

**Knut Tielking, Gabriele Kuß
(Hrsg.)**

Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)

**Eröffnungsbericht
zu einem Modellprojekt
in der Region Oldenburg-Bremen**

**Band 5
der Schriftenreihe
„Sucht- und Drogenforschung“**



**Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg
2001**

Schriftenreihe "Sucht- und Drogenforschung"

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

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

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

Die Herausgeber

Verlag/Druck/
Vertrieb:

Bibliotheks- und Informationssystem
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 3-8142-0789-0

Inhalt

Verzeichnis der Abbildungen 15

Verzeichnis der Tabellen 19

Wolf-Dieter Scholz
Vorwort 21

Knut Tielking, Gabriele Kuß
Zusammenfassung 23

I. Bericht der wissenschaftlichen Begleitung

A. Grundlagen des Modellprojekts 25

**1 Wissenschaftliche Begleitung: Evaluation eines
Modellprojekts als Prozessforschung** 25

2	Forschungsstand zum Thema "Kooperation in der Rehabilitation von Alkoholabhängigen"	29
2.1	Kooperationsmodelle in Deutschland: Ein Überblick	29
2.1.1	Das Tübinger Modell: Kombination stationärer und ambulanter Therapie	31
2.1.2	Das Modellprojekt "Intervalltherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit"	32
2.1.3	Das Modellprojekt Kassel: "Tagesklinik für Suchtkranke des psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen"	35
2.1.4	Das Modellprojekt "Nachgehende Sozialarbeit"	36
2.1.5	Das Modellprojekt in der Pfalz (Eußerthal) "Inte- grierte stationär-ambulante Rehabilitation (ISAR)"	39
2.2	Konsequenzen aus den Modellprojekten	40
2.3	Forschungsbedarf im Bereich der LVA Oldenburg- Bremen auf der Basis der Erkenntnisse aus bisherigen Modellversuchen	43
2.4	Ergebnisse der Studie "Effektivität von Alkoholentwöhnung" zum Thema "Kooperation"	46
3	Kooperationsstandards: Theoretische und prak- tische Voraussetzungen für die Implementierung eines Verbundsystems	49
3.1	Aspekte für die Entwicklung von Kooperation	49

3.2	Matrix "Kooperationsstandards" zur Entwicklung, Analyse und Bewertung von Kooperation	54
3.3	Ergebnisse einer Bewertung von Kooperationsmodellen auf der Grundlage der Matrix "Kooperationsstandards"	61
4	Qualitätsmanagement-Elemente als strukturelle Möglichkeit zur Umsetzung des Modellprojekts	75
4.1	Qualitätsmerkmale in der Rehabilitation	75
4.2	Qualitätszirkel als Forum der an der Rehabilitation Beteiligten	78
5	Fragestellungen und Ziele des Modellprojekts	81
5.1	Zentrale Fragestellungen und Ziele	81
5.2	Teilfragestellungen und Ziele	82
B.	Methode	85
6	Untersuchungsaufbau	85
6.1	Methodische Vorüberlegungen im Zusammenhang der Modellkonzeption	85
6.2	Untersuchungsgegenstand	86
6.3	Datenschutzkonzept	88

7	Methodische Umsetzung	93
7.1	Modell- und Kontrollgruppe	93
7.1.1	Auswahl der Einrichtungen	93
7.1.2	Ziele des Vergleichs	95
7.2	Quantitative Erhebungen	96
7.2.1	Grundlagen der Entwicklung der Erhebungsinstrumente	96
7.2.2	Skalenkonstruktion, Umfang und inhaltliche Struktur der Erhebungsinstrumente	98
7.2.3	Patienten-/Klientenbefragung ¹	108
7.2.4	Therapeutenbefragung	113
7.2.5	Durchführungsplan der Patienten- und Therapeutenbefragung	116
7.3	Qualitative Erhebungen	117
7.3.1	Interviewverfahren	117
7.3.2	Teilstandardisierte schriftliche Verfahren	118
7.3.3	Verfahren zur Dokumentenanalyse	119
8	Vorbereitung der Auswertungen	121
8.1	Stichprobenverfahren	121
8.2	Datenaufbereitung für rechnergestützte Datenanalyse	122
8.3	Auswertung der qualitativen Erhebungen	123

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit des Textes wird in diesem Bericht nur die männliche Bezeichnungsform gewählt. Selbstverständlich ist die weibliche Anrede stets mitgemeint.

9	Zeit- und Ablaufplanung	125
C.	Ergebnisse der Anfangsphase des Modellprojekts	127
10	Profile der beteiligten Einrichtungen	127
10.1	Die Versorgungssituation der Region Oldenburg/Bremen	127
10.2	Modellgruppe	129
10.2.1	Ambulante Versorgung	129
10.2.2	Stationäre Versorgung	135
10.3	Kontrollgruppe	137
10.3.1	Ambulante Versorgung	137
10.3.2	Stationäre Versorgung	143
10.4	Die Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen	146
11	Etablierung eines Qualitätszirkels als Plattform für Entscheidungs- und Veränderungsprozesse innerhalb des Verbunds	149
11.1	Zum Verständnis und zur Bedeutung der Qualitätszirkelarbeit im Rahmen des Modellprojekts	149
11.2	Modalitäten der Zusammenarbeit	151
11.3	Konstituierung der teilnehmenden Einrichtungen	155

12	Die wichtigsten Ergebnisse der bisherigen Qualitätszirkelarbeit	157
12.1	Der Leistungsrahmen: Das "Rahmenkonzept für das Modellprojekt EVS"	157
12.1.1	Konzeptentwicklung	157
12.1.2	Ziele	158
12.1.3	Leistungsrahmen und Antragsverfahren	158
12.1.4	Zielgruppe	165
12.1.5	Anforderungen an die Einrichtungen	166
12.1.6	Qualitätsmanagement	166
12.1.7	Diskussion des Rahmenkonzepts und Ansätze zur Fortschreibung	167
12.2	Das gemeinsame Behandlungskonzept der ambulanten und stationären Leistungsanbieter	171
12.2.1	Grundlage einer abgestimmten ambulant-stationären Behandlung	171
12.2.2	Die Struktur des Behandlungskonzepts	172
12.2.3	Die Zielgruppe	173
12.2.4	Theoretische Grundlagen der Behandlung	175
12.2.5	Ambulante und stationäre Therapieziele	175
12.2.6	Ambulante und stationäre Behandlungsangebote im Rahmen der medizinischen Rehabilitation unter Berücksichtigung individueller Therapiezeiten	182
12.2.7	Information der Patienten/Klienten	195
12.2.8	Kooperation der Einrichtungen	197
12.2.9	Antragsverfahren und Dokumentation gegenüber dem Leistungsträger	208

12.2.10	Diskussion des Behandlungskonzepts und Ansätze zur Fortschreibung	209
12.3	Die Kooperationsvereinbarung	218
12.4	Diagnostisches Vorgehen innerhalb kombiniert ambulant-stationärer Rehabilitation	220
12.5	Themensammlung: Bedeutsame Themen für die weitere Arbeit im Qualitätszirkel	228
12.6	Ergebnisse einer Befragung der Teilnehmer des Qualitätszirkels	233
13	Informations-/Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Modellprojekts	243
14	Erste Ergebnisse der Patienten- und Therapeutenbefragung	245
14.1	Modellgruppe	245
14.1.1	Zur Anfangsbefragung der Patienten (PAB-M)	245
14.1.2	Zur Anfangsbefragung der Therapeuten (TAB-M)	250
14.1.3	Zur Befragung des ambulanten Therapeuten beim Wechsel des Klienten in die Fachklinik (TAWFK-M)	254
14.1.4	Zur Befragung des Patienten nach Wechsel in die Fachklinik (PWFK-M)	258

14.1.5	Zur Befragung des stationären Therapeuten nach Wechsel des Patienten in die Fachklinik (TWFK-M)	262
14.2	Kontrollgruppe	264
14.3	Tendenzen aus den Daten Januar bis Juni 2001	264
D.	Ausblick auf den weiteren Verlauf des Modellprojekts	267

II.	Berichte aus den Einrichtungen	
E.	<i>Thomas Ahlrichs, Heiko Hedden</i> Veränderung der Aufgabenstellungen in der SBB Friesland durch die Entwöhnung im Verbund	271
F.	<i>Wolfgang Schmidt</i> Veränderungen in der Fachklinik Oldenburger Land durch das EVS-Projekt	275
G.	<i>Petra Lampe</i> Auswirkungen des Projekts aus Sicht des Leistungsträgers	277
H.	<i>Ferdinand Mantel</i> Entwöhnung im Verbundsystem (EVS): Auswirkungen des Modellprojekts aus Sicht des Sozialmedizinischen Dienstes des Leistungsträgers	281
	Literatur	285
	AutorInnen/TeilnehmerInnen des Qualitätszirkels	293
	Anhang	295

Verzeichnis der Abbildungen

Nr.	Bezeichnung der Abbildungen	
1	"Eckpfeiler" des Modellprojekts EVS	24
2	Kooperationsbereiche im Blickfeld der medizinischen Rehabilitation	30
3	Ebenen eines Verbundsystems	51
4	Matrix "Kooperationsstandards" als Rahmenschema für die Etablierung von Kooperationsmodellen (Übersicht)	55
5	Matrix "Kooperationsstandards" als Rahmenschema für die Etablierung von Kooperationsmodellen	58
6	Beurteilung von Modellprojekten anhand der Matrix "Kooperationsstandards"	62
7	Zuständigkeiten im Qualitätsmanagement	77
8	Patientenbefragung Modellgruppe - Variante ambulanter Behandlungsverlauf	109
9	Patientenbefragung Modellgruppe - Variante ambulant-stationär-ambulanter Behandlungsverlauf	109
10	Patientenbefragung Modellgruppe - Variante ambulant-stationär-ambulanter Behandlungsverlauf (mehrere Wechsel)	110
11	Patientenbefragung Kontrollgruppe - Variante ambulanter Behandlungsverlauf	111
12	Patientenbefragung Kontrollgruppe - Variante ambulant-stationär-ambulanter Behandlungsverlauf	112

16		
13	Patientenbefragung Kontrollgruppe - Variante ambulante Vermittlung der stationären Entwöhnung	112
14	Therapeutenbefragung Modellgruppe - Variante ambulanten Behandlungsverlauf	113
15	Therapeutenbefragung Modellgruppe - Variante ambulante-stationär-ambulante Behandlungsverlauf	113
16	Therapeutenbefragung Modellgruppe - Variante ambulante-stationär-ambulante Behandlungsverlauf (mehrere Wechsel)	114
17	Therapeutenbefragung Kontrollgruppe - Variante ambulanten Behandlungsverlauf	115
18	Therapeutenbefragung Kontrollgruppe - Variante ambulante-stationär-ambulante Behandlungsverlauf	115
19	Therapeutenbefragung Kontrollgruppe - Variante ambulante Vermittlung der stationären Entwöhnung	115
20	Einrichtungen des Suchtkrankenhilfesystems in der Region Oldenburg/Bremen (Land Niedersachsen)	128
21	Muster einer Tagesordnung für die Arbeit im Qualitätszirkel	153
22	Aktionsplan für die Nachbereitung einer Qualitätszirkel-Sitzung	154
23	Ablaufschema in EVS	159
24	Übersicht über die Behandlungsvarianten in der EVS	162
25	Bonussystem für die EVS	163
26	Struktur des therapeutischen Gesamtkonzepts EVS	172
27	Schematische Darstellung des Phasenverlaufs einer ambulanten Behandlung	190

28	Analyse des therapeutischen Gesamtkonzeptes EVS anhand der Matrix zur Beurteilung von Kooperationsmodellen	210
29	Überblick über die Diagnostik ambulanter Rehabilitationseinrichtungen	221
30	Überblick über die Diagnostik stationärer Rehabilitationseinrichtungen	223
31	Zufriedenheit der Patienten mit ihrer vorhandenen bzw. nicht vorhandenen Partnerschaft	246
32	Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Freundeskreis	247
33	Derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit der Patienten	247
34	Bewertung der Informationen über die Behandlung seitens der Patienten	250
35	Für den Patienten geplanter zeitlicher Umfang des ersten Klinikaufenthalts im Rahmen der EVS-Behandlung	252
36	Belegung der Fachkliniken in EVS	255
37	Einschätzungen der ambulanten Therapeuten zum Nutzen des Übergabegesprächs hinsichtlich des Informationsgehalts für die weitere Behandlung des Patienten	258
38	Bewertung seitens der Patienten, wie wichtig ihnen die Begleitung in die Fachklinik durch den Bezugstherapeuten ist	259
39	Einschätzungen der stationären Therapeuten zum Nutzen des Übergabegesprächs hinsichtlich des Informationsgehalts für die weitere Behandlung des Patienten	262

18

40 Einschätzungen der stationären Therapeuten zum
Nutzen des Übergabegesprächs hinsichtlich des
Zugangs zum Patienten

263

Verzeichnis der Tabellen

Nr.	Bezeichnung der Tabellen	
1	Umfang der Patientenbefragung im Rahmen der Modellgruppe	99
2	Umfang der Patientenbefragung im Rahmen der Kontrollgruppe	99
3	Umfang der Therapeutenbefragung im Rahmen der Modellgruppe	100
4	Umfang der Therapeutenbefragung im Rahmen der Kontrollgruppe	101
5	Übersicht über die zum Eröffnungsbericht analysierten Fragebögen	245
6	Kontakte zum Hilfesystem vor der Entwöhnungsbehandlung im Verbund	248
7	Einschätzungen der Patienten zur Gesamtbehandlungszeit	248
8	Arbeits- und Berufsbezogene Angebote, die nach Meinung der Therapeuten für die Klienten vorgehalten werden sollten	250
9	Frequentierung der Behandlungsvarianten in EVS	251
10	Angaben der ambulanten Therapeuten, inwiefern sie sich mit den stationären Kollegen hinsichtlich der Therapieplanung für die Klienten abstimmen	253
11	Kurzfristige Bereitstellung von stationären Therapieplätzen	253

12	Gründe, die gegen die Fortsetzung der Behandlung im ambulanten Setting von den ambulanten Therapeuten angeführt werden	255
13	Teilnehmender Personenkreis bei Übergabegesprächen ambulant-stationär	257
14	Im Übergabegespräch vereinbarte Aufgaben für den ambulanten Therapeuten	257
15	Diagnostische/Anamnestiche Befragung durch die Therapeuten	261
16	Stationäre Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit und deren Zuordnung zu den stationären Leistungsanbietern (1999)	295
17	Stationäre Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit und deren Zuordnung zu den stationären Leistungsanbietern (2000)	296
18	Ambulante Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit und deren Zuordnung zu den ambulanten Leistungsanbietern (1999)	297
19	Ambulante Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit und deren Zuordnung zu den ambulanten Leistungsanbietern (2000)	298
20	Ambulante Nachsorge-Behandlungen wegen Alkoholabhängigkeit und deren Zuordnung zu den ambulanten Leistungsanbietern (1999)	299
21	Ambulante Nachsorge-Behandlungen wegen Alkoholabhängigkeit und deren Zuordnung zu den ambulanten Leistungsanbietern (2000)	300

Wolf-Dieter Scholz

Vorwort

Der hier vorgelegte Bericht ist eine Zwischenbilanz der bisherigen Arbeiten des Modellprojekts "Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)". Die Landesversicherungsanstalt (LVA) Oldenburg-Bremen und die Carl von Ossietzky Universität Oldenburg verfolgen mit dem Modellprojekt das gemeinsame Ziel, die Qualität von Alkoholentwöhnungsbehandlungen zu verbessern und noch wirkungsvoller zu gestalten.

Die fruchtbare Kooperation zwischen der LVA und der Arbeitsstelle "Sucht- und Drogenforschung (SAUS)" an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg besteht seit nunmehr 5 Jahren und hat durch das Modellprojekt "Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)" eine kontinuierliche Fortführung, bereits gemeinsam entwickelte Ansätze, neue Strukturen in der Rehabilitation Alkoholabhängiger zu schaffen und deren Effizienz zu überprüfen.

Dieses neue Projekt hat vor etwa einem Jahr seine Arbeit aufgenommen. Es ist uns wichtig, die bisherigen Ergebnisse der Arbeit in dem hier nun vorgelegten Eröffnungsbericht über das erste Projektjahr zu dokumentieren. Damit soll die Möglichkeit eröffnet werden, den Stand der Arbeit nachzuvollziehen und den notwendigen Diskurs über geeignete Wege, die Alkoholentwöhnungsbehandlung zu optimieren, auf eine breitere Grundlage zu stellen.

Der Bericht macht deutlich, dass die (Weiter-)Entwicklung der Versorgungsstruktur bereits in diesem ersten Projektjahr in Form der Implementierung eines regionalen, trägerübergreifenden Verbundsystem zwischen ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen und Kliniken erfolgreich umgesetzt werden konnte. Dabei wurde gleichfalls die Zusammenarbeit zwischen der LVA und ihren Kooperationseinrichtungen weiter verbessert.

Angesichts knapper werdender Finanzmittel für den Gesundheitsbereich und dem Ziel, das Kosten-Leistungsverhältnis neu zu bestimmen, ist auf allen Ebenen des Gesundheitssektors ein geschärftes Kostenbewusstsein unerlässlich. Kosten-/Leistungssträger wie die Rentenversicherungsträger müssen vor diesem Hintergrund Wege finden, die Mittel der Versicherungsgemeinschaft noch wirkungsvoller als bisher einzusetzen. Das gilt auch für den hier untersuchten Bereich der Verbesserung der Behandlungsqualität und ihrer Ergebnisse zum Wohle der Alkoholabhängigen aber auch unserer Gesellschaft.

Zur Verfolgung dieses Ziels stehen verschiedene Konzepte zur Verfügung, die aus einer betriebswirtschaftlichen Tradition heraus entwickelt wurden und die mit der Intention einer effizienten Ressourcennutzung für unser Modellprojekt sorgfältig auf ihre Tragfähigkeit überprüft worden sind. Dabei haben sich, wie der Bericht zeigt, Elemente aus Qualitätsmanagement-Konzepten - insbesondere die Qualitätszirkelarbeit - als sinnvolle Hilfestellung erwiesen.

Für die weitere Projektlaufzeit werden die laufenden Befragungen der Patienten- und Therapeuten Auskunft über die Nachhaltigkeit der Veränderungen im Sinne der Projektziele liefern. Auch diese Evaluationsergebnisse sollen veröffentlicht werden.

Im Mittelpunkt unserer gemeinsamen Forschungsarbeit steht das Ziel, die Alkoholentwöhnungsbehandlung zu optimieren. Darüber hinaus wird aber mit diesem Projekt ein wichtiger Beitrag geleistet, die im Dezember 1999 abgeschlossenen Kooperationsvereinbarung zwischen der LVA und der Universität mit Leben zu erfüllen. Wir sind so optimistisch zu glauben, dass sich dieses positiv für die Region Oldenburg-Bremen auswirken wird.

Knut Tielking, Gabriele Kuß

I. Bericht der wissenschaftlichen Begleitung

Zusammenfassung

Als Konsequenz aus den Ergebnissen der von der LVA Oldenburg-Bremen geförderten Studie "Effektivität von Alkoholentwöhnung" (vgl. Meyenberg/Tielking 1999, dies. 2000; Tielking 2000) zeigt das Modellprojekt (Laufzeit 2000 bis 2003) Möglichkeiten neuer Strukturen in der Rehabilitation Alkoholabhängiger auf, deren Effizienz überprüft wird. Zu diesem Zweck wurde ein trägerübergreifendes Verbundmodell ambulanter und stationärer Rehabilitationseinrichtungen ins Leben gerufen. In den beteiligten Einrichtungen werden Versicherte der LVA Oldenburg-Bremen aufgrund von Alkoholabhängigkeit behandelt. Neben dem Verbundmodell, das der Verbesserung der Kooperation zwischen Leistungsanbietern dient, wurden bzw. werden darüber hinaus Aufgabendefinitionen und -zuweisungen entwickelt, die zur Optimierung der Kooperation zwischen der LVA Oldenburg-Bremen und ihren Kooperationseinrichtungen beitragen sollen. Als entsprechendes Forum dient ein sogenannter Qualitätszirkel (QZ), dessen Aufgaben und Ziele im Rahmen des Modellvorhabens definiert und fortgeschrieben wurden bzw. werden.

Der Eröffnungsbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Der erste Teil (I) ist der Bericht der wissenschaftlichen Begleitung über das erste Projektjahr, der zweite Teil (II) gibt Einschätzungen zum Modellprojekt aus Sicht beteiligter Einrichtungen wieder.

Im Bericht der wissenschaftlichen Begleitung werden zunächst die Grundlagen des Modellprojekts in Kapitel A. vorgestellt, um den theoretischen Bezugsrahmen und die Fragestellungen und Ziele des Vorhabens zu verdeutlichen.

Kapitel B. stellt den methodischen Teil und damit das Konzept der Evaluierung dar und gibt Einblick in die Ablaufplanung.

Dem fügt sich Kapitel C. in Form der Ergebnisse der Anfangsphase des Modellprojekts an.

Kapitel D. enthält abschliessend den Ausblick auf den weiteren Projektverlauf.

Die Kapitel des Eröffnungsberichts spiegeln die "Eckpfeiler" des Modellprojekts wider und sind in der nachstehenden Abbildung zusammengefasst:

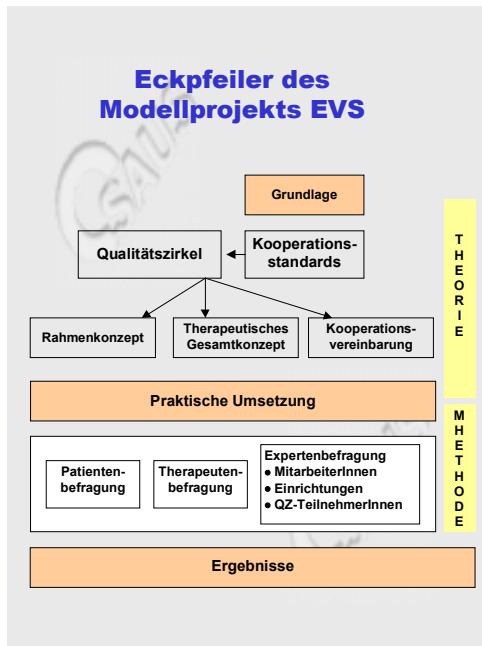


Abbildung 1: "Eckpfeiler" des Modellprojekts EVS

A. Grundlagen des Modellprojekts

1 Wissenschaftliche Begleitung: Evaluation eines Modellprojekts als Prozessforschung

Das Forschungsvorhaben richtet sich primär auf die Implementierung neuer Kooperationsformen und die Überprüfung der durch die Veränderungen erzielten Effekte. Diese Erprobung und Überprüfung von Veränderungen im Modell erschließt methodisch den Bereich der Evaluationsforschung als Begleitforschung. Das Vorhaben folgt einem Verständnis von Evaluationsforschung als wissenschaftlicher Teildisziplin, in der wissenschaftliche Methoden und Techniken für die Durchführung einer Bewertung angewendet werden, die Evaluation prozessbegleitend durchgeführt wird und zu einer Bewertung der Effektivität führt (vgl. Süß 1988, S. 6).

Die Evaluation als Begleitforschung zeichnet sich auch dadurch aus, dass bestehende Strukturen berücksichtigt werden und Beteiligte in die Entscheidungsfindung sowie bei der Durchführung, Umsetzung und Verbesserung von Programmen einbezogen werden. Dabei bleibt die Entscheidungshoheit und damit die tatsächliche Realisierung konkreter Schritte den Entscheidungsträgern (in diesem Fall die LVA Oldenburg-Bremen, die Einrichtungsträger) vorbehalten. In diesem Sinne werden Ergebnisse wie auch Teilergebnisse im Verlauf der Studie als Handlungsempfehlungen formuliert und den Entscheidungsträgern zur Verfügung gestellt. Die Evaluationsforschung als Prozessevaluation stellt in diesem Verständnis die Informationsbasis zur Verfügung, die eine kontrollierte, wissenschaftlich abgesicherte Entscheidung ermöglicht. Auf dieser Basis kann z.B. die Unternehmenspolitik der LVA Oldenburg-Bremen präzisiert und zu einer dokumentierten und damit nachvollziehbaren Verbesserung der Rehabilitation Alkoholabhängiger im Sinne der Unternehmensziele führen.

Kosten-/Leistungsträger wie die Rentenversicherungsträger müssen heute in Anbetracht knapper finanzieller Ressourcen Wege finden, wie mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Mittel die Leistungsausgaben für ihre Versicherten

möglichst optimal zu finanzieren sind. Eine Möglichkeit, regionale wie auch institutionelle Besonderheiten und spezifische Fragestellungen zu berücksichtigen, bieten entsprechende Modellprojekte. Dabei werden Erfahrungen aus anderen Regionen bzw. Modellprojekten herangezogen und die Wirksamkeit der Maßnahmen in diesem Fall in der Region Oldenburg-Bremen überprüft. Im Zusammenhang mit ambulant-stationären Verbundmodellen gilt es z.B. ein effektives Modelle für die hiesige städtisch-ländliche Struktur zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren.

Im Hinblick auf das Ziel eines effizienten Einsatzes der finanziellen Mittel der Versicherungsgemeinschaft beinhalten Kosten-/Nutzenüberlegungen die Suche nach Möglichkeiten der Verbesserung der Behandlungsqualität im Anspruch einer möglichst optimalen Behandlung zum Wohle der Alkoholabhängigen. Zur Verfolgung dieses Ziels stehen verschiedene Konzepte zur Verfügung, die aus einer betriebswirtschaftlichen Tradition heraus entwickelt wurden und unter dem Ziel einer effizienten Ressourcennutzung auf das Gesundheitssystem immer häufiger übertragen werden. Inwieweit entsprechende Konzepte bzw. Elemente aus z.B. Qualitätsmanagement- oder Case-Management-Konzepten sinnvolle Hilfestellung leisten können, wird im Rahmen des Modellprojekts entwickelt und überprüft.

Grundlegend für die Beurteilung von Effektivität und Qualität ist der Bezug auf wissenschaftlich anerkannte Kriterien. Speziell in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker gehen derartige Kriterien, d.h. die Grundlagen der Qualitätsbeurteilung auf Arbeiten von Donabedian (1966; 1972; 1982) und Wittmann (1990; 1995) zurück. Demnach werden drei Dimensionen von Qualität unterschieden:

1. *Strukturqualität*: Voraussetzungen für die Leistungserbringung, wie z.B. personelle, räumliche und technische Ausstattung der Einrichtung
2. *Prozessqualität*: 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 sich auf die Organisation des Ablaufs beziehen.
3. *Ergebnisqualität*: Erfolg der therapeutischen Maßnahmen, bezogen auf den jeweiligen Patienten. Der Erfolg kann sich auf die Wieder-

herstellung der Gesundheit, die Kompensation funktioneller Einschränkungen, die Vermeidung des Fortschreitens der Krankheit beziehen oder in der gesetzlichen Rentenversicherung auf den Erhalt und die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit beziehen (§ 10 SGB VI).

(vgl. VDR 1992, S. 215 f.)

Die Qualitätsdimensionen sind derart verbunden, dass die Struktur den Prozess und beide das Ergebnis bestimmen. Vor diesem Hintergrund müssen Verbundsysteme bei der Planung und Durchführung und hinsichtlich ihrer Auswirkungen diese Qualitätsdimensionen berücksichtigen. Entsprechend stellt aber auch das Forschungsvorhaben den Bezug zu den Ebenen der Qualität her.

2 Forschungsstand zum Thema "Kooperation in der Rehabilitation von Alkoholabhängigen"

2.1 Kooperationsmodelle in Deutschland: ein Überblick

Regionalisierung der Suchtkrankenhilfe, regionale Verbundsysteme, ambulant-stationäre Kooperationen, Kostenzuständigkeiten für ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sind Schlagworte in der Diskussion um den Auf- und Ausbau von Kooperation zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern zur Optimierung der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen. Insbesondere die EVARS (1991, 1996) sorgte aufgrund der Möglichkeit, rein ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen durchzuführen und ambulante mit stationären Maßnahmen zu kombinieren, für neue Ansätze der Verbundarbeit, die bisher bestehende Versorgungslücken schließen helfen sollten. Diese Tendenz zur Verstärkung der Verbundarbeit gehört in das Entwicklungsfeld der Individualisierung und Flexibilisierung der Therapielandschaft. Ziel ist es dabei Therapieerfolge mit einer, die Lebensumstände des Patienten/Klienten möglichst gering belastenden Maßnahme, zu erreichen (vgl. Kromer 1996, S. 8) und dadurch die Zugangsschwellen zu einer Behandlung für die Betroffenen zu verringern. Es geht um die Realisierung langfristiger, ganzheitlicher Konzepte mit möglichst nahtlosen Übergängen von der Kontaktaufnahme bis zur Nachsorge (vgl. Tasseit 1992, S. 17), wozu im verstärkten Umfang Verknüpfungen und damit Kooperationen zwischen dem stationären und ambulanten Bereich notwendig sind.

Um die Problematik der Übergänge bzw. Schnittstellen im Versorgungssystem für Suchtkranke deutlich zu machen, bildet die folgende Graphik die Vielzahl der beteiligten Institutionen im Rehabilitationsprozess ab, die im Sinne eines nahtlosen Gesamtbehandlungsverlaufs überbrückt und koordiniert werden müssen.



Abbildung 2: Kooperationsbereiche im Blickfeld der medizinischen Rehabilitation (Tielking 1999, S. 84).

Stellt man, wie in diesem Modellprojekt, die medizinische Rehabilitation im Rahmen kombinierter ambulant-stationärer Behandlungskonzepte in den Mittelpunkt der Betrachtung, erscheinen v.a. die Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern für den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahmen relevant. Der Erfolg einer Behandlung (z.B. hinsichtlich Abstinenz und Rückfall) ist im Zusammenhang mit Kooperations- und Vernetzungsnotwendigkeiten stets abhängig von strukturellen und prozessualen Gegebenheiten. In Anlehnung an Donabedian (1966), der für die Beurteilung von Rehabilitationsmaßnahmen die drei Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität heranzieht, kann auch für die Bewertung von Kooperationskonzepten die Beschreibung und Analyse dieser drei Aspekte als sinnvoll erachtet werden.

Nachfolgend wird eine Auswahl von Kooperationsmodellen aus der Versorgung Suchtkranker vorgestellt, die sich auf alle drei Sektoren (Suchtkrankenhilfe, psychosoziale Versorgung und medizinische Basisversorgung) beziehen und innerhalb des wissenschaftlichen Diskurses Bedeutung erlangt haben. Eine Ausnahme bildet hier das Modellprojekt "ISAR" (vgl. Knauf/Eichenlaub 1999), das aufgrund seiner Laufzeit von 1998 bis ins Jahr 2003

noch nicht abschließend bewertet werden kann. Dennoch lassen sich interessante Aspekte hinsichtlich des hier zu untersuchenden Gegenstands "Koope-ration innerhalb ambulant-stationärer Behandlungsprozesse" finden, weswegen es in den Überblick aufgenommen wird.

2.1.1 Das Tübinger Modell: Kombination stationärer und ambulanter Therapie

Bei dem Tübinger Modell (Mundle/Mann 1996) handelt es sich um ein seit 1978 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen bestehendes regional organisiertes Therapieangebot für Alkoholabhängige, das stationäre und ambulante Behandlungselemente kombiniert. Die Notwendigkeit zur Erprobung dieses neuen Ansatzes ergab sich aus dem Wissen darum, dass die regulären, meist sehr zeitintensiven stationären Entwöhnungsbehandlungen nur ca. ein bis zwei Prozent der Betroffenen (pro Jahr) erreichen. Dieser Differenz zwischen Behandlungsbedarf und tatsächlicher Frequentierung wird durch ein erweitertes, integratives Behandlungskonzept begegnet, das sich durch eine gemeindenähe Ausrichtung unter Einbeziehung der Angehörigen sowie des sozialen Umfeldes, eine verkürzte (sechswöchige) stationäre Therapiephase und eine anschließende einjährige ambulante Nachsorgephase auszeichnet. Letztere bietet insbesondere die Möglichkeit, die während der stationären Therapie erlernten Fertigkeiten und Verhaltensänderungen im Alltag umzusetzen und zu festigen. Bei schwer rückfälligen Patienten/Klienten können einwöchige stationäre Kriseninterventionen durchgeführt werden. Dieses Modell bietet v.a. denjenigen Patienten/Klienten Vorteile, die eine Behandlungsmotivation aus Ängsten vor einer längerfristigen Abwesenheit vom Arbeitsplatz oder dem sozialen Bezugssystem bisher nicht aufbringen konnten. Der therapeutische Ansatz dieses Modells ist durch die Integration von Therapieelementen aus unterschiedlichen Schulen (u.a. tiefenpsychologisch orientierte Gruppentherapie, Rollenspiele mit verhaltenstherapeutischen Elementen) gekennzeichnet (vgl. ebd., S. 447). Die Aufnahmekriterien für eine Behandlung werden in einem Vorstellungsgespräch überprüft und beziehen sich auf das Vorliegen einer Alkoholproblematik und evtl. einem weiteren psychiatrischen Symptom (z.B. Depressivität, Suizidalität, Ängste) sowie Gemeindenähe und der Bereitschaft eines Angehörigen zur regelmäßigen Teilnahme an der Therapie.

Die Behandlung gliedert sich in zwei Abschnitte, die stationäre und die ambulante Behandlung. Der Übergang von der stationären zur ambulanten Phase wird dadurch erleichtert, dass die geschlossenen Therapiegruppen (max. 13 Patienten/Klienten) in ihrer Zusammensetzung bestehen bleiben. Der Informationsfluss bezüglich des Therapieverlaufs als ein bei stationär-ambulanten Konzepten zu berücksichtigender Kooperationsaspekt ist aufgrund der personellen Kontinuität optimal gewährleistet.

Als Empfehlungen aus dem Modell, die ebenfalls für den Bereich der einrichtungsübergreifenden Kooperation von Relevanz sind, ergeben sich folgende Schwerpunkte: Es sollte eine differenzierte Diagnostik bezüglich Schwere und Stadium der Alkoholabhängigkeit durchgeführt werden, um den Betroffenen der geeigneten Interventionsform zuführen zu können. Die Motivation der Betroffenen ist bereits in frühen Phasen der Inanspruchnahme therapeutischer Maßnahmen (z.B. bereits während der Entgiftung) zu steigern, damit die Notwendigkeit und Möglichkeit einer umfassenden, individuellen Behandlung realisiert wird.

Die Erfolgsqualität hinsichtlich der katamnestisch erhobenen Abstinenzraten der Behandelten ist trotz verkürzter stationärer Therapiedauer mit anderen Studien vergleichbar (z.B. MEAT von Küfner/Feuerlein 1989). Etwa die Hälfte der behandelten Patienten/Klienten – 48,6 Prozent – war nach zehn Jahren abstinent; Vergleichszahlen aus der MEAT-Studie liegen bei 46,3 Prozent.

2.1.2 Das Modellprojekt "Intervalltherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit"

Im Jahre 1988 wurde in Rheinland-Pfalz ein vierjähriges, regionales Modellprojekt implementiert, das einen flexibel gestaltbaren, kombiniert ambulanten-stationären Rehabilitationsverlauf bei Suchterkrankungen ermöglichte. Unter Beteiligung von zwei Fachkliniken und sechs ambulanten Beratungsstellen, dem Kosten-/Leistungsträger Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz, dem Ministerium für Soziales und Familie Rheinland-Pfalz (MSF) sowie der wissenschaftlichen Begleitung durch das Institut für Therapieforchung in München wurde ein Kooperationskonzept entwickelt, das der starren Trennung von unterschiedlichen Therapieformen (stationär versus ambulant) im

herkömmlichen Versorgungssystem Suchtkranker entgegenwirken und eine bedarfsorientierte, individuelle Behandlung gestatten sollte.

Durch die Gewährleistung einer pauschalen Kostenzusage des Rehabilitationsprozesses für ein Jahr (wobei der Zeitraum der ersten stationären Phase mindestens acht Wochen betragen muss und in den weiteren Abschnitten eine Gesamtbehandlungsdauer von sechs Monaten nicht überschreiten darf) konnten die Übergänge in den Therapieformen vergleichsweise unbürokratisch und schnell geregelt werden. Ein optimaler Rehabilitationsverlauf im Sinne des Modells umfasste eine anfänglich ambulante Beratung, die in einen stationären Aufenthalt variabler Dauer mündete, wobei der Patient/Klient anschließend in die vermittelnde Beratungsstelle und eventuell sogar an denselben Therapeuten zur Nachsorge zurückgeführt wurde. Im Falle akuter Krisen bzw. eines schweren Rückfalls konnte eine erneute stationäre Phase in Anspruch genommen werden.

An dem Modellversuch nahmen 95 Patienten/Klienten teil, die in den beteiligten Einrichtungen im Rahmen medizinischer Rehabilitation behandelt wurden. Die Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern wurde verbindlich festgelegt; es kam einmal monatlich zu gemeinsamen Sitzungen, bei denen über Probleme des Modells wie auch über einzelne Patienten/Klienten gesprochen wurde. Zudem gab es zwischen ambulanten und stationären Mitarbeitern diverse telefonische Kontakte sowie während der stationären Therapiephase durchschnittlich drei Fallbesprechungen mit einer Dauer von zehn bis 60 Minuten (Durchschnitt 24 Minuten) (vgl. Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz 1994, S. 21). Die Vielzahl der Gespräche und gegenseitigen Besuche führte zu dem positiven Effekt, dass sich die Beteiligten im Projektverlauf persönlich kennenlernten und bestehende Vorurteile abgebaut werden konnten.

Hinsichtlich des für ein solches Modell notwendigen Kooperationsbedarfs sind auf der strukturellen Ebene folgende Maßnahmen getroffen worden:

- Etablierung eines Koordinators in jeder Fachklinik mit dem Aufgabenfeld der organisatorischen Abstimmung der kooperierenden Einrichtungen
- Einführung monatlicher Arbeitstreffen der Kooperationspartner unter wissenschaftlicher Begleitung (Protokollierung)

Auf der Prozessebene von Kooperation sind im weiteren die nachfolgenden Aspekte berücksichtigt oder als Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Modells genannt worden:

- Nahtlose Überleitung in die ambulante Therapie durch verbindliche Terminvereinbarungen vor Beendigung der stationären Phase (von den Modellklienten hatten trotz fokussierter Kooperationsbemühungen nur 59 Prozent einen festen Termin mit der weiterbehandelnden Beratungsstelle; 20 Prozent der Behandelten brachen die Therapie im Übergang zur ambulanten Phase ab)
- Begleitung der stationären Behandlung durch Kontakte/Besuche des ambulanten Therapeuten
- Vermittlung von Sicherheit an den Patienten/Klienten durch Skizzierung eines Gesamtbehandlungsverlaufs, der explizit die Möglichkeit von weiteren stationären Phasen im Krisenfall vorsieht
- Definition eines gemeinsamen Begriffsverständnisses (z.B. Was ist ein Rückfall?) zur Gewährleistung einer einheitlichen Entscheidungs- und Handlungsgrundlage

Auch dieses Modell hat sich im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die den regulären meist kürzeren Gesamtbehandlungszeitraum bei längeren stationären Phasen durchlaufen hat, im Hinblick auf die Abstinenzrate als genauso effektiv erwiesen (Drei-Monats-Katamnese: 80 Prozent Abstinente). Über längerfristige Erfolgsdaten (Ein-Jahres-Katamnese) konnten aus Gründen des zu geringen Rücklaufs in der Modellgruppe keine aussagekräftigen Angaben gemacht werden.

In der Gesamtbewertung des Modells wird betont, dass die Intervalltherapie für einige Patienten/Klienten eine echte Alternative zur herkömmlichen, stationären Entwöhnungsbehandlung darstellt. Im Hinblick auf eine mögliche Übertragung des Projekts auf andere Leistungsanbieter wird aber auf Verbesserungsansätze hingewiesen. Genannt werden neben den schon angeführten Aspekten u.a. eine höhere Anzahl von Einzelgesprächen, ein Verzicht auf offene Therapiegruppen und insbesondere eine bessere Vorbereitung der stationären Therapie (vgl. ebd., S. 33). Ein Problem stellt im weiteren dar, dass es derzeit keine speziellen Indikationskriterien für diese Behandlungsform in Intervallen gibt.

2.1.3 Das Modellprojekt Kassel: "Tagesklinik für Suchtkranke des psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen"

Die Kurztherapiestation des psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen und die Tagesklinik Kassel sind seit 1992 an einem Modellprojekt zur regionalen Kooperation von Rehabilitationseinrichtungen mit weiteren Hilfen des Sozialsystems beteiligt. Es geht hier um die Koordination von Hilfeangeboten seitens Suchtklinik, Tagesklinik, allgemeinen Krankenhäusern, Beratungsstellen, niedergelassenen Ärzten, Selbsthilfegruppen und betrieblichen Einrichtungen. Im Behandlungskonzept des Modellprojekts wird der systematische Bezug zur Lebenswelt der Patienten/Klienten betont. Dieser soll durch ein wohnortnahes therapeutisches Angebot, die systematische Einbeziehung der Partner und der Familie des Patienten/Klienten, einen frühzeitigen Kontakt zur Selbsthilfegruppe und insbesondere durch regelmäßige Kontakte zur Arbeitswelt sichergestellt werden. Letztere nehmen in der Behandlung einen großen Stellenwert ein und sind durch eine Vielzahl formeller Kooperationen der Tagesklinik mit Industriebetrieben, dem Einzelhandel, der Verwaltung, dem Dienstleistungsbereich und sogenannten "beschützten Betrieben" geregelt.

In Form von Aquisitionsgesprächen werden geeignete Betriebe ausgewählt und durch Arbeits- bzw. Fallbesprechungen am Therapieverlauf des jeweiligen Patienten/Klienten beteiligt. Am sogenannten "Runden Tisch" treffen alle an der Fallproblematik Beteiligten, (z.B. Therapeut, Klient, Betriebsangehöriger, Familienmitglied) gleich zu Beginn des Behandlungsprozesses zusammen und tragen zur Exploration und Zielplanung bei. In Abhängigkeit von der Stabilität und Mitwirkungsmöglichkeit des Patienten/Klienten und unter Hinzunahme von Screening-Verfahren wird hier über

den weiteren (vorläufigen) Behandlungsverlauf entschieden, der eine eventuelle stationäre Phase, einen drei- bis achtwöchigen Aufenthalt in der Tagesklinik sowie eine ambulante Nachsorgephase umfassen kann.

Die Ergebnisqualität der vorgeschlagenen Behandlungsform wird im Sinne einer adaptiven Indikationsstrategie (vgl. Ebeling 1997, S. 130) in regelmäßigen Abständen überprüft. Dabei werden Behandlungsmaßnahmen und -ziele im Hinblick auf ihre Angemessenheit bzw. Umsetzung beurteilt.

Angaben zur Prozessqualität innerhalb dieses Modellprojekts belaufen sich auf die Anwendung von standardisierten Planungs- und Dokumentationsinstrumenten, dem "Hilfeplan", in dem auch die Zuständigkeiten von Hilfemaßnahmen schriftlich festgelegt sind. Um die Vielzahl von unterschiedlichen Angeboten zu koordinieren, wurde die Funktion des Case Managers eingeführt. Diese wird vom Bezugstherapeuten der Tagesklinik wahrgenommen, nicht zuletzt um therapeutische Gesichtspunkte ausreichend zu berücksichtigen. Greift man Erkenntnisse des Modells im Hinblick auf die Umsetzung bzw. die Arbeitsbelastung durch Tätigkeiten im Zusammenhang mit Kooperations- und Koordinierungsaufgaben heraus, so belegt die Analyse der Leistungsdokumentation der Therapeuten, dass der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit nach wie vor auf den Gruppenangeboten liegt. Ungefähr ein Drittel der Arbeitszeit findet nicht im direkten Klientenkontakt statt, sondern umfasst einzelfallbezogene indirekte und fallübergreifende Leistungen, wie z.B. Kooperationsgespräche. Bei der Beurteilung der Zusammenarbeit durch die Kooperationspartner der Klinik, die in größeren Abständen zu gemeinsamen Informations- und Qualitätsmanagement-Treffen zusammenkommen, wurden vor allem Defizite bei Abläufen im Aufnahme- und Entlassverfahren der Klinik genannt. (vgl. Engler/Schlanstedt 1998, S. 69 ff.).

2.1.4 Das Modellprojekt "Nachgehende Sozialarbeit"

Bei dem Modellprojekt "Nachgehende Sozialarbeit" handelt es sich um ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aufgelegtes Kooperationskonzept, das bundesweit in 46 regional organisierten Modellen erprobt wird. Mehrere wissenschaftliche Begleitinstitute wie die FOGS (Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich, Köln) als federführende Einrichtung, das IFT (Institut für Therapieforchung, München) und das ISS (Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Frankfurt am Main) sind mit der Evaluation des Vorhabens beauftragt. Als beratendes und hinsichtlich der Kooperation steuerndes Gremium ist ein wissen-

schaftlicher Beirat unter Teilnahme der Förderer, der wissenschaftlichen Begleitung und verschiedener Experten gegründet worden.

Durch die gezielte Vernetzung der unterschiedlichen Hilfeangebote im sozialen System soll die wechselseitige Information der Einrichtungen aus den drei Sektoren (traditionelle Suchtkrankenhilfe, psychosoziale Versorgung, medizinische Versorgung) erhöht und dadurch die Rahmenbedingungen für Behandlungsverläufe im Suchtbereich verbessert werden. Man hofft als Konsequenz dieser Neustrukturierungen die Erreichbarkeit der anvisierten Zielgruppe von Alkohol- und Mehrfachabhängigen zu steigern, den Kontakt zu den Betroffenen langfristig aufbauen zu können, und somit die Veränderungsbereitschaft zum Ausstieg aus der Sucht zu erhöhen. Vor allem für die zweite Zielgruppe sollen sinnvolle Definitionen des Begriffs "Mehrfachabhängigkeit" festgelegt und die entsprechende Betroffenenrate ermittelt werden.

Der Zugang zu diesen übergreifenden Daten wird durch den sogenannten Koordinator ermöglicht, der in jeder Modellregion eingesetzt wird (vgl. FOGS 1998, Abschnitt 2.2). Seine Aufgaben beziehen sich auf die Bestandsaufnahme vorhandener Hilfeangebote in allen drei Sektoren sowie die Ermittlung der Anzahl von Abhängigen. Er soll Versorgungs- und Kooperationsstrukturen transparent machen, bestehende Mängel aufdecken und die suchtspezifische Qualifikation der Mitarbeiter in der psychosozialen und medizinischen Versorgung fördern.

Durch die enge (ein- bis dreiwöchig stattfindende) Zusammenarbeit mit dem in der selben Region eingesetzten Case Manager wird das Wissen um die vorhandenen Versorgungsstrukturen in die Fallebene getragen. Der Case Manager arbeitet einzelfallorientiert und ist für die aktive Kontaktaufnahme und den Beziehungsaufbau mit dem betroffenen Klientel zuständig (vgl. ebd., S. 47). Der Zugang zu den Abhängigkeitserkrankten soll sich laut Modellkonzept nicht an dem gängigen Abstinenzparadigma orientieren und auch nicht die übliche "Komm-Struktur" widerspiegeln, um die Erreichbarkeit der Betroffenen zu steigern.

Der Case Manager stellt in diesem Ansatz das zentrale Bindeglied zwischen Klient und Versorgungssystem dar und versucht mittels standardisierter Erhebungsinstrumente (Kurzkontaktbogen, Klientendokumentation, Hilfeplanbogen) den individuellen Bedarf, zu erarbeitende Behandlungsziele sowie die zu beteiligenden Personen bzw. Einrichtungen zu ermitteln. Dabei kommt dem Dokumentationsinstrument "Hilfeplanbogen" eine besondere Bedeutung zu: Es ermöglicht zum einen qualitätssichernde Maßnahmen, da die verschriftlichten Ziel- und Hilfevereinbarungen im fortlaufenden Behandlungsprozess überprüft und gegebenenfalls neubewertet bzw. angepasst werden können, zum anderen dient es der verbindlichen Zuordnung von Zuständigkeiten und Aufgaben, indem die beteiligten Einrichtungen/Personen in ihrem Hilfebeitrag festgelegt und anschließend kontaktiert werden.

Die Tätigkeit des Case Managers wird ebenfalls in standardisierter Weise (Leistungs- und Tätigkeitsdokumentation) transparent gemacht und belegt die Notwendigkeit von Funktionsträgern, die organisierende und im Bereich des sozialen Hilfesystems verknüpfende Aufgabenstellungen übernehmen: Die Tätigkeitsanalyse der Case Manager zeigt, dass es pro Alkoholabhängigen ($n = 101$) durchschnittlich noch 1,7 mitbetreuende Einrichtungen gibt (vgl. ebd., S. 126). Im weiteren liegt der zeitliche Arbeitsaufwand für die Erschließung fallbezogener Hilfen bei 22 Prozent (vgl. ebd., S. 110). Der Aufwand für übergreifende nicht direkt klientenbezogene Arbeiten (Organisation, Konzeption, Kontaktpflege, Fortbildungen) befindet sich mit 50 Prozent über den entsprechenden Zeiten für anderes Klientel (Drogenabhängige). Letzteres Ergebnis kann im Zusammenhang mit den stärker vorhandenen strukturellen und konzeptionellen Mängeln im Hilfeangebot für Alkoholabhängige gesehen werden und betont erneut den Veränderungsbedarf im Hinblick auf stärkere Vernetzung (vgl. ebd., S. 119).

Ohne auf weitere Details dieses Modellprojekts einzugehen, weist bereits dieser Ausschnitt aus den Ergebnissen insbesondere auf den hohen Anteil organisierender und vermittelnder Tätigkeiten in der Suchtkrankenhilfe hin. Stellen die Ergebnisse den Aufwand für den Funktionsträger Case Manager; der speziell im Rahmen dieses Modellprojekts koordinierende Aufgaben bewältigen soll, dar, so ist zu fragen, wie Einrichtungen entsprechende Aufgaben wahrnehmen, die einen derartigen Funktionsträger nicht haben.

2.1.5 Das Modellprojekt in der Pfalz "Integrierte stationär-ambulante Rehabilitation (ISAR)"

Seit März 1998 existiert an der Fachklinik Eußerthal ein Modellprojekt zur Implementierung eines stationär-ambulanten Gesamtrehabilitationsverlaufs, der sich durch eine Veränderung und Vernetzung der bestehenden Angebote des Suchthilfesystems auszeichnet (Knauf/Eichenlaub 1999). Bei verkürzter stationärer Verweildauer (durchschnittlich zwölf Wochen) sowie verstärkter Steuerung des Therapieprozesses sollen die vorhandenen regionalen Ressourcen effektiver eingesetzt und der wirtschaftliche Nutzen optimiert werden. Zudem wird ein Auf- und Ausbau der ambulanten Behandlungsangebote in der Region angestrebt.

Neben den psycho- und sozialtherapeutischen Gesichtspunkten der Behandlung spielt auch die Reintegration in die Berufswelt eine bedeutende Rolle, weswegen die stationären Gruppen entsprechend der vier kooperierenden Arbeitsamtbezirke aufgeteilt werden. Die ambulante 24-wöchige Weiterbehandlung findet in den jeweils im Bezirk eingerichteten Fachambulanzen statt, wobei der stationäre Bezugstherapeut seine Arbeit fortsetzt. Der Kontakt zur Fachklinik bleibt im weiteren mit Hilfe von monatlich durchgeführten Intensivprogrammen am Wochenende erhalten. Die (Wieder-)Aufnahme der Erwerbstätigkeit bzw. die im Fall von Arbeitslosigkeit zu absolvierenden Praktika werden vom Bezugstherapeuten in Form von regelmäßigen Besuchen des Betriebs begleitet.

Um einen möglichst nahtlosen Therapieverlauf zu gewährleisten, ist zudem ein Gesamtbehandlungskonzept etabliert worden, das den einzelnen Phasen unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte zuweist: Auf Station werden eher Motivationsarbeit, Problemanalysen und Lösungsstrategien fokussiert, während in der ambulanten Phase die Erprobung der erworbenen Kompetenzen im Mittelpunkt steht. Die diagnostische Tätigkeit hinsichtlich Indikation, Zielen, Rehabilitationsplanung und Behandlungszeiträumen ist vereinheitlicht; in der Ambulanz wird die Eingangsdiagnostik seitens der Fachklinik durch eine Verlaufsdiagnostik fortgeführt.

Das Indikationsspektrum hinsichtlich der Zielgruppe ist vergleichsweise breit und sieht Alkoholabhängige ohne und mit zusätzlichen Störungen vor. Es werden auch schwerstgeschädigte und sozial extrem desintegrierte Suchtkranke in das Behandlungsprogramm aufgenommen.

Bisherige Erfahrungen mit den Modellklienten beziehen sich auf die begonnenen ambulanten Behandlungen der Jahre 1998 ($n = 86$) und 1999 ($n = 170$) und lassen ein positives Ergebnis dieses Projektes erwarten (vgl. Janz/Knauf/Neeb 2000, S. 13-17). Die Akzeptanz und Inanspruchnahme der Behandlung ist hoch: 76 Prozent der Patienten/Klienten vollziehen den planmäßigen Wechsel in die ambulante Phase, 14 Prozent werden stationär regulär entlassen (meist Probebehandlungen) und lediglich zehn Prozent brechen die Therapie in diesem Stadium ab ($n = 298$).

Auch die Abbrüche in der ambulanten Phase sind eher gering: 61 Prozent beenden diese Behandlung regulär und 29 Prozent irregulär ohne ärztliche/s Einverständnis/Veranlassung. Mit 32 Wochen regulärer ambulanter Behandlungsdauer (48 Therapieeinheiten) scheinen die Modellvorgaben (26 Wochen) nicht ausreichend zu sein, worauf seitens des Projekts flexibel reagiert wurde. Die vorzeitig beendeten ambulanten Therapien kommen durchschnittlich noch auf eine Behandlungsdauer von 20 Wochen (22 Therapieeinheiten).

Hinsichtlich der Rückfälle während der ambulanten Phase existieren folgende Daten ($n = 132$): 67 Prozent der Patienten/Klienten erleiden keinen Rückfall, 33 Prozent werden ein- oder zweimal rückfällig.

2.2 Konsequenzen aus den Modellprojekten

Die vorausgehend erläuterten Modellprojekte stellen nur einen Ausschnitt einer Vielzahl von in der Praxis erprobten oder geplanten Verbundkonzepten dar. Neben den genannten haben noch weitere Projekte für dieses Kooperationsmodell ideengenerierend fungiert. Zu nennen wären hier:

- die "Überlegungen zu einem interregionalen Verbundsystem für die Region Bremen: Indikationsgeleitete ambulant/teilstationäre Behandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit unter besonderer Berücksichtigung der beruflichen Wiedereingliederung (Paul 1999)
- die Rahmenkonzeption zur Integration stationärer und ambulanter Rehabilitation durch Intervalltherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im Land Bremen (Finkelmeier 1997)

- die Rahmenkonzeption für die ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung von Suchtkranken im Verbund des Diakonischen Werkes Württemberg (Baudis/Breidenbach 1997)

Die oben vorgestellten Kooperationsbeispiele zeigen, dass Kooperation und Koordinierung als wesentlicher Aufgabenbereich im Suchtkrankenhilfesystem verstanden werden sollte, da diese den Erfolg von Behandlungsmaßnahmen grundlegend unterstützen bzw. beeinträchtigen können. Anhand der Modelle wurden Aspekte von Kooperation angesprochen, auf die Leistungsanbieter über Modellprojekte hinaus sowohl auf struktureller wie auch auf fallbezogener Ebene Antworten finden müssen.

Den Kooperationsmodellen ist gemeinsam, dass eine Vernetzung innerhalb des Suchtkrankenhilfesystems die Definition von Aufgaben und Zuständigkeiten im arbeitsteiligen Gesamtbetreuungs- und -behandlungsprozess erfordert. Diese bedarf wiederum der verbindlichen Festlegung von Kooperationsbereichen, die wie auch die Anforderungen an Kooperationen unterschiedlich weitreichend sein können. So erfordert eine Kooperation zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern in der medizinischen Rehabilitation z.B. hinsichtlich der therapeutischen Ausrichtung die konzeptionelle Auseinandersetzung um gemeinsame therapeutische Ziele und Inhalte. Der Kooperationsbereich muss also organisiert und ausgestaltet werden, will man ein gezieltes Ineinandergreifen der Hilfen erreichen.

Neben der Notwendigkeit von Vereinbarungen auf struktureller Ebene (z.B. gemeinsames Rehabilitationskonzept) weisen die vorgestellten Modelle auf der Prozessebene auf den Arbeitsaufwand für kooperierende und koordinierende Tätigkeiten hin. Letztere erscheinen unter einer Behandlungsperspektive, die die einzelne Rehabilitationsmaßnahme als Teil eines Gesamtnetzes an Hilfeangeboten begreift, zentral. Die Bedeutung hilfevermittelnder Tätigkeiten im therapeutischen Prozess erfährt unter diesem Selbstverständnis eine Steigerung. Es erscheint daher sinnvoll, das Tätigkeitsprofil der Therapeuten um Konzepte des Case Managements (vgl. FOGS 1998, S. 49 - 58) zu erweitern. In der fallbezogenen Arbeit bedarf es deshalb entsprechender Zuständigkeiten für diese Aufgaben durch die Behandler oder spezielle Funktionsträger, wie z.B. Case Manager oder Koordinatoren. Erst eine gezielte Wahrnehmung dieses Aufgabenbereichs hilft, Defizite innerhalb des

Rehabilitationssystems (z.B. im ambulant-stationären Aufnahme- und Entlassverfahren) abzubauen und über das Rehabilitationssystem hinaus einen systematischen Bezug zum sozialen Umfeld der Patienten/Klienten, d.h. zur Familie, zum Arbeitsplatz, zum Arbeitsamt, wie auch zu weiterführenden Hilfen herzustellen. Weiterhin ausschlaggebend für erfolgreiche Kooperationen scheint auf der Prozessebene zu sein, dass Zuständigkeiten sowie Kooperationsmöglichkeiten wie auch -notwendigkeiten klar definiert und verbindlich festgelegt werden. Erst die Verbindlichkeit ermöglicht eine effiziente Aufgabenwahrnehmung und hilft darüber hinaus Konkurrenzen zwischen den Leistungsanbietern zu vermeiden.

Bezogen auf die therapeutische Praxis sind im Rahmen der bisherigen Erfahrungen mit Modellprojekten folgende Gesichtspunkte als relevante Einflussfaktoren zu berücksichtigen:

- Kooperationsmodelle sollten unter einer Leitung, einer Verantwortung und einer Trägerschaft stehen sowie auf eine begrenzte Region bezogen sein.
- Während der Gesamtmaßnahmen sollten unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte in den therapeutischen Maßnahmen zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern gesetzt werden.
- Die Therapiekonzepte müssen in sich schlüssig und realisierbar aufgebaut sein und die Kooperationschritte nachvollziehbar darstellen.
- Die Wohnortnähe der ambulanten Einrichtung muss gewährleistet sein, das bedeutet eine Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb von 45 bis maximal 60 Minuten.
- Die Gruppenstärke in den ambulanten Einrichtungen sollte während des stationären Aufenthaltes weiterhin zehn bis zwölf Patienten/Klienten betragen.
- Der klientenbezogene Informationsfluss zwischen den Einrichtungen ist zur Gewährleistung therapeutischer Konstanz herzustellen
- Das Aufzeigen und Vermitteln von materiellen und immateriellen Hilfen sind zentrale Aufgaben der Fachkräfte in den Beratungsstellen

(vgl. Ammer 1998, S. 7; FDR 1997, S. 32)

2.3 Forschungsbedarf im Bereich der LVA Oldenburg-Bremen auf der Basis der Erkenntnisse aus bisherigen Modellversuchen

Eine Optimierung der Abhängigkeitsbehandlung wird von integrativen, regionalisierten Gesamtbehandlungsangeboten in additiven Behandlungsverbänden oder unter einem Dach erwartet. Auf Strukturebene können Verbundmodelle dabei den organisatorischen Rahmen darstellen, da sie fallbezogen individuelle und flexible Rehabilitationsmaßnahmen ermöglichen sollen, indem z.B. bei entsprechendem Behandlungsbedarf ein Wechsel der Behandlungsform (z.B. ambulant vs. stationär) kurzfristig möglich wird. Der Nachweis der Effizienz solcher Modelle wurde bereits erbracht (vgl. u.a. Mann/Batra 1993; Mundle/Mann 1996; MSF Rheinland-Pfalz 1994). Die bisherigen Ergebnisse zeigen zusammengefasst, dass Defizite in der Kooperation von Einrichtungen bei der Versorgung Suchtkranker durch abgestimmte Formen der Zusammenarbeit bis hin zu Verbundmodellen abgebaut werden können. In den bisherigen Modellen zeigen sich auf Strukturebene wie auch fallbezogen positive Aspekte der Kooperation, wie u.a.

- die einheitliche und damit stärker zielorientierte Ausrichtung der Rehabilitationsmaßnahmen durch abgestimmte Konzepte,
- einheitliches therapeutisches Vorgehen aufgrund der Abstimmung des therapeutischen Verständnisses und damit der Grundlagen der Behandlung,
- die gemeinsame Auseinandersetzung um die Weiterentwicklung des therapeutischen Konzepts,
- die effizientere Nutzung der fallbezogenen Auseinandersetzung zwischen ambulanten und stationären Therapeuten aufgrund des größeren Bekanntheitsgrades und des Wissens um die Arbeit und Möglichkeiten des anderen,
- die fallbezogen gezielte Weiterleitung von Informationen, die eine "nahtlose" Weiterbehandlung erst ermöglicht und Wiederholungen für die Patienten/Klienten vermeiden hilft,
- gemeinsame Dokumentation und Effizienznachweise über ambulant-stationär-ambulante Rehabilitationsverläufe,
- ...

Diese und weitere Aspekte können bzw. sollten auf andere Leistungsanbieter, hier auf die Versorgungsstruktur in der Region Oldenburg-Bremen, übertragen werden, da in dieser Region entsprechende Verbundmodelle bzw. der Nachweis ihrer Wirksamkeit bisher fehlen.

Bei der Auswahl von Maßnahmen im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung kommen grundsätzlich ambulante, stationäre, kombiniert stationär/ambulante und teilstationäre Maßnahmen in Frage. Die Indikationsstellung orientiert sich dabei an den "Gemeinsamen Leitlinien der Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnung bei Abhängigkeitskranken" (1995). Für eine teilstationäre Maßnahme bzw. für kombiniert stationär/ambulante Behandlungen gibt es jedoch bisher noch keine für die Rentenversicherung verbindlichen Indikationsleitlinien (vgl. Kulick 1999). Allerdings werden auf Verbandsebene zur Zeit Kriterien für die teilstationäre Rehabilitation im Rahmen der Arbeitsgruppe "Durchführung der Rehabilitation" (AGDR) diskutiert (vgl. VDR 1998; ders. 1999). Ebenso erscheint es von Bedeutung, entsprechende Leitlinien für kombiniert ambulant/stationäre Rehabilitation zu formulieren, um den Leistungsanbietern wie bei ausschließlich ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlungen auch für diese Behandlungsform Orientierungshilfen zu geben.

Zur Weiterentwicklung der Rehabilitation Suchtkranker kann eine empirische Untersuchung kombiniert ambulant/stationärer Behandlungsverläufe und eine Überprüfung der Qualität der Kooperationen von Einrichtungen in der Region Oldenburg-Bremen einen Beitrag leisten. Zudem können regionale und institutionelle Besonderheiten berücksichtigt werden. In diesem Sinne sollten bei der Bewertung der vorhandenen Situation in der Region Oldenburg-Bremen drei grundlegende Bereiche berücksichtigt werden:

1. Inwieweit entsprechen in den Kooperationseinrichtungen der LVA Oldenburg-Bremen die Formen der Kooperation und Koordinierung von Maßnahmen zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern dem aktuellen Forschungsstand?
Dabei sind sowohl konzeptionelle Abstimmungen wie auch deren Umsetzung in die Praxis zu hinterfragen.

2. Welche Formen der Kooperation zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern in der Rehabilitation Alkoholabhängiger bedarf es in der Region Oldenburg-Bremen unter versorgungsrelevanten wie auch unter ökonomischen Gesichtspunkten? Dabei ist zu klären, welche Vor- und Nachteile Verbundmodelle unter Beteiligung von ambulanten und stationären Einrichtungen in der Region wie auch mit ausserhalb der Region angesiedelten Kliniken aufweisen.
3. Aus der Analyse der ersten Bereiche¹ gehen im Hinblick auf das Ziel der Implementierung und Evaluation von Verbundmodellen notwendige Veränderungen hervor, die von Seiten der Leistungsanbieter im Rahmen des Modellprojekts zunächst konzeptionell und anschließend praktisch umzusetzen sind.

Neue, innovative Ansätze zur Verbundarbeit, laufen in anderen Regionen in einigen Rehabilitationseinrichtungen zur Zeit an (vgl. FVS 1999). Allerdings kann aktuell lediglich über erste positive Erfahrungen berichtet werden. Weitere Forschungsarbeiten und Effizienznachweise sind jedoch insbesondere in der Region Oldenburg-Bremen notwendig, da es in den Kooperations-einrichtungen der LVA Oldenburg-Bremen bisher keine wissenschaftlich begleiteten Kooperationsmodelle gab. Solche Modelle sind aber sinnvoll und notwendig, da sie regionale Besonderheiten (ländliches bzw. städtisch-ländliches Einzugsgebiet) berücksichtigen können und in den speziell in dieser Region gegebenen Rahmenbedingungen (u.a. vorhandene Angebote der medizinischen und beruflichen Rehabilitation) den Nachweis der Effizienz führen können. Die bloße Übertragung von Kooperationsmodellen aus anderen Regionen oder lediglich einzelner Elemente ließe offen, ob die tatsächlich angestrebten Verbesserungen in der Rehabilitation Alkoholabhängiger erreicht werden können.

1 Eine erste Bestandsaufnahme bereits vorhandener Formen der Zusammenarbeit in den Kooperationseinrichtungen der LVA Oldenburg-Bremen und Hinweise auf notwendige Veränderungen im Bereich der Kooperation zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern sind bereits in den Berichten der Studie "Effektivität von Alkoholverwöhnung" enthalten (vgl. Meyenberg/Tielking 1999; dies. 2000; Tielking 2000).

Grundlegend ist insgesamt, dass neue Konzepte, so auch die Verbundmodelle, der Überprüfung der grundsätzlichen Machbarkeit und der empirischen Belege des Rehabilitationserfolges bedürfen, die eine Verbesserung des tatsächlichen Behandlungserfolges nachweisen (vgl. Kufner 1998, S. 33). Aus diesen und weiteren Gründen der aktuellen Fachdiskussion ist es sinnvoll, entsprechende Verbundmodelle von Kooperationseinrichtungen der LVA Oldenburg-Bremen konzeptionell erarbeiten zu lassen, diese zu implementieren und die Effizienz empirisch zu überprüfen (vgl. Gliederungspunkt I A.5).

2.4 Ergebnisse der Studie "Effektivität von Alkoholentwöhnung" zum Thema "Kooperation"

Die Ergebnisse der Studie "Effektivität von Alkoholentwöhnung" (Laufzeit 1996 - 2000) zeigen anhand der Analyse empirischer Daten von LVA-Versicherten, von Strukturmerkmalen stationärer und ambulanter Rehabilitationseinrichtungen und vor dem Anspruch der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse Optimierungen, die zu einer Verbesserung der Rehabilitation von Alkoholabhängigen in der Region Oldenburg-Bremen führen können (vgl. Tielking 1998; Meyenberg/Tielking/Hedden 1999; Meyenberg/Tielking 1999; Tielking 2000). Die Ergebnisse bestätigen für den Bereich der LVA Oldenburg-Bremen, dass in der Zusammenarbeit verschiedener Institutionen/Personen im Rehabilitationsprozess, eine Optimierung durch eine engere Abstimmung von Maßnahmen zwischen den stationären und ambulanten Leistungsanbietern möglich ist. Die Optimierung der Kooperation kann z.B. auch die effektivere Umsetzung der Angebote der in der Rehabilitation Alkoholabhängiger bedeutenden Themen "Arbeit/Beruf - Arbeitslosigkeit" und "Rückfall" ermöglichen.

Die von den Leistungsanbietern konzeptionell beschriebene Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit von Kooperationen bis hin zu Verbundsystemen kann derzeit im Praxisalltag oft nicht zufriedenstellend umgesetzt werden. Es zeigte sich z.B., dass Kontakte zwischen ambulanten und stationären Therapeuten nicht wie theoretisch angestrebt persönlich stattfanden, sondern wenn überhaupt nur telefonisch; bei ca. jedem zehnten Patienten/Klienten gab es sogar keine Kontakte. Natürlich gibt es Gründe, die eine optimale Kooperation im Alltag erschweren. Dies sind z.B. die große Zahl der ambulanten Einrichtungen, mit denen Kliniken in Kontakt stehen, zum Teil große

Entfernungen zwischen Kliniken und ambulanten Einrichtungen und häufig zu geringe personelle Kapazitäten. Diese Problematiken machen deutlich, dass die theoretisch anerkannte Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit in der Praxis auf Grenzen stößt. Andererseits gibt es auch positive Ansätze: Es existieren informelle Kooperationen, die im Praxisalltag auf- und ausgebaut wurden, bis hin zu ausgearbeiteten Konzepten einiger Einrichtungen, die bereits in Modellversuchen münden (vgl. Paul 1999). Somit sind Überlegungen zu einer verstärkten Kooperation zwischen stationären und ambulanten Leistungsanbietern zu differenzieren bzw. Standards für die Rehabilitation Alkoholabhängiger zu diesem Thema zu erarbeiten, die Argumentationshilfen für die Diskussion auch in der Region Oldenburg-Bremen bieten.

Zur Abstimmung der Möglichkeiten der Umsetzung bedarf es der Gespräche zwischen Kosten-/Leistungsträgern und Leistungsanbietern. Dass der Bedarf von beiden Seiten sowie weiterer an der Rehabilitation und Behandlung Alkoholabhängiger Beteiligter vorhanden ist, zeigte sich im Verlauf der von der LVA Oldenburg-Bremen finanziell geförderten Studie "Effektivität von Alkoholentwöhnung". Neben der Unterstützung der Untersuchung durch die beteiligten Einrichtungen, einer Vielzahl an Gesprächen über Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Behandlungsangebote und -strukturen, gab es eine große Resonanz auf zwei Fachtagungen der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (vgl. Meyenberg 1998; Meyenberg/Tielking 1999), bei denen neueste Entwicklungen erörtert wurden. An diese Grundlagen sollte anknüpft werden, indem im Rahmen einer Intensivierung der Zusammenarbeit, z.B. im Rahmen eines QZ (vgl. Gliederungspunkt I A.4), neue Entwicklungen gemeinsam abgestimmt und implementiert, aber auch in überschaubaren Zeiträumen überprüft werden.

3 Kooperationsstandards: Theoretische und praktische Voraussetzungen für die Implementierung eines Verbundsystems

Aus der Darstellung der obigen Modellprojekte geht bereits hervor, dass für die sinnvolle Etablierung von Kooperationsstrukturen eine Reihe von Aspekten berücksichtigt werden sollten, die sich auch in den meisten Beispielen finden lassen. Es soll im folgenden darum gehen, diese Gesichtspunkte in einem Kriterienkatalog zusammenzutragen, um weitere Punkte zu ergänzen sowie ihre Relevanz zu erläutern. Diese Kriterien-Matrix kann als eine Art Reflexionsfolie zur Errichtung von Verbundsystemen fungieren, die die wesentlichen Ebenen von Kooperation abzubilden vermag und somit einen Orientierungsrahmen für die zu etablierenden inhaltlichen Kooperations-elemente gibt. Es soll ein grundlegendes Begriffsverständnis geschaffen werden, das z.T. selbst in den konkreten Kooperationsmodellen unangesprochen bleibt. Das unklare Verständnis von Kooperation ermöglicht, dass vielfältige Vorstellungen unter dem Begriff subsumiert und Verantwortlichkeiten im Behandlungsverlauf an andere "weitergeschoben" werden können, da Zuständigkeiten in der Aufgabenwahrnehmung nicht eindeutig festgelegt sind. Aus diesem Grunde ist eine Systematisierung von Kooperation dringend erforderlich.

Es ist zu beachten, dass die Formulierung von Kooperationsstandards nicht als Anliegen verstanden werden sollte, zukünftige Arbeitsstrukturen der an der Kooperation Beteiligten statisch festzuschreiben. "Die Arbeit mit Suchtkranken kann niemals statisch sein. Die „Standards“ sind daher als strukturelle und inhaltliche Rahmenbedingungen eines Prozesses zu sehen, der ständig zu überprüfen und entsprechend fortzuschreiben ist" (FDR 1997, S. 5).

3.1 Aspekte für die Entwicklung von Kooperation

Ausgangslage für eine Vielzahl der Initiativen zur Errichtung von Verbundsystemen innerhalb der Suchtkrankenhilfe stellten veränderte finanzielle Rahmenbedingungen im Zuge gesetzlicher Vorgaben dar (siehe Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz 1996). Man versuchte, die vorhandenen Ressourcen durch engere Vernetzung und Abstimmung effektiver einzusetzen und Kosten einzusparen sowie gleichzeitig das bisherige Angebots-

und Leistungsspektrum zu erhalten bzw. noch zu erweitern. Nicht immer sind diese Anliegen in all ihren Dimensionen erfolgreich umgesetzt worden. Im Fokus von "Kooperation" und "Koordination" werden folgende Punkte an der aktuellen Situation der Suchtkrankenhilfe kritisiert:

- Suchtkrankenhilfe ist eher ein Nebeneinander als eine Kooperation
- Trägerinteressen verhindern Kooperation zwischen Einrichtungen unterschiedlicher Träger
- Suchtkrankenhilfeangebote gibt es in einer kaum glaublichen Vielfalt
- Kooperation findet im Sinne von Vernetzung nur dort statt, wo sie der Machterhaltung, -erweiterung und der Erhaltung des Arbeitsplatzes dient
- Die Erfolgslegitimation der Suchtkrankenhilfeeinrichtung erfolgt durch die Zahl der betreuten Abhängigen und orientiert sich zu wenig an der Ergebnisqualität

(vgl. *Leune/Walcker-Meyer 1995, S. 74 f.*)

Aus den Kritikpunkten ergeben sich mehrere für Kooperation zu berücksichtigende Dimensionen, die der Klärung bedürfen und die folgende grundsätzliche Fragestellung berühren:

"Wer arbeitet mit wem, wie, zu welchem Zweck, mit welchem Ziel und welchem Erfolg zusammen?" (ebd., S. 74). Das bedeutet, es müssen verbindliche Aussagen zu der Anzahl der beteiligten Institutionen, zu gemeinsamen Zielen, Bereichen und Modalitäten der Kooperation (z.B. regionale, direkte Zusammenarbeit) sowie zu den Erfolgsmaßen gemacht werden. Der Erfolg bzw. die Qualität vernetzter Hilfemaßnahmen im Rehabilitationssystem sollte sich auf den von Donabedian (1966) eingeführten Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abbilden lassen. Nur so kann ein derartig komplexes Gebilde wie Kooperation, sowohl im Hinblick auf zu schaffende Rahmenbedingungen (z.B. gemeinsame Kooperationsgremien, gemeinsames Konzept), die in diesen Strukturen stattfindenden Arbeitsabläufe (z.B. wechselseitige Information über die Patienten/Klienten) und die Resultate (z.B. Behandlungserfolg) beurteilt werden.

In der folgenden Abbildung soll diese Komplexität der zu berücksichtigenden Perspektiven, Voraussetzungen und Aufgaben der beteiligten Kooperationspartner sowie der Inhalte und Elemente von Kooperation durch die Darstellung von entsprechenden Ebenen veranschaulicht werden.

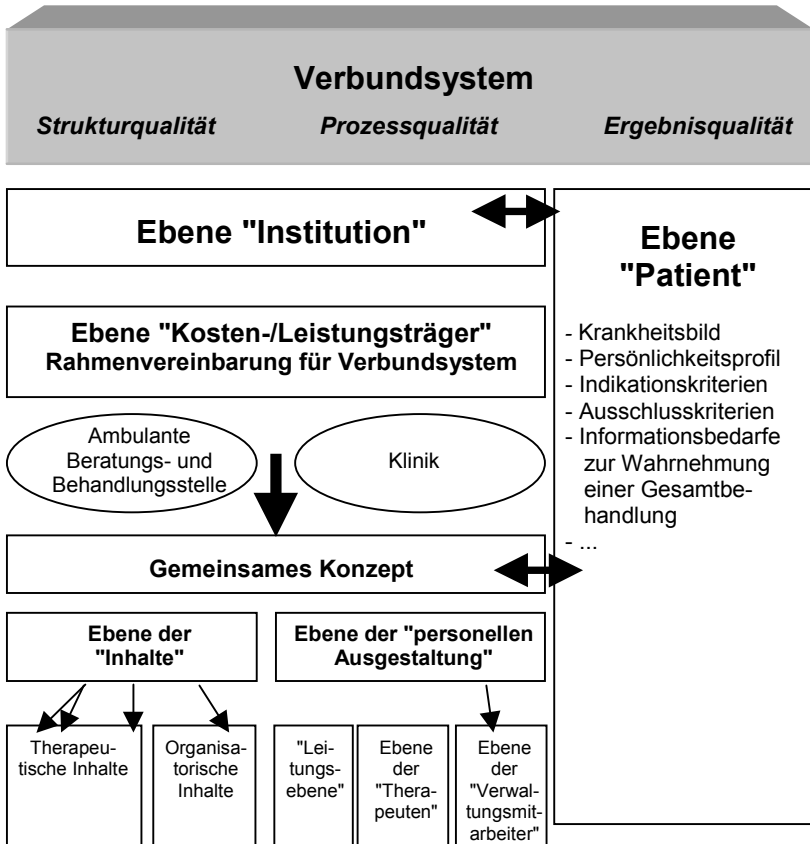


Abbildung 3: Ebenen eines Verbundsystems

Auf der Basis der vorgestellten Merkmale von Kooperationen ist als weiterer wesentlicher Bereich zu klären, welche Faktoren für ein Funktionieren

kooperierender und koordinierender Arbeit zu berücksichtigen sind. Kardoff nennt dazu folgende, z.T. bereits erwähnte Aspekte, die von den Beteiligten unbedingt bei der Entwicklung und Ausgestaltung von Kooperationen diskutiert werden sollten, um eine optimale Wirkung zu erzielen:

1. Kooperation und Koordination setzen ein klares Konzept dessen voraus, was man selbst damit erreichen will; dazu gehört auch das Offenlegen eigener Interessen im Kooperationsfeld;
2. Kooperation und Koordination leben von der Unterschiedlichkeit; sie ist Ausdruck von und zugleich Antwort auf Spezialisierung und Differenzierung, auf Arbeitsteilung und Abgrenzung;
3. Kooperation und Koordination müssen zunächst von Abgrenzungen ausgehen und Systemgrenzen definieren, die dann in den Kooperationsverhandlungen ggf. neu definiert werden müssen, aber nicht aufgelöst werden können, es sei denn, Entdifferenzierung ist in Teilen erwünscht und sinnvoll;
4. Jeder der kooperierenden Partner muss genau benennen können, was er vom anderen will und welche gemeinsamen Probleme angegangen werden können;
5. Jeder Kooperationspartner muss Ressourcen mobilisieren und einbringen und den Umfang in etwa von vornherein festlegen; dabei müssen Reziprozitäten sichtbar werden und ggf. vorhandene Asymmetrien akzeptiert werden;
6. Die Bedingungen der Kooperation müssen festgelegt werden; Arbeit in Netzwerken setzt Verantwortlichkeitsdefinitionen voraus;
7. Eine Kooperation muss aktiv und kontinuierlich gestaltet werden, d.h. es müssen gemeinsame Themen und Aufgaben (Klärungsbedarf, Konfliktlösung, Planung, etc.) und geeignete Kommunikationsformen benannt werden;
8. Kooperationen müssen an vorhandenen Strukturen ansetzen und eingelebte Kommunikationspfade ggf. umdefinieren;
9. Rückmeldungen sind so zu definieren, dass sie für die beteiligten Partner/Systeme zur Weiterentwicklung (Lernfähigkeit) beitragen;

dies setzt das Vorhandensein von Evaluation und Qualitätsmanagement durch kriterien-(standard-)gesteuerte Formen des Feedbacks voraus;

10. Kooperationen setzen voraus, dass unterschiedliche Paradigmen gesehen und genutzt werden, damit voraussehbare Enttäuschungen minimiert werden können.

(vgl. Kardoff 1996, S. 39 f.)

Die aufgeführten Aspekte umschreiben grundlegende Schritte im Prozess der Ausgestaltung einer institutionellen Zusammenarbeit. Die zehn Punkte von Kardoff betreffen die Qualitätsdimensionen sowohl auf der Struktur-, wie auch auf der Prozess- und Ergebnisebene. Wie v.a. aus den Punkten sieben und neun abzuleiten ist, sollte die Umsetzung von Kooperationsmodellen von Prozessen des Qualitätsmanagements begleitet sein. Letzteres kann nicht nur als Instrument zur stetigen Verbesserung der Effektivität von Behandlungsmaßnahmen im Verbundsystem gesehen werden, sondern unterstützt auch das Anliegen, die Arbeitsweisen, -schwerpunkte und Informationskanäle der beteiligten Kooperationspartner transparent zu machen.

Bereits der Überblick über die Erfahrungen aus bisherigen Modellprojekten hat Aspekte und Problembereiche deutlich gemacht, die im Sinne einer möglichst reibungslosen und erfolgreichen Kooperation berücksichtigt werden sollten. In den darauffolgenden Ausführungen sind diese Punkte noch mal expliziert und z.T. systematisiert worden. Dieser Prozess zur Formulierung von Kooperationsstandards als Rahmenleitlinie für die Errichtung von Verbundsystemen, die die Vielschichtigkeit von Kooperationsanliegen aufgrund unterschiedlicher inhaltlicher Ebenen (Struktur, Prozess- Ergebnisebene) sowie der Interessenvielfalt der Kooperationspartner abzubilden vermag, soll nun durch die Entwicklung eines komplexen Kriterienkatalogs fortgesetzt werden.

3.2 Matrix "Kooperationsstandards" zur Entwicklung, Analyse und Bewertung von Kooperation

Die im Kontext dieses Modellprojekts vorgestellte Kooperationskriterien-Matrix orientiert sich an der eingangs formulierten Fragestellung nach den Teilnehmern, Zielen, Bereichen und Modalitäten der Kooperation und gliedert das noch weiter zu strukturierende Feld der beteiligten Kooperationspartner in die drei übergeordneten Ebenen:

I Ebene Institution (Leistungsanbieter)

II Ebene Patient/Klient

III Ebene Kosten-/Leistungsträger

In den drei Ebenen sollen die je nach Beteiligten spezifischen Ausgangsgegebenheiten, die mit in die Kooperation gebracht werden (wie z.B. bestimmte Aufgaben seitens der Leistungsträger und -anbieter, Erwartungen und Bedürfnisse der Klienten usw.), abgebildet und berücksichtigt werden (vgl. auch Abbildung 3: Ebenen eines Verbundsystems). Als Antwort auf die oben gestellte Frage nach den Beteiligten, den Zielen, Bereichen und Modalitäten der Kooperation sind die folgenden, unter 'Grundlagen' gefassten Kriterien aufgestellt worden:

I EBENE INSTITUTION (LEISTUNGSANBIETER)
1. GRUNDLAGEN
1.1 Art und Anzahl der beteiligten Institutionen (z.B. flexible vs. geschlossene Struktur)
1.2 Trägerschaft
1.3 Kooperationsbereiche
1.4 Kooperationsziele (Organisationsziele)
1.5 Modalitäten der Kooperation
1.5.1 Dauer und Stabilität (z.B. längerfristig, kontinuierlich, personelle Kontinuität)
1.5.2 Grad der Formalisiertheit (z.B. Vertrag)
1.5.3 Räumliche Distanz (regional vs. überregional)
1.5.4 Unmittelbarkeit (direkte vs. Indirekte Kontakte)
1.5.5 Klima der persönlichen Beziehung der Mitwirkenden
2. STRUKTURELLE EBENE
...
3. PROZESSEBENE
...
4. ERGEBNISEBENE
...
II EBENE PATIENT/KLIENT
...
III EBENE KOSTEN-/LEISTUNGSTRÄGER
1. STRUKTURELLE EBENE
...
2. PROZESSEBENE
...
3. ERGEBNISEBENE
...

Abbildung 4: Matrix "Kooperationsstandards" als Rahmenschema für die Etablierung von Kooperationsmodellen (Übersicht)

In Abhängigkeit von der Art und Anzahl der beteiligten Versorgungseinrichtungen aus dem Suchtkrankensektor (oder auch aus anderen Bereichen des Sozialsystems), der Trägerstruktur und Verbindlichkeit bzw. Formalisiertheit der angestrebten Kooperation entsteht ein unterschiedlicher und abgestufter Aufbau eines Verbundsystems, der jeweilige Besonderheiten aufwirft, die sich bis in die konkrete Ebene der prozessualen Arbeitsabläufe erstrecken kann.

Als weitere strukturelle Inhalte auf der Ebene der Leistungsanbieter und Leistungsträger werden -entsprechend der aktuellen Diskussion bezüglich der stetigen Verbesserung von Leistungsangeboten sozialer Versorgungseinrichtungen - Aspekte des Qualitätsmanagements aufgeführt, die von der Etablierung entsprechender überwachender und koordinierender Gremien (z.B. QZ) bzw. dem Einsatz von Funktionsträgern (z.B. Qualitätsmanager) bis zur Rechenschaftslegung in Form von Dokumentationen hinsichtlich organisatorischer (z.B. Organisationsplan, Aufgabenverteilung) sowie therapeutischer (z.B. gemeinsames Behandlungskonzept) Inhalte, Abläufe und Ergebnisse reichen. Die Aufnahme derartiger Kriterien in die Matrix "Kooperationsstandards" steht im Einklang mit Forderungen seitens des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger: "Für die Durchführung ambulanter/teilstationärer Rehabilitation sind der ganzheitliche Ansatz, ein [zwischen den Kooperationspartnern abgestimmtes] Rehabilitationskonzept, Rehabilitationsteam sowie Therapieplan erforderlich ... Der Therapieplan ist bei Federführung des Arztes unter Mitwirkung der nicht-ärztlichen Therapeuten zu erstellen und im Rahmen der Behandlung ggf. laufend der aktuellen Situation anzupassen" (VDR 1995, S. 387 - 388, Ergänzung durch die Autoren).

Es wird hier erneut deutlich, dass die Festlegung eines auf Kooperation ausgelegten organisatorischen und konzeptuellen Rahmens die Alltagspraxis innerhalb der therapeutischen Arbeit nicht unberührt lassen kann. Auf der prozessualen Ebene sieht die Matrix daher Kooperationskriterien vor, die die Sicherstellung des systematischen Informationsflusses zwischen den beteiligten Einrichtungen betrifft und bezogen auf die Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern die Gewährleistung eines nahtlosen Therapieverlaufs abzubilden vermag. Ganz gezielt finden sich hier Kriterien, die auf die Gestaltung des Aufnahme- und Entlassverfahrens (bzw. Übergabeverfahrens) seitens der ambulanten und stationären Einrichtungen ausgerichtet sind. Ebenfalls sind hier Angaben über die verbindliche Verteilung von Arbeitsaufgaben und Zuständigkeiten vorgesehen, die eine Darlegung der Anteile organisatorischer, d.h. hilfevermittelnder Tätigkeiten im Sinne von Case Management-Konzepten notwendig machen.

Auf der strukturellen Ebene kann der Überlegung zur Etablierung von Funktionsträgern, z.B. auch Case Managern durch Angaben zu der personellen Ausgestaltung innerhalb des Verbundsystems Rechnung getragen werden. Hier werden auch die als wichtig zu erachtenden Aspekte von personeller

Kontinuität und der Notwendigkeit, Transparenz über die Arbeitsweise der anderen Kooperationspartner im Verbundsystem zu erhalten, in Form von entsprechenden Kriterien abgedeckt. Auf organisatorischer, d.h. struktureller Ebene sollten auch Aspekte der finanziellen Ausgestaltung der Kooperation angemerkt werden, die sich nicht auf die seitens des Leistungsträgers abgedeckten Behandlungskosten, sondern auf die Aufwendungen für Kooperationsaktivitäten beziehen. Gerade wenn die ohnehin schon knappen finanziellen Ressourcen im Rahmen von Kooperationsvorhaben angetastet werden könnten, sollten vorab transparente Regelungen über die faire und ausgewogene Aufteilung dieser Aufwendungen getroffen werden.

Das bereits angesprochene gemeinsame Behandlungskonzept enthält als Rahmenvorgabe für die Behandlungsverläufe sowohl strukturelle als auch prozessbezogene Gesichtspunkte. Hier bieten sich im weiteren Anknüpfungspunkte an die Ebene des Patienten/Klienten, dessen Bedürfnisse und Belange über die Formulierungen von Zielgruppen sowie Einschluss-, Ausschluss- und Indikationskriterien zu einer Behandlungsform zu berücksichtigen sind. "In den meisten Konzepten fehlt es schwerpunktmäßig an einer genauen Beschreibung des Klientel, mit dem dieses Angebot umgesetzt werden soll" (Ammer 1998, S. 7). Ebenso sind in der Matrix Kriterien vorgegeben, die gemeinsam festgelegte therapeutische Inhalte, Ziele und Schwerpunktsetzungen benennen sollen. Diese Forderung resultiert aus den Erfahrungen anderer Modellversuche: "Bei den Kooperationsmodellen ist es unabdingbar, dass während der Gesamtmaßnahmen unterschiedliche Schwerpunkte zwischen ambulanten und stationären Leistungen gesetzt werden. So könnten zum Beispiel im ersten Teil der Entwöhnungsmaßnahme bestimmte Therapieziele definiert und im zweiten Teil der Maßnahme umgesetzt werden" (ebd., S. 7). Das Behandlungskonzept ist hinsichtlich des Verlaufs der therapeutischen Maßnahmen also so zu gestalten, dass das Verständnis für einen übergreifenden Gesamtrehabilitationsverlauf vermittelt werden kann, das seitens der Patienten/Klienten in Form von wahrgenommener Betreuungskonstanz widerspiegelt wird.

Die in der Matrix auf Ebene III vermerkten Kooperationskriterien beziehen sich auf den Kosten-/Leistungsträger. Hier sind Angaben zum Antrags- und Verwaltungsverfahren hinsichtlich der Regelung von integriert ambulant-stationären Rehabilitationsmaßnahmen sowie zur Steuerung der Kooperation im QZ vorgesehen (Strukturebene). Die prozessbezogenen Gesichtspunkte schließen auch hier die Gewährleistung des wechselseitigen Informations-

flusses zwischen Leistungsträger und -anbieter und die Zuteilung von Aufgabenverbindlichkeiten ein.

Die Ergebnisqualität soll aufgrund von Kriterien, die die umfassende Dokumentation der ambulant-stationären Behandlungsverläufe sowie der Kooperationsarbeit beinhalten, abgebildet werden.

In der Zusammenschau der Kooperationskriterien erhält man die folgende Matrix "Kooperationsstandards", die aus analytischen Gründen zwischen den beschriebenen Qualitätsebenen sowie den beteiligten Kooperationspartnern trennt. Es ist selbstverständlich, dass sich ein derart komplexes Phänomen wie Kooperation in der alltäglichen Praxis nicht immer differenziert aufsplitten lässt, was die Identifizierung und kurzfristige Bewältigung vorhandener Problembereiche erschweren kann. Trotz analytischer Trennung innerhalb der Matrix wird diesem Verständnis des Ineinandergreifens verschiedener Kooperationsaspekte mit Hilfe entsprechender Querverweise zu genügen versucht.

I EBENE INSTITUTION (LEISTUNGSANBIETER)
1. GRUNDLAGEN
1.1 Art und Anzahl der beteiligten Institutionen (z.B. flexible vs. geschlossene Struktur)
1.2 Trägerschaft
1.3 Kooperationsbereiche
1.4 Kooperationsziele (Organisationsziele) { zu klientenorientierten Zielen siehe Gliederungspunkt I 2.4.5
1.5 Modalitäten der Kooperation
1.5.1 Dauer und Stabilität (z.B. längerfristig, kontinuierlich)
1.5.2 Grad der Formalisiertheit (z.B. Vertrag)
1.5.3 Räumliche Distanz (regional versus überregional)
1.5.4 Unmittelbarkeit (direkte versus indirekte Kontakte) { siehe Informationsfluss
1.5.5 Klima der persönlichen Beziehung der Mitwirkenden { siehe Informationsfluss

2. STRUKTURELLE EBENE
2.1 Organisatorische Inhalte 2.1.1 Organisationsplan (Strukturskizze der Verbundpartner) 2.1.2 Leitung/Koordinationsstelle der Kooperation (z.B. Qualitätszirkel) 2.1.3 Qualitätsmanagement 2.1.4 Gemeinsame Ressourcen (z.B. Räumlichkeiten, Fortbildungen, Supervision) 2.1.5 Umstrukturierung/Neuerschließung von Ressourcen (z.B. Etablierung neuer Einrichtungen) 2.2 Personelle Ausgestaltung 2.2.1 Funktionsträger (z.B. Case Manager, Koordinator, Qualitätsmanager) 2.2.2 Tätigkeitsprofile/Transparenz über die Arbeitsweise der Mitarbeiter 2.2.3 Personelle Überschneidungen (z.B. Kontinuität des Therapeuten) 2.3 Finanzielle Ausgestaltung (Probleme wie z.B. veränderte Patientenströme oder finanzielle Aufwendungen für Kooperationsaktivitäten) 2.4 Gemeinsames Konzept 2.4.1 Patienten-/Klientenbild 2.4.2 Einschluss-/Ausschlusskriterien 2.4.3 Indikationskriterien zu einer Behandlung } siehe auch Ebene Patient/Klient 2.4.4 Behandlungsablauf (z.B. Intervalle) 2.4.5 Gemeinsame Ziele/Inhalte 2.4.6 Unterschiedliche Schwerpunktsetzungen in der Behandlung } siehe auch Aufgabenverteilung 2.4.7 Angaben zur Behandlungsform (z.B. offene Gruppe, Einzelgespräche)
3. PROZESSEBENE
3.1 Systematischer Informationsfluss 3.1.1 Form (z.B. Arbeitstreffen, Telefonate) 3.1.2 Standards bezüglich Diagnostik und Dokumentation/ Informationsträger } siehe auch Gliederungspunkt I 4.1 3.1.3 Häufigkeit 3.1.4 Rechtzeitigkeit/Feedback 3.1.5 Inhalt (z.B. organisatorisches, fallbezogenes, fachliches) 3.2 Aufnahme-/Entlassverfahren 3.2.1 Angaben zur Gewährleistung zur Kontinuität des Therapieverlaufs 3.2.2 Maßnahmen zur Vorbereitung auf die stationäre Phase 3.2.3 Maßnahmen zur Vorbereitung auf die ambulante Nachsorge 3.2.4 Möglichkeiten der Aufrechterhaltung des Kontaktes nach Therapieende 3.3 Aufgabenverteilung 3.3.1 Verbindliche Zuständigkeiten } siehe auch unterschiedliche Schwer- punktsetzungen 3.3.2 Anteil organisatorischer Tätigkeiten
4. ERGEBNISEBENE
4.1 Dokumentation ambulant-stationärer Behandlungsverläufe (Haltequote, Rückfallquote, soziale Reintegration, Behandlungszufriedenheit) } siehe auch Gliederungspunkt I 3.1.2 4.2 Dokumentation der Qualität der Kooperation (Akzeptanz bei den Kooperationspartnern und bei der Zielgruppe) } siehe auch Gliederungspunkt I 2.1.3

II EBENE PATIENT/KLIENT
1. Persönlichkeitsprofil 2. Krankheitsbild 3. Bedürfnislage 3.1 Originäre Bedürfnisse im Bereich Abhängigkeit 3.2 Soziale Bedürfnisse 3.3 Medizinische Bedürfnisse 4. Betreuungskonstanz (Berücksichtigung des Informationsbedarfs des Patienten/Klienten)
III EBENE KOSTEN-/LEISTUNGSTRÄGER
1. STRUKTURELLE EBENE
1.1 Rahmenvereinbarung für Verbundsysteme 1.2 Qualitätszirkel 1.3 Modalitäten des Antragsverfahrens (u.a. Kostenzusage)
2. PROZESSEBENE
2.1 Systematischer Informationsfluss 2.1.1 Form (z.B. Arbeitstreffen, Telefonate) 2.1.2 Standards bezüglich Dokumentation bzw. Informationsträger 2.1.3 Häufigkeit 2.1.4 Rechtzeitigkeit/Feedback 2.1.5 Inhalt (z.B. Pflegesatzverhandlungen) 2.2 Aufgabenverteilung 2.2.1 Verbindliche Zuständigkeiten (z.B. Definition von Koordinierungsaufgaben im Reha-Prozess) 2.2.2 Anteil organisatorischer Tätigkeiten
3. ERGEBNISEBENE
3.1 Dokumentation ambulant-stationärer Behandlungsverläufe (Reha-Statistiken) 3.2 Dokumentation der Qualität der Kooperation (Akzeptanz bei den Kooperationspartnern und bei der Zielgruppe) { siehe auch Gliederungspunkt I 2.1.3

Abbildung 5: *Matrix "Kooperationsstandards" als Rahmenschema für die Etablierung von Kooperationsmodellen*

3.3 Ergebnisse einer Bewertung von Kooperationsmodellen auf Grundlage der Matrix "Kooperationsstandards"

In den vorausgehenden Abschnitten ist zunächst ein Überblick über aktuelle Modellprojekte zum Themengebiet der Kooperation im Suchtkrankenhilfesystem gegeben worden, aus denen Konsequenzen für die kritische Weiterentwicklung des Verbundansatzes abgeleitet wurden. Diese erfuhren nachfolgend eine Systematisierung, indem der Themenkomplex Kooperation innerhalb eines Ebenenmodells aufgespannt wurde, das sowohl die Voraussetzungen der beteiligten Institutionen/Personen in die Perspektive nimmt als auch die Aufschlüsselung von Kooperationselementen hinsichtlich verschiedener Qualitätsdimensionen berücksichtigt. Mit Hilfe dieser Herangehensweise konnte ein Kriterienkatalog erstellt werden, der als eine Art Reflexionsfolie zur Errichtung von Verbundsystemen konkrete Punkte vorsieht, die zur sinnvollen Ausgestaltung von Kooperationsbeziehungen bedacht werden sollten.

Trägt man nun wiederum die genannte Systematik an Kooperationsgesichtspunkten an die eingangs vorgestellten Modellprojekte heran, zeigen sich an einigen Stellen Schwachpunkte, die für zukünftige Modellvorhaben wie auch insbesondere für die Kooperationspraxis in Rechnung gestellt und überwunden werden sollten. Mit Hilfe der Matrix werden im folgenden die Kooperationsstandards (linke Spalte) mit den Beispielen bzw. Aussagen aus den Modellprojekten (rechte Spalte) versehen. Wenn aufgrund fehlender, ungenügender oder unpräziser Aussagen eine eher kritisierende Stellungnahme zu der jeweiligen Abdeckung eines Standards mit konkreten Beispielen sinnvoll erscheint, sind diese Textteile kursiv hervorgehoben.

Aus der Legende am Anfang der Tabelle ist zu entnehmen, dass neben den fünf Modellprojekten auch noch das Verbundsystem des Diakonischen Werks Oldenburg in die Bewertung anhand der Matrix aufgenommen wurde. Diese Hinzunahme erscheint zur Darlegung des Status Quo sinnvoll, da die Etablierung des hier geplanten Verbundsystems von Kooperationspartnern der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen an bestehenden Strukturen anknüpfen soll und ein Großteil der beteiligten Institutionen dem Diakonischen Werk Oldenburg angegliedert ist.

Legende

a = Verbundsystem des Diakonisches Werks Oldenburg

b = Modellprojekt Intervalltherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (1988-1992)

c = Tübinger Modell (seit 1978)

d = Modellprojekt in der Pfalz (Eußerthal): Integrierte stationär-ambulante Rehabilitation "ISAR" (seit 1998)

e = Modellprojekt nachgehende Sozialarbeit (seit 1995)

f = Modellprojekt Kassel: "Tagesklinik für Suchtkranke des psychiatr. Krankenhauses Merxhausen" (seit 1992)

I EBENE INSTITUTION (LEISTUNGSANBIETER)	
1. GRUNDLAGEN	
1.1 Art und Anzahl der beteiligten Institutionen (z.B. flexible versus geschlossene Struktur)	- Angaben hierzu finden sich in allen Modellprojekten und beziehen sich v.a. auf <ul style="list-style-type: none"> ◆ stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen ◆ Einrichtungen aus anderen sozialen Sektoren ◆ Betriebe ◆ Kosten-/Leistungsträger ◆ wissenschaftliche Begleitforschung ◆ finanzielle Förderer
1.2 Trägerschaft	- Nur in einem Modell werden Vor- und Nachteile von kommunaler und freier Trägerschaft für die Arbeit von Koordinatoren und Case Managern diskutiert ^e
1.3 Kooperationsbereiche	- Es werden folgende Kooperationsbereiche genannt: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Therapie^{a-f}, Beratung^a, Prävention^a ◆ berufliche und soziale Reintegration^{d-f} ◆ Fortbildung^{a,c}
1.4 Kooperationsziele (Organisationsziele) } zu patientenorientierten Zielen siehe Gliederungspunkt I 2.4.5	- Es werden folgende Kooperationsziele genannt: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Effektivierung der Suchthilfearbeit durch Koordination, Abstimmung und Schnittstellenreduzierung^{a, b, d, e, f} ◆ Neue individuelle, flexible und bedarfsorientierte Behandlungsangebote schaffen^{b, c} ◆ Auf- und Ausbau des ambulanten regionalen Angebotes, Verkürzung stationärer Therapiezeiten^{d, e, f} ◆ Zugangsschwellen senken, Zielgruppe besser erreichen oder definieren^{c, e} ◆ Ressourcen günstig einsetzen, Mittel einsparen^{a, d}

1.5 Modalitäten der Kooperation	
1.5.1 Dauer und Stabilität (z.B. längerfristig, kontinuierlich, personelle Kontinuität)	- Die Kooperation soll dauerhaft und verbindlich sein ^{a, e} - Mindestens Dauer des Modellprojekts ^{b, d}
1.5.2 Grad der Formalisiertheit (z.B. Vertrag)	- Formelle Kooperationsvereinbarungen, Vertrag ^{a, e, f} <i>- Die juristische bzw. formelle Seite der Modellprojekte bleibt in den meisten Fällen unangesprochen</i>
1.5.3 Räumliche Distanz (regional vs. überregional)	- Es handelt sich in allen Beispielen um regionale Vernetzung der Angebote ^{a-f}
1.5.4 Unmittelbarkeit (direkte vs. Indirekte Kontakte) } siehe Informationsfluss	- <i>Es finden sich hierzu selten Angaben</i> - Ein Modell nennt "enge Kooperation" ^a
1.5.5 Klima der persönlichen Beziehung der Mitwirkenden } siehe Informationsfluss	- <i>Es finden sich hierzu selten Aussagen</i> - Zwei Modelle betonen den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen unter Vernachlässigung von Vorurteilen bzw. Abgrenzungs- und Konkurrenzdenken ^{b, e}
2. STRUKTURELLE EBENE	
2.1 Organisatorische Inhalte	
2.1.1 Organisationsplan (Strukturskizze der Verbundpartner)	- Einige Modelle veranschaulichen die Kooperation durch Strukturskizzen ^{a, d} oder Patientenströme ^f
2.1.2 Leitung/Koordinationsstelle der Kooperation (z.B. QZ)	- Einige Modelle nennen hier Treffen der Kooperationspartner in regelmäßigen Abständen ^b , z.T. unter wissenschaftlicher Begleitung ^f - Es werden z.T. Koordinatoren in den Suchtkliniken eingesetzt ^b
2.1.3 Angaben zum Qualitätsmanagement	- Im Dienste von Qualitätsmanagement stehen: ♦ Arbeitsbesprechungen zur Beurteilung der Kooperation in sehr unterschiedlicher Frequenz (von monatlich ^b bis zwei Mal jährlich ^a) ^e ♦ Wissenschaftliche Dokumentation und Evaluation auf allen Qualitätsebenen ^{b, f}

<p><i>Fortsetzung</i> 2.1.3 Angaben zum Qualitätsmanagement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Funktionsträger (Koordinatoren und Case Manager) tragen durch ihre Arbeit zur Bewertung/stetigen Verbesserung der Kooperationsstrukturen bei ^{e, f} ◆ Adaptive Indikationsstrategie zur Überprüfung der Ergebnisqualität ^f
<p>2.1.4 Gemeinschaftlich genutzte Ressourcen (z.B. Räumlichkeiten, Fortbildungen, Supervision)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kooperation in Fortbildung, Gremienarbeit, Fachtagungen ^{a, b, e, f} - Gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten (Sprechstunde/Therapie in einer anderen Einrichtung) ^{a, f} - Bestimmte Behandlungsangebote sind für Klienten aus anderen Einrichtungen zugänglich ^f
<p>2.1.5 Umstrukturierung/Neuerschließung von Ressourcen (z.B. Etablierung neuer Einrichtungen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aufbau neuer Einrichtungen (ambulant, teilstationär) ^{d, f}
<p>2.2 Personelle Ausgestaltung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Angaben zu Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter ^{e, f}
<p>2.2.1 Funktionsträger (z.B. Case-Manager, Koordinator, Qualitätsmanager)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Koordinatoren ^{b, e} - Case Manager ^e (- Bezugstherapeut übernimmt Case Manager-Aufgaben ^f)
<p>2.2.2 Tätigkeitsprofile/Transparenz über die Arbeitsweise der Mitarbeiter</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Auf diesen Aspekt wird in den Modellen wenig eingegangen</i> - Transparenz wird durch fallbezogene Gespräche ^a und Leistungs- und Tätigkeitsdokumentationen der Therapeuten/Case Manager ^e geschaffen
<p>2.2.3 Personelle Überschneidungen (z.B. Kontinuität des Therapeuten)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Der (teil-)stationäre und ambulante Therapeut sind identisch ^{c, d, f}
<p>2.3 Finanzielle Ausgestaltung (Probleme wie z.B. veränderte Patientenströme oder finanzielle Aufwendungen für Kooperationsaktivitäten)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Hierzu finden sich keine Angaben</i>

2.4 Gemeinsames Konzept (z.B. Intervalltherapie)	- Von einigen Modellen werden explizit ganzheitliche, flexible, lebensnahe und abgestimmte Konzepte zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen genannt ^{a, f} - z.T. werden weitere Konzeptpartner aufgeführt, z.B. Betriebe (Stufenplan, der im Bedarfsfall den Kontakt mit den Beratungsstellen regelt) ^a - Eine klare Strukturierung der Behandlung ist meistens vorgesehen
2.4.1 Patientenbild	- Die anvisierte Zielgruppe ergibt sich entweder aus dem klinikspezifischen Angeboten oder <u>im nachhinein</u> aus den Ergebnissen der Studien ^{a, e, f} - <i>Es wird selten beschrieben, auf welche Klienten das Angebot zugeschnitten ist</i>
2.4.2 Einschluss-/Ausschlusskriterien	- Folgende Einschlusskriterien sind zu finden: ♦ Wohnortnähe zur Behandlungsstelle ^{a, c} ♦ Alkohol- ^{a, b, c, d} oder Mehrfachabhängigkeit ^{e, f} ♦ Indikation für Langzeittherapie ^b ♦ Angehörigenteilnahme oder intakte Arbeitssituation ^c
2.4.3 Indikationskriterien zu einer Behandlung (↓ siehe auch Ebene Patient)	- Sie orientieren sich an den "Gemeinsamen Leitlinien der RVT und KVT" bzw. EVARS - <i>Klare Angaben fehlen meistens oder können nicht explizit aufgestellt werden</i> ^b - Die Indikation wird per Vorgespräch ^c oder Screening-Verfahren ^f gestellt - Innerhalb einer kombiniert ambulant-stationären Behandlung werden folgende Kriterien für ein zweites stationäres Intervall genannt: Rückfall, Partner ist auch Alkoholiker ^b
2.4.4 Angaben zum Behandlungsablauf (z.B. Intervalle)	- Drei Modellprojekte ^{b, c, d} sehen einen integriert stationär-ambulanten Gesamtbehandlungsverlauf vor: Die stationäre Phase liegt hierbei zwischen sechs-24 Wochen, wobei auf möglichst kurze Klinikaufenthalte hingewirkt wird. Die nachfolgende ambulante Phase kann bis zu einem Jahr Gesamtdauer reichen und im Krisenfall durch weitere (einwöchige) stationäre Intervalle unterbrochen werden.

<p><i>Fortsetzung</i> 2.4.4 Angaben zum Behandlungsablauf (z.B. Intervalle)</p>	<p>Ein Verbundmodell^a geht ebenfalls von kombinierten Behandlungsverläufen aus, die aber je nach Bedarf beim Kostenträger gesondert beantragt werden müssen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein Modellprojekt^f kombiniert einen drei- bis zehnwöchigen teilstationären Behandlungsaufenthalt mit ambulanter Nachsorge und der Einbindung in Selbsthilfegruppen. Auch hier kann in schweren Fällen eine kurze stationäre Phase (meist zu Beginn) in Anspruch genommen werden.
<p>2.4.5 Angaben zu gemeinsamen Zielen/Inhalten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - In den meisten Modellprojekten wird darauf hingewiesen, dass Therapieziele und –inhalte zwischen den Leistungsanbietern abgestimmt werden. <i>Genauere Angaben über Abstimmungsprozesse und –ergebnisse (die konkreten Ziele/Inhalte) fehlen jedoch.</i> - Zwei Modelle geben etwas genauere Informationen und nennen hier <ul style="list-style-type: none"> ♦ gemeinsame Fallbesprechungen und Arbeitstreffen zur konzeptionellen Weiterentwicklung^a ♦ relativ allgemeine, für alle verbindliche Therapieziele (Veränderungsbereitschaft^e, soziale Kompetenz/Wiedereingliederung, Problemlösestrategien fördern)^f
<p>2.4.6 Angaben zu unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen in der Behandlung (siehe auch Aufgabenverteilung)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nur in zwei Modellbeispielen finden sich hierzu konkrete Erläuterungen: Angaben beziehen sich sowohl auf unterschiedliche Therapieformen (z.B. wird in der Klinik eher Arbeits- und Beschäftigungstherapie und in der ambulanten Nachsorge eher Gruppen- und Paartherapie durchgeführt)^b als auch auf die Inhalte. In der Klinik findet eher motivierende, problemdifferenzierende und lösungsorientierte therapeutische Arbeit statt, die in der ambulanten Phase durch Erprobung und Festigung ergänzt wird.^d
<p>2.4.7 Angaben zur Behandlungsform (z.B. offene Gruppe, Einzelgespräche)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hier sind die Angaben sehr unterschiedlich und richten sich nach der therapeutischen Ausrichtung der diversen Einrichtungen

<p><i>Fortsetzung</i> 2.4.7 Angaben zur Behandlungsform (z.B. offene Gruppe, Einzelgespräche)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Schwerpunktmäßig wird jedoch Gruppentherapie durchgeführt^{c, d, f}; ein Modellprojekt arbeitet ausschließlich mit geschlossenen Gruppen^c - Der Ausbau von Einzel- und paartherapeutischen Angeboten wird als sinnvoll erachtet^b
---	---

3. PROZESSEBENE	
<p>3.1 Systematischer Informationsfluss</p>	<ul style="list-style-type: none"> - In zwei Fällen wird der Informationsstand des behandelnden Therapeuten dadurch gewährleistet, dass dieser im Übergang von stationärer zu ambulanter Phase nicht wechselt^{c, d}
<p>3.1.1 Form (z.B. Arbeitstreffen, Telefonate)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wechselseitige Besuche der ambulanten und stationären Einrichtungen, der beteiligten Betriebe bzw. weiterer Einrichtungen^{a, b, d, f} - Telefonische^a oder persönliche^{e, f} Fallbesprechungen ("Runder Tisch")^f in unterschiedlicher Häufigkeit (Einzelkontakte^b bis drei Mal pro Fall^{a, f}) - Gemeinsame Supervision^e - Organisations-/kooperationsbezogene Arbeitstreffen^{a, e, f} - Gremienarbeit^{e, f}
<p>3.1.2 Standards bezüglich Diagnostik und Dokumentation bzw. Informationsträger ($\{$ siehe auch I 4.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Nur in wenigen Modellprojekten werden einheitliche Diagnose- oder Dokumentationsinstrumente verwendet:</i> Der sogenannte "Hilfeplan" existiert zum einen als standardisierte, vereinheitlichte Falldokumentation (bzgl. Diagnose, Indikation, Ziele, Reha-Plan)^{d, e}, und zum anderen als Zusammenfassung der eingesetzten unterschiedlichen Instrumente^f zur weiteren Therapiesteuerung. In einem Modellprojekt wird wöchentliche Behandlungs-/Verlaufsdokumentation erwähnt^f - Die Diagnose wird bei einigen Modellen einheitlich gestellt (DSM-III-R, RDC, MALT u.a.)^{b, c} - Ansonsten werden die jeweils einrichtungsspezifischen Dokumentationen mit Zustimmung des Patienten weitergereicht^a bzw. <i>auf die Notwendigkeit eines gleichen Begriffsverständnisses (z.B. hinsichtlich des Terminus Rückfall) hingewiesen^b</i>
<p>3.1.3 Häufigkeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Variation der Häufigkeit an fallbezogenen

	<p>Informationskontakten ist hoch (vereinzelt bis mindestens drei Mal pro Fall^{a, b, f}).²</p> <p>- Kooperationsbezogene Arbeitstreffen finden zwischen ein- bis dreiwöchentlich, monatlich oder zwei Mal pro Jahr statt</p>
3.1.4 Rechtzeitigkeit/Feedback	<p>- <i>Zu diesem Aspekt finden sich so gut wie keine Angaben</i></p> <p>- Lediglich ein Verbundmodell^a weist darauf hin, dass für alle Beteiligten notwendige Informationen zügig weitergeleitet werden sollen³</p>
3.1.5 Inhalt (z.B. organisatorisches, fallbezogenes, fachliches)	<p>- In den Kooperationskontakten findet statt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ fallbezogener Austausch^{a, b, e, f} ◆ fachlicher Austausch^{a, e} ◆ organisatorische Abstimmung^{e, f} (z.B. Information bei Abbruch, Info über konzeptionelle Veränderungen)^a
3.2 Aufnahme-/Entlassverfahren	
3.2.1 Angaben zur Gewährleistung der Kontinuität des Therapieverlaufs	<p>- Der Bezugstherapeut^f oder die geschlossene Therapiegruppe bleibt konstant erhalten^{c, d}</p> <p>- Es finden Besuche/Kontakt während der "anderen" Therapiephase statt^a</p> <p>- Es erfolgt eine stetige Begleitung durch den Case Manager^e</p> <p>- Es werden therapeutische Wochenendprogramme an der Fachklinik während der ambulanten Phase veranstaltet^d</p>
3.2.2 Maßnahmen zur Vorbereitung auf die stationäre Phase	<p>- Vorbereitende Besuche (Patient allein/in Begleitung des Therapeuten)^a</p> <p>- <i>Hier finden sich ansonsten wenig Aussagen</i></p>

2 Wie die Studie "Optimierung der Rehabilitation Alkoholabhängiger" gezeigt hat, decken sich die Anforderungen in den Konzepten zur Gewährleistung eines nahtlosen Behandlungsverlaufs durch regelmäßige fallbezogene Kontakte nicht immer mit der Alltagspraxis (vgl. Meyenberg/Tielking/u.a. 1999; Tielking 2000).

3 Auch hier findet sich ein Unterschied zwischen konzeptionellem Anspruch und Praxis. Oftmals steht z.B. der für die nachbehandelnde Beratungsstelle wichtige Entlassungsbericht aus der Klinik erst stark zeitlich verzögert zur Verfügung (Meyenberg/Tielking 2000, S. 68f.).

<p>3.2.3 Maßnahmen zur Vorbereitung auf die ambulante Nachsorge</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gespräch mit dem nachsorgenden Behandler und Klient: Darstellung des Therapieverlaufs und der offenen Therapieziele^a - In einem Modellprojekt^b hat sich die frühzeitige Terminvereinbarung mit der nachbetreuenden Beratungsstelle als erfolgreiche Maßnahme herausgestellt. <i>(Bemängelt wurde, dass dieses für nur 59 Prozent der Klienten geschehen ist, wobei insgesamt 90 Prozent den Wunsch nach Weiterbehandlung äußerten).</i> - Die in die Klinik vermittelnde Beratungsstelle übernimmt auch die Nachsorge^b - <i>Auch hier wären bei den meisten Modellprojekten konkretere Aussagen wünschenswert</i>
<p>3.2.4 Möglichkeiten der Aufrechterhaltung des Kontaktes über das Therapieende hinaus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Es gibt hierzu keine Angaben in den Modellprojekten</i>
<p>3.3 Aufgabenverteilung</p>	
<p>3.3.1 Verbindliche Zuständigkeiten (<i>⌊</i> siehe auch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - In einigen Modellprojekten wird darauf hingewiesen, dass Aufgaben und Zuständigkeiten abgestimmt werden müssen. <i>Ein Bild über die Abstimmungsprozesse und -ergebnisse entsteht jedoch nicht.</i> - Als wichtiges Instrument wird im weiteren der Hilfeplan genannt, in dem zusammen mit dem Klienten Ziele festgelegt und Zuständigkeiten geregelt werden^{e, f} - Ein Verbundmodell zählt konkrete Aufgaben auf: Die Informationspflicht liegt bei der aktuellen Behandlungseinrichtung, die Beratungsstelle informiert über die Kostenzusage^a
<p>3.3.2 Anteil organisatorischer Tätigkeiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zwei Modelle machen hierzu Angaben und belegen den relativ hohen Anteil fallübergreifender, koordinierender Tätigkeiten mit 50 Prozent^e und 30 Prozent^f - <i>In den anderen Modellprojekten wird zu diesem Aspekt, der das Tätigkeitsprofil der Therapeuten/Behandler gravierend verändern kann und auch eine zu bedenkende Mehrbelastung ausmacht, nichts gesagt</i>

4. ERGEBNISEBENE	
<p>4.1 Dokumentation ambulanzstationärer Behandlungsverläufe (Haltequote, Rückfallquote, soziale Reintegration, Behandlungszufriedenheit) (\ siehe auch I 3.1.2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vier der untersuchten Modellprojekte machen diesen Aspekt durch die Darlegung der verwendeten Instrumente, Erhebungszeitpunkte, befragten Personen^{b, d} oder der Leistungs- und Tätigkeitsdokumentationen seitens der Therapeuten/Case Manager^{e, f} nachvollziehbar. - Ein Modell nennt Ergebnisse hinsichtlich Rückfall, Abstinenz und Abbruch, vernachlässigt aber die Beschreibung des genaueren Erhebungsdesigns^c
<p>4.2 Dokumentation der Qualität der Kooperation (Akzeptanz bei den Kooperationspartnern und bei der Zielgruppe) (\ siehe auch I 2.1.3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lediglich drei Modelle berücksichtigen die Evaluation der Kooperation anhand von Protokollen der Kooperationstreffen^b, standardisierten Befragungen der Kooperationspartner und Klienten^f sowie Tätigkeitsdokumentation der koordinierenden Funktionsträger^e (Koordinatoren, Case Manager)

II EBENE PATIENT/KLIENT	
<p>1. Persönlichkeitsprofil</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Kein Modellprojekt erwähnt explizit den Zusammenhang zwischen konzeptionellen Erwägungen und Persönlichkeitsprofil der Klienten</i> - Innerhalb der Diagnostik werden hier zum Teil Aussagen zu Charaktermerkmalen getroffen^c
<p>2. Krankheitsbild</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Kein Modellprojekt führt das ihrer Behandlung zugrundeliegende Krankheitsverständnis von Alkoholabhängigkeit aus</i>
<p>3. Bedürfnislage</p> <p>3.1 Originäre Bedürfnisse im Bereich Abhängigkeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Im Rahmen der Erfassung der Behandlungszufriedenheit werden <u>im nachhinein</u> von einem Modell^b folgende Wünsche der Klienten erwähnt <ul style="list-style-type: none"> ◆ besserer Vorbereitung der stationären Therapie ◆ mehr Einzeltherapie v.a. in der Beratungsstelle (45 Prozent) ◆ mehr Freizeitangebot auf Station ◆ Familienangehörige in die Behandlung einbeziehen

3.2 Soziale Bedürfnisse	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Wunsch, nicht zu lange von Familie/Arbeitsplatz getrennt zu sein ◆ Probleme mit offenen Gruppen
3.3 Medizinische Bedürfnisse	- <i>Es gibt hierzu keine Angaben in den Modellprojekten</i>
4. Betreuungskonstanz (Berücksichtigung des Informationsbedarfs des Patienten)	<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungskonstanz wird darüber herzustellen versucht, dass dem Klienten Informationen über den Gesamtbehandlungsverlauf und die Kooperation^a sowie über weitere Behandlungsmöglichkeiten (z.B. die Möglichkeit eines zweiten stationären Intervalls^b, Adaptionseinrichtungen^a usw.) gegeben wird - Patienten schätzen die Verbindlichkeit eines kombiniert ambulant-stationären Modellprogramms und fühlen sich auch den Mitpatienten gegenüber zur Teilnahme verpflichtet^f

III EBENE KOSTEN-/LEISTUNGSTRÄGER	
1. STRUKTURELLE EBENE	
1.1 Rahmenvereinbarung für Verbundsysteme	- <i>Es gibt hierzu keine Angaben in den Modellprojekten</i>
1.2 Forum zur Diskussion und Abstimmung von Veränderungen	- <i>Es gibt keine Angaben über die leitende/ koordinierende Rolle von Kosten-/Leistungsträgern in den Modellprojekten</i>
1.3 Modalitäten des Antragsverfahrens (u.a. Kostenzusage)	<ul style="list-style-type: none"> - Obwohl sich in allen Modellen für kombiniert ambulant-stationäre Behandlungsverläufe ausgesprochen wird, kommen vereinfachende Antragsverfahren in Form von pauschalen Kostenzusagen nur in zwei Fällen zur Sprache (für 1 Jahr bei unterschiedlich langer stationärer Phase von acht bis 24 Wochen)^{b, d} - <i>Die anderen Modellbeispiele gehen der Frage, inwiefern nahtlose Behandlungsverläufe in der ambulant-stationären Verbundarbeit auch von Seiten einer möglichst wenig bürokratischen Verwaltungsebene unterstützt werden müssen, nicht nach</i>

2. PROZESSEBENE	
2.1 Systematischer Informationsfluss	
2.1.1 Form (z.B. Arbeitstreffen, Telefonate)	- Es finden sich so gut wie keine Angaben über Kontakte zwischen Leistungsträgern und –anbietern - Dem Kostenträger wird über die Kooperation zwischen Beratungsstellen und Klinik Rechenschaft abgelegt, indem sie im Sozialbericht erwähnt wird ^a
2.1.2 Standards bezüglich Dokumentation bzw. Informationsträger	- Es gibt hierzu keine Angaben in den Modellprojekten
2.1.3 Häufigkeit	- Es gibt hierzu keine Angaben in den Modellprojekten
2.1.4 Rechtzeitigkeit/Feedback	- Es gibt hierzu keine Angaben in den Modellprojekten
2.1.5 Inhalt (z.B. Pflegesatzverhandlungen)	- Es gibt hierzu keine Angaben in den Modellprojekten
2.2 Aufgabenverteilung	
2.2.1 Verbindliche Zuständigkeiten (z.B. Definition von Koordinierungsaufgaben im Reha-Prozess)	- Bestimmung von Ort und Umfang der Behandlung ^a
2.2.2 Anteil organisatorischer Tätigkeiten	- Es gibt hierzu keine Angaben in den Modellprojekten
3. ERGEBNISEBENE	
3.1 Dokumentation ambulant-stationärer Behandlungsverläufe (Reha-Statistiken)	- Es gibt hierzu keine Angaben in den Modellprojekten
3.2 Dokumentation der Qualität der Kooperation (Akzeptanz bei den Kooperationspartnern und bei der Zielgruppe) (siehe auch I 2.1.3)	- Es gibt hierzu keine Angaben in den Modellprojekten

Abbildung 6: Beurteilung von Modellprojekten anhand der Matrix "Kooperationsstandards"

Aus der tabellarischen Auflistung analog der Kriterien ist ablesbar, dass einigen für Kooperation relevanten Bereichen, z.B. den Beziehungen zwischen Leistungsträger und -anbieter sowie den Inhalten und Abläufen auf der Ebene des Kosten-/Leistungsträgers, aber auch auf Ebene des Patienten/Klienten bisher wenig Beachtung geschenkt worden ist.

Auch innerhalb der Kooperationsgesichtspunkte, die einen möglichst nahtlosen ambulant-stationären Gesamtrehabilitationsverlauf begünstigen sollen, treten Schwachstellen auf, die auch als Lernerfahrung in den Berichten einiger Modellprojekte auftauchen und im folgenden als Abschluss der hier angestellten Analyse zu Bedenken gegeben werden:

- Der Kontakt zur Beratungsstelle wird seitens des Klienten auch nach (ambulantem) Therapieende gesucht, wobei hier wenig institutionelles Angebot besteht (z.B. Themenabende, offene Veranstaltungen usw.)
- Die im allgemeinen praktizierte "Komm-Struktur" hat sich als nachteilig erwiesen; mehr aufsuchende Arbeit ist erforderlich (z.B. persönlicher Besuch bei Versäumnis der ambulanten Therapie)
- In der Arbeit mit Klienten hat sich gezeigt: Wenn Therapieziele formuliert werden, kommen meistens das konkrete Vorgehen und die Zuständigkeiten zur Sprache
- Trotz Kooperationsvereinbarungen treten immer noch Unklarheiten in den Übergängen zwischen stationären und ambulanten Behandlungsformen auf, weil:
 - ♦ Schwierigkeiten bei der Indikationsstellung bestanden
 - ♦ mangelnder Informationsaustausch festzustellen war
 - ♦ mangelnde gemeinsame Behandlungsplanung vorlag
 - ♦ die Behandlungskontinuität nach kurzer stationärer Entgiftungsphase nicht gewahrt werden konnte
 - ♦ unklare Abläufe bei der Entlassung aus einer Behandlungsform bestanden
 - ♦ wenig Kontakt zu den Selbsthilfegruppen aufgebaut wurde
 - ♦ die Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtungen (Stichwort: Transparenz) zu kurz kam
 - ♦ unzureichende Kenntnis über die Arbeit der Kooperationspartner vorlag

4 Qualitätsmanagement-Elemente als strukturelle Möglichkeit zur Umsetzung des Modellprojekts

4.1 Qualitätsmerkmale in der Rehabilitation

Suchttherapie geht heute überwiegend von einem Modell umfassender Rehabilitation aus. Somit richten sich rehabilitative Maßnahmen nicht mehr nur auf eingeschränkte Funktionen bzw. defekte Organe, sondern auf die gesamte sich fortentwickelnde Persönlichkeit einschließlich ihrer sozialen, kulturellen und ökologischen Bindungen und Verflechtungen. Deshalb sind Therapiemodelle in der Regel dynamisch und flexibel angelegt und gehen vom interdependenten Zusammenwirken einer Vielzahl von therapielevanten Faktoren aus. Dementsprechend ist z.B. das interdisziplinär erbrachte Leistungsangebot ein wesentliches Qualitätsmerkmal in der Suchtrehabilitation. (vgl. Faßmann 1995, S. 305)

Qualitätsmerkmale gilt es, aus unterschiedlichen Gründen festzulegen, zu messen, zu bewerten und gegebenenfalls weiterzuentwickeln. Zu diesem Zweck greift man auch im Gesundheitswesen auf ein im Dienstleistungsbe-
reich übliches und bewährtes Verfahren zurück, das die Qualität der Dienstleistung kontinuierlich steuern soll, das Qualitätsmanagement. Auf weltweiter (ISO = International Organization for Standardization), europäischer (EN = Europäische Normungsbehörde) und deutscher (DIN = Deutsches Institut für Normung) Ebene ist der Begriff des Qualitätsmanagements definiert. Die ISO-Norm sowie die EN- und DIN-Normen, umfassen unter dem Begriff Qualitätsmanagement die Gesamtheit aller Tätigkeiten (Planung, Kontrolle, Sicherung, Verbesserung), die geeignet sind, die Ziele einer unternehmenseigenen Qualitätsphilosophie⁴ zu erreichen. Dabei wird das Qualitätsmanagement berufsgruppen- und hierarchieübergreifend verstanden. Es bezieht alle Qualitätsaspekte der Kunden, der Leistungserbringer und des Managements ein. (vgl. DIN 1994)

4 Die Qualitätsphilosophie folgt wiederum einem Leitbild, das die Wert- und Normhaltung des Trägers und der Mitarbeiter und die fachlichen Zielsetzungen bestimmt (vgl. Eike/Mühl 1998, S. 206).

Die Qualität der medizinischen Versorgung kann als Differenz zwischen einem erreichten und dem erreichbaren Nutzen gemessen werden. Eine existierende Differenz dieser beiden Werte zeigt das Potential für die Verbesserung der Qualität. So z.B. Beispiel am Qualitätsmerkmal "Koope-ration". Qualitätsmanagement wird in Form eines Qualitätsmonitoring betrieben, der sogenannten Qualitätskontrolle, darf auf diesen Aspekt jedoch nicht reduziert werden. Der erreichbare Nutzen wird von den vorhandenen strukturellen Gegebenheiten und vom verfügbaren Wissen bestimmt. (vgl. Selbmann 1996, S. 336 f.) Das Qualitätsmonitoring erfordert Kriterien der Bewertung, wie sie unter Gliederungspunkt I A.1 und 3.1 anhand der Qualitätsdimensionen von Donabedian und Wittmann vorgestellt wurden. Im Rahmen des Qualitätsmanagements kommt jeder Dimension ein eigenständiger Stellenwert zu. Wittmann betont in diesem Zusammenhang allerdings die Bedeutung der Ergebnisqualität, da die Überbetonung der Struktur- und Prozessqualität bei Vernachlässigung der Ergebnisqualität die Gefahr einer Kostenexplosion in sich birge (vgl. Wittmann 1995, S. 29). Für die Bewertungen der Qualität sind auf allen drei Ebenen Maßstäbe (Standards) zu formulieren, mit denen die Praxis verglichen werden kann. Eine der wesentlichen Aufgaben besteht darin, solche Standards zu entwickeln.

Diesem Verständnis folgt auch der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, der entsprechende Grundlagen in das Qualitätssicherungsprogramm (QSP) aufgenommen hat (vgl. Brünger/Löschmann/Koch 1997; Schliehe 1994). Das QSP soll durch externe Qualitätssicherungsmaßnahmen Mindeststandards sichern und für die interne Qualitätssicherung den Rahmen stellen (vgl. Brünger/Löschmann/Koch 1997, S. 308 ff.; Buschmann-Steinhage 1997, S. 33 ff.; Schaub/Schliehe 1994, S. 101 ff.; Schliehe 1994, S. 745 ff.). Das QSP wird dabei als Element der Strukturverantwortung der Rentenversicherung verstanden, mit dem vier übergeordnete Ziele verfolgt werden:

1. bedarfsgerechte Versorgung,
 2. Wirksamkeit der medizinischen Leistungen,
 3. Transparenz des Leistungsgeschehens,
 4. Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven.
- (vgl. Buschmann-Steinhage 1997, S. 35)

Dieses Programm prägte in den neunziger Jahren die Diskussion in der medizinischen Rehabilitation. Kern der Diskussion waren die Anforderungen, die von den Leistungsanbietern inhaltlich umgesetzt werden mussten und der Vorwurf, dass es sich um ein Kontrollmodell handle (vgl. u.a. Klein 1995; Zielke 1994). Gleichwohl kann durch das QSP sowie durch ebenfalls vorhandene einrichtungsinterne Maßnahmen auf bestehende Qualitätsmanagement-Elemente im Rehabilitationssystem aufgebaut werden, z.B. im Bereich der Dokumentation wie auch bei internen und externen Qualitätszirkeln.

Maßnahmen zum Qualitätsmanagement werden gleichermaßen von der Rentenversicherung, den Suchteinrichtungen und ihren Fachverbänden geleistet (vgl. Marhoffer 1994, S. 360). Dabei unterscheiden sich die Zuständigkeiten wie folgt:

Qualitätsmanagement	
Rentenversicherung	Rehabilitationseinrichtungen
<ul style="list-style-type: none"> ➤ konzeptionelle Mindestvorgaben ➤ Abschluß von Empfehlungvereinbarungen ➤ Initiierung von wissenschaftlichen Untersuchungen ➤ Empfehlungen der "Reha-Kommission" des VDR <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><i>(Weiter-)Entwicklung der äußeren Rahmenbedingungen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Patientenbefragungen ➤ Basisdokumentationen ➤ Katamnesen ➤ differenzierte Konzeptentwicklung und -evaluation <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><i>interne und inhaltliche Ausgestaltung qualitätssichernder und (rehabilitations-)erfolgsversprechender Maßnahmen</i></p>

Abbildung 7: Zuständigkeiten im Qualitätsmanagement

Speziell externe Qualitätszirkel bieten die Möglichkeit als Forum für Kosten-/Leistungsträger und Leistungsanbieter Positionen auszutauschen und klarzustellen. Dadurch können sie einen Beitrag zu mehr Transparenz zwischen den Beteiligten im Rehabilitationssystem leisten. Da QZ u.U. auch für das hier zu beschreibende Modellvorhaben zur Intensivierung der Kooperation zwischen der LVA Oldenburg-Bremen und ihren Kooperationseinrich-

tungen genutzt werden können, sind nachfolgend einige grundlegende Aspekte ausgeführt, die es zu berücksichtigen und auf das Modellprojekt abzustimmen gilt.

4.2 Qualitätszirkel als Forum der an der Rehabilitation Beteiligten

In der Praxis existiert zum einen eine Vielzahl an Kontakten zwischen Leistungsanbietern, und an Gesprächen zwischen Kosten-/Leistungsträgern und Leistungsanbietern, zur Abstimmung von Maßnahmen; zum anderen gibt es jedoch Probleme, die insbesondere in der Koordinierung ambulanter und stationärer Behandlungselemente, aber auch bei der Planung und Umsetzung neuer Angebote (z.B. Tagesklinik, Verbundmodelle) auftreten. Funke/Schneider umschreiben diese Situation treffend, indem sie klarstellen, dass wir es in diesem Bereich nicht "mit einer tabula rasa zu tun haben, was die Weiterentwicklung nicht unbedingt leichter machen muß, da - wie wir wissen - umlernen schwieriger ist als neulernen." (Funke/Schneider 1998, S. 4) Besonderheiten der Behandlungsangebote, der unterschiedlichen Behandlungsansätze der Leistungsanbieter und der jeweiligen Strukturen sollten bei Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems berücksichtigt werden. Zu diesem Zweck bedarf es eines fortlaufenden Dialogs zwischen Kosten-/Leistungsträgern und ihren Kooperationseinrichtungen (Leistungsanbietern) unter Berücksichtigung der Aufgaben des jeweils federführenden Kosten-/Leistungsträgers. Qualitätsmanagement-Konzepte bieten mit sog. Qualitätszirkeln ein entsprechendes Forum.

In diesem Zusammenhang ist das Ziel von Qualitätsmanagement hervorzuheben. Dieses soll im Sinne der DIN-Norm (vgl. DIN 1994) Möglichkeiten der Qualitätsdifferenzierung und -optimierung im Sinne eines Lernmodells eröffnen, statt einer bloßen Qualitätskontrolle. Im Sinne eines Lernmodells werden alle an der Rehabilitation Beteiligten einbezogen, was den Vorteil mit sich bringt, dass die Relevanz der bearbeiteten Qualitätsprobleme und die Chance zur Akzeptanz bei allen Beteiligten gegeben sind. Darüber hinaus sind lernende Systeme als Regelkreismodelle beschreibbar, in denen es unmittelbar zu Handlungsregulationen aufgrund der fortlaufenden Überprüfung der Handlungen und daraus abgeleiteter Korrekturen der folgenden Planungsschritte kommt. (Zielke 1995, S. 257 ff.) Statt einer vertikalen Qualitätssicherung von oben nach unten bedarf es dazu eines vernetzten Qualitätsmanagements aller Beteiligten mit entsprechenden Kommuni-

kations- und Führungsstrukturen im gesamten Rehabilitationssystem. Natürlich bleiben die Selbständigkeit jeder Einrichtung und die jeweils eigenen Schwerpunktsetzungen hiervon unberührt. Folgt man den unter Gliederungspunkt I A.4.1 genannten übergeordneten Zielen des QSP in der grundsätzlichen Ausrichtung von Qualitätsmanagement-Maßnahmen, so lassen sich für die Umsetzung eines Qualitätsmanagements im Sinne eines Lernmodells positive Beispiele in süddeutschen Regionen finden.

Dort versuchen einige Landesversicherungsanstalten mit modifizierten Qualitätssicherungsprogrammen regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen (vgl. Seiter 1995, S. 176 f.). Unter Berücksichtigung des QSP des VDR entwickelte beispielsweise die LVA Württemberg in Abstimmung mit dem VDR und unter Beteiligung weiterer südwestdeutscher Landesversicherungsanstalten ein modifiziertes Programm zur Qualitätssicherung in der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker, das die Eigenverantwortlichkeit der Rehabilitationskliniken stärker betont und trägerspezifische Besonderheiten berücksichtigt. Hervorgehoben wird darüber hinaus speziell die Kommunikation und Kooperation zwischen Kosten-/Leistungsträgern und Leistungsanbietern im Bereich der internen und externen Qualitätssicherung. Dabei wird einem dezentralen Lernmodell gefolgt, "das eine interne Qualitätssicherung mit externer Kostenträgerabstimmung favorisiert." (Marhoffer 1994, S. 359 f.; Seiter 1995, S. 176 ff.) An diesen Erfahrungen, die in den weiteren Ausführungen zu Qualitätszirkeln berücksichtigt werden, können sich die Beteiligten in der Region Oldenburg-Bremen orientieren. Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass in diesem Bereich der Zusammenarbeit auch zwischen der LVA Oldenburg-Bremen und ihren Kooperationseinrichtungen bereits Erfahrungen vorhanden sind, auf die aufgebaut werden kann.

Ein QZ als Instrument des Qualitätsmanagements hilft, eine formelle Basis zu schaffen und kann Vertreter der Kosten-/Leistungsträger, stationärer und ambulanter Leistungsanbieter, wissenschaftlicher Institute und andere an der Rehabilitation Beteiligte (z.B. Arbeitsverwaltung) einbeziehen. Kennzeichen von Qualitätszirkeln sind insbesondere die Verbindlichkeit und Regelmäßigkeit der Kontakte (z.B. alle vier bis acht Wochen) zwischen den Beteiligten, das heisst in dem vorliegenden Modellprojekt zwischen den Vertretern der LVA Oldenburg-Bremen und ihren Kooperationspartnern. Ziel der Sitzungen ist es, Informationen über neue Entwicklungen und gemeinsame

Vorhaben, wie z.B. Modellprojekte oder die Schaffung neuer Therapieangebote auszutauschen und eingeleitete Veränderungen in überschaubaren Zeiträumen zu überprüfen. Das primäre Interesse der Zusammenarbeit richtet sich dabei auf strukturelle Maßnahmen. Eventuell auftretende Probleme sollen mit dem Ziel diskutiert werden, Einvernehmen zwischen den Beteiligten herzustellen. Die Zuständigkeit und Autonomie der jeweiligen Entscheidungsträger bleibt grundsätzlich jedoch unberührt.

Als Diskussionsforum kann durch die Arbeit in einem QZ insbesondere Transparenz über das Vorgehen des jeweils anderen und ein Verständnis für notwendige Entscheidungen geschaffen werden. Dazu beitragen kann ein Berichtswesen über die Ergebnisse der einzelnen Sitzungen, das als Informationsgrundlage den Beteiligten sowie insbesondere der Unternehmensleitung der LVA Oldenburg-Bremen für Entscheidungen dienen kann. In diesem Verständnis kann ein QZ auch ein Forum zur Erarbeitung von Kooperationsmodellen zur Verfügung stellen und dadurch für eine Innovation in der Zusammenarbeit zwischen der LVA Oldenburg-Bremen und ihren Kooperationseinrichtungen sorgen.

Gleichwohl ist Qualitätsmanagement primär Aufgabe der Leistungsanbieter und ihrer Fachverbände und soll dies auch bleiben. Kosten-/Leistungssträger wie die LVA Oldenburg-Bremen müssten aber aufgrund der gegebenen Strukturverantwortung unbedingt einbezogen werden und im Rahmen von Qualitätszirkeln eine tragende Rolle übernehmen. Diese Abstimmung auf struktureller Ebene soll fallbezogen zu einer effizienteren Rehabilitation führen. Dazu bedarf es der Formulierung von Aufgaben und Zielen eines Qualitätszirkels sowie nach erfolgter Implementierung im Bereich der LVA Oldenburg-Bremen der Überprüfung der tatsächlichen Leistungsfähigkeit einer solchen Einrichtung.

5 Fragestellungen und Ziele des Modellprojekts

5.1 Zentrale Fragestellungen und Ziele

Die Effizienz der Rehabilitationsmaßnahmen wie der Hilfen insgesamt wird entscheidend durch die Vernetzung der Maßnahmen des Rehabilitationssystems mit den vorbereitenden und weiterführenden Hilfen bestimmt. Verbundmodelle zielen auf die Verbesserung der Qualität der Behandlung durch veränderte Kooperationsformen. Das Forschungsvorhaben richtet deshalb den Fokus auf die Möglichkeiten der Verbesserung der Kooperationen zwischen Einrichtungen/Personen sowie der Koordinierung der Versorgung von Alkoholabhängigen im Rahmen eines neu zu implementierenden Verbundmodells zwischen ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen in der Region Oldenburg-Bremen. Die Überprüfung soll mit Hilfe der Erfassung der Strukturqualität, der Evaluation des ambulant-stationär-ambulanten Rehabilitationsprozesses und seiner Ergebnisse auf der Einrichtungs- und Patientenebene erfolgen. Darüber hinaus soll geklärt werden, ob und in welchem Umfang Kostensenkungen realisiert werden können.

Das Modellprojekt soll somit neue Strukturen in der Rehabilitation Alkoholabhängiger sowie deren Effizienz überprüfen, um zur weiteren Umsetzung entsprechende Handlungsempfehlungen zu formulieren. Es gilt zu prüfen inwieweit damit ein Beitrag zur Individualisierung, Flexibilisierung und Effizienzsteigerung von Hilfen für Alkoholabhängige in der Region Oldenburg-Bremen geleistet werden kann. Kernstück des Modellprojekts ist die Verbesserung der Kooperation zwischen ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen sowie dieser Leistungsanbieter mit dem Kosten-/Leistungsträger LVA Oldenburg-Bremen. Die engere Abstimmung von Behandlungsmaßnahmen soll eine wirksamere Nutzung der Angebote bei gleichzeitiger Kostenminimierung ermöglichen. Darüber hinaus soll das Vorhaben Elemente eines modernen Qualitätsmanagements berücksichtigen, um Maßnahmen auf der Strukturebene zwischen Kosten-/Leistungsträger und Leistungsanbietern im Anspruch einer größeren Transparenz abzustimmen und den effizienten Einsatz der finanziellen Mittel sicherzustellen.

Die Rehabilitation der Alkoholabhängigen im Verbundsystem soll für die Projektlaufzeit einen flexiblen Wechsel zwischen ambulanten und stationären Behandlungselementen ermöglichen. Das Verbundsystem soll in diesem Anspruch von Leistungsanbietern in der Region Oldenburg-Bremen in Abstimmung mit der LVA Oldenburg-Bremen und der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg entwickelt werden. Einrichtungsspezifische Besonderheiten werden dabei berücksichtigt, um Vergleiche zwischen unterschiedlichen Modellen/Ansätzen ziehen zu können. Die Untersuchung soll insbesondere Antworten auf eine Reihe von Fragestellungen geben, die hier nicht abschließend aufgeführt werden können, aber die nachfolgenden Bereiche betreffen:

- "Welche Varianten von Verbundmodellen hinsichtlich beteiligter Einrichtungen und Behandlungsformen existieren in den Kooperationseinrichtungen der LVA Oldenburg-Bremen?"
- "Wie effizient ist ein ambulant-stationäres Verbundmodell in der Rehabilitation Alkoholabhängiger?"
- "Wie lässt sich die Versorgung Alkoholabhängiger durch die einrichtungsübergreifende Abstimmung in einem QZ, bestehend aus Vertretern der Leistungsanbieter, eines Kosten-/Leistungsträgers und einer wissenschaftlichen Begleitung verbessern?"

5.2 Teilfragestellungen und Ziele

Vor dem Hintergrund der zentralen Fragestellungen und Ziele sollen im prozesshaften Verlauf der Studie u.a. weitere Teilfragen und -ziele von besonderem Interesse sein, die folgende Bereiche einbeziehen:

Die Arbeit eines Qualitätszirkels:

- Definition der Aufgaben, des Selbstverständnisses und der Ziele eines Qualitätszirkels
- Ermittlung und Analyse auftretender Probleme hinsichtlich Kooperation und Koordination zwischen den Beteiligten
- Ermittlung von Lösungsstrategien zur Bewältigung von Problemen

- Bewertung der Arbeit des Qualitätszirkels hinsichtlich Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit der Beteiligten
- ...

Die LVA-Versicherten, die aufgrund ihrer Alkoholabhängigkeit behandelt werden:

- Charakterisierung der Patienten/Klienten zur Verbesserung des Zuweisungsverfahrens
- Bestimmung von Kriterien zur Indikation einer ambulant-stationären Rehabilitation
- Darstellung der Gründe für einen Wechsel der Behandlungsform
- Vergleich von Rehabilitationsverläufen zwischen Patienten der Modellgruppe und einer Kontrollgruppe
- ...

Die Leistungsanbieter (Ambulante und stationäre Einrichtungen):

- Klärung von Zuständigkeiten zwischen den Leistungsanbietern im Verbundmodell
- Welche Maßnahmen werden von den Leistungsanbietern getroffen, um einen nahtlosen Übergang zwischen den ambulanten und stationären Behandlungselementen zu ermöglichen?
- Ermittlung der Anteile ambulanter und stationärer Behandlungselemente an der Gesamtbehandlung
- Ermittlung der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Behandlungselemente
- Dokumentation der Häufigkeit und der Inhalte von Besprechungen und Kooperationstreffen zwischen den Vertretern der Einrichtungen eines Verbundsystems
- ...

Die LVA Oldenburg-Bremen:

- Überprüfung der Kosten der Rehabilitation im Verbundmodell
- Abgleich der Kosten zwischen Verbundmodell-Gruppe und Kontrollgruppe bei Einzelfallbetrachtung
- Definition von Möglichkeiten und Aufgaben eines Kosten-/Leistungs-trägers zur Optimierung der Koordinierung der Rehabilitation auf Strukturebene
- Definition von Möglichkeiten und Aufgaben eines Kosten-/Leistungs-trägers zur Optimierung der Koordinierung der Rehabilitation auf fallbezogener Ebene (u.a. Tätigkeiten der Sachbearbeiter und des Reha-Beraters)
- ...

B. Methode

6 Untersuchungsaufbau

6.1 Methodische Vorüberlegungen im Zusammenhang der Modellkonzeption

Elemente des Qualitätsmanagements bieten auch für die Organisation und Abläufe im Rehabilitationssystem sinnvolle Ansätze. Entsprechende Maßnahmen sollten unter Berücksichtigung vorhandener Arbeits- und Angebotsstrukturen in einer partnerschaftlichen Kooperation aller Beteiligten umgesetzt werden. Ziel ist es in der Rehabilitation von Alkoholabhängigen, das vorhandene hohe Leistungsniveau der Hilfen zu sichern und weiterzuentwickeln. Konkret bedeutet dies für das Modellprojekt, dass bereits existierende Kooperationsstrukturen, z.B. im Verbundsystem der Diakonie Oldenburg, zwischen der Fachklinik St. Marienstift - Dammer Berge und ambulanten Einrichtungen in der Region Oldenburg-Bremen sowie zwischen der LVA Oldenburg-Bremen und den Rehabilitationseinrichtungen genutzt und auf das Modellprojekt konzeptionell abgestimmt werden sollen. Den Rahmen dazu kann ein QZ bieten.

Eine tragende Rolle kommt den Kosten-/Leistungssträgern innerhalb dieses neu zu schaffenden Qualitätszirkels zu. Dieser setzt sich aus Vertretern ambulanter und stationärer Hilfeinrichtungen, der Kosten-/Leistungssträger und der wissenschaftlichen Begleitung sowie eventuell weiterer an der Behandlung Alkoholabhängiger Beteiligter zusammen. Die Einbeziehung aller Beteiligten im Rahmen eines Qualitätszirkels hätte den Vorteil, dass unterschiedliche Professionen berücksichtigt werden, d.h. Ärzte, Verwaltungsmitarbeiter, Psychologen, Sozialarbeiter u.a., und dadurch unterschiedliche Sichtweisen einbezogen werden. Es ist jedoch ebenso zu bedenken, dass aufgrund der Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit eines QZ immer nur eine begrenzte Anzahl an direkt Mitwirkenden sinnvoll ist. In diesem Forum sollen u.a. Konzepte zur Optimierung und Implementierung eines Verbund-

modells in der Region Oldenburg-Bremen diskutiert und abgestimmt werden.

Die wissenschaftliche Begleitung stellt Informationen über aktuelle, projektrelevante wissenschaftliche Erkenntnisse zur Verfügung, berät bei der Organisation und Durchführung des Modellprojekts, bewertet die getroffenen Maßnahmen und formuliert prozessbegleitend Handlungsempfehlungen. Für die Beantwortung der Fragen der Studie werden verschiedene Erhebungsinstrumente entwickelt, um zum einen die Arbeit des Qualitätszirkels zu dokumentieren und zu bewerten und zum anderen Aussagen über die Effizienz der Verbundarbeit treffen zu können. Zu diesem Zweck werden standardisierte schriftliche Befragungen von Klienten/Patienten, die eine Beratung und/oder Behandlung im Rahmen eines Verbundmodells durchgeführt haben, und deren Behandlern angestrebt. Parallel dazu soll eine Kontrollgruppe zu Vergleichszwecken gebildet werden. In den einzelnen Projektbereichen sollen zusätzliche Informationen insbesondere durch Expertengespräche gewonnen werden.

6.2 Untersuchungsgegenstand

Zusammengefasst sind im Rahmen des Forschungsvorhabens folgende Evaluationsschritte vorgesehen, die den Untersuchungsgegenstand konkretisieren:

Im Bereich der Strukturevaluation:

- Bestandsaufnahme und Analyse wesentlicher in Deutschland bereits vorhandener Verbundmodelle mit Hilfe der Dokumentenanalyse und zum Teil Expertengespräche
- Bestandsaufnahme und Analyse der Kooperationsformen und Verbundmodelle der Kooperationseinrichtungen der LVA Oldenburg-Bremen¹

¹ In diesem Zusammenhang kann auf bereits vorhandene Ergebnisse der Studie "Effektivität von Alkoholentwöhnung" zurückgegriffen werden (vgl. Meyenberg/Tielking 1999; dies. 2000).

mit Hilfe der Dokumentenanalyse (u.a. Konzeptanalyse) und zum Teil Expertengespräche

- Dokumentation und Begleitung der Arbeit des Qualitätszirkels durch teilnehmende Beobachtung und Protokollierung
- Definition von möglichen Handlungsalternativen der LVA Oldenburg-Bremen zur Verbesserung der Kooperation und Koordinierung von Maßnahmen auf der Strukturebene wie auf der fallbezogenen Ebene mit Hilfe von Experteninterviews
- ...

Im Bereich der Prozessevaluation:

- Standardisierte, schriftliche Befragung der Patienten, die im Verbundmodell behandelt werden
- Erfassung und Analyse der Wechsel der Behandlungsform (ambulant vs. stationär) hinsichtlich Anlässen, Häufigkeit, u.a.m. durch die schriftliche Befragung der behandelnden Ärzte und Therapeuten
- Standardisierte, postalische Nachbefragung von Patienten, die in einem Verbundmodell behandelt wurden; Nachbefragungszeitraum soweit möglich drei und sechs Monate nach Beendigung der Behandlung
- Standardisierte, schriftliche Befragung einer Kontrollgruppe, die ein herkömmliches Behandlungssetting aus stationärer Entwöhnungsbehandlung und ambulanter Weiterbehandlung durchläuft
- Beratung bei der Organisation und Durchführung des Qualitätszirkels
- Beratung bei der Entwicklung eines Berichtswesens über die Arbeit und Ergebnisse des Qualitätszirkels
- Dokumentation der Arbeit des Qualitätszirkels durch teilnehmende Beobachtung, Protokolle, schriftliche Befragungen und Interviews der Teilnehmer
- ...

Im Bereich der Ergebnisevaluation:

- Statistische Analyse der Befragungen der Modell- und Kontrollgruppen zur Beantwortung der Fragen der Studie
- Analyse der Befragungen der Ärzte und Therapeuten über Behandlungsverläufe im Verbundmodell
- Zusammenstellung der Erfahrungen der Beteiligten bei der Arbeit im Verbundmodell auf der Basis der Expertengespräche
- Ermittlung des Nutzens und der Zufriedenheit der Beteiligten mit der Arbeit des Qualitätszirkels
- Bewertung der Arbeit der Kooperationsmodelle im Hinblick auf Akzeptanz und Kosten
- ...

Die skizzierten Evaluationsbereiche und Methoden beschreiben die komplexe Anlage des Studiendesigns. Die Methoden ermöglichen die Zusammenführung von Aussagen auf der fallbezogenen und auf der strukturellen Ebene. Aufgrund dieses Vorgehens lassen sich bereits im Projektverlauf Ergebnisse formulieren, die als Handlungsempfehlungen über die Entscheidungsträger in den Projektverlauf zurückwirken können.

6.3 Datenschutzkonzept

Bei der Datenerhebung geht es primär um Informationen, die einen Überblick über die ambulanten und stationären Therapiemaßnahmen geben. Dabei ist im Sinne der zentralen Fragen und Ziele der Studie nach Aspekten zu suchen, die die Kooperation der Leistungsanbieter wie auch die Information der Patienten/Klienten über die ambulant-stationäre Gesamtbehandlung berücksichtigen.

Gegenstandsbereich der Untersuchung ist dabei der Therapieprozess wie auch das Behandlungsergebnis. Letzteres soll anhand anerkannter Erfolgsparameter bewertet werden. Dabei ist es selbstverständlich, dass nicht die Person als Person von wissenschaftlichem Interesse ist, sondern ausschließ-

lich als "Fall" vor dem Hintergrund einer weiteren Differenzierung der Behandlungsangebote des Suchtkrankenhilfesystems in seiner Gesamtheit.

Für die Befragungen werden zu den einzelnen Erhebungszeitpunkten jeweils ein Patientenfragebogen und ein Therapeutenfragebogen eingesetzt, um zum einen Patientenmerkmale - aus unterschiedlicher Perspektive - und zum anderen Behandlungsmerkmale erfassen zu können.

An Patientenmerkmalen sollen z.B. soziodemographische Merkmale, Informationsbedarfe, Behandlungsbedarfe und -einstellungen des Patienten, Einschätzungen zum Therapieverlauf durch den Patienten/aus der Sicht des Therapeuten, Behandlungszufriedenheit u.a.m. erfasst werden.

Behandlungsmerkmale zeigen sich z.B. in den Therapiekonzepten sowie den Angeboten, an denen die Patienten im Verlauf ihrer Therapie teilgenommen haben. Fragen zum Verhältnis Patient-Therapeut, zum therapeutischen Klima als einer der wesentlichen Wirkvariablen des Therapieerfolgs sowie zu den Therapieverfahren der Einrichtungen sind hier zu nennen. Von besonderem Interesse sind auf Struktur- wie auch auf Prozessebene Aspekte von Kooperation.

Das Datenschutzkonzept stellt sich für die Untersuchung wie folgt dar:

- Die Erhebung wird mit standardisierten Fragebögen (Patientenfragebögen, Therapeutenfragebögen) in der Zeit von Januar 2000 bis ca. Januar 2003 in den ambulanten und stationären Modell- und Kontroll-Einrichtungen durchgeführt.
- Die Fragebögen werden den Einrichtungen von der Forschungsgruppe schriftlich oder persönlich zugestellt. In den Einrichtungen füllen die Patienten und Therapeuten diese Fragebögen aus (schriftliche Erhebung).
Die Fragebögen werden von den Einrichtungen codiert und anonymisiert. Eine Teilnehmerliste mit den Namen und dem zugeordneten Code der Patienten für die späteren Nachbefragungen (Katamnesen) verbleibt in den Einrichtungen. Die Entcodierung ist nur den berechtigten Per-

sonen in den Rehabilitationseinrichtungen möglich (ärztliche und/oder therapeutische Leitung).

- Die Einwilligung der Betroffenen zur wissenschaftlichen Verwertung ihrer Daten wird eingeholt.
Die Betroffenen werden vor Ausfüllen der Fragebögen durch die Mitarbeiter der Einrichtungen darüber informiert, dass ihre Angaben ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken genutzt und anonymisiert werden. Dabei ist garantiert, dass weder die Forschungsgruppe noch die LVA Oldenburg-Bremen aus den Forschungsergebnissen Rückschlüsse auf einzelne Teilnehmer der Studie schliessen können.

- Die Rehabilitationseinrichtungen senden die anonymisierten und codierten Fragebögen an die Projektgruppe der Universität Oldenburg. Die Forschungsgruppe ist aufgrund der gewählten Vorgehensweise nicht in der Lage, die Fragebögen zu entcodieren. Auch bei den katamnesticen Nacherhebungen ist gewährleistet, dass die Katamnesebögen von den Rehabilitationseinrichtungen codiert, an den Patienten/Klienten versandt und von diesen nur codiert und anonymisiert an die Forschungsgruppe zurückgesandt werden. So ist gewährleistet, dass die Forschungsgruppe zwar in der Lage ist, "code- bzw. fallbezogen" Patienten-, Therapeuten- und entsprechende Katamnesebögen einander zuzuordnen; sie ist jedoch nicht in der Lage, diese Erhebungsinstrumente mit einer bestimmten und bekannten realen Person zu assoziieren. Hierzu sind nur die ärztlichen bzw. und/oder therapeutischen Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtungen in der Lage.

- Die Daten, die in den jeweiligen Institutionen erhoben und zur Auswertung an die Forschungsgruppe gesandt werden, werden nur bei der Forschungsgruppe zusammengefasst. Alle Mitarbeiter der Forschungsgruppe verpflichten sich zur Verschwiegenheit bezüglich der erhobenen Daten. Studentische Mitarbeiter, die ausschließlich zur Dateneingabe herangezogen werden, werden gleichfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet.

- Die Fragebögen werden in der Universität Oldenburg so gesichert verwahrt, dass sie vor unbefugtem Zugriff geschützt sind. Nur die zur Verschwiegenheit verpflichteten Mitglieder der Forschungsgruppe (siehe oben) haben Zugriff auf die Fragebögen. Nach Abschluss des Forschungsvorhabens und der Erstellung der Zwischen- und Endberichte werden die anonymisierten Fragebögen vernichtet.

Die anonymisierten Daten werden in mit Passwort gesicherten PCs bearbeitet. Nur die Mitarbeiter der Forschungsgruppe haben zu den auf dem Rechner gespeicherten und passwortgesicherten Daten Zugang. Bei der Auswertung werden die Daten nicht personenbezogen dargestellt und verwertet. Aus den aggregierten Daten sind Rückschlüsse auf reale Personen ausgeschlossen. Alle Daten werden nur im Rahmen des Projektes und seiner Ziele verarbeitet. Die Forschungsergebnisse sollen an die Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen in Form von Zwischen- und Endberichten weitergegeben werden. Darüber hinaus sollen die Forschungsergebnisse zu wissenschaftlichen Zwecken (Dissertationen, Fachpublikationen) veröffentlicht werden. Bei all diesen Darstellungsweisen (Zwischen- und Endberichte, Dissertationen, Fachpublikationen) sind personenbezogene Rückschlüsse auf die real an der Untersuchung beteiligten Personen ausgeschlossen. Nach Abschluss des Forschungsvorhabens und der Erstellung des Endberichtes werden die Daten gelöscht.

7 Methodische Umsetzung

7.1 Modell- und Kontrollgruppe

7.1.1 Auswahl der Einrichtungen

Die Planung des Modellprojekts erfolgte in den Jahren 1999/2000, so dass die Vorjahre bzw. das Berichtsjahr 1999 die Basiszahlen für die Auswahl der Modell- und Kontrolleinrichtungen darstellen. Kriterien für die Auswahl sowohl der Modell- wie auch der Kontrolleinrichtungen waren die nachstehenden:

- Einrichtungen, in denen Versicherte der LVA Oldenburg-Bremen aufgrund von Alkoholabhängigkeit behandelt werden, da die Versicherten dieses Rentenversicherungsträgers befragt werden sollen.
- Orientierung an den "Patientenströmen" der Vorjahre, um eine hinreichend hohe Stichprobengröße zu erzielen.
- Kein bestehendes Verbundkonzept zwischen allen Einrichtungen, d.h. bereits existierende Kooperationen zwischen einzelnen Einrichtungen müssen aufgrund fehlender Alternativen akzeptiert werden.
- Kurzfristige Umsetzung der Befragung im Sinne der Studienplanung, d.h. voraussichtlich bis Anfang 2001.

Für die Bestimmung der Modellgruppe ergab sich vor diesem Hintergrund folgendes Bild: In der Region Oldenburg wurden im Berichtsjahr 1999 von den Beratungs- und Behandlungsstellen Stadt Oldenburg, Landkreis Oldenburg, Landkreis Ammerland, Stiftung Edith Stein und Friesland sowie den zwei Fachkliniken Oldenburger Land und St. Marienstift - Dammer Berge der Großteil der Versicherten der LVA Oldenburg-Bremen, die aufgrund der Diagnose "Alkoholabhängigkeit" eine Entwöhnungsbehandlung bewilligt bekamen, behandelt.

1999 gab es für diese Einrichtungen folgende Bewilligungen:

- 64 ambulante Entwöhnungen,
- 61 ambulante poststationäre Weiterbehandlungen,
- 225 stationäre Entwöhnungen.

(siehe Anhang Reha-Statistiken der LVA Oldenburg-Bremen für die Berichtszeiträume 1999 und 2000)

Im Hinblick auf die zu bildende Kontrollgruppe muss berücksichtigt werden, dass die für eine Untersuchung wünschenswerten konstanten Bedingungen nicht herzustellen sind. Deshalb galt es, eine Kontrollgruppe zu bilden, die dem Optimum möglichst nah kommt. Im Anliegen, eine regionale Kontrollgruppe zu bilden und Einrichtungen zu wählen, in denen ebenfalls eine größere Zahl von Versicherten der LVA Oldenburg-Bremen behandelt wird, reduziert sich die Wahl der Kliniken auf die Fachklinik Moorpension und die Fachklinik St. Vitus Stift.

Überregionale Kliniken (z.B. Fachklinik Fredeburg, Fachklinik Wiegbertshöhe) schieden schon aufgrund der Besonderheiten einer überregionalen Kooperation als Kontrollgruppe aus.

Somit ließ sich mit den folgenden Einrichtungen am sinnvollsten eine Kontrollgruppe bilden:

Ambulante Einrichtungen

- VBS-Team Bremen, Bremen
- Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen-Nord, Bremen
- Beratungs- und Behandlungsstelle Wilhelmshaven, Wilhelmshaven
- Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Vechta, Vechta

Stationäre Einrichtungen

- Fachklinik Moorpension
- Fachklinik St. Vitusstift

1999 hatten diese Einrichtungen 23 gemeinsame Klienten, bei denen die LVA Oldenburg-Bremen Leistungsträger war.

Da andere Varianten von Kontrollgruppen aufgrund der begrenzten Zahl der Versicherten der LVA Oldenburg-Bremen, die eine Alkoholentwöhnung bewilligt bekommen, keine höhere Stichprobe möglich machen, wurde mit diesen Einrichtungen die Kontrollgruppe gebildet.

Zwischen den Einrichtungen der Kontrollgruppe existiert bisher keine mit der Modellgruppe vergleichbare Kooperation. Gleichwohl besteht zwischen diesen Einrichtungen eine langjährige Zusammenarbeit aufgrund gemeinsam behandelter Patienten/Klienten.

Weitere Angaben zu den Profilen der Einrichtungen der Kontrollgruppe können unter Gliederungspunkt I C.10.3 nachgelesen werden. Die Einrichtungen der Modellgruppe werden dort ebenfalls charakterisiert. Darüber hinaus werden sie ausführlich im Zusammenhang mit dem Behandlungskonzept unter Gliederungspunkt I C.12.2 vorgestellt.

7.1.2 Ziele des Vergleichs

Neben den Zielen der Studie, die bereits in Gliederungspunkt 5 vorgestellt wurden, sei auf folgende Ziele des Vergleichs der Modell- und Kontrollgruppe hingewiesen:

Die beiden Gruppen werden insbesondere deshalb verglichen, um Aussagen über die Auswirkungen der Veränderungen durch die Modellbedingungen (u.a. veränderter Leistungsrahmen, Qualitätszirkelarbeit) auf die Rehabilitationsverläufe der Patienten/Klienten treffen zu können. Hierbei steht ein vermuteter Zusammenhang zwischen der formalisierten Kooperation der Modelleinrichtungen und einer verbesserten Haltequote² bis zum erfolgreichen Abschluss der Behandlung im besonderen Interesse der Untersuchung. Darüber hinaus gilt es, die Qualität von Kooperation im Vergleich dieser beiden Gruppen exakter zu beschreiben.

2 Die Haltequote entspricht der Zahl der Patienten/Klienten, die die Behandlung planmäßig zu Ende führen.

7.2 Quantitative Erhebungen

7.2.1 Grundlagen der Entwicklung der Erhebungsinstrumente

Die angewendeten Erhebungsinstrumente wurden eigens für diese Studie entwickelt, wobei bereits erprobte Erhebungsverfahren vorausgegangener Studien einbezogen wurden. Als Erfahrungsgrundlage konnte hier insbesondere die methodische Vorgehensweise im Rahmen der Studie "Effektivität von Alkoholentwöhnung" (vgl. Tielking 2000, Meyenberg/Tielking 2000) dienen. Durch die konsequente Fortentwicklung der Erhebungsinstrumente sind die in der Suchtforschung anerkannten Gütekriterien und Mindeststandards, die die Qualität und Vergleichbarkeit von Forschungsergebnissen sicherstellen sollen, auch in diese Studie eingeflossen (für eine genaue Auflistung der in die Erhebungskonstruktion einbezogenen Instrumente siehe Tielking 2000, S. 211 f.).

Die Entwicklung der Erhebungsinstrumente wurde im weiteren maßgeblich durch die in Abschnitt 3.2 vorgestellte Matrix "Kooperationsstandards" beeinflusst. Ausgehend von der Annahme, dass der Großteil der in der Matrix explizierten Kooperationskriterien im Modellprojekt EVS umgesetzt wird, sind Fragenaspekte in die Erhebungsbögen aufgenommen worden, die die mehr oder weniger starke Erfüllung dieser Kriterien abzubilden vermögen.

Wie in der vorausgegangenen Studie "Effektivität von Alkoholentwöhnung" (1996-2000) handelt es sich bei den befragten Patienten um Versicherte der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen. Die Überlegungen zu Besonderheiten der Untersuchung gewerblicher Arbeitnehmer (vgl. Broda/Bürger/u.a. 1996, S. 17 f.) hinsichtlich der Gestaltung von Inhalt und Komplexität der Fragebögen sind für diese Untersuchung handlungsleitend. Neben einer klaren inhaltlichen Struktur wird auf ein benutzerfreundliches Layout der Erhebungsinstrumente Wert gelegt. Die verwendete Sprache ist patientengerecht gewählt und die Fragebögen sind durch graphische Abbildungen aufgelockert.

Im Zusammenhang mit den in dieser Studie vorgesehenen Rehabilitationsverläufen, die einen Gesamtbehandlungszeitraum von bis zu einem Jahr bei mehreren Wechseln zwischen ambulantem und stationärem Behandlungsetting umfassen können, werden Patientenbefragungen zu Beginn, bei jedem Wechsel des Behandlungsortes, zum Abschluss sowie zweimalig nach Abschluss der Behandlung durchgeführt (siehe auch Gliederungspunkt 7.2.3). In Anbetracht der Vielzahl der Befragungen haben die einzelnen Erhebungsinstrumente im Abgleich mit den interessierenden Fragestellungen den geringst möglichen Umfang. Sich wiederholende Themenkomplexe in-

nerhalb der Befragungsreihe, wie z.B. Fragen nach der Beurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit, sind entweder in unterschiedlichen Variationen oder zeitlich nicht zu dicht aufeinander folgend angebracht worden, um eine Demotivierung und Überlastung der Patienten zu vermeiden. Die Wiederholung einzelner Inhalte ist im Zusammenhang mit dem insgesamt bis zu einjährigen Rehabilitationszeitraum notwendig, um zum einen die Entwicklungen in den Behandlungsphasen vergleichbar darlegen zu können, und zum anderen mehrfach "Behandlungsbilanzen" zu ziehen. Letztere sollen der Möglichkeit vorbeugen, wichtige Daten durch die vorzeitige Behandlungsbeendigung seitens des Patienten - die auch ein Wegfallen der nachfolgenden Erhebungsinstrumente bedeuten würde - zu verlieren.

Im Rahmen eines Pretests mit einer Patientengruppe aus einer der am Modellprojekt beteiligten Fachkliniken konnte die Verständlichkeit und relativ einfache Bewältigung der Fragebogenbearbeitung überprüft werden. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit lag zwischen fünf bis 15 Minuten pro Fragebogen; die konstruktive Kritik der Testteilnehmer führte zur Überarbeitung und Weiterentwicklung der Erhebungsinstrumente.

Die Nachbefragung der Patienten/Klienten drei sowie sechs Monate nach Behandlungsbeendigung wird im Gegensatz zu den anderen Erhebungen postalisch vorgenommen. Der Aufbau und die Gestaltung der Nachbefragungsbögen entspricht der Struktur der vorausgegangenen Instrumente, was die Wiedererkennung und Akzeptanz steigern sowie die weitere Bearbeitung für die Patienten/Klienten vereinfachen soll. Durch ein persönlich gestaltetes Anschreiben und die Beigabe einer Süßigkeit als "Dankeschön" wird versucht, eine höhere Motivation für den Rücklauf der Daten zu erzeugen.

Parallel zu den Patientenbefragungen werden Informationen der jeweiligen ambulant bzw. stationär behandelnden Therapeuten erhoben. Die Fragebögen sind vergleichbar aufgebaut, unterscheiden sich jedoch in den inhaltlichen Fragen. Zum Teil werden einzelne Themenaspekte sowohl auf Seiten der Therapeuten als auch der Patienten abgefragt, um die verschiedenen Perspektiven, z.B. über den eingeschätzten Erfolg der Behandlung gegenüberstellen zu können. Vorausgehende Studien haben gerade in diesem Zusammenhang über deutliche Divergenzen in den Wahrnehmungen berichtet, die es bei der Analyse der Studienergebnisse zu berücksichtigen gilt (vgl. Tielking 2000).

Die Erhebungsinstrumente für die Modellgruppe und die Kontrollgruppe sind im Sinne der Vergleichbarkeit der Daten prinzipiell inhaltlich und formal gleich gestaltet. Aufgrund der Verschiedenartigkeit der potentiellen

Rehabilitationsverläufe im Modellprojekt bzw. im herkömmlichen Behandlungssystem wurden in der Kontrollgruppe vereinzelt Fragen ergänzt bzw. im häufigeren Fall weggelassen. Letztere bezogen sich dann auf Behandlungsstrukturen, die ausschließlich im Modellprojekt etabliert sind (siehe Leistungsrahmen im Gliederungspunkt I C.12.1.3).

7.2.2 Skalenkonstruktion, Umfang und inhaltliche Struktur der Erhebungsinstrumente

Der überwiegende Teil der Fragen im Rahmen der Patienten- und Therapeuten-erhebungen macht Multiple-Choice-Fragen mit maximal 14 Antwortvorgaben sowie Einschätzungs- und Erwartungsfragen mit unterschiedlichen Skalierungen aus. Vereinzelt werden offene Fragen gestellt, deren Antworten ggf. nachcodiert werden müssen. Die eingesetzten Skalen variieren von 2er-Abstufungen bis zu 5er-Skalen (z.B. "ja", "nein" - in einigen Fragen zzgl. "trifft nicht zu" oder "bin unentschieden"). Die eingesetzte Skalenbreite ist abhängig von der Frageintention; es werden überwiegend semantische Differentiale in der Art "schlecht - eher schlecht - mittelmäßig - eher gut - gut" dargeboten. Um eine Ermüdung der Befragten zu vermeiden und eine unterschiedliche Auseinandersetzung mit den vorgegebenen Fragen bzw. Antworten zu erzielen, sind unterschiedliche Antwortrubriken vorgegeben worden.

Alle statistischen Berechnungen orientieren sich an der vorgegebenen Metrik der Daten. Es sind je nach Skalenvorgaben Auswertungen auf Nominal- bzw. maximal Ordinalskalen-Niveau zulässig. Es werden folglich vorwiegend Häufigkeitsvergleiche sowie Zusammenhangs- bzw. Unterschiedsaussagen von Interesse sein.

Der Umfang der Patienten- und Therapeutenbefragungen im Rahmen der Modell- sowie Kontrollgruppe kann anhand der folgenden Tabellen nachvollzogen werden:

Patientenbefragung - Modellgruppe		
Fragebogen	Anzahl der Fragen	Anzahl der Items
Fragebogen für den Klienten bei Beginn der Behandlung (PAB-M)	37	192
Fragebogen für den Patienten nach Wechsel in die Fachklinik (PWFK-M)	18	55
Fragebogen für den Patienten bei Entlassung aus der Fachklinik (PEFK-M)	46	173
Ergänzungsbogen "Mehrmaliger Klinikaufenthalt" zur Patienten-Entlassbefragung aus der Fachklinik (PEFK-M-E)	5	15
Fragebogen für den Klienten beim Wechsel in ambulante Therapie (PWBS-M)	15	46
Abschlussbefragung des Klienten in der Beratungsstelle (PABBS-M)	45	194
Nachbefragung für Klienten 3 Monate nach Abschluss einer Entwöhnungsbehandlung (P3NB-M)	31	157
Nachbefragung für Klienten 6 Monate nach Abschluss einer Entwöhnungsbehandlung (P6NB-M)	31	157
Insgesamt	228	989

Tabelle 1: Umfang der Patientenbefragung im Rahmen der Modellgruppe

Patientenbefragung – Kontrollgruppe		
Fragebogen	Anzahl der Fragen	Anzahl der Items
Fragebogen für den Klienten bei Beginn der Behandlung (PAB-K)	37	192
Fragebogen für den Patienten nach Wechsel in die Fachklinik (PWFK-K)	18	55
Fragebogen für den Patienten bei Entlassung aus der Fachklinik (PEFK-K)	46	173
Fragebogen für den Klienten beim Wechsel in ambulante Therapie (PWBS-K)	15	46
Abschlussbefragung des Klienten in der Beratungsstelle (PABBS-K)	44	191

Fortsetzung Patientenbefragung – Kontrollgruppe		
Fragebogen	Anzahl der Fragen	Anzahl der Items
Nachbefragung für Klienten 3 Monate nach Abschluss einer Entwöhnungsbehandlung (P3NB-K)	31	157
Nachbefragung für Klienten 6 Monate nach Abschluss einer Entwöhnungsbehandlung (P6NB-K)	31	157
Insgesamt	222	971

Tabelle 2: Umfang der Patientenbefragung im Rahmen der Kontrollgruppe

Therapeutenbefragung – Modellgruppe		
Fragebogen	Anzahl der Fragen	Anzahl der Items
Anfangsbefragung des Therapeuten bei Beginn der Behandlung (TAB-M)	37	154
Fragebogen für den ambulanten Therapeuten beim Wechsel des Klienten in stationäre Therapie (TAWFK-M)	31	79
Fragebogen für den stationären Therapeuten nach Wechsel des Patienten in die Fachklinik (TWFK-M)	14	42
Fragebogen für den stationären Therapeuten bei Entlassung des Patienten aus der Fachklinik (TEFK-M)	51	176
Fragebogen für den ambulanten Therapeuten beim Wechsel des Klienten in ambulante Therapie (TWBS-M)	30	76
Fragebogen für den ambulanten Therapeuten zum Abschluss der Behandlung (TABBS-M)	34	94
Insgesamt	197	621

Tabelle 3: Umfang der Therapeutenbefragung im Rahmen der Modellgruppe

Therapeutenbefragung - Kontrollgruppe		
Fragebogen	Anzahl der Fragen	Anzahl der Items
Anfangsbefragung des Therapeuten bei Beginn der Behandlung (TAB-K)	38	156
Fragebogen für den ambulanten Therapeuten beim Wechsel des Klienten in stationäre Therapie (TAWFK-K)	16	41
Fragebogen für den stationären Therapeuten nach Wechsel des Patienten in die Fachklinik (TWFK-K)	11	37
Fragebogen für den stationären Therapeuten bei Entlassung des Patienten aus der Fachklinik (TEFK-K)	50	180
Fragebogen für den ambulanten Therapeuten beim Wechsel des Klienten in ambulante Therapie (TWBS-K)	29	74
Fragebogen für den ambulanten Therapeuten zum Abschluss der Behandlung (TABBS-K)	32	87
Insgesamt	176	575

Tabelle 4: Umfang der Therapeutenbefragung im Rahmen der Kontrollgruppe

Die in der Auflistung angegebenen Summen von Fragen und Items, die die Patienten bzw. Therapeuten beider Teilnehmergruppen zu beantworten haben, gibt einen Richtwert für den Umfang der Erhebungen. Da jedoch aufgrund unterschiedlicher Behandlungsverläufe (z.B. rein ambulante vs. kombiniert ambulant-stationäre Entwöhnung) davon auszugehen ist, dass nicht sämtliche für die Patienten (bzw. die Therapeuten) vorgesehenen Fragebögen zum Einsatz kommen, wird der letztlich pro Patient (bzw. Therapeut) zu bearbeitende Fragenumfang unterschiedlich sein.

Die eingesetzten Erhebungsinstrumente haben eine inhaltlich zusammenhängende bzw. sich ergänzende Struktur. Zur Verdeutlichung der abgefragten Themenkomplexe werden im folgenden die Patienten- und Therapeutenfragebögen der Modellgruppe in ihrer zeitlichen Abfolge expliziert:

Der *Fragebogen für den Klienten bei Beginn der Behandlung (PAB-M)* beinhaltet soziodemographische Daten zur Charakterisierung der Stichprobe und umfasst folgende Inhalte:

- Geschlecht und Alter des Patienten
- Angaben zur heutigen Wohnsituation, Lebenssituation, Partnerbeziehung und zum Freundeskreis. Einschätzung der Zufriedenheit mit den genannten Bereichen
- Schulabschluss, beruflicher Werdegang, derzeitige Beschäftigung, Zufriedenheit mit der Arbeitssituation
- Angaben zur Suchtgeschichte und alkoholbezogenen Verhaltensweisen, bisherige Kontakte zum Hilfesystem
- Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit
- Beweggründe für und Erwartungen an die Behandlung, angestrebte Therapieziele
- Kenntnisse über die bevorstehende Behandlung

Der *Fragebogen für den Therapeuten bei Beginn der Behandlung (TAB-M)* soll die Charakterisierung der Klienten hinsichtlich der medizinisch-therapeutischen Diagnose und Symptomatik vervollständigen und erfasst folgende Angaben:

- Symptombereiche, somatische Befunde des Klienten
- Leistungsfähigkeit des Patienten
- eingesetzte diagnostische Verfahren und Kriterienkataloge (z.B. ICD-10)
- Behandlungsrelevante Informationen hinsichtlich Krankheitseinsicht, Einstellung zur beruflichen Wiedereingliederung, hauptsächlich vorherrschende Problemfelder
- Angaben zu arbeits- und berufsbezogene Behandlungsangeboten
- Behandlungserfahrungen des Klienten, Auswahl der Behandlungsvariante im Rahmen von EVS
- Informationen zum Antragsverfahren und zu Kontakten mit den Kooperationspartnern LVA Oldenburg-Bremen sowie einer Fachklinik

Der *Fragebogen für den ambulanten Therapeuten beim Wechsel des Klienten in stationäre Therapie (TAWFK-M)* zielt auf Fragen des nahtlosen Übergangs zwischen den Behandlungssettings ab. Im weiteren sind Indikationskriterien für die Notwendigkeit einer stationären Behandlungsphase von Interesse. Folgende Bereiche werden abgefragt:

- Angaben zum bisherigen Behandlungsumfang und zur Vorbereitung der stationären Therapiephase
- Umfang des geplanten Klinikaufenthalts, Gründe für den Behandlungswechsel sowie eventuelle Probleme in der Abstimmung mit der Fachklinik
- Gestaltung des Übergangs des Klienten in die Fachklinik, Angaben zu vereinbarten Aufgabenverteilungen zwischen den Behandlern
- Für den Fall des Wechsels der geplanten Behandlungsvariante: Kontakte zu den Kooperationspartner Rentenversicherungsträger und Fachklinik

Der *Fragebogen für den Patienten nach Wechsel in die Fachklinik (PWFK-M)* beleuchtet den Übergang zwischen den Behandlungsorten aus Sicht des Patienten und resümiert die bisherige Behandlung im Hinblick auf Diagnostik und Therapieplanung. Nachfolgende Angaben werden erfasst:

- Zufriedenheit mit der bisherigen Behandlung
- Einschätzung des Übergangs in die Fachklinik hinsichtlich Vorbereitung und Betreuung
- Angaben zu sich wiederholenden diagnostischen/anamnestischen Erhebungen in der Beratungsstelle und in der Fachklinik
- Angaben zu den Therapiezielen in der Beratungsstelle und in der Fachklinik

Der *Fragebogen für den Therapeuten nach Wechsel des Patienten in die Fachklinik (TWFK-M)* komplettiert die im Fragebogen PWFK-M aufgeworfenen Themengebiete aus der Perspektive des stationären Behandlers. Themenblöcke dieses Fragebogens sind:

- Modalitäten und Einschätzung des Behandlungsübergangs

- Eingesetzte diagnostische Verfahren, Angaben zu eventuellen Doppelungen mit Erhebungsinstrumenten aus der ambulanten Behandlungsphase
- Abstimmung der Behandlungsplanung mit dem ambulanten Therapeuten

Der *Fragebogen für den Patienten bei Entlassung aus der Fachklinik (PEFK-M)* dient einem umfassenden Resümee der bisherigen Behandlung, soll Aussagen bezüglich der Vorbereitung der poststationären Phase liefern sowie bereits bestehende und seitens des Patienten gewünschte Kontakte zum Hilfesystem abbilden. Folgende Fragen werden angesprochen:

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

Den *Ergänzungsbogen "Mehrmaliger Klinikaufenthalt" zur Patienten-Entlassbefragung aus der Fachklinik (PEFK-M-E)* füllen nur diejenigen Patienten aus, die bereits einen zweiten oder dritten Klinikaufenthalt im Rahmen des Modellprojekts durchlaufen haben. Es werden Einschätzungen zum erfahrenen Nutzen eines erneuten stationären Aufenthalts abgefragt.

Der *Fragebogen für den stationären Therapeuten bei Entlassung des Patienten aus der Fachklinik (TEFK-M)* hat patientenbezogene Kontakte des stationären Therapeuten zu anderen Einrichtungen des Hilfesystems und zum

Leistungsträger sowie die Einschätzung des Therapeuten zu Behandlungserfolg und -dauer zum Gegenstand. Folgende Aspekte werden eruiert:

- Häufigkeit und Art der Kontakte zum ambulanten Behandler, Einschätzung von Zeitaufwand und Nutzen der behandlungsbezogenen Kooperation
- Kontakte zu anderen Einrichtungen des sozialen Hilfesystems
- Einschätzung der Leistungsfähigkeit, Abstinenz und des Behandlungserfolgs des Patienten sowie Angaben zur Angemessenheit der Behandlungsdauer
- Für den Fall einer Veränderung der Behandlungsvariante: Angaben hinsichtlich Kontakten zum Rentenversicherungsträger und zur Suchtberatungsstelle sowie Aussagen zum Antragsverfahren
- Modalitäten des Übergangs des Patienten in die Suchtberatungsstelle, Angaben zu Dauer und Nutzen des gemeinsamen Übergabegesprächs mit dem ambulanten Kollegen
- Weiterleitung der stationären Behandlungsdokumentation an die Suchtberatungsstelle
- Einschätzung des Zeitaufwands für die Betreuung des Patienten hinsichtlich therapeutischen und kooperationsbezogenen Anteilen der Arbeit

Der *Fragebogen für den ambulanten Therapeuten beim Wechsel des Klienten in ambulante Therapie (TWBS-M)* beleuchtet die Bereiche "nahtlose" Weiterbehandlung des Patienten, Verlaufsdokumentation und ambulante Behandlungsplanung anhand folgender Fragen:

- Häufigkeit und Art der Kontakte zum Patienten und stationären Therapeuten während des Klinikaufenthalts des Patienten
- Betroffene vorbereitende Maßnahmen für die poststationäre Behandlungsphase
- Modalitäten des Übergangs des Patienten in die Beratungsstelle, Angaben zu Dauer und Nutzen des gemeinsamen Übergabegesprächs mit dem stationären Kollegen, Termineinhaltung zur ambulanten Weiterbehandlung seitens des Klienten

- Rechtzeitigkeit des Erhalts und Einschätzung zum Informationsgehalt der stationären Behandlungsdokumentation
- Angaben zur Möglichkeit, an die stationären Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen anknüpfen zu können und zur ambulanten Therapieplanung

Die *Abschlussbefragung des Klienten in der Beratungsstelle (PABBS-M)* resümiert die Gesamtbehandlung und stellt dabei vergleichende Bezüge zur Ausgangsbefragung (PAB-M) her. Darüber hinaus wird anhand von Fragen eine prospektive Perspektive entwickelt, da Selbsteinschätzungen sowie Zukunftsoptimismus bzw. -pessimismus im engen Zusammenhang mit der Abstinenz bzw. dem Rückfall stehen. Folgende Themenbereiche werden angesprochen:

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

Der *Fragebogen für den ambulanten Therapeuten zum Abschluss der Behandlung (TABBS-M)* stellt den Klientenaussagen zum Behandlungs-

verlauf sowie -erfolg die therapeutischen Perspektive gegenüber. Folgende Angaben werden erhoben:

- Anzahl der Klinikaufenthalte des Patienten/Klienten
- Klientenbezogene Kontakte zu Einrichtungen des sozialen Hilfesystems
- Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des Alkoholkonsums des Klienten
- Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg
- Angaben und Einschätzung hinsichtlich Behandlungsdauer und eingesetzten Therapieeinheiten
- Für den Fall eines Verlängerungsantrags: Anzahl der Kontakte zum Rentenversicherungsträger, Angaben zum Antragsverfahren
- Einschätzung des Zeitaufwands für die Betreuung des Klienten hinsichtlich therapeutischen und kooperationsbezogenen Anteilen der Arbeit

Die Nachbefragungsbögen für Klienten drei und sechs Monate nach Abschluss einer Entwöhnungsbehandlung (P3NB-M bzw. P6NB-M) erfassen Angaben zur aktuellen Lebenssituation, zum Umgang mit Alkohol und zur Inanspruchnahme von Hilfen:

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

Die beschriebenen Erhebungsinstrumente können bei Interesse über die Arbeitsstelle Sucht- und Drogenforschung an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg bezogen werden (Anschrift siehe Verzeichnis der Autoren).

7.2.3 Patienten/Klientenbefragung

Die Patienten-/Klientenstichprobe der Modell- und Kontrollgruppe setzt sich ausschließlich aus einem in den oben aufgezählten Einrichtungen behandelten LVA-Klientel mit der Hauptdiagnose "Alkoholabhängigkeit" zusammen. Während eines definierten Untersuchungszeitraums von ca. zwei Jahren - Beginn: Januar 2001, Ende: Februar 2003 - werden zu Beginn, bei jedem Wechsel der Behandlungsform und zum Ende einer Entwöhnungsbehandlung standardisierte schriftliche Befragungen mit denjenigen Patienten/Klienten durchgeführt, die nach ausführlicher Information ihr schriftliches Einverständnis zur Untersuchungsteilnahme abgegeben haben. Darüber hinaus erfolgen katamnestische Befragungen drei und sechs Monate nach Abschluss der Gesamtbehandlung.

Die Patienten-/Klientenstichprobe der Modelleinrichtungen

Die Patienten-/Klientenstichprobe der Modelleinrichtungen setzt sich aus denjenigen LVA-Versicherten zusammen, für die eine Behandlung im Rahmen der Modellbedingungen, die unter Gliederungspunkt I C.12 noch ausführlich beschrieben werden (u.a. Rahmenkonzept für die Entwöhnung im Verbundsystem, Gemeinsames Behandlungskonzept), indiziert ist, die einer der vorgesehenen Behandlungsvarianten zugestimmt haben und somit entweder

- a) an einer ambulanten Rehabilitation in einer der Beratungsstellen der Modellgruppe teilnehmen möchten, oder
- b) die Behandlung in der ambulanten Modelleinrichtung beginnen und im Rahmen des stationären Aufenthalts für eine der beiden im Verbundsystem arbeitenden Fachkliniken vorgesehen sind.

Patienten/Klienten, die anfänglich in einer der ambulanten Modelleinrichtungen beraten/behandelt werden, für die aber eine stationäre Entwöhnung in einer Fachklinik ausserhalb des Verbundmodells indiziert ist, gehören weder zur Modell- noch zur Kontrollstichprobe.

Bei der Zuweisung der Patienten/Klienten in eine Fachklinik gelten die bisherigen Auswahlkriterien; es soll durch das Modellprojekt nicht zu Veränderungen in den Patientenströmen kommen.

Die folgenden Abbildungen sollen den Erhebungsablauf der Patientenbefragung im Rahmen der Modellgruppe noch einmal veranschaulichen.

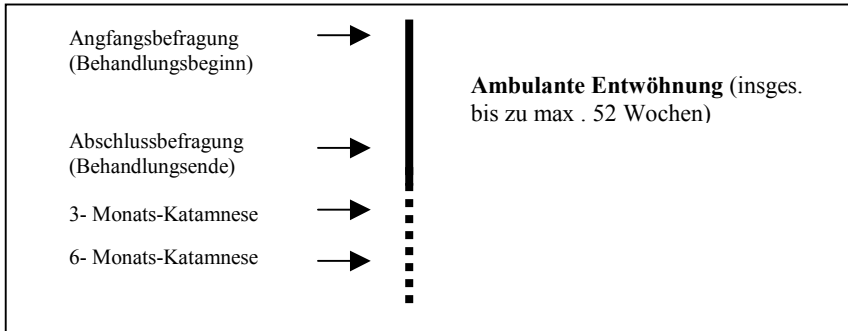


Abbildung 8: *Patientenbefragung Modellgruppe - Variante ambulanten Behandlungsverlauf*

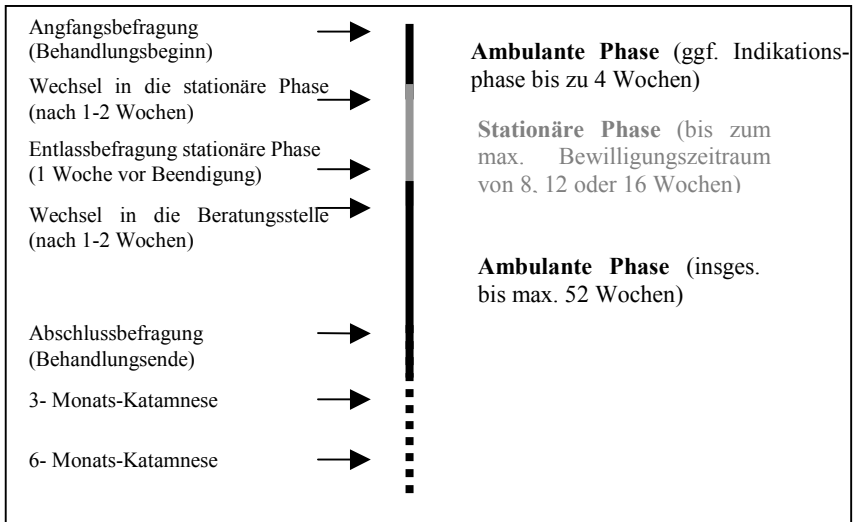


Abbildung 9: *Patientenbefragung Modellgruppe - Variante ambulanten-stationär-ambulanten Behandlungsverlauf*

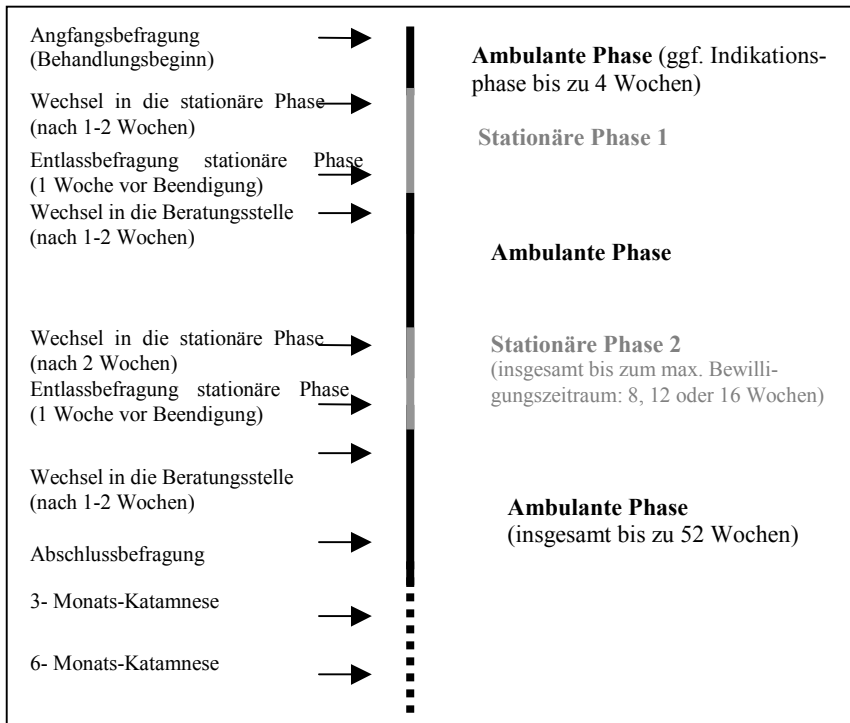


Abbildung 10: *Patientenbefragung Modellgruppe - Variante ambulante-stationär-ambulanter Behandlungsverlauf (mehrere Wechsel)*

Patienten-/Klientenstichprobe der Kontrollgruppe

Die Patienten-/Klientenstichprobe setzt sich aus LVA-Versicherten zusammen, die zunächst Kontakt zu einer der ambulanten Kontrolleinrichtungen knüpfen und im weiteren entweder

- an einer ambulanten Rehabilitation in einer Beratungsstelle der Kontrollgruppe teilnehmen, oder
- im Rahmen eines notwendigen stationären Aufenthalts in eine der beiden Fachkliniken der Kontrollgruppe vermittelt werden.

LVA-Versicherte, die in eine Fachklinik ausserhalb der Kontrollgruppe vermittelt werden, gehören nicht zur Kontrollstichprobe. Bei der Zuweisung in eine Fachklinik gelten die bisherigen Auswahlkriterien, damit es zu keinen Veränderungen in den Patientenströmen kommt. Auch diejenigen Patienten, die die stationäre Entwöhnung direkt, d.h. ohne Vermittlung durch eine Beratungsstelle antreten, und im Anschluss eine ambulante Weiterbehandlung in einer Kontrolleinrichtung in Anspruch nehmen, gehören nicht zur Kontrollstichprobe, es sei denn, die Antragstellung an die LVA erfolgte durch die Beratungsstelle. Diejenigen Patienten, die durch eine Kontrollgruppen-Beratungsstelle in die entsprechende Fachklinik vermittelt werden, die geplante Nachsorgebehandlung in der vermittelnden ambulanten Einrichtung jedoch nicht mehr in Anspruch nehmen, werden im Rahmen der Studie befragt.

Für die Kontrollgruppe gestaltet sich der Erhebungsablauf aufgrund der Voraussetzungen der herkömmlichen Behandlungsweise (d.h. ohne die Möglichkeit flexibler Wechsel zwischen ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen) entsprechend der nachfolgenden Abbildungen.

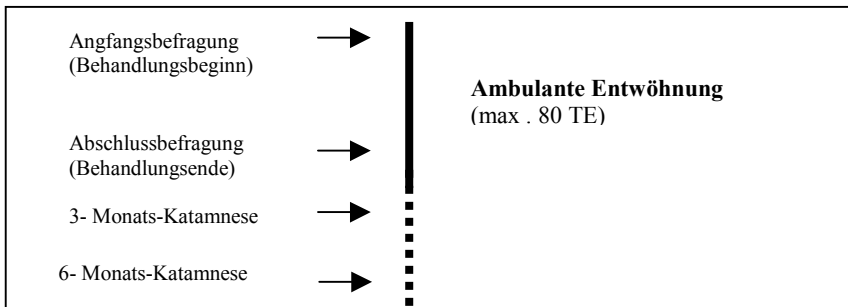


Abbildung 11: *Patientebefragung Kontrollgruppe - Variante ambulanten Behandlungsverlauf*

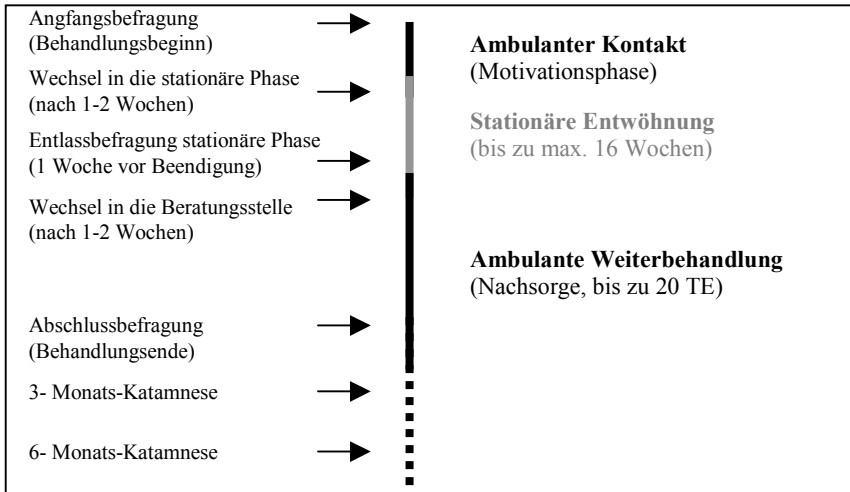


Abbildung 12: *Patientenbefragung Kontrollgruppe - Variante ambulant-stationär-ambulanter Behandlungsverlauf*

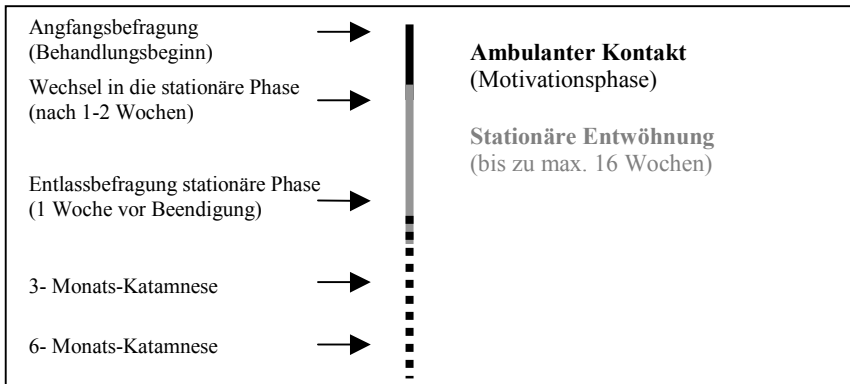


Abbildung 13: *Patientenbefragung Kontrollgruppe - Variante ambulante Vermittlung der stationären Entwöhnung*

7.2.4 Therapeutenbefragung

Die Therapeutenstichprobe der Modell- und Kontrollgruppe besteht aus den jeweiligen Behandlern der oben beschriebenen Modell- und Kontrollpatienten/-klienten. Die behandelnden Therapeuten werden ebenfalls mit Hilfe von standardisierten Fragebögen hinsichtlich ihrer Einschätzung über den jeweiligen Patienten/Klienten parallel befragt.

Zur Veranschaulichung zeigen die folgenden Abbildungen die Erhebungszeitpunkte für die Therapeutenbefragung im Rahmen der Modellgruppe

Zur Erläuterung: AT (Befragung des ambulanten Therapeuten)
ST (Befragung des stationären Therapeuten)

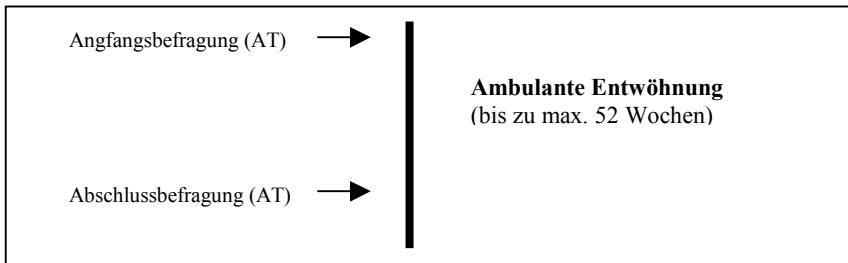


Abbildung 14: *Therapeutenbefragung Modellgruppe - Variante ambulanter Behandlungsverlauf*

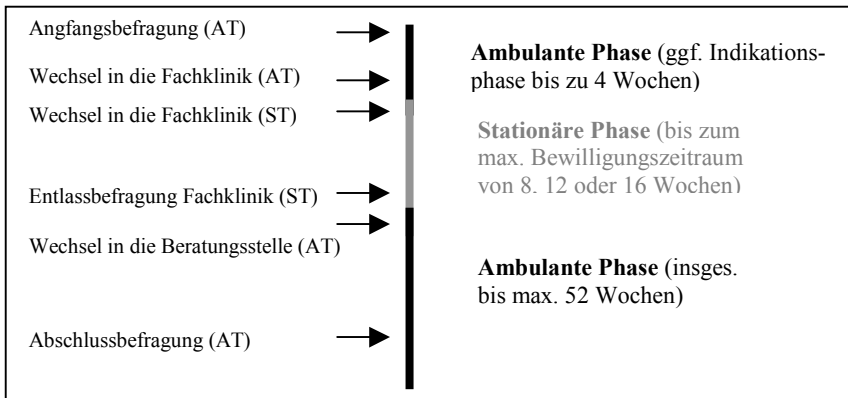


Abbildung 15: *Therapeutenbefragung Modellgruppe - Variante ambulanz-stationär-ambulanter Behandlungsverlauf*

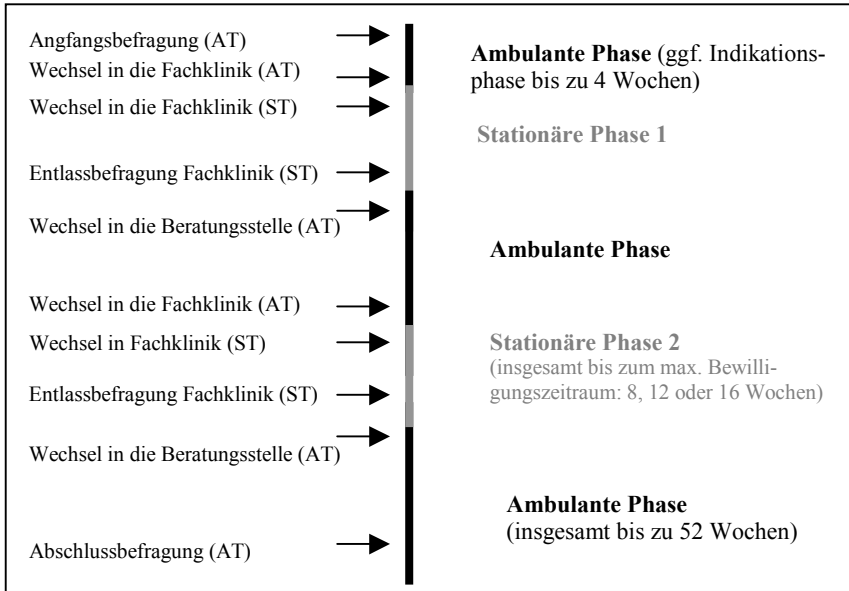


Abbildung 16: Therapeutenbefragung Modellgruppe - Variante ambulante-stationär-ambulanter Behandlungsverlauf (mehrere Wechsel)

Für die Therapeutenbefragung im Rahmen der Kontrollgruppe sieht die Erhebungsplanung folgendermaßen aus:

Zur Erläuterung: AT (Befragung des ambulanten Therapeuten)
ST (Befragung des stationären Therapeuten)

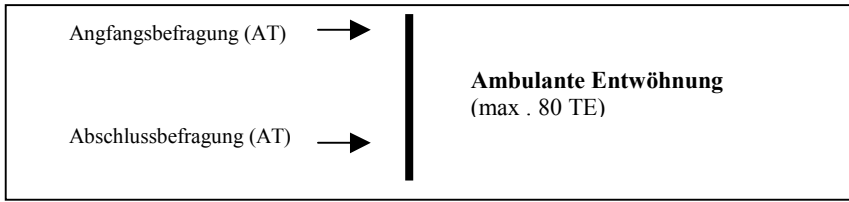


Abbildung 17: *Therapeutenbefragung Kontrollgruppe - Variante ambulanten Behandlungsverlauf*

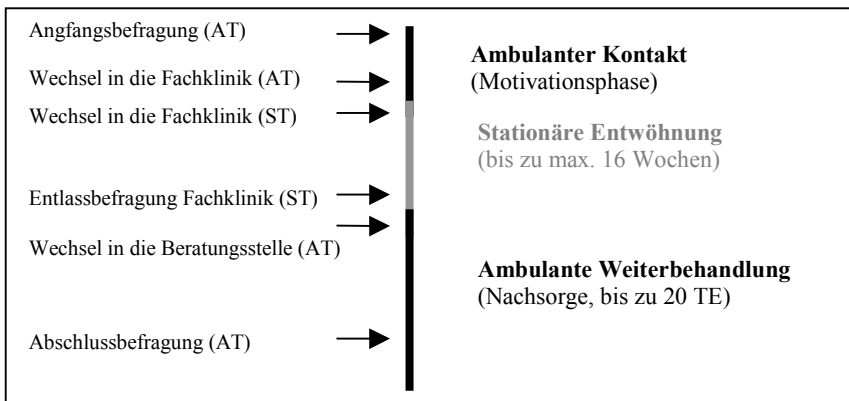


Abbildung 18: *Therapeutenbefragung Kontrollgruppe - Variante ambulante-stationär-ambulante Behandlungsverlauf*

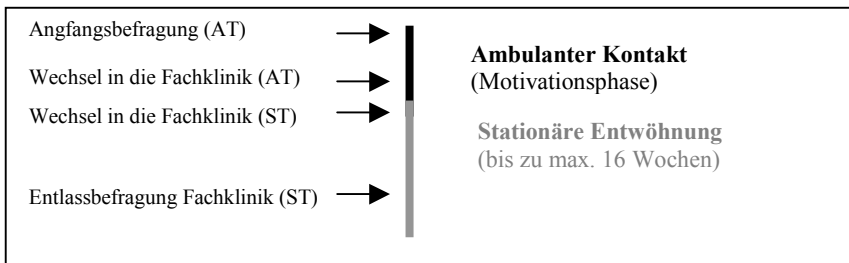


Abbildung 19: *Therapeutenbefragung Kontrollgruppe - Variante ambulante Vermittlung der stationären Entwöhnung*

7.2.5 Durchführungspan der Patienten- und Therapeutenbefragung

Da sowohl in der Modell- als auch in der Kontrollgruppe der Kontakt zur Aufnahme einer späteren (ambulanten oder stationären) Entwöhnungsbehandlung in der ambulanten Beratungsstelle liegt, muss die anfängliche Information über die Behandlungsmöglichkeiten bzw. über Zweck und Ablauf der begleitenden Studie seitens der Mitarbeiter der Beratungsstellen erfolgen. Das Projekt ist auf die Mithilfe/Betreuung der Befragung durch die Mitarbeiter der Einrichtungen angewiesen. In diesem Zusammenhang ist insbesondere das Vertrauensverhältnis, das zwischen Therapeut und Patient/ Klient besteht, hilfreich, um Skepsis, die sicherlich gegenüber einer Befragung besteht, zu reduzieren. Nur durch eine überzeugende Vorbereitung der Patienten/Klienten auf die Befragung von Seiten der zunächst ambulanten und später auch stationären Mitarbeiter wird es möglich sein, eine möglichst große Stichprobe zu erreichen und weitestgehend korrekt ausgefüllte Fragebögen zurückzuerhalten, die am Ende für alle Beteiligten aussagekräftige Informationen liefern können. Bei den Mitarbeitern der Beratungsstellen und Kliniken liegt es letztendlich, die zu befragenden Patienten/Klienten entsprechend zu motivieren, um anfangs Verweigerungsquoten und später die Raten der Nicht-Beantwortung möglichst gering zu halten.

Nach anfänglicher Information über die Studie sowie Einholen der schriftlichen Einverständniserklärung im Falle der Bereitschaft zur Untersuchungsteilnahme des Patienten/Klienten in der Beratungsstelle erfolgt eine kontinuierliche "Versorgung" des Befragten mit Fragebögen sowohl in der Beratungsstelle als auch in der Fachklinik (siehe Abbildungen oben). Die katamnestische Nachbefragung der Patienten/Klienten drei, und sechs Monate nach Behandlungsende wird postalisch vorgenommen.

Während der Erhebung sollen regelmäßig Kontakte zwischen den Beratungsstellen bzw. Kliniken und der Projektgruppe der Universität Oldenburg stattfinden, um die Erfahrungen mit den Erhebungsinstrumenten auszuwerten sowie nähere Informationen über die Arbeit der Einrichtungen zu gewinnen.

Bei der Datenerhebung geht es primär um Informationen über den Ablauf der Rehabilitationsbehandlung unter besonderer Fokussierung der Wechsel des Behandlungssettings (ambulant und stationär). Darüber hinaus sollen Informationen über die Patienten/Klienten hinsichtlich der Alkoholabhängig-

keit und der behandlungsbedingten Veränderungen erfragt werden. Der Behandlungsprozess und ggf. die Übergänge in der Behandlungsform sowie patienten- und behandlungsbezogene Informationen werden aus der Patienten- und Therapeutenperspektive beleuchtet.

7.3 Qualitative Erhebungen

7.3.1 Interviewverfahren

Die beschriebenen quantitativ orientierten Verfahren zur standardisierten schriftlichen Befragung der am Rehabilitationsprozess Beteiligten werden durch qualitative Erhebungen ergänzt. Mithilfe von leitfadengestützten Interviews soll der Gegenstandsbereich Kooperation aus Sicht der am Modellprojekt beteiligten Experten beleuchtet werden. Als Experten sind in diesem Zusammenhang zum einen die Behandler bzw. mit Koordinationsaufgaben betrauten Mitarbeiter in den ambulanten und stationären Einrichtungen sowie in der LVA Oldenburg-Bremen (z.B. der Rehabilitationsberater) zu verstehen; zum anderen können auch die behandelten Patienten/Klienten, als Experten bezüglich ihres Wissens bzw. ihrer Antizipation von Behandlungsverläufen, dem mehr oder minder gelungenen Ineinandergreifen von Rehabilitationsmaßnahmen oder der wahrgenommenen Zusammenarbeit zwischen den Behandlern gesehen werden. Die mit einem Expertenstatus, wie z.B. dem Patientenstatus "... verknüpften Zuständigkeiten, Aufgaben, Tätigkeiten und die aus diesen gewonnenen exklusiven Erfahrungen und Wissensbestände sind die Gegenstände des ExpertInneninterviews" (vgl. Meuser/Nagel 1991, S. 444). In methodischer Hinsicht ist die Herangehensweise an die mündlichen Befragungen folglich an die Überlegungen zum Experteninterview (vgl. dies 1991, 1994) sowie zum problemorientierten Interview nach Witzel (1985) angelehnt.

Während die Zeitpunkte für die Interviewerhebungen auf Seiten der Leistungsanbietern und -träger während der Umsetzungs- und Weiterentwicklungsphase des Modells angesiedelt sind, sollen die Patienten-/Klienteninterviews vergleichsweise später erfolgen. Wünschenswert wäre eine Auswahl von Patienten/Klienten, die die im Modellprojekt anvisierten ambulant-stationär-ambulanten Gesamtbehandlungen möglichst weitreichend oder sogar vollständig durchlaufen haben und somit umfassend über die erfolgten Behandlungsübergänge berichten können. Es geht bei der Analyse der Experteninterviews nicht um die repräsentative Darstellung des Kooperationsgeschehens im Rahmen der kombiniert ambulant-stationären Rehabilitationsverläufe. Vielmehr wird im Lichte einer inhaltlich offeneren sowie persön-

lich gestalteten Gesprächsatmosphäre die Möglichkeit geboten, das thematische Feld der für Verbundsysteme relevanten Aspekte um weitere Gesichtspunkte zu erweitern. Die Erfahrungen und subjektiven Perspektiven der im Modell Handelnden und Behandelten kann hierfür wichtige Bereicherungen liefern, die von den standardisierten, Inhalte weitestgehend vorgebenden Erhebungsinstrumenten unentdeckt bleiben.

Die Anzahl der Experteninterviews soll sich je Zielgruppe (ambulante und stationäre Leistungsanbieter, Leistungsträger sowie Patienten/Klienten) auf zwei bis fünf Gespräche belaufen. Die Interviews werden bei Zustimmung der Befragten auf Tonband aufgezeichnet und anschliessend vollständig transkribiert. Falls ein Untersuchungsteilnehmer die Tonbandaufzeichnung ablehnt, wird das Interview per schriftlichen Notizen während des Gesprächs in den wichtigsten thematischen Aspekten festgehalten

7.3.2 Teilstandardisierte schriftliche Befragungen

Im Rahmen der Erfassung der Qualitätszirkelarbeit sind mit den Teilnehmern (d.h. den Leitern der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen sowie Vertretern der LVA) nach dem ersten halben Jahr der Modellimplementierung teilstandardisierte schriftliche Befragungen durchgeführt worden. Folgende Themen standen bei den z.T. offenen sowie geschlossenen (multiple choice) Fragestellungen im Vordergrund:

- Die Bedeutung der Qualitätszirkelarbeit für das Modellprojekt
- Behandelte und gewünschte Inhalte für die Sitzungen
- Die Gestaltung der Sitzungen hinsichtlich Moderation und Umgang der Teilnehmer untereinander
- Sitzungsfrequenz
- Teilnehmerkreis
- Weiterleitung der Ergebnisse der Qualitätszirkelarbeit an die Mitarbeiter in den ambulanten und stationären Einrichtungen
- Wünsche der Mitarbeiter in den Einrichtungen an den Qualitätszirkel
- Zufriedenheit mit der Qualitätszirkelarbeit

Diese Befragung ist kurzfristig ausgewertet und an die Teilnehmer des Qualitätszirkels zurückgemeldet worden (siehe Ergebnisse im Gliederungspunkt I C.12.6). Auf diese Weise konnte die in der Erhebung geäußerte konstruktive Kritik im Sinne des Verständnisses von Prozessevaluation umgehend in die zukünftige Arbeit einfließen.

Die teilstandardisierten Befragungen der Qualitätszirkelteilnehmer sollen in Abstimmung auf die jeweils relevanten Fragestellungen zum Erhebungszeitpunkt in späteren Phasen der Modellumsetzung wiederholt werden.

7.3.3 Verfahren zur Dokumentenanalyse

Im Rahmen der Analyse bereits existierender Verbundmodelle sowie der aktuellen Kooperationsgegebenheiten in den stationären und ambulanten Einrichtungen (Modell- und Kontrollgruppe) dieser Studie sind Verfahren der Dokumentenanalyse zum Einsatz gekommen.

Die Durchsicht bereits erprobter Kooperationskonzepte folgte in methodischer Hinsicht einer inhaltsanalytischen Vorgehensweisen. Dabei wurde das Datenmaterial, wie z.B. Konzepte, Abschlussberichte, Artikel zu Modellprojekten etc., vorrangig im Hinblick auf Kriterien für "gute bzw. gelungene Kooperation" ausgewertet. Es wurde also eine inhaltliche Strukturierung (vgl. Mayring 1985, S. 198) der Dokumente vorgenommen, die als Kategoriensystem letztendlich in die bereits dargestellte Matrix "Kooperationsstandards (siehe Gliederungspunkt I A.3.2) mündete.

Hinsichtlich der Darstellung der Kooperationsprofile der ambulanten und stationären Modell- sowie Kontrollgruppeneinrichtungen wurde ein ähnliches inhaltsanalytisches Vorgehen gewählt. In diesem Zusammenhang ist auch auf bereits veröffentlichte Erhebungsinstrumente zu Analyse von Strukturmerkmalen ambulanter und stationärer Einrichtungen hinzuweisen. Exemplarisch seien an dieser Stelle aufgeführt: der Erhebungsbogen des VDR im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms - Programmpunkt 1: Klinikkonzepte (vgl. BfA/u.a. 1998), die Fragenkataloge des Dokumentationssystems DOSY (vgl. Koch/Brünger/u.a. 1994), der Abschlussbericht der Reha-Kommission (vgl. VDR 1991), die Ausführungen zur Konzeptqualität von Frau Kulick (vgl. Kulick 1995) sowie die Arbeitshilfe zur Beurteilung von Einrichtungen für die Durchführung von Entwöhnungsbehandlungen des VDR (vgl. VDR 1995). Während die genannten Instrumente ein inhaltlich sehr umfassendes Bild der Strukturdaten der untersuchten Einrichtungen erfassen (z.B. Charakterisierung der Einrichtung, Personalstände, Behand-

lungsangebote etc.), sollen im Rahmen dieser Analyse lediglich diejenigen Aspekte oder Strukturmerkmale zusammengefasst werden, die sich auf die Kooperationsgegebenheiten und -aktivitäten der Einrichtungen beziehen. Als Datengrundlage dienen die Behandlungskonzepte und aktuellen Jahresberichte der Einrichtungen sowie weitere schriftliche Informationsmaterialien speziell zum Themengebiet Kooperation.

8 Vorbereitung der Auswertung

8.1 Stichprobenverfahren

Die Stichproben (Modell- und Kontrollgruppe) der vorliegenden Studie stellen weder eine repräsentative noch eine Zufallsstichprobe dar. Da die Teilnahme freiwillig ist und bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen, erfolgt weder eine vollständige Erfassung noch eine Zufallsauswahl. Es ist deshalb bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen, dass es sich hier um eine "besondere" Auswahl von Patienten handelt, die das Ergebnis determinieren. Die nachstehende Übersicht enthält die für diese Untersuchung verbindlich formulierten Ein- und Ausschlusskriterien.

Modellgruppe

1. Es handelt sich bei dem Klienten/Patienten um einen LVA-Versicherten
2. Die Einschlusskriterien nach Gesamtkonzept EVS (z.B. Erwachsener mit Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit) sind bei dem Klienten/Patienten gegeben
3. Die Ausschlusskriterien nach Gesamtkonzept EVS (z.B. akute Psychose) treffen nicht zu
4. Ein eventueller stationärer Aufenthalt ist in einer der drei Verbund-Fachkliniken angezeigt
5. Die Bewilligung des Antrags auf Verbundbehandlung seitens der LVA Oldenburg-Bremen liegt vor oder ist zu erwarten
6. Freiwillige Teilnahme des Patienten/Klienten, erklärt durch die Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung

Kontrollgruppe

1. Es handelt sich bei dem Klienten/Patienten um einen LVA-Versicherten
2. Eine Rehabilitationsbehandlung wegen der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit ist indiziert

3. Ein eventueller stationärer Aufenthalt ist in einer der zwei Fachkliniken der Kontrollgruppe angezeigt
4. Die Bewilligung des Antrags auf (ambulante oder stationäre) Rehabilitation seitens der LVA Oldenburg-Bremen liegt vor
5. Freiwillige Teilnahme des Patienten/Klienten, erklärt durch die Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung

Bereits die Zuweisung der Patienten in die jeweilige stationäre Einrichtung unterliegt starken Selektionsprozessen. Diese Ausleseprozesse im Zuweisungsverfahren stellen allerdings eine wünschenswerte Strategie dar, nämlich die Patienten/Klienten zu finden, die für das spezielle Behandlungsangebot der jeweiligen Klinik besonders geeignet sind (vgl. Küfner 1995, S. 175). Auf die Fragestellungen und Ziele dieser Studie bezogen, ist der Selektionsprozess ebenfalls positiv zu bewerten, da es primär um die Auswirkungen unter Modellbedingungen und einem darin enthaltenen Vergleich von Modell- und Kontrollgruppe geht.

Die Bedingungen des Untersuchungsdesigns, die insbesondere der Operationalisierbarkeit des Vorhabens dienen, haben eine einschränkende Wirkung auf die Generalisierbarkeit der Ergebnisse der Studie. Die Ergebnisse sollten vor diesem Hintergrund primär auf die Bewertung des Modellprojekts bezogen werden. Auf dieser Basis ermöglicht es die vorgenommene, besondere Auswahl dieser Stichprobe, insbesondere Vorschläge zur Verbesserung von Kooperationen in der Suchtkrankenhilfe zur Diskussion zu stellen.

8.2 Datenaufbereitung für rechnergestützte Datenanalyse

Alle Erhebungsinstrumente wurden für eine rechnergestützte Auswertung konstruiert. Bei der Konstruktion der Fragebögen wurde eine rechnergestützte Aufbereitung der Daten explizit durch spezielle Kodierungsleisten mit vordefinierten Variablenbezeichnungen berücksichtigt. Parallel zu den Erhebungsinstrumenten liegen mehrere Daten-Spreadsheets (pro Erhebungsinstrument) vor, die eine komplette Definition aller Variablen beinhalten und der vereinfachten Datenübertragung dienen. Ein Datentransfer zwischen verschiedenen Statistik-Softwaresystemen ist somit möglich. Die Datenverar-

beitung erfolgt mit Hilfe des SPSS-Statistik-Programms (Superior Performance Software System, Version 10.0).

8.3 Auswertung der qualitativen Erhebungen

Die Analyse der Experteninterviews wird per inhaltsanalytischer Auswertung der volltranskribierten Gesprächsaufzeichnungen vorgenommen (vgl. Mayring 2000). Es erfolgt keine Satz-für-Satz-Codierung der vollständigen Texte, sondern eine Auswahl von Textpassagen nach inhaltlichen Schwerpunktsetzungen. Dabei kann der Interviewleitfaden als thematisches Grundgerüst für das Gespräch gleichzeitig die Entwicklung eines Kategoriensystems anleiten, das um die inhaltlichen Schwerpunkte, die von den Interviewteilnehmern expliziert werden, ergänzt werden muss. Da die Experteninterviews im Rahmen dieser Studie eher eine die quantitativen Verfahren ergänzende Position einnehmen, wird im Spannungsfeld deduktiver und induktiver Herangehensweisen an die Textdaten mit der "Vorabkonstruktion" eines Kategorienrasters tendenziell erstere Perspektive verfolgt. Dennoch soll der Auswertungsprozess gegenüber der subjektiven Sichtweise der Befragten möglichst offen bleiben.

Die teilstandardisierten Befragungen der Teilnehmer des Qualitätszirkels sind hinsichtlich der Multiple-Choice-Fragen statistisch ausgewertet worden. Aufgrund der geringen Anzahl ($n = 10$) der Befragten bedurfte es keiner rechnergestützten Datenaufbereitung und -analyse. Die Antworten auf die offenen Fragen des Erhebungsbogens sind entweder inhaltlich gebündelt oder aufgrund der geringen Anzahl vollständig aufgelistet worden.

9 Zeit- und Ablaufplanung

Die Laufzeit des Modellprojekts erstreckt sich auf drei Jahre (2000 bis 2003). Die nachstehende Zeit- und Ablaufplanung dient der Orientierung:

Projektjahre 2000/2001

- Konstituierung der Forschungsgruppe
- Analyse von vorhandenen Verbundkonzepten in Deutschland wie auch speziell in den Kooperationseinrichtungen der LVA Oldenburg-Bremen
- Information der Kooperationspartner der LVA Oldenburg-Bremen (u.a. Modell- und Kontrolleinrichtungen, Leistungsträger) über das Forschungsprojekt
- Konstituierung des Qualitätszirkels und Durchführung weiterer Sitzungen im gesamten Projektverlauf
- Planung und Implementierung eines Verbundmodells
- Vorbereitung der Erhebungsinstrumente für die Experteninterviews
- Durchführung von Experteninterviews (Befragung der Teilnehmer des Qualitätszirkels)
- Vorbereitung der Erhebungsinstrumente für die Befragung der LVA-Versicherten sowie deren Behandler (Therapeuten)
- Erstellung und Einleitung des Genehmigungsverfahrens für das Datenschutzkonzept

Projektjahre 2001 bis 2003

- Fortschreibung der Grundlagen des Modellprojekts (u.a. Kooperationsstandards, Konzept für den Leistungsrahmen, therapeutisches Gesamtkonzept)
- Durchführung und Auswertung der Befragung von LVA-Versicherten, zu Beginn, während und bei Beendigung einer Entwöhnungsbehandlung im Rahmen des Verbundmodells

- Durchführung und Auswertung der Befragung von LVA-Versicherten der Kontrollgruppe zu Beginn, während und bei Beendigung einer Entwöhnungsbehandlung
- Durchführung und Auswertung von Experteninterviews in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Modell- und der Kontrollgruppe
- Durchführung und Auswertung von Experteninterviews mit Vertretern der LVA Oldenburg-Bremen
- Tagung zum Modellprojekt

C Ergebnisse der Anfangsphase des Modellprojekts

10 Profile der beteiligten Einrichtungen im Hinblick auf Aspekte der Kooperation

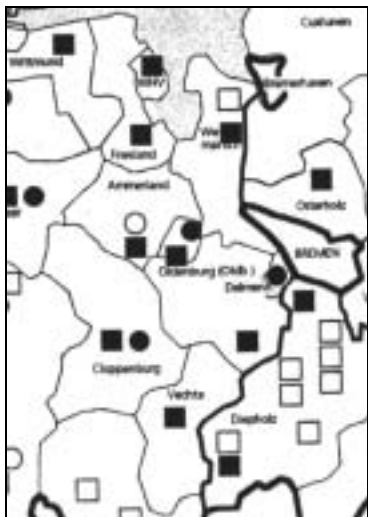
10.1 Die Versorgungssituation der Region Oldenburg/Bremen

Die Region Oldenburg/Bremen ist durch Städte wie Oldenburg (ca. 152.000 Einwohner), Bremen (ca. 540.000 Einwohner) und Bremerhaven (ca. 125.000 Einwohner) sowie durch das niedersächsische Umland mit einer Vielzahl an Landkreisen (u.a. Oldenburg, Ammerland, Cloppenburg, Emsland, Osnabrück, Vechta, Wesermarsch) städtisch-ländlich geprägt.

Das Versorgungssystem für Suchtkranke, das den Betroffenen Hilfeangebote stellt, umfasst in dieser Region im Sinne des Sektorenmodells von Wienberg (1992) im Sektor I Sucht- und Drogenberatungsstellen (allein im Regierungsbezirk Weser-Ems bestehen 26 Haupt- und 15 Nebenstellen), Fachkliniken (neben der Fachklinik Oldenburger Land und der Fachklinik St. Marienstift - Dammer Berge sind dies die Fachkliniken St. Vitus Stift, "Moorpension", St. Josef-Stift, "Haus Möhringsburg", das Dietrich-Bonhoeffer-Zentrum und die Paracelsus-Kliniken in Bad Essen) und Therapeutische Gemeinschaften. Im Sektor II sind insbesondere die psychiatrischen Einrichtungen mit ihren Entgiftungsstationen (Landeskrankenhaus in Wehnen/Landkreis Ammerland, Psychiatrische Abteilungen in Krankenhäusern: Norden, Emden, Haselünne, Quakenbrück, Nordhorn und die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost), Betreutes Wohnen (u.a. Wohngruppe Don Bosco in Oldenburg), Sozialpsychiatrische Dienste, Familienfürsorgestellen usw. angesiedelt. Im Sektor III gibt es eine große Zahl niedergelassener Ärzte und Krankenhäuser in und um Oldenburg.

Die nachstehende Abbildung gibt einen Überblick über die Verteilung der Einrichtungen des Suchtkrankenhilfesystems in der Region Oldenburg/Bremen (Land Niedersachsen).

Sucht- und Drogenberatungsstellen in der Region Oldenburg/Bremen



Legende:

- Suchtberatungsstelle (SB)
- Suchtberatungsstelle (SB) Nebenstelle
- Drogenberatungsstelle (DROBS)
- Drogenberatungsstelle (DROBS) Nebenstelle

(vgl. Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales 1999)

Fachkliniken zur Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit in der Region Oldenburg/Bremen



Legende:

- Fachklinik
- ▲ Therapeutische Gemeinschaft

*Abbildung 20: Einrichtungen des Suchtkrankenhilfesystems
in der Region Oldenburg/Bremen (Land Niedersachsen)*

In der Region erbringen somit fünf Kliniken stationäre Rehabilitationsleistungen (Dietrich-Bonhoeffer-Klinik (DBK) Ahlhorn, Fachklinik Oldenburger Land, Fachklinik St. Marienstift, Fachklinik St.-Vitusstift, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost).

In der Region Oldenburg arbeitet in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt eine anerkannte Beratungsstelle (zwei Beratungsstellen der Caritas, eine katholische Beratungsstelle in freier Trägerschaft, fünf Beratungsstellen des Diakonischen Werkes, zwei freie Träger). Eine vorstationäre Rehabilitation wird nicht durchgeführt, es findet aber eine unterschiedlich intensive Vorbereitung auf die stationäre bzw. ambulante Rehabilitation statt.

10.2 Modellgruppe¹

10.2.1 Ambulante Versorgung

Beratungsstelle Landkreis Ammerland

Der Landkreis Ammerland hat eine Größe von 728 km²; er umfasst fünf Gemeinden und eine Stadt (Westerstede). Die Einwohnerzahl der Gemeinden und der Stadt liegt zwischen 9.600 - 24.000 Einwohnern (insgesamt: 107.000 Einwohner). Im Einzugsbereich gibt es eine weitere Aussenstelle sowie zwei andere ambulante Beratungsstellen. Der Kreissitz befindet sich in Westerstede; der geographische Mittelpunkt des Landkreises ist in Bad Zwischenahn.

Die Suchtberatung und ambulante Behandlungsstelle liegt zentral in Bad Zwischenahn und ist sowohl mit öffentlichen Verkehrsmitteln als auch mit dem Pkw gut zu erreichen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst beim Gesundheitsamtes des Landkreises hält eine Planstelle für eine Sozialarbeiterin mit dem Arbeitsschwerpunkt Suchtberatung vor. Der Arbeitsbereich "illegale Drogen" wird desweiteren durch das Beratungsangebot eines weiteren Trägers („Rose 12“) abgedeckt.

Die Abstimmung der Zusammenarbeit ist durch kollegialen Austausch im Arbeitskreis Sucht des Landkreises geregelt.

Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten:

Der Haus- bzw. vermittelnde Facharzt des Patienten erhält, nach Vorlage einer schriftlichen Einverständniserklärung des Patienten, eine Durchschrift der erhobenen medizinischen Befunde des Honorararztes der Beratungsstelle. Zwischen Beratungsstelle und behandelndem Haus- und Facharzt wird Einvernehmen hinsichtlich eventuell notwendiger medizinischer Rehabilitation hergestellt. Die Beratungsstelle unterstützt die weiterführende medizinische Versorgung über den Haus- und Facharzt.

1 Die Informationen zu den Profilen der Einrichtungen sind von den Einrichtungsleitern (siehe Liste der AutorInnen und TeilnehmerInnen des Qualitätszirkels) zur Verfügung gestellt und von uns überarbeitet worden. Die Ausführungen sind ebenfalls Bestandteil des therapeutischen Gesamtkonzepts und ergänzen somit die Angaben unter Gliederungspunkt I C.12.2.

Entgiftungsbehandlungen:

Entgiftungsbehandlungen werden zum einen in der Ammerland-Klinik, Westerstede, und zum anderen im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Wehnen, Bad Zwischenahn Ortsteil Wehnen, angeboten und durchgeführt. Mit den Sozialdiensten beider Einrichtungen besteht die Arbeitsabsprache, dass die Beratungsstelle Erstkontakte – über die Vermittlung des jeweiligen Sozialdienstes – „vor Ort“ durchführt. In der Ammerland-Klinik werden Erstkontakte nicht regelmäßig durchgeführt, sie finden i.d.R. sporadisch, bei konkretem Bedarf und in Einzelfällen, statt. Im Niedersächsischen Landeskrankenhaus werden regelmäßige Beratungstermine, jeweils Mittwochs angeboten und durchgeführt. Bezüglich der Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst des Landeskrankenhauses bestehen verbindliche Arbeitsabsprachen. Bei Notwendigkeit unterstützt die Beratungsstelle den Sozialdienst bei „nahtloser Verlegung“ von stationärer Entgiftung in stationäre Entwöhnung.

Selbsthilfegruppen:

In den Räumen der Suchtberatung:

- Montags-Gruppe – Freundeskreis,
- Donnerstags-Gruppe – Freundeskreis,
- „Die Quelle“ – Angehörigengruppe,

Im Landkreis:

- Freundeskreis Augustfehn,
- Blaues Kreuz Westerstede,
- Guttempler Gemeinschaft Bad Zwischenahn – Rostrup,
- AA Bad Zwischenahn,
- AA Edewecht,
- AA Apen,
- AA Westerstede,
- AA Rastede.

Beratungsstelle Landkreis Oldenburg (Wildeshausen)

Die Beratungsstelle des Diakonischen Werks für den Landkreis Oldenburg ist zuständig für 118.266 Einwohner (Bevölkerungszahl 06/99). Als Facheinrichtung der psychosozialen Versorgung Suchtgefährdeter/Suchtmitte labhängiger und deren Angehörigen ist sie alleiniger Anbieter.

"Hauptsitz" ist die Kreisstadt Wildeshausen; Aussenstellen gibt es in Ganderkesee und Wardenburg.

Die Praxis des Honorararztes befindet sich in unmittelbarer Nähe der Einrichtung.

Entgiftungsbehandlung:

Mit dem Krankenhaus Johanneum Wildeshausen besteht eine enge Zusammenarbeit. So werden von dort Hilfesuchende direkt an die Beratungsstelle vermittelt und z.B. während der Entgiftungsbehandlung im Krankenhaus betreut. Eine Kooperationsvereinbarung mit Zielrichtung "Qualifizierte Entgiftungsbehandlung" wird angestrebt.

Eine zweite, gute Alternative besteht im St. Annen-Stift in Twistringen im angrenzenden Landkreis Diepholz.

Die städtischen Kliniken Delmenhorst versorgen überwiegend den Bereich Ganderkesee/Hude. Das LKH Wehnen nimmt überregional auf.

Stationäre Therapie:

Im Landkreis Oldenburg werden stationäre Behandlungen in den Diakoniefachkliniken Dietrich-Bonhoeffer-Klinik Ahlhorn und der Fachklinik Oldenburger Land (Abteilung "To Hus" in Neerstedt und "Ofener Str. 20" in der Stadt Oldenburg) durchgeführt.

Selbsthilfe:

Eine weitere starke Achse im Hilfeverbund bildet die Kooperation mit den Selbsthilfe-/Abstinenzgruppen (Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz i.d. ev. Kirche, Guttempler-Orden, Freundeskreis, Freie Gruppen).

Betriebliche Suchtkrankenhilfe:

Es besteht u.a. eine Kooperationsvereinbarung mit der BEB Erdgas- und Erdöl GmbH Hannover; es werden von der Beratungsstelle die Betriebe in Dötlingen, Großenkneten und Schneiderkrug betreut.

Haus-/Fachärzte:

Die Zusammenarbeit mit zahlreichen Haus- und Fachärzten runden den "Verbund Suchtkrankenhilfe im Landkreis Oldenburg" ab.

Beratungsstelle Stadt Oldenburg

Die Stadt Oldenburg und damit das Einzugsgebiet der Beratungsstelle umfasst ca. 150.000 Einwohner. Bezogen auf das Gebiet der Stadt Oldenburg besteht eine Aufteilung der Suchtkrankenhilfe in die Arbeitsbereiche legale Drogen (Alkohol, Medikamente, Mehrfachabhängigkeiten, Spielsucht) und illegale Drogen.

Der Verein "Jugendberatung e.V. Oldenburg" deckt mit seiner Beratungsstelle "Rose 12" sowie mit weiteren stationären und teilstationären Einrichtungen in der Region die Suchtarbeit für den Bereich der illegalen Drogen ab.

Die Beratungsstelle "Bloherfelder Straße 7" in Trägerschaft des Diakonischen Werkes Oldenburg ist für den Bereich der legalen Drogen zuständig.

Für die Entgiftungsbehandlungen steht i.d.R. das LKH Wehnen zur Verfügung. Bei geringer Intoxikation bzw. internistischer Begründung werden Entgiftungen auch in städtischen Krankenhäusern (Ev. Krankenhaus, Pius-Hospital und Städtische Kliniken) durchgeführt.

Für Entwöhnungsbehandlungen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen steht innerhalb der Region das Fachkrankenhaus Oldenburger Land mit seinen Abteilungen "Oldenburg" und "Neerstedt" sowie die Dietrich-Bonhoeffer-Klinik in Ahlhorn (für Jugendliche und junge Erwachsene) zur Verfügung.

Die Fachkrankenhäuser Oldenburger Land und Ahlhorn bilden mit der Beratungsstelle "Bloherfelder Straße" innerhalb der Trägerschaft des Diakonischen Werkes einen Verbund.

Am Ort sind darüber hinaus Selbsthilfegruppen folgender Organisationen tätig, mit denen die Beratungsstelle einen intensiven Kontakt pflegt: Anonyme Alkoholiker, Narcotic Anonymous, Blaues Kreuz, Kreuzbund, Guttempler-Orden, Open Alcoholics (OPAL), Freundeskreis e.V., Anonyme Spieler sowie weitere Selbsthilfegruppen, die nicht verbandsmäßig organisiert sind. Einzelne Gruppen halten ihre Gruppenabende in der Beratungsstelle ab.

Suchtberatungsstelle Friesland (Varel)

Das Einzugsgebiet für die ambulante Rehabilitation umfasst den Landkreis Friesland mit ca. 100.000 Einwohnern.

Stationäre Versorgung für die Region Friesland/Wilhelmshaven:

Akutkrankenhäuser:

- Varel, St Johannesstift,
- Sanderbusch, Friesland Kliniken,
- Jever, Sophienstift (Belegkrankenhaus),
- Wilhelmshaven, Willehard Krankenhaus sowie Reinhard-Nieter Klinik mit psychiatrischer Abteilung und qualifizierter Entgiftung,
- Oldenburg, LKH Wehnen.

Ambulante Versorgung für die Region Friesland/Wilhelmshaven:

Beratungsstellen:

- Suchtberatung und –Behandlung Friesland in Varel und Jever,
- Erziehungsberatungsstelle des Landkreises Friesland,
- Sozialpsychiatrischer Dienst beim Gesundheitsamt,
- Suchtberatungsstelle des Diakonischen Werkes in Wilhelmshaven.

Selbsthilfegruppen:

- Guttemplergemeinschaften in Jever, Varel, Sande und Zetel,
- „Die Brücke“ in Jever,
- Anonyme Alkoholiker in Schortens, Varel, Dangastermoor, Zetel und Wangerooge,
- Al-Anon in Schortens,
- Selbsthilfegruppe Schortens,
- Freundeskreis Varel,
- Selbsthilfegruppe „Der neue Weg“ in Wangerland.

Fachpraxen:

- Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Willhelms-
haven, Jever, Varel und Wittmund.
- Psychologische Psychotherapeuten in Varel, Wilhelmshaven, Schortens,
Zetel, Bockhorn und Jever.

Beratungsstelle Cloppenburg

Der Einzugsbereich der Suchtberatungsstelle ist der gesamte Landkreis Cloppenburg mit einer Einwohnerzahl von ca. 150.000 auf 1.417 km² Fläche. Der Landkreis ist ländlich geprägt. Hauptwirtschaftszweige sind die Landwirtschaft, die Bauwirtschaft und das verarbeitende Gewerbe. Auftrag und Ziel ist ein flächendeckendes Angebot für den gesamten Landkreis.

Für die Versorgung von Suchtkranken stehen desweiteren zur Verfügung:

- Flächendeckend niedergelassene Haus- und Fachärzte,
- drei Krankenhäuser,
- Gemeindepsychiatrisches Zentrum mit den Angeboten: Therapeutische
Wohngemeinschaft, Betreutes Wohnen, Ambulante Wohnbetreuung und
Tagesstätte,

- Nichtsesshaftenhilfe,
- flächendeckend 26 Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige,
- stationäre Einrichtungen für chronisch kranke und deprivierte Patienten,
- Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes,
- Betreuungsverein für Patienten, die unter Betreuung stehen,
- seelsorgerische Angebote.

Mit allen Anbietern der Suchtkrankenhilfe im Landkreis besteht ein enger Kontakt und Austausch. Im Rahmen des sozialpsychiatrischen Verbundes im Landkreis Cloppenburg wurde ein Arbeitskreis Sucht gegründet.

Fachkliniken für Suchtkranke gibt es in ausreichender Anzahl in den umliegenden Landkreisen. Als psychiatrische Kliniken stehen das LKH Wehnen und das Christliche Krankenhaus in Quakenbrück in erreichbarer Nähe zur Verfügung.

Zwischen der Stiftung Edith Stein und der St. Josefs Stiftung, die u.a. als Träger des Krankenhauses und des Gemeindepsychiatrischen Zentrums in Cloppenburg tätig ist, gibt es Kooperationsvereinbarungen, die die Zusammenarbeit der einzelnen Einrichtungen verbessern sollen. Die vorhandenen Ressourcen sollen so besser und nahtloser für das Klientel genutzt werden. Eine praktische Umsetzung dieser Vereinbarungen wurde im Dezember 2000 durch den Umzug der Suchtberatungsstelle auf das Gelände des Krankenhauses Cloppenburg realisiert. Medizinische Diagnostik und Behandlung von Suchtkranken und die Beratung, die ambulante Rehabilitation und die Vermittlung in stationäre Rehabilitation werden so noch enger verknüpft. Ähnliche Vereinbarungen sind mit verschiedenen Trägern im Bereich der Caritas vor Ort geplant. Dies gilt insbesondere für Maßnahmeträger, die berufliche Wiedereingliederungen und Weiterbildungen anbieten, sowie für die Kreuzbund Selbsthilfegruppen.

10.2.2 Stationäre Versorgung

Aus dem Zuständigkeitsbereich der LVA Oldenburg-Bremen werden in den beiden Fachkliniken dieses Verbundes Alkohol- und Medikamentenabhängige aus den Städten Oldenburg und Bremen, sowie den Landkreisen Ammerland, Cloppenburg, Friesland, Oldenburg und Vechta aufgenommen. Auch

aus dieser Region werden Versicherte der BfA oder anderer Leistungsträger behandelt. Ausserhalb der Modellregion werden aus den angrenzenden Landkreisen Versicherte der LVA Hannover und der BfA ebenso behandelt wie zum Teil BfA-Versicherte, bei denen die medizinische Rehabilitation überregional erfolgen muss.

Die Kliniken in der Region Oldenburg haben sich, wie auch die beiden am Verbund beteiligten Fachkliniken, zumeist spezialisiert (Dietrich-Bonhoeffer-Klinik: Jugendliche und junge Erwachsene, St. Vitusstift: Frauen).

Nachfolgend werden einige Besonderheiten der beiden Kliniken dieses Verbundes aufgeführt, die die Informationen zum Behandlungskonzept (vgl. Gliederungspunkte I C.12.2.3 und I C.12.2.6 bis I C.12.2.8) ergänzen.

Fachklinik St. Marienstift - Dammer Berge

Die Fachklinik St. Marienstift - Dammer Berge macht ausschließlich alkohol- und medikamentenabhängigen Männern Behandlungsangebote und bietet spezielle Konzepte für acht bzw. 16 Wochen stationäre Behandlung an.

Die Fachklinik ist Mitglied im Trägerverbund zur Behandlung Sucht- und Psychisch Kranker, dem ausserdem die Fachklinik St. Vitus und die Suchtberatungsstelle Vechta angehören.

Die verkehrsgünstige Anbindung an die Autobahn A1, sowie die angeschlossenen Autobahnen 28, 29, 30 und 31 lassen Kontakte zu Patienten, familiären und beruflichen Umfeld, sowie Behandlern zu, die eine Fahrtzeit unterhalb einer Stunde möglich machen. Auch der Ausbau der öffentlichen Verkehrsmittel mit der Nord-West-Bahn hat die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr von Osnabrück bis Bremen mit einstündigen Wegzeiten erheblich verbessert.

Fachklinik Oldenburger Land

Die Fachklinik Oldenburger Land hält für umschriebene Patientengruppen (vgl. Gliederungspunkt I C.12.2.3) spezielle Behandlungskonzepte vor, z.B. für Hörgeschädigte, für Patienten, die eines geschlechtsspezifischen Thera-

pieansatzes bedürfen, für Patienten, bei denen intellektuelle Einschränkungen/Kontakt- und Kommunikationsstörungen etc. bestehen.

Die Fachklinik Oldenburger Land behandelt ihre Patienten an zwei Standorten, in Oldenburg und in Dötlingen-Neerstedt.

Die Abteilung "Ofener Straße 20" liegt im Zentrum von Oldenburg, einer Großstadt mit vielfältigen Angeboten. Dötlingen-Neerstedt liegt in der "Wildeshäuser Geest", einem bekannten Erholungsgebiet im Landkreis Oldenburg. Die Städte Oldenburg (25 km) und Wildeshausen (12 km) sind durch regelmäßigen Busverkehr zu erreichen.

Neben den aufgeführten Behandlungsangeboten zur Hilfe für Suchtkranke bestehen sogenannte komplementäre Hilfen im System der Suchtkrankenversorgung, wie z.B. betreute Wohnungen, sozialtherapeutische Übergangsheime für chronifizierte Alkoholranke etc., mit denen die Fachklinik eng zusammenarbeitet.

10.3 Kontrollgruppe²

10.3.1 Ambulante Versorgung

Verband betrieblicher Sozialberatung (vbsTeam)

Das vbsTeam ist eine gemeinnützige Gesellschaft, die 1993 gegründet wurde und aus dem Verband betrieblicher Sozialberatung und Suchtkrankenhilfe (VBS e.V.) hervorgegangen ist. Der Schwerpunkt liegt in der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention.

2 Die Informationen zu den Profilen der Einrichtungen der Kontrollgruppe sind den jeweiligen Therapiekonzepten und den Jahresberichten 1999 bzw. 2000 entnommen. Für ergänzende Informationen und Vorlagen danken wir insbesondere Herrn Grotzek von der Beratungsstelle Wilhelmshaven.

Für die redaktionelle Zusammenstellung und Überarbeitung danken wir unserer studentischen Mitarbeiterin Frau Susanne Becker an dieser Stelle ausdrücklich.

Die Stadt Bremen hat ca. 550.000 Einwohner.

Neben innerbetrieblichen Beratungsstellen in 15 Unternehmen in Bremen und Umgebung führt das vbsTeam eine öffentliche Beratungs- und Behandlungsstelle für Alkohol- und/oder Medikamentenabhängige. Die Beratungsstelle befindet sich in Bremen Mitte und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen.

Die Mitarbeiter in den innerbetrieblichen Beratungsstellen sind im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit den jeweiligen Unternehmen tätig. Es handelt sich um Mitarbeiter des vbsTeams.

Neben den Beratungstätigkeiten bietet das vbsTeam Seminare zu verschiedenen Themen (z.B. Mitarbeiterführung, Soziale Kompetenz und Mobbing), Mediation, Supervision und Organisationsberatung und Soforthilfe für Kleinbetriebe an.

Kooperation mit Beratungsstellen

Das vbsTeam kooperiert mit allen relevanten Behandlungs- und Beratungsstellen für Abhängigkeitsgefährdete und -kranke in Bremen, Bremerhaven und Umgebung.

Kooperation mit Krankenhäusern

Mit den umliegenden Krankenhäusern besteht eine Kooperation hinsichtlich der Aufnahmemodalitäten für notwendige stationäre Akutbehandlungen. Entgiftungen können ggf. ohne Zeitverzögerung durchgeführt werden.

Das vbsTeam beantragt stationäre Entwöhnungsbehandlungen und betreut die Patienten während der Vorbereitungsphase.

Kooperation mit niedergelassenen Ärzten

Die ambulante Rehabilitation wird durch einen Facharzt begleitet und erfolgt auf Wunsch in enger Kooperation mit dem Hausarzt.

Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke, Vechta

Der Landkreis Vechta hat eine Fläche von 812 km², dort leben ca. 110.000 Einwohner.

Im Gebiet des Landkreises gibt es einen Sozialpsychiatrischen Verbund (SpVb). Zugang haben alle Anbieter von Hilfen für psychisch Kranke. Der SpVb strebt eine Zusammenarbeit mit Sozialpsychiatrischen Verbänden der benachbarten Kreise und Städte an.

Die Arbeitsfelder der PSB Vechta liegen sowohl in der Suchtkrankenhilfe für die Bevölkerung des Landkreises als auch in der Betreuung inhaftierter Suchtmittelabhängiger in den Justizvollzugsanstalten für Frauen und männliche Jungtäter in Vechta.

Die PSB ist Mitglied im Trägerverbund zur Behandlung Sucht- und psychisch Kranker, dem ausserdem die Fachkliniken St. Marienstift - Damer Berge und St. Vitusstift angehören.

Träger der Beratungsstelle ist der Sozialdienst Katholischer Männer Vechta e.V., der dem deutschen Caritasverband angeschlossen ist.

Die PSB versteht sich als Element in einem miteinander kooperierenden Spektrum verschiedener Dienste und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Kooperationen mit Hausärzten, Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern, Fachkrankenhäusern und Nachsorgeeinrichtungen sind dabei von besonderer Bedeutung.

Um eine optimale medizinische Versorgung zu gewährleisten, ist über die Zusammenarbeit mit den Hausärzten hinaus, ein Arzt als Honorararzt in der Beratungsstelle tätig.

Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Nord

Seit 1981 ist die kommunale Suchtkrankenhilfe in Bremen in den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpsD) integriert. Der SpsD ist eine Abteilung des Gesundheitsamtes Bremen und seit 1994 gleichzeitig Institutsambulanz der Psychiatrischen Klinik Bremen-Ost.

Der SpsD unterhält fünf Beratungsstellen in den Stadtgebieten Ost, West, Nord und Mitte. Das Einzugsgebiet umfasst die Stadtgemeinde Bremen mit insgesamt 550.000 Einwohnern.

Jede Beratungsstelle verfügt über zehn Planstellen und wird von einem Facharzt für Psychiatrie geleitet. Die Planstellen setzen sich zusammen aus: 1,5 Verwaltungskräften, 1,5 Ärzten, 1 Psychologen, 4 Sozialarbeitern und 2 Pflegekräften. Die beratungsstellenübergreifende Leitung des Suchtbereichs liegt bei der Leitung des SpsD am Gesundheitsamt.

An Wochenenden und nach Dienstschluss wird vom SpsD ein Notdienst vorgehalten, an dem auch die Mitarbeiter des Suchtbereichs teilnehmen.

Der SpsD übernimmt die notwendigen Vorbereitungsmaßnahmen für längerfristige stationäre Entwöhnungsbehandlungen. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Suchtklinik des ZKH Bremen-Ost und mit anderen, auswertigen Fachkliniken.

Der SpsD ist zuständig für Erwachsene, die Probleme mit legalen Suchtmitteln haben oder unter einer nichtstoffgebundenen Sucht leiden. Auch Angehörige oder andere Bezugspersonen, u.U. auch Institutionen und Betriebe werden beraten.

Die Angebote des SpsD Bremen-Nord erstrecken sich auf:

- Problemabklärung und Motivierung,

- ambulante Rehabilitation mit dem Ziel, Abstinenz zu erreichen oder die Abstinenz nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung i.S. von Nachsorge zu sichern,
- Krisenintervention und Notfallhilfe, bei Bedarf unterstützt durch ärztliche Mitarbeiter der Beratungsstelle,
- Vermittlung in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung, einschließlich Erstellung des dazu notwendigen Sozialberichts,
- Vermittlung in komplementäre Einrichtungen (Betreutes Wohnen, Übergangwohnheime, etc.) einschließlich gutachterlicher Stellungnahmen für Kostenträger.

Die Suchtarbeit orientiert sich an sozialpsychiatrischen Leitlinien, wie:

- Gemeindenähe durch dezentrale Organisation und regionalen Bezug,
- Niedrigschwelligkeit, z.B. unmittelbares Hilfeangebot ohne Warteliste,
- aufsuchende Hilfen bezogen auf die Zielgruppe chronisch Suchtkranker,
- individuell angemessene Therapieangebote,
- Vorrang ambulanter Behandlungen,
- strukturelle und konzeptionelle Zusammenarbeit mit den an der Versorgung beteiligten Institutionen,
- Gesundheitsvorsorge und Prävention.

Die Sicherung der Qualität der Arbeit des SpsD soll durch externe Supervision, regelmäßige Fallbesprechungen, einen regional übergreifenden fachlichen Austausch und verschiedenen Fort- und Weiterbildungen gewährleistet werden. Ausserdem soll das gruppentherapeutische Angebot durch standardisierte Testverfahren evaluiert werden.

Suchtberatung und -behandlungsstelle der Diakonie in Wilhelmshaven

Die Suchtberatung und -behandlungsstelle der Diakonie in Wilhelmshaven ist eine Einrichtung des Diakonischen Werkes der evangelisch-lutherischen Kirche in Oldenburg e.V.

Das Einzugsgebiet der Beratungsstelle umfasst ca. 100.000 Einwohner.

Ambulante Rehabilitation wird überwiegend nach einem integrierten Konzept psychoanalytischer, ich-psychologischer und systemischer Persönlichkeitsmodelle ausgerichtet. Von der Beratungsstelle wird neben Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation u.a. aufsuchende Suchtberatung in den Justizvollzugsanstalten in Wilhelmshaven angeboten sowie das "Café Regenbogen" als niedrigschwelliges Angebot betrieben.

In Wilhelmshaven hat die Einrichtung vor fast zehn Jahren einen Arbeitskreis Gesundheit anstelle eines Arbeitskreises Sucht installiert. Vertreten sind Organisationen und Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, Krankenkassen, Ärzte, soziale Dienstleister. Die Federführung hat das örtliche Gesundheitsamt.

Darüber hinaus gibt es verbindlich seit etwa zwei Jahren einen Sozialpsychiatrischen Verbund. Aktuell wurde gemeinsam mit dem Verbund des Landkreises Friesland vereinbart, künftig gemeinsam zu tagen. Der Leiter der Beratungsstelle schätzt dies in Erinnerung der scheinbar unauflösbaren Distanz zwischen Stadt und Landkreis als eine begrüßenswerte Entwicklung ein. Als sinnvoll wird diese Verbindung schon wegen der Psychiatrischen Klinik in Wilhelmshaven gesehen, die auch für den Landkreis zuständig ist. Die Psychiatrie hält pflichtgemäß eine Suchtabteilung vor.

Bedarf wird insbesondere hinsichtlich der Entwicklung zukünftiger Modelle zur qualifizierten Entgiftung gesehen.

Die Kontakte zu den Krankenkassen und der Ärzteschaft würde die Beratungsstelle gerne für weitere Kooperationen nutzen, z.B. in Form intermunitarischer Maßnahmen für die Patientenschaft oder für ambulante Entgiftungen.

Mit dem Sozialamt besteht über andere Fachbereiche der Diakonie Wilhelmshaven bereits eine Zusammenarbeit, die für die Arbeit der Beratungsstelle z.B. im Projekt des niedrigschwelligen Bereichs "Sprungbrett" genutzt

wird und hinsichtlich der dringend notwendigen Schuldnerberatung auszubauen ist.

Für die Prävention hat sich die enge Kooperation mit der Stadtjugendpflege, dem Jugendamt, dem Kulturzentrum Pumpwerk und anderen Anbietern der Jugendarbeit bewährt.

10.3.2 Stationäre Versorgung

Fachkrankenhaus Moorpension

Das Fachkrankenhaus Moorpension bietet 60 Behandlungsplätze für alkohol- kranke Männer. Ein zusätzliches Therapieangebot bietet Aussiedlern die Möglichkeit, sich mit ihrem besonderen soziokulturellen Hintergrund auseinanderzusetzen.

Das Fachkrankenhaus liegt in der Diakonie Freistatt in Niedersachsen, etwa 70 km südlich von Bremen.

Die Moorpension ist Mitglied im "Therapieverbund südlicher Landkreis Diepholz", dem drei Beratungsstellen angehören:

- Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke/Drogenabhängige und deren Angehörige des Caritasverbandes in Twistringen
- Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke des Diakonischen Werks im Kirchenkreis Diepholz
- Suchtberatungsstelle SORRAL in Diepholz

Zusammenarbeit im Therapieverbund

Dem Therapieverbund steht mindestens drei Stunden pro Woche und pro ambulanter Behandlungsgruppe eine Fachärztin zur Verfügung. Die ärztliche Versorgung findet vorzugsweise in den Räumen der Diakonie statt.

Die medizinische Betreuung in den Beratungsstellen erfolgt durch Hausärzte, Internisten, und/oder Psychiater/Neurologen.

Kooperationen mit weiteren Professionen und Einrichtungen

- Fachkliniken,
- Allgemeinkrankenhäuser,
- Psychiatrische (Landes-)krankenhäuser,
- Einrichtungen für chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke,
- andere Suchtberatungsstellen,
- Selbsthilfegruppen/Abstinenzvereine und -verbände,
- niedergelassene Ärzte/Ärztinnen,
- Seelsorger/Seelsorgerinnen,
- Kosten- und Leistungsträger,
- Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren,
- Schulen,
- Rehabilitationsberater/innen von Krankenkassen,
- Betreuungsstellen für Aus- und Übersiedler,
- Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen,
- Frauenhäuser,
- Sozialdienste von Firmen und Betrieben,
- Soziale Dienste der Strafrechtspflege und des Justizvollzugs,
- Ambulante Nichtsesshaftenhilfe für alleinstehende Wohnungslose,
- Arbeitsamt/Sozialamt/Jugendamt,
- Gesundheitsamt, besonders mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst.

Der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden kommt ein besonderer Stellenwert zu. Es finden regelmäßige Besprechungen mit Gruppenleitern verschiedener Gruppen und Verbände im regionalen und überregionalen Bereich statt.

Fachklinik St. Vitus

Die Fachklinik St. Vitus bietet Behandlungsangebote für Frauen mit stoffgebundener Abhängigkeit. Die Therapieangebote richten sich vor allem an Alkohol- und Medikamentenabhängige, sowie an mehrfachabhängige Frauen. Ausserdem besteht ein besonderes Therapieangebot für Frauen mit Essstörungen und psychosomatischen Erkrankungen.

Das St. Vitus Stift arbeitet in enger Anbindung an die katholische Pfarrgemeinde St. Vitus und ist Mitglied im deutschen Caritasverband.

Die Klinik liegt in der Nähe der Autobahn A1 zwischen Oldenburg, Bremen und Osnabrück und ist umgeben von dem Naturschutzgebiet „Naturpark Wildeshäuser Geest“. Die Klinik gehört zur Gemeinde Visbek, die 8.000 Einwohner zählt.

St. Vitus ist Mitglied im Trägerverbund zur Behandlung Sucht- und Psychisch Kranker, dem ausserdem die Fachklinik St. Marienstift und die Suchtberatungsstelle Vechta angehören.

Es besteht ausserdem eine Mitgliedschaft im Bundesverband der stationären Suchtkrankenhilfe (BUSS) sowie im Verband der katholischen Suchtkrankenhäuser.

Kooperation mit Suchtberatungsstellen

Es existiert eine enge Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen der Region. Es findet ein regelmäßiger therapeutischer Austausch zu Beginn und Ende der Behandlung statt, sowie ein Hilfeplanungsgespräch in der Mitte der Behandlung.

Zusammenarbeit mit Ärzten

Durch die Zusammenarbeit mit den Arztpraxen im Ort sowie Akutkrankenhäusern in den Nachbarstädten ist eine umfangreiche, fachübergreifende somatisch-medizinische Versorgung jederzeit sichergestellt.

Kontakte zu Kliniken

Es bestehen enge Kontakte zu den psychiatrisch-psychosomatischen Kliniken der Umgebung und dem sozialpsychiatrischen Dienst und zu den regionalen Wohneinrichtungen.

10.4 Die Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen³

Die Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen ist Träger der Arbeiterrentenversicherung im ehemaligen Verwaltungsbezirk Oldenburg, Landkreis Wittmund und im Land Bremen. Sie ist ausserdem bundesweit für die Durchführung der Künstlersozialversicherung zuständig. Sitz der Abteilung Künstlersozialkasse (KSK) ist Wilhelmshaven.

Sie wurde am 8. August 1890 als "Versicherungsanstalt Oldenburg" errichtet und im Jahre 1939 durch die Zuordnung des Landes Bremen in "LVA Oldenburg-Bremen" umbenannt.

Die Hauptverwaltung hat ihren Sitz in Oldenburg.

Die LVA Oldenburg-Bremen versteht sich als modernes Dienstleistungsunternehmen, das seine Versicherten, Rentner und deren Angehörige als anspruchsvolle Kunden sieht und behandelt. In einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess strebt die LVA einen hohen Qualitätsstandard ihrer Dienstleistung an. Organisationsstruktur, Kompetenz- und Zuständigkeitsverteilung werden als aufgabengerecht, die Arbeitsabläufe als klar gegliedert vorgestellt. Mit diesen Verwaltungsstrukturen sollen eine optimale versicherennahe Betreuung und effizientes Arbeiten unter Berücksichtigung der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit miteinander in Einklang gebracht werden.

Die LVA Oldenburg-Bremen betreut als Träger der Arbeiterrentenversicherung rund 900.000 Versicherte und Rentner und ist damit der größte Sozialversicherungsträger in der Region. Kraft Gesetzes gehören alle gewerblichen Arbeitnehmer und Handwerker zu den Kunden. Wer als Angestellter tätig ist, erhält seine Leistungen von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA).

Auskunft und Beratung in Fragen der Rentenversicherung für Angestellte erteilen aber auch die Dienststellen dieser LVA, die auch die entsprechenden Anträge entgegennehmen.

3 Die Angaben zur LVA Oldenburg-Bremen entstammen den Internetseiten der LVA (vgl. www.LVA-Oldenburg-Bremen.de) sowie dem Geschäftsbericht 1999 (LVA Oldenburg-Bremen 2000b).

Ausserdem werden bundesweit die Aufgaben nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz durchgeführt. Um alle selbständigen Künstler und Publizisten kümmert sich die Abteilung Künstlersozialkasse (KSK) in Wilhelmshaven.

Die Aufgabe der LVA Oldenburg-Bremen besteht darin, ihren Versicherten und Rentnern sowie deren Angehörigen die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung umfassend und schnell zu erbringen. Damit werden die Risiken des Alters, der Minderung der Erwerbsfähigkeit und des Todes abgesichert.

Neben der Rentenzahlung geht es der LVA auch um die Gesundheit der Versicherten. Als Ziel wird angestrebt, kranke Versicherte möglichst schnell wieder beruflich und sozial in die Gesellschaft einzugliedern. Hierfür können berufliche und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen ("Kuren"/Entwöhnungsbehandlungen bei Abhängigkeitserkrankungen) gewährt werden.

Service wird von Seiten der LVA in ihrer Selbstdarstellung hervorgehoben. In diesem Zusammenhang wird auf ein weitverzweigtes Netz von Auskunfts- und Beratungsstellen hingewiesen, mit dem die LVA ihren Kunden zu allen Fragen der gesetzlichen Rentenversicherung zur Verfügung steht.

Gut 23.000 Rentenanträge hat die LVA pro Jahr zu bearbeiten und 248.000 Renten zu zahlen. Die Bearbeitungszeit für einen Rentenantrag nahm dabei durchschnittlich etwa einen Monat in Anspruch.

Als Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit ihrer Versicherten gewährt die LVA medizinische und berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen. Für die "Rehabilitation wegen Suchtkrankheiten" stellt sich im Berichtszeitraum die Situation wie folgt dar:

Anzahl der bewilligten Maßnahmen		Kosten der durchgeführten Maßnahmen in DM	
1999	2000	1999	2000
1.347	1.359	15.791.290,04	16.072.368,51

Speziell für die Gruppe der Alkoholabhängigen sind die Zuweisungen in Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen im Anhang für die Jahre 1999 und 2000 zusammengestellt.

Die Versicherten zahlen rund 2,7 Milliarden DM an Beiträgen bei ihrem Rentenversicherungsträger ein - die LVA ist damit auch ein maßgebender Wirtschaftsfaktor in der Region.)

Mit fast 4,4 Milliarden DM verfügt die LVA über einen der größten öffentlichen Haushalte in der Region. Sie ist damit ein bedeutender Wirtschaftsfaktor. So wurden etwa 85 Millionen DM an Termingeldeinlagen in den Banken der Region angelegt.

Investitionen - etwa zur Bewirtschaftung von Grundstücken und Gebäuden, Beschaffungen und Baumaßnahmen -, die überwiegend in die regionale Wirtschaft fließen, belaufen sich auf rund 7,4 Millionen DM pro Jahr. Dabei geht die LVA sparsam mit den Versichertengeldern um. Nur 1,58 Prozent des Haushaltsvolumens werden für Verwaltungs- und Verfahrenskosten benötigt.

Die LVA stellt auch als Arbeitgeber und Ausbildungsbetrieb eine feste Größe in der Region dar. Nach einer Organisationsuntersuchung hat sie effektive und effiziente Verwaltungsstrukturen gebildet und beschäftigt insgesamt 1.147 Mitarbeiter auf 1.061,2 Stellen (Stand 31. März 2001).

11 Etablierung eines Qualitätszirkels als Plattform für Entscheidungs- und Veränderungsprozesse innerhalb des Verbunds

11.1 Zum Verständnis und zur Bedeutung der Qualitätszirkelarbeit im Rahmen des Modellprojekts

Im Mittelpunkt des Modellprojekts steht die Verbesserung der Kooperation zwischen Leistungsanbietern sowie dieser mit dem Kosten-/Leistungsträger. Zur Förderung dieses Anliegens dient speziell ein einrichtungübergreifender QZ als Forum, um Aufgabendefinitionen und -zuweisungen zwischen den Beteiligten zu entwickeln bzw. zu konkretisieren.

"Der Qualitätszirkel ist dadurch gekennzeichnet, dass eine Gruppe zusammensitzt und Informationen austauscht, mit dem Ziel ein gemeinsames Problem zu lösen." (Walther/Walther 1998, S. 29)

Etwas differenzierter beschreibt es Lutter:

"Unter einem Qualitätszirkel wird in der Regel eine Serie regelmäßig durchgeführter und moderierter Gesprächsrunden in kleinen Gruppen eines Betriebes verstanden, deren Teilnehmende Probleme beziehungsweise Schwachstellen des eigenen Arbeitsbereichs identifizieren und analysieren, um Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten mit dem Ziel, diese auch vorrangig unter ihrer Beteiligung umzusetzen." (Lutter 1997a, S. 17)

Folgt man der zweiten Definition, so ist für die Arbeit des Qualitätszirkels im Rahmen des Modellprojekts festzustellen, dass es sich bei dem Vorhaben nicht um einen Betrieb, sondern unterschiedliche "Betriebe" (Kliniken, Beratungs- und Behandlungsstellen, Leistungsträger) handelt. Die Gemeinsamkeit liegt allerdings im gemeinsamen Arbeitszusammenhang, nämlich der Rehabilitation von Alkoholabhängigen. Die kombinierte ambulante-stationäre Behandlung hat nachgewiesene Schwachstellen, die bereits identifiziert und analysiert wurden (vgl. I A.2.2 bis 2.4) und deren Lösungsmöglichkeiten, nämlich die Eckpunkte des Modellprojekts, unter Beteiligung der involvierten Vertreter der Einrichtungen umgesetzt und kontrolliert werden sollen.

Die bisherigen Ausführungen weichen insofern vom Verständnis eines Qualitätszirkels ab, als die Teilnehmer sich auf das von der Universität Oldenburg entwickelte Forschungsdesign einlassen mussten. Allerdings sieht das Forschungsdesign schon ab dem Zeitpunkt der Ausgestaltung des Verbundsystems und damit bereits im Vorfeld der Umsetzung von Veränderungen eine Beteiligung der Modelleinrichtungen vor. Die nachstehenden Merkmale eines Qualitätszirkels sollen verdeutlichen, warum für das Modellprojekt ein Verständnis von und die Orientierung an Qualitätszirkelarbeit gesucht wurde.

Merkmale von Qualitätszirkeln

- hierarchiefreie Gesprächsgruppen,
- Beteiligung von Mitarbeitern eines Arbeitsbereiches (hier: medizinische Rehabilitation von Alkoholabhängigen),
- Treffen in regelmäßigen Abständen,
- Teilnahme auf freiwilliger Basis,
- Diskussion selbstgewählter Probleme des Arbeitsbereiches,
- Anleitung durch geschulten Moderator und mit Hilfe spezieller Problemlösungstechniken,
- Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen sowie deren Umsetzung und Kontrolle.

(vgl. VDR 2000, S. 295 in Anlehnung an Bänfer 1994, S. 37 ff.)

Die vorrangige Aufgabe eines externen Qualitätszirkels, wie ihn das Projekt vorsieht, "ist die sachliche, indikationsorientierte Auseinandersetzung mit Methode, Ziel und Praxis der Rehabilitation." (ebd., S. 323) Im Fokus steht dabei die Verbesserung ambulant-stationärer Rehabilitationsverläufe durch neue Formen der Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Im Rahmen des Niedersächsischen Modellprojekts "Benchmarking" (vgl. Lutter 1997a; ders. 1997b; Böttger 2000) weist Lutter auf Grundsätze für eine erfolgreiche Arbeit in Qualitätszirkeln hin, die auch für das hier beschriebene Vorhaben berücksichtigt werden und deshalb nachstehend aufgeführt sind:

- Rückkoppelung mit Leitung und Träger (Gesamtverantwortung für die Arbeit)
- Bearbeitete Themen müssen für alle beteiligten Einrichtungen relevant sein
- Teilnehmer eines Qualitätszirkels müssen für die gesuchte Problemlösung fachlich kompetent und rechtlich befugt sein (Zielvorgaben, Kompetenzzuschreibungen)
- Die Teilnehmenden passend zum Thema auswählen (mindestens sechs bis höchstens zehn Teilnehmer)
- Einen geeigneten Moderator auswählen
- Selbstverpflichtung "Wir probieren die Lösungsvorschläge aus."

(vgl. Lutter 1997a, S. 17 f.)

Qualitätszirkelarbeit erfolgt moderatorengeleitet (vgl. Lutter 1997a, S. 17; Pepels 1998, S. 137). In dieser Funktion übernimmt die Projektgruppe der Universität Oldenburg die Moderation der Qualitätszirkelsitzungen des Modellprojekts. Grundlagen von Methoden zur Moderation, wie z.B. Schritte eines Moderationszyklus, Erstellen eines Moderationsplanes, werden dabei berücksichtigt (vgl. Seifert 1995; Klebert/Schrader/Straub 1987; Walther/Walther 1998) und im folgenden Gliederungspunkt deutlich gemacht.

11.2 Modalitäten der Zusammenarbeit

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 Modellprojekt festgelegt:

- Die Arbeit im QZ ist für die gesamte Projektlaufzeit angesetzt (evtl. darüber hinausgehend), mit einer Sitzungsfrequenz im Abstand von ca. vier Wochen je drei Stunden.

- Die regelmäßige Teilnahme ist für alle Beteiligten verbindlich. Sollte ein wichtiger Hinderungsgrund vorliegen, muss ein Vertreter der Einrichtung einspringen, der in die QZ-Arbeit eingeführt ist.
- Sollten auftretende Fragestellungen aufgrund der fachlichen Zuständigkeit der/des Teilnehmer(s) nicht beantwortbar sein, hat 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 Teilnehmern wurde darüber hinaus Konsens erzielt, dass Interesse an praxisnahen Lösungen besteht. Dies wird derart verstanden, dass die bei der Umsetzung des Modellvorhabens zu erwartenden Probleme angesprochen und unter Einbeziehung der Positionen sowohl der Leistungsanbieter als auch des Leistungsträgers gelöst und die Lösungen verbindlich umgesetzt werden.

In der Zusammenarbeit im Qualitätszirkel ist zu berücksichtigen, dass das Forschungsdesign bereits eine Ablaufplanung des Modellprojekts enthält, die sich insofern auswirkt, dass Entscheidungen und Ergebnisse der Qualitätszirkelarbeit unter Berücksichtigung der zu Beginn der Zusammenarbeit abgestimmten Zeit- und Ablaufplanung (vgl. Gliederungspunkt I B.9) getroffen und herbeigeführt werden müssen. Dies kann dazu führen, dass es zu einer Vielzahl zu klärender Aspekte im Zusammenhang mit der Implementierung und Durchführung des Modellprojekts kommt, so dass einzelne Sitzungen trotz Prioritätensetzung oder Erhöhung der Sitzungsfrequenz u.U. unter Zeitdruck geraten können.

Die Projektgruppe der Universität Oldenburg übernimmt im Rahmen ihrer Moderatorentätigkeit für die Sitzungen die Vorbereitungen, die Durchführung der Moderation und die Nachbereitung der Sitzungen.

Im Zuge der Vorbereitung einzelner Sitzungen wird eine Tagesordnung erstellt, die sich im wesentlichen aus den vorangegangenen Sitzungen und an die Projektgruppe herangetragenen Themenwünsche der QZ-Teilnehmer ergibt. Die Tagesordnung enthält neben einer inhaltlichen Struktur ein Zeitfenster zum Zwecke der zielgerichteten Bearbeitung der einzelnen Themen.

Beispielhaft findet sich die Tagesordnung der ersten Sitzung in der folgenden Abbildung:





TAGESORDNUNG		
ZEITFENSTER  FÜR DONNERSTAG, 7. SEPTEMBER 2000, 14⁰⁰ BIS 17⁰⁰ UHR		
 Uhrzeit	 Thema	 Veran- staltungs- zeit
14 ⁰⁰ Uhr bis 14 ²⁰ Uhr	TOP 1: Begrüßung durch LVA Oldenburg-Bremen Selbstvorstellung der TeilnehmerInnen des QZ ➤ BS Stadt Oldenburg ➤ BS LK Oldenburg ➤ BS LK Ammerland ➤ BS Cloppenburg ➤ BS Friesland ➤ FK Oldenburger Land ➤ FK St. Marienstift ➤ Uni Oldenburg - AS SAUS	20 Min.
14 ²⁰ Uhr bis 14 ³⁰ Uhr	TOP 2: Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem Abschlussbericht der Studie "Effektivität von Alkoholentwöhnung"	10 Min.
14 ³⁰ Uhr bis 15 ⁰⁰ Uhr	TOP 3: Darstellung des Forschungsdesigns "Evaluation von Alkoholentwöhnungsbehandlungen in Verbundsystemen"	30 Min.
15 ⁰⁰ Uhr bis 15 ¹⁵ Uhr	TOP 4: Die Arbeit im Qualitätszirkel	15 Min.
15 ¹⁵ Uhr bis 15 ³⁰ Uhr	TOP 5: Bildung von Verbundmodellen ➤ Rahmenkonzept EVS: Ein Überblick	60 Min. (15 Min.)
15 ³⁰ Uhr bis 15 ⁴⁵ Uhr	Kaffee-Pause	15 Min.
15 ⁴⁵ Uhr bis 16 ³⁰ Uhr	Fortsetzung TOP 5: Bildung von Verbundmodellen ➤ Rahmenkonzept EVS: Details ➤ Kooperationsstandards	60 Min. (25 Min.) (20 Min.)
16 ³⁰ Uhr bis 16 ⁴⁰ Uhr	TOP 6: Termin für den nächsten Qualitätszirkel ➤ Donnerstag, 28. September 2000 oder 5. Oktober 2000 14⁰⁰ bis 17⁰⁰ Uhr	10 Min.
16 ⁴⁰ Uhr bis 17 ⁰⁰ Uhr	TOP 7: Verschiedenes	20 Min.

Abbildung 21: Muster einer Tagesordnung für die Arbeit im Qualitätszirkel

Die Vorbereitung umfasst die inhaltliche Vorbereitung, das Klären der Zielsetzungen, die methodische Vorbereitung (u.a. erstellen von schriftlichen Vorlagen, Folien), die organisatorische sowie die persönliche Vorbereitung. Die Tagesordnung spiegelt bereits wesentliche Aspekte der Prozesssteuerung (vgl. Seifert 1995, 137 ff.) für die Durchführung einer QZ-Sitzung wider. Durch die damit verbundene Sachstruktur der Arbeit sollen das emotionale Gruppengeschehen geleitet und die emotionalen und sachlichen Phasen in Einklang gebracht werden.

Im Sitzungsverlauf ergeben sich für die Teilnehmer des QZ Aufgaben, die im Verlauf, spätestens jedoch im Protokoll im Rahmen der Nachbereitung in einem Aktionsplan zusammengefasst werden. Die nachstehende Abbildung verdeutlicht das Schema in Anlehnung an Walther/Walther (1998):

Wer?	Nr.	Was?	Wozu?	Wann?
<i>Name der Institution</i>	①	<i>Kurze Aufgabenbeschreibung</i>	<i>Zielperspektive</i>	<i>Terminsetzung</i>
	②			

Abbildung 22: Aktionsplan für die Nachbereitung einer Qualitätszirkel-Sitzung

Diese Form der Zusammenarbeit schafft Verbindlichkeit und eine klare Zielorientierung für angestrebte Veränderungsprozesse. Die Aufgabenzuordnung in der Nachbereitung eines QZ bzw. in der Vorbereitung der nächsten Sitzung führt zur inhaltlichen Vorbereitung bei allen Beteiligten.

In der Nachbereitung wird von der Projektgruppe der Universität Oldenburg ein Sitzungsprotokoll als Ergebnisprotokoll erstellt und an alle QZ-Teilnehmer verschickt. Nachdem mittlerweile alle Einrichtungen über einen Internetzugang verfügen, geschieht dies per E-Mail.

Weiterhin ist die Struktur der QZ dadurch gekennzeichnet, dass in den einzelnen Sitzungen zu Beginn sowohl die Inhalte als auch die Ziele der jeweiligen Treffen vorgestellt werden. Darüber hinaus werden Anmerkungen zum Protokoll der vorherigen Sitzung besprochen und Unklarheiten sowie ggf. Ergänzungen geklärt.

11.3 Konstituierung der teilnehmenden Einrichtungen

Nachdem die Modell- und Kontrolleinrichtungen bestimmt waren (vgl. Gliederungspunkt I B.7.1.1), wurden die Modelleinrichtungen im Zusammenhang einer ersten Information zum Modellprojekt auch über die Implementation eines Qualitätszirkels in Kenntnis gesetzt.

Im September 2000 kam es zur konstituierenden Sitzung der Modelleinrichtungen. Auf der ersten Sitzung wurden die unter Gliederungspunkt I C.11 aufgeführten wesentlichen Elemente der Qualitätszirkelarbeit festgelegt. Diese Elemente sind grundlegend bis zur heutigen Zusammenarbeit.

Bereits zu Beginn der QZ-Arbeit wurde von allen Beteiligten die Bereitschaft zu konstruktiven Veränderungen hervorgehoben. Im Hinblick auf die Frage eines Gewinns für die Einrichtungen im Abgleich mit dem auf die QZ-Arbeit bezogenen Arbeitsaufwand kam es bereits in der ersten QZ-Sitzung bei den Teilnehmern zu Überlegungen hinsichtlich langfristiger Verbesserungen durch Vernetzung.

Es wurde hervorgehoben, dass durch den Informationsaustausch speziell im QZ die Kompetenzen des Einzelnen gesteigert und gemeinsam eine Lösung gefunden werden kann; getreu dem Motto: „Jeder weiß viel, doch gemeinsam wissen wir mehr“. Durch die Teilnahme am Modellprojekt, insbesondere die QZ, besteht für die Kooperationseinrichtungen der LVA Oldenburg-Bremen die Möglichkeit zur konkreten Mitgestaltung der medizinischen Rehabilitation. Dabei ist es Ziel, bei erfolgreichem Modellverlauf die implementierten Veränderungen langfristig auch auf andere Einrichtungen der Region auszudehnen.

Seit der konstituierenden Sitzung des QZ gab es bis Juni 2001 sieben Sitzungen. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Arbeit werden im folgenden Gliederungspunkt vorgestellt.

12 Die wichtigsten Ergebnisse der bisherigen Qualitätszirkelarbeit

12.1 Der Leistungsrahmen: Das "Rahmenkonzept für das Modellprojekt EVS"

12.1.1 Konzeptentwicklung

Ausgangsüberlegung für die Realisierung des Modellprojekts sind die unter Gliederungspunkt I A.3 vorgestellten Kooperationsstandards. Diese beinhalten u.a. Angaben zu Rahmenvereinbarungen, die sich auch auf den Leistungsrahmen beziehen, in dem Verbundarbeit stattfinden soll. Damit wird sowohl für die Leistungsanbieter wie auch für die Leistungsträger eine verbindliche und damit verlässliche Arbeitsgrundlage formuliert.

Diesem Anliegen folgend, entwickelte die Projektgruppe der Universität Oldenburg in Abstimmung mit der LVA Oldenburg-Bremen das "Rahmenkonzept für das Modellprojekt EVS" (vgl. Tielking/Kuß 2000). In den ersten Sitzungen des QZ erfolgte die Konzeptberatung, und Verbesserungsvorschläge der Teilnehmer des QZ wurden eingearbeitet. Das Rahmenkonzept wurde als Arbeitsgrundlage verabschiedet und soll im weiteren Projektverlauf fortgeschrieben werden (vgl. Gliederungspunkt I C.12.1.7). Folgende Eckpunkte sind im Konzept beschrieben:

12.1.2 Ziele

12.1.3 Leistungsrahmen und Antragsverfahren

12.1.4 Zielgruppe

12.1.5 Anforderungen an die Einrichtungen

12.1.6 Qualitätsmanagement

12.1.2 Ziele

Die EVS soll dazu beitragen, individuell unterschiedlichen Problemlagen von Alkoholabhängigen mit entsprechend flexiblen Behandlungsangeboten zu begegnen. Im Verständnis einer adaptiven Indikation (vgl. Bönner 1987; Ebeling 1997; Zemlin 1993; Zielke 1979) soll so angemessen auf Behandlungsbedarfe 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). In dieser Ausrichtung soll eine möglichst optimale Behandlung auf Struktur- und Prozessebene durch verbindliche Kooperationen und koordinierte Maßnahmen zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern erreicht werden.

Die EVS soll die Betroffenen wie auch die Behandler ermutigen, die Möglichkeiten ambulanter Behandlungen stärker zu nutzen, durch die Kombination ambulanter und stationärer Behandlungselemente gleichzeitig aber auch die Sicherheit bieten, im Bedarfsfall kurzfristig in eine stationäre Entwöhnung wechseln zu können. Damit soll einem Teil der Alkoholabhängigen, die bisher stationär behandelt werden mussten, mehr ambulante und frühzeitige Rehabilitation ermöglicht werden. Diesem Anspruch folgend, bedarf es eines entsprechend flexiblen Leistungsrahmens und Antragsverfahrens, die den Leistungsanbietern die angestrebte individuelle Behandlung ermöglichen sollen und dabei die Kosten minimieren.

12.1.3 Leistungsrahmen und das Antragsverfahren

Das Rahmenkonzept wie auch der nachfolgend dargestellte Leistungsrahmen sowie die Beschreibung des Antragsverfahrens orientieren sich an den Gegebenheiten der Modellregion und sind auf dieser Basis entwickelt worden.

Behandlungsverläufe

Behandlungsverläufe in EVS lassen sich idealtypisch wie folgt darstellen:

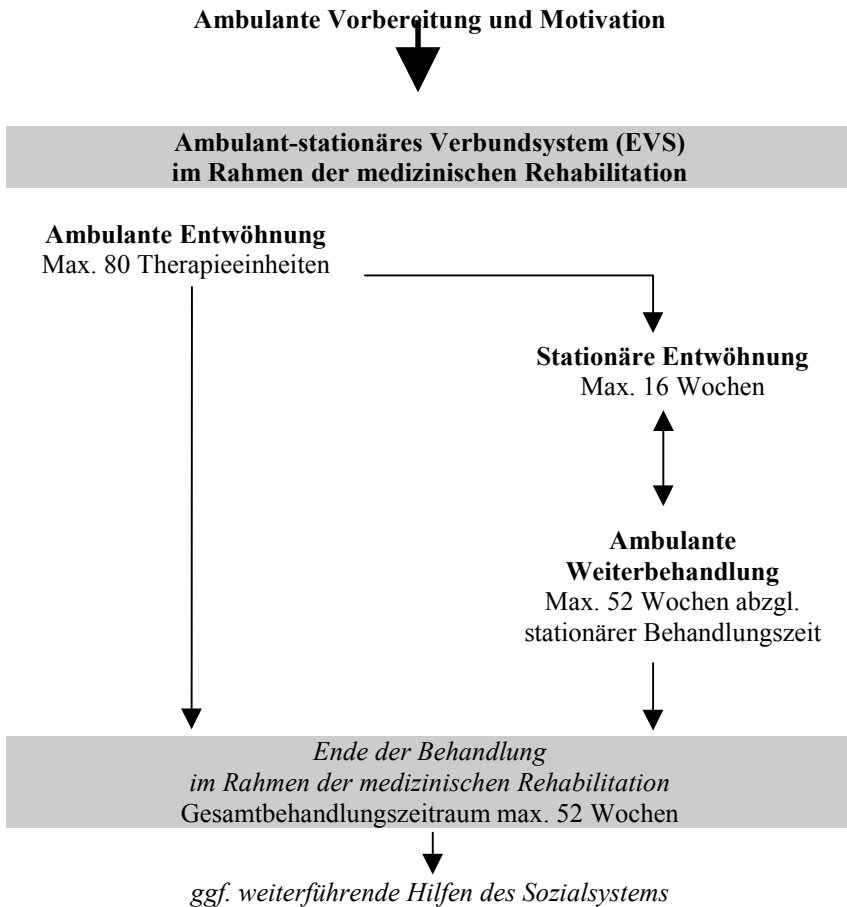


Abbildung 23: Ablaufschema in EVS

Neben rein ambulanten bzw. stationären Behandlungsverläufen besteht die Möglichkeit, kombiniert ambulant-stationäre Behandlungsphasen unterschiedlicher Länge zu nutzen. Der Leistungszeitraum umfasst einheitlich 52

Wochen, lässt hinsichtlich der Behandlungsformen und -maßnahmen allerdings unterschiedliche Varianten zu.

Rechtliche Grundlagen

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

Die gemeinsamen Leitlinien der Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnung bei Abhängigkeitserkrankungen vom 9. März 1995 zeigen die unterschiedlichen Kriterien auf, die für die Bewilligung einer ambulanten oder einer stationären Entwöhnungsbehandlung maßgebend sind.

Zu beachten ist, dass eine ambulante Rehabilitation nicht anstelle einer stationären Rehabilitation erbracht wird und daher andere rechtliche Auswirkungen (z.B. Unfallversicherungsschutz, Übergangsgeld etc.) zu berücksichtigen sind. Der Wechsel von ambulant zu stationär und umgekehrt ist daher nur bei einer Änderung in den Verhältnissen zulässig, die gegenüber dem Leistungsträger dokumentiert werden muss.

Nach dem Gesamtkonzept zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken vom 15. Mai 1985 kann eine ambulante Behandlung im Bedarfsfall durch kurzfristige stationäre Maßnahmen ergänzt werden. Eine ambulante Behandlung kommt auch als Fortsetzung einer vorwiegend kurzfristigen stationären Maßnahme in Betracht.

Die skizzierten rechtlichen Grundlagen sehen somit sowohl einen ambulanten Beginn von Entwöhnungsbehandlungen vor, die im Bedarfsfall durch kurzfristige stationäre Behandlungsphasen ergänzt werden, wie auch einen stationären Beginn der Entwöhnungsbehandlung, der durch ambulante Weiterbehandlung ergänzt wird. Gegenüber dem Leistungsträger sind Verände-

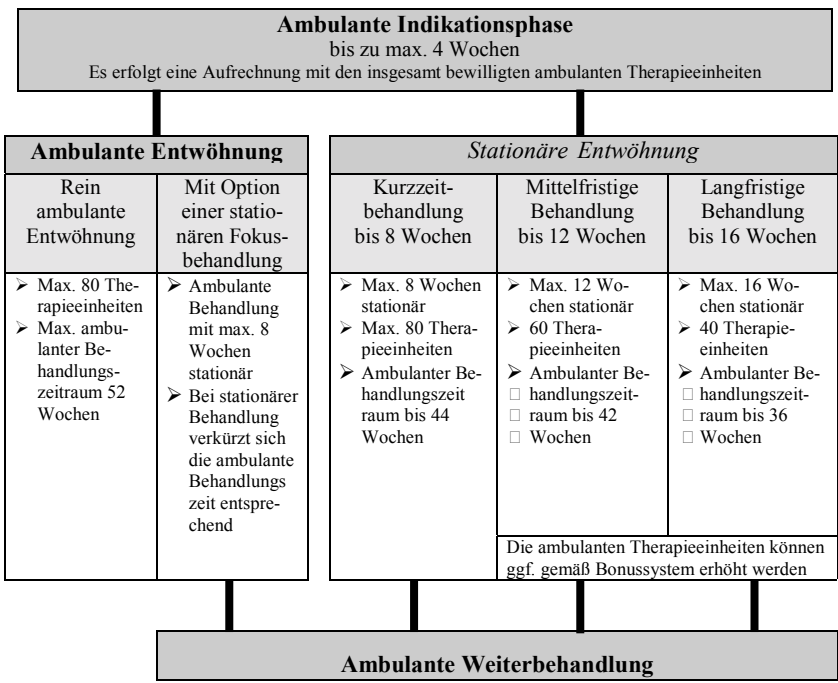
rungen zu dokumentieren. Eine stärkere Inanspruchnahme ambulanter Behandlungsmöglichkeiten ist bei vorhandener Indikation auch aufgrund wirtschaftlicher Gesichtspunkte zu begrüßen.

Eckpunkte des Antragsverfahrens

Für das Antragsverfahren werden folgende Eckpunkte festgelegt:

Art der Bewilligung:	Kostenübernahmeerklärung durch die LVA Oldenburg-Bremen für eine ambulant-stationäre Kombinationsbehandlung
Bewilligungszeitraum:	max. 52 Wochen
Antragsverfahren/ Leistungsumfang: ⁴	<p>Antragstellung und Bewilligung vor Aufnahme der Entwöhnungsbehandlung auf der Basis des Arztberichts und des Sozialberichts.</p> <p>Antragstellung und ggf. Empfehlung der Klinik sowie der stationären Behandlungszeit durch die ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle.</p> <p>Die Bewilligung richtet sich gemäß der Indikation auf fünf mögliche Varianten, zu denen von Seiten der Leistungsanbieter Behandlungsangebote konzeptionell entwickelt werden:</p>

4 Der Leistungsumfang kann bei entsprechender Begründung ausgeweitet werden.



- Der Wechsel der Behandlungsform kann unter Einhaltung des max. Behandlungszeitraumes mehrmals erfolgen.
- Dem Leistungsträger geht vor dem Wechsel der Behandlungsform frühzeitig und unverzüglich eine entsprechende Information zu.

Abbildung 24: Übersicht über die Behandlungsvarianten in der EVS

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

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

Stationäre Behandlungszeit in Wochen	Ambulante Therapie- einheiten	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	0
11	65			+5	+5
10	70			+5	+10
9	75			+5	+15
8	80			+5	+20

Abbildung 25: Bonussystem für die EVS

Um die kurzfristige Inanspruchnahme von stationären 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.

Ambulant-stationäre
Übergabegespräche:

Für Übergabegespräche werden zwei Fahrten à 170,00 DM bewilligt.

Fahrtkosten können extra abgerechnet werden.

Ob der ambulante oder stationäre Leistungsanbieter die Fahrt durchführt, ob liegt den Leistungsanbietern.

Darüber hinaus können weitere Fahrten von den ambulanten Leistungsanbietern durchgeführt und mit den insgesamt bewilligten TE verrechnet werden, d.h. pro Fahrt zwei ambulante TE.

Abrechnung:

Es erfolgt eine leistungsbezogene Abrechnung

Ambulant: ¼-jährlich während der Behandlung

Stationär: Abschlagszahlung, leistungsbezogene Abrechnung am Ende der stationären Entwöhnungsbehandlung

- Übergangsgeld:** Zahlung des Übergangsgeldes an den Versicherten unverzüglich nach Information des Leistungsträgers durch den stationären Leistungsanbieter über den Beginn der stationären Behandlung
- Einstellung der Zahlung des Übergangsgeldes automatisch nach Ende des max. bewilligten Behandlungszeitraumes oder bei vorzeitiger Beendigung der stationären Behandlung.
- Leistungsverlauf:** Die ambulante Behandlung kann alleine oder prä- und poststationär erfolgen.
- Die ambulante Indikationsphase als prästationäre Maßnahme soll der Vorbereitung der stationären Entwöhnung dienen. Inhalt dieser Behandlungsphase sind Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, d.h. der Schwerpunkt liegt nicht in der Motivation der Patienten.
- 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 per Fax beantragt werden, die vom Leistungsträger kurzfristig geprüft und bei Vorlage aller Voraussetzungen sofort bewilligt werden (ebenfalls per Fax), 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 Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Vorrangig sollten die ambulanten Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Dies wird insbesondere

durch das Bonussystem für ambulante Therapieeinheiten bei Verkürzung der stationären Therapiedauer zum Ausdruck gebracht. Grundlage der EVS sind insbesondere die Empfehlungsvereinbarung "Ambulante Reha Sucht (EVARS)" (1996) und die "Gemeinsamen Leitlinien der Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnung bei Abhängigkeitserkrankungen" (1995). Auf dieser Basis stellt die Möglichkeit des Wechsels ambulanter und stationärer 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 zugrundeliegende Antragsverfahren ermöglicht und fördert die LVA Oldenburg-Bremen flexible Behandlungsverläufe, indem sie verwaltungstechnische Abläufe auf ein Minimum reduziert. Gleichzeitig wird den Leistungsanbietern ein hohes Maß an Kompetenz zugeschrieben, was für eine differenzierte Indikationsstellung und Therapiegestaltung unerlässlich ist, will man qualitative und ökonomische Vorteile erzielen.

Weitere Einzelheiten der konkreten Ausgestaltung des Antragsverfahrens sind dem Beitrag von Frau Lampe unter Gliederungspunkt II E. zu entnehmen.

12.1.4 Zielgruppe

Der Leistungsumfang der EVS sieht von einer rein ambulanten Entwöhnung bis hin zur kombinierten ambulant-stationären Behandlung im Bereich der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen verschiedene Varianten vor (siehe I C.12.1.3). Auf die Kriterien der Empfehlungsvereinbarungen und Leitlinien wird ausdrücklich verwiesen. Darüber hinaus sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 9 - 12 SGB VI) zu erfüllen.

12.1.5 Anforderungen an die Einrichtungen

Die ambulanten Einrichtungen müssen die Voraussetzungen der "Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht (EVARS)" erfüllen und für die medizinische Rehabilitation anerkannt sein. Die stationäre Behandlung soll in anerkannten Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängige durchgeführt werden.

Von den ambulanten und stationären Leistungsanbietern müssen gemeinsame Therapiekonzepte vorliegen, aus denen u.a. neben den theoretischen Grundlagen der Behandlung, die ambulanten und stationären Behandlungselemente sowie deren Koordinierung und Einzelheiten der Kooperation hervorgehen. Die Therapiekonzepte sollen die in diesem Rahmenkonzept festgelegten Eckpunkte speziell im Hinblick auf Indikationskriterien und Behandlungssetting für kombinierte Behandlungen differenzieren. In diesem Zusammenhang sind die Funktionen der ambulanten sowie der stationären Behandlung (Initialbehandlung, Krisenintervention, Vertiefung) zu unterscheiden. Hierbei wird betont, dass die EVS grundsätzlich vermehrt ambulante Rehabilitation ermöglichen soll und die Aufgabe der stationären Therapie in der Absicherung der ambulanten Behandlung sieht.

12.1.6 Qualitätsmanagement

Im Rahmen der EVS liegt der Fokus auf einer konzeptionell abgestimmten qualifizierten Kooperation zwischen den Leistungsanbietern. Dazu ist es notwendig, allen Mitarbeitern die Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten und stationären Angebote bewusst zu machen. Die Leistungsanbieter haben sicherzustellen, dass fachliche Qualifikation der Mitarbeiter, Fachberatung und Fortbildungen gegeben sind. Das Modellprojekt EVS beinhaltet zudem die Teilnahme der Modelleinrichtungen an dem unter Gliederungspunkt I C.11 ausführlich vorgestellten Qualitätszirkel.

12.1.7 Diskussion des Rahmenkonzepts und Ansätze zur Fortschreibung

Das Rahmenkonzept EVS wurde unter Berücksichtigung rechtlicher Vorgaben als Vorschlag vorgestellt und durch die Teilnehmer des QZ weiterentwickelt. In der Diskussion des Rahmenkonzepts wurde eine Vielzahl von Aspekten thematisiert, die z.T. bereits in die derzeit aktuelle Version eingeflossen sind bzw. im Laufe des Modellprojekts noch umgesetzt werden müssen. Nachfolgend sind ausgewählte Themen dieser Diskussion zusammengestellt, an denen Neuerungen, die EVS in die medizinische Rehabilitation bringt, deutlich werden:

Zu den Varianten der Behandlungsverläufe:

- Die Vielfalt der Behandlungsvarianten soll nicht in der Hinsicht reduziert werden, dass vorab stets der maximale stationäre Aufenthalt (16 Wochen) beantragt wird. Gleich zu Beginn der Behandlung ist eine differenziertere Zuweisung des Patienten vorzunehmen. Im Sinne des Gesamtbehandlungsziels ist bei der Möglichkeit flexibler Wechsel eine gezielte Absprache der Maßnahmen zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern notwendig, die in einem gemeinsamen Behandlungskonzept verbindlich festgelegt werden.
Zu klären ist u.a.: Was sind gemeinsame Standards? Wer macht wann was? Welche Informationen müssen fließen? (vgl. I C.11.2)
- Eine ambulante Indikationsgruppe wird als Vorlauf für eine stationäre Behandlung eingerichtet.
Die Indikationsgruppe ist als Teil ambulanter Rehabilitation zu verstehen und fällt deshalb in die Kostenzuständigkeit der LVA Oldenburg-Bremen.
- Die stationären Leistungsanbieter müssen aufgrund der drei unterschiedlichen Behandlungszeiträume (8, 12 und 16 Wochen) dementsprechende Behandlungskonzepte entwickeln, die den ambulanten Leistungsanbietern in ihrer vor- und nachbereitenden Rolle vor Augen sein müssen. Das setzt eine intime Kenntnis der Arbeitsweisen der Einrichtungen und die Machbarkeit beim Patienten voraus.

- Auch dem Patienten müssen die Vorteile der möglichen Gesamtbehandlungsverläufe transparent gemacht werden: z.B. der Aspekt von "Sicherheit", bei rein ambulanter Rehabilitation kurzfristig eine stationäre Phase beanspruchen zu können.
- Bei der im Modell vorgesehenen Möglichkeit flexibler Wechsel der Behandlungsform stellt sich für die Fachkliniken die Problematik, einerseits hundert Prozent Belegung fahren zu sollen und andererseits Kapazitäten für kurzfristige Überweisungen freizuhalten.
- Es wirft sich die Frage auf, bei welcher Einrichtung die Behandlungsplanung und -lenkung (Stichwort: Case Manager oder Fall-Begleiter) liegen soll.
Für das Modellprojekt wurde diese Funktion den ambulanten Leistungsanbietern zugeschrieben. Ein wesentlicher Grund dafür ist das Ziel, die Reha-Maßnahme i.d.R. ambulant beginnen und enden zu lassen.
- Die Praxis zeigt, dass die Schnittstellen im Rehabilitationsverlauf die Schwachstellen sind.
Es ist empfehlenswert, Übergabegespräche mit dem stationären und ambulanten Therapeuten sowie dem Klienten/Patienten zu führen.
Ob die Übergabegespräche in der ambulanten oder der stationären Einrichtung stattfinden, klären die Leistungsanbieter untereinander.

Zum Bonussystem:

- Es wurde aus der praktischen Erfahrung heraus angemerkt, dass bei rein ambulanten Verläufen ein Jahr Behandlungszeitraum nicht ausreichend ist, sondern 18 Monate.
- Der Bonus für die Kliniken ist in diesem Modell weniger ersichtlich. Es muss geklärt werden, wie man zu dem modellbedingten höheren Durchlauf und dem damit verbundenen Aufwand aufgrund verkürzter stationärer Behandlungszeiten einen Ausgleich schafft.

Allerdings halten auch die Kliniken durch das Modellprojekt eine deutliche Vereinfachung des Verwaltungsverfahrens für realisierbar, so dass sie von Zeit- und damit Kostenersparnis profitieren können.

- Aufgrund der größeren Bettenzahl erscheint der FK St. Marienstift eine flexible Handhabung, die EVS mit sich bringt, bei kurzfristigen ambulant-stationären Wechseln im Modellvorhaben möglich.
- Für die FK Oldenburger Land wurde vereinbart, dass vier Überhangbetten von Seiten der LVA bis zu vier Wochen toleriert werden, die tatsächliche Inanspruchnahme im Verlauf des Projekts der Überprüfung bedarf, um die Organisation ggf. zu ändern.

Zu den ambulant-stationären Übergabegesprächen

- Die Pauschale von 170,00 DM für Übergabegespräche wird auch bei erhöhtem Zeitaufwand durch längere Fahrten nicht erhöht, da zum einen eine Mittelung durch häufig kürzere Anfahrtszeiten zu erwarten ist (für die ebenfalls 170,00 DM erstattet werden), zum anderen ansonsten ein Ungleichgewicht zu den Tagessätzen der Kliniken entstehen würde.
- Mehrpersonenfahrten (z.B. bei einem „Gesamtaufnahmetag“ in der Klinik) sind grundsätzlich möglich; die Pauschalen könnten dann patientenbezogen, die Fahrtkosten einmal abgerechnet werden.
- Die neu eingeführte Pauschale trägt dem Kooperationsvorhaben Rechnung; im Verlauf des Modellprojekts wird sich herausstellen, ob und inwieweit hier eine Weiterentwicklung nötig und möglich ist. Dazu scheint es sinnvoll, die aufgewendete Zeit für diesen Kooperationsbereich zu ermitteln.
- Die Fahrten können je nach Absprache sowohl von ambulanten als auch stationären Leistungsanbietern durchgeführt werden. Die Kostenerstattung erfolgt direkt über die entsprechende Einrichtung.

- Die Dokumentation des Übergabegesprächs erfolgt von Seiten der die Behandlung weiterführenden Einrichtung.
- Bei weiteren Wechseln der Behandlungsform können Fahrten zu Übergabegesprächen notwendig und sinnvoll sein; diese können dann mit den insgesamt bewilligten Therapieeinheiten verrechnet werden, d.h. pro Fahrt zwei ambulante Therapieeinheiten.
- Die ambulante Einrichtung dokumentiert die in Anspruch genommenen Therapieeinheiten.

Zur Dokumentation/zum Berichtswesen: (vgl. I C.12.4)

- Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Trennung von ambulanter und stationärer Rehabilitation müssen bei einer Kostenzusage für kombinierte Behandlungen die Voraussetzungen, die zu einem Wechsel führen, dokumentiert werden.
- Aufgrund des ambulant-stationär-ambulanten Behandlungsverlaufs ist auch das Berichtswesen zu verzahnen:
Eingangs- und Abschlussdiagnostik sollten abgestimmt und weitergereicht werden; die Berichte sind in den jeweiligen Einrichtungen fortzuschreiben.
Langfristiges Ziel ist, Doppelarbeiten abzubauen und Transparenz über die bereits erfolgten Behandlungsschritte herzustellen, damit nahtlos weiterbehandelt werden kann.
- Das Berichtswesen soll sich an bewährten Informationsträgern und den Vorgaben des VDR orientieren, aber auch Möglichkeiten der Weiterentwicklung prüfen.

Die aufgeführten Diskussionspunkte verdeutlichen Besonderheiten des Modellprojekts EVS. Die Thematik der Diagnostik und Dokumentation spielt dabei eine besondere Rolle und wird deshalb unter Gliederungspunkt I C.12.4 näher erläutert. Darüber hinaus sind für die Weiterentwicklung der Grundlagen des Verbundsystems weitere Themen unter Gliederungspunkt I C.12.5 zusammengestellt, um einen Überblick über zukünftig bedeutsame Themen der QZ-Arbeit zu geben.

12.2 Das gemeinsame Behandlungskonzept der ambulanten und stationären Leistungsanbieter⁵

12.2.1 Grundlage einer abgestimmten ambulanten-stationären Behandlung

Jede einzelne Rehabilitationseinrichtung legt ihrer Arbeit ein einrichtungsspezifisches Therapiekonzept zu Grunde. Dieses ist wesentlicher Informationsträger für die an der Rehabilitation Beteiligten und soll für die Transparenz rehabilitativer Leistungen sorgen. Hinsichtlich der Funktion, die die Einrichtungen, aber auch die Leistungsträger den schriftlichen Behandlungskonzepten zuweisen, können formale und inhaltliche Anforderungen bestimmt werden:

1. Therapiekonzepte beschreiben als verbindliche Arbeitsgrundlage in der täglichen Arbeit für die Behandlungsteams das Selbstverständnis der Einrichtung und die Behandlungsbasis.
2. Therapiekonzepte informieren Leistungsträger über Behandlungsmöglichkeiten und -grenzen und dienen als Entscheidungsgrundlage für die Inanspruchnahme einer Einrichtung.
3. Therapiekonzepte haben eine orientierende und strukturierende Funktion für Patienten/Klienten einer Rehabilitationseinrichtung.

(vgl. Kulick 1995, S. 220 f.)

5 Das therapeutische Gesamtkonzept wurde nach einer Gliederung der Universität Oldenburg von den teilnehmenden Modelleinrichtungen inhaltlich erarbeitet. Die Universität Oldenburg hat nach Vorlage der Teilkonzepte die redaktionelle Überarbeitung vorgenommen. Im Projektverlauf ist eine regelmäßige Fortschreibung des Gesamtkonzepts vorgehen.

Insbesondere der erstgenannte Punkt weist auf die Notwendigkeit hin, auch in einem Verbundsystem eine gemeinsame, einrichtungübergreifende therapeutische Arbeitsgrundlage zu formulieren. Dadurch kann eine einheitliche Behandlungsbasis in der Form beschrieben werden, dass die z.T. unterschiedlichen Behandlungsansätze und theoretischen Bezugssysteme der einzelnen Einrichtungen nachvollziehbar vorgestellt und die für eine "nahtlose" Weiterbehandlung bedeutsamen Anknüpfungspunkte abgestimmt werden. Diesem Anliegen folgend wurde für EVS ein therapeutisches Gesamtkonzept formuliert, das zur Zeit im zweiten Entwurf vorliegt. Nachfolgend werden wesentliche Elemente des Konzepts vorgestellt.

12.2.2 Die Struktur des Behandlungskonzepts

Unter Berücksichtigung des Rahmenkonzepts für EVS (vgl. Gliederungspunkt I C.12.1) und aktueller Anforderungen an Therapiekonzepte (vgl. Kulick 1995; VDR 1995) wurde das einrichtungs- und trägerübergreifende Behandlungskonzept erstellt. Es enthält folgende Hauptstruktur, die weiter untergliedert wurde:

- 1 Die Versorgungssituation der Modellregion
- 2 Zielgruppe
- 3 Theoretische Grundlagen der Behandlung
- 4 Ambulante und stationäre Therapieziele
- 5 Profile der kooperierenden Einrichtungen
- 6 Ambulante und stationäre Behandlungsangebote im Rahmen der medizinischen Rehabilitation unter Berücksichtigung individueller Therapiezeiten
- 7 Behandlungsverläufe im Rahmen der Kooperation unter Berücksichtigung ambulanten-stationärer Aufgabenteilung
- 8 Information der Patienten/Klienten
- 9 Kooperation der Einrichtungen
- 10 Antragsverfahren und Dokumentation gegenüber dem Leistungsträger

Abbildung 26: Struktur des therapeutischen Gesamtkonzepts EVS

Die Ausführungen des Konzeptes beschreiben in jedem Gliederungspunkt zunächst die Gemeinsamkeiten der beteiligten Einrichtungen. Gleichzeitig ist es von Bedeutung, Besonderheiten einzelner Einrichtungen in einem Gesamtkonzept nicht zu verlieren, sondern entsprechend abzubilden. Diesem

Anliegen folgend, werden zu jedem Thema entsprechende Spezifika einzelner Einrichtungen herausgestellt.

Die Versorgungssituation der Modellregion und die Profile der kooperierenden Einrichtungen wurden bereits in Gliederungspunkt I C.10 vorgestellt. Die übrigen Punkte werden im folgenden vollständig oder in Auszügen zur Verdeutlichung der Inhalte des Gesamtkonzeptes ausgeführt.

12.2.3 Zielgruppe

Die Angebote des therapeutischen Konzepts richten sich auf die Zielgruppe der Alkoholabhängigen (ICD-10), die bei der LVA Oldenburg-Bremen versichert sind und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen.

Es geht um die medizinische Rehabilitation alkoholkranker Menschen in der Region Oldenburg. Das wesentliche Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung bzw. Erhaltung des Leistungsvermögens (Erwerbsfähigkeit). In das Modellprojekt EVS werden Klienten/Patienten aufgenommen, die freiwillig zur Behandlung kommen und keine Altersrentner sind. Ambulant gibt es keine Altersbegrenzung (ausser Beratungsstelle Friesland: Klienten ab 18 Jahre), stationär werden Patienten, die über 18 Jahre alt sind aufgenommen. Die Behandlung soll primär aufgrund von Alkoholabhängigkeit erfolgen (d.h. Mehrfachabhängigkeit ist kein Ausschlusskriterium). Darüber hinaus werden Patienten mit leichtgradigem hirnorganischen Psychosyndrom aufgenommen.

Hinsichtlich der Unterscheidung der Zielgruppen für ambulante und stationäre Therapie wird den Gemeinsamen Leitlinien der Kranken- und Rentenversicherungsträger (1995) gefolgt.

Nicht behandelt im Modell werden Patienten/Klienten mit Kontraindikationen wie:

- hirnorganische Störungen oder sonstige schwerwiegende Einschränkungen der intellektuellen Fähigkeiten
- dekompenzierte psychotische Erkrankung, akute Psychosen

- akute Erkrankungen schwerwiegender Art (z.B. Pankreatitis, Leberzirrhose)
- primäre Abhängigkeit von illegalen Drogen
- aktuelle Suizidgefahr
- Patienten/Klienten mit unzureichenden deutschen Sprachkenntnissen

Die Zielgruppe richtet sich ausserdem nach den Behandlungsvoraussetzungen und -angeboten der einzelnen Einrichtungen:

- Die Fachklinik St. Marienstift behandelt ausschließlich alkohol- und medikamentenabhängige Männer.
- Die Fachklinik Oldenburger Land Abteilung "To Hus" hält spezielle Angebote für höhergradig gestörte Suchtkranke, Suchtkranke mit Einschränkungen der intellektuellen Fähigkeiten und/oder mit besonderen Störungen im Kontakt- und Kommunikationsbereich bereit. Die Abteilung für Hörgeschädigte bietet diesem Personenkreis entsprechende Angebote. Die Abteilung "Ofener Straße 20" behandelt mittelgradig gestörte Suchtkranke.

Die ambulanten Einrichtungen bieten neben der medizinischen Rehabilitation qualifizierte fachliche Hilfen bei Problemen mit Alkohol sowie z.T. auch bei anderen stoffgebundenen Suchtmitteln und nicht-stoffgebundenem Suchtverhalten an. Gemäß der Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht (1996) richtet sich das Gesamtangebot der Einrichtungen auf folgende Zielgruppen:

- Gefährdete
- Betroffene
- Angehörige
- Bezugspersonen aus dem weiteren sozialen Umfeld

12.2.4 Theoretische Grundlagen der Behandlung

In der Behandlung von Suchtkranken existieren verschiedene theoretische Modelle zur Ätiologie und zur Behandlung. Zwei therapeutische Grundausrichtungen werden von den Leistungsträgern anerkannt; das sind die psychoanalytischen und die verhaltenstherapeutischen Modelle. Gemeinsam ist den Modellen, dass sie die der Suchterkrankung zugrundeliegenden Ursachen wie auch Möglichkeiten der Intervention umfassend beschreiben. Dabei unterscheiden sie sich in ihrer Sprache, im Modell der Störung sowie in den Strategien der Intervention.

In der Praxis werden die beiden theoretischen Grundausrichtungen durch die Integration weiterer Ansätze (z.B. systemische Ansätze) ergänzt. Alle behandelnden Einrichtungen verfolgen einen multifaktoriellen Ansatz zur Erklärung des Phänomens Sucht. Dies führt in der Behandlung zur Integration verschiedener therapeutischer Methoden und mündet in interdisziplinäre Zusammenarbeit.

In der Zusammenarbeit der Einrichtungen im Verbundsystem bedarf es der Darstellung des jeweiligen theoretischen Bezugssystems wie auch der Vorstellungen über das Ineinandergreifen der unterschiedlichen Ausrichtungen. Aus Platzgründen werden die differenzierten Ausführungen der einzelnen Einrichtungen an dieser Stelle jedoch nicht weiterverfolgt.

12.2.5 Ambulante und stationäre Therapieziele

Gemeinsame Therapieziele

Ziel der Rehabilitationsangebote für Alkoholabhängige ist es, die Patienten möglichst frühzeitig zu erreichen, d.h. zu einem Zeitpunkt, bevor schwerwiegende gesundheitliche und soziale Folgen sowie schwerwiegende Folgen im Beziehungsbereich eingetreten sind. Ziel der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation ist gemäß § 9 Sozialgesetzbuch VI die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die berufliche Reintegration. Eng damit verbunden sind die therapeutischen Ziele der Leistungsanbieter, die den Klienten/Patienten helfen sollen, ihre psychische und physische Gesundheit wiederzuerlangen und die soziale Integration zu fördern und zu festigen. Als wesentliche Voraussetzung wird dabei das Erreichen bzw. Stabilisieren der Suchtmittelabstinenz gesehen.

Alle Hilfsangebote stehen unter dem Hauptziel: "Hilfe zur Selbsthilfe". Inhalt und Ziel der Hilfe ist die körperliche und psychische, möglichst symptom- und beschwerdefreie Persönlichkeit in sozialer Selbständigkeit. Neben den aufgeführten gibt es weitere übergreifende Behandlungsziele für alle Patienten/Klienten. Die therapeutische Arbeit orientiert sich an den individuellen Therapiezielen, die die übergeordneten Ziele konkretisiert und im Behandlungsprozess fortschreibt. Neben den übergeordneten Therapiezielen sind für den Rehabilitationsprozess folgende psychotherapeutische Zielsetzungen zu nennen:

Nachreifung/Persönlichkeitsentwicklung

- Bearbeitung und Thematisierung der psychischen Problematik, insbesondere Stärkung der Frustrationstoleranz, adäquater Umgang mit Aggressionen, Umgang mit depressiven Phasen
- Lernen, Grenzen anzuerkennen und Leistungsanforderungen an sich zu stellen
- Erarbeitung und Vertiefung einer rationalen wie emotionalen Krankheitseinsicht und der Akzeptanz einer lebensnotwendigen Suchtmittelabstinenz
- Erarbeitung eines zusammenhängenden Identitätsbildes, Steigerung des Selbstwertgefühls und der Autonomie
- Klärung verschiedener sozialer Fragen und Entwicklung von Perspektiven nach Beendigung der Therapie
- Aufarbeitung der Zunahme innerer Spannungen bei Rückfall in alte Verhaltensweisen
- Aufarbeitung des biographischen Hintergrundes und Verarbeitung langjähriger Kränkungen
- Einstellen auf den neuen Lebensabschnitt
- Suchtstrukturen erkennen und bearbeiten und in den Lebenszusammenhang setzen können
- Orientierung und Unterstützung in der Gestaltung des Lebensalltags
- Bearbeitung von Scham- und Schuldgefühlen
- Verarbeitung von Gewalt- und Missbrauchserfahrungen

Berufliche Situation

- Bearbeitung und Thematisierung der sozialen und beruflichen Situation
- Integration ins Arbeitsleben
- Konkretisierung und Umsetzung von beruflichen Zielsetzungen
- Berufliche Neuorientierung vor einem abstinenten Lebenshintergrund
- Realistische Schuldenregulierung

Beziehungsziele/soziales Umfeld

- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- Entwicklung von Konfliktfähigkeit und sozial angemessenen Konfliktlösungsstrategien
- Bearbeitung der Kontakt- und Beziehungsschwierigkeiten über das Erleben und Zulassen emotionaler Inhalte
- Auseinandersetzung mit der Partnerschaftsdynamik
- Klärung von abhängigen Beziehungsstrukturen
- Thematisierung und Veränderung der Kontaktproblematik und Selbstisolation
- Aufbau eines tragfähigen sozialen Netzes
- Aufarbeitung der Familienstruktur in Zusammenhang mit der Suchtmittelabhängigkeit

Körperliche Befindlichkeit

- Gesundheitsbewusstes und -verantwortliches Handeln
- Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit
- Mit körperlichen Einschränkungen bzw. Behinderungen leben lernen
- Verbesserung von Entspannungs- und Wahrnehmungsfähigkeit, Stressbewältigung

Die jeweils individuell formulierten Therapieziele richten sich nach der Indikationsstellung für die ambulante und/oder stationäre Rehabilitation. Sie

werden abgestimmt auf die Dauer der Suchterkrankung, Persönlichkeitsdefizite bzw. vorhandene Ressourcen wie Einbindung in den sozialen Kontext und Arbeitsfähigkeit. Zentraler Inhalt ist die Erarbeitung einer neuen sucht-mittelfreien Gesamtperspektive und Entwicklung von Kohärenzgefühlen.

Wurden bisher die gemeinsamen Ziele für den ambulanten und stationären Rehabilitationsprozess dargestellt, wird nachfolgend eine Zuordnung auf die einzelnen Behandlungsphasen vorgenommen, die sich gemäß der Behandlungsvarianten des Modellprojekts in die rein ambulante Rehabilitation, die ambulante Indikationsphase (prästationär), die stationäre Therapie und die poststationäre Weiterbehandlung unterteilen. Bei der Zuordnung kann es sich selbstverständlich lediglich um eine Schwerpunktsetzung handeln, da eine klare Abgrenzung in der Praxis nicht realistisch wäre.

Ambulante Therapieziele

Ziel ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen mit Abhängigkeitskranken ist die Entwicklung einer Persönlichkeit, die diese befähigt, ihr Leben unabhängig und selbständig in Eigenverantwortung zu führen. Aufgrund dieses Selbstverständnisses und der Zielsetzung wird der Abhängige nicht als Patient/Klient im klassischen Sinn gesehen, sondern als Mensch, der aktiv und selbstverantwortlich an seiner Genesung mitarbeitet.

Eine Bedingung dafür ist das Herstellen und Aufrechterhalten einer Beziehung zwischen Patient/Klient und Therapeut, die gekennzeichnet ist durch Respekt, Interesse, Engagement, Vertrauen und gegenseitiger Wertschätzung. Die Beziehung erst schafft die grundlegende Voraussetzung für die gemeinsame Arbeit. Eine weitere Voraussetzung für die Realisierung einer solchen Beziehung im Hinblick auf die o.g. Ziele ist und bleibt die Abstinenz.

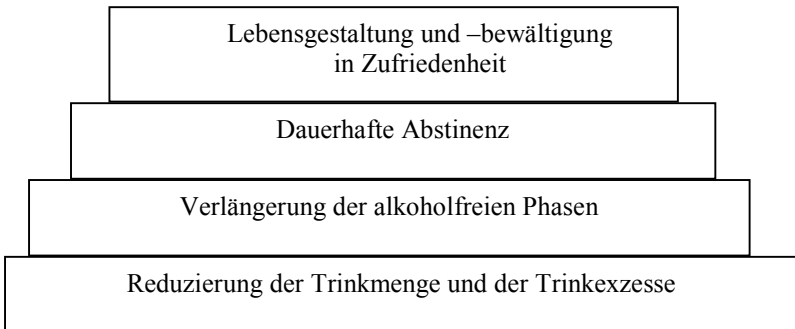
Ohne sie hat der Abhängigkeitskranke keine Möglichkeit, aus seiner Krankheit im Sinne des Abbaus der Abhängigkeit herauszufinden.

Grundsätzlich gilt für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen mit Alkoholabhängigen, dass die Integration in ein soziales Umfeld als eine der wichtigsten Aufgaben erscheint, die eine Beratungsstelle zu leisten hat.

Die individuellen Ziele jedes einzelnen Patienten/Klienten werden zu Beginn der ambulanten Behandlung gemeinsam erarbeitet und schriftlich festgehalten. Durch das therapeutische Vorgehen soll den Patienten/Klienten ermöglicht werden, sich soweit mit den Therapiezielen zu identifizieren, dass er sie zu seinen eigenen macht. Eine Überprüfung erfolgt in festgelegten Abständen (mindestens alle sechs Monate bzw. zum Ende einer Behandlungsphase).

Die Zielsetzung therapeutischer Arbeit muss sich am Schädigungsgrad des Betroffenen sowie an seinem realen individuellen und geschlechtsspezifischen Möglichkeiten und Besonderheiten richten. Daraus entsteht eine dynamische Zielhierarchie. Die elementare Basisstufe dieser Hierarchie ist die Sicherung des Überlebens. Hier besteht die Aufgabe ambulanter Beratungs- und Motivationsgespräche darin, einem Menschen in solch einer Situation möglichst schnell und effektiv in eine Entgiftungsbehandlung und anschließend, ohne Zeitverzögerung, in eine ambulante und/oder stationäre Alkoholentwöhnungstherapie zu vermitteln.

Für die ambulant-therapeutische Arbeit sind danach folgende Zielstufen relevant:



(in veränderter Form aus Körkel/Kruse 1994)

Grundlage zum Erreichen dieser Ziele ist eine kognitiv und emotional verankerte Krankheitseinsicht. Die Therapie fokussiert auf ...

- Verstehenshilfen
- in den Bereichen: Aktualbedingungen von Konflikten/Biografischer Hintergrund der Konflikte/ Bisherige Bewältigungsformen.
- Orientierungsaufbau,
- alte gewohnte Orientierungen müssen kritisch überprüft werden, neue werden aufgebaut.
- Konkrete Bewältigungsschritte:
- Überprüfen alter, fehlgeschlagener Bewältigungsmuster von Konflikten/Aufbau von verändertem Bewältigungsverhalten.

Im Zusammenhang mit stationären Behandlungsphasen sind auf prä- und poststationäre Maßnahmen folgende Schwerpunkte in den Therapiezielen zu setzen.

Indikationsphase (stationäre Vorlaufphase)

Im Mittelpunkt der Indikationsphase steht die intensive Vorbereitung der Klienten auf die stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlung.

Teilziele dieser Behandlungsphase können sein ...

- Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses für die Behandlung
- Vermittlung von Informationen/Wissen zur Suchterkrankung
- Klärung von Fremd- und Eigenmotivation als Behandlungsgrundlage
- Vorbereitung auf Inhalte und Regeln der stationären Therapie
- Klärung der finanziellen Versorgungssituation des Klienten/Patienten
- Abbruchprophylaxe (Aufbau von alternativen Bewältigungsstrategien in Abbruchsituationen)
- Unterstützung bei noch zu klärenden Problemen, z.B. im beruflichen Bereich.
„Nicht erledigte Probleme“ bei Therapiebeginn in der Fachklinik (z.B. Schulden, Konflikte im Arbeitsbereich, noch zu erwartende Strafver-

fahren) behindern ein Einlassen auf die stationäre Therapie bzw. können Abbruchindikatoren werden.

- Abschied von Familie/Partnerschaft
- Erste Formulierung von eigenen Therapiezielen
- Erste Erarbeitung der Ressourcen und Probleme
- Vertiefung der Krankheitseinsicht/Behandlungsmotivation
- Vorbereitung auf Begleitung in die Fachklinik/„Übergabe“

Ambulante Behandlung und Weiterbehandlung

In der ambulanten (Weiter-)Behandlung wird ein Angebot von 1x pro Woche Einzel- und Gruppentherapie oder ein indikationsgerechtes Setting pro Woche vorgehalten, was auch ein höherfrequentiertes Angebot bedeuten kann.

Hauptziele der ambulanten Behandlung nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung sind ...

- Aktualisierung der in der Klinik erarbeiteten Ziele für das Leben im häuslichen Umfeld
- Hilfen zum "Wieder-Fuß-fassen" im Alltag
- Hilfen beim Aufbau oder der Fortführung der Berufstätigkeit
- Absichern einer dauerhaften zufriedenen Abstinenz

Stationäre Therapieziele

Die stationäre Entwöhnungsbehandlung erfolgt im Modellprojekt grundsätzlich in Kombination mit ambulanter Rehabilitation.

Hinsichtlich der Therapieziele ergibt sich eine veränderte Schwerpunktsetzung zu ambulanten Therapiezielen schon aus der Zielgruppe einer stationären Entwöhnung, die in den Kriterien der "Gemeinsamen Leitlinien der Kranken- und Rentenversicherungsträger" (1995) ihren Ausdruck finden.

An den bereits oben aufgeführten gemeinsamen Therapiezielen kann unter stationären Rahmenbedingungen anders gearbeitet werden. Dies wird u.a. deutlich am breiteren Spektrum der stationären Behandlungsmöglichkeiten, dem Aufenthalt im therapeutischen Klima rund um die Uhr in der Klinik, der durch eine intensivere Behandlung verbesserten Möglichkeit, neue Sichtweisen zu entwickeln und der Betrachtung der Problematik des Patienten in anderer Umgebung. Auch bei arbeitslosen Patienten, besonders bei Langzeitarbeitslosen, sind arbeitstherapeutische Inhalte unterschiedlicher Anforderungsprofile, wie sie im stationären Setting angeboten werden, gerade im Hinblick auf eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben unverzichtbar, da sie dem Ziel folgen, die Patienten zu befähigen, im Arbeitsfeld wieder Fuß zu fassen und erfolgreich tätig zu sein.

12.2.6 Ambulante und stationäre Behandlungsangebote im Rahmen der medizinischen Rehabilitation unter Berücksichtigung individueller Therapiezeiten

Merkmale der Behandlung

Die medizinische Rehabilitation ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet, die sich in den einzelnen Behandlungsangeboten widerspiegeln:

- Beginn und Ende der Maßnahme sind festgelegt.
- Es wird eine definierte Anamnese erstellt.
- Dem folgt eine Indikationsstellung für eine ambulante, eine stationäre oder eine kombinierte Behandlung.
- Der Diagnose schließt sich die Planung der Therapie an.
- Ein Therapievertrag wird geschlossen.
- Im ambulanten wie auch im stationären Setting wird Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt.
- Weitere Behandlungsangebote der ambulanten Einrichtungen sind Paartherapie, Familientherapie und begleitende Maßnahmen (z.B. Einbeziehung des Arbeitgebers). Es werden auch spezielle Indikationsgruppen, körperorientierte Verfahren im Rahmen der Gesundheitsförderung (z.B. Entspannungsverfahren) und soziale Beratung angeboten.

- Im stationären Setting werden darüber hinaus Bausteine aus den Bereichen Gestaltungs- und Kunsttherapie, Arbeitstherapie, physikalische Therapie, Sport- und Bewegungstherapie, autogenes Training, progressive Relaxation nach Jacobson, spezifische Indikationsgruppen (u.a. geschlechtsspezifische Gruppe, Maßnahmen zur beruflichen Reintegration, Nichtrauchertraining) u.a.m. angeboten.
- Es finden verschiedene therapeutische Verfahren Anwendung.

Im ambulant-stationären Behandlungsverbund sollen Behandlungsform und Behandlungsdauer theoriegeleitet bestimmt werden. Aber auch eine Reihe anderer Bedingungen und Faktoren haben einen Einfluss auf Behandlungsform und -dauer, wie Motivation, Wünsche, soziale Situation des Patienten/Klienten, Therapiefortschritte etc. Das jeweilige Behandlungsangebot wird deshalb individuell ausgerichtet und je nach Möglichkeiten und spezifischem Störungsbild der Patienten/Klienten in Absprache mit dem Leistungsträger abgestimmt.

Im Hinblick auf die Bedeutung des sozialen Umfeldes stellt ein wichtiges Element der medizinischen Rehabilitation die Angehörigenarbeit dar. Die Leistungsanbieter sehen in der "Empfehlungsvereinbarung Ambulante Reha Sucht" (1996) hierfür derzeit zwölf ambulante Therapieeinheiten vor, auf die auch bei bestehender Indikation im Rahmen von EVS zurückgegriffen werden soll.

Im ambulanten Bereich wird die ärztliche Versorgung durch einen Facharzt (Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin) übernommen. Stationär ist ein fachärztlicher Versorgungsstandard sichergestellt. Unterstützt wird die ärztliche Versorgung durch in der Suchtkrankenhilfe erfahrenes Pflegepersonal (im stationären Bereich), aber auch durch Physiotherapie, Sporttherapie, Gesundheitserziehung, Ernährungsberatung etc.

a) Ambulante Behandlungsangebote

Beratungs- und Behandlungsverlauf

Im Rahmen der institutionellen Versorgung bieten die Beratungs- und Behandlungsstellen jedem Ratsuchenden einen Erstkontakt an. Die Beratungs-/ Motivationsphase kann auch mehrere Kontakte umfassen. Wenn eine Indikation für eine Suchtbehandlung als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation besteht, schliessen sich weitere Gesprächstermine im Rahmen der Beratungs- und Motivationsphase an, in denen u.a. der Antrag an den Leistungsträger gestellt wird.

Nach der Diagnostik (Anamnese, Erhebung der psychologischen, medizinischen, psychopathologischen und psychosozialen Befunde) erfolgt in einer Fallbesprechung die Therapieplanung mit einer Verteilung der ambulanten und stationären Behandlungsanteile. In dieser Fallbesprechung wird ein verantwortlicher Bezugstherapeut bestimmt. Dieser übernimmt auch das formelle Antragsverfahren und das weiterführende Case-Management. Ist eine stationäre Therapiephase geplant, nimmt der Bezugstherapeut Kontakt mit den behandelnden Therapeuten der Klinik auf.

In den Fällen, bei denen bereits in der Beratungsphase deutlich wird, dass zunächst eine stationäre Maßnahme erforderlich wird, erfolgt eine ausführliche Diagnostik in der stationären Einrichtung. Die Zuweisung erfolgt dann mit den üblichen Unterlagen des Sozialberichtes.

Während und zum Abschluss der stationären Behandlung nimmt der Bezugstherapeut der stationären Einrichtung Kontakt mit dem Bezugstherapeuten der ambulanten Einrichtung auf. Diese Vorbereitungs- bzw. Übergabegespräche können mit oder ohne Beisein des Patienten erfolgen.

Die weiter behandelnde Stelle erhält die jeweiligen Befundberichte und Berichte über den therapeutischen Behandlungsverlauf.

Die Aufnahme in das jeweils geplante therapeutische Setting sollte möglichst umgehend erfolgen, d.h. in der Regel innerhalb von 14 Tagen.

Ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit kann durchgeführt werden:

- als Erstmaßnahme bei einem nicht langfristigen bisherigen Suchtverlauf,
- als Weiterbehandlung an eine stationäre Behandlung, um noch offenstehende therapeutische Problemstellungen abzuschließen, bzw. eine weitergehende Festigung und Stabilisierung des stationären Behandlungserfolges in den Lebensalltag umzusetzen oder
- als Auffangbehandlung für therapieerfahrene Klienten in Krisensituationen oder nach Rückfällen.

Über diese allgemeinen Zweckbestimmungen der ambulanten Rehabilitation hinaus werden die dafür offenstehenden Klientengruppen durch spezifische Indikations- und Kontraindikationskriterien näher definiert.

Die Regelbehandlungsdauer liegt bei zwölf Monaten; bei Notwendigkeit kann diese Maßnahme um weitere sechs Monate nach Bewilligung durch den Leistungsträger verlängert werden. Für die Durchführung der ambulanten Rehabilitation gelten die Richtlinien der jeweiligen Leistungs- und Kostenträger. Art, Ort und Umfang bestimmt der Leistungsträger.

Inhalte des ambulanten Rehabilitationskonzeptes

Unter Behandlung wird ein theoriegeleitetes, zielgerichtetes und planvolles Vorgehen verstanden, bei dem die individuellen Lebensbedingungen der Patienten/Klienten im Mittelpunkt stehen.

Als Behandlungsverfahren kommen alle psychotherapeutischen Methoden und Ansätze in Betracht, die sich in der Suchtkrankenhilfe bewährt haben. Der Einsatz einer Methode richtet sich nach der individuellen Indikation und nach der Ausbildung der therapeutischen Mitarbeiter.

Eine Entwöhnungsbehandlung beginnt nach der anfänglichen Beratung und der Eingangsdiagnostik nach erfolgter Leistungszusage. Die Verfahren sind aus der psychologischen, psychoanalytischen, soziologischen, sozialpädagogischen, medizinischen und psychotherapeutischen Forschung abgeleitet.

Die weiterführende medizinische und psychotherapeutische Diagnostik ist Bestandteil des ambulanten Behandlungsangebotes. Einzelheiten dazu werden unter Gliederungspunkt I C.12.4 erläutert.

Indikationsphase

Die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation beginnen in der Regel mit der Indikationsphase. Die Auswahl der Behandlungsvariante und die Festlegung der Fachklinik ist im Antragsverfahren bereits geklärt. Die Beratungs- und Behandlungsstellen sorgen in der Indikationsphase für eine Einführung bzw. Vertiefung in die Suchtkrankenrehabilitation, die je nach Bedarf bis zu vier Wochen dauern kann. In dieser Behandlungsphase werden Informationen über die folgenden Themenbereiche vermittelt:

- Suchterkrankung,
- Abläufe von ambulanter und stationärer Therapie,
- Rahmenbedingung der Behandlung im System ambulant wie stationär,
- Inhalte einer Therapie,
- Therapieziele.

Im weiteren hat der ambulante Therapeut bereits in dieser frühen Behandlungsphase die Klärung der finanziellen Situation des Klienten/Patienten zur Aufgabe. Dadurch soll vermieden werden, dass Engpässe in der Sicherstellung des Lebensunterhalts plötzlich in Erscheinung treten und die Teilnahme des Klienten/Patienten an der Entwöhnungsbehandlung gefährden. Bei einem anstehenden stationären Aufenthalt ist beispielsweise zu prüfen, ob der Klient/Patient die Bedingungen für die Zahlung von Übergangsgeld erfüllt.

Im Rahmen der Indikationsphase ist ausserdem zu klären, aus welcher Motivation der Klient/Patient an der Entwöhnungsbehandlung teilnimmt. Wenn der ambulante Therapeut den Klienten/Patienten hauptsächlich fremdmotiviert sieht, ist dieses dem stationären Weiterbehandler explizit mitzuteilen.

Einzeltherapie

Auf der Grundlage der Therapieplanung werden ein bis zwei Therapieeinheiten pro Woche für die gesamte Dauer der Rehabilitationsmaßnahme verabredet und durchgeführt. Die Einzelsitzungen (50 Minuten) dienen dazu, bestimmte Themen intensiver zu bearbeiten und Bereiche anzusprechen, die der Klient/Patient (noch) nicht in der Gruppenarbeit ansprechen kann oder will.

Bedingt durch die berufliche Einbindung der Klienten/Patienten finden die Therapiesitzungen nach der Arbeit in den späten Nachmittags- bzw. frühen Abendstunden statt.

Gruppentherapie

Gruppentherapie nimmt in der ambulanten Rehabilitation einen hohen Stellenwert ein. Die Gruppentherapie (100 Minuten) findet fortlaufend einmal wöchentlich über den gesamten Zeitraum der ambulanten Rehabilitation statt.

Die Gruppe wird teil-offen geführt. Neuaufnahmen erfolgen alle zwei Monate bis zur Maximalbelegung. Die Gruppe wird von einem Therapeuten und einer Therapeutin geleitet.

Zur Bearbeitung geschlechtsspezifischer Problemstellungen (wie z.B. sexueller Missbrauch, Gewalt, Essstörungen) finden nach Bedarf Frauen- und Männergruppen statt.

Einerseits nutzen die Patienten die Gruppentherapie als Experimentierfeld, in dem sie Selbst- und Fremdwahrnehmung üben und sich selbst und andere in der Auseinandersetzung erfahren können. Zudem gewinnen die Patienten Selbstvertrauen durch die Erkenntnis, dass andere Menschen ähnliche oder gleiche Probleme haben wie sie selbst. Dadurch fällt es leichter, sich zu öffnen, eigene Probleme und Schwächen oder auch Stärken zu sehen und so den ersten Schritt zur Veränderung zu wagen. Die Psychotherapiegruppe ist ein Abbild der äusseren Realsituation. Daher lassen sich soziale und Beziehungskonflikte besser erkennen und bearbeiten.

Die in jeder Gruppe innewohnende Dynamik und Entwicklung kann therapeutisch genutzt werden und so den Behandlungs- und Entwicklungsprozess der Patienten beschleunigen. Um eine sinnvolle Gruppenarbeit zu leisten, bilden höchstens zwölf Patienten eine Gruppe bei der Durchführung von Alkohol- und Medikamentenentwöhnungsmaßnahmen. Die Gruppen werden jeweils von einem hauptamtlichen Therapeuten und einem Co-Therapeuten betreut. In Fällen von Urlaub oder Krankheit eines der Therapeuten findet eine Vertretung statt.

Sozialberatung

Sozialberatung umfasst in der Therapie vor allem vier Bereiche, den Umgang mit Behörden, die Schuldenregulierung, Hilfen bei der Arbeits- und Wohnungssuche.

Schuldenregulierung

Häufig haben die Patienten vor der Therapie erhebliche Schulden gemacht, die bei Therapiebeginn unreguliert sind. In Zusammenarbeit mit örtlichen Schuldenberatungsstellen wird die Regulierung initiiert. Eine Mitarbeit der Patienten bei der Schuldenregulierung wird von Beginn an gefordert. Die eigenverantwortlich zu bewältigenden Anteile sollen mit zunehmender Therapiedauer größer werden.

Arbeitsuche und berufliche Entwicklung

Neben der Sozialarbeit kommt auch den anderen, in der Ambulanz tätigen, Berufsgruppen, insbesondere der Ärztlichen, eine Bedeutung im Sinne einer Indikationsstellung bezüglich der angestrebten Berufsperspektive zu. Eine der zentralen Fragestellungen ist hier die Bewertung der psychischen und körperlichen Belastbarkeit sowie Leistungsfähigkeit und damit der Zuordnung eines geeigneten Arbeitsfeldes schon während der Therapie.

Obligatorisch für die Arbeitsuche und den Eintritt in das Erwerbsleben ist die Zusammenarbeit mit den Rehabilitatoren der Rentenversicherung, bzw. des Arbeitsamtes zum Abschluss der Therapie.

Freizeitgestaltung

Die Fähigkeit zur Gestaltung von Freizeit kommt im Rahmen der sozialen Rehabilitation ein immer größerer Stellenwert zu. Ziel ist es, Patienten die Möglichkeit einer sinnvollen Freizeitgestaltung nahe zu bringen.

Methoden

In der ambulanten Rehabilitation werden folgende Therapieformen bzw. -elemente aus ihnen angewandt:

- Gesprächspsychotherapie
- Psychoanalytische Ansätze
- Psychodrama
- Integrative (Gestalt)Therapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie
- Familientherapie
- Sozialtherapie
- Krisenintervention
- Körperorientierte Verfahren
- Kunsttherapie

Zusammengefasst gliedert sich die ambulante Rehabilitation im Anschluss an die Indikationsphase in drei weitere Phasen. Diese werden hinsichtlich Inhalt und Dauer individuell gestaltet. für die Dauer der jeweiligen Phase ist insbesondere auch der Anteil der stationären Behandlung an der Gesamtbehandlung zu berücksichtigen. Für eine rein ambulante Entwöhnung lässt sich der Verlauf inhaltlich wie folgt schematisch darstellen:

Phase 1: Einstieg - Dauer ca. 2 Monate
Diese Phase dient dem weiteren Kennenlernen und der Einführung in die Gruppen- und Einzelpsychotherapie. Die Behandlungsmotivation wird vertieft. Mit dem Patienten wird seine Suchtbiographie bearbeitet, die in der 2. Phase in konkreten individuellen Behandlungszielen ihre Umsetzung findet. ⇓
Phase 2: Durcharbeiten - Vertiefen - Dauer ca. 8 Monate
Formulierung der Problembereiche, die sich aus der Anamnese ergeben und Ableitung der therapeutischen Zielsetzung. Vertiefung der Problemeinsicht und Durcharbeitung der einzelnen Problemfelder. Thematisierung der Beziehungsdynamik in der Gruppe und zum Partner (Co-Abhängigkeit). ⇓
Phase 3: Loslösung - Umsetzung - Dauer ca. 2 Monate
In dieser Phase erfolgt die Loslösung von der professionellen Hilfe, die Intensivierung der bereits bestehenden Anbindung an die Selbsthilfegruppe und die kritische Reflexion der eigenen Entwicklung im Verlauf der ambulanten Rehabilitation.

Abbildung 27: Schematische Darstellung des Phasenverlaufs einer ambulanten Behandlung

Jeder Veränderungsprozess führt über eine Krisenkonstellation in ein Stadium der Neuorganisation. So werden während der Behandlung Phasen der Verunsicherung, der Desorientierung, des Minderwertigkeitsgefühls, der Hilflosigkeit und der Selbstüberschätzung Vorboten von zunehmend orientiertem, selbstbewusstem und situationsadäquatem Verhalten sein. In der Krise bieten alte noch so erfolglose Konzepte scheinbar allein durch ihre Bekanntheit Sicherheit. Diese trügerische Sicherheit führt in der Regel dann zu einem Rückfallverhalten.

Die Aufarbeitung eines Rezidives hat in der ambulanten Rehabilitation eine hohe Bedeutung. In der Gesamtbehandlung ist ein Substanzrückfall tolerierbar. Ist nach dem Rezidiv eine stationäre Entzugsbehandlung erforderlich, ist zu entscheiden, inwieweit eine erfolgreiche Beendigung der Maßnahme im Bereich des Möglichen ist. Bei fortgesetztem Rückfallgeschehen wird der Übergang in eine stationäre Maßnahme vorgeschlagen.

Über all diese Maßnahmen wird der zuständige Leistungsträger informiert.

Die verschiedenen therapeutischen Bereiche bedürfen sowohl in der jeweiligen Einrichtung wie auch zwischen den ambulanten und stationären Leistungserbringern einer Zusammenführung. Welche Behandlungsangebote, neben den Standardangeboten in den am Verbund beteiligten Einrichtungen vorgehalten werden, wird nachfolgend vorgestellt.

Spezifika der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen

Beratungsstelle Landkreis Ammerland

Von der Beratungsstelle werden vier Gruppenangebote gemacht, die sich im Einzelnen wie folgt darstellen:

Gruppe 1: („MoDo-Gruppe“)	Ambulante Rehabilitation montags 16.30 - 18.10 Uhr und donnerstags 16.30 - 18.10 Uhr TeilnehmerInnen: max. 12 PatientInnen Halboffene Gruppe (Neuaufnahme nach jeweils drei Monaten) Leitung: Zwei therapeutische Mitarbeiter
„Angehörigengruppe“	Ambulante Rehabilitation 14tägig TeilnehmerInnen, Angehörige der „MoDo-“ und „Dienstag-Gruppe“ Leitung durch Therapeutin
Gruppe 2: („Die-Gruppe“)	Ambulante Rehabilitation nach stationärer Entwöhnungsbehandlung Dienstag 19.00 - 20.40 Uhr TeilnehmerInnen: max. 10 PatientInnen Halboffene Gruppe Leitung: ein therapeutischer Mitarbeiter
Seminare mit Angehörigen und PatientInnen	Vierteljährlich im Rahmen eines ganztägigen Seminares TeilnehmerInnen: PatientInnen der Mo-Do / Die-Gruppe + Angehörige der PatientInnen Leitung: TherapeutInnen der vorgenannten Gruppen

Beratungsstelle Landkreis Oldenburg (Wildeshausen)

Für die Gruppentherapie stehen in der Beratungsstelle sechs verschiedene Gruppen zur Verfügung. Im Einzelnen sind dies ...

1. Ambulante Therapiegruppe in der Indikationsphase
2. Ambulante Therapiegruppe für betroffene Frauen
3. Ambulante Therapiegruppe für betroffene Männer
4. Ambulante Therapiegruppe für betroffene Frauen und Männer
5. Ambulante Therapiegruppe für angehörige Frauen
6. Ambulante Therapiegruppe für betroffene Frauen und Männer nach abgeschlossener stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung

Unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Komponenten kann die Gruppentherapie in getrennten ambulanten Therapiegruppen für Frauen und Männer stattfinden.

Für die ambulante Therapie nach abgeschlossener stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung wird ein spezielles gemischtgeschlechtliches Angebot vorgehalten.

Beratungsstelle Stadt Oldenburg

Für die Gruppentherapie stehen in der Beratungsstelle vier verschiedene Gruppen für die ambulante Rehabilitation zur Verfügung. Im Einzelnen sind dies folgende Gruppen:

- zwei gemischte Gruppen für ambulante Rehabilitation
- eine Frauengruppe für ambulante Rehabilitation
- eine Nachsorgegruppe (nach stationärer Entwöhnungsbehandlung)

Das therapeutische Setting kann nach Bedarf durch indikative Gruppen erweitert werden. Folgende Themenschwerpunkte werden dabei angeboten:

- geschlechtsspezifische Angebote,
- berufliche Rehabilitation,

- Angebote zur Gesundheitsförderung, wie z.B. Ernährungsberatung, Entspannungstraining und Stressbewältigung.

Beratungsstelle Friesland (Varel)

Für die Gruppentherapie stehen in der Beratungsstelle zwei Gruppen zur ambulanten Rehabilitation zur Verfügung.

Beratungsstelle Cloppenburg

Für die Gruppentherapie im Bereich ambulante Rehabilitation stehen in der Beratungsstelle vier verschiedene Gruppen zur Verfügung. Im Einzelnen sind dies folgende Gruppen:

- eine Männergruppe ambulante Rehabilitation/Sucht
- zwei Frauengruppen ambulante Rehabilitation/Sucht
- eine gemischte Gruppe ambulante Rehabilitation/Sucht

Im Rahmen der Kooperation mit der St. Josefs Stiftung können neben den allgemeinen Behandlungsangeboten auch Ergotherapie, physikalische Therapie und Arbeits- und Beschäftigungsprogramme durchgeführt werden.

b) Stationäre Behandlungsangebote

Unter Berücksichtigung der in den Therapiekonzepten der beiden Fachkliniken dargestellten Behandlungsprogramme wird nachfolgend in gebotener Kürze auf die Behandlungsmöglichkeiten der Einrichtungen eingegangen.

Die Auswahl der Behandlungsstätte erfolgt theoriegeleitet auf der Grundlage der Diagnostik, aber auch unter Berücksichtigung der jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten und Behandlungsdauern.

Die stationären Behandlungsmöglichkeiten werden gemäß der im Rahmenkonzept aufgeführten drei stationären Behandlungsvarianten (vgl. Gliederungspunkt I C.12.1) differenziert.

Fachklinik St. Marienstift - Dammer Berge

Die im Rahmenkonzept EVS genannten Eckpunkte lassen sich mit den zeitlich und inhaltlich variablen Therapieangeboten der Fachklinik St. Marienstift – Dammer Berge - sehr gut verknüpfen. Dabei richten sich die Behandlungsangebote nach der Zuordnung zum jeweiligen Behandlungsprogramm.

Patienten werden im zeitlichen Rahmen von acht bis zwölf Wochen behandelt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es handelt sich um eine Erstbehandlung,
- der Schwerpunkt der stationären Phase soll im psychotherapeutischen, kreativen und gestaltungstherapeutischen Bereich liegen und
- arbeitstherapeutische Gesichtspunkte sind zu vernachlässigen.

Wenn auf die Möglichkeiten von Arbeitstherapie und Arbeitstraining oder andere handlungstherapeutischen Inhalte im stationären Setting nicht verzichtet werden kann, ist eine Behandlung in einer mittel- bis langfristig orientierten Gruppe, d.h. zwölf bis 16 Wochen, mit diesen Schwerpunkten möglich.

In einer speziellen Gruppe werden Patienten mit stationärer Therapieerfahrung behandelt. Diese Gruppe ermöglicht es, auf vorherige Therapie und Abstinenzenerfahrung aufzubauen. Auch geht die Integration in den Klinikrahmen hier schneller von statten, weil notwendige Kenntnisse und Rahmenbedingungen bekannt oder gar vertraut sind.

Fachklinik Oldenburger Land

Die Behandlungsmöglichkeiten in der Fachklinik Oldenburger Land sehen wie folgt aus:

Auffangbehandlung: (8 Wochen)	Es werden rückfällig gewordene Patienten behandelt. Eine Auffangbehandlung ist nur dann angezeigt, wenn der Rückfall wenige Wochen zurückliegt. Diese Patienten können aufgenommen werden, wenn bereits eine stationäre Behandlung durchgeführt wurde und eine erneute kurzfristige Behandlungsmaßnahme notwendig erscheint.
12-Wochen-Therapie:	In ihrer Ich-Struktur und in den Ich-Funktionen gestörte Alkoholiker.
16-Wochen-Behandlung:	In ihrer Ich-Struktur und ihrer Ich-Funktion gestörte Alkoholiker, sozial nicht gut eingebunden, langjährige Suchtkarriere, Folgeerkrankungen, intellektuelle Einschränkungen, Kontakt- und Kommunikationsstörungen, Hörgeschädigte, sozial gut eingebunden.
26 Wochen:	Hörgeschädigte, sozial nicht gut eingebunden mit intellektuellen Einschränkungen.

Stationäre Erstbehandlungen sollten nicht unter acht Wochen liegen.

12.2.7 Information der Patienten/Klienten

Die Entwöhnungsbehandlung im Verbundsystem ist als ein Konzept zu verstehen, das im besonderen Maß auf die kontinuierliche und den individuellen Bedürfnissen des Klienten/Patienten angepasste Unterstützung Wert legt. Der Behandlungszeitraum von bis zu einem Jahr gibt hierfür den notwendigen und langfristig angelegten Betreuungsrahmen. Dieser kann zum einen vom Klienten/Patienten als Chance für eine stabile und andauernde Hilfefürsicherung verstanden, aber zum anderen auch als Bedrohung, nun für ein Jahr in einem System festgehalten zu sein, wahrgenommen werden.

Um eine positive Behandlungsgrundlage zu schaffen, ist es daher notwendig, den Klienten/Patienten frühzeitig, d.h. zu Behandlungsbeginn, über die Möglichkeiten und Besonderheiten der EVS zu informieren und etwaigere Ängste bzw. Widerstände bezüglich der Gesamtbehandlungsdauer abzubauen. Hierzu zählt auch eine umfassende Aufklärung über die zugrundeliegenden Indikationen und daraus resultierenden Behandlungsschritte. Bereits in der Beratungs- bzw. Motivationsphase, aber auch wiederkehrend während der Behandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation wird versucht,

dem Klienten/Patienten zu verdeutlichen, dass die Entwöhnungsbehandlung - abgesehen von der rein ambulanten Entwöhnung - aus ambulanten und stationären Behandlungselementen besteht. Für ein adäquates Verständnis der Verbundbehandlung ist es angezeigt, dem Klienten/Patienten zu vermitteln, dass die stationären und ambulanten Anteile gleichwertige Bestandteile der Gesamtrehabilitation sind. Dies soll auch der oftmals vorherrschenden Einstellung, "dass nach dem Klinikaufenthalt alles geschafft ist" entgegenwirken und den Aufbau eines angemessenen Bildes der eigenen Abhängigkeitserkrankung unterstützen. Es wird ausdrücklich auf die Möglichkeit des mehrmaligen Wechsels der Behandlungsform hingewiesen. Wann welche Behandlungsform zum Einsatz kommt, wird individuell nach Behandlungsbedarf entschieden.

Im weiteren Behandlungsverlauf, der nach bewilligter Leistungszusage in die Indikationsphase mündet, ist besonders darauf zu achten, dem Hilfesuchenden ein Verständnis für den Gesamtbehandlungsrahmen zu vermitteln, so dass dieser sich in allen Behandlungseinrichtungen gut aufgehoben weiss und jederzeit die Möglichkeit für Rückfragen sieht. Ebenfalls müssen Informationen über die jeweils geplante Klinik, deren Abläufe und unterschiedliche Behandlungsangebote vermittelt werden. Dieser Aufklärungsprozess soll mit Hilfe von entsprechenden schriftlichen Materialien (Patientenbroschüre EVS, Schaubild des Rahmenkonzepts) unterstützt werden.

Die Bereitschaft der Patienten/Klienten an einer bis zu zwölf Monate umfassenden Entwöhnung im Verbundsystem ist unbedingt vorauszusetzen und wird in einem entsprechenden Therapievertrag fixiert.

Alle weiteren Behandlungsschritte und alle wesentlichen Veränderungen im Behandlungsverlauf werden mit dem Patienten/Klienten besprochen und mit seiner Zustimmung umgesetzt. Der Patient/Klient stimmt bei Eintritt in die Entwöhnung im Verbundsystem der Weiterleitung behandlungsrelevanter Daten zwischen den beteiligten Behandlungsstätten zu. Bei wesentlichen Veränderungen im Behandlungsverlauf wird der Patient jeweils über die datenschutzrechtlichen Implikationen informiert.

Transparenz über die jeweilige Teilnahme an der Verbundbehandlung sollte auch in den ambulanten und stationären Therapiegruppen sowie in der Selbsthilfegruppe bzw. gegenüber dem niedergelassenen (Haus-)Arzt herrschen, um die Akzeptanz zu erhöhen. D.h., die Patienten/Klienten müssen voneinander wissen, dass sie sich im Modellversuch bzw. im herkömmlichen Behandlungssystem befinden.

Dem Patienten/Klienten wird ebenfalls vermittelt, dass er im Rahmen der Entwöhnung im Verbundsystem an der wissenschaftlichen Begleitforschung teilnehmen kann. Bei entsprechender Bereitschaft seitens des Patienten/Klienten, die keine Bedingung für die Aufnahme in die ambulant-stationäre Kombinationsbehandlung ist, erfolgt eine genaue Information über Ablauf und Aufwand der Untersuchung in Form von standardisierten schriftlichen Befragungen.

Im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit haben sich die Modellprojektbeteiligten darauf geeinigt, dass die wichtige Aufgabe der umfassenden und frühzeitigen Patienteninformation den ambulanten Behandlern obliegt. Im Qualitätszirkel wurde ebenfalls die Idee diskutiert, eigens für EVS-Patienten eine Patientenvertretung in den Einrichtungen zu etablieren. Aufgrund der vergleichsweise langen Verweildauer der Klienten innerhalb des Behandlungssystems sollten sie die Möglichkeit haben, sich über ihre Erfahrungen in EVS auszutauschen sowie ihre Interessen abzustimmen, zu bündeln und ggf. an die Behandler bzw. "das System" zurückzumelden. Aufgrund der hohen Arbeitsdichte im Qualitätszirkel konnte dieses Thema jedoch noch nicht abschliessend entschieden bzw. umgesetzt werden und stellt somit eine wichtige, noch zu lösende Aufgabe für die weitere Arbeit in EVS dar.

12.2.8 Kooperation der Einrichtungen

Grundlagen

Im Rahmen der Kooperation dieses Verbundsystems werden, wenn möglich, Behandlungsteams aus den beiden jeweils behandelnden ambulanten und stationären Einrichtungen gegründet, die in Kenntnis aller notwendigen behandlungsrelevanten Informationen des jeweiligen Patienten/Klienten sind. Gemeinsame Teamsitzungen, Telefonkonferenzen, Hospitationen, Projektteams u.a. werden nach Bedarf durchgeführt.

Die Rehabilitation im Verbund sieht vor, Rückfälle als Vorfälle zu betrachten, die in ihrer Sinnhaftigkeit mit den Patienten/Klienten zu analysieren sind, um daraus die notwendigen Neubewertungen vorzunehmen und Konsequenzen auszuhandeln. (Fallkonferenzen analog zu den Hilfeforenzen im Jugendhilfebereich).

In Übergabegesprächen werden Therapieziele, bezogen auf die geplante Behandlungsform (stationär/ambulant), formuliert und die Verlaufsdocumentation abgestimmt. In die Verlaufsplanung werden die Dienste des Arbeitsamtes und der Rentenversicherungsträger einbezogen.

Hinsichtlich der Angebote und Chancen nicht-professioneller Hilfen wird eine Kooperation mit den Selbsthilfegruppen vor Ort angestrebt.

Kurze stationäre Sequenzen bedürfen einer gründlichen Vorklärung und Formulierung des Behandlungsauftrages. Besonderes Augenmerk wird hier auf die Bindungsfähigkeit der Patienten/Klienten zu wechselnden, den Prozess leitenden Bezugspersonen, gelegt.

Diagnose

Allgemeines

Voraussetzung für die Aufnahme der Behandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ist das Vorliegen der Leistungszusage durch die LVA Oldenburg-Bremen; hier speziell für die Entwöhnung im Verbundsystem. Die Leistungsanbieter schaffen mit einer differenzierten Diagnose und Indikationsstellung die Grundlage für eine solche Behandlung.

So werden in den Beratungsstellen im Rahmen der Antragstellung ein Sozialbericht und ein Arztbericht erstellt. Beide Berichte enthalten anamnestiche Daten und Diagnosen, die die Entwöhnungsbehandlung begründen. Dies sind im wesentlichen Angaben zum Trinkverhalten, der bisherige Abhängigkeitsverlauf, Angaben zum sozialen, beruflichen und familiären Umfeld sowie zu seiner gesundheitlichen Situation.

Wird für den Patienten/Klienten eine stationäre Entwöhnungsbehandlung als geeignete Maßnahme festgestellt, knüpfen die Fachkliniken an die Eingangsdagnostik der Beratungsstellen an. Die ambulante Diagnostik wird in den Fachkliniken ergänzt und mit Hilfe einer Verlaufsdagnostik während der stationären Therapie fortgeschrieben.

Ziel der Entwöhnung im Verbundsystem ist es, in diesem Bereich eine einheitliche Vorgehensweise zu schaffen, die es möglich macht, den diagnostischen Aufwand durch entsprechend klare Aufgabenverteilungen den Leistungsanbietern zuzuweisen und zu beschränken. Die mehrfache und doppelte Erhebung von diagnostischen und anamnestiche Daten in den verschiedenen Einrichtungen, in denen der Klient/Patient behandelt wird, soll weitestgehend vermieden werden.

Die anerkannten Ärzte und Therapeuten der Beratungsstellen erarbeiten auf wissenschaftlicher Grundlage die nötige ärztliche und therapeutische Eingangsdiagnostik. Die ärztliche Diagnostik wird durch einen in der Suchtkrankenhilfe erfahrenen Arzt unter Erstellung eines aktuellen körperlich somatischen und psychischen Befundes erbracht. Ein anerkannter Suchtkrankentherapeut erarbeitet eine biographische Anamnese (berufliche-, und Arbeitsplatz-Anamnese; Suchtanamnese, psychische und soziale Anamnese) sowie den psychodynamischen Befund. Gegebenenfalls werden Verfahren zur psychologischen Testdiagnostik (z.B. MALT, DIPS, FPI, Intelligenztests, Tests zur hirngorganischen Leistungsfähigkeit) durchgeführt. Die Diagnosestellung erfolgt anhand der diagnostischen Leitlinien nach ICD-10.

Ist für den Patienten/Klienten eine stationärrere Entwöhnung angezeigt, werden die gewonnenen Diagnosen und Erkenntnisse der weiterbehandelnden Fachklinik als fortzuschreibende Patientenakte zur Verfügung gestellt. Die Klinik überprüft Diagnostik und verifiziert ggf. Die therapeutische Dichte der Fachklinik und der Behandlungszeitraum ermöglichen Differenzierungen, Ergänzungen und Veränderungen, die sich auch in Verkürzungen und Verlängerungen der anfangs geplanten stationären Dauer ausdrücken können. Auch sind Erstdiagnose, Indikationsstellung und Beantragung der am effektivsten erscheinenden Behandlungsvariante durch die Beratungsstellen eine schwere Aufgabe, die möglicherweise korrigiert werden muss und gar zur Aufhebung der Behandlung im Verbundsystem führen kann, z.B. wegen festgestellter Komorbidität oder der Notwendigkeit, die medizinische Rehabilitation in einer anderen Einrichtung fortzusetzen.

Fällt die Entscheidung für die Notwendigkeit einer stationären Maßnahme sehr früh im ambulanten Behandlungsprozess, übernimmt die Klinik nach einer Kurzdiagnostik (Sozialbericht) seitens der Beratungsstelle die ausführliche Psychodiagnostik und Anamneseerhebung für den weiteren Behandlungsverlauf.

Besonderheiten in den Einrichtungen

Beratungsstellen des Diakonischen Werks Oldenburg

Die diagnostische Phase wird in den drei Beratungsstellen des Diakonischen Werks Oldenburg als ein fortschreitender Prozess verstanden, der die jeweils sozialen, psychischen und medizinischen Aspekte der Abhängigkeitsproblematik mit ihren zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörungen und Umfeldbedingungen in einem möglichst umfassenden Bild erfasst.

Die Vorgehensweise entspricht einer prozessualen Diagnostik, die nach Petzold (1988, S. 353) die folgenden Analyseschritte umfasst:

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. Bedürfnisanalyse | Was sind Bedürfnisse, Wünsche und Motivationen des Klienten? |
| 2. Problem-/Konfliktanalyse | Wo liegen die Defizite, Traumatisierungen, Störungen oder Konflikte, die aufzulösen, zu substituieren oder zu mindern sind? |
| 3. Leibfunktionsanalyse | Wie ist es um die Funktionen des perceptiven, expressiven und memorativen Leibes bestellt? |
| 4. Lebensweltanalyse | Wie ist die Familien- und Arbeitssituation des Klienten, sein soziales Setting, Wohnsituation - wie konsistent ist sein soziales Netzwerk? |
| 5. Kontinuum-Analyse | Wie hat sich das Leben des Klienten vollzogen, welche prävalenten pathologischen Milieus lassen sich feststellen, welche kritischen Situationen, welche Diskontinuitäten? Wie wird dieser Vollzug eingeschätzt, wie zeigt er sich in seinen Auswirkungen hier und jetzt, welche prospektiven Aspekte sind zu erwarten? |
| 6. Ressourcen-Analyse | Was steht dem Klienten an Eigen- und Fremdressourcen z.B. sozialem Netzwerk, physischer Konstruktion, materieller Mittel, Bildung, Lebenserfahrung, Coping-Strategien etc. zur Verfügung? |

Fachklinik Oldenburger Land

Die Diagnostik des Patienten fusst in der Fachklinik Oldenburger Land auf dem ICD-10. Ergänzend werden Aussagen der „OPD“ in modifizierter Fassung eingesetzt. Der Teil der OPD „Persönlichkeitsstruktur“ wird ersetzt durch das sogenannte Streeck'sche Manual. Die psychiatrische Diagnostik orientiert sich am DSM-IV.

Die Testdiagnostik umfasst stationär ein Testverfahren zur intellektuellen Leistungsfähigkeit, der Konzentrationsfähigkeit, zur hirnorganischen Leis-

tungsfähigkeit und zur Persönlichkeit (FPI), das Trierer Alkoholismusinventar und in Einzelfällen das SKT (Hirnorganischer Leistungstest).

Indikationsstellung und Therapieplanung

Allgemeines

Gemäß der Behandlungsvarianten des Rahmenkonzepts EVS besteht die Möglichkeit der rein ambulanten Entwöhnung (52 Wochen) sowie der kurz-, mittel- und langfristigen stationären Entwöhnungsbehandlung, d.h. die Regelbehandlungszeit liegt bei acht, zwölf oder 16 Wochen. Eine Abweichung von der Regelbehandlungszeit ist grundsätzlich möglich und wird im Hinblick auf das "Bonussystem", das im Rahmenkonzept EVS festgelegt ist, auch gewünscht.

Die Indikationsstellung für eine Behandlungsvariante und eine erste Therapieplanung erfolgen während der Beratungs- und Motivationsphase bzw. weiterführend in der Indikationsphase im ambulanten Fachteam (Erstbilanz, Kurzvorstellung, Fallbesprechung) und bei Bedarf in Abstimmung mit dem Honorararzt bzw. einem stationären Therapeuten (Verbundpartner).

Grundsätzlich gelten für die Indikation die "Gemeinsamen Leitlinien der Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnung bei Abhängigkeitserkrankungen" (1995). Da es bei der Entwöhnung im Verbundsystem nicht so sehr um ein "entweder oder" in der Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung geht, sondern vielmehr um ein "sowohl als auch", können die Leitlinien zur bedarfsorientierten Zuweisung der derzeit sinnvollsten Behandlungssequenz verstanden werden. Wenn sich die Basis (Indikation) für ein Behandlungssetting verändert und ein Wechsel der Behandlungsform angezeigt ist, muss dies grundsätzlich unverzüglich gegenüber dem Leistungsträger dokumentiert, d.h. entsprechend begründet werden.

Indikationen für eine ambulanten Rehabilitation bzw. eine ambulante Behandlungssequenz:

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

Kontraindikation für eine ambulante und gleichzeitig Indikationskriterien für eine stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlung/Behandlungssequenz sind:

- Langjährige Suchtmittelabhängigkeit mit schweren somatischen und psychischen Folgeschäden
- Der Patient ist nicht durchgängig in der Lage, abstinent zu leben und suchtmittelfrei an der Behandlung teilzunehmen
- Das soziale Umfeld des Abhängigkeitskranken hat mangelhaft unterstützende Funktion, kurzzeitige Herausnahme aus pathogenem Milieu wird erforderlich.
- Nicht förderliche soziale Integration (kein fester Wohnsitz, noch ausstehende Strafverfahren/Haftstrafen)
- Der Patient ist beruflich nicht mehr integriert (Langzeitarbeitslosigkeit).
- Fehlende Mobilität (z.B. Klient im Landkreis hat Führerschein verloren, kann mit öffentlichen Verkehrsmitteln die Beratungsstelle nur schlecht erreichen und damit eine regelmäßige Teilnahme an der ambulanten Therapie nicht gewährleisten).

Die Empfehlung für eine kurz-, mittel- oder langfristige stationäre Entwöhnungsbehandlung richtet sich jeweils nach Ausprägungsgrad der genannten Faktoren bzw. dem Bedarf und den Voraussetzungen des Patienten/Klienten sowie nach den einrichtungsspezifischen Behandlungsangeboten.

Falls es anfänglich nicht zu einer stationären Entwöhnungsbehandlung kommt, beginnt im Rahmen der ambulanten Therapie die intensive Bearbeitung der Suchterkrankung. Gründe für eine später dann doch noch erforderlich werdenden Klinikaufenthalt können sein:

- Wieder vermehrt auftretender Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch
- Psychische Krisen, die schützende Rahmenbedingungen einer Fachklinik erforderlich machen
- Gezielte und intensive Bearbeitung von Themen und Hintergründen, die eine stationäre Behandlung als sinnvoll erscheinen lassen

- Schwierige häusliche oder berufliche Rahmenbedingungen, die eine Unterbrechung zwecks Klärung notwendig machen.

Für die weitere Behandlungsplanung ist grundsätzlich wichtig, dass möglichst früh die körperliche, psychische, familiäre und berufliche Situation des Patienten/Klienten und sein privates und berufliches Umfeld erkannt wird. Bezugspersonen und Arbeitgeber sollten nach Möglichkeit ebenfalls gleich zu Beginn und dann fortlaufend in die Behandlung einbezogen werden.

Für den jeweiligen Behandlungsabschnitt werden Therapieziele entwickelt. Diese Ziele müssen hinreichend konkret sein und mit dem Patienten/Klienten abgesprochen werden. Die in der ambulanten oder stationären Vorbehandlung festgelegten Therapieziele werden aufgenommen und für die jeweilige Behandlung fortgeschrieben. Wenn die stationären Behandlungsziele erreicht sind, kann die stationäre Behandlung – auch vorzeitig – beendet werden. Es wird also ein fortlaufender Therapieplan erstellt, der die individuellen Behandlungsschritte beinhaltet.

Durch den Therapieprozess verändern sich Therapieziele und dementsprechend auch Therapieinhalte. Beide Faktoren sind nicht statisch zu sehen, müssen stetig überprüft und ggf. korrigiert und ergänzt werden. Die Indikationsstellung wird als ein prozesshaftes Entscheidungsgeschehen verstanden (adaptive Indikationsstrategie) und bedarf im besonderen der Abstimmung zwischen den an der Behandlung des Patienten/Klienten beteiligten Leistungsanbietern. Die Indikationskriterien für die jeweiligen Behandlungsformen sind also in enger Absprache mit allen an dem Modellvorhaben beteiligten Einrichtungen zu entwickeln.

Besonderheiten der Einrichtungen hinsichtlich Indikationsstellung

Fachklinik Oldenburger Land

Es werden in der Fachklinik Oldenburger Land Schweregrade der Suchterkrankung unterschieden. Rost (1987) beschreibt drei Schweregrade:

- a) Die als klassisch neurotisch beschriebenen Alkoholiker bei einer weniger schweren Grundstörung.

- b) Die primär in ihrer Ich-Struktur und ihrer Ich-Funktion gestörten Alkoholiker.
- c) Die besonders schwer gestörten alkoholkranken Patienten.

Die unter a) klassifizierten Patienten können oft ambulant behandelt werden. Sollten sie nicht in der Lage sein, suchtmittelfrei zu leben, besteht für die Patienten die Möglichkeit stationärer Kurzzeittherapie. In der Kurzzeittherapie wird der Hauptkonflikt des Patienten bearbeitet.

Therapeutisches Ziel für die unter b) gemeinten Patienten ist, die Ich-Funktionen der Patienten zu verbessern. Dies führt zu Spannungsminderung und macht dadurch den Verzicht auf Suchtmittel möglich. Diese Patienten benötigen meistens die Hilfe der Klinik. Um sich hinreichend zu stabilisieren, werden sie dann ambulant weiterbehandelt, denn sie bedürfen nach der Entlassung aus der Klinik oft einer ambulanten Unterstützung. Von daher ist es notwendig, die gestörten Ich-Funktionsbereiche diagnostisch genau zu erfassen, weil davon der Grad der äusseren Strukturierung für diese Patienten abhängt.

Bei den höhergradig gestörten Patienten c) steht die stationäre Behandlung im Vordergrund. Es handelt sich um Patienten mit folgenden Besonderheiten:

- Strukturelle Ich-Störungen (z.B. spezifische Persönlichkeitsstörungen, kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen, abnorme Gewohnheiten, Störungen der Impulskontrolle, depressive Syndrome usw.)
- Erhebliche soziale Auffälligkeiten
- Fehlende lebenspraktische Fertigkeiten
- Langjährige Suchtkarriere
- Erhebliche somatische Störungen.

Es wird eine biographische Anamnese erstellt sowie eine deskriptive Entwicklungsdiagnose (psychodynamischer Befund) erarbeitet, die die fachlichen Therapieziele begründen.

Informationsaustausch zwischen den Leistungsanbietern

Bei kombiniert ambulant-stationären Entwöhnungsbehandlungen bedarf es einer frühzeitigen Abstimmung der Indikationsstellung und Therapieplanung zwischen den Behandlern.

Bereits vor Aufnahme des Patienten/Klienten in stationäre Therapie kontaktiert der ambulante Therapeut den stationären Kollegen und vereinbart einen Termin für ein Aufnahme-/Übergabegespräch unter Beteiligung der beiden Therapeuten und des Patienten/Klienten (bzw. weiterer Angehöriger).

Bei der Aufnahme wird der Patient/Klient sowie ggf. dessen Angehöriger von dem ambulanten Therapeuten in die Klinik begleitet. Dies soll dem Patienten/Klienten den Übergang in das neue Behandlungssetting erleichtern und dient ggf. der Herstellung bzw. Vertiefung der therapeutisch wichtigen Kontakte zu Bezugspersonen des Patienten/Klienten. In der Klinik ermöglicht dann das gemeinsame Aufnahmegespräch (unter Beteiligung des Patienten/Klienten) einen Informationsaustausch über den bisherigen Behandlungsverlauf, weitere in die Behandlung einbezogene Dritter (z.B. Arbeitgeber), bereits erarbeitete Therapieziele sowie die unmittelbare Weiterleitung der Berichte, Dokumentationen und Befunde. Dadurch soll sichergestellt werden, dass wichtige patienten-/klientenbezogene Informationen frühzeitig, ausreichend und in empfehlender Weise vermittelt werden können, aber auch, dass eventuelle neben dem stationären Behandlungsauftrag anfallende Aufgaben angesprochen und verteilt werden. Der jeweils übernehmende, d.h. die Behandlung weiterführende Therapeut protokolliert das Übergabegespräch. Das Protokoll wird zur Krankenakte genommen.

Für den Patienten/Klienten soll das gemeinsame Gespräch den Kontakt zum stationären Therapeuten erleichtern und die notwendige Transparenz zur Wahrnehmung einer Gesamtbehandlung und der fortlaufenden Betreuung sicherstellen.

Wird zunächst mit einer ambulanten Behandlung begonnen und später ein stationärer Aufenthalt erforderlich, wird ein klarer Behandlungsauftrag an die stationäre Einrichtung formuliert, den diese nach Abstimmung über-

nimmt und darauf aufbaut. Im Zuge der prozessualen Diagnostik ist der Behandlungsplan bei Bedarf selbstverständlich veränderbar. Sich im Behandlungsverlauf veränderte Indikationen, Therapieziele und Inhalte haben Auswirkungen auf die nachfolgende Phase und bedürfen insofern erneut besonderer Abstimmung und Rückmeldung an den "anderen Behandler".

Im Verlauf der stationären Behandlung finden mindestens zwei (telefonische oder persönliche) Fallbesprechungen zwischen dem ambulanten und stationären Behandler statt. Im allgemeinen geht dieser Kontakt von Seiten der Klinik aus, die über den stationären Behandlungsverlauf und die aktuelle Entwicklung des Patienten/Klienten informiert. Einer der Gesprächstermine findet kurz vor Beendigung der stationären Maßnahme statt und hat speziell die Vorbereitung der poststationären Phase zum Gegenstand. Hier werden eventuell notwendige Rehabilitationsmaßnahmen nach der stationären Entwöhnung besprochen und verbindlich festgelegt. Ebenso wird ein konkreter Termin für die Übergabe des Patienten/Klienten ins ambulante Behandlungsetting vereinbart, der natürlich auch dem Patienten/Klienten mitzuteilen ist. Haben sich beim stationären Aufnahmegespräch spezielle Aufgaben für den ambulanten Therapeuten ergeben, liegt die Initiative zur diesbezüglichen Information bei der Beratungsstelle. Grundsätzlich liegt die Informationspflicht bei der aktuellen Behandlungseinrichtung. Findet ein Abbruch der Entwöhnungsbehandlung statt bzw. kommt es zum Wechsel der Behandlungsvariante, ist der jeweils andere Behandler sowie der Leistungsträger umgehend zu unterrichten.

Bei der Rückführung des Patienten/Klienten in die Beratungsstelle bzw. nach Hause wird ebenfalls angestrebt, dass dieser durch seinen ambulanten oder stationären Therapeuten bzw. einen Angehörigen auf der Fahrt begleitet wird. Ein gemeinsames Übergabegespräch (wie oben beschrieben) kann in der Klinik oder in der Beratungsstelle geführt werden. Das Gespräch wird vom ambulanten Therapeuten protokolliert und ist Bestandteil der Krankenakte. Die bereits vorhandene stationäre Dokumentation ist bei dieser Gelegenheit weiterzuleiten. Der stationäre Entlassbericht liegt der ambulanten Beratungsstelle spätestens nach 14 Tagen vor.

Ergeben sich im Rahmen der ambulanten Weiterbehandlung derartige Veränderungen, dass ein erneuter Klinikaufenthalt notwendig wird, ist die Fachklinik unverzüglich zu informieren und das weitere Vorgehen mit ihr abzustimmen.

Mit der verbindlichen Einhaltung vorgenannter Gesprächsangebote garantieren die Mitarbeiter der ambulanten und stationären Einrichtungen Beziehungskontinuität und langfristige Begleitung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation. Der zügige Informationsfluss ist neben persönlichen und telefonischen Kontakten durch die Nutzung vergleichsweiser "direkter und schneller" Übertragungsmedien (Fax) zu unterstützen.

Das therapeutische Klima in Behandlungseinrichtungen hat nachgewiesenermaßen Einfluss auf den Behandlungserfolg. Auch das Klima in einem Behandlungsverbund dürfte einen entsprechenden Einfluss haben. Es ist deshalb wichtig, ein der therapeutischen Arbeit förderliches Klima herzustellen, dies ist nur möglich, wenn alle therapeutischen Mitarbeiter bei Entwicklung, Durchführung und Fortschreibung des Projektes mitwirken. Es werden deshalb Verfahrensweisen angestrebt, die die Mitwirkung aller therapeutischen Mitarbeiter sicherstellen (z.B. bei wichtigen Veränderungen sofortige anonyme und offene Befragung der Mitarbeiter, Berücksichtigung ihrer Kritik am Konzept bzw. am Prozess).

12.2.9 Antragsverfahren und Dokumentation gegenüber dem Leistungsträger

Neben der einzelfallbezogenen Dokumentation gegenüber dem Leistungsträger werden darüber hinaus zur Verbesserung der Qualität der Behandlung von den ambulanten und stationären Leistungsanbietern die Leistungen im Rahmen der Standarddokumentationssysteme EBIS und SEDOS erhoben und ausgewertet.

Zum Zwecke der Dokumentation werden Jahresberichte verfasst und dem Leistungsträger zugeleitet.

Im Modellprojekt EVS wird seitens der Beratungsstelle eine der fünf im Rahmenkonzept festgelegten Behandlungsvarianten beantragt. Zum Hauptantrag werden dem Leistungsträger die üblichen Unterlagen (Sozialbericht,

Arztbericht) zugesandt. Kopien der psychologischen, ärztlichen und pädagogischen Befunde gehen ggf. an die weiterbehandelnde stationäre Einrichtung.

Ein Wechsel zwischen ambulanter bzw. stationärer Behandlung wird dem Leistungsträger unter Hinweis auf Veränderungen in der Indikationsstellung (Prozessdiagnostik) in kurzer Form mitgeteilt. Ebenso verhält es sich beim Wechsel der Behandlungsvariante.

Über die gesamte Behandlungsdauer wird von der jeweiligen ambulanten oder stationären Einrichtung eine Verlaufsdokumentation erstellt, die bei einem Wechsel der Behandlungsform sowohl dem Leistungsträger (zum Zwecke der Information), wie auch der nachfolgenden Behandlungseinrichtung zukommt.

Der stationäre Teil wird unabhängig von Dauer und Phase im Gesamtprozess dokumentiert und endet in einem ärztlichen Entlassungsbericht für den Leistungsträger und Weiterbehandler.

Zum Abschluss der gesamten Behandlung, der laut Modell regulär in der Beratungsstelle stattfindet, wird ebenfalls ein (ambulanter) Abschlussbericht erstellt.

Ausserhalb der in EVS vereinbarten Behandlungsvarianten können in einem gesonderten Antrag weitere Behandlungseinheiten und -zeiten beantragt werden (z.B. Verlängerung der ambulanten Entwöhnung um weitere sechs Monate).

12.2.10 Diskussion des Behandlungskonzepts und Ansätze zur Fortschreibung

Das derzeit im zweiten Entwurf vorliegende therapeutische Gesamtkonzept ist Grundlage der therapeutischen Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Leistungsanbietern. Das Konzept ist in Anlehnung an die existierenden Teilkonzepte der Einrichtungen erstellt worden. Dabei werden die Besonderheiten eines einrichtungsübergreifenden Konzeptes bereits anhand der Gliederung sichtbar; z.B. werden Fragen des Informationsflusses sowie der Ko-

operation wesentlich differenzierter erläutert als es in herkömmlichen Therapiekonzepten gemacht wird.

Zieht man zur Analyse des Gesamtkonzeptes das Kriterienraster der Matrix zur Beurteilung von Kooperationsmodellen heran (vgl. Gliederungspunkt I A.3), so ergibt sich folgendes Bild:

I EBENE INSTITUTION	
I. GRUNDLAGEN	
1.1 Art und Anzahl der beteiligten Institutionen (z.B. flexible vs. geschlossene Struktur)	- Fünf ambulante Einrichtungen - Drei stationäre Einrichtungen - LVA Oldenburg-Bremen
1.2 Trägerschaft	- Vier beteiligte Träger (Diakonisches Werk Oldenburg, Stiftung Edith Stein, Münsterländische Volksheilstättenverein e.V. zu Vechta, Jugendberatung, -therapie und -weiterbildung e.V.)
1.3 Kooperationsbereiche	- Medizinische Rehabilitation (- geplant: Fortbildungen)
1.4 Kooperationsziele (Organisationsziele) } zu patientenorientierten Zielen siehe Gliederungspunkt I 2.4.5)	- Flexible, bedarfsorientierte Behandlungsangebote schaffen - Vernetzung von ambulanten und stationären Hilfeangeboten auf prozessualer und struktureller Ebene zu Gewährleistung nahtloser Behandlungsverläufe - Stärkere Nutzung ambulanter Leistungen
1.5 Modalitäten der Kooperation	
1.5.1 Dauer und Stabilität (z.B. längerfristig, kontinuierlich, personelle Kontinuität)	- Mindestens Dauer des Modellprojekts (drei Jahre), Aufrechterhaltung und Ausweitung der geschaffenen Strukturen ist nach Effizienz nachweis anvisiert
1.5.2 Grad der Formalisiertheit (z.B. Vertrag)	- Kooperationsvertrag - Gemeinsames Behandlungskonzept - Regelmäßiger QZ
1.5.3 Räumliche Distanz (regional vs. überregional)	- Regionales Verbundmodell
1.5.4 Unmittelbarkeit (direkte vs. Indirekte Kontakte) } siehe Informationsfluss	- Persönliches Übergabegespräch in der Klinik bzw. in der Beratungsstelle - Benutzung "schneller" Kommunikationsmedien, wie z.B. Fax, Telefon
1.5.5 Klima der persönlichen Beziehung der Mitwirkenden } siehe Informationsfluss	- Wird im Gesamtkonzept angesprochen unter der Perspektive der Mitarbeiterbeziehung bei wichtigen Fragen/Themen im Modellprojekt

2. STRUKTURELLE EBENE	
2.1 Organisatorische Inhalte	
2.1.1 Organisationsplan (Strukturskizze der Verbundpartner)	fehlt !
2.1.2 Leitung/Koordinationsstelle der Kooperation (z.B. QZ)	- Qualitätszirkel alle 4-6 Wochen
2.1.3 Angaben zum Qualitätsmanagement	- Feedback im QZ, Dokumentation durch Protokolle - Wissenschaftliche Begleitung mit Datenerhebung per Fragebogen, Struktur-/Konzeptanalysen - Behandlungsdokumentation
2.1.4 Gemeinschaftlich genutzte Ressourcen (z.B. Räumlichkeiten, Fortbildungen, Supervision)	- <i>In Planung (Öffnung von ambulanten und stationären Angeboten)</i>
2.1.5 Umstrukturierung oder Neerschließung von Ressourcen (z.B. Etablierung neuer Einrichtungen)	- Eine Fachklinik bekommt ein zusätzliches Kontingent an Überhangbetten
2.2 Personelle Ausgestaltung	
2.2.1 Funktionsträger (z.B. Case-Manager, Koordinator, Qualitätsmanager)	- Der ambulante Bezugstherapeut übernimmt die Behandlungsleitung
2.2.2 Tätigkeitsprofile/Transparenz über die Arbeitsweise der Mitarbeiter	- Gegenseitige Vorstellung aller Einrichtungen im QZ (auf Leitungsebene) - Gesamtkonzept mit Profilen aller Einrichtungen - Austausch in gemeinsamen Übergabegesprächen - <i>(In Planung: gemeinsame Fachtage)</i>
2.2.3 Personelle Überschneidungen (z.B. Kontinuität des Therapeuten)	fehlt !
2.3 Finanzielle Ausgestaltung (Probleme wie z.B. veränderte Patientenströme oder finanzielle Aufwendungen für Kooperationsaktivitäten)	- Die LVA finanziert zwei Übergabegespräche à 170 DM plus Fahrtkosten. Weitere Fahrten können bei Bedarf vom ambulanten Therapeuten unter Anrechnung von zwei TE pro Fahrt der insgesamt bewilligten TE vorgenommen werden.
2.4 Gemeinsames Konzept (z.B. Intervalltherapie)	- Das gemeinsame Behandlungskonzept EVS liegt im 2. Entwurf vor und ist fortzuschreiben
2.4.1 Patientenbild	- wird durch das Krankheitsverständnis der beteiligten Einrichtungen im Gesamtkonzept dargelegt
2.4.2 Einschluss-/Ausschlusskriterien	- werden im Gesamtkonzept genannt - richten sich nach Voraussetzungen der Einrichtungen (eine Fachklinik behandelt nur Männer, eine andere u.a. Gehörlose)
2.4.3 Indikationskriterien zu einer Behandlung (siehe auch Ebene Patient)	- werden für stationäre und ambulante Behandlung(sabschnitte) in Anlehnung an die Gemeinsamen Leitlinien KVT und RVT im Gesamtkonzept genannt

<p>2.4.4 Angaben zum Behandlungsablauf (z.B. Intervalle)</p>	<p>- (Motivation), ambulante Indikationsphase, dann eine von fünf Behandlungsvarianten (ein stationärer Aufenthalt kann mehrmals erfolgen, die beantragte stationäre Gesamtzeit darf jedoch nicht überschritten werden). Die Behandlung umfasst maximal ein Jahr</p>
<p>2.4.5 Angaben zu gemeinsamen Zielen/Inhalten</p>	<p>- Möglichst niedrigschwellige Angebote - Berufliche und soziale Reintegration - Suchtmittelabstinenz - Hilfe zur Selbsthilfe - Körperliche Befindlichkeit verbessern - Persönlichkeitsentwicklung/Nachreifung</p>
<p>2.4.6 Angaben zu unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen in der Behandlung (siehe auch Aufgabenverteilung)</p>	<p><u>Ambulant:</u> - v.a. Integration in soziales Umfeld als Aufgabe - Therapieziele erarbeiten - Indikationsphase mit u.a. Vorbereitung auf stationären Aufenthalt, Klärung der finanziellen Versorgungssituation (siehe Gesamtkonzept) - Weiterbehandlung: Transfer der in der Klinik erarbeiteten Ziele in den Alltag <u>Stationär:</u> - Fortführung- und Weiterentwicklung von Therapiezielen - v.a. arbeitstherapeutische Maßnahmen</p>
<p>2.4.7 Angaben zur Behandlungsform (z.B. offene Gruppe, Einzelgespräche)</p>	<p>- v.a. Gruppentherapie (auch indikative Gruppen), - Einzeltherapie - Sozialberatung - Arbeits- und Beschäftigungstherapie - Ergotherapie, physikalische Therapie</p>

<p>3. PROZESSEBENE</p>	
<p>3.1 Systematischer Informationsfluss</p>	
<p>3.1.1 Form (z.B. Arbeitstreffen, Telefonate)</p>	<p>- Persönliche Übergabe bei jedem Wechsel (wird protokolliert) - Mind. zwei telefonische oder persönliche Fallbesprechungen während der stationären Phase - Telefonkonferenzen - Berichte</p>
<p>3.1.2 Standards bezüglich Diagnostik und Dokumentation bzw. Informationsträger (siehe auch Gliederungspunkt I 4.1)</p>	<p>- Die Eingangsdiagnostik der BS wird in der FK durch Verlaufsdagnostik fortgeschrieben (Doppelungen in der Diagnostik sind zu vermeiden) - Bei anfänglicher stationärer Phase übernimmt die FK die ausführliche Diagnostik (BS erstellt lediglich Sozialbericht) - <i>In Planung: abgestimmte modulartige Diagnostik</i></p>

3.1.3 Häufigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Zwei Übergabegespräche - Mind. zwei Fallbesprechungen - Kontakt/Information, sobald ein Behandlungswechsel angezeigt ist
3.1.4 Rechtzeitigkeit/Feedback	<ul style="list-style-type: none"> - Unverzügliche Information, sobald ein Behandlungswechsel vorgenommen werden soll - Abstimmung bei der Indikationsstellung - Absprachen bei veränderter Therapieplanung - Berichte/Befunde aus der ambulanten Phase werden beim Übergabegespräch übergeben - Der stationäre Abschlussbericht muss zeitnah, d.h. i.d.R. nach 14 Tagen in der Beratungsstelle vorliegen
3.1.5 Inhalt (z.B. organisatorisches, fallbezogenes, fachliches)	- Sowohl fallbezogener, organisatorischer als auch fachlicher Austausch
3.2 Aufnahme-/Entlassverfahren	
3.2.1 Angaben zur Gewährleistung der Kontinuität des Therapieverlaufs	<ul style="list-style-type: none"> - Persönliche Übergabegespräche - Absprache frühzeitiger und verbindlicher Termine zur Weiterbehandlung im jeweils anderen Setting - Die Einrichtungen versuchen, eine Aufnahme innerhalb von zwei Wochen möglich zu machen
3.2.2 Maßnahmen zur Vorbereitung auf die stationäre Phase	<ul style="list-style-type: none"> - Indikationsphase - Frühzeitige Terminabsprache - Übergabegespräche
3.2.3 Maßnahmen zur Vorbereitung auf die ambulante Weiterbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen während der stationären Phase - Verbindlicher Termin für die Weiterbehandlung - Übergabegespräche
3.2.4 Möglichkeiten der Aufrechterhaltung des Kontaktes über das Therapieende hinaus	- Selbsthilfegruppen (z.Z. an die BS angegliedert)
3.3 Aufgabenverteilung	
3.3.1 Verbindliche Zuständigkeiten (siehe auch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen)	<ul style="list-style-type: none"> - Informationspflicht über Veränderungen liegt beim aktuellem Behandler - Der aktuelle Behandler initiiert den Termin für die Weiterbehandlung/Übergabe - Übergabeprotokolle schreibt der "weiterbehandelnde Therapeut" <p><u>Beratungsstelle:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Indikationsstellung (in Abstimmung mit stationärem Therapeuten) - Antragstellung - Eingangsdiagnostik - Therapieziele entwickeln - Behandlungsleitung - Ambulanter Abschlussbericht

<i>Fortsetzung</i> 3.3.1 Verbindliche Zuständigkeiten (siehe auch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen)	Fachklinik: - Fortschreibung Diagnostik (Verlaufsdagnostik) - Fortschreibung Therapieziele - Stationärer Abschlussbericht
3.3.2 Anteil organisatorischer Tätigkeiten	- Die Erfassung des Aufwands für organisatorische Tätigkeiten ist u.a. Ziel der wiss. Evaluation

4. ERGEBNISEBENE	
4.1 Dokumentation ambulant-stationärer Behandlungsverläufe (Haltequote, Rückfallquote, soziale Reintegration, Behandlungszufriedenheit) (siehe auch Gliederungspunkt I 3.1.2)	- Wissenschaftliche Erhebung (Prozessevaluation) mittels standardisierter Fragebögen: Therapeuten- und Patientenbefragung - Die Patientenakte ist fortzuschreiben (Verlaufsdokumentation: Diagnostik, Therapieplanung/-verlauf)
4.2 Dokumentation der Qualität der Kooperation (Akzeptanz bei den Kooperationspartnern und bei der Zielgruppe) (siehe auch Gliederungspunkt I 2.1.3)	- Wissenschaftliche Erhebung mittels standardisierter Fragebögen, offener Fragebögen (QZ-Teilnehmerbefragung), Expertengespräche und Patienteninterviews, Dokumenten-/Konzeptanalysen - Protokolle über die Qualitätszirkelarbeit

II EBENE PATIENT	
1. Persönlichkeitsprofil	- Beschreibung der theoretischen Behandlungsgrundlagen im Gesamtkonzept
2. Krankheitsbild	- Beschreibung der theoretischen Behandlungsgrundlagen im Gesamtkonzept
3. Bedürfnislage	
3.1 Originäre Bedürfnisse im Bereich Abhängigkeit	fehlt !
3.2 Soziale Bedürfnisse	fehlt !
3.3 Medizinische Bedürfnisse	fehlt !
4. Betreuungskonstanz (Berücksichtigung des Informationsbedarfs des Patienten)	- Ausführliche Information in der Beratungsstelle über den Gesamtverlauf der Entwöhnung - Übergabegespräche unter Anwesenheit des Patienten (und ggf. eines Angehörigen) - <i>In Planung: Patientenvertretung EVS</i>

III EBENE KOSTENTRÄGER	
1. STRUKTURELLE EBENE	
1.1 Rahmenvereinbarung für Verbundsysteme	- vorhanden, siehe Rahmenkonzept
1.2 Forum zur Diskussion von möglichen Veränderungsprozessen	- QZ tagt alle 4- 6 Wochen

1.3 Modalitäten des Antragsverfahrens (u.a. Kostenzusage)	<ul style="list-style-type: none"> - Bewilligung für 52 Wochen Gesamtbehandlung in fünf möglichen Varianten. Bei Verkürzung stationärer Therapiezeiten erfolgt ein Bonus für die ambulante Weiterbehandlung (Fünf TE für eine Woche Verkürzung) - Antragstellung vor Aufnahme der Entwöhnungsbehandlung auf der Basis des Arzt- und Sozialberichts (ggf. Empfehlung der Verbundklinik) - Bei begründetem Behandlungsbedarf können weitere Reha-Leistungen per Fax beantragt werden - Bei dringenden Fällen gilt vorab die telefonische Kostenzusage als Behandlungsvoraussetzung - Die ambulanten Therapieeinheiten im Rahmen der Indikationsphase können ab Antragstellung (Eingangsdatum bei der LVA) abgerechnet werden - Nach einem Jahr rein ambulanter Entwöhnung können bei Bedarf weitere 40 TE beantragt werden
---	--

2. PROZESSEBENE	
2.1 Systematischer Informationsfluss	
2.1.1 Form (z.B. Arbeitstreffen, Telefonate)	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitätszirkel - "kurze Wege" zu den Einrichtungen per Fax, Telefon - Bei Bedarf Besuch
2.1.2 Standards bezüglich Dokumentation bzw. Informationsträger	<ul style="list-style-type: none"> - Antrag in EVS nebst Berichten - Einzelfallbezogene Dokumentation mit Abschlussberichten (stationär sowie ambulant) - Wechsel der Behandlungsvariante, der Behandlungsform oder Veränderungen der Indikationstellung werden dem RVT unverzüglich mitgeteilt - Jahresberichte der Einrichtungen
2.1.3 Häufigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Antrags-/fallbezogen - Alle 4- 6 Wochen Kontakt zu den Einrichtungsleitern (QZ)
2.1.4 Rechtzeitigkeit/Feedback	<ul style="list-style-type: none"> - Unverzügliche Information bei Wechsel des Behandlungssettings, der Behandlungsvariante oder Indikation - Zügige Bearbeitung von Anträgen (bis zu 14 Tagen Laufzeit)
2.1.5 Inhalt (z.B. Pflegesatzverhandlungen)	<ul style="list-style-type: none"> - Fall-/antragsbezogen - Organisatorisches in EVS (QZ)

2.2 Aufgabenverteilung	
2.2.1 Verbindliche Zuständigkeiten (z.B. Definition von Koordinierungsaufgaben im Reha-Prozess)	- Zügige Bearbeitung der Anträge in EVS (Laufzeit durchschnittlich 14 Tage)
2.2.2 Anteil organisatorischer Tätigkeiten	fehlt !

3. ERGEBNISEBENE	
3.1 Dokumentation ambulant-stationärer Behandlungsverläufe (Reha-Statistiken)	- Reha-Statistiken
3.2 Dokumentation der Qualität der Kooperation (Akzeptanz bei den Kooperationspartnern und bei der Zielgruppe) (siehe auch Gliederungspunkt I 2.1.3)	- siehe unter II 4.2

Abbildung 28: Analyse des therapeutischen Gesamtkonzeptes EVS anhand der Matrix zur Beurteilung von Kooperationsmodellen

Die Analyse verdeutlicht, dass auf die Kooperation der am Verbundsystem beteiligten Einrichtungen sehr differenziert eingegangen wird. Gleichzeitig werden mit Hilfe der Matrix noch zu klärende Themen aufgezeigt. Neben dem Ergebnis der Analyse des Gesamtkonzeptes mit Hilfe der Matrix sind in der Diskussion um Möglichkeiten der Fortschreibung weitere Aspekte zu berücksichtigen, die auf der Grundlage einer Analyse mit der VDR-Arbeitshilfe zur Beurteilung von Einrichtungen für die Durchführung von Entwöhnungsbehandlungen (VDR 1995) ermittelt werden konnten. Im einzelnen sind dies folgende Themen bzw. Fragen:

- Zum Thema Fortbildung werden im Verbundkonzept keine Angaben gemacht.
- Angaben über Dauer und Häufigkeit von Supervisionen sowie zur Zuordnung von Berufsgruppen zu den Supervisionen werden im Verbundkonzept nicht gemacht.

Unter dem Hinweis, dass differenzierte Angaben in den Teilkonzepten der Einrichtungen zu finden sind, sollte im weiteren Projektverlauf geklärt werden, ob die Informationen des Gesamtkonzeptes zu den nachfolgenden Themen ausreichen bzw. ergänzt werden sollten:

- Der Therapieprozess im stationären Setting im Rahmen des Verbundsystems wird nicht genauer dargestellt.
- Eine Beschreibung der Behandlung körperlicher Begleit- und Folgeerkrankungen der Abhängigkeitserkrankung und eine ausführliche Schilderung der entsprechenden Maßnahmen erfolgt nicht.
- Zu den stationären therapeutischen Angeboten sind die Ausführungen bisher wenig differenziert.
- Während die ambulanten therapeutischen Angebote ausführlich geschildert werden, gibt es zu den stationären Angeboten bisher nur kurze Beschreibungen.
- Die Umsetzung von Arbeits- und Beschäftigungstherapie wird in im Zusammenhang mit einer langfristigen stationären Behandlung (16 Wochen) angesprochen. Auf den therapeutischen Stellenwert u.a. Einzelheiten dieses Themas wird im Verbundkonzept nicht eingegangen.
- Das Thema "Freizeitangebote wird für die ambulanten Leistungsanbieter angesprochen. Auf Freizeitangebote im stationären Setting wird im Verbundkonzept nicht eingegangen.
- Die Angehörigenarbeit wird als Behandlungsangebot im Verbundkonzept aufgeführt, ohne auf Details einzugehen.
- Bewegungstherapie und Entspannungstechniken werden als Behandlungsangebot im Verbundkonzept aufgeführt, ohne auf Details einzugehen.
- Auf begleitende Hilfen im sozialen Umfeld wird für die ambulanten Leistungsanbieter eingegangen. Auf begleitende Hilfen im stationären Setting wird im Verbundkonzept nicht eingegangen.
- Auf Themen zur Gesundheitsbildung (Hygiene, Körperpflege, Sauberkeit, gesunde Ernährung und Berücksichtigung von Einschränkungen durch Nebenleiden) wird im Verbundkonzept nicht eingegangen.

- Die Kommunikationsstrukturen innerhalb der Einrichtungen gehen im Zusammenhang mit Diagnosestellung und Therapieplanung hervor. Dabei werden Hierarchielinien, Teambesprechungen und Fallbesprechungen innerhalb der Einrichtungen nicht näher erläutert.
- Für die Beratungsstellen Landkreis Ammerland und Friesland werden in Aussagen zu den räumlichen Gegebenheiten getroffen. Für die übrigen Einrichtungen werden derartige Angaben nicht gemacht.

Die aufgeführten Themenbereiche verdeutlichen einen Diskussionsbedarf im Zusammenhang mit der Fortschreibung des Gesamtkonzeptes zu einer Vielzahl von Themen. Die angesprochenen Punkte sind auch als Ergänzung der unter Gliederungspunkt I C.12.5 aufgeführten Themen zu verstehen.

Gleichwohl sollte der zweite Entwurf des Gesamtkonzeptes als Ausdruck erfolgreicher Zusammenarbeit gewürdigt werden. Die vorliegende Fassung ist eine gemeinsame Arbeitsgrundlage der Verbundpartner und schafft Klarheit über Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der therapeutischen Zusammenarbeit.

Eine weitere Grundlage der Zusammenarbeit stellt die Kooperationsvereinbarung dar, die nun im folgenden Gliederungspunkt vorgestellt wird.

12.3 Die Kooperationsvereinbarung

Als wichtige Voraussetzung für "gute" Kooperation wurde im Rahmen des QZ 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 Vertretern der Modelleinrichtungen betont. Innerhalb der Einrichtungen sollten nicht nur die Leitung, sondern auch diejenigen Mitarbeiter in den Entscheidungsprozess einbezogen werden, die mit der routinemäßigen Ausführung der Arbeiten 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-Teilnehmer⁶ entwickelt und verabschiedet. Diese wurde von den beteiligten Trägern und allen beteiligten Modelleinrichtungen unterzeichnet und trat per 1. Januar 2001 für die Dauer des Modellprojekts (bis 2003) in Kraft. Sie enthält folgenden Wortlaut:

**Kooperationsvereinbarung
zwischen
den stationären Einrichtungen und den ambulanten Beratungsstellen
zur Durchführung von Entwöhnungsbehandlungen
in Verbundsystemen (EVS)**

§ 1

Verbundmodell

- (1) Das stationär-ambulante Gesamtkonzept von Dezember 2000 ist Bestandteil dieser Vereinbarung.
- (2) Die Parteien erklären sich bereit, das Konzept auf der Basis der gewonnenen Erfahrungen und dem Stand der therapeutischen Erkenntnisse zu überarbeiten und weiter zu entwickeln.

§ 2

Grundsätze der Zusammenarbeit

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

§ 3

Aufnahmeverfahren

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

6 Die Vorlage für die Diskussion der Kooperationsvereinbarung wurde von der LVA Oldenburg-Bremen unter Beratung der Universität Oldenburg erstellt und nach Diskussion im QZ im vorliegenden Wortlaut verabschiedet.

§ 4

Behandlung

- (1) Die Rehabilitationsplanung wird vor dem Wechsel einer Behandlungsform zwischen Patient/Klient, stationärem und ambulantem Mitarbeiter vor Beendigung jedes Behandlungsabschnitts gemeinsam festgelegt.
- (2) Die vermittelnde Einrichtung informiert die andere Stelle über die Therapieplanung und stimmt den Verlegungszeitpunkt ab.
- (3) Vor dem Wechsel der Behandlungsform ist ein verbindlicher Termin zwischen dem weiterbehandelnden Therapeuten und dem Klienten festzulegen, in dem weitere Maßnahmen eingeleitet werden können.
- (4) Das Übergabegespräch ist frühzeitig zwischen Patient/Klient, stationärem und ambulantem Mitarbeiter zu terminieren.
- (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.
- (2) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2001 in Kraft und gilt für die Dauer des Modellprojekts.

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

12.4 Diagnostisches Vorgehen innerhalb kombiniert ambulant-stationärer Rehabilitation

Diagnostik und Indikation sind ein bedeutsamer Teil der Arbeit von Ärzten und Therapeuten in der Suchtkrankenhilfe. Dabei besteht eine derart große Vielfalt, dass in einer Fülle wichtiger Informationen über einen Patienten 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 zwischen den Verbundpartnern vereinbart, im Bereich der Diagnostik und Dokumentation eine einheitliche bzw. abgestimmte Vorgehensweise zu erarbeiten, die hilft, Doppelarbeiten zu vermeiden und bereits vorliegende Informationen zwischen den Behandlern auszutauschen und damit Ressourcen besser zu nutzen. Entsprechende Vereinbarungen sind

bereits im Gesamtkonzept schriftlich fixiert worden (vgl. Gliederungspunkt I C.12.2.8).

Im Rahmen des QZ wurde diskutiert, für die Verbundarbeit ein Modulsystem anzustreben, das die Weiterleitung von Informationen "standardisiert". Das Modulsystem könnte die Vorgaben für den Entlassbericht darstellen. Wichtig wäre für ein solches Vorhaben, dass die Module von den Weiterbehandlern nicht ungeprüft übernommen werden, sondern dass Inhalte mit dem Patienten besprochen werden. Das Modulsystem hätte den Vorteil, dass nicht alle erhobenen Informationen nochmals geschrieben werden müssten. Dabei sollte einem grundsätzlichen Verständnis für eine Verlaufsdagnostik und –dokumentation in EVS gefolgt werden. Das bedeutet z.B., dass ggf. frühere Beurteilungen ergänzt, revidiert oder verworfen werden können. Das erfordert unter den Behandlern den Mut, darauf aufmerksam zu machen, wenn zur Weiterbehandlung wichtige Informationen fehlen.

Nachfolgend soll zur Diagnostik und Dokumentation der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen ein kurzer Überblick gegeben werden:

Diagnostik und Dokumentation der ambulanten Einrichtungen

Sozialtherapeutische Diagnose	
Diagnostisches Verfahren	Inhalt
Offenes Interview und Anamnesefragebogen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biographische Anamnese ▪ Familienanamnese ▪ Berufliche Anamnese ▪ Sozialanamnese ▪ Suchtanamnese ▪ Krankheits-/Gesundheitsanamnese ▪ Wirtschaftliche Situation ▪ Motivation ▪ Ziele des Patienten

Testpsychologische Diagnose	
Diagnostisches Verfahren	Inhalt
FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar)	▪ Persönlichkeitsdiagnostik
TAI (Trierer Alkoholismusinventar)	▪ Fragebogen zur Alkoholabhängigkeit
Symptomfragebogen SCL-90	▪ Messung subjektiv empfundener Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome
Medizinische Diagnose	
Diagnostisches Verfahren	Inhalt
Medizinische Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Siehe Antragsvordruck Leistungsträger - Anlage H "Ärztlicher Befundbericht" ▪ Standardentlassbericht ▪ Erstellung der Diagnosen nach ICD-10

Abbildung 29: Überblick über die Diagnostik ambulanter Rehabilitationseinrichtungen

Neben den aufgeführten Instrumenten und Verfahren werden z.T. weitere Diagnostika eingesetzt, wie

- testdiagnostische Verfahren zur Differentialdiagnose,
- Sceno-Test (projektive Testdiagnostik),
- Alkoholtest 7410,
- differentialdiagnostische fachärztliche Untersuchungen.

Ergebnisse der Eingangsdiagnostik gehen in den Sozialbericht im Rahmen des Antragsverfahrens ein. Die behandlungsbegleitende Diagnostik umfasst u.a. Fallbesprechungen, Angehörigengespräche und Therapiezwischenbilanzen. Neben der mit der Diagnostik verbundenen Dokumentation existieren Verlaufs- und Abschlussberichte über den Therapieverlauf, eine Beratungsstelle arbeitet mit der Patientenfaktorierung (PATFAK), eine andere mit der Psychosozialen ressourcenorientierten Diagnostik (PREDI).

Diagnostik und Dokumentation der Fachkliniken

Sozialtherapeutische/Psychologische Diagnose	
Diagnostisches Verfahren	Inhalt
Aufnahmegespräch mit Patient, Angehörigen, Mitarbeiter der Beratungsstelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erste Exploration
Klinikeigenes Befragungssystem/ Anamnesefragebogen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suchtdiagnose ▪ bisherige Behandlungen ▪ finanzielle/strafrechtliche Situation ▪ Herkunftsfamilie ▪ schulische/berufliche Entwicklung ▪ Arbeitsplatzanalyse ▪ Krankheitsanamnese/Medizinische Befunde ▪ Partnerschaft/Ehe ▪ Risikoverhalten
Psychodynamischer Befund	<ul style="list-style-type: none"> ▪ freie Formulierung ▪ Krankheitserleben, Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konflikt
Manual von Streek	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einschätzungen zu Objektbeziehungen, Selbstkonzept, Antizipation, Gefühlsausdruck
Erhebungsbogen "Funktion des Suchtmittels"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfassung von Gefühlszuständen oder Situationen als Bedingungsfaktoren für Suchtmittelkonsum
Erhebungsbogen "Fachliche Therapieziele Psychotherapie"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mindestens drei Therapieziele in mehreren Bereichen (Psychodynamik, Objektbeziehungen, Selbstwert, Affekt, soziale Kompetenzen etc.)
Arbeitstherapeutische/Bewegungsphysiologische Diagnose	
Diagnostisches Verfahren	Inhalt
Erhebungsbogen "Arbeitstherapiebereich"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beurteilung zumutbarer und zu vermeidender Tätigkeiten
Beurteilungsbogen "Sporttherapie"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beurteilung von Beweglichkeit, Reaktionsfähigkeit, sozialem Verhalten
Beurteilung "Sporttherapeut"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beurteilung von körperlicher Kraft, Beweglichkeit, Schnelligkeit, Ausdauer, Koordinations- und Reaktionsfähigkeit, Schwimmen, Motivation, sozialem Verhalten
Beurteilung "Arbeitstherapie"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beurteilung von Motivation, Arbeitsqualität, -tempo, Selbständigkeit, Auffassungsvermögen, Konzentration, Gedächtnis, Zuverlässigkeit, Flexibilität, Frustrationstoleranz, realistische Selbsteinschätzung und sozialem Verhalten

Testpsychologische Diagnose	
Diagnostisches Verfahren	Inhalt
TAI	▪ Fragebogen zur Alkoholabhängigkeit
FPI	▪ Persönlichkeitsdiagnostik
SVF (Stressbearbeitungsbogen)	▪ Erfassung von Bewältigungs- bzw. Verarbeitungsmaßnahmen in Belastungssituationen
Gießen-Test	▪ Erfassung von Selbst-, Fremd- und Idealbildern unter Berücksichtigung psychoanalytischer und sozialpsychologischer Aspekte
HAWIE (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene) und IST-70 (Intelligenz-Struktur-Test)	▪ Prüfung verschiedener Merkmalsbereiche der Intelligenz. Differenzierung zw. abstrakt-verbale und eher handlungsorientiert-praktischen Intelligenzkomponenten sowie einem Intelligenzprofil
CFT3 (Grundintelligenztest Skala 3)	▪ Intelligenztest (erfordert nicht so viel Sprach- und Kulturkenntnisse)
Benton-Test	▪ Erfassung hirnganischer Beeinträchtigungen durch ein Psychosyndrom
SKT (Kurztest zur Erfassung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen)	▪ Erfassung hirnganischer Schädigung mit Abklärung von Leistungseinbußen und ihrem Umfang
Sprechfreier SPM (Standard Progressive Matrices) Test von Raven	▪ Erfassung intellektueller Kapazitäten bei Personen mit Verbalisierungsschwierigkeiten
FMT (Feldmarkierungstest)	▪ Untersuchung von Arbeitstempo Leistungsgenauigkeit
Testpsychologische Untersuchung	▪ Zusammenfassende Beurteilung von Mitarbeit, Untersuchungsverlauf, IQ, Konzentrationsvermögen, hirnganischen Störungen, Arbeitsverhalten und Persönlichkeit
Medizinische Diagnose	
Diagnostisches Verfahren	Inhalt
Körperliche Untersuchung	▪ körperl. Befunde ▪ Eigenanamnese ▪ Vegetative Anamnese
Körperliche Untersuchung und Offenes Interview (siehe Vorlage Befundbericht und Untersuchungsbogen)	▪ Allgemeinmedizinischer Befund ▪ Neurologischer Befund ▪ Psychischer Befund
Internistische Untersuchung	
Labor-chemische Untersuchungen	▪ Blutwerte etc.
Apparative Diagnostik	▪ EKG (alle Patienten) ▪ EEG (bei Indikation)
Psychiatrischer Aufnahmebefund	

Fortsetzung: Medizinische Diagnose	
Diagnostisches Verfahren	Inhalt
Fachärztliche Konsiliaruntersuchungen	▪ weiterführende apparative Diagnostik
Abschlusslabor	
Körperliche Untersuchung	
Psychiatrische Abschlussuntersuchung	

Abbildung 30: Überblick über die Diagnostik stationärer Rehabilitationseinrichtungen

Der Überblick zeigt Instrumente und Verfahren der Diagnostik der Fachkliniken St. Marienstift - Dammer Berge und Oldenburger Land in einer Gesamtschau, ohne Besonderheiten, die in beiden Einrichtungen vorhanden sind, zu berücksichtigen. Beide Einrichtungen führen eine engmaschige Verlaufsdiagnostik im therapeutischen und ärztlichen Bereich durch.

Der Überblick über die Instrumente und Verfahren zur Diagnostik und Dokumentation zeichnet insgesamt ein sehr differenziertes und vielfältiges Bild der Arbeit der Leistungsanbieter in diesem Arbeitsfeld.

Überschneidungen in der Diagnostik der ambulanten und stationären Einrichtungen konnten bei folgenden Instrumenten/Verfahren festgestellt werden:

- FPI,
- TAI,
- Inhalte der unterschiedlichen Befragungssystemen zur Anamnese,
- differenzialdiagnostische fachärztliche Untersuchungen,
- psychiatrisch-neurologische Untersuchung.

Diese Überschneidungen sollen künftig vermieden werden, indem die Aufgaben und Inhalte der Diagnostik genauer als bisher abgestimmt und zugeordnet werden.

Entscheidend für den Einsatz der Diagnostik sollte das Verhältnis von Zeitaufwand und Nutzen sein. Bei der Verteilung von diagnostischen Aufgaben

sollte genau abgewogen werden, was die jeweiligen Beteiligten an Arbeitsaufwand bewältigen können. In diesem Zusammenhang bieten die Punkte/Bereiche des "VDR-Standard-Katalogs im Peer-Review-Verfahren" (vgl. VDR 2000) einen guten Orientierungsrahmen, um Aufgabenzuordnungen zwischen ambulanten und stationären Behandlern abzustimmen.

Diese Diskussion um die Verteilung der Aufgaben in Diagnostik und Dokumentation läuft aktuell (Juni 2001) im Qualitätszirkel. Die bisher geführten Gespräche haben bereits dazu geführt, dass allen Beteiligten differenziertere Informationen über die Arbeit der Kollegen in diesem Bereich vorliegen. Ob das angestrebte Modulsystem für die ambulant-stationäre Gesamtbehandlungsmaßnahme realisiert werden kann, wird sich in den nächsten Wochen/Monaten zeigen.

Eine Besonderheit stellen in EVS die Indikationsphase und die Übergabegespräche dar. Für die Indikationsphase wurde als ein Beispiel für Innovationen in der Dokumentation ein Kriterienkatalog erarbeitet, der dazu dienen soll, Klarheit über die mit dem Klienten/Patienten bearbeiteten Themen im ambulanten Vorlauf einer stationären Therapie zu schaffen. Derzeit enthält dieser Katalog folgende Punkte, die als Anforderungen an die Indikationsphase im Rahmen des Modellprojekts EVS⁷ zu verstehen sind:

- Klärung wichtiger Punkte, die vor der Aufnahme in die Fachklinik die aktuelle Lebenssituation betreffen (z.B. auch Schuldenregulierung)
- Vorbereitung auf und Begleitung während der Entgiftungsbehandlung
- Vorgehensweise in der Entwöhnungstherapie
- Vorgehensweise in der Gruppentherapie
- Das Bedingungsmodell der Suchtkrankheit
- Gesellschaftliche Bedeutung des Alkoholkonsums
- Biochemie des Alkoholismus

7 Bezugspunkt sind die Inhalte der Aufnahmegruppe der Fachklinik St. Marienstift im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung (16 Wochen) sowie ergänzende Überlegungen der Suchtberatungsstelle im Landkreis Wildeshausen zur Indikationsphase.

- Persönliche Bedingungen der Suchtkrankheit und ihre Funktion sowie ihr Zusammenwirken
- Erste Auseinandersetzung mit der Krankheitsentwicklung in der Indikationsphase, sei es im Einzelgespräch oder in der Gruppe
- Erste Erfahrungen als Teilnehmer in der Therapiegruppe in der Rolle des Subjekts wie auch des Objekts
- Vertiefung der Krankheitsakzeptanz (Entwicklung einer Idee von Krankheitsakzeptanz)
- Differenzierung zwischen Fremd- und Eigenmotivation
- Vertiefung der Eigenmotivation
- Erarbeiten von Abbruchindikatoren
- Aufbau von alternativen Bewältigungsstrategien in Belastungssituationen während der stationären Therapiephase

Der Katalog soll der Klarstellung der zu bearbeitenden Themen dienen. Dabei geht es nicht um die vollständige Bearbeitung. Für EVS soll im ambulanten Vorlauf gelten, dass der diagnostische Aufwand der Beratungsstellen je nach Länge der Indikationsphase ausfallen sollte: Je länger diese dauert, desto mehr diagnostische Arbeit sollte gelaufen sein.

Für die Übergabegespräche kann dieser Katalog genutzt werden, um die Situation des Patienten/Klienten und weitere Maßnahmen zwischen den Behandlern sowie mit dem Betroffenen abzustimmen. Darüber hinaus wird als Novum in EVS das jeweilige Übergabegespräch von dem übernehmenden Therapeuten dokumentiert.

Leitgedanke bei diesem Vorgehen sowie für die Suche nach einer Standarddiagnostik insgesamt sollte sein: Was muss für den Patienten gemacht werden (nicht nur Dokumentation gegenüber dem Leistungsträger).

12.5 Themensammlung: Bedeutsame Themen für die weitere Arbeit im Qualitätszirkel

Im bisherigen Projektverlauf wurde durch die Mitarbeiter der beteiligten Einrichtungen bereits eine Vielzahl an Themen an die Projektgruppe der Universität Oldenburg herangetragen, die im Qualitätszirkel bzw. im Rahmen des Modellprojekts noch zu diskutieren sind und für die innovative Lösungen gefunden werden sollten. Neben den in den vorherigen Gliederungspunkten bereits angesprochenen Themen sollen diese nun in einer Gesamtschau von Themen und Fragen vorgestellt werden.

Antragsverfahren

- Wie kann verhindert werden, dass standardmäßig 16 wochen stationäre Behandlung beantragt werden?
- Ist das Antragsverfahren im Rahmen von EVS zu verbessern?

Behandlungsangebote

- Bedarf es spezifischer Behandlungsangebote während der ambulanten Phase, wie z.B. Wochenendprogramme in der Fachklinik (Was heisst das? Wer ist verantwortlich? Wer zahlt?)
- Wie ist es möglich, insbesondere die Gruppenarbeit qualitativ und quantitativ einander anzupassen?
- Ist es möglich, ein gesondertes Behandlungsprogramm für "schwache" Patienten bereitzustellen?
- Wenn möglich, bieten die Ambulanzen auch ein Behandlungsprogramm für Sondergruppen an (z.B. intellektuell Eingeschränkte, kommunikativ gestörte Patienten, spezielle Frauengruppen, Gruppen zu besonderen Fragestellungen).
- Wie stellen die ambulanten Einrichtungen eine regelmäßige Angehörigenarbeit sicher bzw. wie werden entsprechende Angebote von Angehörigen angenommen?
- Die Fachklinik Oldenburger Land plant, ihr Programm für ambulante Patienten zu öffnen: in der Abteilung "To Hus" das Arbeitstherapieprogramm, in der Abteilung "Ofener Straße 20" in Oldenburg Kunstthera-

pie und Indikative Gruppen, insbesondere zur Frage "Berufliche Wiedereingliederung".

Die Frage der Finanzierung ist zu klären!

- Weiterhin ist beabsichtigt, den medizinischen Bereich der Fachklinik Oldenburger Land für spezielle Untersuchungen auf internistischem und nervenärztlichem Gebiet sowie für autogenes Training zu öffnen.
Die Frage der Finanzierung ist zu klären!
- Die Beratungsstelle in der Stadt Oldenburg (Bloherfelder Straße) überlegt, ihre Spielergruppe für stationär behandelte Klienten/Patienten zu öffnen.
 - * Ist eine Öffnung weiterer ambulanter Angebote sinnvoll und möglich?

Diagnostik und Dokumentation

- Eine stärkere Inanspruchnahme kürzerer stationärer Therapiezeiten führt zu einer höheren Zahl zu behandelnder Patienten/Klienten, die wiederum Mehrarbeit mit sich bringt:
 - * Wie kann der höhere Dokumentationsaufwand (Anamnesen, medizinische Untersuchungen, sozialmedizinische Beurteilungen, Aktenlagen ...) bewältigt werden?
- Welche Informationen (Diagnostik, Berichtswesen) werden durch wann erhoben und weitergeleitet?
 - * Was muss (sozial-)medizinisch erhoben werden?
 - * Ist aus juristischen Gründen eine Überprüfung der ambulanten Diagnose seitens der Fachklinik notwendig?
 - * Ist eine Festlegung auf eine manualisierte Psychotherapie sinnvoll und möglich?
 - * Kann der ambulante Abschlussbericht von Seiten der Fachklinik vorbereitet werden?
- Die Dokumentation geschieht vor dem Hintergrund des zugrundegelegten Denkmodells: bedarf es der Einheitlichkeit der Sprache in den Berichten?
- Reichen die bisherigen Voraussetzungen (Sozialbericht, Ärztlicher Befundbericht) aus?

Wenn nicht:

- * Wie kann die Ausweitung z.B. der Tätigkeit des Honorararztes (bisher häufig nur drei Wochenstunden) organisatorisch und finanziell umgesetzt werden?
- * Gleiches gilt für eine mögliche Ausweitung der "nichtärztlichen Berichte"; wird z.B. eine psychologische Testdiagnostik bei allen Klienten erwartet?
- Ist die sozialmedizinische Beurteilung im Entlassbericht nur bei stationärer Behandlung Bestandteil oder auch bei ambulanter Rehabilitation?
- Kann der Informationsfluss zwischen den ambulanten und stationären Behandlern per Internet erfolgen?

Organisation ambulant-stationärer Kooperation

- Wie kann der mehrmalige Wechsel der Behandlungsform im Hinblick auf Planungssicherheit organisiert werden?
- Organisation des stationären Durchlaufs: Möglichkeiten der kurzfristigen Inanspruchnahme von Therapieplätzen bei optimaler Auslastung der Kliniken?
- Wie hoch ist der Zeitaufwand für die Schnittstellen ambulante/stationäre Einrichtungen?
- Wie kann im Modellprojekt Objekt-/Therapeutenkonstanz optimal umgesetzt werden?
- Das Modellprojekt führt zu einer Verknüpfung von ambulanten und stationären Behandlungsinhalten und -zeiten. In beiden Behandlungssettings soll darüber hinaus die Zahl der beteiligten Mitarbeiter auf das notwendige Maß reduziert werden. Dies soll zu einem kanalisierten Austausch, besseren Kennenlernen von Arbeitsweisen und gegenseitigen Vertrauen führen.
 - * Wieviele ambulante und stationäre Mitarbeiter sollten fallbezogen beteiligt werden?
- Wie können die Wochenpläne der ambulanten und stationären Mitarbeiter aufeinander abgestimmt werden?
 - * Können Zeitfenster zum Informationsaustausch zwischen ambulanten und stationären Behandlern festgelegt werden?

- Einmal jährlich Treffen der therapeutischen und ärztlichen Mitarbeiter im EVS?
- Gemeinsames Betriebsfest?

Behandlungsleitung/Case-Management

Die Behandlungsleitung obliegt im Modellprojekt den ambulanten Behandlern, da die Regelbehandlung ambulant beginnen und auch enden soll. Inwieweit die ambulanten Therapeuten dabei die Funktion eines Case-Managers im Sinne eines speziellen Funktionsträgers ausfüllen können, soll im Projektverlauf geklärt werden. An dieser Stelle sei nochmals auf die Bedeutung von Case-Managern hingewiesen, auf die in Gliederungspunkt I A. im Zusammenhang mit bedeutsamen Aspekten für erfolgreiche Kooperation im Suchtkrankenhilfesystem hingewiesen wurde.

Will man diesem Anspruch hinsichtlich koordinierender Tätigkeiten ambulanter Therapeuten folgen, sind noch grundlegende Fragen zu klären:

- Kann die Case-Manager-Funktion unter den gegebenen Rahmenbedingungen realisiert werden oder kommt es zu einer Überlastung der ambulanten Therapeuten?
- Wie kann der Mehraufwand der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für federführende Arbeiten organisiert und bewältigt werden?
- Welche Informationen werden benötigt?
- Welche koordinierenden Aufgaben können vom Leistungsträger übernommen werden?

Supervision, Fort- und Weiterbildung

- Können gemeinsame Supervisionen von ambulant und stationär Tätigen angeboten werden?

Öffentlichkeitsarbeit

- Wie sollen die Klienten/Patienten über EVS informiert werden?
 - * Soll ein/e extra Informationsblatt/-broschüre erstellt werden?

Aus der Vielzahl der aufgeführten Themen und Fragestellungen gilt es im weiteren Projektverlauf in den nächsten knapp zwei Jahren eine Auswahl zu treffen. Dies soll über Prioritätensetzungen der Beteiligten erfolgen.

Zu diesem Zweck werden den Teilnehmern des QZ Themenzusammenstellungen angeboten, aus denen sie die aus ihrer subjektiven Sicht heraus wichtigsten Themen benennen sollen. Zu den dadurch bestimmten Themen wird in den weiteren Sitzungen gearbeitet. Dabei ist selbstverständlich, dass in der begrenzten Laufzeit des Projekts nicht alle Bereiche abschließend bearbeitet und zu zufriedenstellenden Lösungen geführt werden können. Darüber hinaus besteht aber die Möglichkeit die ermittelten Themen für einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu nutzen.

Im folgenden Gliederungspunkt zeigen wir Ergebnisse einer Befragung der Teilnehmer des QZ, die Einblick in die Bedeutung der Arbeit dieses Forums geben.

12.6 Ergebnisse einer Befragung der Teilnehmer des Qualitätszirkels

Der Qualitätszirkel als prozessbegleitendes Forum innerhalb des Modellprojekts wird in der Anlage dieses Forschungsvorhabens als eine wichtige Säule zur Verbesserung von Kooperation verstanden (vgl. I A.4.2; I A.5). Vor diesem Hintergrund ist es Ziel, die Qualität dieses Forums abzubilden.

Zu diesem Zweck wurde bereits in der Anfangsphase des Modellprojekts eine Befragung der Teilnehmer des QZ durchgeführt (vgl. I A.7.3.2). Die Ergebnisse dieser Befragung stellen sich wie folgt dar:

Zur Frage: WELCHE BEDEUTUNG MESSEN SIE DER ARBEIT IM QUALITÄTSZIRKEL BEI?

Insgesamt wird der Qualitätszirkelarbeit eine hohe Bedeutung beigemessen. Beispielhafte Aussagen lauten:

- "geeignete Plattform für Austauschprozesse",
- "notwendiges Gremium",
- "hohe Bedeutung",
- "hohes fachliches Niveau",
- "Grundlage für alle Aktivitäten in EVS",
- "entscheidend wichtig für die weitere Entwicklung der Studie".

Folgende von den Befragten genannte Arbeitsziele/Potentiale verdeutlichen die Relevanz des Qualitätszirkels:

- Entwicklung/Verbesserung von Kooperationsstrukturen
 - * Zeitnaher, regelmäßiger, zielgerichteter und intensiver Austausch bezüglich Zielen und Prozessen in der kombiniert ambulant-stationären Rehabilitation (insbesondere während der Implementierungsphase)
 - * enge Zusammenarbeit mit dem Leistungsträger
- Verbesserung der einrichtungsübergreifenden und trägerübergreifenden kollegialen Beziehungen
 - * Gegenseitiges Verständnis fördern, persönlichen Kontakt ausbauen

- * Fachaustausch
- * Erfahrungsaustausch
- Entwicklung neuer Therapieformen
 - * Verbesserung der Patientenversorgung
- Abbau von bürokratischen Hemmnissen
- Möglichkeit der Mitgestaltung des Modellprojekts und dessen Ergebnisse durch die Beteiligten
 - * Höhere Akzeptanz der Beteiligten durch Mitsprache

Kritische Anmerkungen:

- Die Qualitätszirkelarbeit erfolgt unter hohem Zeitdruck
- Bisher stand das Konzeptionelle sehr im Vordergrund, die Schwierigkeiten der technischen Umsetzung werden (noch) nicht erkannt

Zur Frage: HALTEN SIE DEN TEILNEHMERKREIS FÜR SINNVOLL? - HABEN SIE ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE?

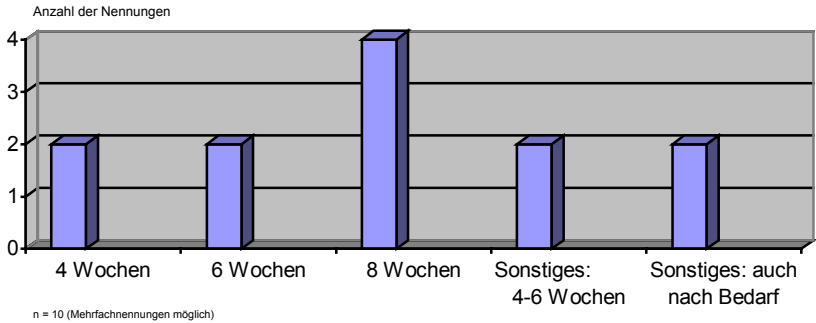
Alle Teilnehmer (n = 10) halten den Teilnehmerkreis grundsätzlich für sinnvoll.

Folgende Änderungswünsche werden genannt:

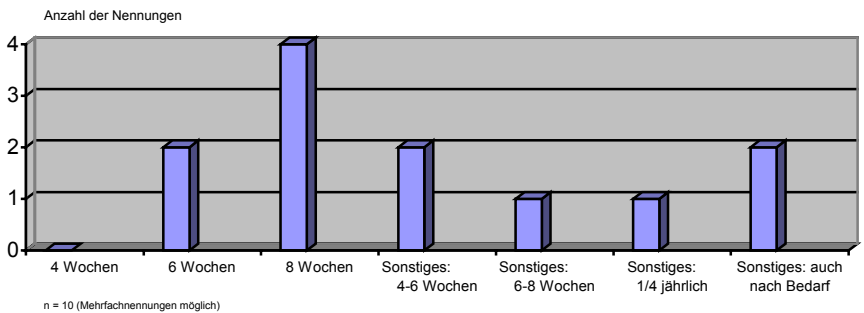
- Drei Teilnehmer wünschen sich eine Erweiterung des Teilnehmerkreises nach Bedarf in einzelnen Sitzungen (z.B. Leitende Therapeuten, Pflegekräfte etc.)
- Ein Teilnehmer fürchtet durch die Erweiterung des Teilnehmerkreises eine Verringerung der Produktivität der Qualitätszirkelarbeit
- Ein Teilnehmer kritisiert im ansonsten gut abgestimmten QZ das Fehlen einer Einrichtung, die überwiegend alkoholabhängige Frauen behandelt

Zur Frage: WELCHE FREQUENZ WÜNSCHEN SIE SICH FÜR DIE SITZUNGEN DES QUALITÄTSSZIRKELS?

Wünsche an die Sitzungsfrequenz im Jahr 2001:



Wünsche an die Sitzungsfrequenz im Jahr 2002/2003:

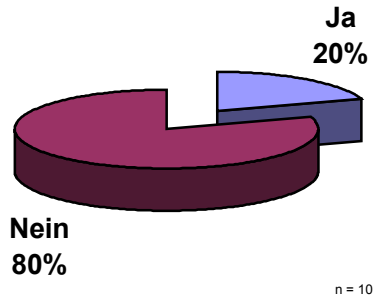


Zur Frage: WELCHE BISHER NICHT BESPROCHENEN INHALTE WÜNSCHEN SIE SICH FÜR DIE NÄCHSTEN SITZUNGEN IM QUALITÄTSZIRKEL?

Folgende Themen werden genannt:

- Vertiefte inhaltliche Diskussion über die Angebote, Therapiebausteine, Konzepte der einzelnen Einrichtungen sowie im Gesamtverbund
- Erfahrungsaustausch bei der inhaltlichen Umsetzung von EVS bei Patienten und Mitarbeitern
- Begleitung und Besprechung der am Patienten orientierten Abläufe
- Probleme der technischen Umsetzung (z.B. Minderbelegung in der Klinik aufgrund bereitgestellter Betten für EVS), Minimierung von Reibungsverlusten
- Probleme der verwaltungstechnisch engen Vorgaben, die den Handlungsspielraum in EVS einengen (z.B. Abrechnung ab Antragstellung, probatorische Sitzungen)
- Erörterung von Therapieplanung und Therapiezielen
- Fragen der Diagnostik
- Benchmarking der an EVS beteiligten Einrichtungen
- Vorbehalte der Teilnehmer
- Erwartungen/Befürchtungen durch EVS
- Erfolge/Misserfolge in EVS

Zur Frage: HABEN SIE AN DER BISHERIGEN ART DES UMGANGS MITEINANDER IM QUALITÄTSZIRKEL KRITIK ANZUMERKEN?



Negative Anmerkungen zum Umgang miteinander (d.h. obige Ja-Antworten):

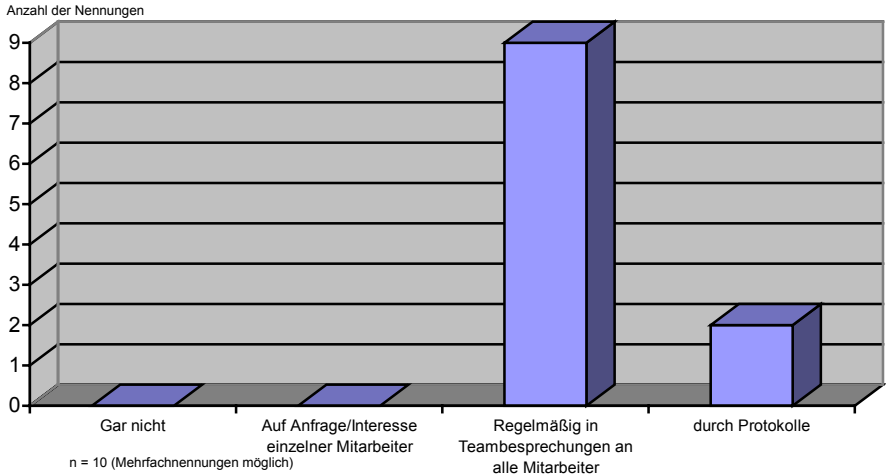
- Der starke Zeitdruck sowie der große Zeitaufwand in der Qualitätszirkelarbeit ist zu bemängeln; eine zu straffe Organisation hemmt Kreativität
- Das Protokoll ist um Inhalte erweitert, die im QZ nicht oder nicht in diesem Umfang Besprechungsgegenstand waren⁸

Positive Anmerkungen zum Umgang miteinander:

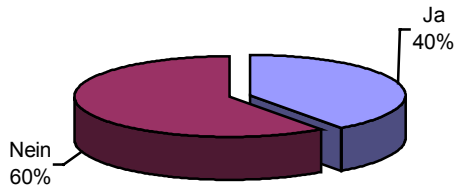
- Die Federführung der Sitzungen durch die Universität trägt zur gründlichen Vorbereitung und guten Strukturierung des QZ bei; sie ermöglicht eine angenehme Gesprächsführung

⁸ Hierzu ist von Seiten der wissenschaftlichen Begleitung anzumerken, dass obligatorisch zu Beginn einer jeden Sitzung des QZ von Seiten der Moderatoren Anmerkungen zum Protokoll des vorherigen QZ abgefragt wurden. Somit hatte jeder Teilnehmer in jeder QZ-Sitzung die Möglichkeit derartige Kritik zeitnah zu äussern. Gleichwohl wurde diese in Augen der wissenschaftlichen Begleitung sehr bedeutsame Kritik nach Bekanntwerden als Anlass genutzt, alle Teilnehmer nochmals auf die Relevanz der Protokollinhalte hinzuweisen und entsprechende Kritikpunkte sofort mitzuteilen.

Zur Frage: WIE ERFOLGT DIE WEITERLEITUNG DER ERGEBNISSE DER QUALITÄTSZIRKELARBEIT AN DIE MITARBEITER IN IHRER EINRICHTUNG?



Zu Frage: HABEN IHRE MITARBEITER WÜNSCHE/ANREGUNGEN FÜR DIE ARBEIT IM QUALITÄTSZIRKEL GEÄUSSERT? WENN JA, WELCHE?

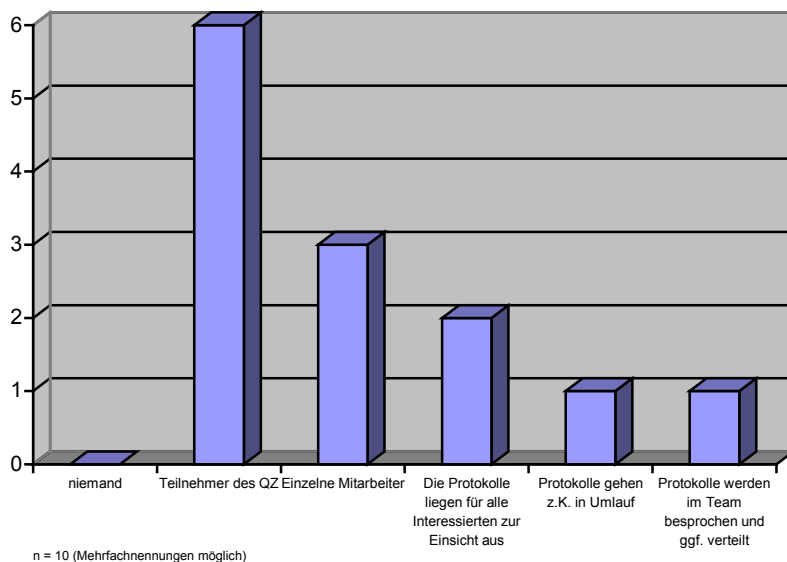


n = 10

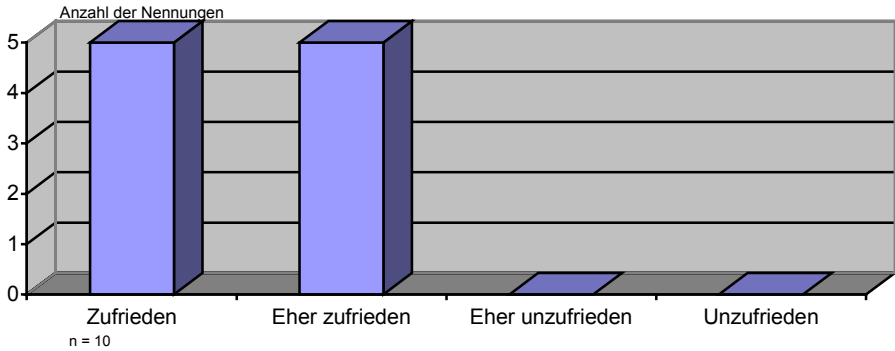
Wünsche der Mitarbeiter (obige Ja-Antworten):

- Informationsveranstaltungen vor Ort
- Die Mitarbeiter möchten in die Arbeit einbezogen werden
- Die Mitarbeiter möchten zu einem späteren Zeitpunkt im Qualitätszirkel mitarbeiten
- Treffen aller EVS-Therapeuten am Anfang und in ½jährlichen Abständen
- Informationen, was in der Vor- und Nachbehandlung erfolgt; Informationen/Erfahrungsaustausch zur praktischen Durchführung

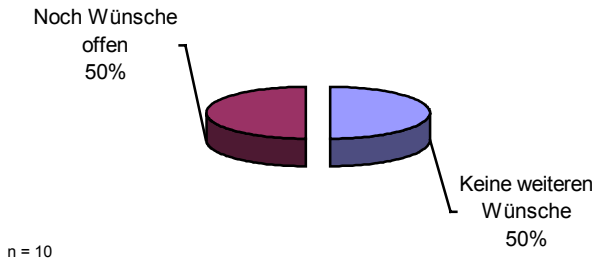
Zur Frage: WER LIEST DIE PROTOKOLLE ÜBER DIE ARBEIT IM QUALITÄTSZIRKEL?



Zur Frage: WIE ZUFRIEDEN SIND SIE MIT DER BISHERIGEN ARBEIT IM QUALITÄTSZIRKEL?



Zur Frage: WELCHE WÜNSCHE/VORSTELLUNGEN HABEN SIE FÜR DIE WEITERE ARBEIT IM QUALITÄTSZIRKEL?



Folgende noch offene Wünsche/Anregungen bzw. Kritik werden genannt:

- Die Qualitätszirkel auch in den Einrichtungen stattfinden lassen (Verbesserung der Identifizierung mit dem LVA-Uni-Projekt)
- Die Ergebnisse des Qualitätszirkels erscheinen bereits im Vorfeld festgelegt; Wunsch nach mehr ergebnisorientierter Diskussion

- Die Strukturierung der QZ per Tagesordnung und Hausarbeiten ist sinnvoll, aber manchmal zu eng gefasst; mehr Freiräume und längere Besprechungszeiten schaffen!
- Mehr Raum für Inhalte
- Ein Top "Erfahrungen mit der Umsetzung EVS" sollte in jedem QZ auftauchen
- Wissenschaftlichkeit legitimiert sich oftmals durch "hohen Papiereinsatz". Weniger "Papiereinsatz" sollte nicht nur für EVS, sondern auch für den QZ gelten (z.B. hätte der Fragebogen für die Teilnehmer durch eine mündliche Zwischenbilanz im QZ ersetzt werden können)
- Lösung der Belegungsprobleme für die Fachklinik
- Positiv ist die gute Vorbereitung des QZ, die zeitliche Erstellung der Protokolle sowie die konkrete Benennung zwischenzeitlich zu erledigender Aufgaben

13 Informations-/Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Modellprojekts

Die Beteiligten des Modellprojekts und die Projektgruppe der Universität Oldenburg sind daran interessiert, die konzeptionellen Ideen und Erfahrungen in EVS an die (Fach-)Öffentlichkeit zu tragen und sowohl neue Impulse für den Bereich der Suchtkrankenhilfe zu geben als auch für die Fortführung des Modells zu bekommen.

In diesem Zusammenhang können eine Reihe von Veranstaltungen genannt werden:

- Am 18. Januar 2001 veranstaltete die Diakonie Oldenburg unter Beteiligung ihrer Einrichtungen sowie der geladenen Gäste LVA Oldenburg-Bremen und Universität Oldenburg einen Fachtag "Entwöhnungsbehandlung im Verbundsystem (EVS)". Im Mittelpunkt der Diskussion standen v.a. die Themen "Case Management", "Diagnostik und Dokumentation" sowie "Therapieplanung, -ziele und -durchführung (methodisch und organisatorisch)".

Die Veranstaltung wurde hinsichtlich des Erfahrungsaustauschs von den Beteiligten als sehr gewinnbringend eingeschätzt. Daher wurde im Rahmen des Qualitätszirkels ein entsprechender trägerübergreifender Fachtag für alle EVS-Therapeuten und -beteiligten für eine spätere Phase der Modellumsetzung vereinbart.

- Ebenfalls im Januar 2001 stellten Herr Ahlrichs und Herr Hedden von der Suchtberatung Friesland das Modellprojekt auf einer Sitzung der "Therapiekette Niedersachsen" vor.
- Am 21./22. März 2001 stellte Herr Müller, leitender Sozialtherapeut der Fachklinik St. Marienstift - Dammer Berge, das Modellprojekt auf der Jahrestagung des "buss" vor.
- Am 21. März 2001 feierte die Beratungsstelle Stiftung Edith Stein in Cloppenburg ihr 20-jähriges Jubiläum. Anlässlich dieser Feier berichtete der damalige Leiter der Beratungsstelle - Herr Wolking - über EVS. Vom 18. - 20. Juni 2001 fand in Heidelberg der 14. Kongress des Fachverbandes Sucht e.V. "Die Zukunft der Suchtbehandlung: Trends und

Prognosen" statt. Die Universität gab unter dem Titel "Effiziente Rehabilitation durch Kooperation: Was erfordert eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Leistungsanbietern und Leistungsträgern?" einen Einblick in die konzeptionellen und praktischen Relevanzen der EVS.

- Am 22. Juni 2001 war die Universität zu Gast auf einer Sitzung des Regionalen Arbeitskreises Betriebliche Suchtprävention (RABS), die zu diesem Termin den Themenschwerpunkt "Vernetzung in der Suchtkrankenhilfe" behandelte. Die Möglichkeiten der Verbundbehandlung wurden aufgezeigt und eingehend mit den betrieblichen Vertretern diskutiert.
- Am 8. November 2001 wird die LVA Württemberg in Zusammenarbeit mit der Diakonie Württemberg einen Fachtag ausrichten, zu der die Universität Oldenburg als Referenten eingeladen wurden. Die Veranstaltung soll u.a. den Erfahrungsaustausch bzgl. des Stands der Vernetzung im ambulant-stationären Suchtkrankenhilfebereich fördern.

Bereits in der Implementierungsphase von EVS bestand ein Informationsaustausch zwischen der Universität Oldenburg und der LVA Württemberg, die bereits seit 1996/97 in Kooperation mit der dortigen Diakonie die Idee der kombiniert stationär-ambulanten Rehabilitationsverläufe durch die Übernahme von pauschalen Kostenzusagen unterstützt. Seitens der Diakonie wurde hierzu ein Rahmenkonzept entwickelt, dessen Umsetzung jedoch nicht unter wissenschaftlicher Begleitung stand.

14 Erste Ergebnisse der Patienten- und Therapeutenbefragung

14.1 Modellgruppe

Für eine erste Analyse der Patienten- und Therapeutendaten wurden alle Fragebögen eingeschlossen, die zwischen dem 1. Januar 2001 und dem 30. Juni 2001 bei der Universität Oldenburg eingegangen sind und sich auf die ersten Behandlungsabschnitte (ambulanter Vorlauf/Indikationsphase sowie erster Wechsel in die stationäre Therapiephase) beziehen. Folgende Fragebögen stehen für eine erste Analyse zur Verfügung:

Fragebogenbezeichnung	Ausgewertete Anzahl
Fragebogen für den Klienten bei Beginn der Behandlung (PAB-M)	39
Anfangsbefragung des Therapeuten bei Beginn der Behandlung (TAB-M)	41
Fragebogen für den ambulanten Therapeuten beim Wechsel des Klienten in stationäre Therapie (TAWFK-M)	13
Fragebogen für den Patienten nach Wechsel in die Fachklinik (PWFK-M)	21
Fragebogen für den stationären Therapeuten nach Wechsel des Patienten in die Fachklinik (TWFK-M)	21
Gesamtzahl	125

Tabelle 5: Übersicht über die zum Eröffnungsbericht analysierten Fragebögen

14.1.1 Zur Anfangsbefragung der Patienten (PAB-M)

Die Anfangsbefragung der Patienten lässt folgende Charakterisierung der EVS-Patienten zu: Von insgesamt 39 befragten Klienten sind drei (7,7 %) weiblich und 36 (92,3 %) männlich. Das Alter liegt zwischen 28 und 60 Jahren, im Durchschnitt beträgt es 40 Jahre.

Bezüglich der sozialen Integration der Patienten/Klienten können folgende Daten herangeführt werden: Von 39 Klienten leben 14 (35,9 %) alleine, 14 (35,9 %) in einer festen und niemand in einer zeitweiligen Beziehung. Elf

Personen (28,2 %) geben sonstige Partnerschaftsformen an (sieben getrennt lebend, zwei verheiratet, einer geschieden und einer zur Zeit alleinstehend).

Ordnet man die Angaben unter "Sonstiges" den beiden Antwortkategorien "alleinstehend" und "feste Beziehung" zu, ergibt sich insgesamt folgendes Bild: 23 Patienten (59 %) leben zur Zeit alleine und 16 (41 %) in einer festen Beziehung oder Ehe.

Die Zufriedenheit mit der vorhandenen oder fehlenden Partnerschaft kann der nachfolgenden Graphik entnommen werden und zeigt, dass der Großteil der Patienten im zufriedenen Bereich liegt.

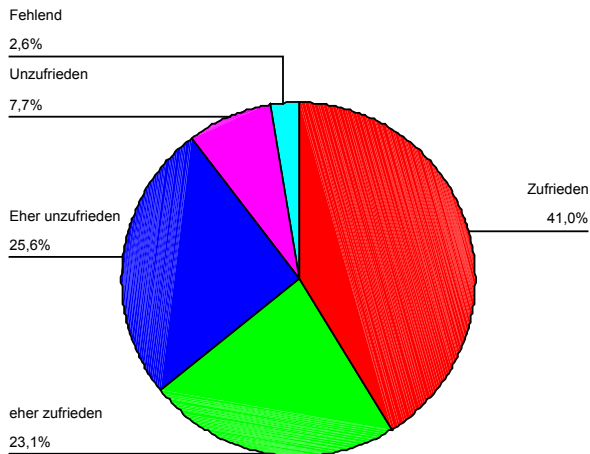


Abbildung 31: Zufriedenheit der Patienten mit ihrer vorhandenen bzw. nicht vorhandenen Partnerschaft

Die Zufriedenheit mit dem Freundeskreis, die als weiteres Maß für soziale Integration genommen werden kann, ist bei den 39 befragten Patienten insgesamt recht hoch.

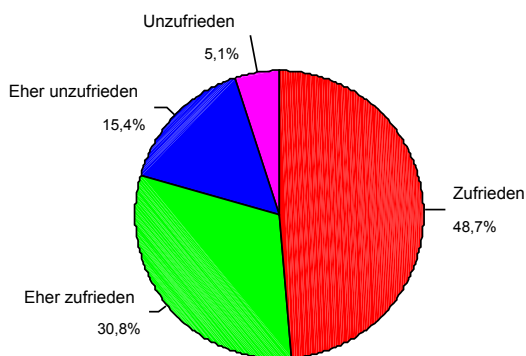


Abbildung 32: Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Freundeskreis

Zur beruflichen Integration kann gesagt werden, dass 20 (51,3 %) der 39 befragten Patienten zum Befragungszeitpunkt arbeitslos sind (vgl. Abbildung Berufliche Tätigkeit). Wiederum 39,9 % waren im Laufe ihres Lebens bereits länger als ein Jahr arbeitslos.

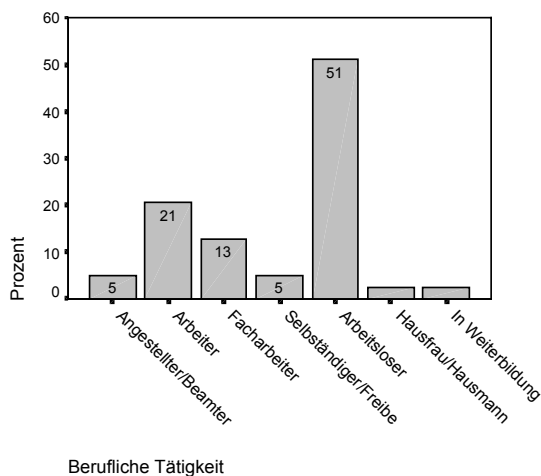


Abbildung 33: Derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit der Patienten

Der Großteil der Patienten (71,8 % = 28 Personen) hatte bereits vor der Entwöhnung im Verbundsystem aufgrund der Alkoholproblematik Kontakte zur Suchtkrankenhilfe. Die folgende Tabelle zeigt, welche Hilfen im einzelnen aufgesucht wurden:

Kontakte zum Hilfesystem	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Entgiftung in einem Krankenhaus	23	23,7	23,7
Beratung in einer Beratungsstelle	23	23,7	47,4
Hausarzt	17	17,5	64,9
Selbsthilfegruppe	16	16,5	81,4
Entwöhnung in einer Klinik	10	10,3	91,7
Psychologe	5	5,2	96,9
Entwöhnung in einer Beratungsstelle	3	3,1	100,0
Insgesamt	97	100,0	

Tabelle 6: Kontakte zum Hilfesystem vor der Entwöhnungsbehandlung im Verbund (Mehrfachnennungen möglich)

Hinsichtlich der Patientenantworten, die sich auf den Informationsgrad über die bevorstehende Behandlung beziehen, können folgende Aussagen gemacht werden. 44,7 % der befragten Klienten ($n = 38$) wissen noch nicht, wie lange die gesamte Entwöhnungsbehandlung voraussichtlich dauern wird. Diese Einschätzung kann unterschiedlich interpretiert werden: Entweder haben die Befragten nicht wahrgenommen, dass in EVS von einer Gesamtbehandlung von einem Jahr auszugehen ist, oder sie kennen diesen zeitlichen Referenzraum, wissen aber noch nicht, wieviel der zur Verfügung stehenden Zeit sie tatsächlich in Anspruch nehmen wollen. Diejenigen Patienten, die ihre Gesamttherapie zeitlich einordnen, machen folgende Angaben:

Behandlungszeit in Wochen	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
8 Wochen	2	9,5	9,5
12 Wochen	3	14,3	23,8
12-16 Wochen	1	4,8	28,6
16 Wochen	2	9,5	38,1
26 Wochen	1	4,8	42,9
52 Wochen	12	57,1	100,0
Gesamt	21	100,0	

Tabelle 7: Einschätzungen der Patienten zur Gesamtbehandlungszeit

Offensichtlich ist die Mehrheit der Patienten über die zeitlichen Behandlungsmöglichkeiten in EVS informiert. Es wird aber ebenfalls deutlich, dass für 38,1 % der Patienten der stationäre Aufenthalt der Gesamtbehandlung entspricht, da hier die stationären Behandlungsvarianten von 8 bis zu 16 Wochen als zeitlicher Bezugsrahmen genannt werden.

Der Informationsstand der Patienten über EVS ist auch über die folgenden Aussagen ablesbar: Von insgesamt 37 Patienten wissen 62,2 %, dass die Behandlung in der Beratungsstelle beginnt; die restlichen 37,8 % gehen davon aus, dass die eigentliche Therapie in der Klinik startet. Etwa die Hälfte der Klienten (51,5 %, $n = 33$) wissen, dass sie bei Bedarf auch mehrmals zur Behandlung in die Fachklinik wechseln können. Nimmt man aus dieser Zahl die Patienten heraus, für die kein stationärer Aufenthalt vorgesehen ist (rein ambulante Entwöhnungen, vier Personen), und die folglich zu recht davon ausgehen, dass für sie kein mehrmaliger stationärer Aufenthalt möglich ist, steigt der Anteil der Informierten auf 55,2 %. Hinsichtlich der Wahrnehmung des Behandlungsabschlusses gehen lediglich 8,6 % der Klienten davon aus, dass die Therapie nach dem Klinikaufenthalt beendet ist. Die restlichen 91,4 % ($n = 35$) wissen, dass eine ambulante Weiterbehandlung angezeigt ist.

Zeigt sich anhand dieses Bildes, dass die Patienten nicht in allen Punkten über das vollständige Wissen des ihnen in EVS offerierten Behandlungsangebots verfügen, so fühlen sich die Patienten selber jedoch gut informiert.

Auf die Aussage "Über die verschiedenen, mir offenstehenden Behandlungsmöglichkeiten fühle ich mich gut informiert" (dreistufige Bewertung "Ja, gut", "Es geht so" und "Nein") erfolgt insgesamt nachstehende Einschätzung:

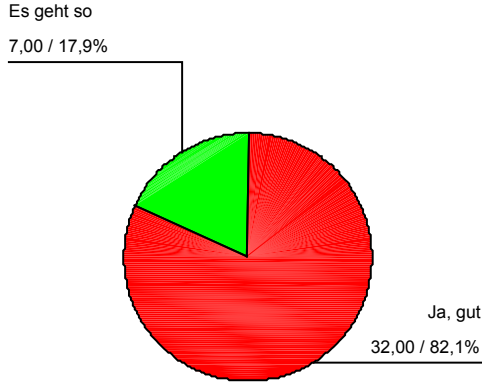


Abbildung 34: Bewertung der Informationen über die Behandlung seitens der Patienten

14.1.2 Zur Anfangsbefragung der Therapeuten (TAB-M)

Die Analyse der Patientendaten hat gezeigt, dass es unter den Behandelten einen relativ hohen Anteil Arbeitsloser gibt. Dementsprechend schätzen die Therapeuten das Thema Arbeitslosigkeit bzw. berufliche Wiedereingliederung als besonders behandlungsrelevant für die Patienten ein. Nach Ansicht der Therapeuten sind folgende Maßnahmen für die Patienten notwendig:

Arbeits- und Berufsbezogene Behandlungsangebote	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Gespräch(e) mit einem Therapeuten über Arbeit und Beruf	29	34,1	34,1
Gespräch(e) mit einem Berater des Arbeitsamtes	14	16,5	50,6
Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche (z.B. Bewerbungstraining)	13	15,3	65,9
Keine	10	11,8	77,7
Informationsveranstaltungen über Möglichkeiten der Ausbildung, Weiterbildung und Umschulung	8	9,4	87,1
Gespräche mit dem Reha- Berater/Rentenberater der LVA	5	5,9	93,0
Praktikum in einem Betrieb	3	3,5	96,5
Sonstiges	3	3,5	100,0
Insgesamt	85	100,0	

Tabelle 8: Arbeits- und Berufsbezogene Angebote, die nach Meinung der Therapeuten für die Klienten vorgehalten werden sollten (Mehrfachnennungen möglich)

Bezüglich der Behandlungserfahrung der Klienten entsteht nach Analyse der vorliegenden Datensätze folgendes Bild. Alle Klienten hatten in den letzten zwölf Wochen vor Aufnahme der medizinischen Rehabilitation Kontakte zur Suchtberatungsstelle. Die Spanne reicht hier von drei bis zu 18 bei durchschnittlich acht Kontakten. Etwa ein Drittel (34,1 %) der Klienten ($n = 41$) nahm in dem gleichen Zeitraum vor Beginn der Behandlung bereits an Treffen einer Selbsthilfegruppe teil.

Hinsichtlich der beantragten Behandlungsvarianten und dem Antragsverfahren lässt sich folgendes Zwischenresümee feststellen: Bisher werden die verschiedenen Varianten in EVS ausgewogen in Anspruch genommen, wobei erwartungsgemäß eine relative Häufung bei der langfristigen stationären Entwöhnungsmaßnahme auftritt.

Behandlungsvarianten	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozepte
Ambulante Entwöhnung inklusive acht Wochen stationäre Entwöhnung	7	17,1	17,1
Stationäre Kurzzeitbehandlung bis zu acht Wochen und ambulante Entwöhnung	8	19,5	36,6
Mittelfristige stationäre Behandlung bis zu zwölf Wochen und ambulante Entwöhnung	10	24,4	61,0
Langfristige stationäre Behandlung bis zu 16 Wochen und ambulante Entwöhnung	16	39,0	100,0
Gesamt	41	100,0	

Tabelle 9: Frequentierung der Behandlungsvarianten in EVS

Vergleicht man die beantragte stationäre Therapiezeit mit dem tatsächlich für den ersten Klinikaufenthalt eingesetzten Behandlungszeitraum, wird deutlich, dass die in EVS konzeptionell angelegte Flexibilität seitens der ambulanten Behandler ausgenutzt wird. Die beantragte stationäre Gesamtzeit wird nicht in jedem Fall sofort vollständig eingesetzt.

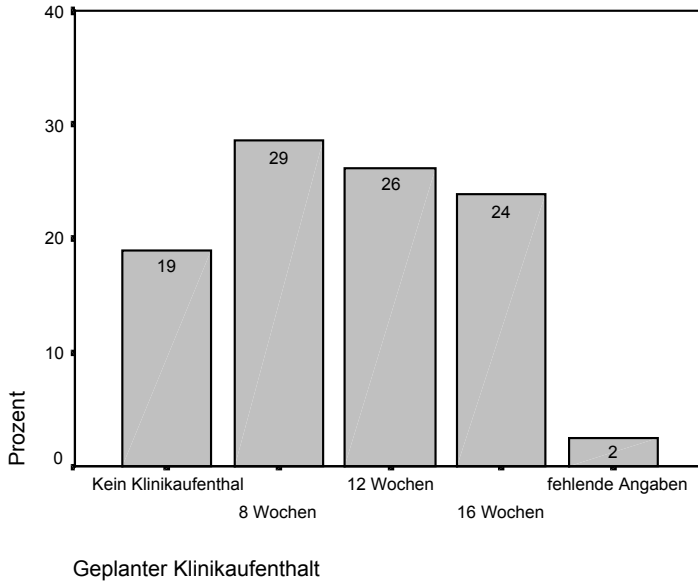


Abbildung 35: Für den Patienten geplanter zeitlicher Umfang des ersten Klinikaufenthalts im Rahmen der EVS-Behandlung

Die Kostenzusagen seitens der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen liegen in einem Zeitraum zwischen zehn und 70 Tagen in der Suchtberatungsstelle vor ($n = 34$). Die durchschnittliche Dauer beträgt hier 21,68 Tage. Knapp zwei Drittel der Mitarbeiter (63,4 %) aus den Suchtberatungsstellen sehen im Zusammenspiel mit der LVA keine Probleme im Antragsverfahren. Das andere Drittel (36,6 %) benennt bei den Problemen der Zusammenarbeit überwiegend die zu lange Bearbeitungszeit zwischen Antragstellung und Bewilligung seitens der LVA.

Im Kontakt zum Verbundpartner Klinik können zum jetzigen Zeitpunkt folgende Zwischenergebnisse berichtet werden:

Die Frage, ob es im Hinblick auf die Therapieplanung für einen Klienten bereits Kontakte mit einer Verbundklinik gab, wird überwiegend bestätigt. 74,5 % der nachstehend aufgeführten Antworten beziehen sich auf einen solchen Austausch im Hinblick auf die Therapieplanung:

Angaben zur Abstimmung der Therapieplanung	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
<i>Nein, es gab zum jetzigen Zeitpunkt keine Kontakte</i>	13	25,5	25,5
<i>Ja, telefonsch</i>	29	56,9	82,4
<i>Ja, schriftlich</i>	5	9,8	92,2
<i>Ja, Besuch in der Beratungsstelle</i>	0	0	92,2
<i>Ja, Besuch in der Klinik</i>	4	7,8	100,0
Insgesamt	51	100,0	

Tabelle 10: Angaben der ambulanten Therapeuten, inwiefern sie sich mit den stationären Kollegen hinsichtlich der Therapieplanung für die Klienten abstimmen (Mehrfachnennungen möglich)

Die Anzahl der Kontakte zum stationären Kollegen zwecks Therapieplanung belaufen sich zwischen einem und vier (durchschnittlich 1,72 Kontakte). Die Dauer der Zusammenkünfte erstreckt sich bis zu maximal 15 Minuten (durchschnittliche Dauer 6,04 Minuten). Dies verdeutlicht den (Zeit)-Aufwand für derartige Abstimmungsprozesse.

Während die Therapieplanung von knapp zwei Drittel der Therapeuten auf möglichst direkte bzw. persönliche Weise (Telefonat oder sogar Besuch) vorgenommen wird, erfolgt die Festlegung der Behandlungsvariante seitens der Suchtberatungsstellen überwiegend alleine, d.h. ohne Abstimmung mit dem stationären Kollegen (94,9 % ohne versus 5,1 % mit Abstimmung). Die kurzfristige Bereitstellung von stationären Therapieplätzen kann in EVS gewährleistet werden. Kein ambulanter Behandler gibt an, dass die kurzfristige Aufnahme seitens der Klinik unmöglich ist:

	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Therapieplatz in der Klinik stehtkurzfristig zur Verfügung	29	74,4	74,4
Bereitstellung des Therapieplatzes ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht geklärt	10	25,6	100,0
Gesamt	39	100,0	

Tabelle 11: Kurzfristige Bereitstellung von stationären Therapieplätzen

Es werden in dem ersten Behandlungsabschnitt so gut wie keine Probleme in der Zusammenarbeit mit der Klinik festgestellt (94,6 % keine Probleme, $n = 37$). In zwei Fällen wurden Probleme gesehen, die sich zum einen auf die nicht erfolgte Abstimmung bezüglich der Indikation des Klienten bezogen, und zum anderen die mangelnde Kenntnis des Sozialberichts seitens des stationären Kollegen betraf.

14.1.3 Zur Befragung des ambulanten Therapeuten beim Wechsel des Klienten in die Fachklinik (TAWFK-M)

Nach Angaben der ambulanten Therapeuten ($n = 11$) beträgt die Dauer der Indikationsphase derzeit zwischen null und acht Wochen bei durchschnittlich knapp drei (2,95) Wochen. In dieser Zeit werden pro Klient zwischen zwei bis sechs (durchschnittlich 3,73) Einzelgespräche, jedoch keine Gruppengespräche geführt und entsprechend viele Therapieeinheiten für diese Behandlungsphase eingesetzt.

Hinsichtlich der Vorbereitung des Klienten für den stationären Aufenthalt werden folgende Angaben gemacht: Neun ambulante Therapeuten (52,9 %) geben an, mit dem stationären Kollegen telefoniert zu haben, vier (23,5 %) berichten über ein persönliches Gespräch mit dem Klinik-Kollegen in dessen Einrichtung und weitere vier (23,5 %) haben schriftlich mit dem zuständigen Mitarbeiter der Fachklinik korrespondiert (insgesamt 17 Nennungen, Mehrfachantworten möglich). Es werden zwischen einem und drei (durchschnittlich 1,64) Kontakte geführt ($n = 11$), die fünf bis zu 45 (durchschnittlich 17,5) Minuten in Anspruch nehmen ($n = 10$).

Die Notwendigkeit für den Klienten, das ambulante Setting zu verlassen, wird von den Therapeuten folgendermaßen begründet:

Gründe für den Wechsel der Behandlungsform	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Bedarf an intensiverer Betreuung als es in der BS möglich ist	11	31,4	31,4
Rückfall bzw. drohender Rückfall	6	17,1	48,5
Herausnahme aus dem sozialen Umfeld	6	17,1	65,6
Der Therapieplan sah einen Wechsel der Behandlungsform vor (Variante 2, 3, 4)	5	14,3	79,9
Persönliche bzw. familiäre Krise	4	11,4	91,3
Sonstiges	3	8,6	99,9
Suizidversuch	0	0	99,9
Insgesamt	35	100,0	

Tabelle 12: Gründe, die gegen die Fortsetzung der Behandlung im ambulanten Setting von den ambulanten Therapeuten angeführt werden (Mehrfachantworten möglich)

Die Zuweisungen in die beteiligten Verbundfachkliniken erfolgen gleichwertig: Jeweils etwa zur Hälfte wechseln die Patienten in die Fachklinik St. Marienstift - Dammer Berge und in die Fachklinik Oldenburger Land mit ihren beiden Abteilungen. Die Abteilung "To Hus" wird dabei vergleichsweise seltener belegt:

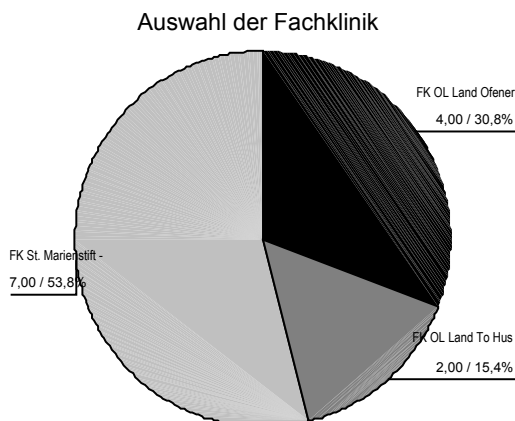


Abbildung 36: Belegung der Fachkliniken in EVS

Hinsichtlich der im Modellprojekt EVS besonders bedeutsamen Übergabegespräche beim Wechsel des Behandlungsortes lässt sich folgendes sagen: Von 13 befragten ambulanten Therapeuten geben zwölf an, dass sie ihren Klienten alleine in die Klinik begleiten haben (eine fehlende Angabe). Auf der Fahrt erfuhren ein Drittel der Therapeuten (33,3 %) wichtige Informationen über den Klienten, die in dieser Form vorher nicht gesammelt werden konnten. Scheinbar bietet der im Vergleich zu den therapeutischen Sitzungen andere, eher "unkonventionelle" Rahmen einer persönlichen Fahrt in die Klinik noch einmal Gelegenheit, den Klienten von einer anderen Seite kennen zu lernen.

Die reine Fahrtzeit für den Weg in die Klinik nimmt zwischen 25 Minuten und zwei Stunden (durchschnittlich 52,08 Minuten; Standardabweichung 24,54 Minuten) in Anspruch. Wenn man die durchschnittliche Fahrtzeit zur Klinik berücksichtigt und entsprechend der noch anstehenden Rückfahrt der ambulanten Therapeuten in die Beratungsstelle verdoppelt, kann pro Hin- und Rückfahrt insgesamt eine zeitliche Belastung von durchschnittlich 104,16 Minuten festgestellt werden. Die Vergütung für Übergabefahrten von 170,- DM (inklusive Fahrtkosten), die zwei ambulanten Therapieeinheiten à 50 Minuten entspricht, kann somit in dieser ersten Auswertung der anfänglichen Fälle als angemessen beurteilt werden. Sicherlich muss dieser Bewertung der zeitliche Aufwand der Übergabegespräche selber hinzugefügt werden. Die Dauer der Gespräche wird von Seiten der ambulanten Therapeuten mit 10 Minuten bis zu einer Stunde (durchschnittlich 31,54 Minuten; Standardabweichung 16,51 Minuten) angegeben. Inwiefern der zeitliche (und organisatorische) Aufwand für eine persönliche Schnittstellengestaltung ambulant-stationär gerechtfertigt und kostendeckend ist, muss durch die weitere Datenerhebung und -analyse in EVS überprüft werden.

In so gut wie allen Fällen (zwölf von 13) wird ein persönliches Übergabegespräch beim Wechsel in die Fachklinik durchgeführt. Alternativ gibt ein Therapeut den Klienten per telefonischer Übergabe in die weiterbehandelnde Einrichtung. Folgender Personenkreis nimmt an den Übergabegesprächen teil:

Teilnehmende am Übergabegespräch	Häufigkeit	Prozentwert	kumulierter Prozentwert
Ambulanter und stationärer Therapeut	1	8,3	8,3
Ambulanter und stationärer Therapeut, Klient	6	50,0	58,3
Ambulanter und stationärer Therapeut, Klient, Angehörige(r)	2	16,7	75,0
Ambulanter und stationärer Therapeut, Klient, weitere Person (z.B. Co-Therapeut, Praktikant)	2	16,7	91,7
Ambulanter und stationärer Therapeut, Angehöriger	1	8,3	100,0
Insgesamt	12	100,0	

Tabelle 13: Teilnehmender Personenkreis bei Übergabegesprächen ambulant-stationär

In dem Übergabegesprächen werden zum überwiegenden Teil (85 %) verbindliche Aufgaben für den ambulanten Therapeuten festgelegt, die der Aufrechterhaltung des Kontakts zum Klienten oder zu dessen Behandlung dienen bzw. die parallel zur Klinikarbeit stattfindende Behandlung betreffen:

Vereinbarte Aufgaben	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Persönliche oder telefonische Kontaktaufnahme zum stationären Therapeuten während des Klinikaufenthalts des Klienten	10	50,0	50,0
Persönliche oder telefonische Kontaktaufnahme zum Klienten während der stationären Phase	5	25,0	75,0
Keine	3	15,0	90,0
Gespräche mit Personen des sozialen Umfeldes, u.a. Angehörige, Arbeitskollegen, Arbeitgeber	2	10,0	100,0
Insgesamt	20	100,0	

Tabelle 14: Im Übergabegespräch vereinbarte Aufgaben für den ambulanten Therapeuten (Mehrfachnennungen möglich)

Auf die Frage "Wie schätzen Sie den Nutzen der gesamten Übergabe hinsichtlich des Informationsgehaltes für die weitere Behandlung dieses Klienten ein?" ergibt sich insgesamt betrachtet folgendes Bild ($n = 13$):

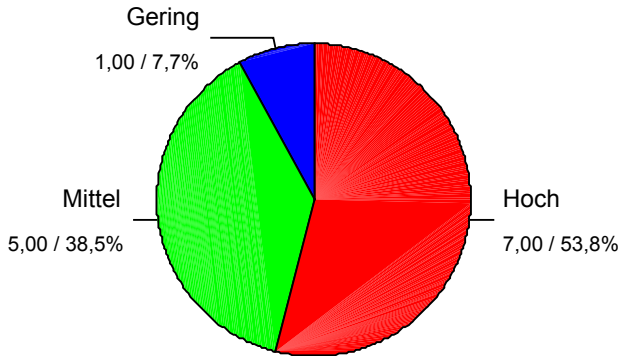


Abbildung 37: Einschätzungen der ambulanten Therapeuten zum Nutzen des Übergabegesprächs hinsichtlich des Informationsgehalts für die weitere Behandlung des Patienten

Lediglich ein Therapeut beurteilt den Nutzen für die Übergabe als gering und stellt somit den betriebenen Aufwand für den ambulant-stationären Behandlungswechsel für diesen Klienten in Frage. Insgesamt zeichnet sich jedoch ein recht positives Bild hinsichtlich der Sinnhaftigkeit von persönlichen Übergaben im Rahmen der Verbundrehabilitation.

14.1.4 Zur Befragung des Patienten nach Wechsel in die Fachklinik (PWFK-M)

Die Patienten werden in diesem Fragebogen zunächst um ein erstes Resümee ihrer bisherigen Behandlung in der Beratungsstelle gebeten. Von insgesamt 21 Befragten äussern 81 % (17 Personen) ihre Zufriedenheit, wohingegen die restlichen 21 % (4 Personen) teils zufrieden und teils unzufrieden mit ihrer ambulanten Behandlung sind. Niemand gibt in diesem Zusammenhang an, unzufrieden zu sein.

Die Begleitung in die Fachklinik seitens des ambulanten Bezugstherapeuten hat für 15 von 21 befragten Patienten stattgefunden.

Diese Gruppe bewertet die Begleitung durch den Bezugstherapeuten überwiegend als sehr wichtig bzw. wichtig (86,7 %, Häufigkeit = 13). Unter Einbeziehung der nicht-begleiteten Patienten stellen sich die Angaben wie folgt dar ($n = 21$):

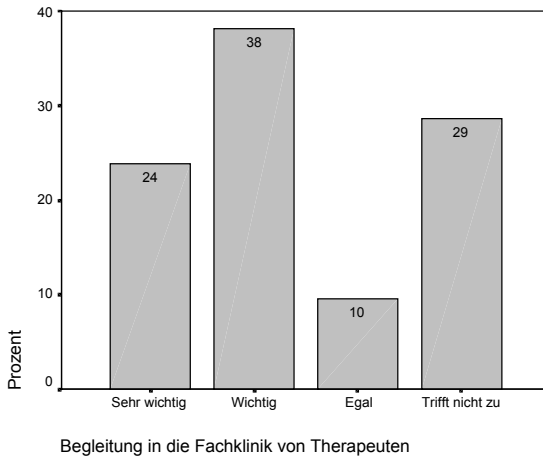


Abbildung 38: *Bewertung seitens der Patienten, wie wichtig ihnen die Begleitung in die Fachklinik durch den Bezugstherapeuten ist*

76,2 % (16 Personen) der Patienten führen gegenüber 23,8 % (5 Personen) ein gemeinsames Übergabegespräch mit dem ambulanten sowie stationären Therapeuten. Folgende Einschätzungen werden seitens dieser Klienten vorgenommen:

Die Aussage "Das gemeinsame Gespräch hat mir den Kontakt zum stationären Therapeuten erleichtert" bewerten 73,3 % (11 Personen) als zutreffend. Die restlichen 26,7 % (4 Personen) sind bei der Einschätzung unentschieden.

85,7 % der Patienten (12 Personen) meinen, dass in dem Gespräch Themen besprochen wurden, die für ihren Klinikaufenthalt wichtig erscheinen. Jeweils ein Patient (7,1 %) ist unentschieden bzw. hat nicht den Eindruck, dass bedeutsame Themen besprochen wurden.

Die Aussage "Ich fühlte mich im Gespräch eher überflüssig" wird von keinem der Patienten bestätigt. Zwei Patienten (14,3 %) sind bei der Beurteilung unentschieden und 12 Personen (85,7 %) wenden sich gegen eine sol-

che Einschätzung der Gesprächssituation, sie wurden also gut in die Übergabe einbezogen.

Nicht ganz so deutlich zeichnet sich in dem Übergabegespräch ein Bild des bevorstehenden Klinikaufenthalts ab. Den Satz "Durch das gemeinsame Gespräch mit den Therapeuten ist mir aufgegangen, was mich in der Klinik erwartet" bewerten sieben Patienten (46,7 %) mit zutreffend. Jeweils vier Befragte (jeweils 26,7 %) sind unentschieden bzw. haben durch das Gespräch keine Vorstellung über ihren zukünftigen Behandlungsabschnitt gewonnen.

Diejenigen Patienten, die kein gemeinsames Übergabegespräch mit den beiden Therapeuten hatten, kommen zu folgenden Einschätzungen. Sieben Patienten (87,5 %) geben an, trotz fehlendem Gespräch keine Schwierigkeiten gehabt zu haben, sich schnell in die Situation in der Klinik einzufinden und zum stationären Therapeuten Kontakt aufzunehmen. Ein Patient (12,5 %) bestätigt jedoch derartige Schwierigkeiten.

Von sieben Patienten, die ohne Übergabegespräch in die Klinik wechselten hätte sich ein Patient (14,3 %) ein solches Gespräch gewünscht, zwei (28,6 %) sind unentschieden und vier weitere (57,1 %) vermissen die persönliche Übergabe nicht.

Von sechs Patienten liegen freie Meinungsäußerungen zum Thema Übergabegespräch vor, die hier beispielhaft aufgeführt werden sollen, um Anhaltspunkte dafür zu gewinnen, welche subjektive Bedeutung die persönlich gestalteten Behandlungswechsel für die Patienten haben.

Ein Patient, der kein Übergabegespräch mit seinen Therapeuten führte, schreibt dazu: "Das Übergabegespräch war mir etwas zu allgemein gehalten. Hätte mir etwas mehr Informationen gewünscht". Die restlichen fünf Klienten nahmen an einem Gespräch teil und beurteilen dies folgendermaßen: "War ganz in Ordnung", "Durch das Übergabegespräch wird die Aufnahme in die Klinik erleichtert", "Schön, eine vertraute Person aus der Beratungsstelle dabei zu haben", "Ich finde das gemeinsame Übergabegespräch gut, weil man sich in keinem Augenblick allein gelassen fühlt".

Von den Patienten zu beurteilende Aussagen, die sich auf die Kontinuität der Betreuung seitens der Therapeuten beziehen, lassen erkennen, dass der

überwiegende Teil der Patienten beim Wechsel des Rehabilitationsortes keinen "Bruch" in der Behandlung erlebt. Lediglich vier Patienten (21,1 %) fühlen sich in den ersten Kliniktagen mehr auf sich alleine gestellt als zuvor in der Beratungsstelle und wünschen sich eine stärkere Betreuung. Drei Patienten (15,8 %) sind bei dieser Einschätzung unentschieden und zwölf (63,2 %) sehen kein Nachlassen der Unterstützung.

Hinsichtlich der Frage, ob eine "Überbetreuung" der Patienten erfolgt, die eventuell bei den Betroffenen das Gefühl erzeugt, in einem verfolgenden statt in einem unterstützenden System befindlich zu sein, gibt folgende Aussage Auskunft: Den Satz "Die Begleitung durch die Therapeuten in den letzten Tagen vor Aufnahme und während der Aufnahme in die Klinik war mir zuviel" bewertet kein Patient als zutreffend. 94,1 % (16 Personen) lehnen diese Einschätzung ab; ein Patient (5,9 %) ist unentschieden.

Bezüglich der Fragen an die Patienten, die sich auf die anamnestischen und diagnostischen Erhebungen in den verschiedenen Einrichtungen beziehen, wird deutlich, dass die Patienten in 94,4 % der Fälle mehrfach, d.h. doppelt befragt werden. Dies illustriert das bereits andernorts erläuterte Problem der Mehrarbeit durch unzureichende Abstimmung in der Eingangsdiagnostik zwischen Beratungsstelle und Fachklinik bzw. mangelnde Weiterleitung von wichtigen Informationen. Allerdings erweist sich dieser Umstand aus Sicht der Patienten nur in knapp einem Drittel als problematisch. Zwei Drittel der Patienten nämlich beurteilen die sich wiederholenden anamnestischen Fragen und Themen in den Anfangsphasen der jeweiligen Behandlungen als hilfreich, um sich mehr Klarheit über das eigene Leben/die vorliegenden Probleme zu verschaffen.

Aussage: "Beim Kennenlernen der verschiedenen Therapeuten (in der Suchtberatungsstelle und in der Klinik) habe ich oft die gleichen Fragen zu mir und meinem Leben beantworten müssen"			
	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Ja, und das hat mich genervt	5	27,8	27,8
Ja, das hat mir geholfen, mir über einiges klarer zu werden	12	66,7	94,4
Nein	1	5,6	100,0
Insgesamt	18	100,0	

Tabelle 15: Diagnostische/Anamnestische Befragung durch die Therapeuten

14.1.5 Zur Befragung des stationären Therapeuten nach Wechsel des Patienten in die Fachklinik (TWFK-M)

Auch der stationäre Therapeut wird hinsichtlich seiner Einschätzung zum Nutzen der Übergabegespräche befragt. Dieser Nutzen wird bezüglich des Informationsgehalts für die weitere Behandlung folgendermaßen beurteilt ("Trifft nicht zu" bedeutet, dass kein Übergabegespräch stattgefunden hat):

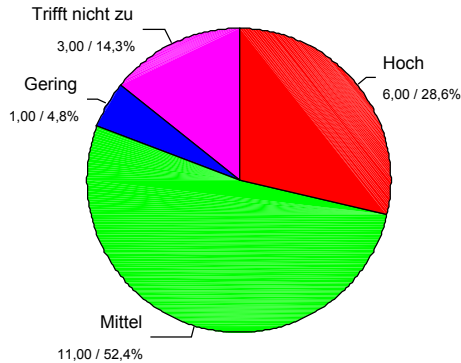


Abbildung 39: *Einschätzungen der stationären Therapeuten zum Nutzen des Übergabegesprächs hinsichtlich des Informationsgehalts für die weitere Behandlung des Patienten*

Der seitens der stationären Behandler eingeschätzte Nutzen der Übergabe im Hinblick auf den Zugang zum Patienten fällt geringer aus und ergibt insgesamt folgendes Bild:

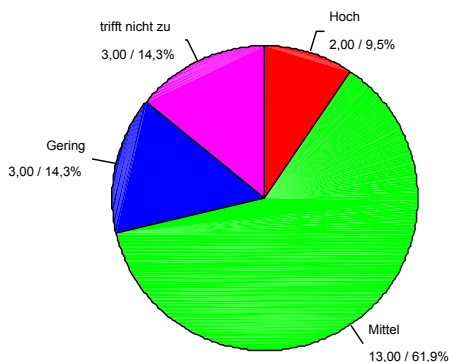


Abbildung 40: Einschätzungen der stationären Therapeuten zum Nutzen des Übergabegesprächs hinsichtlich des Zugangs zum Patienten

Bezüglich des bereits angesprochenen Aspekts der doppelt eingesetzten Diagnostika geben 16 von 19 stationären Therapeuten (84,2 %) an, keine diagnostischen Verfahren eingesetzt zu haben, die bereits in der Beratungsstelle verwendet wurden. Von den restlichen drei Therapeuten gibt einer die ausführliche Anamnese als Wiederholung an, die zwei anderen haben keine Informationen, welche Instrumente in der Beratungsstelle zum Einsatz kamen und können diese Frage daher nicht beantworten.

Die Frage, ob die stationären Therapeuten aufgrund der schriftlich und mündlich weitergegebenen Informationen des ambulanten Kollegen für eine Fortführung der Behandlung ausreichend aufgeklärt sind, wird von 13 Befragten (65 %) bejaht. Sieben Therapeuten hingegen (35 %) finden sich für die Weiterführung der Behandlung nicht ausreichend informiert. Fehlende Informationen beziehen sich auf schriftliche Informationen im allgemeinen (abgesehen vom Sozialbericht) oder spezielle Daten, wie z.B. Anamnese, Suchtentwicklung oder der bisherige Behandlungsverlauf bzw. das fehlende Übergabegespräch.

Zum Themenbereich Abstimmung von Therapiezielen geben die stationären Therapeuten in 71,4 % der Fälle (15 Personen) an, vom ambulanten Kollegen offen gebliebene Therapieziele als Behandlungsauftrag für den Klinikaufenthalt bekommen zu haben. In keinem Fall hat sich herausgestellt, dass sich im Vergleich zu den Einschätzungen des ambulanten Bezugstherapeuten gegensätzliche Therapieziele für den Patienten ergeben haben.

Die seitens des ambulanten Therapeuten - zum geringen Teil in Abstimmung mit der Fachklinik - festgelegte stationäre Therapiezeit beurteilen 90,5 % (19 Personen) der stationären Therapeuten als passend.

14.2 Kontrollgruppe

Aufgrund des bisherigen sehr geringen Rücklaufs der Fragebögen aus der Kontrollgruppe können hier sinnvoller Weise noch keine Angaben gemacht werden.

14.3 Tendenzen aus den Daten Januar bis Juni 2001

Die erste Zwischenbilanz aus den Daten Januar bis Juni 2001 zeigt einen Ausschnitt aus Themenkomplexen der Erhebungsinstrumente, die sich auf die Charakterisierung des behandelten Klientels, aber v.a. auf die Beschreibung der ambulant-stationären Verbundbehandlung mit ihren vielfältigen Aspekten hinsichtlich einer möglichst nahtlos verlaufenden Rehabilitation beziehen.

Die vorläufigen Ergebnisse zum Erwerbsstatus der befragten Patienten bestätigen die in der Literatur vielfach diskutierte Problematik, dass v.a. Alkoholranke von Arbeitslosigkeit betroffen sind. In dieser Hinsicht müssen auch in EVS entsprechende Behandlungsangebote zur Reintegration der betroffenen Patienten in das Berufsleben im Mittelpunkt des Interesses stehen. Mit Hilfe der wissenschaftlichen Erhebung ist zu einem späteren Zeitpunkt der Modellumsetzung zu zeigen, inwiefern arbeits- und berufsbezogene Hilfeangebote erfolgt sind.

Zur Gewährleistung einer hohen "compliance" bei den Patienten, sind diese frühzeitig in den Rehabilitationsprozess mit einzubeziehen. Dazu gehört auch die anfängliche und umfassende Information über das Behandlungssystem und speziell die Möglichkeiten der ambulant-stationären Kombinationsbehandlung im Rahmen von EVS. Obwohl die Patienten sich ihrerseits sehr gut mit Informationen über die Behandlung versorgt sehen, besteht laut Datenanalyse noch Klärungsbedarf hinsichtlich der Einordnung stationärer und ambulanter Therapieanteile. Zu erwähnen wären hier zum einen die Kenntnis darüber, dass die "eigentliche Behandlung" nicht auf den Klinikaufenthalt beschränkt gesehen werden kann und zum anderen, das Wissen um die Möglichkeit, die Behandlungsorte bedarfsorientiert zu wählen. Die Patienten sollten also z.B. wissen, dass sie auch mehrmalig in die Klinik wechseln können.

In der Kooperation zwischen den Modellteilnehmern hat sich - auch im Qualitätszirkel - herausgestellt, dass im Rehabilitationsprozess Reibungsverluste aufgrund organisatorischer und verwaltungstechnischer Rahmenbedingungen entstehen. Von besonderer Bedeutung ist neben dem Zusammenspiel Beratungsstelle - Fachklinik eine möglichst zeitnahe und unbürokratische Regelung des Beantragung- und Bewilligungsverfahrens für Rehabilitationsleistungen. Die bisherigen Auswertungen bescheinigen eine gute Kooperation zwischen Leistungsanbietern und Leistungsträger, wobei für letzteren die stetige Verbesserung der Laufzeiten für Kostenübernahmeerklärungen in EVS als Ziel formuliert werden kann.

Für den ambulanten Behandlungseinstieg im Rahmen der Indikationsphase zeichnet sich bisher durchschnittlich eine Kontaktdichte von 3,73 Einzelgesprächen mit dem Klienten ab. Im Hinblick auf die mögliche inhaltliche Vorbereitung des stationären Aufenthalts setzt dieser zeitliche Umfang natürlich Grenzen. Es wird im weiteren Verlauf des Modellprojekts zu prüfen sein, inwiefern ein Großteil der Klientel aufgrund der Schwere der Alkoholproblematik oder weiterer Gründe frühzeitig in den stationären Rehabilitationsrahmen wechseln muss, was die ambulante Indikationsphase zeitlich einschränkt, oder ob die Möglichkeiten einer gezielten Vorbereitung bei nachfolgendem Klinikaufenthalt weiter ausgebaut werden können.

Eng verknüpft mit der Thematik Indikationsphase ist auch der Bereich der Abstimmung der Diagnostik und Dokumentation. Je nach Dauer der ambulanten Einstiegsphase kann von der Beratungsstelle ein mehr oder weniger großer Anteil an diagnostischen und anamnestischen Erhebungen vorgenommen werden. Die zeitnahe und systematische Weiterleitung dieser Informationen wird im wesentlichen das Gelingen des Modellprojekts EVS im Hinblick auf eine stringente Therapieplanung und Behandlung beeinflussen. In dieser Hinsicht ist das Zusammenspiel zwischen den ambulanten und stationären Behandlern mit Blick auf die bisherigen Daten sicherlich noch steigerungsfähig. Man muss jedoch in Rechnung stellen, dass das Thema Diagnostik und Behandlungsdokumentation erst dieser Tage im Qualitätszirkel EVS mit Hilfe der Erarbeitung eines Modulsystems zu einer einvernehmlichen Lösung geführt werden soll. Die erwarteten Neuerungen konnten sich daher noch nicht in den Daten der Fragebogenerhebungen niederschlagen.

Die in EVS konzeptionell festgelegten Übergabegespräche erweisen sich in der bisherigen Analyse sowohl aus Perspektive der Patienten als auch der Therapeuten als positiv. Anzumerken wäre lediglich, dass die Gesprächssituation eventuell insofern verbessert werden könnte, als dem Patienten die bevorstehende Klinikbehandlung noch deutlicher skizziert würde und er eine Vorstellung über die ihn erwartenden Maßnahmen gewönne.

Ebenfalls positiv hervorzuheben ist die ambulant-stationäre Behandlungsabstimmung hinsichtlich kurzfristig bereitgestellter Therapieplätze in der Fachklinik. Die stationären Einrichtungen zeigen hier offensichtlich ein hohes Maß an organisatorischer Flexibilität. Auch das Zusammenspiel in der Therapieplanung der gesamten Rehabilitationsmaßnahme findet laut Datenanalyse in erheblicher Weise statt.

Die Fortsetzung der Fragebogenerhebung und –auswertung in EVS wird zeigen, ob sich die hier dargestellten Trends verfestigen oder verändern, die beschriebenen Problembereiche verbessert werden können oder noch neue, bisher unberücksichtigte Aspekte in den Fokus dieser Studie gelangen.

D. **Ausblick auf den weiteren Verlauf des Modellprojekts**

Die Ausführungen dieses Eröffnungsberichts machen deutlich, dass seit Beginn des Forschungsvorhabens vielfältige Aktivitäten umgesetzt werden konnten, die durch einen veränderten Leistungsrahmen in einschneidenden Veränderungen sowohl in der Sachbearbeitung der LVA Oldenburg-Bremen wie auch in den Modelleinrichtungen mündeten. Seit der Implementierung des Modellprojekts hat sich der Alltag der therapeutischen bzw. verwaltungsseitigen Arbeit verändert.

Zur Verdeutlichung seien die wesentlichen Phasen der Realisierung des Modellprojekts im ersten Jahr nochmals zusammengefasst aufgeführt:

- Beginn der Projektplanung im April 2000: Entwicklung von Kooperationsstandards,
- Konstituierung des Qualitätszirkels im September 2000 und seit diesem Zeitpunkt regelmäßige Sitzungen,
- Verabschiedung des Leistungsrahmens als Rahmenkonzept für EVS im Oktober 2000,
- Erarbeitung eines vorläufigen therapeutischen Gesamtkonzepts - 2. Entwurf im Dezember 2000,
- Unterzeichnung einer Kooperationsvereinbarung durch die beteiligten Träger und Leistungsanbieter im Januar 2001,
- Beginn der Modellumsetzung und prozessbegleitende Erhebungen bei Patienten und Therapeuten in den Modell- und Kontrolleinrichtungen seit Januar 2001.

Die aufgeführten Phasen und die damit verbundenen Ergebnisse der bisherigen Zusammenarbeit (vgl. Gliederungspunkt I C.12) können als Ausdruck gegenseitiger Anerkennung und Wertschätzung verstanden werden. Dies bezieht sich zum einen auf die Kooperation der ambulanten und stationären Leistungsanbieter wie zum anderen auf die Mitwirkung des Leistungsträgers

LVA Oldenburg-Bremen. Nach dem ersten Projektjahr kann die Modellplanung und -realisierung somit als Ausdruck einer sehr erfolgreichen Zusammenarbeit aller Beteiligten in der Region Oldenburg-Bremen bestätigt werden. Dieses Zwischenergebnis ist gleichzeitig mit der Auflage verbunden, dass es zu vielen Themen noch großen Diskussions- und Klärungsbedarf gibt. Dies wurde im vorliegenden Bericht im Kontext der Vorstellung der wichtigsten Ergebnisse der bisherigen Qualitätszirkelarbeit den einzelnen Projektteilen zugeordnet aufgezeigt. Verweisen möchten wir an dieser Stelle nochmals auf folgende Gliederungspunkte:

- Diskussion des Rahmenkonzepts und Ansätze zur Fortschreibung (I C.12.1.7),
- Diskussion des Behandlungskonzepts und Ansätze zur Fortschreibung (I C.12.2.12),
- Themensammlung: Bedeutsame Themen für die weitere Arbeit im Qualitätszirkel (I C.12.5),
- Ergebnisse einer Befragung der Teilnehmer des Qualitätszirkels (I C.12.6),
- Tendenzen aus den Daten Januar bis Juni 2001 (I C.14.3)

Bewährt hat sich insbesondere die Ausrichtung der angestrebten Veränderungen auf einen theoretischen Bezugsrahmen, wie ihn die Kooperationsstandards darstellen. Dieser Kriterienkatalog hat das Anliegen einer verbindlichen Zusammenarbeit ausdifferenziert und konkrete Punkte benannt. Mit Hilfe der "Matrix Kooperationsstandards" zeigt sich aber auch, dass in diesem Projekt noch weitere bedeutsame Aspekte auf dem Weg zu einer optimalen Zusammenarbeit ausdifferenziert werden müssen. Dies war unter Berücksichtigung der sehr komplexen Thematik allerdings auch nicht anders zu erwarten.

Erfreulich ist in diesem Zusammenhang, das Interesse der beteiligten Einrichtungen, Abstimmungen weiter zu konkretisieren, wie sich aktuell beispielsweise in der Diskussion um die Ausgestaltung der Übergabegespräche und um eine abgestimmten ambulanten-stationären Diagnostik und Dokumentation zeigt.

Die weitere Zusammenarbeit sollte dem Motto folgen:

"Große Lösungen erfordern kleine Schritte."

Abschließend danken wir allen am Modellprojekt Beteiligten für die bisherige Mitarbeit. Dieser Dank gilt insbesondere den Patienten/Klienten wie auch den Mitarbeitern der beteiligten Einrichtungen, die den Mehraufwand, den wissenschaftliche Untersuchungen mitbringen, neben ihrer ohnehin starken Arbeitsbelastung mittragen.

Ausdrücklich seien hier auch die Kontrolleinrichtungen genannt, die zudem ohne veränderte Rahmenbedingungen mitwirken und dabei erfolgreiche Arbeit leisten.

Wir hoffen, dass das Modellvorhaben auch in Anbetracht des Aufwandes noch weitere wichtige Hinweise auf Möglichkeiten der Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems liefern wird. Der bisherige positive Projektverlauf sollte auf jeden Fall allen Beteiligten Mut machen, den eingeschlagenen Weg weiterzugehen.

II. Berichte aus den Einrichtungen

Thomas Ahlrichs, Heiko Hedden

E. Veränderung der Aufgabenstellungen in der SBB Friesland durch die Entwöhnung im Verbund *Vor- und Nachteile des im Januar 2001 eingeführten Modellvorhabens*

Die Einführung des Modellversuchs Entwöhnung im Verbundsystem (EVS) hat zu einigen Veränderungen in der Ambulanz geführt, deren Vor- und Nachteile hier kurz zusammengefasst werden sollen.

Bis Juni 2001 wurden von der SBB Friesland 13 Patienten in das neue Behandlungssystem vermittelt. Die unterschiedlichen Optionen, die EVS bietet, wurden zum Teil genutzt, so dass die bisher übliche Form der Suchtrehabilitation mit einem stationären Beginn von mindestens 12 Wochen und anschließender ambulanter Weiterbehandlung in einigen Fällen verändert wurde. Die Möglichkeit des ambulanten Beginns im Rahmen der Gesamtbehandlung wurde ebenso genutzt, wie auch die Option eines verkürzten stationären Aufenthaltes am Anfang der Maßnahme.

Festhalten können wir bereits nach den ersten sechs Monaten, dass die präzise Indikationsstellung und eine gute Vorbereitung der Patienten auf die Gesamtbehandlung von mind. 52 Wochen größte Bedeutung hat und im Moment sicherlich noch aufgrund bestehender Unsicherheiten hinsichtlich einer vereinheitlichten Diagnostik und Indikationsstellung nicht immer dazu führt, dass die gesamte Palette der Behandlungsvarianten genutzt wird. Bei etwas unklarer Vorgeschichte des Patienten neigt man eher zur Wahl der klassischen Behandlungsvariante mit einem längeren stationären Beginn und anschließender Weiterbehandlung im ambulanten Setting. Wir gehen hier

von den üblichen Startschwierigkeiten in der Pionierphase aus und hoffen, dass die Zusammenarbeit im Qualitätszirkel mittelfristig zu mehr Sicherheit im Umgang mit den zahlreichen Veränderungen und Möglichkeiten führt.

Besondere Bedeutung erlangen unseres Erachtens hier auch die vorgesehenen Übergabegespräche und Abstimmungen zwischen den ambulanten und stationären Therapeuten. Auch hier stellen wir zu Beginn der Maßnahme Unsicherheiten im Umgang mit den neuen Strukturen und den geforderten Inhalten dieser Abstimmungsebene fest. In jedem Fall können wir aus unserer Sicht schon heute feststellen, dass die Kontakte zu den beteiligten Fachkliniken noch einmal intensiviert wurden und dass der Austausch über behandlungsrelevante Informationen zum jeweiligen Patienten verbessert wurde.

Neben dem Austausch von Patienteninformationen mit den beteiligten Fachkliniken hat sich auch der interne Austausch im Rahmen von Fallbesprechungen dahingehend verändert, dass Indikationen genauer hinterfragt werden und die jeweils sinnvollste Behandlungsvariante angestrebt wird.

In der Vermittlung dieser Vorüberlegungen und den daraus folgenden Therapiezielen und der angestrebten Gesamtbehandlungsdauer von 52 Wochen gab es zunächst einige Umstellungsprobleme, die aber mittlerweile beseitigt sind. Die Patienten schrecken ohne eine ausgiebige, einfühlsame Erläuterung der genannten Themen vor allem vor der genannten Gesamtbehandlungsdauer zurück. Eine gute Vermittlung dieser Rahmenbedingungen ist von großer Bedeutung und sie sichert letztendlich den Erfolg der Behandlung.

Im Bereich der Antragsformalitäten und der zeitgerechten Bearbeitung der Befragungsbögen gab es die aus unserer Sicht zu erwartenden Anfangsprobleme, die jedoch nach und nach eliminiert werden. Der damit gestiegene Verwaltungsaufwand muss zunächst organisiert und dann auch kompensiert werden. Eine gewisse Reduzierung dieses Aufwandes versprechen wir uns von dem Wegfall der Zwischenberichte beim Wechsel der Behandlungsform. Über Erfahrungen mit dem Wegfall der Zwischenberichte können wir in diesem Zusammenhang jedoch nach sechs Monaten nicht berichten.

Ein Mehr an Organisation und Aufwand bedeutet in jedem Fall die obligatorische Begleitung der Patienten zu den Aufnahme- und Übergabegesprächen. Auch wenn es hier eine Vergütung des Aufwandes gibt, bleibt abzuwarten inwieweit sich dieses sinnvolle Vorgehen durchhalten lässt.

Als erfreulichen Nebeneffekt betrachten wir die nochmals verbesserte Zusammenarbeit mit der LVA Oldenburg-Bremen und die Begleitung durch die Universität Oldenburg. Für die Zukunft halten wir, auch über die Modellphase hinaus den fachlichen Austausch im Rahmen des Qualitätszirkels für wichtig.

Abschließend können wir aus der Friesländer Sicht sagen, dass die durch EVS zu erwartende Stärkung des ambulanten Rahmens und die Beachtung unserer oft intimeren Sachkenntnis örtlicher und familiärer Gegebenheiten unserer Patienten im Sinne der Klientel ist und auch aus der Sicht der Betroffenen die Ambulanz aufwertet. „Ich muss nicht unbedingt 16 Wochen weg, um zukünftig abstinent leben zu können.“

Wichtig erscheint uns dieser Teilaspekt vor allem vor dem Hintergrund des Erhalts oder der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Wir sind vor Ort besser vertraut mit den Gegebenheiten des Arbeitsmarktes und einzelnen Fragestellungen der Arbeitgeber. Über eine von unserer Beratungsstelle geführte Arbeitsgruppe „Betriebliche Suchtarbeit“ sind wir mit mehreren Betrieben im Landkreis Friesland eng verzahnt und in ständigem Kontakt.

Wolfgang Schmidt

F. Veränderungen in der Fachklinik Oldenburger Land durch das EVS-Projekt

Die Fachklinik Oldenburger Land nimmt an der Entwicklung des Modellprojektes „Evaluation von Alkoholentwöhnung im Verbundsystem“ (EVS) seit September 2000 teil. Seit Januar 2001 werden das Rahmenkonzept und das therapeutische Gesamtkonzept des Projektes auch in unserer Fachklinik umgesetzt.

Es ist verständlich, daß im Rahmen eines Modellprojektes sowohl positive als auch negative Veränderungen stattfinden. Für unsere Fachklinik möchten wir beispielhaft folgende Punkte anführen:

1. Die Patienten werden zur Aufnahme wieder mehr durch die Suchtberatungsstellen in die Klinik begleitet, was in den letzten Monaten bzw. Jahren weitgehend „eingeschlafen“ war. In diesem Sinne schätzen die Patienten und Mitarbeiter das EVS-Programm.
2. Die Übergabe an die ambulante Institution wird besser. Dadurch werden die genehmigten Weiterbehandlungen wohl auch zu einem höheren Prozentsatz wahrgenommen werden.
3. Es kam zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Suchtberatungsstellen, insbesondere auf Leitungsebene (z.B. durch die Sitzungen im EVS-Qualitätszirkel).
4. Bisher hat kein hier behandelter Patient an der geplanten Indikationsphase teilgenommen. Die Patienten waren durch die zügige Aufnahme im EVS-System belastet, der Aufwand in der Klinik dadurch größer.
5. Die im Modellprojekt vorgesehene Kurzzeittherapie über 8 Wochen konnte in unserer Klinik nicht umgesetzt werden, da dies ein grundsätzlich neues Konzept erfordert, was zur Zeit unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht umzusetzen ist.
6. Das EVS-Modellprojekt erfordert eine hohe Flexibilität in der Bettenbelegungsplanung. Wir hielten für das EVS-Programm zwei Therapie-

plätze pro Abteilung frei. Diese waren allerdings nicht durchgehend zu belegen, was zeitweise zu einer Minderbelegung führte.

7. Selbstverständlich bringt ein Modellprojekt Mehrarbeit. In diesem Zusammenhang sind beispielhaft zu nennen:

- Erstellen von Protokollen
- Ausfüllen von Fragebögen
- Übergabegespräche – ein Gespräch erfordert ca. einen halben Arbeitstag (dies ist im Stellenplan aber nicht vorgesehen!)

Die im System geforderten Übergabegespräche sind schwer zu organisieren. Da in der Klinik Entlassungstag gleich Aufnahmetag ist, bestehen keine passenden Zeitfenster (wird im System zur Zeit neu organisiert). In Urlaubs- und Vertretungszeiten ist es besonders problematisch.

- Teilnahme an notwendigen Veranstaltungen im Rahmen des EVS-Modellprojektes etc.
- Verkürzung der Therapiezeit unter die Regelbehandlungszeit, dadurch höhere Fallzahlen. Dies ist für uns ein großes Problem. Wir bekamen einige Patienten für eine stationäre Behandlungszeit von 8 Wochen. Diese Therapiezeit unterhalb der Regelbehandlungszeit führt zu einer Gleichstellung dieser Patienten mit Therapiewiederholern. Unser Phasenkonzept für „Erstlinge“ wird dadurch in Frage gestellt. Wichtige Therapieangebote können nicht in vollem Umfang wahrgenommen werden:

- Autogenes Training (geschlossene Gruppe über 6 Wochen)
- Raucherentwöhnung (geschlossene Gruppe über 6 Wochen)
- Indikative Gruppe „Medizin“ (10-Wochen-Konzept)
- Indikative Gruppe „Berufliche Reha“ (12-Wochen Konzept)
- Indikative Gruppe „Pflegedienst“ (8-Wochen-Konzept)

Trotz der Gefahr einer übermäßigen Verdichtung der therapeutischen Arbeit bietet das Projekt die Chance, unsere Arbeit zu verbessern. Wir hoffen besonders, dass eine höhere Zahl von Patienten im professionellen Suchthilfesystem nach der stationären Behandlungsphase bleibt. Dies wird es den Patienten in höherem Maße als bisher ermöglichen, ein zufriedenes und abstinentes Leben zu führen.

Sollte sich das EVS-System dauerhaft etablieren, ist - allerdings unter Anpassung der Stellenpläne - eine weitere Flexibilisierung und Individualisierung der individuellen Behandlungspläne möglich.

Petra Lampe

G. Auswirkungen des Projekts aus Sicht des Leistungsträgers

Die Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen hatte Ende des Jahres 1996 eine Studie unter dem Titel „Effektivität von Alkoholentwöhnung“ an der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg, Arbeitsgruppe Sucht- und Drogenforschung (SAUS), in Auftrag gegeben. Im Abschlussbericht dieses Projekts wurden verschiedene Vorschläge zur Optimierung der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker auf struktureller und fallbezogener Ebene zur Diskussion gestellt, die in der LVA intensiv erörtert wurden.

Als Leistungsträger war und ist es der LVA Oldenburg-Bremen ein Anliegen, eine effektive und effiziente Behandlung sicherzustellen und die Rehabilitation unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse weiterzuentwickeln. Die aufgezeigten Optimierungspotentiale in der Rehabilitation Alkoholabhängiger fanden daher auch unter dem steigenden Kostendruck besondere Beachtung.

Während nämlich die Gesamtausgaben für Rehabilitationsleistungen nach dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz um 27 % gesunken waren und im Jahr 1999 lediglich 86 % der Ausgaben des Basisjahres 1996 erreichten, war die Entwicklung im Suchtbereich kaum rückläufig. Zwar sanken die Ausgaben von 1996 auf 1997 um 6 %, betrug aber im Jahr 1999 bereits 110 % des Jahres 1996.

Angesichts der steigenden Antragszahlen für medizinische Leistungen wegen Abhängigkeitserkrankungen und der knapper werdenden finanziellen Ressourcen entschloss sich die LVA Oldenburg-Bremen, als eine Konsequenz aus dem abgeschlossenen Forschungsprojekt unter wissenschaftlicher Begleitung neue Kooperationsformen zu entwickeln, einzuführen und zu evaluieren, um durch den effizienten Einsatz der finanziellen Mittel die Behandlungsqualität und den Rehabilitationserfolg zu verbessern.

Die LVA Oldenburg-Bremen sieht in der Entwöhnung im Verbundsystem langfristig die Möglichkeit, durch Synergieeffekte und Schnittstellenmanagement Einsparpotentiale zu nutzen. Kurzfristig bedeutet die Beteiligung am

Modell aber auch ein qualitativ neues Moment in der Behandlung Alkoholabhängiger, das entsprechende Auswirkungen im Verwaltungsverfahren des beteiligten Rentenversicherungsträgers hat.

Der Beginn des Projekts war gekennzeichnet durch die Auswahl der „Modelleinrichtungen“, die anhand der Patientenzuweisungen der vergangenen Jahre von der LVA Oldenburg-Bremen ermittelt wurden. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass das Projekt auf bestehende Kooperationen aufbauen kann und Zuweisungsströme nicht verändert werden.

Die ausgewählten Einrichtungen wurden über das Projekt informiert und zu einem ersten Treffen eingeladen. Ferner wurden die entsprechenden Einrichtungsträger und ggf. andere Leistungsträger in Kenntnis gesetzt.

Ein zentrales Element des Verbundsystems ist für die LVA Oldenburg-Bremen auch die Mitarbeit im Qualitätszirkel. Die Teilnehmer am Qualitätszirkel aus Medizin und Verwaltung stellen im Rahmen der Struktur- und Prozessverantwortung die Qualität des rehabilitativen Angebots sicher und entwickeln es weiter. Nach § 13 Abs. 1 Sozialgesetzbuch VI (SGB VI) bestimmt der Träger der Rentenversicherung im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationsstätte nach pflichtgemäßem Ermessen. Die per Gesetz festgeschriebene Verantwortung für diese Entscheidungen muss auch bei einer engen Kooperation zwischen Beratungsstelle und stationärer Entwöhnungseinrichtung gewährleistet sein und besonders den wirtschaftlichen Gesichtspunkten Rechnung tragen. Die Beachtung der rechtlichen Vorgaben für die Modellüberlegungen und ein transparentes und schlankes Verwaltungsverfahren waren daher in den ersten Sitzungen des Qualitätszirkels eine zentrale Aufgabe der Verwaltung des Leistungsträgers.

Nach der Erarbeitung des Rahmenkonzepts für die Entwöhnung im Verbundsystem galt es, die mit der Bearbeitung der Anträge befassten Mitarbeiter über das Forschungsprojekt zu informieren. Hierbei mussten Arbeitsabläufe in der LVA Oldenburg-Bremen neu geplant und koordiniert werden und spezielle Vordrucke für das Projekt erstellt werden. Durch die Information der Mitarbeiter wurden nicht nur die veränderten Verwaltungsabläufe, sondern auch die mit dem Vorhaben verbundenen Ziele vermittelt.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass durch die enge Zusammenarbeit der Mitglieder des Qualitätszirkels die Arbeitsabläufe kurzfristig den praktischen Bedürfnissen aller Beteiligten angepasst werden können. Dadurch werden in der Verwaltung Schnittstellen im Behandlungsprozess Alkoholabhängiger optimiert und das Ziel der Studie aktiv durch die Mitarbeiter der LVA gefördert.

Ferdinand Mantel

H. Entwöhnung im Verbundsystem (EVS): Auswirkungen des Modellprojekts aus Sicht des Sozialmedizinischen Dienstes des Leistungsträgers

Im Jahre 1996 wurde von der LVA Oldenburg-Bremen eine Studie „Effektivität von Alkoholentwöhnung“ gemeinsam mit der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Arbeitsstelle Sucht- und Drogenforschung (SAUS) durchgeführt.

Das Ergebnis dieser Studie beinhaltet drei große Schwerpunkte, die im Bereich der Entwöhnungsbehandlung weiterhin verbesserungsfähig sind. 1. Aspekte der Erwerbsfähigkeit im Bereich der Suchtbehandlung, 2. Rückfall- und Schnittstellenproblematik, 3. Vernetzung.

Anfang 2000 wurde eine Nachfolgestudie zwischen den oben genannten Partnern angeregt und von der LVA Oldenburg-Bremen in Auftrag gegeben.

Das Ziel dieser Studie ist es, zu erforschen, inwieweit sich durch Entwöhnungsbehandlungen im Verbundsystem die rehabilitative Behandlung Abhängigkeitskranker optimieren lässt.

Aus medizinischer Sicht sind die ersten Erfahrungen, insbesondere durch die gemeinsame Arbeit von Leistungsanbietern sowie Kostenträger in einem Qualitätszirkel, als sehr positiv zu bewerten.

Es wurde ein Verwaltungsverfahren mittlerweile installiert, die inhaltliche Ausfüllung des Rahmenprojektes wird derzeit durchgeführt, wobei diese Art der Festlegung gemeinsamer Qualitätsstandards, der Aufgabenverteilung zwischen ambulanter und stationärer Behandlungsstätte von allen Beteiligten als zukunftsweisend angesehen wird.

Es soll jedoch nicht verschwiegen werden, dass insbesondere über den Abstimmungsbedarf unter unterschiedlichsten Einrichtungen ein hohes Maß an intensiver Arbeit und an Kooperation notwendig ist, um zum gewünschten Ergebnis zu kommen.

Als Mediziner der LVA Oldenburg-Bremen, der für die alltägliche praktische Arbeit Mitverantwortung trägt, haben sich bisher einige positive Aspekte im praktischen Alltag ergeben:

Wurden bisher schon Sozialberichte auf hohem inhaltlichen Niveau erstellt, so ist in den letzten Wochen und Monaten feststellbar, dass dies durchaus noch steigerungsfähig ist. Die Qualität der Sozialberichte hat sich nochmals verbessert. Ebenso ist das Berichtswesen der medizinischen Fachkollegen, die in freien Praxen die Akutversorgung des Klientels durchführen, deutlich verbessert, insbesondere die an die Beratungsstellen assoziierten Ärzte erstellen mittlerweile aussagekräftige Kurzgutachten, die die Arbeit des Sozialmediziners durchaus erleichtern.

Ein weiterer Punkt, der positiv hervorzuheben ist, besteht darin, dass bei den vielfältig bestehenden und intensivierten persönlichen Kontakten zwischen Leistungsträgern, Grundsatzreferat, Sachbearbeitung und Sozialmedizinischem Dienst der LVA viele schwierige Fragestellungen letztendlich zum Wohl des versicherten Abhängigkeitskranken in kurzer Zeit entschieden werden können.

Nochmals zurückkommend auf die Arbeit im Qualitätszirkel ist hier davon zu berichten, dass insbesondere unterschiedliche therapeutische Ansätze, unterschiedlicher Umgang mit Problemstellungen, die alltägliche praktische Arbeit unter den Teilnehmern an der Studie ein erhöhtes Maß an Zugehen auf den anderen, Verstehen von Problemen anderer, gemeinsam Problemlösestrategien hervorgebracht hat.

Aus medizinischer Sicht ist darüber zu berichten, dass im Rahmen der Studie vermehrt Aktivitäten nicht nur im Rahmen der Leitungsebene sondern auch bei den nachgeordneten Mitarbeitern von Kliniken und Beratungsstellen entstanden sind. Es ist mehrfach zu Treffen mit Beratungsstellen, mit Kliniken gekommen, die die Entwöhnung im Verbundsystem zum Thema hatten.

Sicher sind aus medizinischer Sicht noch vielfältige Probleme in der Zusammenarbeit zu lösen, sowohl auf Prozess- wie Struktur- und Ergebnisebene. Insgesamt macht jedoch die vertrauensvolle Zusammenarbeit deutlich, dass die Idee einer regionalen Vernetzung der Suchtbehandlung in die Praxis umzusetzen ist und die einzelnen Probleme nach und nach gelöst werden können.

Da im Rahmen des Rahmenkonzeptes primär eine Fortschreibung der sich verändernden Bedingungen vorgesehen ist, wird durch die Beisteuerung unterschiedlicher Fachqualitäten und Qualifikationen mit Sicherheit noch einiges an Veränderungen zu erwarten sein, insbesondere ist die Festlegung der inhaltlichen geteilten Arbeitsschritte zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen ein Thema, das auf der einen Seite nur durch hohe Kooperation zu bewältigen ist und auf der anderen Seite viel Diskussionszündstoff enthält.

Neben den medizinisch-inhaltlichen Aufgaben ist es aus Sicht des Sozialmediziners der LVA Oldenburg-Bremen sicher auch von hoher Bedeutung, dass Verwaltungsabläufe verschlankt werden können und vereinfachte Verfahren zu einer höheren Effektivität und zu zeitlich kürzeren Abläufen führen.

Persönlich freue ich mich über das Fortschreiten und den Fortgang der Studie, ich bin, wie viele andere auch, die auf dem Heidelberger Suchtkongress von der Studie gehört und über sie diskutiert haben, neugierig auf das zu erwartende Ergebnis.

Literatur

- Ammer, F. (1998): Stationäre Suchtrehabilitation in Deutschland. Versuch einer Bestandsaufnahme zum Thema Zukunft: Kooperationsmodelle? In: Sucht Aktuell, Heft 3+4/1988, Bonn, S. 7 - 8
- 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
- Böttger, A. (2000): Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtberatung: "Benchmarking"-Projekt in Niedersachsen. In: Sucht aktuell. 7. Jahrgang, Heft 2/2000, Bonn, S. 39 - 44
- Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.) (1998): Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am 31. März 1998 - Bundesrepublik Deutschland, Bundesgebiet West, Bundesgebiet Ost. Nürnberg
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. In: Milbank Memorial Fund Quarterly. Heft 44/1966, 166 - 203
- 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

Empfehlungsvereinbarungen zwischen Rentenversicherung und Krankenversicherung über die Leistungen zur ambulanten Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger (Empfehlungsvereinbarungen Ambulante Rehabilitation Sucht) vom 29. Januar 1991 in der Fassung vom 5. November 1996

Engler, U./Schlanstedt, G. (1998): Modellprojekt Kassel: "Tagesklinik für Suchtkranke des psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen". In: Der Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.): Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen. Baden-Baden, S. 53 - 95

Fachverband Sucht e.V. (FVS) (Hrsg.) (1998): Vernetzung und Zusammenarbeit in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ... Sucht aktuell. 5. Jahrgang, Heft 3+4/1998, Bonn

FDR (Hrsg.) (1997): Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe: Schwerpunkt Drogenarbeit. Geesthacht

Finkelmeier, B. (1997): Rahmenkonzeption zur Integration stationärer und ambulanter Rehabilitation durch Intervalltherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im Land Bremen (2. Entwurf). Unveröffentlichtes Konzept des VBS-Team Bremen, Bremen

FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (Hrsg.) (1998): Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit. Zwischenbericht. Köln

Gemeinsame Leitlinien der Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnung bei Abhängigkeitserkrankungen vom 9. März 1995

Gesamtkonzept zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige) vom 15. Mai 1985

- Habekost, D./Wiegand, G. (1999): Entwöhnungsbehandlung im Modulsystem (EMS) - Wechsel von kurzzeitigen stationären Intensivbehandlungseinheiten mit ambulanter Therapie. Hannover (unveröffentlichtes Konzept der LVA Hannover)
- Janz, S./Knauf, W./Neeb, K. (2000): Integrierte stationär-ambulante Rehabilitation (ISAR). Zielsetzung, Organisation und Behandlungsprogramm eines neuen Modells. Vortrag auf der Drogenkonferenz 2000 "Suchtkrankenhilfe gestaltet Veränderungen – Neue Arbeitsweisen und Methoden. Mainz, den 04.05.2000
- Kardoff, E. v. (1996): Die Gesundheitsbewegung - eine Utopie im Rückspiegel. In: Gesundheitsakademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung, NRW (Hrsg.): Macht - Vernetzung - Gesund?: Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzung im Gesundheitsbereich. Frankfurt am Main, S. 15 - 43
- Klebert, K./Schrader, E./Straub, W. G. (1987): KurzModeration. Anwendung der Moderationsmethode in Betrieb, Schule und Hochschule, Kirche und Politik, Sozialbereich und Familie bei Besprechungen und Präsentationen. Hamburg
- Knauf, W./Eichenlaub, G. (1999): Integrierte stationär-ambulante Rehabilitation - ein Modellprojekt in der Pfalz. In: Fachverband Sucht e.V.: Suchtbehandlung. Entscheidungen und Notwendigkeiten. Geesthacht, S. 135 - 146
- Koch, U./Brünger, M./u. a. (1994): Endbericht zum Projekt: Erweiterte statistische Auswertung des Dokumentationssystems DOSY und seiner 1-, 2- und 4-Jahreskatamnesen des Verbandes der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke e. V. unter Berücksichtigung von Einrichtungs- und Behandlungsmerkmalen. Freiburg im Breisgau

- Körkel, J./Kruse, G. (1994): Mit dem Rückfall leben - Abstinenz als Allheilmittel? Bonn
- Kromer, H. (1996): Die Entwicklung der ambulanten Rehabilitation Sucht in der Zeit von 1992 bis 1995 aus Sicht eines Leistungsträgers. In: Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Württemberg e.V. und der Evangelischen Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtkrankenhilfe (ELAS) (Hrsg.): Ambulante Rehabilitation Suchtkranker 1992-1995 in der Psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstelle der Diakonie in Württemberg. Stuttgart, S. 6 - 9
- Küfner, H. (1996): Diagnostik und Indikation des Alkoholismus. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkoholabhängigkeit: Motivation und Diagnose. Freiburg im Breisgau, S. 49 - 73
- Küfner, H./Feuerlein, W. (1989): In-Patient Treatment for Alcoholism. A multi center evaluation study. Berlin
- Kulick, B. (1995): Konzeptqualität bei stationärer Entwöhnungsbehandlung. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Geesthacht, S. 218 - 228
- Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen (Hrsg.) (2000a): Reha-Statistik 1999. Interne Statistik der LVA Oldenburg-Bremen, Oldenburg
- Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen (Hrsg.) (2000b): Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen - Geschäftsbericht 1999, Oldenburg
- Leune, J./Walcker-Meyer, C. (1995): Das interne Netz der Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Suchtkrankenhilfe im Verbund. Eine kritische Bestandsaufnahme. Freiburg im Breisgau, S. 70 - 81

- Lutter, H. (1997a): Einrichtungsübergreifende Qualitätszirkel - Wie Suchtberatungsstellen von der Wirtschaft lernen können. In: Partner-Magazin. 31. Jahrgang, Heft 5/1997, Kassel, S. 16 - 21
- Lutter, H. (1997b): Einrichtungsübergreifende Qualitätszirkel von Suchtberatungsstellen. Erfahrungsbericht und Materialien. Manuskript der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS). Hannover
- Mayring, Ph. (1985): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Jüttemann, G.: Qualitative Sozialforschung in der Psychologie. Basel
- Mayring, Ph. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 7. Auflage. Weinheim
- Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (1994): Intervalltherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Abschlussbericht des Modellprojekts. Mainz
- Meyenberg, R./Tielking, K./u.a. (1999): "Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit". Basisdaten zu Strukturmerkmalen ambulanter Kooperationseinrichtungen der LVA Oldenburg-Bremen. Arbeitsstelle Sucht- und Drogenforschung (FB 3) an der Universität Oldenburg
- Meyenberg, R./Tielking, K. (2000): Optimierung der Rehabilitation Alkoholabhängiger. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt "Effektivität von Alkoholentwöhnung". Arbeitsstelle Sucht- und Drogenforschung (FB 3) an der Universität Oldenburg
- Meuser, M./Nagel, S. (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Garz, D./Kraimer, K. (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Opladen

- Meuser, M./Nagel, S. (1994): Expertenwissen und Experteninterview. In: Hitzler, R./Honer, A./Maeder, Ch.: Expertenwissen. Opladen
- Mundle, G./Mann, K. (1996): Ein Modell zur Integration stationärer und ambulanter Therapie von Alkoholabhängigen. *Psycho* 22, 444 - 451
- Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (Hrsg.) (1999): Prävention und Hilfe bei Suchtmittelmißbrauch. Bericht und Konzept. Hannover
- Paul, K./Finkelmeier, B. (1999): Indikationsgeleitete ambulant/ teilstationäre Behandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit unter besonderer Berücksichtigung der beruflichen Wiedereingliederung Überlegungen zu einem interregionalen Verbundsystem für die Region Bremen: Unveröffentlichtes Konzept. Bremen/Bad Fredeburg
- Pepels, W. (1998): Kompaktlexikon Qualitätsmanagement. Köln/Wien
- Petzold, H. (1988): Vier Wege der Heilung. In: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Paderborn
- Rost, W.-D. (1987): Psychoanalyse des Alkoholismus: Theorie, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart
- Seifert, J. W. (1995): Visualisieren - Präsentieren - Moderieren. Offenbach
- Tasseit, S. (Hrsg.) (1992): Ambulante Suchttherapie: Möglichkeiten und Grenzen. Geesthacht

- Tielking, K. (1999): "Arbeit/Beruf – Arbeitslosigkeit": Ein Thema in der Rehabilitation Alkoholabhängiger? In: Meyenberg, R./Tielking, K. (Hrsg.): Neue Wege in der Rehabilitation Alkoholabhängiger. Band 3 der Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung, S. 67 - 92. Oldenburg
- 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. (2000): Rahmenkonzept für das Modellprojekt "Entwöhnung im Verbundsystem (EVS)". Konzept der Arbeitsstelle "Sucht- und Drogenforschung (SAUS)", Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) (1991): Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Abschlußberichte - Band III. Arbeitsbereich "Rehabilitationskonzepte". Teilband 3. Frankfurt am Main
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (1995a): Deutsche Rentenversicherung. Heft 5-6/95, Frankfurt am Main, S. 381 - 391
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) (1995b): Arbeitshilfe zur Beurteilung von Einrichtungen für die Durchführung von Entwöhnungsbehandlungen. Frankfurt am Main (unveröffentlichtes Arbeitspapier des VDR)
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) (2000): Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation: Instrumente und Verfahren. Frankfurt am Main

Walther, M./Walther, A. (1998): Qualitätszirkel im Krankenhaus: organisieren - moderieren - gestalten. Ulm/Stuttgart/Jena/Lübeck

Wienberg, G. (1992): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung von alkohol- und medikamentenabhängigen Menschen. Bonn

Witzel, A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jütteman, G.: Qualitative Sozialforschung in der Psychologie. Basel

Zemlin, U. (1993): Indikationskriterien für ambulante und/oder stationäre Therapie. Aktualisierte Fassung eines Referats auf dem Heidelberger Kongress 1992. Fachklinik Wilhelmsheim

Zielke, M. (1995): Basisdokumentation und Katamnestic als interner Qualitätsstandard unter dem Blickwinkel unterschiedlicher Qualitätssicherungsmodelle. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Geesthacht, S. 255 - 264

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. (1979): Indikation zur Gesprächspsychotherapie. Stuttgart

Anhang

Reha-Statistiken der LVA Oldenburg-Bremen für die Berichtszeiträume 1999 und 2000

<i>Klinik</i>	Zuweisungen im Berichts- zeitraum 1999	Wartezeit in Tagen	abgeschlossene Maßnahmen im Berichts- zeitraum	Durchschnitt- liche Dauer der Maßnahme in Tagen
Fachklinik St. Marienstift – Dammer Berge	127	18,6	94	91,6
Kleblatt Klinik Rastede	2	63,0	1	57,0
Fachkrankenhaus Moorpension	37	29,3	36	93,5
Fachklinik Bad Tönisstein	0	31,0	1	57,0
Fachklinik Fredeburg	82	30,3	65	73,8
Paracelsus-Berghofklinik	2	12,5	2	101,5
Fachklinik Wigbertshöhe	22	17,3	14	70,9
St. Vitus-Stift	24	26,0	14	92,2
Haus Niedersachsen I	1	27,0	1	85,0
Haus Niedersachsen II	1	13,0	0	-
ZKH Bremen-Ost – Klinik Sebaldsbrück	64	19,9	52	57,3
	1	26,5	2	84,0
Fachklinik Oldenburger Land – Abt. Ofener Straße	55	35,7	31	75,6
Fachklinik Oldenburger Land – Abteilung "To Hus"	43	26,6	32	78,7
Dietrich-Bonhöffer-Klinik	3	93,7	3	159,7
AG Therapiekette Niedersachsen	1	-	0	-
Bernhard-Salzmann-Klinik	5	38,7	3	84,7
Therapiezentrum Moorkieker	2	3,0	1	49,0
Fachklinik Richelsdorf	10	47,2	6	49,2
Sonstige	31	14,9	29	108,1
Gesamtzahlen aller Kliniken	513	25,5	387	81,9

*Tabelle 16: Stationäre Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholab-
hängigkeit und deren Zuordnung zu den stationären Leistungs-
anbietern¹ (vgl. LVA Oldenburg-Bremen 2000)*

1 In Niedersachsen gibt es für die medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlungen) von Alkohol- und Medikamentenabhängigen insgesamt dreizehn Fachkliniken mit 845 Plätzen sowie eine Tagesklinik in Hannover (vgl. Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales 1999).

Klinik	Zuweisungen im Berichts- zeitraum 2000	Wartezeit in Tagen	abgeschlossene Maßnahmen im Berichts- zeitraum	Durchschnitt- liche Dauer der Maßnahme in Tagen
Fachklinik St. Marienstift – Dammer Berge	152	24,9	133	93,3
Kleeblatt Klinik Rastede	2	45,0	2	64,0
Fachkrankenhaus Moorpension	38	31,8	36	90,8
Fachklinik Bad Tönnisstein	2	7,0	2	64,0
Fachklinik Fredeburg	92	27,2	84	92,8
Paracelsus-Berghofklinik	9	13,7	9	112,2
Fachklinik Wigbertshöhe	15	24,3	17	89,0
St. Vitus-Stift	12	32,1	12	106,9
Haus Niedersachsen I	6	25,0	3	85,0
Haus Niedersachsen II	0	-	1	84,0
ZKH Bremen-Ost – Klinik Sebaldsbrück	62	29,0	59	60,4
Fachklinik Oldenburger Land – Abt. Ofener Straße	70	43,4	54	86,4
Fachklinik Oldenburger Land – Abteilung “To Hus“	42	31,4	44	97,6
Dietrich-Bonhöffer-Klinik	1	154,0	0	-
AG Therapiekette Niedersachsen				
Bernhard-Salzmann-Klinik	6	21,3	5	45,8
Therapiezentrum Moorkieker	0	-	1	91,0
Fachklinik Richelsdorf	23	58,9	17	66,5
Sonstige (West-Heilstätte)	44	20,6	31	93,4
Gesamtzahlen aller Kliniken	576	30,1	510	87,7

Tabelle 17: Stationäre Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit und deren Zuordnung zu den stationären Leistungsanbietern (vgl. LVA Oldenburg-Bremen 2001)

Beratungsstelle	Zuweisungen im Berichts- zeitraum 1999	Wartezeit in Tagen	abgeschlossene Maßnahmen im Berichts- zeitraum	Durchschnitt- liche Dauer der Maßnahme in Tagen
Beratungsstelle im Lankreis Oldenburg, Wildeshausen (DW)	18	12,2	12	289,9
VBS-Team Bremen	16	18,3	11	158,3
Beratungsstelle im Landkreis Cloppenburg	14	23,5	12	291,3
Beratungsstelle in der Stadt Oldenburg (DW)	13	7,2	13	240,1
Beratungsstelle im Landkreis Ammerland, Bad Zwischen- ahn (DW)	10	12,4	3	354,3
AWO-Suchtberatungszent- rum Bremerhaven	10	27,0	4	171,0
Beratungsstelle im Landkreis Wesermarsch, Nordenham (DW)	10	13,8	7	430,3
Beratungsstelle Friesland, Varel	9	35,2	7	162,4
Drogenberatung Delmen- horst	9	16,5	7	141,0
Beratungsstelle in der Stadt Wilhelmshaven (DW)	8	4,3	9	386,4
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen West	7		2	249,5
West-Heilstätte - HTGR1	6	27,7	6	228,2
Psychosoziale Beratungsstelle Vechta	5		4	311,0
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Mitte	4	23,0	2	193,0
Beratungsstelle im Lankreis Wesermarsch, Brake (DW)	3	15,0	4	371,0
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Nord	1	34,0	3	183,7
Beratungsstelle in Esens (DW)	1	11,0	2	219,0
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Ost	0	-	1	260
Gesamtzahlen aller Beratungsstellen	144	16,8	110	260,4

*Tabelle 18: Ambulante Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholab-
hängigkeit und deren Zuordnung zu den ambulanten Leistungs-
anbietern (vgl. LVA Oldenburg-Bremen 2000)*

<i>Beratungsstelle</i>	Zuweisungen im Berichts- zeitraum 2000	Wartezeit in Tagen	abgeschlossene Maßnahmen im Berichts- zeitraum	Durchschnitt- liche Dauer der Maßnahme in Tagen
<i>Beratungsstelle in der Stadt Oldenburg (DW)</i>	39	16	20	137,1
VBS-Team Bremen	32	24	19	218,3
Beratungsstelle im Landkreis Ammerland, Bad Zwischen- ahn (DW)	21	11,9	22	133,5
Beratungsstelle im Landkreis Cloppenburg	22	20,8	21	260,4
Beratungsstelle in der Stadt Wilhelmshaven (DW)	17	22,6	11	223,5
Beratungsstelle im Landkreis Wesermarsch, Brake (DW)	15	13	6	351,2
Beratungsstelle im Landkreis Oldenburg, Wildeshausen (DW)	14	7	16	267,5
<i>Beratungsstelle Friesland, Varel</i>	12	24,2	7	229,4
Psychosoziale Beratungsstelle Vechta	12	34	11	194,5
West-Heilstätte - HTGR1	12	24	5	224,0
AWO- Suchtberatungszentrum Bremerhaven	11	27,1	10	174
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen West	10	6,8	4	196,3
Beratungsstelle im Landkreis Wesermarsch, Nordenham (DW)	9	5,8	8	186,6
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Nord	5	9,5	2	43,5
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Ost	4	-	1	32
Drogenberatung Delmenhorst	4	7,7	5	370,4
Beratungsstelle in Esens (DW)	3	5,5	1	124
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Mitte	2	15	2	236,5
Norddeutsches Institut Bremen	2	36	0	-
<i>Jugend- und Drogenberatung Oldenburg</i>	1	-	0	-
Gesamtzahlen aller Beratungsstellen	247	18,5	171	208,1

Tabelle 19: Ambulante Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit und deren Zuordnung zu den ambulanten Leistungsanbietern (vgl. LVA Oldenburg-Bremen 2001)

Beratungsstelle	Zuweisungen im Berichtszeitraum 1999	Wartezeit in Tagen	abgeschlossene Maßnahmen im Berichtszeitraum	Durchschnittliche Dauer der Maßnahme in Tagen
Beratungsstelle in der Stadt Oldenburg (DW)	19	28,9	12	256,4
Beratungsstelle Friesland, Varel	16	22,2	12	193,1
AWO-Suchtberatungszentrum Bremerhaven	15	54,8	5	177,6
VBS-Team Bremen	13	29,4	2	99,0
Beratungsstelle im Landkreis Cloppenburg	13	13,4	9	257
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Nord	11	17,0	8	190,1
West-Heilstätte - HTGR1	8	10,0	1	184,0
Beratungsstelle im Landkreis Wesermarsch, Nordenham (DW)	8	12,3	2	208,0
Beratungsstelle im Landkreis Oldenburg, Wildeshausen (DW)	7	37,5	2	126,5
Beratungsstelle in der Stadt Wilhelmshaven (DW)	7	15,8	5	236,6
Beratungsstelle im Landkreis Ammerland, Bad Zwischenahn (DW)	6	6,0	4	166,0
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen West	6	26,0	4	135,0
Drogenberatung Delmenhorst	6	24,0	5	274,4
Psychosoziale Beratungsstelle Vechta	5	29,5	5	231,4
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Ost	4		2	275,0
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Mitte	4	81,0	1	184,0
Beratungsstelle in Esens (DW)	3	27,5	3	115,7
Beratungsstelle im Landkreis Wesermarsch, Brake (DW)	2	90,0	3	356,7
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Süd	2	61,0	0	
Gesamtzahlen aller Beratungsstellen	155	25,4	85	214,6

Tabelle 20: Ambulante Nachsorge-Behandlungen wegen Alkoholabhängigkeit und deren Zuordnung zu den ambulanten Leistungsanbietern (vgl. LVA Oldenburg-Bremen 2000)

Beratungsstelle	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2000	Wartezeit in Tagen	abgeschlossene Maßnahmen im Berichtszeitraum	Durchschnittliche Dauer der Maßnahme in Tagen
VBS-Team Bremen	20	20,4	11	150,1
Beratungsstelle in der Stadt Oldenburg (DW)	17	17,1	19	254,1
West-Heilstätte - HTGR1	11	30	6	145,3
Beratungsstelle Friesland, Varel	10	22,8	15	233,9
Beratungsstelle im Landkreis Ammerland, Bad Zwischenahn (DW)	9	15	6	144,2
Beratungsstelle im Landkreis Cloppenburg	9	23,9	15	236,2
Psychosoziale Beratungsstelle Vechta	9	7,3	8	190,1
AWO-Suchtberatungszentrum Bremerhaven	9	33,5	10	119,8
Beratungsstelle im Landkreis Oldenburg, Wildeshausen (DW)	8	26	5	145,6
Beratungsstelle im Landkreis Wesermarsch, Nordenham (DW)	7	15,2	7	301,1
Beratungsstelle in der Stadt Wilhelmshaven (DW)	6	18,5	11	209,9
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Nord	6	1	8	282,6
Beratungsstelle im Landkreis Wesermarsch, Brake (DW)	5	28	2	154,5
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Ost	5	22,5	3	109,7
Beratungsstelle in Esens (DW)	4	33,3	4	129,3
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen West	3	41	4	234
Drogenberatung Delmenhorst	3	23,5	5	314,2
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Mitte	2	41,7	3	91
Sozialpsychiatrischer Dienst Bremen Süd	2	104	2	179
Gesamtzahlen aller Beratungsstellen	145	23,8	144	206,1

Tabelle 21 : Ambulante Nachsorge-Behandlungen wegen Alkoholabhängigkeit und deren Zuordnung zu den ambulanten Leistungsanbietern (vgl. LVA Oldenburg-Bremen 2001)

Autoren/Teilnehmer des Qualitätszirkels EVS

Ahlrichs, Thomas Dipl.-Päd.	Leiter, Psychodrama-Assistent, Kinder- und Jugendpsychotherapeut der Suchtberatung Friesland, Varel
Bartels, Heinz Dipl.-Päd./Dipl.-Soz.	Leiter (seit dem 1. April 2001), Präventionsfachkraft, Sozialtherapeut, Gestalttherapeut der Suchtberatungsstelle Stiftung Edith Stein, Cloppenburg
Borawski, Rudolf-P. Dipl.-Religionspäd./ Dipl.-Soz.	Leiter, Sozialtherapeut der Beratungs- und Behandlungsstelle im Landkreis Oldenburg, Wildeshausen
Hedden, Heiko Dipl.-Psych.	Gestalttherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Sozialtherapeut der Suchtberatung Friesland, Varel
Herrmann, Egbert Dr.	Chefarzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie der Fachklinik St. Marienstift - Dammer Berge, Neunkirchen-Vörden
Kuß, Gabriele, Dipl.-Psych.	Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsstelle "Sucht- und Drogenforschung" an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg
Lampe, Petra Landesamtfrau	Grundsatzreferat der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, Oldenburg
Mantel, Ferdinand	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie; Ärztlicher Gutachter des sozialmedizinischen Dienstes der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, Oldenburg
Müller, Josef Dipl.-Päd./Dipl.- Soz.Päd.	Leitender Therapeut der Fachklinik St. Marienstift - Dammer Berge, Neunkirchen-Vörden

- Schmidt, Wolfgang,
Dr.** Chefarzt, Arzt für Nervenheilkunde und
Psychotherapeutische Medizin der Fachklinik
Oldenburger Land, Oldenburg/Neerstedt
- Schmitt, Wolfgang
Dipl.-Soz.** Leiter, Sozialtherapeut, Psychoanalytisch
interaktioneller Gruppenpsychotherapeut der
Beratungs- und Behandlungsstelle im Landkreis
Ammerland, Bad Zwischenahn
- Scholz, Wolf-Dieter,
Prof. Dr.** Leiter der Arbeitsstelle "Sucht- und Drogenfor-
schung", an der Carl von Ossietzky Universität
Oldenburg, Oldenburg
- Tielking, Knut,
Dr.** Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Arbeitsstelle
"Sucht- und Drogenforschung" an der Carl von
Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg
- Leiter der Studie "Alkoholentwöhnung im
Verbundsystem (EVS)"
- Traube, Peter
Landesamtmann** Grunsatzreferat der Landesversicherungsanstalt
Oldenburg-Bremen, Oldenburg
- Wolking, Josef
Dipl.-Soz.** Leiter (bis 31. März 2001), Sozialarbeiter/Sozial-
therapeut, Gesprächstherapeut, Supervisor der
Suchtberatungsstelle Stiftung Edith Stein,
Cloppenburg
- Wulf, Herbert
Dipl.-Psych.** Leiter, Gesprächspsychotherapeut,
Gestalttherapeut, Tiefenpsychologischer
Psychotherapeut, Individualpsychologischer
Berater der Beratungs- und Behandlungsstelle in
der Stadt Oldenburg, Oldenburg

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Fachbereich 1/3
Postfach 25 03
26111 Oldenburg
Tel.: 0441/798-5156 - Fax: 0441/798-5180
E-Mail: saus@uni-oldenburg.de
Internet: www.uni-oldenburg.de/saus



Arbeitsstelle Sucht- und Drogenforschung

