zur Leistungsform und zur Art der Rehabilitationseinrichtung

9.1 Schwerpunktsetzung für die medizinische Rehabilitation aus Sicht des Beraters (z. B. notwendige Behandlungsangebote, spezifische Einrichtungsmerkmale, Leistungsform):

9.2 Angaben zu weiteren voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen**10 Zusammenfassende Stellungnahme im Hinblick auf die beantragte Leistung**

Die Einverständniserklärung SB2 des Antragstellers zur Weiterleitung an den Leistungsträger und an die Entwöhnungseinrichtung liegt vor.

11 Name und Beruf des Aufnehmenden

Ort der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle,

C Strukturskizze der EVS

Das Kooperationsmodell der EVS-II wird in der nachstehenden Abbildung veranschaulicht.

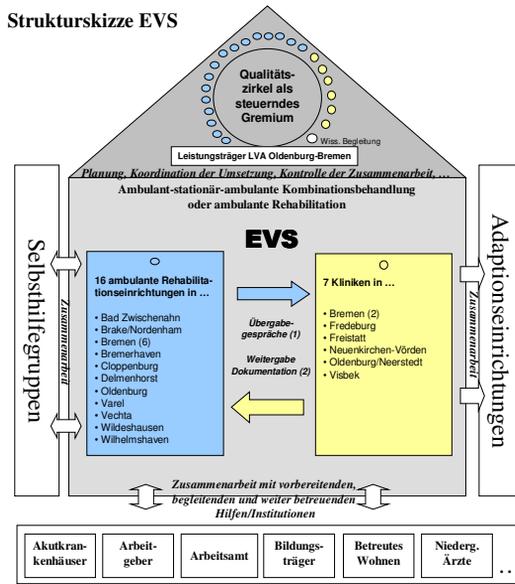


Abb. 34: Strukturskizze des Modellprojekts EVS