

Schriftenreihe „Sucht- und Drogenforschung“

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

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

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

Der Herausgeber

**Svenja Korte, Kerstin Ratzke,
Wolf-Dieter Scholz, Knut Tielking**

**„Die Modulare
Kombinationsbehandlung“**

**Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung
im regionalen Therapieverbund der Lukas Werk
Suchthilfe gGmbH und ihrer externen
Kooperationspartner**

Band 10

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



BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

BIS-Verlag, Oldenburg, 2008

Verlag /Druck /Vertrieb

BIS-Verlag

der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Postfach 25 41

26015 Oldenburg

E-Mail: bisverlag@uni-oldenburg.de

Internet: www.bis-verlag.de

ISBN 978-3-8142-2115-1

Inhalt

Wolf-Dieter Scholz, Knut Tielking

Vorwort	15
1 Einleitung	19
1.1 <i>Zusammenfassung</i>	19
1.2 <i>Aktuelle Entwicklungen und Forschungsstand zum Thema: „Verbundarbeit in der Suchthilfe“</i>	20
1.3 <i>Bundesweite Entwicklungen zu Kombinationsbehandlungen in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zu Kombinationsbehandlungen</i>	30
2 Konzeption der Studie	33
2.1 <i>Gegenstand der Studie – Der Therapieverbund der Lukas- Werk Suchthilfe gGmbH und ihre externen Kooperationspartner</i>	33
2.1.1 <i>Die Lukas-Werk Suchthilfe (LWS) gGmbH</i>	34
2.1.2 <i>Die externen Kooperationspartner – der Trägerverbund Reha Sucht Hannover und die Suchtberatungsstelle Wolfsburg</i>	35
2.1.3 <i>Einrichtungen außerhalb der Begleitforschung</i>	36
2.2 <i>Das Rahmenkonzept der Modularen Kombinationsbehandlung der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover</i>	38
2.3 <i>Ziele und Fragestellungen der Studie</i>	42
2.3.1 <i>Begleitung des Qualitätsentwicklungsprozesses</i>	44
2.3.2 <i>Evaluation der Behandlung</i>	46
2.4 <i>Datenschutz</i>	51
3 Ergebnisse des Qualitätsentwicklungsprozesses	55
3.1 <i>Die Lenkungsgruppenarbeit</i>	55
3.2 <i>Die Case-Management-Treffen</i>	59

3.3	<i>Die AG Datenschutz</i>	65
3.4	<i>Die AG Berichtswesen und das Berichtswesen-Controlling</i>	67
3.5	<i>Die Regelung des Übergabemanagements</i>	78
3.6	<i>Verfahrensanweisungen für das QM-Handbuch der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH</i>	82
3.7	<i>Die Qualitätszirkelarbeit und Intravision</i>	84
3.8	<i>Der Vorlagenreader zur Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner</i>	85
3.9	<i>Exkurs zum Qualitätsentwicklungsprozess – Die Feedbackrundenbefragung</i>	86
3.9.1	Ziele und Methodisches Vorgehen	86
3.9.2	Ergebnisse der Befragung	87
3.9.3	Zusammenfassung	99
4	Ergebnisse der empirischen Untersuchungen	103
4.1	<i>Ergebnisse der TherapeutInnen- und KlientInnenbefragungen</i>	103
4.1.1	Definitionen	103
4.1.2	Datenbasis	105
4.1.3	Geschlecht, Alter, soziale und berufliche Einbindung der KlientInnen	107
4.1.4	Alkoholabhängigkeit und Gesundheitszustand der KlientInnen bei Antragstellung	110
4.1.5	Indikation zur Modularen Kombinationsbehandlung	116
4.1.6	Behandlungsverläufe der MoKo	120
4.1.7	Die Sondermodule – Belastungserprobungsgruppe (BEG) und Übergabemanagement	139
4.1.8	Zusammenarbeit und Kooperation der Leistungsanbieter	149
4.1.9	Zufriedenheit mit der Behandlung	158
4.1.10	Behandlungserfolge auf Ebene der Prozesse	161
4.1.11	Individuelle Behandlungserfolge – Effekte und Veränderungsentwicklungen auf Seiten der KlientInnen	167
4.1.12	Vergleich Behandlungsabbrecher und planmäßige Behandlungsbeender	188

4.1.13	Einfluss auf den Behandlungsabbruch	192
4.1.15	Zusammenfassende Bewertung und Einordnung der Ergebnisse in den Forschungskontext	197
4.2	<i>Ergebnisse der qualitativen Studie</i>	203
4.2.1	Vorgehensweise der Untersuchung	203
4.2.2	Fallskizzen aus den qualitativen Interviews mit KlientInnen	206
4.2.3	Präsentation der Ergebnisse der qualitativen Interviews unter ausgewählten Themenkategorien	213
4.3	<i>Ergebnisse der Case-ManagerInnen-Befragung</i>	226
4.3.1	Ziele der Befragung	227
4.3.2	Methodisches Vorgehen	228
4.3.3	Darstellung der Ergebnisse	228
4.3.4	Zusammenfassung	245
4.4	<i>Ergebnisse der Befragungen der Lenkungsgruppe</i>	247
4.4.1	Anfangsbefragung der Lenkungsgruppe	248
4.4.2	Abschlussbefragung der Lenkungsgruppe	258
4.4.3	Zusammenfassung	268
5	Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der Moko-Studie	271
6	Erfahrungsberichte der Kooperationspartner – Eindrücke zur Umsetzung der MoKo	275
6.1	<i>Die Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund aus Sicht des Lukas-Werkes</i>	275
6.2	<i>Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund aus Sicht der Leistungsträger</i>	284
7	Reflektion und Handlungsempfehlungen	297
7.1	<i>Die Komplexität der Kooperation und Behandlung Verbundstruktur</i>	298
7.2	<i>Impulse für die Forschung</i>	314
7.3	<i>Ausblick</i>	316
Literatur		318

TeilnehmerInnen der Lenkungsgruppe

325

AutorInnen

327

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Gegenüberstellung der Verbundkonzeptionen EVS und MoKo – Seite 1	25
Abb. 2	Gegenüberstellung der Verbundkonzeptionen EVS und MoKo – Seite 2	26
Abb. 3	Gegenüberstellung der Verbundkonzeptionen EVS und MoKo – Seite 3	27
Abb. 4	Gegenüberstellung der Verbundkonzeptionen EVS und MoKo – Seite 4	28
Abb. 5	Gegenüberstellung der Verbundkonzeptionen EVS und MoKo – Seite 5	29
Abb. 6	Leistungsangebot der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH.....	34
Abb. 7	Regionale Therapieverbände in Niedersachsen.....	37
Abb. 8	KlientInnenbefragung.....	49
Abb. 9	TherapeutInnenbefragung.....	50
Abb. 10	Zeitfenster Lenkungsgruppe.....	56
Abb. 11	Leistungsbeschreibung Case-Management - A	62
Abb. 12	Leistungsbeschreibung Case-Management - B.....	63
Abb. 13	Leistungsbeschreibung Case-Management - C.....	64
Abb. 14	MoKo-Entlassungsbericht – Blatt 2a.....	69
Abb. 15	MoKo-Entlassungsbericht – Blatt 2b.....	70
Abb. 16	MoKo-Entlassungsbericht – Blatt 2c.....	71
Abb. 17	MoKo-Entlassungsbericht – Blatt 2d.....	72
Abb. 18	Präambel modulares Berichtswesen.....	73
Abb. 19	Anwendungshilfe Berichtswesen-Controlling – Seite 1.....	76
Abb. 20	Anwendungshilfe Berichtswesen-Controlling – Seite 2.....	77
Abb. 21	Anwendungshilfe Berichtswesen-Controlling – Seite 3.....	78
Abb. 22	Checkliste Übergabegespräch ambulant-stationärer Wechsel.....	80
Abb. 23	Checkliste Übergabegespräch stationär-ambulanter Wechsel.....	81
Abb. 24	Synopse zum Übergabemanagement	82
Abb. 25	Institutioneller Hintergrund der Befragten.....	88
Abb. 26	Zusammenarbeit im regionalen Therapieverbund	89
Abb. 27	Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig- Hannover	90
Abb. 28	Unterschiede zwischen MoKo und „herkömmlichen“ Reha-Angeboten.....	92
Abb. 29	Vorteile der Veränderungen.....	94
Abb. 30	Gerechtfertigter Aufwand?.....	96
Abb. 31	Umsetzungsschwierigkeiten im Therapieverbund.....	97
Abb. 32	Datenbasis der Prozess begleitenden Erhebungen in MoKo.....	105
Abb. 33	Antragsverläufe – Statusfeststellung.....	107
Abb. 34	Alter der Klientin/des Klienten.....	108
Abb. 35	Schulabschluss der KlientInnen.....	109
Abb. 36	Erwerbsstatus zum Zeitpunkt der Antragstellung.....	109
Abb. 37	Abhängigkeitsdauer in Jahren.....	110
Abb. 38	Abstinenzperioden im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung.....	111

Abb. 39	Vorbehandlungen	112
Abb. 40	Fremd- und Selbstbeobachtung des aktuellen Zustandes	114
Abb. 41	Einsicht in die Alkoholabhängigkeit	115
Abb. 42	Änderungsmotivation	116
Abb. 43	Fähigkeit zum Krisenmanagement	117
Abb. 44	Langzeitstationäre Reha und Arbeit	117
Abb. 45	Langzeitstationäre Reha und Arbeit - nur arbeitende KlientInnen	118
Abb. 46	Langzeitstationäre Reha und soziale Verpflichtungen	118
Abb. 47	Frühere Rehabilitation und erforderliche Langzeitmaßnahme	119
Abb. 48	Anpassung an Regelrahmen und Scheitern in der Selbständigkeit	119
Abb. 49	Beschwerden psychischer Bereich und stationäre Entwöhnungsbehandlung	120
Abb. 50	Körperliche Beschwerden und stationäre Entwöhnungsbehandlung	120
Abb. 51	Prospektive Therapieplanung ambulante Behandlung	121
Abb. 52	Ambulanter Beginn der MoKo	121
Abb. 53	Ganztägig ambulante Behandlungsvariante	122
Abb. 54	Prospektive Therapieplanung stationäres Modul	123
Abb. 55	Realisierung des ganztägig ambulanten/stationäre Moduls	124
Abb. 56	Anzahl der (Tages-) Klinikaufenthalte	124
Abb. 57	Dauer der tagesklinischen oder stationären Behandlung gemessen an der Prospektiven Therapieplanung	125
Abb. 58	Zufriedenheit mit der Behandlung	126
Abb. 59	Klinikempfehlung	127
Abb. 60	Dauer des ambulanten Moduls	128
Abb. 61	Dauer der ambulanten Behandlung – regulärer Behandlungsabschluss	128
Abb. 62	Planung eines weiteren (teil-)stationären Aufenthaltes	129
Abb. 63	Einschätzung der Behandlungsdauer	130
Abb. 64	Fremd- und Selbstbeobachtung des aktuellen Zustandes	131
Abb. 65	Einschätzung des Behandlungsrahmens	132
Abb. 66	Gesamteinschätzung der Veränderung	132
Abb. 67	Behandlungszufriedenheit	133
Abb. 68	Bewertung des ambulanten Aufenthaltes	133
Abb. 69	Rückkehr in die Fachambulanz	134
Abb. 70	Empfehlung dieser Fachambulanz	135
Abb. 71	Bewertung Behandlungswechsel	136
Abb. 72	Vorbereitung des Behandlungswechsels	136
Abb. 73	Bewertung Behandlungswechsel	137
Abb. 74	Sicherheit durch Behandlungsflexibilität	137
Abb. 75	Therapieplanung und realisierte Behandlung	138
Abb. 76	Teilnahme an der Belastungserprobungsgruppe	139
Abb. 77	Korrelation „Teilnahme BEG“ und „Entlassung aus dem (teil-)stationären Modul“	140
Abb. 78	Häufigkeit Teilnahme an der BEG	140
Abb. 79	Abstimmung der BEG	141
Abb. 80	BEG – Vorbereitung auf die Fachambulanz	142
Abb. 81	Bewertung der BEG	143
Abb. 82	Reduktion der Schwellenangst - BEG	143
Abb. 83	Durchführung Übergabemanagement (teil-)stationär-ambulant	144
Abb. 84	Durchführung Übergabemanagement ambulant-stationärer Wechsel	145
Abb. 85	Hilfe beim Start in die Fachambulanz -Übergabegespräch	146
Abb. 86	Reduktion Schwellenangst - Übergabegespräch	146

Abb. 87	Vorbereitung auf Weiterbehandlung - Übergabegespräch	147
Abb. 88	Informationsvermittlung- Übergabegespräch	148
Abb. 89	Zugang zum Klienten/zur Klientin - Übergabegespräch	148
Abb. 90	Bisherige Kontakte zur Fachambulanz – Beginn (teil-)stationäre Behandlung	149
Abb. 91	Bisherige Kontakte zur Fachambulanz – Ende (teil-)stationäres Modul	150
Abb. 92	Kontakte zur (Tages-)Klinik – Beginn ambulante Weiterbehandlung	151
Abb. 93	Bewertung mündliche Informationsweitergabe – (teil-)stationäre TherapeutInnen	151
Abb. 94	Bewertung Sozialbericht und modulares Berichtswesen – (teil-) stationäre TherapeutInnen	152
Abb. 95	Weitergabe Therapieziele	152
Abb. 96	Mündliche Informationsweitergabe – ambulante TherapeutInnen	153
Abb. 97	Bewertung der Testberichte – ambulante TherapeutInnen	154
Abb. 98	Bewertung Sozialbericht und modulares Berichtswesen – ambulante TherapeutInnen	154
Abb. 99	Nahtlose Weiterbehandlung – ambulante TherapeutInnen	155
Abb. 100	Probleme in der Zusammenarbeit mit der Fachambulanz zu Beginn des (teil-)stationären Moduls – (teil-)stationäre TherapeutInnen	155
Abb. 101	Probleme in der Zusammenarbeit mit der Fachambulanz zum Ende des (teil-)stationären Moduls – (teil-)stationäre TherapeutInnen	156
Abb. 102	Aufwand zur Abstimmung –(teil-)stationäre TherapeutInnen	157
Abb. 103	Aufwand Organisation–(teil-)stationäre TherapeutInnen	157
Abb. 104	Probleme Zusammenarbeit mit der (Tages-)Klinik – ambulante TherapeutInnen	158
Abb. 105	Bewertung der durchgeführten Behandlungszeit – (teil-)stationäre TherapeutInnen	159
Abb. 106	Zufriedenheit mit der MoKo insgesamt - KlientInnen	159
Abb. 107	Bewertung der Behandlungszeit – KlientInnen	160
Abb. 108	Zufriedenheit Abstimmung Behandlungsmaßnahme – KlientInnen	160
Abb. 109	Zufriedenheit Anpassung Behandlungsplan – KlientInnen	161
Abb. 110	Wechsel in das (teil-)stationäre Modul	162
Abb. 111	Haltequote im (teil-)stationären Modul	162
Abb. 112	Wechsel vom (teil-)stationären in das poststationäre ambulante Modul	163
Abb. 113	Haltequote poststationäres ambulantes Modul	163
Abb. 114	planmäßiger Behandlungsabschluss der MoKo	164
Abb. 115	Veränderung der Bezugsgrößen	165
Abb. 116	Gesamtübersicht kurzfristige Behandlungserfolge in MoKo	165
Abb. 117	Bewertung Konsum- und Abhängigkeitsverhalten	167
Abb. 118	Alkoholkonsum während der Behandlung	168
Abb. 119	Abstinenzprognose	168
Abb. 120	Abstinenzzuversicht der KlientInnen	169
Abb. 121	Arbeitslosigkeit bei Behandlungsende	169
Abb. 122	Berufliche Integration Behandlungsanfang und -ende	170
Abb. 123	Partnerbeziehung Behandlungsanfang und -ende	171
Abb. 124	Lebenszufriedenheit	172
Abb. 125	Zentrale Parameter der gebildeten Mittelwertsindizes zum KlientInnenzustand – I	174
Abb. 126	Zentrale Parameter der gebildeten Mittelwertsindizes zum KlientInnenzustand – II	175

Abb. 127	Selbst- und Fremdeinschätzung des psychosomatischen Zustands der KlientInnen im Therapieverlauf.....	177
Abb. 128	Selbst- und Fremdeinschätzung der Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit der KlientInnen im Therapieverlauf.....	178
Abb. 129	Einschätzung des psychosomatischen Zustands und der Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit der KlientInnen durch den klinischen Therapeuten.....	180
Abb. 130	Einschätzung des psychosomatischen Zustands und der Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit der KlientInnen durch die (tages-) klinischen TherapeutInnen.....	182
Abb. 131	Zufriedenheit der KlientInnen mit ihrem sozialen Umfeld während des Therapieverlaufs.....	185
Abb. 132	Zufriedenheit der KlientInnen mit ausgewählten persönlichen Aspekten während des Therapieverlaufs.....	187
Abb. 133	Alter und Behandlungsverlauf.....	188
Abb. 134	Geschlecht und Behandlungsverlauf.....	188
Abb. 135	Schulabschluss und Behandlungsverlauf.....	189
Abb. 136	Partnerbeziehung und Behandlungsverlauf.....	189
Abb. 137	Frühere Entwöhnungsbehandlung und Behandlungsverlauf.....	190
Abb. 138	Krankheitseinsicht und Behandlungsverlauf.....	190
Abb. 139	Beantragtes ganztägiges Modul und Behandlungsverlauf.....	191
Abb. 140	Beantragtes stationäres Modul und Behandlungsverlauf.....	191
Abb. 141	Jahr der Antragstellung und Behandlungsverlauf.....	192
Abb. 142	Determinanten des Abbruchs der MoKo (finales logistisches Regressionsmodell).....	193
Abb. 143	Determinanten des Abbruchs nach der klinischen Phase (logistisches Regressionsmodell).....	195
Abb. 144	Abstinenzquoten.....	197
Abb. 145	Vergleich der Modellprojekte MoKo, EVS, BADO, Deutsche Suchthilfestatistik ambulante Einrichtungen anhand ausgewählter Daten.....	202
Abb. 146	Leitfaden TherapeutInnen.....	204
Abb. 147	Leitfaden KlientInnen.....	205
Abb. 148	Empfehlung MoKo – Case-ManagerInnen.....	229
Abb. 149	Bewertung Veränderungen.....	230
Abb. 150	Bewertung Zusammenarbeit im Arbeitsalltag.....	232
Abb. 151	Realisierung der Zusammenarbeit.....	233
Abb. 152	Probleme in der Zusammenarbeit – Case-ManagerInnen.....	234
Abb. 153	Zufriedenheit mit der Einbindung.....	235
Abb. 154	Zufriedenheit mit der Verbindlichkeit der Absprachen.....	236
Abb. 155	Zufriedenheit mit den Informationen.....	237
Abb. 156	Aufwertung Arbeitsbereich.....	238
Abb. 157	Aufgaben im Kontext des Case-Managements.....	239
Abb. 158	Arbeitsbelastung durch MoKo.....	240
Abb. 159	Zeitliche Arbeitsbelastung im Vergleich.....	241
Abb. 160	Häufigkeit der Auskunftserteilung.....	242
Abb. 161	Auskunftserteilung an Institutionen.....	243
Abb. 162	Vorbereitung Case-Management einrichtungsintern.....	244
Abb. 163	Anerkennung der Leistungen.....	245
Abb. 164	Ziele des Verbundes.....	252
Abb. 165	Positive Wirkungen des Verbundes auf die Alltagsarbeit.....	253

Abb. 166	Gründe für ein potientielles Scheitern des Verbundes.....	254
Abb. 167	Kriterien für einen geglückten Verbund	255
Abb. 168	Zufriedenheit mit der Prozessvereinfachung	260
Abb. 169	Positive Auswirkungen des Verbundes im Alltag	261
Abb. 170	Themen in der Lenkungsgruppe.....	262
Abb. 171	Kenntnis Lenkungsgruppen-Protokolle	263
Abb. 172	Nutzung der Lenkungsgruppenprotokolle	264
Abb. 173	Problematisch in der praktischen Umsetzung der MoKo?	265
Abb. 174	Vorteile der MoKo	266
Abb. 175	Arbeitsbelastung im Rahmen der MoKo	267
Abb. 176	Regionale Verortung der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH	279
Abb. 177	Synopse.....	301
Abb. 178	Zukunftsvisionen Abschlusstagung	317

Vorwort

Wolf-Dieter Scholz, Knut Tielking

Der hier vorgelegte Abschlussbericht ist die Dokumentation der Ergebnisse des Forschungsprojektes „Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner (MoKo)“.

Am 1. Oktober 2005 hat die AG Devianz die wissenschaftliche Begleitung dieses Modellprojekts begonnen. Das Projekt aus dem Bereich der Rehabilitationsforschung ist nicht nur mit einem erheblichen Finanzvolumen durch die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, die Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH, den Lukas-Werk e.V., die Stadt Wolfenbüttel, das Diakonische Werk der Ev.-luth. Landeskirche in Braunschweig e.V. und den Verein zur Förderung der Rehabilitation in Niedersachsen und Bremen e.V. (VFRNB) gefördert worden, es ist auch in jedem Abschnitt durch eine intensive und fruchtbare Kooperation zwischen den Kooperationspartnern gekennzeichnet gewesen. Aus der Sicht der AG Devianz lag der besondere Reiz, aber auch die starke Herausforderung darin, dass es sich hier nicht um die klassische Form der Grundlagenforschung gehandelt hat, sondern um eine wissenschaftsbasierte Form der praxisrelevanten Forschung, an deren Ergebnissen ein direktes handlungsrelevantes Interesse besteht. Die fast zweieinhalbjährige Projektarbeit wird mit diesem Abschlussbericht und einer Fachtagung im Februar 2008 beendet.

Ausgangspunkt für unsere Arbeit war das Bemühen, die Wege und Formen der Aufbau- und Ablauforganisation der Zusammenarbeit im Rahmen der MoKo neu und effektiver zu gestalten, die ganztägig ambulanten- oder stationär-ambulanten Behandlungsverläufe und deren Outcome zu verbessern und die Behandlungsqualität der Verbundarbeit und die Realisierung der Kombi-Behandlung im Therapieverbund zu evaluieren. Dazu mussten neue Instrumente zur Durchführung von quantitativen (halb standardisierte Befragungen [für Mitglieder der Lenkungsgruppe, für Case-ManagerInnen und für PatientInnen der Rehabilitationsmaßnahmen und deren TherapeutInnen]) und von qualitativen Befragungen (leitfadengestützte Interviews) zur Evaluation der Behandlung sowie zur Verbesserung der Qualität der Entscheidungs- und Behandlungsprozesse zum Teil als Online-Befragung realisiert werden. Die

erhobenen quantitativen Daten (Frequenz- und Kontingenzanalyse, logistische Regression, Allgemeines Lineares Modell) mussten rechnergestützt ebenso ausgewertet werden wie die qualitativen Interviewdaten (qualitative Inhaltsanalyse).

Geleitet wurden diese Arbeiten von dem Bemühen, die Kooperation aller an diesen Prozessen der Verbundarbeit Beteiligten, der Leistungsträger und der Leistungsanbieter, zu fördern und zu unterstützen und dabei den Anspruch der Qualitätsentwicklung in den Mittelpunkt zu stellen. Die während der Projektlaufzeit erzielten Erfolge (u. a. erfolgreich abgeschlossene Kombinationsbehandlungen, Implementierung des modularen Berichtswesens, Weiterentwicklung von Kooperationsstandards) wie auch aktuell bestehende Herausforderungen (u. a. Fortsetzung systematischer Qualitätsentwicklung, Nachweis langfristiger Behandlungseffekte von Kombinationsbehandlungen) auf diesem weiter zu beschreitenden Weg der Flexibilisierung und Individualisierung der Behandlung von Abhängigen sind im vorliegenden Abschlussbericht dokumentiert.

Eine so lange, intensive und produktive Kooperation zwischen der Wissenschaft und der wissenschaftlich orientierten Rehabilitationspraxis wie sie für den konkreten Fall festzustellen ist, gelingt nur durch eine solide Basis von Vertrauen in die Zuverlässigkeit, Berechenbarkeit und Solidität der Arbeit der Forschungsgruppe durch die anderen beteiligten Institutionen und Personen. Dafür sind wir als AG Devianz allen Beteiligten verbunden. Wir wollen ausdrücklich festhalten, dass der erfolgreiche Abschluss unserer Arbeit im Wesentlichen das Ergebnis einer gemeinsamen Anstrengung ist. Wir möchten uns dafür ausdrücklich auch bei denen bedanken, die daran mitgewirkt haben. Der besondere Dank gilt dabei Frau Sarstedt-Hülsmann (Geschäftsführerin der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH), Herrn Dr. Gaedt (ehemaliger leitender Arzt der Fachklinik Erlengrund), Herrn Dr. Seifert (leitender Arzt der Fachklinik Erlengrund), Herrn Laskowski (leitender Psychologe der Fachklinik Erlengrund) und den Projektverantwortlichen auf Seiten der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover Herrn Bode, Frau Westphal und Herrn Wiegand.

Zudem sei allen an der Lenkungsgruppenarbeit Beteiligten herzlich gedankt. Unser Dank für eine immer faire und fruchtbare Kooperation gilt auch Herrn Dr. Kobelt vom VFRNB für den Austausch im Zusammenhang der Reha-Statistiken, Herrn Brunssen für die Zusammenarbeit im Rahmen der QM-Maßnahmen, und den TherapeutInnen und Case-Managerinnen und -Mana-

gern für das Engagement und Durchhaltevermögen im Rahmen der Begleitforschung.

Last but not least möchten wir uns auch gleichsam nach Innen bedanken. Frau Sabine Rösler hat bis zu ihrem Ausscheiden aus der Projektarbeit durch den Wechsel in eine andere verantwortungsvolle Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsarbeit durch ihre strikte Arbeitsdisziplin und ihre herausragende Qualifikation wesentlich dazu beigetragen, dass das Projekt einen erfolgreichen Start hatte. Henning Fietz möchten wir dafür danken, dass er uns über alle Fallstricke und Hindernisse der elektronischen Datenverarbeitung und EDV-Technik sicher geleitet hat und umfassend beratend tätig war, Wiebke Zabel hat als studentische Mitarbeiterin wichtige Arbeiten im Zusammenhang der qualitativen Interviewstudie geleistet. Unser Dank und unsere Anerkennung gilt darüber hinaus den drei Praktikantinnen aus dem Studiengang Public Health der Universität Bremen, Corinna Post, Imke Telkamp und Hilke Bosse. Sie waren eine große Bereicherung unserer Arbeit – insbesondere im Projektmanagement und im Kontext der Organisation der Abschluss-tagung – und haben hoffentlich einen neuen Zugang zu dem Forschungs- und Praxisfeld der Gesundheitswissenschaften bekommen.

Am Ende dieser langen und erfolgreichen Zusammenarbeit stellen sich unterschiedliche Empfindungen ein. Einerseits Freude und Zufriedenheit über die gelungene Arbeit, andererseits eine gewisse Wehmut, dass sie beendet ist und schließlich die Hoffnung, dass die Ergebnisse der Studie Eingang in die Rehabilitationspraxis finden und im Interesse der Leistungsträger, Leistungsanbieter, Beschäftigten und vor allem der Betroffenen zu einer weiteren Qualitätsverbesserung und damit auch höheren Wirksamkeit der Bemühungen führen. Vor allem aus Letzterem ergeben sich für die Rehabilitationsforschung weitere Herausforderungen und Verpflichtungen, die bisher nach wie vor nur in geringer Zahl vorliegenden Studien zu kombinierten Behandlungsmaßnahmen wie auch zur Bewertung von Verbundarbeit fortzusetzen, zu erweitern und zu intensivieren.

1 Einleitung

1.1 Zusammenfassung

Obgleich die medizinische Rehabilitation von Abhängigkeitskranken in Deutschland überwiegend im stationären Rahmen erfolgt, wird bei der Betrachtung bundesweiter Entwicklungen in den letzten Jahren die Tendenz zur *Individualisierung von Maßnahmen und Ausdifferenzierung von Angeboten* deutlich: Ambulante Behandlungsangebote haben sich etabliert und im stationären Rahmen wurde die mehrmonatige Langzeittherapie um flexible Behandlungszeiten und -modelle ergänzt. Die Verknüpfung von Behandlungsangeboten (ambulant, stationär, ganztägig ambulant, adaptiv) in *Verbundmodellen und Kombinationsbehandlungen* stellt eine weitere Möglichkeit dar, auf unterschiedliche Bedarfslagen Betroffener zu reagieren und individualisierte Hilfeleistungen zu realisieren.

Ausgehend von der Annahme, dass die Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen maßgeblich von der internen und externen Vernetzung der beteiligten ambulanten, stationären und tagesklinischen Einrichtungen abhängt (vgl. u. a. Kulick 2004, Weissing 2006), wurde im Rahmen des Projektes „Wissenschaftliche Begleitforschung der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner“ Prozess begleitend geprüft, inwieweit neue Strukturen und Prozesse, die aus der Implementierung des Leistungsrahmens der Modularen Kombinationsbehandlung resultieren, einen *Beitrag zur Realisierung eines modernen, individualisierten und effizienten Behandlungsangebotes* leisten. Zentrales Anliegen war es, die Kooperation der Beteiligten im Rahmen eines Qualitätsentwicklungsprozesses in der gemeinsamen Verbundarbeit zu unterstützen und zu fördern.

Auf der Struktur- und Prozessebene wurde dazu gemeinsam mit dem Leistungsträger und den beteiligten Leistungsanbietern mit *Elementen modernen Qualitätsmanagements*, z. B. im Rahmen von Qualitätszirkelarbeit oder der Gestaltung von Prozessen und Controllingverfahren, gearbeitet.

Erkenntnisse zu den Einflüssen der Modularen Kombinationsbehandlung auf den Behandlungserfolg und die -qualität wurden insbesondere mittels *Prozess begleitender Befragungen von TherapeutInnen und PatientInnen* sowie *qualitativer Interviews* gesammelt.

Nach zweieinhalbjähriger Studienlaufzeit lässt sich im Vorgriff auf die in diesem Band zusammengestellten Ergebnisse der Untersuchung festhalten, dass die *Einführung und Umsetzung der Modularen Kombinationsbehandlung* insbesondere vor dem Hintergrund der therapeutInnen- wie klientInnen-seitigen *Akzeptanz des Konzeptes und des fruchtbaren Qualitätsentwicklungsprozesses als Erfolg* bezeichnet werden darf. Insbesondere die Daten zur Antrittsquote, den Haltequoten und den Schnittstellenwechseln belegen den positiven Einfluss der Kooperation und Verbundarbeit auf die *Minderung* von in der Suchtrehabilitation bekannten *Schnittstellenproblematiken*.

Diese Bilanz resultiert aus einem aufwendigen, sich über zweieinhalb Jahre vollziehenden *Prozess des „Aufeinanderzubewegens“* der beteiligten Leistungsanbieter und des Leistungsträgers. Dieser Prozess mündete letztlich in einer *„Kultur der Kooperation“*, die als qualitative Neuerung gewachsen ist und mittlerweile als unverzichtbar bewertet wird.

Die Ergebnisse des Modellprojektes werden im Folgenden ausführlich erörtert.

1.2 Aktuelle Entwicklungen und Forschungsstand zum Thema: „Verbundarbeit in der Suchthilfe“

Sichtet man die Beiträge in Fachpublikationen, so ist das Thema „Verbund, Vernetzung, interdisziplinäre Kooperation“ rein quantitativ stark vertreten und spielt in der medizinischen Rehabilitation eine zunehmend wichtige Rolle (vgl. u. a. FVS 1998, 2002; GVS 2001, 2002; Janz/Knauf/Neeb 2000; Oliva et al. 2001; Paul 1999; Schulte 2002; Tielking 2000; Tielking/Kuß 2001, 2003; Tielking/Ratzke 2004; Wiegand 2002; Geyer u. a. 2006). Der Fachverband Sucht e. V. bspw. sieht *Kombinationsbehandlungsmodelle* inzwischen als „*dritte Säule* neben einer vorrangig ambulant oder stationär ausgerichteten Entwöhnungsbehandlung“ (Weissinger/Missel 2006: 59). Die Deutsche Rentenversicherung hat die Kombinationsbehandlung als „*Behandlungsform der Zukunft*“ bezeichnet (vgl. Schallenberg 2005: 7). Auch die einschlägigen Tagungen und Kongresse der Sucht- und Rehabilitationsforschung greifen das Thema Kombinationsbehandlung durchaus auf: Im Rahmen des Heidelberger Kongresses 2006, aber auch auf dem BundesDrogenKongress 2007 (vgl. Korte/Ratzke 2007b; Ahlrichs 2007) und den Tübinger Suchttherapietagen 2007 fand das Thema Kombinationsbehandlungen Berücksichtigung und wurde in Workshops sowie Vorträgen eingehend erörtert und diskutiert.

Motive für die Implementierung von Kombi-Behandlungsmodellen sind vielfältig: *Gesetzliche Grundlagen*, variierende, vielfältige Bedarfe der KlientInnen und Indikationen, aber auch *versorgungspolitische bzw. strukturelle*

Gegebenheiten und *gesundheitsökonomische Erwägungen* können Ausgangspunkte dafür sein, Kooperationen anzustreben und *Verbundarbeit* zu forcieren.

Die durch Krankenkassen und Rentenversicherungsträger verabschiedete Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen (VA)“ (vgl. 2001) enthält implizit das Fundament für die Realisierung von Kombi-Behandlungen, indem Zuständigkeiten und Verfahren der Leistungserbringung im Suchthilfesystem aufgezeigt werden. Gemäß § 7 der VA sollen medizinische Leistungen zur Rehabilitation nach „individuellem Rehabilitationsbedarf“ erfolgen, dabei wird die Leistungsform nicht konkretisiert bzw. offen gehalten.

Mit Blick auf das Verständnis von Suchtkrankheit und aktuelle Ansätze zur Versorgung von Suchtkranken erhält die Orientierung an der Subjektivität der Betroffenen eine besondere Konnotation. Die *Berücksichtigung individueller Bedarfe* im Therapieverlauf wird als relevant und unerlässlich für den Erfolg von Suchtbehandlungen angesehen. Diese Aspekte finden sich als grundsätzliche, nicht kombi-behandlungsspezifische Anforderung an die Qualitätssicherung für die Durchführung von Rehabilitationsleistungen im § 20 SGB IX wieder. Die Leistungserbringung im Kontext einer Teilhabeförderung ist danach wirksam, bedarfsgerecht und am Krankheitsfolgemodell (vgl. zur ICF Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2004)) orientiert zu realisieren.

Insofern wird davon ausgegangen, dass für wirkungsvolle Rehabilitationsleistungen ein ganzheitliches Verständnis zugrunde zu legen ist (vgl. u. a. FVS 2003, VDR 2002, Schuntermann 2003). Leistung und Qualität der Behandlung sind danach durch eine vollständige Berücksichtigung aller Maßnahmen zu erreichen (vgl. dazu Büssing 1992, Büssing/Glaser 2003, Hacker 1998). Die zu erbringende Leistung ist an den „persönlichen/medizinischen Voraussetzungen“ des Hilfesuchenden zu orientieren. Angenommen wird, dass eine solche PatientInnenorientierung sicherzustellen ist, wenn ein einrichtungsübergreifendes, *möglichst breites Spektrum von Therapieformen* (ambulant, ganztägig ambulant, stationär), Therapieeinrichtungen (psychoanalytische, verhaltenstherapeutische, integrative Orientierungen) und Therapieangeboten (psychotherapeutisch, medizinisch, soziotherapeutisch), konzeptionell zusammengeschlossen, vorgehalten wird. Eine ganzheitliche Hilfestellung erfordert die Zusammenarbeit von Personen und Institutionen aller Disziplinen, Angebote und Einrichtungen, damit u. a. nahtlose Übergänge von der Beratungsphase bis zum Reha-Ende gestaltet und *Schnittstellenproblematiken vermindert* werden können (vgl. Tasseit 1992: 17). Verbundlösungen und Kombi-Behandlungen stellen hier organisatorisch eine Mög-

lichkeit dar, da Spezifizierungen innerhalb des Leistungsspektrums, welches flexibel gehandhabt werden kann, möglich werden.

Auch in der AWMF-Leitlinie zur Postakutbehandlung wird die individuell zu planende Behandlung als integrierte, d. h. psychotherapeutische, soziotherapeutische, somatotherapeutische und andere Interventionen zusammenfassende Maßnahme verstanden (vgl. Geyer/Batra/Beutel u. a. 2006: 58-59). Zu diesen integrierten Behandlungen gehören auch Sequenzbehandlungen und insbesondere Nachsorgen im Rahmen stationär-ambulanter Sequenzbehandlungen, denen eine Überlegenheit zugeschrieben wird und die, sofern lokal vorhanden, empfohlen werden (vgl. Geyer/Batra/Beutel u. a. 2006: 72).

Die VA trägt diesem Sachverhalt Rechnung, indem sie grundsätzlich von einem Nebeneinander der Leistungsformen und somit der Gleichstellung ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Rehabilitationsmaßnahmen ausgeht. Auf Ebene des therapeutischen Settings ist die Entscheidung für eine Maßnahme bzw. ihre Gestaltung an den Kriterienkatalogen der Anlage 3 der VA zu orientieren. Darüber hinaus werden, wie in § 7 formuliert, Wechsel der Leistungsformen möglich und Wege dafür eröffnet, vorangegangene Entscheidungen zu modifizieren und anzupassen.

Weiter wird angenommen, dass die Bündelung von Kompetenzen und Ressourcen in einem kooperativen System der Suchthilfe hilft, effizienter zu arbeiten und damit auch Über- oder Unterbedarfen versorgungsseitig begegnen zu können (vgl. dazu Bühringer 2006).

Praxisseitig bedingen diese Anforderungen wesentliche Neuerungen für die gegebenen Verfahren und die Leistungserbringung in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke. Entsprechend sind die Instrumente des internen Qualitätsmanagements (vgl. buss 2003; FVS 2003; FVS/DEGEMED 2005) auf Seiten der BehandlerInnen sinnvoll zu ergänzen. Parallel dazu sind die durch das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung (vgl. VDR 2003) definierten Erfordernisse für eine Sicherung und Verbesserung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen.

Die Verknüpfung sich ergänzender Behandlungssettings (ambulant, stationär, ganztägig ambulant) im Interesse einer Nutzung aller Behandlungsoptionen, war auch Ausgangspunkt für das unter dem Stichwort *EVS – Entwöhnung im Verbundsystem* bekannt gewordene und in der Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen implementierte Kombi-Behandlungsmodell, welches von der AG Devianz in mehreren Modellprojekten wissenschaftlich begleitet wurde. In der ersten Studie (2000–2003) ging es

unter Beteiligung von sieben Einrichtungen (zwei Kliniken an drei Standorten und fünf Fachstellen Sucht) primär darum, Verbundarbeit und Kombi-Therapie zu organisieren, inhaltlich auszugestalten und zu erproben sowie deren Effektivität nachzuweisen. In der EVS-II-Studie stand die Sicherung und Fortschreibung der positiven Ergebnisse der EVS-I im Mittelpunkt sowie die flächendeckende Umsetzung der Entwöhnung im Verbund in der Region Oldenburg-Bremen. Seit 2003 kooperieren im EVS-Verbund 23 Anbieter der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen (17 ambulante und sechs stationäre Rehabilitationseinrichtungen). Gleichzeitig wurden durch die Beteiligung der Fachklinik Fredeburg aus dem Sauerland die Möglichkeiten und Grenzen von überregionaler Verbundarbeit erprobt.

Das inzwischen acht Jahre währende Bestehen des Verbundmodells legt nahe, EVS als ein erfolgreiches Beispiel für ein modernes, individualisiertes Behandlungsangebot anzusehen: Die *Ergebnisse der Begleitforschung* zeigen, dass mit der Kombitherapie eine höhere Haltequote erreicht wird. Die Verkürzung stationärer Therapiezeiten sowie eine stärkere Nutzung ambulanter Behandlungsangebote sind weitere Beispiele für den Erfolg (vgl. dazu Tielking/Kuß 2001, 2003; Tielking/Ratzke 2004; Tielking/Ratzke 2007). Die gemeinsame Behandlung begleitende Qualitätszirkelarbeit gilt insgesamt als das „Herzstück“ der EVS. Die Qualitätszirkel wurden während der Studienlaufzeiten von der Universität Oldenburg vor- und nachbereitet wie auch moderiert und finden auch aktuell, noch nach Abschluss der Forschungsprojekte, mit externer Moderation statt. Sie sind somit im Sinne der Qualitätsentwicklung des Verbundes fest etabliert. Weiterhin und durch die wissenschaftliche Begleitforschung der EVS-Studien initiiert, wurden fortwährend Überlegungen zur Optimierung der Durchführung von *Übergabegesprächen* angestellt. Durch die teilweise erheblichen Entfernungen zwischen den Verbundeinrichtungen gestaltete sich eine regelhafte Realisierung häufig schwierig und ineffizient. Da persönlichen Übergabegesprächen in Dreierkonferenzen jedoch ein mittlerer bis hoher Nutzen für die Weiterbehandlung und den Behandlungserfolg zugeschrieben wird (vgl. Tielking/Kuß 2003: 199ff), wurde im Rahmen der Begleitung des Qualitätsentwicklungsprozesses durch die AG Devianz die Realisierung der persönlichen Übergabegespräche per Webcam, die notwendigen technischen Modalitäten und entsprechende Vergütungsoptionen mit den Leistungsanbietern und den Leistungsträgern diskutiert. Diese Initiative mündete aktuell in einer modellhaften Erprobung der Durchführung webcamgestützter Übergabegespräche in Einrichtungen des EVS-Verbundes. Eine Evaluation dieser Übergabegespräche wird seit dem 01.01.2008 durchgeführt.

Ungeachtet dieser Ergebnisse, Entwicklungen und Diskussionen in Wissenschaft und Fachöffentlichkeit im Bereich der Suchthilfe, besteht nach wie vor *Forschungsbedarf im Feld von „Kooperation und Verbundarbeit“*: Bisher unbeantwortet oder nur fragmentarisch bearbeitet sind Fragen zu der Zielgruppe für Kombi-Behandlungen, einer spezifischen Diagnostik, der Indikationsstellung und der Auswahl der Behandlungssegmente insbesondere auch unter gesundheitsökonomischer Perspektive. Weiter fehlen evidenzbasierte Untersuchungen zur Effektivität und erst recht zur Effizienz von Kombinationstherapien: Aussagen über die Effekte der jeweiligen Kombi-Modelle bleiben häufig vage; insbesondere Langzeitstudien, die die Nachhaltigkeit des Einflusses einer Kombi-Behandlung gemessen an der Teilhabe am Arbeitsleben bzw. am Leben in der Gesellschaft prüfen, liegen bisher nicht vor.

Die *„Wissenschaftliche Begleitung der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH“* bedeutet inhaltlich die Möglichkeit, weitere Aspekte der bisherigen Arbeiten zum Themenfeld „Kooperation und Verbundarbeit“ in den Mittelpunkt des Interesses zu rücken. Dies besonders auch, weil das *Rahmenkonzept* der Modularen Kombinationsbehandlung diesbezüglich innovative Elemente, wie z. B. die *Sondermodule* Belastungserprobungsgruppe (BEG) oder Intravision enthält.

Den Stand der Entwicklungen um Kombi-Behandlungen in der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken abschließend, ist im Folgenden eine durch die AG Devianz erstellte *Übersicht der Verbundkonzeptionen* „EVS – Entwöhnung im Verbundsystem“ und „MoKo – Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund“ abgebildet. Diese Darstellung wurde während der MoKo-Studie zur Unterstützung der aktuellen Überlegungen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen bezüglich einer Systemangleichung der Kombi-Konzeptionen durch die AG Devianz erstellt. Die Absicht der beiden niedersächsischen Regionalträger, ihre Rahmenkonzepte perspektivisch zusammenzuführen, lässt weitere Dimensionen der Kooperation und Vernetzung für die Entwicklung des Reha – resp. Suchthilfesystems – erwarten.

Mit den Ergebnissen der Studie zur Modularen Kombinationsbehandlung liegt nun ein weiterer Beitrag vor, die Diskussion um Verbundarbeit und Kombi-Behandlung im Speziellen, wie um eine individuelle und bedarfsgerechte Suchtbehandlung im Allgemeinen, zu führen.

**Gegenüberstellung der Verbundkonzeptionen
„Entwöhnung im Verbundsystem (EVS)“
und
„Modulare Kombi-Behandlung im regionalen Therapieverbund“**

Merkmale	EVS	Mod. Kombi-Behandlung
Konzeptziele	<ul style="list-style-type: none"> - Individuell unterschiedlichen Problemlagen von Alkoholabhängigen mit entsprechend flexiblen Behandlungsangeboten begegnen - verbindliche Kooperationen und koordinierte Maßnahmen zwischen ambulanten und stationären /tagesklinischen Leistungsanbietern - Flexibler Leistungsrahmen - Vereinfachung des Antragsverfahrens - Verbesserte Ressourcennutzung - Verminderung von Schnittstellenproblematiken - stärkere Nutzung ambulanter Behandlung - Versicherte der DRV Oldenburg-Bremen, die eine Alkoholentwöhnungsmaßnahme antreten wollen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung der Integration durch langfristige Begleitung und Erprobung von im stationären Setting erworbenen Fähigkeiten und Verhaltensalternativen im Alltagskontext - Enge Zusammenarbeit zwischen Leistungsanbietern sowie mit dem Leistungsträger - Flexibler Leistungsrahmen - Vereinfachung des Antragsverfahrens - Verbesserte Ressourcennutzung - Verminderung von Schnittstellenproblematiken
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> - Versicherte der DRV Oldenburg-Bremen, die eine Alkoholentwöhnungsmaßnahme antreten wollen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Versicherte der DRV Braunschweig-Hannover, die eine Alkohol- oder Drogenentwöhnungsmaßnahme antreten wollen
Verbundstruktur	<ul style="list-style-type: none"> - derzeit 24 Reha-Einrichtungen, davon 6 Fachkliniken, 17 Fachstellen angeköpelt, 4 innerbetriebliche Suchtberater der Airbus Deutschland assoziiert 	<ul style="list-style-type: none"> - derzeit 3 regionale Verbünde, Größe nicht vorgegeben - Fachkliniken, Fachstellen - angeköpelt werden können über eine Kooperationsvereinbarung auch Einrichtungen der Akutversorgung (Krankenhäuser, Entgiftungsstationen)
Rechtliche Grundlage/ Kooperationsvereinbarung	<ul style="list-style-type: none"> - Kooperationsvereinbarung aller Verbundpartner sowie gegenüber der DRV Oldenburg-Bremen - Aufnahme in den Verbund nach Prüfung durch den Leistungsträger - EVS als Regelbehandlung 	<ul style="list-style-type: none"> - Kooperationsvereinbarung der Partner im regionalen Therapieverbund - Anerkennung durch die DRV Braunschweig-Hannover - Mod. Kombi-Behandlung neben der ambulanten Therapie und der stationären Langzeitbehandlung

Abb. 1 Gegenüberstellung der Verbundkonzeptionen EVS und MoKo – Seite 1

Antragsverfahren	<ul style="list-style-type: none"> - Antragstellung und Bewilligung vor Aufnahme der Entwöhnungsbehandlung auf der Basis des Arztberichts und des Sozialberichts. - Entscheidung für eine Behandlungsvariante und ggf. Empfehlung der Klinik durch die ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Antragsunterlagen: <ul style="list-style-type: none"> - Reha-Antrag, - med. Arztbericht, - Sozialbericht, - Erklärung für ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlung, - Prospektive Therapieplanung. - Antragstellung in den Beratungs- und Behandlungsstellen sowie Einrichtungen der Akutversorgung für eine Reha in den Einrichtungen des regionalen Therapieverbundes
Prospektive Therapieplanung	<ul style="list-style-type: none"> - im Konzept nicht enthalten 	<ul style="list-style-type: none"> - Planung des Ablaufes der Reha bzgl. der Module und beteiligten Einrichtungen, Angabe der antizipierten Dauer u. Intensität (ambulant, TE) im laufenden Reha-Verfahren entsprechend der Therapieschritte und -ziele anzupassen (Zwischenbericht mit neuer Planung!)
Art der Bewilligung	<ul style="list-style-type: none"> - Kostenübernahmeerklärung für eine ambulante/stationäre/tagesklinische Kombinationsbehandlung - Bewilligung einer Behandlungsvariante in EVS 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Bewilligung erfolgt nach prospektiver Therapieplanung. - Kostenübernahmeerklärung für eine ambulante/stationäre/tagesklinische Kombinationsbehandlung - Es wird nur das anstehende Behandlungsmodul bewilligt, hierdurch kann immer kurzfristig und aktuell auf die Therapieentwicklung eingegangen werden. - Im Fall des Therapieformwechsels erfolgt keine erneute individuelle Prüfung der Leistung.

Abb. 2 Gegenüberstellung der Verbundkonzeptionen EVS und MoKo – Seite 2

Bewilligungs- umfang	<ul style="list-style-type: none"> - 52 Wochen - rein ambulante Entwöhnungsbehandlungen mit max. 80 Therapieeinheiten oder - kombinierte Behandlungen mit einer stationären /tagesklinischen Behandlung: - von 8 Wochen als Option und 80 Therapieeinheiten bei Verkürzung des Gesamtbehandlungszeitraumes im Fall von stationärer/tagesklinischer Reha - von 8 Wochen stationärer und 44 Wochen ambulanter Reha (80 TE) - von 12 Wochen stationärer und 42 Wochen ambulanter Reha (60 TE) - von 16 Wochen stationärer und 36 Wochen ambulanter Reha (40 TE) - 12 TE für Arbeit mit Bezugspersonen - Vergütung einer Dokumentationseinheit zum Berichtswesen (analog einer TE) bei Übergabe von ambulant zu stationär - Bonussystem bei Verkürzung der stationären/tagesklinischen Therapiedauer pro Woche - gestaffelte Vergütung der Übergabegespräche 	<ul style="list-style-type: none"> - 52 Wochen - Stationäre Leistungen mit einer Dauer unterhalb der Laufzeit der Langzeitbehandlung - Die Möglichkeit der eigenständigen Verlängerung (2 bzw. 3 Wochen) bleibt bestehen. - Ambulante Leistungen mit bis zu 80 TE - 12 TE für Arbeit mit Bezugspersonen - gestaffelte Vergütung der Übergabegespräche - Belastungsprobungsgruppe - Case-Manager - QZ/Intravision
---------------------------------	---	---

Abb. 3 Gegenüberstellung der Verbundkonzeptionen EVS und MoKo – Seite 3

<p>Leistungsverlauf</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Maßnahme beginnt in der Regel als prä-stationäre/-tagesklinische Maßnahme zur Vorbereitung der stationären/tagesklinischen Entwöhnung. - Der Wechsel der Behandlungsform erfolgt individuell gemäß Diagnose und Indikation. - Der Wechsel der Behandlungsform kann unter Einhaltung des max. Behandlungszeitraumes mehrmals erfolgen. - Behandlungswechsel werden formlos und unverzüglich an den Leistungsträger gemeldet beim Wechsel sind persönliche Übergabegespräche durchzuführen 	<ul style="list-style-type: none"> - Case-Manager als Ablaufverantwortlicher, ggf. der DRV Braunschweig-Hannover zu Beginn namentlich zu benennen - Der Wechsel der Behandlungsform erfolgt gemäß der prospekt. Therapieplanung individuell abhängig von Diagnose und Indikation. - Der Wechsel der Behandlungsform kann unter Einhaltung des max. Behandlungszeitraumes mehrmals erfolgen. - Der Wechsel der Therapieform wird durch eine Verlegungsmittlung angezeigt (ca. 10 – 14 Tage vor dem anstehenden Wechsel). Hierzu werden von den Klinikern auch die Statistikbögen des Entlassungsberichtes (Bl. 1, 1a) benötigt. - beim Wechsel sind persönliche Übergabegespräche durchzuführen - Teilnahme an der Belastungsprobungsgruppe beim Übergang stationär-ambulant bis zu 6 Mal möglich - Alle 8 Wochen QZ/Intravisionen des Therapieverbundes zur Fallbesprechung und Verfahrensoptimierung
<p>Abweichungen vom antizipierten Leistungsverlauf</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verlängerungen der stationären Phase müssen innerhalb des Gesamtbehandlungszeitraumes per Kurzantrag beim Leistungsträger beantragt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Änderung der prospektiven Therapieplanung - Verlegungsmittlung und medizinische und therapeutische Begründung (max. 2 Seiten) - Bei Verlängerungen eines Behandlungsmoduls ist ein entsprechend begründeter Verlängerungsantrag mit Änderung der prospektiven Therapieplanung zu stellen
<p>Berichtswesen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Modulares Berichtswesen, erweiterter EVS-Sozialbericht - ein stationärer Abschlussbericht und ein gemeinsamer Abschlussbericht sind zu verfassen - wird in jedem Setting fortgeschrieben und per Diskette an Nachbehandler weitergegeben - Dokumentation des ambulanten Behandlungsfortschritts wird mit 1 TE vergütet 	<ul style="list-style-type: none"> - Es ist ein einheitlicher Entlassungsbericht über die Gesamtbehandlung zu fertigen.

Abb. 4 Gegenüberstellung der Verbundkonzeptionen EVS und MoKo – Seite 4

<p>Übergabe- management</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Übergabegespräch als Dreierkonferenz bei jedem Modulwechsel - Vergütung (jeweils zzgl. Fahrtkosten): <ul style="list-style-type: none"> - 92 € bis 30 Kilometer - 138 € bis 50 Kilometer - 184 € 50 Kilometer und mehr - Synopse zur gestaffelten Vergütung gemäß des gestaffelten EVS-Vergütungsmodells - Ob der ambulante oder stationäre/tagesklinische Leistungsanbieter die Fahrt durchführt, obliegt den Leistungsanbietern 	<ul style="list-style-type: none"> - Übergabegespräch als Dreierkonferenz - Es können bis zu 6 Termine abgerechnet werden. Hiervon sollten alle 6 Termine persönlich wahrgenommen werden, 3 müssen persönlich erfolgen. Vergütung (jeweils zzgl. Fahrtkosten): <ul style="list-style-type: none"> - 46 € bis 40 km - 69 € zwischen 40 und 60 km - In Ausnahmefällen, in denen keine räumlich engere Vernetzung möglich ist: 92 € ab 60 km - Ob der ambulante oder stationäre/tagesklinische Leistungsanbieter die Fahrt durchführt, obliegt den Leistungsanbietern
<p>Belastungs- probungs- gruppe (BEG)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - im Konzept nicht enthalten 	<ul style="list-style-type: none"> - sichert krisenarmen Übergang vom stationären Setting in die ambulante Behandlung - Die BEG ist ein induktives optionales Modul. - Vergütung: Bis zu 6 TE à 46 € zzgl. Fahrtkosten für den Versicherten. - Keine Übernahme von Übernachtungskosten!
<p>Case- Management</p>	<ul style="list-style-type: none"> - im Konzept nicht enthalten 	<ul style="list-style-type: none"> - Funktionen des Case-Managers: Ansprechpartner, Rückmelder, Ablaufverantwortlicher für alle Beteiligten (Leistungsträger, Leistungsanbieter, Versicherter) - Der Case-Manager ist fallbezogen dem Leistungsträger mit der Beginnmitteilung zu benennen (Name, Anschrift, Telefonnummer) und behält diese Position während der gesamten Therapie. - Vergütung: Bis zu 12 x 46 € analog TE.
<p>Qualitäts- zirkel/ Intravision</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitätszirkelarbeit als Forum für verbindliche Entscheidungs- und Veränderungsprozesse - 4 x im Jahr, 3x in den Räumlichkeiten der DRV Oldenburg-Bremen, 1x als Fachtag in einer Verbundeinrichtung - partielle Beteiligung der DRV Oldenburg-Bremen - externe Moderation, von Leistungsanbietern präferiert und finanziert 	<ul style="list-style-type: none"> - Einzelfallbesprechung im Therapeuten-Team des regionalen Therapieverbundes zur Abstimmung von Behandlungsprozessen und Schnittstellen. alle 2 Monate - Vergütung: Pro Versicherten 23 € zzgl. Fahrtkosten.

Abb. 5 Gegenüberstellung der Verbundkonzeptionen EVS und MoKo – Seite 5

1.3 Bundesweite Entwicklungen zu Kombinationsbehandlungen in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zu Kombinationsbehandlungen

Einen genauen Überblick über bestehende Kombi-Modelle in der medizinischen Rehabilitation oder die tatsächliche Zahl laufender Kooperationsprojekte gibt es nicht (vgl. hierzu Tielking/Ratzke 2004, Tielking/Kuß 2003). Vor diesem Hintergrund initiierte die AG Devianz eine *bundesweite Bestandsaufnahme zu Kombi-Konzepten und -Behandlungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter*. Mit der Erhebung sollte zum einen der aktuelle Stand der Entwicklung um kombinierte Rehabilitationsangebote erfasst und zum anderen eine inhaltliche Betrachtung über die Ausgestaltung – Besonderheiten wie Gemeinsamkeiten – der verschiedenen Konzeptionen verfolgt werden.

Im Sommer 2006 wurden dazu 22 Standorte der Deutschen Rentenversicherung angeschrieben.¹ Die Anfrage richtete sich jeweils an die Grundsatzreferate der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie der Regionalträger, die um Auskunft darüber gebeten wurden, ob und, wenn ja, wie viele Konzepte zur Durchführung von kombinierten Reha-Maßnahmen für Suchtkranke im eigenen Versorgungsgebiet derzeit anerkannt sind bzw. sich in der Bewilligungsphase befinden. Gleichzeitig bat die Arbeitsgruppe um die Zusendung entsprechender Konzepte bzw. weitergehender Informationen. Da Rückmeldungen auf die Anfrage teils mit erheblichen zeitlichen Verzögerungen oder gar nicht eingingen, wurde im Oktober 2006 eine erneute Anfrage an die Regionalträger, von denen bis zu diesem Zeitpunkt keine Antwort vorlag, gerichtet.

Bis zum Beginn der Auswertung im Januar 2007 gingen Rückmeldungen aus 16 der 17 Trägeranstalten ein. Diesen Rückmeldungen entsprechend sind bei 14 der Trägeranstalten aktuell Kombi-Konzepte bewilligt bzw. befinden sich derzeit in der Planungs- oder Bewilligungsphase. Zwei Rentenversicherungsträger gaben an, dass in ihrem Zuständigkeitsbereich bisher keine Kombina-

1 Bundesweit existieren derzeit 17 Trägeranstalten; darunter befindet sich die Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg mit den Standorten Karlsruhe und Stuttgart, Berlin-Brandenburg mit den Standorten Frankfurt/Oder und Berlin, Mitteldeutschland in Leipzig, Erfurt und Halle sowie Nord in Lübeck, Neubrandenburg und Hamburg. Die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen und die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover wurden bei dieser Anfrage vernachlässigt, da aufgrund der Forschungsbeziehungen der AG Devianz zu diesen Einrichtungen der aktuelle Stand der Entwicklung bekannt war.

tions-Konzepte zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken bewilligt wurden.

Eine erste Sichtung der übermittelten Konzepte und Informationen zu den kombinierten Therapieangeboten verdeutlichte die *Heterogenität* der Unterlagen. Zum einen wurde der Begriff „Kombi-Konzept“, welcher der Anfrage zugrunde lag, unterschiedlich interpretiert und nicht immer im Sinne der Kombination von ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Behandlungssegmenten verstanden: Es finden sich darunter Rückmeldungen zu Konzepten, in denen stationäre und ganztägig ambulante Behandlungsabschnitte oder vollstationäre Rehabilitation mit Adaptionsbehandlung kombiniert werden, oder Konzepte zum Qualifizierten Entzug. Außerdem variieren die übermittelten Konzepte in Umfang und qualitativer Ausgestaltung: es wurden sowohl differenzierte und umfangreiche Konzepte zu Kombinationsbehandlungen als auch Rahmenkonzeptionen von Leistungsanbietern und Behandlungskonzepte einzelner Einrichtungen, in denen knapp auf Kombi-Behandlungen verwiesen wurde, übermittelt.

Eine genaue und vergleichende Analyse der verschiedenen Kombi-Behandlungen war auf Grundlage dieser facettenreichen Dokumentenlage nicht möglich. Aussagen zum quantitativen Bestand der kombinierten Reha-Angebote in Deutschland konnten so ebenfalls nicht getroffen werden.

Im Sinne einer *inhaltsanalytisch orientierten Analyse* wurde schließlich eine qualitative Auswertung von 13 ausgewählten Konzepten vorgenommen. Ausgangspunkt für die Untersuchung der Konzepte waren die beiden, im Rahmen von Modellstudien durch die AG Devianz evaluierten, Kombi-Konzepte EVS und MoKo, die als Referenzmodelle für die Auswertung fungierten. Die im Zusammenhang der Bestandsaufnahme übermittelten Konzepte wurden anhand vorab entwickelter Themenkategorien wie z. B.

- Konzeptziele,
- Verbundstruktur,
- Bewilligungsumfang und
- Charakteristika

vergleichend untersucht. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Den meisten Konzepten ist die *Zielsetzung* inhärent, die „Vorteile von ambulanter und stationärer Behandlung gemeinsam nutzen“ zu können und eine Flexibilisierung und Individualisierung der Hilfen zu erreichen.

Die *Verbundstrukturen*, in denen Kombi-Behandlungen realisiert werden, variieren erheblich: es gibt bilaterale Angebote, in denen sich zwei Leistungsanbieter vernetzt haben, multilaterale Konzepte, die im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung von mehreren Einrichtungen systematisch realisiert werden; es finden sich Beispiele, die einen regionalen Fokus oder aber auch die Überregionalität der Therapie betonen; trägerübergreifende Lösungen stehen trägerinternen oder auch einrichtungsinternen gegenüber.

Betrachtet man die Zielgruppe oder den Indikationsbereich der einzelnen Konzepte, werden Varianten für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, aber auch für den illegalen Bereich deutlich.

Mit dieser Ausdifferenzierung korrespondiert auch der *Bewilligungsumfang bzw. die Behandlungszeit*. Die meisten Kombi-Konzepte sehen einen stationären Beginn der Behandlung und eine sich daran anschließende ambulante Weiterbehandlung vor. Häufig bezieht sich die Bewilligung auf einen einjährigen Gesamtbehandlungszeitraum oder auf eine i. d. R. halbjährige ambulante Rehabilitation. Auffällig ist, dass in einigen Konzepten vergleichsweise kurze stationäre Laufzeiten vorgehalten werden. Die Spannbreite der in den Kombi-Konzepten angegebenen stationären Behandlungszeit erstreckt sich von 4 bis hin zu 16 Wochen stationärer Rehabilitation.

Insbesondere *standardisierte Rahmenkonzepte* zeichnen sich durch ihre Berücksichtigung der Beziehungs- und Kooperationsarbeit – in Form von institutionalisierten, sprich finanziell ausgestatteten, *Sondermodulen* und einer gemeinsamen Ressourcennutzung, bspw. im Bereich der Dokumentation und Berichtserstellung, aus. In diesen Fällen wird aus der Kombi-Behandlung eine vernetzte Behandlung, da Therapieinhalte und -verläufe aneinander orientiert werden können.

Die Bestandsaufnahme zeigt insgesamt, dass „die“ Kombi-Behandlung nicht existiert. Zugleich wird mit den Ergebnissen der Erhebung deutlich, dass Kombi-Therapien insgesamt bundesweit Verbreitung gefunden haben. Verbundarbeit und Kooperation werden zwar nicht flächendeckend, dennoch weit verbreitet umgesetzt.

Die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Konzepten verdeutlicht allerdings vielfältige Umsetzungs- und Gestaltungsmöglichkeiten für Kombinationstherapien. Verbundarbeit und Kooperation erfolgt dabei längst nicht mehr nur „personengebunden, unsystematisch und selektiv (vgl. Kremer/Wienberg 1997 zit. n. Tielking 2000), dennoch sind Standards als Handlungsanweisungen und Orientierungshilfen für die Kombi-Behandlung bzw. für eine detaillierte Vergleichsstudie gegebener Konzeptionen noch unzureichend formuliert.

2 Konzeption der Studie

2.1 Gegenstand der Studie – Der Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihre externen Kooperationspartner

Im Mittelpunkt der Studie steht der vor dem Hintergrund der Implementierung der Modularen Kombinationsbehandlung als neues therapeutisches Angebot gegründete *regionale Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihre externen Kooperationspartner*. Die *Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH* ist neben der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover *gleichberechtigter finanzieller Förderer* der Studie zur Modularen Kombinationsbehandlung.

Gegenstand der Untersuchung sind die *Aufbau- und Ablauforganisation der Zusammenarbeit* im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund (MoKo), *die stationär-ambulanten Behandlungsverläufe und deren Outcome*. Die Projektgruppe evaluierte demnach die Behandlungsqualität und begleitete die Verbundarbeit und Realisierung der Kombi-Behandlung in diesem Therapieverbund.

Zum regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe und ihrer externen Kooperationspartner gehören eine *Fachklinik*, eine *Tagesklinik* und *17 Fachambulanzen* aus Süd-Ost-Niedersachsen. Aus forschungsökonomischen Gründen wurden nicht alle 17 ambulanten Einrichtungen direkt an der wissenschaftlichen Begleitforschung beteiligt. Sie wurden aber fortlaufend über die Weiterentwicklungen informiert und in neue Verfahren eingebunden, so dass die Zusammenarbeit kontinuierlich und ohne Beeinträchtigungen oder Informationsdefizite erfolgte.

Die im Zentrum der Begleitforschung stehenden Einrichtungen bzw. Trägerinstitutionen werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Die regionalen Gegebenheiten der „Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund“ und die Erfahrungen dieses Suchthilfeträgers stehen somit im Zentrum der Untersuchung.

2.1.1 Die Lukas-Werk Suchthilfe (LWS) gGmbH²

Als Mitglied des Diakonischen Werkes der ev.-luth. Landeskirche in Braunschweig erbringt die Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH Wolfenbüttel mit ihren Einrichtungen flächendeckend in der Region Süd-Ost-Niedersachsen präventive, beratende, betreuende und rehabilitative Dienstleistungen der Suchthilfe.

Die Einrichtungen der LWS bilden einen in der Region verankerten Behandlungsverbund und halten ein differenziertes Behandlungsangebot vor. Die Aufgaben und Angebote der LWS sind der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen:

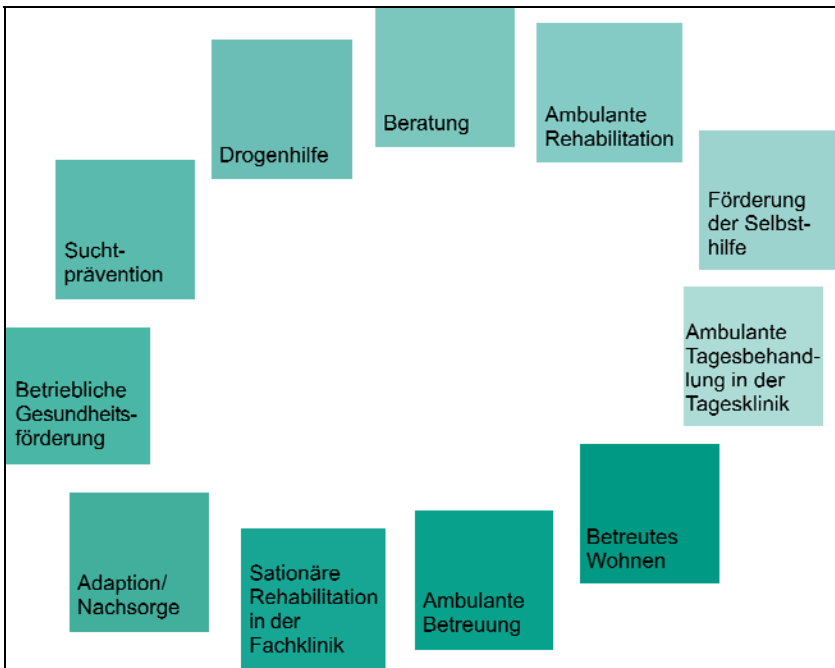


Abb. 6 Leistungsangebot der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH

² Angaben und Abbildungen über die Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH sind dem Internetauftritt unter www.lukas-werk.de sowie dem Gesamtkonzept des Trägers (vgl. Lukas-Werk Suchthilfe 2006) in der Fassung von Dezember 2006 entnommen.

Der integrierte Behandlungsverbund ermöglicht eine flexible und gemeinde-nahe Vernetzung der Hilfen und setzt sich aus *folgenden Einrichtungen* zusammen:

- Die *Fachambulanzen* in Braunschweig, Helmstedt, Wolfenbüttel, Goslar und Northeim sowie Außenstellen in Salzgitter-Lebenstedt, Haldensleben, Salzgitter-Bad, Schöppenstedt, Bad Harzburg, Seesen, Einbeck und Uslar,
- die *Substitutionsambulanz* in Wolfenbüttel,
- die *Tagesklinik* in Braunschweig,
- die *Fachklinik Erlengrund* in Salzgitter-Ringelheim,
- die *Adaptionseinrichtung* in Wolfenbüttel
- und das *ambulant betreute Wohnen* in Braunschweig, Goslar und Wolfenbüttel.

Direkt an der *Wissenschaftlichen Begleitforschung* beteiligt sind die *fünf Fachambulanzen* der LWS sowie die *Tagesklinik in Braunschweig* und die *Fachklinik Erlengrund in Salzgitter-Ringelheim*.

2.1.2 *Die externen Kooperationspartner – der Trägerverbund Reha Sucht Hannover und die Suchtberatungsstelle Wolfsburg*

Der *Trägerverbund Reha Sucht Hannover* bildet das Dach eines trägerübergreifenden Kooperationsverbundes zur Durchführung von ambulanter Rehabilitation im Raum Hannover. An der Studie Beteiligt sind

- die Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstelle der Caritas im ka:punkt,
- die Suchtberatungsstelle der Caritas in Garbsen und
- die Fachstelle des Diakonischen Werkes in Hannover (vgl. Suchtberatungs- und Behandlungsstelle des Caritasverbandes Hannover e.V: Internetauftritt; Fachstelle für Sucht und Suchtprävention der Diakonie in Hannover: Internetauftritt).

Träger der *Suchtberatungsstelle/Fachambulanz Wolfsburg* ist das Diakonische Werk Wolfsburg e.V. (vgl. Suchtberatungsstelle 2007).

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation halten die Einrichtungen sowohl ambulante Behandlungs- wie auch Weiterbehandlungsangebote vor.

Die Suchtberatungsstellen richten sich mit Ihren Angeboten an suchtgefährdete und suchtkranke Frauen und Männer, vorwiegend bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit sowie Essstörungen und pathologischem Glücksspiel.

2.1.3 Einrichtungen außerhalb der Begleitforschung

Der Vollständigkeit halber seien hier weitere *Einrichtungen*, die nicht direkt an der Wissenschaftlichen Begleitforschung beteiligt sind, jedoch im *Therapieverbund „Lukas-Werk und Kooperationspartner“* miteinander vernetzt sind, namentlich aufgeführt:

- Fachambulanz Diakonisches Werk Hildesheim/Sarstedt
- Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Caritas Hildesheim
- Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Herzberg
- Caritas-Centrum Duderstadt
- Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Landeskirche Schaumburg-Lippe
- Fachstellen für Sucht und Suchtprävention des Diakonieverbandes Hannover-Land
- AWO Salzgitter Kreisverband Salzgitter e.V.
- Ev. Suchtberatung Diakonisches Werk Göttingen
- Diakonisches Werk Drogenberatungsstelle Celle
- Suchtberatungsstelle Diakonisches Werk Gifhorn
- Sucht- und Drogenberatung Ev.-Kirchenkreis Hameln-Pyrmont
- Diakonisches Werk Peine

Der Therapieverbund „Lukas-Werk und Kooperationspartner“ zählt zu den insgesamt *elf Therapieverbänden in Niedersachsen*, die die Modulare Kombinationsbehandlung umsetzen:

Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund in Niedersachsen



Stand: Januar 2008

© AG DEVIANZ – Universität Oldenburg 

Abb. 7 Regionale Therapieverbände in Niedersachsen

2.2 Das Rahmenkonzept der Modularen Kombinationsbehandlung der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Neben den im Behandlungsverbund zusammengeschlossenen Einrichtungen besitzt das *Rahmenkonzept* der Modularen Kombinationsbehandlung selbst zentrale Relevanz für die Studie. Der im Sommer 2005 neu eingeführte Leistungsrahmen wurde in der Begleitforschung hinsichtlich der mit ihm einhergehenden *neuen Strukturen und Prozesse* untersucht. Im Projekt wurde geprüft, inwieweit die neuen Bedingungen eine individualisierte, flexibilisierte und effizientere Suchtbehandlung fördern. Im Folgenden wird das Rahmenkonzept detailliert vorgestellt:³

Ziele der Modularen Kombinationsbehandlung

Suchtbehandlungen in Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (SGB VI in Verbindung mit IX). Für den Aufgabenbereich der Rentenversicherung ist der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ handlungsleitend. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, ob ambulant oder stationär, dienen vor diesem Hintergrund der Förderung der Teilhabe und Re-Integration in das Erwerbsleben. Die Vernetzung der ambulanten und stationären Leistungsangebote im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung soll Möglichkeiten dafür eröffnen, Alkohol- und Drogenabhängige differenziert und individuell nach Bedarf zu behandeln.

Im Rahmenkonzept zur Modularen Kombinationsbehandlung werden als *Zielsetzungen* der Behandlung explizit genannt:

- enge Zusammenarbeit zwischen Leistungsanbietern sowie mit dem Leistungsträger
- flexibler Leistungsrahmen
- Vereinfachung des Antragsverfahren
- verbesserte Ressourcennutzung durch therapeutisches Gesamtkonzept und Kooperationsvereinbarung
- Abstimmung von Diagnostik und Dokumentation.

3 Grundlegend für die weiteren Ausführungen zur Konzeption und zum Leistungsrahmen ist die seitens der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover im Juli im Rahmen einer Einführungsveranstaltung zum Behandlungsmodell verwendete PowerPoint-Präsentation (vgl. Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover 2005). Dieses Dokument wird im Folgenden inhaltlich auch als das Rahmenkonzept der Modularen Kombinationsbehandlung verstanden.

Indikationskriterien für die Modulare Kombinationsbehandlung

Zentrales Kriterium für die Auswahl und Ausgestaltung der Modularen Kombinationsbehandlung ist gemäß Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (2005, damals noch LVA Hannover) die Integration des Patienten – daran sind alle Komponenten der therapeutischen Interventionen im Rahmen der kombinierten Behandlungsmaßnahme auszurichten. Ein wesentliches Moment der Modularen Kombinationsbehandlung ist die mögliche Erprobung von im Rahmen des stationären therapeutischen Prozesses gewonnenen Erkenntnissen und Verhaltensweisen im Lebensalltag außerhalb des geschützten stationären Rahmens. Instabilitären sollen konstruktiv und kontinuierlich aufgefangen oder im Rahmen einer erneuten verdichteten stationären Therapiephase intensiv aufgearbeitet werden. Die Modulare Kombinationsbehandlung ist gemäß Rahmenkonzept besonders geeignet für

- „Patienten, die in ihrem bisherigen Lebensverlauf institutionsgewohnt/-sozialisiert sind, d. h. sich in einem vorgegebenen institutionellen Regel-Rahmen gut anpassen können und dort positiv bewertet werden, in der komplexen sozialen Realität außerhalb der Institution jedoch gescheitert sind;
- Patienten, die sich im stationären Setting schon nach kurzer Zeit selbst überschätzen, die zu einer Art hybriden Autonomie neigen, gegen ärztlichen Rat abbrechen oder unterbrechen, Konflikte produzieren;
- Patienten, bei denen Therapieabbrüche in ihrer Vorgeschichte häufiger aufgetreten sind;
- Patienten, bei denen nach genauer Analyse vorangegangener Behandlungen eine alleinige stationäre „Langzeitmaßnahme“ nicht erforderlich ist;
- Patienten, die über die Fähigkeit verfügen, kurzfristig stabil abstinent zu leben, jedoch langfristig instabil rückfällig werden. (...) Es handelt sich um Patienten, die demzufolge über einen längerfristigen Zeitraum behandelt werden müssen. Bei ihnen kommt es darauf an, die im stationären Setting erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhaltensalternativen langfristig und stabil in den Alltagskontext zu übertragen“ (LVA Hannover 2005: 35–39).

Im Studienverlauf wurden drei weitere Indikationskriterien formuliert, die bei der Bestimmung der MoKo als geeignete Therapieform leiten.⁴

- „Während und als Folge ihrer chronischen (Sucht)Erkrankung erschöpfte Patienten, die dadurch zur Passivität neigen d. h. von sich aus eher nicht aktiv werden und nur dort ankommen z. B. im nächsten Setting, wo sie hingeschickt, oder hin begleitet werden.
- Versicherte, die über eine Auffassung von Rehabilitation verfügen, die eher kurativ, akut-medizinisch ausgerichtet ist. Die z. B. nach einem absolvierten ambulanten oder stationären Modul mental nicht in der Lage sind einzusehen, daß das nur ein Teil eines fortlaufenden Behandlungsprozesses in unterschiedlichen Settings war und weitere, empfohlene Schritte eher nicht gehen, es sei denn sie sind verordnet.
- Selbstunsichere, impressiv-ängstliche, vermeidende Persönlichkeiten (ICD 10: F61.0), die aus der Befürchtung heraus sich irgendwo erneut über ihre Probleme äußern zu müssen – dies allzu häufig eher nicht tun und von einem Übergabemanagement profitieren“ (vgl. Ergebnisprotokoll der DRV-BS-H zur MoKo-Feedback-Runde am 23.05.2007).

Außerdem werden sozialstrukturelle Bedingungen der KlientInnen als Indikationen aufgeführt: soziale Verpflichtungen oder die berufliche Einbindung können die Realisierung einer langzeitstationären Rehabilitation erschweren. Eine Kombinationsbehandlung mit verkürztem stationärem Modul kann in solchen Fällen besser in den Lebensalltag integriert werden.

Während der Projektlaufzeit wurden die Indikationskriterien stetig reflektiert und weiterentwickelt. Die Konzeption eines „kleinsten gemeinsamen Nenners“ gewinnt hier zentrale Bedeutung: so kann die MoKo auch KlientInnen angeboten werden, die sich zunächst nur auf eine ambulante Behandlung einlassen wollen. Das „therapeutische Abkommen“ des „kleinsten gemeinsamen Nenners“ ermöglicht die Durchführung einer rein ambulanten Behandlung im Rahmen eines MoKo-Antrages jedoch mit der Option, im Krisenfall ein stationäres Modul absolvieren zu können.

Für weitere Ausführungen zum Thema Indikationskriterien sei an dieser Stelle auch auf den Beitrag von Ulrike Westphal und Georg Wiegand in diesem Band verwiesen (vgl. Kapitel 6.2).

4 Aus Anlass der Feedbackrunde zur Modularen Kombinationsbehandlung der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (vgl. dazu Kap. 3.9) wurden diese Ergänzungen im Mai 2007 seitens der Projektverantwortlichen vorgestellt.

Leistungsrahmen der Modularen Kombinationsbehandlung

Zur Durchführung der Modularen Kombinationsbehandlung schließen räumlich nah beieinander liegende Leistungsanbieter eine *Kooperationsvereinbarung* und bilden einen von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover anerkannten *regionalen Therapieverbund*.

Für die Modulare Kombinationsbehandlung steht je PatientIn ein Gesamtbehandlungszeitraum von *52 Wochen* zur Verfügung. Innerhalb dieses Rahmens sind *ambulante, ganztägig ambulante und stationäre* (auch adaptive) Behandlungsabschnitte flexibel miteinander zu verknüpfen. Die Durchführung mehrerer ambulanter oder stationärer Phasen ist möglich. Stationäre Phasen können aufgeteilt werden, zur Krisenintervention kann beispielsweise eine Rückkehr in die Klinik erfolgen. Ein ambulanter Reha-Beginn ist möglich, die poststationäre ambulante Weiterbehandlung ist der Regelfall. Insgesamt stehen für die *ambulante Behandlung maximal 80 Therapieeinheiten* zur Verfügung, die *stationäre Behandlungszeit* muss unter der der Langzeittherapie liegen.

Mit der Antragstellung ist ein vorläufiger Therapieablauf – die *Prospektive Therapieplanung* – aufzustellen. In diesem Ablaufschema sind die Abfolge und die Dauer der einzelnen Behandlungsmodule für die PatientInnen im Gesamtbehandlungszeitraum zum Zeitpunkt der Antragstellung vorläufig festzulegen. Die Therapieplanung kann, sofern medizinisch oder therapeutisch erforderlich, im Behandlungsverlauf geändert werden.

Sonderbausteine der Modularen Kombinationsbehandlung

Die Kombination der Behandlungssettings wird unterstützt durch verschiedene, die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme begleitende Bausteine. Diese Sonderbausteine sollen die Nahtlosigkeit der gemeinsamen Behandlung und den Informationsfluss zwischen den BehandlerInnen fördern.

Allen PatientInnen der Modularen Kombinationsbehandlung ist ein Case-Manager zugeordnet. Der Case-Manager ist über den gesamten Behandlungszeitraum Ansprechpartner und Rückmelder für die Erfordernisse der Verwaltung. Dem Leistungsträger wie auch den Leistungsanbietern und den Versicherten selbst steht somit ein Ablaufverantwortlicher für die Modulare Kombinationsbehandlung zur Seite, der beispielsweise jederzeit Auskunft über den Stand der Therapie und veranschlagte oder absolvierte Therapieeinheiten geben kann. Grundsätzlich ist durch das Rahmenkonzept lediglich vorgegeben, dass es sich bei den *Case-ManagerInnen nicht um Bezugstherapeu-*

Innen der MoKo-KlientInnen handeln darf. Das Case-Management wird im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe von einer Verwaltungskraft ausgeübt (vgl. zum Case-Management auch Kapitel 3.2 und 4.3).

Wechsel von einer Behandlungsform in die andere werden begleitet durch *Übergabemanagement*. In den in der Regel als persönliche Gespräche zwischen den TherapeutInnen des übergebenden und des aufnehmenden Settings sowie dem/der PatientIn durchgeführten Übergaben wird der aktuelle Stand des Reha-Fortschritts erörtert, der Behandlungsauftrag an die NachbehandlerInnen gegeben und der weitere Ablauf der Reha-Maßnahme abgestimmt.

Mittels des Konzeptbausteins *Belastungserprobungsgruppe (BEG)* soll der erfolgreiche Übergang vom stationären (auch adaptiven) ins ambulante Setting gefördert werden. PatientInnen der stationären Rehabilitation in MoKo nehmen am ambulanten Angebot der sie im weiteren Verlauf der Modularen Kombinationsbehandlung behandelnden Fachambulanz teil.

Alle zwei Monate finden *Qualitätszirkel/Intravisionen* des regionalen Therapieverbundes statt. In diesen Sitzungen werden Fallbesprechungen durchgeführt sowie die Verfahren der gemeinsamen Durchführung der Modularen Kombinationsbehandlung abgestimmt.

In der Modularen Kombinationsbehandlung werden Behandlungsinhalte und -verläufe sowie die Diagnostik gemeinsam genutzt. Alle behandlungsrelevanten Informationen und Angaben werden im *Modularen Berichtswesen* dokumentiert. Zum Abschluss der Maßnahme mündet das Berichtswesen in den einheitlichen Entlassungsbericht.

2.3 Ziele und Fragestellungen der Studie

Mit der hier vorliegenden Untersuchung sollen Grundlagen von Entscheidungen im Hilfesystem – hier der medizinischen Rehabilitation von Abhängigen im Kontext kombinierter Behandlungsformen – transparent gemacht und beurteilt sowie ggf. modifiziert werden. Die Studie ist orientiert am Ansatz der Evidenzbasierten Medizin (EBM), d. h. an einem gewissenhaften, ausdrücklichen und vernünftigen Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller PatientInnen (vgl. Sackett u. a. 1996). Die EBM ist als Teil der Qualitätsentwicklung in der Versorgung von KlientInnen/PatientInnen bzw. Hilfesuchenden zu verstehen.

Das Forschungsvorhaben richtet sich zentral auf die Implementierung neuer Kooperationsformen im Rahmen der Umsetzung des neuen Behandlungsmodells sowie auf die Überprüfung der in diesem Kontext erzielten Effekte. Das dem Vorhaben zugrunde liegende *Konzept der Evaluationsforschung* impliziert eine *Prozess begleitende Evaluation*, mittels derer die gewonnen Erkenntnisse und Ergebnisse prozesshaft zurückgespiegelt werden und damit direkt die Implementierung neuer Strukturen sowie den Qualitätsentwicklungsprozess beeinflussen.

Die Studie ist nicht als klinische Evaluation im Bereich der Grundlagenforschung angelegt (vgl. Bortz/Döring 2002), sondern zielt auf eine *Unterstützung des Qualitätsentwicklungsprozesses* und damit der *Optimierung der Behandlungsqualität*. Auf die Bildung beispielsweise einer *Kontrollgruppe* wurde zum einen aufgrund fehlender Vergleichsparameter im Kontext der Kombinationsbehandlung verzichtet. Als „dritte Säule“ (vgl. Weissinger/Missel 2006) im Behandlungssystem sind vernetzten Behandlungsangeboten keine sinnvoll zu konstruierenden Kontrollgruppen gegenüberzustellen. Ein Vergleich ambulanter Rehabilitationsangebote oder stationärer Rehabilitationsmaßnahmen mit der „Versuchsgruppe Modulare Kombinationsbehandlung“ könnte die besonderen Qualitäten und Charakteristika kombinierter Angebote nicht in den Blick nehmen. Eine solche Konstruktion würde demnach den Zielsetzungen und Interessen eines kontrollierten Designs nicht entsprechen. Zum anderen war die Kontrollgruppenbildung als zentrale Methode klinischer Studien durch das hier vorliegende Untersuchungsdesign auch nicht intendiert.

Als *Referenzsystem* für die in dieser Studie erhobenen Daten wird die *Basisdokumentation Sucht des Fachverbandes Sucht* (vgl. Fachverband Sucht 2007) verwendet. Die Gegenüberstellung der in der Modellstudie erhobenen Daten mit den Angaben aus der Basisdokumentation Sucht ermöglicht den Vergleich der Erfolge der MoKo mit denen traditioneller stationärer Therapien. Die BADO Sucht eignet sich hierfür besonders, da hier die Dokumentation auf Basis des Deutschen Kerndatensatz im Bereich der Suchtkrankenhilfe erfolgt.

Im Mittelpunkt der Untersuchung standen zusammengefasst die *folgenden Leithypothesen*:

1. Gemessen an der Haltequote (vgl. DGSS 2001: 14) führt die Kombinationsbehandlung zu besseren Ergebnissen als rein stationäre und rein ambulante Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation.

2. Die Realisierung der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner wirkt sich durch neue Kooperationsformen und Qualitätsmanagementelemente (z. B. einrichtungsübergreifende Abstimmung in einer Lenkungsgruppe, Standards in der Dokumentation und Nutzung eines gemeinsamen Datenpools) positiv auf die interne und externe Vernetzung und die Behandlungsqualität aus.

2.3.1 *Begleitung des Qualitätsentwicklungsprozesses*

2.3.1.1 Ziele des Qualitätsentwicklungsprozesses

Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund findet auf der Basis des durch die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover vorgegebenen Leistungsrahmens statt (vgl. Kapitel 2.2). Zur Realisierung dieses Leistungsrahmens bedurfte es der *Einführung und Gestaltung neuer Strukturen und Prozesse*. Auf Seiten der Leistungsanbieter, aber auch des Leistungsträgers waren diesbezüglich Arbeitsroutinen und gängige Verfahren zu modifizieren und auf die veränderten Bedingungen abzustimmen: Die Vorgaben waren konzeptionell, d. h. mit Blick auf das eigene Therapiekonzept, aber auch über die eigene Einrichtung hinaus und unter Beachtung ökonomischer Fragestellungen einzuarbeiten. Damit verbunden waren engere Abstimmungsprozesse *zwischen ambulanten und stationären MitarbeiterInnen* (z. B. Organisation der Übergabemodalitäten beim Wechsel der Behandlungsform, Organisation der individuellen Therapieverläufe). Die zum Teil grundlegenden Veränderungen und inhaltlichen Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Therapieansätzen bedurften der regelmäßigen und Prozess begleitenden Bearbeitung (vgl. Tielking/Kuß 2003; Tielking/Ratzke 2004).

Diese als *Qualitätsentwicklungsprozess* verstandenen Umgestaltungen wurden durch die wissenschaftliche Begleitung angeleitet. Der *Projektgruppe der Universität Oldenburg* kam damit einerseits die Aufgabe als *Impulsgeberin* zu, darüber hinaus unterstützte sie die Abstimmungsprozesse zwischen den Leistungsanbietern und mit dem Leistungsträger und klärte Umsetzungsschwierigkeiten.

Ziel war es, das in der Rehabilitation von Abhängigen vorhandene hohe Leistungsniveau der Hilfen zu sichern und im Rahmen der MoKo weiterzuentwickeln. Konkret bedeutete dies für die hier vorliegende Untersuchung, dass bereits existierende Kooperationserfahrungen und -beziehungen bewer-

tet und auf die neuen Bedingungen abgestimmt wurden, um eine am Patienten/an der Patientin orientierte Behandlung zu realisieren. Unter der Berücksichtigung vorhandener Arbeits- und Angebotsstrukturen sowie gegebener Qualitätsmanagementstrukturen und -elemente sollte das vernetzte Behandlungsangebot in einer partnerschaftlichen Kooperation von Leistungsanbietern und Leistungsträgern umgesetzt werden.

Mit Ende der Projektlaufzeit soll die gemeinsam zu erbringende Qualitätsentwicklung im Kreis der beteiligten Einrichtungen in die Selbständigkeit überführt und auch für Hilfeinrichtungen in anderen Regionen nutzbar sein.

2.3.1.2 Methodisches Vorgehen

Die MitarbeiterInnen der *Universität* nahmen zwei für das Modellprojekt zentrale Aufgaben wahr:

1. Sie waren *Akteure in der Verbundarbeit* (u. a. Impulsgebung durch Themenvorschläge für die Lenkungsgruppenarbeit und Case-Management-Treffen, ModeratorInnentätigkeit).
2. Sie übten die *wissenschaftliche Begleitung* aus und evaluierten die Qualität dieser Arbeit (z. B. durch ExpertInneninterviews, TeilnehmerInnenbefragungen und Case-ManagerInnenbefragung; Dokumentation und Protokollierung der Qualitätsentwicklung, PatientInnen- und TherapeutInnenbefragung).

Sie stellten dafür aktuelle projektrelevante wissenschaftliche Erkenntnisse zur Verfügung, berieten bei der Organisation und Durchführung der MoKo, bewerteten die getroffenen Maßnahmen und formulierten Prozess begleitend Handlungsempfehlungen. Neben einer Überprüfung der Endergebnisse der Maßnahmen (*summative Evaluation*) trägt die Studie demnach auch Züge einer *formativen Evaluation*, in deren Verlauf die Intervention verfolgt und ggf. beeinflusst wird (vgl. dazu u. a. Bortz/Döring 2002; DGSS 2001).

Das wesentliche Element für die Umsetzung der Zielvorgaben stellte die *Lenkungsgruppenarbeit* dar. An der Lenkungsgruppe beteiligt waren die EinrichtungsleiterInnen der an der Begleitforschung teilnehmenden Fachambulanzen, Fach- und Tageskliniken, sowie VertreterInnen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und der Geschäftsführung der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH.

Die Sitzungen der Lenkungsgruppe wurden durch die Projektgruppe der Universität Oldenburg vorbereitet, moderiert und nachbereitet. Selbiger Ansatz

wurde mit den regelmäßig stattfindenden Case-Management-Treffen verfolgt.

2.3.1.3 Arbeitsprogramm

Im Interesse der Implementierung und Steuerung der Verbundarbeit und Kombi-Behandlung waren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung *folgende Aufgabenstellungen* zentral:

- Definition der Aufgaben, des Selbstverständnisses und der Ziele der Lenkungsgruppenarbeit und des Case-Managements
- Bestandsaufnahme der Verbundarbeit im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe und ihrer externen Kooperationspartner
- Klärung von Zuständigkeiten zwischen den Leistungsanbietern im Verbund
- Ermittlung und Analyse auftretender Probleme in der Kooperation und Koordination zwischen den Beteiligten
- Erarbeitung von Lösungsstrategien
- Deskription und Analyse des Verbundkonzepts bzw. seiner Umsetzung
- Deskription und Analyse der Kooperationsstrukturen im Verbund
- Prozessevaluation der Lenkungsgruppenarbeit und weiterer eingesetzter Arbeitsgruppen und Funktionsstellen wie z. B. des Case-Managements
- Ermittlung des Nutzens und der Zufriedenheit der Beteiligten (gemessen u. a. an den bearbeiteten Themen, der Sitzungsfrequenz, dem Klima der Zusammenarbeit)
- Bewertung der Arbeit des Verbundes im Hinblick auf Aufwand und Nutzen (qualitative und quantitative Einschätzungen zum Personal- und Ressourceneinsatz im Kontext des Behandlungsergebnisses)
- Einschätzung zur Erfordernis einer Einbindung des Leistungsträgers in den Qualitätsentwicklungsprozess
- Formulierung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Optimierung des Behandlungsangebotes und der dazugehörigen Verfahren.

2.3.2 *Evaluation der Behandlung*

2.3.2.1 Ziele und Methodik

Die Modulare Kombinationsbehandlung wurde auf ihren *Beitrag zur Individualisierung, Flexibilisierung und Effizienzsteigerung von Hilfen* für Abhängige im Modellverbund „Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und externe Kooperationspartner“ geprüft. Das neue Behandlungskonzept wurde, bspw. bezüg-

lich der Indikationskriterien und Verfahren, von Beginn an als offen und erweiterungsfähig angesehen. Die Modellphase und erste Anwendung des Konzepts diente deshalb der Überprüfung der im Voraus formulierten Erwartungen und Annahmen.

Erkenntnisse zur Flexibilisierung wurden insbesondere anhand der Daten zum Behandlungsprozess (Dauer und Anzahl der ambulanten und stationären Module, Zufriedenheitswerte u. a.) über die *Prozess begleitenden Befragungen der TherapeutInnen und PatientInnen* und über *Befragungen der Case-ManagerInnen* erhoben und auf Zusammenhänge hin geprüft. Ergänzt wurden die quantitativen Erhebungen durch *qualitative ExpertInneninterviews mit TherapeutInnen und PatientInnen*.

Mittels anerkannter Erfolgsparameter (vgl. u. a. DGSS 2001), wie u. a. dem Therapieerfolg, der Abstinenz- und Haltequote sowie Quoten der Erwerbstätigkeit und weiteren Quoten zur sozialen Integration (u. a. Wohnsituation, Partnersituation, Freundeskreis) wurde geprüft, inwieweit sich die Verbundarbeit positiv auf das Behandlungsergebnis und das übergeordnete Ziel der Teilhabe bzw. -förderung auswirkt. Dort wo es sinnvoll und möglich war, Vergleiche zu anderen Studien und Basisdokumentationen herzustellen, werden die entsprechenden Vergleichszahlen zur Reaktivierung der Ergebnisse herangezogen. Der zeitliche Rahmen der Untersuchung bedingt aufgrund der knapp dreijährigen Laufzeit allerdings, dass im Rahmen der hier vorgelegten Studie zunächst nur kurzfristige Erfolgsparameter untersucht werden können.

Da sich mit der Evaluation der Modularen Kombinationsbehandlung insbesondere auch die Betrachtung der Schnittstellen, der Kooperation und Effekte einzelner Bausteine des Rahmenkonzepts des kombinierten Behandlungsprozesses verbindet und entsprechende „Kombi-Parameter“⁵ nur unspezifisch und in Einzelfällen enthalten sind, mussten diese standardisierten Instrumente ergänzt werden. Da wo es sinnvoll erschien, konnte im Interesse der Vergleichbarkeit auf Fragebögen der EVS-Studien⁶ (vgl. Tielking/Kuß 2001;

5 Bspw. wird in der EBIS-Dokumentation auch eine Verschlüsselung der Weitervermittlung in andere Reha-Maßnahmen oder die Durchführung einer Kombi-Maßnahme angeboten. Die jährliche Veröffentlichung der Deutschen Suchthilfestatistik zeigt jedoch, dass von der Datenerfassung in diesem Bereich nur selten Gebrauch gemacht wird. Die Übernahme dieser und weiterer Kriterien aus dem optionalen in den Pflichtteil wäre wünschenswert und wurde bereits auf unterschiedlichen Ebenen diskutiert (vgl. Tielking/Ratzke 2007).

6 Die Konstruktion dieser erfolgte unter Bezugnahme auf bereits erprobte Erhebungsverfahren in Standarddokumentationen – u. a. EBIS, HORIZONT, PATFAK, SEDOS, das QSP des VDR.

Tielking/Kuß 2003) zurückgegriffen werden, in Teilen mussten für interessierende Items neue Fragenkataloge entwickelt werden.

Im Zentrum stand die Überprüfung der Durchführbarkeit und Routineanwendung der neuen Strukturen und Prozesse. Sie wurden über Prozess- und Ergebnisdaten sowie hypothesenprüfende Analysen untersucht (vgl. Uhl 1997). Es wurden wesentliche Merkmale der PatientInnen, der Behandlung und des Behandlungserfolges oder Outcomes (planmäßiger vs. nicht planmäßiger Therapieabschluss) erhoben. Darüber hinaus stehen die Kooperation der BehandlerInnen und das Thema Schnittstellen der Behandlung sowie kurzfristige Erfolgsparameter; wie die Haltequote, im Fokus der Evaluation. Damit sind Aspekte, die das Therapiekonzept sowie die Angebote, an denen PatientInnen im Verlauf ihrer Therapie teilnehmen, gemeint. Zudem wurden Fragen, die das Verhältnis PatientIn-TherapeutIn abbilden und die das therapeutische Klima betreffen, gestellt.

Die Prüfung erfolgte maßgeblich *mittels standardisierter schriftlicher Befragungen der PatientInnen und ihrer BehandlerInnen* (vgl. Kapitel 4.1). Die PatientInnenstichprobe setzt sich ausschließlich aus den in den Einrichtungen der Begleitforschung (vgl. Kapitel 2.1) behandelten Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover mit der Hauptdiagnose „Alkohol- oder Drogenabhängigkeit“ zusammen und stellt – aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme – weder eine repräsentative noch eine Zufallsstichprobe dar.

Die Befragungen erfolgten standardisiert, für die *PatientInnen-Stichprobe schriftlich*, für die *TherapeutInnen online* über eine eigens eingerichtete Homepage. Die PatientInnen wurden im Verlauf der Modularen Kombinationsbehandlung *mehrmals – jeweils bei Wechseln der Behandlungssettings sowie sechs Monate nach der Behandlung* – zu ihrem individuellen Behandlungsprozess und -ergebnis befragt. Diese Befragungen wurden jeweils durch die BehandlerInnen initiiert. Sie waren in den Behandlungsprozess eingebunden, und gaben die Erhebungsbögen zu den entsprechenden Befragungszeitpunkten an die PatientInnen aus, konnten ggf. Verständnisfragen klären und auf die Zweckgebundenheit und die eigene Beteiligung an den Befragungsverfahren hinweisen. Der Rücklauf der Fragebögen erfolgte ebenfalls über die TherapeutInnen, denen die PatientInnen den ausgefüllten Bogen in einem verschlossenen, an die Projektgruppe adressierten Umschlag wiedergaben. Auf Wunsch konnten die PatientInnen die Bögen auch direkt an die AG Devianz zurücksenden. Die Einrichtungen sandten die gesammelten Fragebögen jeweils zum 15. eines Monats an die Projektgruppe. Die Nachbefra-

gungen der PatientInnen sechs Monate nach Behandlungsbeendigung erfolgten postalisch und wurden aufgrund datenschutzrechtlicher Erfordernisse durch die Fachambulanz initiiert. Diese sandte die Nachbefragungsbögen inklusive frankierter und adressierter Rückumschläge an die PatientInnen. Letztere übermittelten die beantworteten Bögen anonym, ohne Angabe des Absenders, auf dem Postweg an die Projektgruppe.

Die ebenfalls Prozess begleitend realisierte TherapeutInnenstichprobe bestand aus den jeweiligen BehandlerInnen der PatientInnen in der Modularen Kombinationsbehandlung.⁷ Die TherapeutInnen wurden zu ihrer Einschätzung der Behandlungsverläufe ihrer PatientInnen befragt. Sie beantworteten rechnergestützt (Online-Befragung) die je Behandlungsverlauf passenden Befragungsteile.

Insgesamt kamen *13 verschiedene Instrumente* zur Anwendung. Bei der KlientInnenbefragung handelt es sich um folgende Fragebögen:

Befragungszeitpunkt	Thema
T1	Befragung der KlientInnen zum Zeitpunkt der Antragstellung
T2	Befragung der KlientInnen zum Beginn der Behandlung in der (Tages-)Klinik
[T2 – 2. stat. Aufenthalt]	Bei Bedarf: Befragung der KlientInnen zum Beginn eines zweiten Aufenthaltes in der (Tages-)Klinik
T3	Befragung der KlientInnen zum Ende der Behandlung in der (Tages-)Klinik
T4	Befragung der KlientInnen zum Beginn der ambulanten Weiterbehandlung
T5	Befragung der KlientInnen zum Abschluss der ambulanten Weiterbehandlung
T6	Befragung der KlientInnen 6 Monate nach Abschluss der Behandlung (Katamnese)

Abb. 8 KlientInnenbefragung

7 Die Anfangsbefragungen in den Fachambulanzen wurden in einigen Fällen auch die beratend tätigen MitarbeiterInnen erledigt, da diese zum entsprechenden Befragungszeitpunkt mit dem/der KlientIn befasst waren. Auf die begrifflich Differenzierung wird in diesem Band weitgehend verzichtet, Begriffe wie TherapeutInnenbefragung oder -stichprobe beziehen sich auf beide Funktionsgruppen, die zum jeweiligen Befragungszeitpunkt als ExpertInnen für den individuellen Stand bzw. den Behandlungsverlauf der KlientInnen angesehen wurden.

Bei der TherapeutInnenbefragung handelt es sich um folgende Fragebögen:

Befragungszeitpunkt	Thema
T1	Befragung der TherapeutInnen zum Zeitpunkt der Antragstellung
T2ambulant	Befragung der TherapeutInnen zum Beginn der Behandlung
T2stationär	Befragung der TherapeutInnen zum Beginn der Behandlung in der (Tages-)Klinik
T3	Befragung der TherapeutInnen zum Ende der Behandlung in der (Tages-)Klinik
T4	Befragung der TherapeutInnen zum Beginn der ambulanten Weiterbehandlung
T5	Befragung der TherapeutInnen zum Abschluss der ambulanten Weiterbehandlung

Abb. 9 TherapeutInnenbefragung

Die Verteilung der Erhebungsinstrumente erfolgte unter funktionellen, inhaltlichen Gesichtspunkten. So wurde bei der Entwicklung der Anfangsbefragungen bspw. bedacht, dass die soziodemographischen Angaben der KlientInnen den TherapeutInnen aufgrund des Beratungskontaktes und der Datenerfassung für den Antrag bereits vorliegen, so dass es plausibel erschien, die Daten von Seiten der TherapeutInnen „übertragen“ zu lassen.

Die Erhebungsinstrumente wurden für eine *rechnergestützte Auswertung* in aggregierter Form konstruiert. Die Datenverarbeitung erfolgte mit Hilfe des *SPSS-Statistik-Programms*. Zur Auswertung wurden Häufigkeitsverteilungen erstellt und die Daten auf Zusammenhänge zwischen Kategorien geprüft (Kreuztabellierungen mit Zusammenhangs- und Signifikanzprüfungen⁸).

Das Forschungsprogramm wurde ergänzt um eine qualitative Interviewstudie (vgl. Kapitel 4.2). Für die Beantwortung der Fragestellungen, die der Begleitforschung zugrunde liegen, ist eine qualitative Vorgehensweise eine sinnvolle Erweiterung der quantitativen Ausrichtung der Studie. In *zwölf qualitativen leitfadengestützten Interviews mit ambulanten und (teil-) stationären TherapeutInnen* sowie *PatientInnen* der MoKo wurden der Ablauf, die Struktur sowie die Verfahren der Kombinationsbehandlung rekonstruiert, um die

8 In diesem Fall – da die Daten ganz überwiegend auf Einzelitems zurückgehen und nominales Skalenniveau aufweisen – auf der Basis von chi-Quadrat.

verschiedenen thematischen Dimensionen der quantitativen Befragungen zu vertiefen.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und im Anschluss vollständig nach einer im Vorfeld festzulegenden Transkriptionsnotation transkribiert. Zur inhaltlichen Erfassung und Strukturierung wurden Verlaufsprotokolle sowie Fallskizzen (der KlientInneninterviews) erstellt, um in einem zweiten Schritt in Anlehnung an die *Qualitative Inhaltsanalyse* nach Mayring (2003) Themenkategorien, die sich sowohl aus Fragestellung als auch Material ergaben, zu bilden. Nach der *Auswertungsmethodik* der Qualitativen Inhaltsanalyse wurden dann im Materialdurchlauf die thematischen „Fundstellen“ unter die Kategorien geordnet und das Material so ergebnisorientiert bearbeitet.

2.3.2.2 Arbeitsprogramm

Im Interesse der Evaluation der Verbundarbeit und Kombi-Behandlung waren folgende Aufgabenstellungen zentral:

- Charakterisierung der PatientInnen/KlientInnen,
- Ausgestaltung des MoKo-Leistungsrahmens hinsichtlich der Nutzung der Sondermodule,
- Erfassung und Analyse der Wechsel der Behandlungsform (ambulant vs. (teil-)stationär) hinsichtlich Anlässen und Häufigkeit, Bestimmung der Kriterien für einen Wechsel,
- Ermittlung der Verteilung ambulanter und (teil-)stationärer Behandlungselemente an der Gesamtbehandlung,
- Überprüfung der Ergebnisse der Rehabilitation anhand der Kriterien der ICF und anerkannter Erfolgsparameter, wie z. B. Erwerbsfähigkeit, Erwerbstätigkeit, sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, Zufriedenheitswerte und Abstinenz,
- Weiterentwicklung der Rehabilitation von Abhängigkeitskranken durch die Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund.

2.4 Datenschutz

Die Sicherstellung des Datenschutzes für ein methodisch weit gefächertes Forschungsvorhaben wie dieses wurde durch das eigens für die wissenschaftliche Begleitforschung verfasste *Datenschutzkonzept* erreicht. Die Datenschutzbeauftragte der Universität Oldenburg wurde dazu bereits im Vorfeld in das gesamte empirische Vorhaben eingebunden und zur juristischen Ab-

sicherung des Vorhabens gemäß § 8 des Nds. Datenschutzgesetzes (NDSG) wurde eine Verfahrensbeschreibung erstellt.

Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen der Therapieprozess, das Behandlungsergebnis und die Kooperations- und Kommunikationsprozesse, keinesfalls aber individuelle Personen. *Personenbezogene Daten*, die einen Rückschluss auf einzelne PatientInnen oder TherapeutInnen erlauben, waren *nicht von Interesse*. Konstatiert wurde, dass *die erhobenen Daten einzig im Anliegen der Studie* „Wissenschaftliche Begleitung der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH Braunschweig und ihrer Kooperationspartner“ bearbeitet und *durch die Mitglieder der Projektgruppe ausgewertet werden*. Die Mitglieder der Projektgruppe sind aufgrund ihrer dienstlichen Bezüge bezogen auf die Inhalte der Datenerhebungen zur Verschwiegenheit gegenüber Dritten verpflichtet.

Die beteiligten Einrichtungen sowie MitarbeiterInnen wurden umfassend sowohl schriftlich als auch im Rahmen der Lenkungsgruppe sowie des Case-ManagerInnentreffens über die Studie informiert. Zur weiterführenden Orientierung wurden jeweils Verfahrensbeschreibungen ausgegeben. Im Sinne des Datenschutzes erfolgte eine *Verpflichtung der beteiligten MitarbeiterInnen auf die gesetzliche Schweigepflicht*, der sie aufgrund ihrer Dienstverhältnisse unterliegen, und die auch die Aufgaben im Rahmen der Begleitforschung einschließt.

Auf Seiten der PatientInnen galt für die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Modularen Kombinationsbehandlung durchgeführten Datenerhebungen die *freiwillige Teilnahme*. In die Studie einbezogen wurden grundsätzlich nur PatientInnen,

- deren Verständnis über Sinn und Zweck der Studie (z. B. ausreichendes Sprachverständnis) vorausgesetzt werden kann,
- die die freiwillige Teilnahme an den Befragungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Modularen Kombinationsbehandlung erklärt haben,
- die den/die Case-ManagerIn und ihre BeraterInnen und TherapeutInnen zur Weitergabe der Prozessdaten an die Projektgruppe autorisiert haben und
- die die Einwilligung zur wissenschaftlichen Verwertung der Daten schriftlich in Form einer Einverständniserklärung gegeben haben.

Minderjährige und unter Betreuung stehende Personen waren von der Teilnahme an der Erhebung ausgeschlossen, da sie kein wirksames Einverständnis abgeben können.

Gemäß dieser Einschlusskriterien wurden entsprechende PatientInnen vor Beginn der Begleitforschung von ihren BeraterInnen/TherapeutInnen über den Zweck der Untersuchung und über die Freiwilligkeit ihrer Beteiligung aufgeklärt. Sie wurden darüber informiert, dass sie die *Einwilligung verweigern oder später widerrufen* können. Entsprechend wurden ein durch die Projektgruppe erstelltes *Informationsschreiben* und eine *Einverständniserklärung* an die TeilnehmerInnen ausgegeben. Für den Fall von später zurückgenommenen Teilnahmeerklärungen/Einverständniserklärungen oder dem Ausscheiden aus der Behandlung wurde vereinbart, alle auf Seiten der Einrichtungen die wissenschaftliche Begleitung betreffende Erhebungen zu dieser/desem KlientIn zu löschen.

Zur Realisierung der PatientInnenbefragungen wurde jedem Fall (PatientIn) der Begleitforschung eine *Codiernummer* zugeordnet. Die Ausgabe der Codiernummern erfolgte durch die Case-ManagerInnen und diente der Wahrung der Anonymität der KlientInnen. Die Projektgruppe war aufgrund der gewählten Vorgehensweise nicht in der Lage, die Fragebögen zu entcodieren. Der Rückschluss auf die Person war nur den am Therapieprozess beteiligten MitarbeiterInnen (BeraterInnen, TherapeutInnen, Case-ManagerInnen) der Rehabilitationseinrichtungen möglich.

Die im Fall der TherapeutInnenbefragung elektronische Datenübermittlung erfolgte ebenfalls unter Beachtung datenschutzrechtlicher Erfordernisse. Die beteiligten Einrichtungen gewährleisteten aufgrund der eigenen Arbeitsablauforganisation die Verwendung von *netzsicheren Rechnern*. Nach automatischer Übermittlung der Fragebögen an die Projektgruppe wurden die Daten auf einem *passwortgeschützten Server* der Universität Oldenburg (unix-basiert, voll abgesichert), zu dem nur der technische Mitarbeiter der AG Devianz und der Administrator der ARBI (Abteilung Rechner- und Netzbetrieb Informatik) einen Zugang besaßen, gespeichert. Auch diese Daten konnten aufgrund der *verwendeten Codierung* keinem Patienten/keiner Patientin zugeordnet werden, auch ein Rückschluss auf den datenübermittelnden Rechner war nicht möglich, da keine Meldung der IP-Adresse des absendenden Rechners erfolgte. Die Online-Befragung ließ darüber hinaus auf Seiten der Einrichtungen technisch keinen Rückgriff auf die übermittelten Daten zu.

Auch die Dokumentation im Bereich Case-Management erfolgte rechnergestützt durch die Verwaltungskräfte der beteiligten Einrichtungen und unter Wahrung aller Belange des Datenschutzes. Die *Prozessverläufe* wurden in *codierter Form* übermittelt und die Auswertung erfolgte elektronisch und in mit Passwort gesicherten PCs.

Die Durchführung der Leitfadeninterviews erfolgte ebenfalls unter Berücksichtigung und Gewährleistung der oben dargelegten Belange des Datenschutzes. Zudem wurde allen InterviewpartnerInnen zugesichert, dass die *Datenträger vernichtet* würden, die *Transkriptionen* keine persönlichen Daten enthalten, die einen direkten Rückschluss auf die Person ermöglichen, und dass keine elektronische Verarbeitung von personenbezogenen Daten stattfindet.

Für die gesamten Erhebungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Modularen Kombinationsbehandlung gilt, dass die *Datensätze nach Bearbeitung* und *erfolgter Auswertung vernichtet* werden.

3 Ergebnisse des Qualitätsentwicklungsprozesses

Die Begleitung und Unterstützung des Qualitätsentwicklungsprozesses im Rahmen der Implementierung und Umsetzung der Modularen Kombinationsbehandlung war zentraler Bestandteil des wissenschaftlichen Arbeitsprogramms. Ziel war es, *Abstimmungsprozesse* zwischen Leistungsanbietern und mit dem Leistungsträger zu *fördern* und *Probleme* in der Umsetzung und Realisierung der Kombinationsbehandlung zeitnah zu *ermitteln* und zu *klären*. Im Folgenden werden die Entwicklungen in einzelnen Bereichen detailliert nachgezeichnet.

3.1 Die Lenkungsgruppenarbeit

Zentrales Gremium für die Funktionswahrnehmung im Rahmen des Qualitätsentwicklungsprozesses war die *Lenkungsgruppe*. Zum festen TeilnehmerInnenkreis gehörten neben den acht EinrichtungsleiterInnen der am Verbund beteiligten Fachambulanzen zwei Vertreter aus der Leitung der Fachklinik (Ltd. Arzt und Ltd. Psychologe), eine Vertreterin der Geschäftsführung der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH sowie ein/e Vertreter/in der Tagesklinik. Daneben nahmen in unterschiedlicher Besetzung maximal vier VertreterInnen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (Grundsatzreferat Rehabilitation, sozialmedizinischer/ärztlicher Dienst) an den Sitzungen teil. Zwei Mitglieder der universitären Projektgruppe gestalteten als Moderatorinnen den Verlauf der Sitzungen.

Die Lenkungsgruppe traf sich alle acht Wochen für jeweils drei Stunden. Die Treffen fanden rotierend in verschiedenen Einrichtungen der Verbundpartner statt.

Im Vorfeld der Sitzungen wurden der Projektgruppe jeweils *aktuelle Fragestellungen und interessierende Themen* von den LenkungsgruppenteilnehmerInnen übermittelt. Regelmäßig standen daher die Tagesordnungspunkte

- Aktuelles aus den Einrichtungen
- Berichte zur Umsetzung der Modularen Kombinationsbehandlung
- Berichte von der wissenschaftlichen Begleitforschung sowie
- Verschiedenes

auf dem Programm.

Exemplarisch ist im Folgenden das Zeitfenster der 3. Sitzung der Lenkungsgruppe abgebildet:

3. Lenkungsgruppe im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Modularen Kombinationsbehandlung 24. April 2006		
ZEITFENSTER 14.00 BIS 17.00 UHR		
Uhrzeit	Thema	Veranstaltungszeit
14.00	TOP 1 Begrüßung, Ziele der heutigen Sitzung und Rückmeldungen zum Protokoll > Erläuterung des Zeitfensters > Rückmeldungen zum Protokoll der 2. Lenkungsgruppe	10 min
14.10	TOP 2 Aktuelles aus den Einrichtungen des Verbundes > LWS: Dokumentation und QM > ...	35 min
14.45	TOP 3 Rückmeldungen zur Umsetzung der Modularen Kombinationsbehandlung > Berichtswesen/AutorInnenkennzeichnung > Checklisten Übergabegespräche > CM-Treffen am 23.2.2006 in Wolfenbüttel > Organisation der Übergabegesprächsabrechnung > Datenschutz im Zusammenhang der Invision/QZ > ...	50 min
15.35	Pause	15 min
15.50	TOP 4 Berichte zur Umsetzung der wissenschaftlichen Begleitforschung > Stand der Datenerhebung / T1-Antragstellung-Dateneingang > Befragung der LenkungsgruppenteilnehmerInnen >	30 min
16.20	TOP 5 Indikation für die Modulare Kombi-Behandlung > die Indikationskriterien > ...	30 min
16.50	TOP 6 Verschiedenes > Offene Fragen > nächste Sitzung am 19.06.2006, 13.00-16.00 Uhr > ...	10 min

Abb. 10 Zeitfenster Lenkungsgruppe

Konkret wurden *folgende Inhalte* in den Lenkungsgruppensitzungen bearbeitet:

- die Information über MoKo-relevante Antragsregelungen und Modalitäten
- die Verabschiedung von verbundeinheitlichen Formblättern und Berichtsvorlagen
- die Diskussion von Umsetzungsproblemen und Startschwierigkeiten allgemeiner Art

- Fallbesprechungen (z. B. bei Antragsschwierigkeiten)
- die Lösung besonderer Probleme wie z. B. Fragen zum Datenschutz oder zur einheitlichen Berichterstellung
- die Hilfestellung bei der Durchführung der wissenschaftlich begleiteten Evaluation der MoKo
- die Diskussion von Ergebnissen aus dem Forschungsprozess
- die Planung und Verabschiedung von lenkungsgruppenübergreifenden Veranstaltungen wie z. B. Case-Managementtreffen oder gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit

Die von Oktober 2005 bis Februar 2008 insgesamt 13 realisierten Lenkungsgruppen gestalteten sich inhaltsreich und produktiv (zur Lenkungsgruppenbefragung vgl. Kapitel 4.4). Sie erwiesen sich hinsichtlich der Abstimmung sowie des Austauschs zwischen Leistungsanbietern und Leistungsträger als sinnvoll und konstruktiv. Die Lenkungsgruppenarbeit unterstützte wesentlich den *Qualitätsentwicklungsprozess im Verbund*: Die im Kontext der Lenkungsgruppe entstandenen Diskussionen waren impulsgebend für die Gründung der auch im Folgenden zu thematisierenden *Arbeitsgruppen „Datenschutz“ und „Berichtswesen“*. Zudem ermöglichte das Gremium Lenkungsgruppe das „Rückspiegeln“ von aus der wissenschaftlichen Begleitung und dem Forschungsprozess resultierenden Ergebnissen, garantierte somit die konstruktive Wirkung der Prozessevaluation und damit die qualitative Weiterentwicklung der Verbundarbeit und Kombinationsbehandlung.

Neben den Themen Datenschutz und Berichtswesen, die sehr ausgiebig behandelt wurden (vgl. Kapitel 3.3 und 3.4), waren die *MoKo-Sondermodule Case-Management, Intravision, Übergabemanagement und Belastungserprobungsgruppe* in ihrer organisatorischen Praxis abzustimmen und fortlaufend zu reflektieren. Bezüglich der Übergabegespräche galt es, Regelungen für die Abrechnungsmodalitäten und Verfahren für die logistisch günstigste Organisation der Durchführung zu finden (vgl. Kapitel 3.5). Im Kontext der Durchführung der BEG in der Fachambulanz wurde schnell die Wichtigkeit einer rechtzeitigen Planung der Sitzungen zu Beginn des stationären Moduls deutlich, um den Therapieplan der Klinik gestalten zu können. Probleme in der Terminkoordination der BEG ergaben sich in der frühen Implementierungsphase, wenn der/die ambulante weiterbehandelnde Bezugstherapeut/-in in der Klinik nicht bekannt war. Eine direkte klientInnenbezogene Kommunikation zwischen den TherapeutInnen war dann nur erschwert möglich. Diese Problematik wurde dahingehend gelöst, dass in der Prospektiven Therapieplanung zukünftig der/die ambulante Bezugstherapeut/-in inklusive Telefonnummer

angegeben und so klientInnenbezogene Absprachen auch direkt ohne „Umweg über das Case-Management“ möglich wurden.

Die Diskussionen der Lenkungsgruppe, die Lösung von Umsetzungsschwierigkeiten sowie die Klärung von Verfahrenabsprachen auch mit dem Leistungsträger konnten über den *Qualitätszirkel in den Gesamtverbund* getragen werden: Zum einen wurden die Ergebnisse der Lenkungsgruppe über Multiplikatoren in den Qualitätszirkelsitzungen kommuniziert. Der Wunsch einer weiteren Partizipation aller Verbundpartner an den Ergebnissen der Lenkungsgruppensitzungen führte zum anderen dazu, dass die Lenkungsgruppenprotokolle dem Gesamtverbund zur Verfügung gestellt wurden und so Verfahrensabsprachen und -regelungen im Rahmen der MoKo in den Einrichtungen zeitnahe Umsetzung finden konnten.

Die *Schnittstelle des Case-Managements* wurde im Rahmen eines mehrmals einberufenen Treffens eingehend thematisiert und die Ergebnisse konnten gerade hinsichtlich der Klärung von Schwierigkeiten und Problemen in der Ausübung der Funktionsstelle (vgl. insbesondere Kapitel 4.4) eingehend erörtert werden. Der Diskussion um die *Indikationen* der Modularen Kombinationsbehandlung wurde viel Raum gegeben: es wurden Erfahrungen aus der Praxis hinsichtlich der zeitlichen Planung der Module kommuniziert sowie die Option erörtert, eine Krisenintervention zu realisieren, indem ein zweites stationäres Modul in die Prospektive Therapieplanung eingefügt wird. Auch die Möglichkeit, die Modulare Kombinationsbehandlung mit einem optionalen stationären Modul zu planen, wurde als „kleinster gemeinsamer Nenner“ der MoKo vorgestellt und diskutiert.

Das Thema *Dokumentation der KTL* wurde mehrmals aufgegriffen. Ergebnis dieses Prozesses war die Ausarbeitung einer Verschlüsselungsmöglichkeit für die Sondermodule Intravision und Übergabegespräch sowie BEG durch die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.

Folgende *KTL-Schlüssel* können zur Dokumentation der MoKo-eigenen Leistungen verwendet werden.

- *Intravision: D 044* – Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandlern
- *Übergabegespräch: D 044* – Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandlern
- *BEG: G 161* – Organisation und Monitoring externer Belastungsproben in der Psychotherapie

Die Sondermodule der MoKo können nun auch – in Qualität und Quantität – als Leistungseinheit in der KTL erfasst werden.

Da die KTL ausschließlich in dem aktuell bewilligten Behandlungssetting dokumentiert werden kann, verbindet sich mit ihrer Erfassung im Rahmen von Kombinationsbehandlungen eine spezifische Problematik: An den Sondermodulen Übergabegespräch und Intra-vision sind beide Behandlungssettings beteiligt, aber die Leistung kann nur einfach dokumentiert werden. Für die Dokumentation der BEG stellt sich die Schwierigkeit, dass die Behandlungsverantwortung zum Zeitpunkt der Durchführung in der Fachambulanz bei der Klinik liegt, die erbrachte Leistung also nicht von der Fachambulanz dokumentiert werden kann. Bedingt durch dieses Dokumentationsproblem werden nur unzureichende oder unvollständige Angaben über die im Rahmen von Kombinationsbehandlungen tatsächlich erbrachten Leistungen erfasst und im weiteren Verlauf an den Leistungsträger übermittelt. Lösungen für diesen Umstand, die insbesondere auf Seiten der Datenverarbeitung der Rentenversicherung zu suchen wären, konnten bisher noch nicht erarbeitet werden.

Die hier dargelegte Themenvielfalt zeigt, dass mit der Lenkungsgruppe ein Beitrag zur Realisierung einer größtmöglichen Flexibilität der Rahmenbedingungen der MoKo geleistet wurde.

3.2 Die Case-Management-Treffen

Über das direkt im Studiendesign festgelegte Arbeitsprogramm hinaus ist im Rahmen des Qualitätsentwicklungsprozesses die Implementierung eines *Case-Management-Treffens* hervorzuheben.

Mit Blick darauf, dass in der MoKo-Rahmenkonzeption Erfordernisse der Verwaltung – erstmalig in einem Reha-Verfahren – konzeptionell Berücksichtigung finden, wurde zu Beginn der Begleitforschung ein Case-Management-Treffen initiiert, um eine maximal mögliche Angleichung der Ausgestaltung der Case-Management-Funktion sowie der damit verbundenen Verfahren zu erreichen. Die Initiative zu diesen Treffen, die insbesondere auch der Förderung des Austauschs der Case-ManagerInnen miteinander dienen, wurde von den Beteiligten wie auch den Führungskräften der Verbundeinrichtungen sowie dem Leistungsträger grundsätzlich begrüßt.

Zum regulären TeilnehmerInnenkreis gehörten die Case-ManagerInnen des Begleitforschungsverbundes, die Geschäftsführerin der LWS sowie zwei

Vertreterinnen der universitären Arbeitsgruppe als Moderatorinnen. Im Studienverlauf wurden insgesamt fünf Treffen realisiert.

In den ersten zwei Sitzungen war die *Schulung der TeilnehmerInnen* hinsichtlich der mit dem Case-Management verbundenen Aufgaben sowie der Anforderungen, die sich aus der wissenschaftlichen Begleitforschung ergaben, zentral. Die Projektgruppe stellte hierzu eine Mappe mit Verfahrensanweisungen und Beispielvorlagen relevanter Formblätter als Handreichung zur Verfügung.

In den weiteren Sitzungen standen *Verfahrensklärungen* im Rahmen der Umsetzung des Case-Managements im Mittelpunkt, wobei einer handlungs- und problemlösungsorientierten Auseinandersetzung entscheidende Bedeutung zukam.

Verständigt wurde sich auf die Nutzung des Bogens „*Case-Management/ Prozessverlauf*“ (vgl. Vorlagenreader unter <http://oops.ibit.uni-oldenburg.de/volltexte/incoming/2008/26>).

Die entsprechende Datenmaske diente einerseits der Dokumentation des individuellen verwaltungsbezogenen Behandlungsverlaufes (Abrechnungsmodalitäten, Fristen, Kooperationsroutinen) und andererseits der Dokumentation der Tätigkeiten der Case-ManagerInnen im Interesse der Evaluation dieses Sondermoduls. Im Mittelpunkt des Interesses standen

- die Erfassung von Aufwand und Nutzen dieses Elements der Rahmenkonzeption Modulare Kombinationsbehandlung,
- die Beschreibung der verschiedenen Arten von Tätigkeiten,
- die Einschätzung, Bewertung und ggf. Erarbeitung von Änderungsvorschlägen zur Organisation des Case-Managements,
- Erkenntnisse darüber, welche Anforderungen sich aus den neuen Kooperationsformen der Modularen Kombinationsbehandlung ergeben sowie
- Erkenntnisse darüber, welche Probleme in der Zusammenarbeit der ambulanten und tagesklinischen/stationären Leistungsanbieter auftreten.

Die *CM-Bögen* wurden prozessbegleitend durch die Projektgruppe begutachtet. Im Rahmen der Case-Management-Treffen erfolgte regelmäßig eine Rückmeldung zum Stand der Entwicklung und die Diskussion von Verfahrensauffälligkeiten oder Schwierigkeiten.

Bereits zu Beginn der Einsetzung des Case-Managements wurde deutlich, dass die MoKo *in drei verschiedenen Bereichen* Aufwand und somit Tätigkeiten der Case-ManagerInnen erfordert:

a) Aufwand in der eigenen Einrichtung

In diesem Kontext sind bspw. der Austausch über die unregelmäßige Teilnahme von KlientInnen und Absprachen hinsichtlich einer eventuellen Änderung der Prospektiven Therapieplanung sowie Absprachen zum Verlaufsbericht zu nennen.

b) Aufwand über die Grenzen der eigenen Einrichtung hinaus

In diesem Zusammenhang waren Tätigkeiten, wie die Absprache zwecks der Aufnahme in andere Einrichtungen, Absprache über die Vollständigkeit von Unterlagen oder Terminen wie Übergabegespräche und BEG relevant.

c) Aufwand durch Rückfragen des Leistungsträgers

Diesbezüglich sind bspw. Anfragen seitens der Sachbearbeitung der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover zum Berichtswesen, zu Therapieabläufen und Verwaltungsverfahren bedeutsam.

Aus den Prozessverlaufsbeschreibungen sowie den Erörterungen in den Case-Management-Treffen konnten weitere relevante Aspekte, die die Umsetzung des Case-Managements betreffen, herausgearbeitet werden:

Schwierigkeiten und Probleme in der Erledigung der Case-Managementaufgaben traten auf, wenn der Informationsfluss nicht optimal geregelt war bzw. Lücken aufwies. Aufgrund dieser Erfahrungen wurden in einigen Einrichtungen die Arbeitsroutinen verändert. Innerhalb der Einrichtungen wurde bspw. auf die Erfordernisse des Informationstransfers reagiert, indem die Case-ManagerInnen an den Sitzungen des TherapeutInnenteams beteiligt und die entsprechenden Anliegen Teil der Tagesordnung wurden. Case-ManagerInnen wurden ggf. auch mit direkten therapeutischen Inhalten befasst, indem sie bspw. Inhalte für die QZ/Intravision zusammenstellten und weitergaben. Für die Zusammenarbeit mit den (tages-)klinischen Einrichtungen wurde vereinbart, *Rückmeldungen zum Abbruch oder zu Veränderungen der Prospektiven Therapieplanung* von MoKo-KlientInnen nicht nur in Richtung des Leistungsträgers, sondern auch an die zuständige Fachambulanz zu übermitteln.

Detaillierte Ausführungen zum Aufwand und Umfang des Case-Managements im Rahmen der MoKo finden sich in Kapitel 4.3 in diesem Band.

Um Verfahrensabläufe im Kontext des Case-Managements möglichst einheitlich umsetzen zu können und die Entwicklung von Routinen zu unterstützen, wurde resultierend aus den Diskussionen der Case-Management-Treffen eine

„Leistungsbeschreibung Case-Management“ entwickelt und den einzelnen Einrichtungen zu Verfügung gestellt. Die Leistungsbeschreibung ist im Folgenden abgebildet:

Leistungsbeschreibung

Case-Management im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung

Inhalte der Leistungsbeschreibung

1. Beteiligte Einrichtungen
2. Verantwortliche Personen
3. Darstellung der Ziele des Case-Managements
4. Allgemeine Darstellung der Aufgaben
5. Einzelaufgaben
6. Zusammenarbeit mit anderen Stellen
7. Vergütung

1. Beteiligte Einrichtungen

Leistungsanbieter (ambulante, stationäre und ganztagsambulante Einrichtungen des Suchthilfeverbundes) sowie Leistungsträger

2. Verantwortliche Personen

Ausführende Personen:

Das Rahmenkonzept zur Modularen Kombinationsbehandlung lässt hier Gestaltungsmöglichkeiten zu: *Das Case-Management kann von einer Verwaltungskraft ausgeübt werden* (vgl. PowerPoint-Präsentation der LVA Hannover Juli 2005). Im Therapieverbund „Lukas Werk und KooperationspartnerInnen“ werden die Verwaltungsfachkräfte der ambulanten Einrichtungen des Hilfeverbundes als Case-ManagerInnen eingesetzt.

Kooperierende Personen:

TherapeutInnen und Ärzte/Ärztinnen des Hilfeverbundes, VertreterInnen des Leistungsträgers (Grundsatzreferat, Sachbearbeitung)

3. Darstellung der Ziele des Case-Managements

Das Case-Management zielt auf eine einrichtungsübergreifende Abstimmung der Maßnahmen der Modularen Kombinationsbehandlung sowie auf das inhaltliche Ineinandergreifen des ambulant-lagesklinischen/ stationären Behandlungsprozesses. Dabei dient es der Organisation und Verwaltung des Behandlungsablaufes. Die fortwährende Dokumentation der behandlungsrelevanten Daten ermöglicht die Weitergabe der entsprechenden Informationen an die BehandlungspartnerInnen sowie den Leistungsträger. Insofern zielt das Case-Management auf die Gewährleistung des Informationsflusses im Rahmen der Kooperation im Behandlungsverbund.

Abb. 11 Leistungsbeschreibung Case-Management – A, Stand 19.12.2006

4. Allgemeine Darstellung der Aufgaben

Der/ die Case-ManagerIn ist AnsprechpartnerIn, RückmelderIn sowie Ablaufverantwortliche(r) für alle Beteiligten (Leistungsträger, Leistungsanbieter, Versicherte(r)).

Er/ Sie ist verantwortlich für die Dokumentation und Verwaltung der behandlungsrelevanten Informationen und Daten und gibt die entsprechenden Informationen bei Bedarf an alle am Behandlungsprozess Beteiligten weiter.

Er kann jederzeit über den Stand der Therapie, weitere Planung, veranschlagte Therapieeinheiten usw. Auskunft geben, achtet auf die Dokumentation, Planung, Berichte (vgl. PowerPoint-Präsentation der LVA Hannover Juli 2005).

5. Einzelaufgaben

- Versendung des Antrages auf Modulare Kombinationsbehandlung sowie der Prospektiven Therapieplanung an die DRV Braunschweig-Hannover
- Dokumentation und Verwaltung aller reharelevanten Informationen über den/die Moko-PatientIn.
- Dokumentation der Angaben zum Behandlungsaufakt, Weiterleitung der Prospektiven Therapieplanung und des Sozialberichts an die ErstbehandlerInnen.
- Dokumentation der Änderungen der Prospektiven Therapieplanung und des Therapieverlaufs (Nicht-Antritt; Abbruch).
- Bei Rückfragen durch die DRV Braunschweig-Hannover und/ oder andere BehandlerInnen zum aktuellen Stand der Therapie entsprechende Informationen bereitstellen und Auskunft erteilen.
- Dokumentation des Behandlungswechsels im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung sowie der Angaben zur Planung und Realisierung der Übergabegespräche.
- Dokumentation der Planung sowie Realisierung von Belastungserprobungsgruppen (BEG).
- Dokumentation der Planung und Realisierung von Qualitätszirkeln (QZ)/ Intra-visionen.
- Bei Rückfragen der DRV Braunschweig-Hannover und/ oder der BehandlerInnen zu geplanten oder erfolgten Sondermodulen entsprechende Informationen bereitstellen und Auskunft erteilen.
- Ggf. Abrechnung der erfolgten Sondermodule (QZ/ Intra-vision, BEG, Übergabegespräche).
- Abrechnung des Case-Managements (frühestens nach einem Vierteljahr).

6. Zusammenarbeit mit anderen Stellen

Die wechselseitige Kooperation von ambulanten, ganztagsambulanten, stationären Einrichtungen und dem Leistungsträger ist für die erfolgreiche Umsetzung der Modularen Kombinationsbehandlung von entscheidender Bedeutung. Die Dokumentation und Verwaltung der behandlungsrelevanten Daten zur Organisation und Koordinierung des Behandlungsverlaufes setzt die fortwährende Übermittlung von Informationen an den Case-Manager/ die Case-Managerin voraus. Insofern sind alle am Behandlungsprozess Beteiligten aufgerufen, den stetigen Informationsfluss in Richtung Case-Management umzusetzen: Alle reharelevanten Daten – Angaben zum

Abb. 12 Leistungsbeschreibung Case-Management – B, Stand 19.12.2006

Behandlungsantritt, -wechsel, -nichtenritt und -abbruch, der aktuelle Stand der Prospektiven Therapieplanung, die Planung und Realisierung der Sondermodule – sind zeitnah an den Case-Manager/ die Case-Managerin zu übermitteln.
Der Case-Manager/ die Case-Managerin übernimmt im Umkehrschluss die stetige und fortlaufende Dokumentation und Verwaltung der eingehenden Informationen und Daten und leitet sie bei Bedarf und/ oder Rückfrage an am Behandlungsprozess Beteiligte und/ oder die DRV Braunschweig-Hannover weiter.

7. Vergütung

Der Case-Manager ist fallbezogen dem Leistungsträger mit der Beginnmitteilung zu benennen [Name, Anschrift, Telefonnummer] (vgl. PowerPoint-Präsentation der LVA Hannover Juli 2005).

Im Therapieverbund „Lukas Werk und KooperationspartnerInnen“ wird der Case-Manager/ die Case-ManagerIn mit der Prospektiven Therapieplanung gegenüber dem Leistungsträger angegeben.

Für das Case-Management können fallweise bis zu 12 x 46 € analog der Vergütung einer Therapieeinheit in Rechnung gestellt werden.

Die Abrechnung kann frühestens nach dem ersten Vierteljahr der Behandlungszeit erfolgen.

Abb. 13 Leistungsbeschreibung Case-Management – C, Stand 19.12.2006

Ergebnisse der fünf Case-Management-Treffen wurden stets auch zeitnah innerhalb der Lenkungsgruppe diskutiert und es konnten in diesem Rahmen förderliche Ansätze für die Kooperation und Zusammenarbeit im Kontext des Case-Managements entwickelt werden.

Ein wesentliches, aus dem Kontext der CM-Treffen in die Lenkungsgruppe getragenes Thema war die *Relevanz eines gelingenden Informationsflusses*. Es zeigte sich, dass effektiv gestaltete Strukturen in der Einrichtung und im Team zur optimalen Durchführung des Case-Management im Speziellen sowie eines Rehabilitationsverfahrens im Allgemeinen notwendig sind. Die im Oktober 2006 durchgeführte *CM-Befragung (vgl. dazu ausführlich Kapitel 4.3)* zeigte bspw., dass das Case-Management einrichtungsinterne Veränderungen bedingt, die eine Abstimmung der Beteiligten sowohl einrichtungsintern als auch hinsichtlich der Beteiligung an verschiedenen Verbänden notwendig werden ließ.

Das letzte Case-Management-Treffen fand unter Beteiligung von zwei Vertreterinnen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover statt, um einen direkten Erfahrungsaustausch auch mit der Sachbearbeitung der Rentenversicherung sowie Verfahrensklärungen zu ermöglichen.

Eine gemeinsame Reflexion im Rahmen der Case-Management-Treffen unterstützte deutlich die erfolgreiche Implementierung des Case-Managements als integralen Bestandteil der Modularen Kombinationsbehandlung. Zur Unterstützung des weiteren Qualitätsentwicklungsprozesses sollen die

Case-Management-Treffen über die Projektphase hinaus in Eigenregie weitergeführt werden.

3.3 Die AG Datenschutz

Eine Grundlage für die Durchführung von Kombinationsbehandlungen ist die Kooperation und Zusammenarbeit verschiedener am Behandlungsprozess beteiligter Personen. Insofern wurde in der Lenkungsgruppe relativ schnell die Notwendigkeit deutlich, eigens auf die Besonderheiten der Kombinationsbehandlung zugeschnittene Datenschutzunterlagen zu konzipieren, um die rechtlichen Gegebenheiten für eine gemeinsame Behandlung und den Austausch an Informationen und personenbezogenen Angaben abzusichern. In der *AG Datenschutz*⁹ wurden die bestehenden Therapieunterlagen unter Berücksichtigung der besonderen Belange der Kombinationsbehandlung und des Rechts auf informelle Selbstbestimmung des Patienten/der Patientin umfassend überarbeitet. Sechs Datenschutzvorlagen wurden verabschiedet und konnten umgehend in der Praxis genutzt werden (vgl. Vorlagenreader unter <http://oops.ibit.uni-oldenburg.de/volltexte/incoming/2008/26>). Die Vorlage „*Anschreiben zur Schweigepflichtentbindung*“ dient dem Informationsaustausch zwischen der aktuell behandelnden Rehabilitationseinrichtung und externen BehandlerInnen oder in den Therapieprozess einzubeziehenden weiteren Personen. Mit diesem Schreiben wird die Schweigepflichtentbindung der Klientin/des Klienten übermittelt.

Die „*Datenschutzerklärung zur Nachbefragung/Katamnese*“ informiert die Klientin/den Klienten über die Modalitäten der katamnestischen Nachbefragung ein Jahr nach Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme. Die Klientin/der Klient kann per Unterschrift das Einverständnis zur Teilnahme an dieser Befragung erklären.

Die Vorlage „*Schweigepflichtentbindung für die Modulare Kombinationsbehandlung*“ informiert über die datenschutzrelevanten Arbeitsfelder und die Zusammenarbeit der BehandlungspartnerInnen im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung wie auch mit externen Personen oder Einrichtungen. Die Klientin/der Klient kann die entsprechenden Beteiligten per Unterschrift wechselseitig von der Schweigepflicht entbinden.

9 TeilnehmerInnen: Martin Bode und Georg Wiegand (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover); Jürgen Seifert (Fachklinik Erlengrund); Johannes Benedde (Fachambulanz Braunschweig); Sabine Röseler, Kerstin Ratzke und Svenja Korte (AG Devianz).

Die „*Entbindung von der Schweigepflicht/Einverständniserklärung*“ dient – vorbehaltlich der vorherigen Absprache mit der Klientin/dem Klienten – der Entbindung weiterer, insbesondere behandlungsexterner Personen oder Instanzen von der Schweigepflicht. In diesem Dokument können – ergänzt zu der in der Schweigepflichtentbindung für die Modulare Kombinationsbehandlung geregelten Zusammenarbeit – den Einzelfall betreffende Modalitäten des Datenaustausches festgelegt werden.

Mit der „*Erklärung zur Einhaltung der Schweigepflicht*“ versichert die Klientin/der Klient die eigene Einhaltung der Schweigepflicht bezüglich ihr/ihm bekannt werdender persönlicher Daten und behandlungsrelevanter Informationen anderer TeilnehmerInnen der Rehabilitationsmaßnahme.

Mit der „*Therapievereinbarung über eine medizinische Rehabilitation – Erklärung der/des Versicherten*“ wird die Klientin/der Klient über die für die medizinische Rehabilitation geltenden Voraussetzungen und Bedingungen in Kenntnis gesetzt. Mittels Unterschrift erklärt sie ihr/er sein Einverständnis zu den Anforderungen.

Die „*Therapievereinbarung über eine medizinische Rehabilitation – Erklärung der leistungserbringenden Einrichtung*“ gibt die für die medizinische Rehabilitation geltenden Verpflichtungen der Behandlungseinrichtung gegenüber der Patientin/dem Patienten wieder.

Im Zuge der Arbeiten der AG Datenschutz wurden wesentliche Aspekte der Thematik Datenschutz, u. a. auch fortgesetzt in Lenkungsgruppe, diskutiert:

Bspw. müssen Datenschutzerklärungen die Möglichkeit enthalten, die Zustimmung zu verweigern bzw. in einzelnen Punkten abzulehnen. Im Einzelfall kann diese Notwendigkeit den therapeutischen Prozess, die kooperative Behandlung im Rahmen der MoKo und insbesondere die Realisierung einzelner Sondermodule des Rahmenkonzeptes beeinträchtigen bzw. die Behandlung an sich verhindern. Letztlich – so wurde als Quintessenz der Diskussion festgehalten – ist das Recht auf informelle Selbstbestimmung zwingend einzuhalten; KlientInnen sind ausführlich über die Modalitäten der Behandlung im Vorfeld zu informieren. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle werden aufgrund des spezifischen Vertrauensverhältnisses zwischen TherapeutIn und KlientIn Unsicherheiten und Skepsis reduziert oder aufgelöst werden können. Sofern die Bedenken einzelner KlientInnen nachhaltig wirken und keine Einverständniserklärung unterzeichnet wird, ist nicht von einer Behandlungsgrundlage auszugehen. Wenn ein Klient/eine Klientin einzelnen Therapiebestandteilen, wie bspw. in der Schweigepflichtentbindung explizit für die

Bereiche QZ/Intravision im Rahmen der MoKo, widerspricht, so muss diesem Sachverhalt Rechnung getragen werden und ein möglichst flexibler Umgang damit gewählt werden.

3.4 Die AG Berichtswesen und das Berichtswesen-Controlling

Im Rahmen der MoKo ist ein gemeinsamer Abschlussbericht zwingend. Entsprechend sind Abstimmungen darüber notwendig, wie das Berichtswesen zu führen und zu organisieren ist. Erste Überlegungen innerhalb der Lenkungsgruppe mündeten in der Einsetzung der AG Berichtswesen.

Die *AG Berichtswesen*¹⁰ machte es sich insbesondere zur Aufgabe, ein gemeinsames Berichtswesen unter Berücksichtigung der Erfordernisse des Peer-Review-Verfahrens und der ICF-Ideologie (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2004) zu entwickeln. Ebenfalls diskutiert wurden die Möglichkeiten einer elektronischen, d. h. datenbankgestützten Berichtserstellung.

Eine entsprechende *MoKo-Berichtsvorlage*¹¹ wurde im Rahmen der AG Berichtswesen entwickelt und verabschiedet. In einer Anlage besitzt die Berichtsvorlage eine Zeichnungsseite für die Mitarbeiter, die in den verschiedenen Modulen für die Patientin/den Patienten berichtsverantwortlich waren. Diese Zeichnungsseite dient insbesondere dem Leistungsträger, aber auch weiterbehandelnden KollegInnen für gezielte modulspezifische Rückfragen und die direkte Rückkoppelung mit vormals zuständigen TherapeutInnen bzw. MitarbeiterInnen im Rahmen der gemeinsamen Behandlung. Das MoKo-Berichtswesen ergänzt die Formulare des einheitlichen Entlassungsberichtes in der medizinischen Rehabilitation – Blatt 1, 1a und 1b – um den freien, ausführlichen Berichtsteil, welcher dem Leistungsträger zum Abschluss der kombinierten Rehabilitationsmaßnahme als gemeinsamer Entlassungsbericht aller an der Modularen Kombinationsbehandlung beteiligter BehandlerInnen zu übermitteln ist.

10 TeilnehmerInnen: Georg Wiegand (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover); Jürgen Seifert (Fachklinik Erlengrund); Johannes Benedde (Fachambulanz Braunschweig); Sabine Röseler, Kerstin Ratzke, Svenja Korte, Knut Tielking (AG Devianz, Uni Oldenburg).

11 Die Entwicklung des MoKo-Berichtswesens fußt sowohl auf den im Rahmen der EVS gesammelten Erfahrungen mit dem EVS-Berichtswesen, welches ausgehend von der Struktur des Sozialberichtes eine fortlaufende Behandlungsdokumentation ermöglicht (vgl. Tielking/Kuß 2003) sowie der ursprünglichen Berichtsvorlage der Lukas-Werk SuchthilfegGmbH, in der bereits grundsätzliche Zugänge zur ICF-Notifikation gelegt waren.

Das MoKo-Berichtswesen orientiert sich an der *10-Punkte-Gliederung* für den nicht standardisierten Teil des ärztlichen Entlassungsberichtes, auf die sich die Rentenversicherungsträger bundesweit verständigt haben (vgl. VDR 2001). Es basiert damit auf einer allgemein bekannten und in Anwendung befindlichen Struktur. Diese Berichtsstruktur wird von Modul zu Modul fortgeschrieben und endet im gemeinsamen Entlassungsbericht. Es zielt auf eine abgestimmte Vorgehensweise, die hilft, Doppelarbeiten bei kombiniert ambulanz-tagesklinischen/stationären Rehabilitationsverläufen zu vermeiden, bereits vorliegende Informationen zwischen den BehandlerInnen auszutauschen und damit Ressourcen besser zu nutzen.

In der MS Word-Version der Berichtsvorlage sind *Ausfüllhinweise* gegeben, die bei der Erstellung des Entlassungsberichtes Hilfestellung bieten und auf die zu dokumentierenden Inhalte sowie auf die Prozessmerkmale des Peer Review-Verfahrens (vgl. VDR 2004) der Deutschen Rentenversicherung verweisen.

1. Allgemeine und klinische Anamnese**1.1 Zugang zur Rehabilitation**

Ausfüllhinweis: Peer Review 1.1 und 1.2; Verschränken mit Sozialbericht Punkt 8.1, 9.1 oder Tabellen aus Prospektiver Therapieplanung

1.2 Familienanamnese

Ausfüllhinweis: Peer Review 1.3; Verschränken mit Sozialbericht Punkt 6.1, wenn Bezug zur Indikation vorgenommen wurde

1.3 Eigenanamnese

Ausfüllhinweis: Peer Review 1.4, 1.5 und 1.7

1.3.1 Vorerkrankungen

1.3.2 Biografische Anamnese

Ausfüllhinweis: Verschränken mit Sozialbericht Punkt 6.1, 6.2, wenn Bezug zur Indikation vorgenommen wurde

1.3.3 Suchtanamnese

Ausfüllhinweis: Verschränken mit Sozialbericht Punkt 4.1, 4.2, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5

1.3.4 Vegetative Anamnese

Ausfüllhinweis: Peer Review 1.6

1.4 Risikofaktoren und Risikoverhalten, Aktiva

Ausfüllhinweis: Peer Review 1.8; Verschränken ggf. mit Sozialbericht Punkt 6.1, 6.2

2. Jetzige Beschwerden und funktionelle Einschränkungen**2.1 Jetzige Beschwerden**

Ausfüllhinweis: Peer Review 2.1

2.2 Funktionelle Einschränkungen und persönliche Krankheitsfolgen

Ausfüllhinweis: Peer Review 2.2, 2.3 und 2.4; Verschränken mit Sozialbericht Punkt 5.3

3. Gegenwärtige Therapie

Ausfüllhinweis: Peer Review 3.1

4. Allgemeine Sozialanamnese

Ausfüllhinweis: Peer Review 4.1 und 4.2; Verschränken mit Sozialbericht Punkt 1, 2, 3, 6.2, ggf. 9.2, wenn weitere oder voraussichtliche Maßnahmen genannt sind

Kasten mit blauer Schrift:

Ausfüllhinweise: zu beachtende Peer Review-Aspekte und Verschränken mit Sozialbericht

AG Devianz, Uni OL
Stand 12. April 2007

Abb. 14 MoKo-Entlassungsbericht – Blatt 2a

5. Arbeits- und Berufsanamnese

Ausfüllhinweis: Peer Review 5.1, 5.2, 5.3 und 5.4; Verschränken mit Sozialbericht Punkt 1 und 6.3.2

6. Aufnahmebefund, Vorbefunde, ergänzende Diagnostik

6.1 Psychiatrischer Befund

Ausfüllhinweis: Peer Review 6.2 und 2.4

6.2 Psychodynamische oder verhaltensanalytische Hypothese

Ausfüllhinweis: Peer Review 6.3

6.3 Psychologische Testergebnisse

Ausfüllhinweis: Peer Review 6.4

6.4 Somatischer Befund

Ausfüllhinweis: Peer Review 6.1

6.5 Ergänzende Befunde

Ausfüllhinweis: Peer Review 6.7 und 6.6

6.5.1 Ergänzende Befunde während der Behandlung

6.5.2 Befunde und Diagnosen von Vorbehandlungen

6.6 Beeinträchtigungen

Ausfüllhinweis: Peer Review 6.5

6.7 Zusammenfassung der Diagnostik

Ausfüllhinweis: Verschränken mit Sozialbericht Punkt 10

7. Rehabilitationsziele

7.1 Therapieziele

Ausfüllhinweis: Peer Review 7.1 und 7.2; Verschränken mit Sozialbericht Punkt 8.2

7.2 Behandlungsplanung

Ausfüllhinweis: Verschränken mit Sozialbericht Punkt 9.1

8. Rehabilitationsverlauf

Ausfüllhinweis: Peer Review 8.1, 8.6, 8.5, 8.10, 8.11

Kasten mit blauer Schrift:

Ausfüllhinweise: zu beachtende Peer Review-Aspekte und Verschränken mit Sozialbericht

Abb. 15 MoKo-Entlassungsbericht – Blatt 2b

MOKO-Entlassungsbericht

Patient (Familiennamen, Vorname)

Geburtsdatum

**Blatt 2c
zum ärztlichen
Entlassungsbericht**

8.1 Psychosozial

Ausfüllhinweis: Peer Review 8.2 und 8.7

8.2 Edukativ

Ausfüllhinweis: Peer Review 8.4 und 8.9

8.3 Somatisch

Ausfüllhinweis: Peer Review 8.3 und 8.8

8.3.1 Abschlussuntersuchung

9. Rehabilitationsergebnis

Ausfüllhinweis: Peer Review 9.1, 9.2, 9.3 und 9.4; Verschränken mit Sozialbericht Punkt 8.2

10. Sozialmedizinische Epikrise

Ausfüllhinweis: Peer Review 10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, 10.6, 10.7, 11.1, 11.2, 11.3, 11.4; Verschränken mit Sozialbericht Punkt 9.2

Kasten mit blauer Schrift:

Ausfüllhinweise: zu beachtende Peer Review-Aspekte und Verschränken mit Sozialbericht

AG Devianz, Uni OL
Stand 12. April 2007

Abb. 16 MoKo-Entlassungsbericht – Blatt 2c

Anlage zur Berichtserstellung**stationäres/ganztäglich ambulantes¹ Rehabilitationsmodul**

Für den Patienten im Rahmen des **stationären/ganztäglich ambulanten Rehabilitationsmoduls** verantwortliche Mitarbeiter:

Ltd. Arzt/Psychiater:	
Ltd. Psychologe:	
Bezugstherapeut:	
Ggfs. sonstige Mitarbeiter ^{**} :	

ambulantes Rehabilitationsmodul

Für den Patienten im Rahmen des **ambulanten Rehabilitationsmoduls** verantwortliche Mitarbeiter:

Einrichtungsleiter:	
Bezugstherapeut:	
Für die Ambulanz zuständiger Arzt:	
Ggfs. sonstige Mitarbeiter ^{**} :	

¹ nicht zutreffendes bitte streichen

^{**} Angabe nur erforderlich, wenn maßgeblich an der Berichtserstellung beteiligt

Kasten mit blauer Schrift:

Ausfüllhinweise: zu beachtende Peer Review-Aspekte und Verschränken mit Sozialbericht

Abb. 17 MoKo-Entlassungsbericht – Blatt 2d

Im Sinne einer Verfahrensanweisung erstellt die AG Devianz zusätzlich zu der Berichtsvorlage ein *Manual*. In dieser Handreichung sind grundlegende Erläuterungen und Vereinbarungen für die gemeinsame Anwendung des MoKo-Entlassungsberichtes festgehalten. Die in der *Präambel* formulierten Abreden sollen ein möglichst einheitliches Vorgehen in der Berichterstellung erreichen und somit die Dokumentation standardisieren bzw. den Umgang mit der Vorlage vereinfachen.

Präambel

Die Berichtsvorlage ermöglicht die **modulare Bearbeitung** durch die MitarbeiterInnen der Ambulanzen und Kliniken.

Für die gemeinsame Erstellung des Entlassungsberichtes zur Modularen Kombinationsbehandlung sind folgende Abreden zu berücksichtigen:

- Die gemeinsame Berichterstellung über die Vorlage „MOKO-Berichtswesen“ beginnt mit dem Antritt der Modularen Kombinationsbehandlung.
- Inhalte zu vorangegangenen Behandlungsabschnitten sind zur Kenntnis zu nehmen und im Verhältnis zu den eigenen, aktuellen berichtsrelevanten Informationen zu betrachten und auf die Relevanz für die Rehabilitationsmaßnahme zu überprüfen.
- Die doppelte Erfassung von Informationen ist zu vermeiden.
- Verlaufsbeschreibungen, wie z.B. in den Gliederungspunkten 6, 8, 9, 10, sind je Modul in einem neuen Absatz vorzunehmen. Der entsprechende Abschnitt ist mit der **Nennung des Settings und der Dauer des Moduls** wie folgt zu kennzeichnen:

stationäres Modul (22.05.-17.07.2006)
Text...

ambulantes Modul (18.07.-25.10.2006)
Text...

Verlaufsbeschreibungen bzw. Inhalte vorheriger Behandlungsphasen dürfen **nicht verändert** werden.

- Sofern sich **Änderungen** oder **neue Erkenntnisse** bzw. **Widersprüche** zum bisher dokumentierten ergeben, ist darauf **textlich zu verweisen**. Dazu sind Wendungen, wie z.B.

Im Vergleich zum stationären Modul (22.05.-17.07.2006)
wird deutlich, dass...

zu gebrauchen.

- Veränderungen der Prospektiven Therapieplanung, d.h. des tatsächlichen Verlaufes der Modularen Kombinationsbehandlung, sind unter dem Punkt Rehabilitationsverlauf zu dokumentieren, nicht als Änderung des Zugangs zur Rehabilitation (Gliederungspunkt 1.1).
- Ein expliziter Hinweis darauf, dass sich keine Veränderungen oder Entwicklungen ergeben haben, ist nicht zu dokumentieren.
- Zur Gewährleistung des Rechts auf Einsicht in die Krankenunterlagen sind die PatientInnen in der ersten Sitzung nach dem Wechsel eines Moduls über die Berichterstellung zu informieren. Der Bericht und im Besonderen die Sozialmedizinische Epikrise sind zum Abschluss des Settings mit den PatientInnen zu besprechen.

Abb. 18 Präambel modulares Berichtswesen

Im Dezember 2006 wurde die Vorlage schließlich über die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover allen Leistungsanbietern in Niedersachsen zur Verwendung übermittelt. Die MoKo-Berichtsvorlage dient damit bereits dem *niedersachsenweit* geplanten Vereinheitlichungsprozess der bestehenden Kombi-Konzepte.

Die Arbeit der AG Berichtswesen bzw. am MoKo-Entlassungsbericht wurde inhaltlich befördert durch Erörterungen des aktuellen Standes in der Lenkungsgruppe. Bspw. wurden Überlegungen durch die VertreterInnen der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH angestellt, mittel- bis langfristig ein elektronisches Berichtswesen auf Datenbankbasis zu etablieren, um nicht mehr papiergestützte Versionen bzw. separate Berichtsdateien austauschen zu müssen. Derzeit stehen den als ressourcenökonomisch positiv bewerteten Möglichkeiten einer elektronischen Lösung jedoch auch erhebliche Restriktionen entgegen: Die Vielzahl der Kooperationsbeziehungen bringt heterogene Strukturen der Datenverarbeitung und gegebenen Softwaresysteme, so dass eine Datenbanknutzung verbundweit nicht denkbar ist.

Ein weiterer Diskussionsstrang knüpft an bereits unter dem Punkt *AG Datenschutz* angesprochene Aspekte an: Grundsätzlich dürfen PatientInnen Daten, zu denen der medizinisch-therapeutische Bericht im Rahmen von Rehabilitationsverfahren zählt, aus datenschutzrelevanten Aspekten nur per Post ausgetauscht werden. Dies gilt sowohl für die Korrespondenz zwischen den beteiligten BehandlerInnen in den verschiedenen Modulen wie auch für Schriftwechsel mit dem Leistungsträger. Diese vergleichsweise langsame und aufwendige Übermittlungsweise steht den Bedingungen und Verfahren im Rahmen einer gemeinsamen Behandlung entgegen, wenn der Nahtlosigkeit der Behandlung auch im Bereich Verwaltung und Dokumentation entsprochen werden soll. Aktuell prüfen die Leistungsanbieter daher die Möglichkeiten eines elektronischen Versandes unter Verwendung spezifischer Verschlüsselungssoftware. Entsprechende Programme sind sowohl als kommerzielle wie auch kostenfreie Varianten verfügbar. Allerdings sind die verschiedenen Programme nicht kompatibel, so dass eine einheitliche Lösung notwendig ist, um einen allgemeinverbindlichen Standard gewährleisten zu können. Auch in diesem Kontext erweist sich die Verschiedenartigkeit der gegebenen technischen Infrastruktur in den einzelnen Einrichtungen aktuell allerdings noch als Hemmnis für eine universelle Lösung.

Im Kontext des Themas Berichtswesen wurde weiter das *Recht des Patienten/der Patientin auf Einsichtnahme in die Krankenunterlagen* erörtert. Rechtlich besehen hat jeder Klient/jede Klientin Anspruch auf Zugang zu den

über ihn/sie verfassten Berichten oder Gutachten. KlientInnen können dabei grundsätzlich den Weg über den Hausarzt oder den Leistungsträger wählen. Gleichzeitig – so zeigten die Auseinandersetzungen in der Lenkungsgruppe – berührt ein etwaiges Anliegen von KlientInnen auch die Fürsorgepflicht aktueller BehandlerInnen, die die dokumentierten Inhalte gegenüber den KlientInnen verantworten müssen, sowie den Schutz des Berichtsverantwortlichen. Im Einzelfall könnte die Kenntnis von Berichten oder einzelnen Abschnitten, die diagnostisch sensible Inhalte umfassen, zu Störungen bzw. Irritationen des therapeutischen Prozesses führen.

Die Beteiligten der Lenkungsgruppe verständigten sich abschließend auf einen „offensiven Umgang“ mit den Berichtsinhalten: Sie werden – im Sinne eines Gespräches zum Stand der Therapie – jeweils zum Abschluss eines Behandlungsabschnittes regelhaft mit den KlientInnen erörtert. Sofern im individuellen Fall Bedenken gegen dieses Verfahren bestehen, sollen die Intra-visionen genutzt werden, um die Problematik im TherapeutInnenteam zu besprechen.

Diskussionen um den gemeinsamen Abschlussbericht im Rahmen der Lenkungsgruppe wie auch der Case-Management-Treffen verdeutlichten die *Notwendigkeiten eines abgestimmten, einheitlichen Verfahrens der Berichtserstellung* bereits innerhalb einer Einrichtung. Um die umfassende Erledigung und fristgerechte Übermittlung des Entlassungsberichtes an den Leistungsträger bzw. an die in MoKo weiterbehandelnde Einrichtungen zu gewährleisten, sind für die Zusammenarbeit des Einrichtungsteams grundlegende Aufgaben und Arbeitsschritte konkret abzustimmen und zu terminieren. Zur Unterstützung einer zeit- und ressourcenschonenden Erledigung der Dokumentationstätigkeiten bzw. Berichtserstellung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation wurde von der AG Devianz ein *Berichtswesen-Controlling*¹² entwickelt. Das als Excel-Vorlage vorgelegte Controlling-Instrument dient einrichtungsintern als Erinnerungshilfe für alle Berichtsverantwortlichen und die noch ausstehenden Arbeiten. Es wird ausschließlich in elektronischer Form und gemeinsam vom Team bzw. allen Berichtsverantwortlichen geführt.

12 Zur Entwicklung des Berichtswesen-Controllings konnte dankenswerter Weise auf Grundlagen aus der Fachambulanz Northeim sowie der Fachklinik Erlengrund zurückgegriffen werden. Die entsprechenden Vorlagen waren Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung eines Instrumentes unter der Perspektive der Modularen Kombinationsbehandlung.

Im Sinne einer Einführung in die Verfahrensweise um das Berichtswesen-Controlling wurde eine *Anwendungshilfe* verfasst:

Anwendungshilfe Berichtswesen-Controlling Zum einrichtungsinternen Umgang mit dem Instrument

Inhalt

1. Intention und Zweck des Controlling-Instrumentes
2. Verantwortliche Personen
3. Allgemeine Darstellung der Aufgaben
4. Realisierung des Verfahrens

1. Intention und Zweck des Controlling-Instrumentes

Das Berichtswesen-Controlling erfolgt im Interesse einer zeit- und ressourcenschonenden Erledigung der Dokumentationstätigkeiten bzw. Berichterstellung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation – mit einer besonderen Beachtung der Prozesse der MOKO. Das Controlling-Instrument dient in erster Linie der **Zusammenarbeit des EinrichtungsTeams**, indem es einen Überblick über die einzuhaltenden Termine und die damit verbundenen Aufgaben und Arbeitsschritte gibt und individuell als Erinnerungshilfe für noch ausstehende Arbeiten dient. Eine umfassende Erledigung der Dokumentation im Rahmen der Berichterstellung ermöglicht dann die fristgerechte Übermittlung des Entlassungsberichtes an den Leistungsträger bzw. – im Fall der MOKO – die nahtlose Fortsetzung der Behandlung und Dokumentation im nächsten Modul.

2. Verantwortliche Personen

Case-ManagerInnen, Verwaltungskräfte und BezugstherapeutInnen bzw. weitere berichtsverantwortliche MitarbeiterInnen

3. Allgemeines

Die Anwendung des Berichtswesen-Controllings erfolgt ausschließlich in elektronischer Form, dazu muss der aktuelle Stand der Datei allen Beteiligten fortwährend (über ein Netzwerk) zugänglich sein.

Die erläuternden Kommentare können über „Ansicht“ oder das dafür vorgesehene Icon in der Symbolleiste aktiviert und deaktiviert werden.

Das Controlling erfolgt gemeinsam durch die unter 2. genannten Funktionsgruppen.

Die Excel-Datei enthält jeweils ein Blatt für die Belange im ambulanten sowie im stationären (inkl. Adaption)/ganztägig ambulanten Bereich.

In den Masken sind im Sinne von **Pflichtfeldern die für jede Reha-Maßnahme relevanten Spalten hellblau** markiert, bei den **weißen Spalten handelt es sich um optionale Felder, die je nach Behandlungsform – MOKO oder „herkömmlich“ ambulant, ganztägig ambulant/stationär (inkl. Adaption) – auszufüllen sind.**

Die Zuständigkeiten für einzelne Verwaltungsschritte sind einrichtungsintern abzustimmen; dabei ist festzulegen, wer, z.B. Case-Manager/in oder therapeutische/r Mitarbeiter/in, welche Arbeiten erledigt und Daten standardmäßig erfasst.

Gemessen an den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit dem Berichtswesen können intern individuelle Zeitfenster für die Erledigung der Dokumentation vom Modul-Beginn bis zum Modul-Abschluss festgelegt werden.

Wesentlich ist die **Orientierung am Datum des Behandlungsendes im Modul**: Entweder erfolgt hier der Wechsel in ein weiteres Modul im Rahmen der MOKO und das MOKO-Berichtswesen ist dem/ der Weiterbehandler/in unverzüglich zu übermitteln oder die Reha-Maßnahme wird innerhalb von 14 Tagen mit dem Entlassungsbericht an die DRV Braunschweig-Hannover abgeschlossen.

4. Realisierung des Verfahrens

Im Folgenden sind zentrale Aufgaben **unter der Perspektive der MOKO** detailliert beschrieben. Es handelt sich dabei in erster Linie um Vorschläge. Sie sollten unter Berücksichtigung von geltenden einrichtungsinternen Arbeitsteilungen oder bewährten Verfahren geprüft werden.

MOKO-Beginn mit ambulanter Reha-Eingangsphase

Fachambulanz/Case-Management:

- Zur Erledigung der Dokumentationsstätigkeiten bzw. Berichterstellung sind grundlegende Verwaltungsdaten wie der Name des/der zuständigen Therapeuten/ Therapeutin, des/der Patienten/ Patientin, der Leistungsbeginn allgemein sowie der Behandlungsbeginn und (voraussichtliche) -abschluss des Moduls zu erfassen.
- Sofern die MOKO ambulant beginnt, d.h. das 1. Modul in der Fachambulanz durchgeführt wird, ist die Berichtsvorlage hier erstmalig neu anzulegen.
- Entsprechend der Verschränkungshinweise in der Berichtsvorlage können in diesem Kontext relevante Angaben aus dem Sozialbericht übernommen werden.

Fachambulanz/therapeutische MitarbeiterInnen:

- Aufgrund der i.d.R. relativ kurzen ambulanten Reha-Eingangsphase erscheint es für die berichtsverantwortlichen TherapeutInnen zweckmäßig, unmittelbar mit der Berichterstellung zu beginnen.
- Am Anfang steht dabei eine eingehende Prüfung der aus dem Sozialbericht übertragenen Inhalte. Sie sind im Verhältnis zu den eigenen, aktuellen berichts- und reharelevanten Angaben und Erkenntnissen zu betrachten.
- Für den Fortgang der Berichterstellung ist von besonderer Relevanz, wie die MOKO verläuft. Vor diesem Hintergrund ist in der Controlling-Maske zu erfassen, ob eine Weiterbehandlung erfolgt – entspricht in der Maske = 1 – oder die MOKO bspw. aufgrund eines Abbruchs nicht fortgesetzt wird – entspricht in der Maske = 2.
- Im nächsten Schritt lässt sich aus den vorhergehenden Angaben ableiten, in welchem Zeitfenster die Weiterleitung des Berichtswesens zu erfolgen hat:
 - Fall 1:
 - o Der Klient wechselt in ein weiteres, i.d.R. ein (teil-)stationäres (inkl. Adaption) Modul, so ist der Bericht unmittelbar zum Behandlungsauftritt im neuen Setting an die WeiterbehandlerInnen zu leiten.
 - o Im Modul-Verlauf kann das Datum des geplanten Modul-Endes näherungsweise als Termin gelten, zu dem der Bericht vorliegen bzw. an die WeiterbehandlerInnen übermittelt werden muss.
 - Fall 2:
 - o Der Klient setzt die MOKO nicht fort, die Reha-Maßnahme wird beendet.
 - o Innerhalb von 14 Tagen nach Abbruch oder Reha-Ende ist ein Entlassungsbericht an den Leistungsträger zu übermitteln.

Fachambulanz/Case-Management

- Die abgeschlossene Berichtsvorlage – entweder Zwischenbericht über das Modul oder Entlassungsbericht – ist auf dem Postweg oder per eMail weiterzuleiten.
- Im Interesse der Transparenz und Rückkoppelung des Prozessgeschehens ist in der Spalte „TAGE“ zu erfassen, wie viel Tage zwischen dem Modul- bzw. Behandlungsende und dem Postausgang lagen.

Stationäres (inkl. Adaption) bzw. ganztägig ambulantes Modul im Rahmen der MOKO

Fachklinik/Tagesklinik/Adaptionseinrichtung

- Zur Erledigung der Dokumentationsstätigkeiten bzw. Berichterstellung sind grundlegende Verwaltungsdaten wie der Name des/ der zuständigen Therapeuten/ Therapeutin, des/der Patienten/ Patientin, der Leistungsbeginn allgemein sowie der Behandlungsbeginn und (voraussichtliche) -abschluss des Moduls zu erfassen.
- Sofern die MOKO stationär (inkl. Adaption)/ganztägig ambulant beginnt, d.h. das 1. Modul in der Fach-/Tagesklinik/Adaptionseinrichtung durchgeführt wird, ist die Berichtsvorlage hier erstmalig, neu anzulegen. Entsprechend der Verschränkungshinweise in der Berichtsvorlage können in diesem Kontext relevante Angaben aus dem Sozialbericht übernommen werden.

- Wenn das stationäre (inkl. Adaption)/ganztägig ambulante Modul das 2. Modul im Rahmen der MOKO darstellt, muss, zum Zeitpunkt des Beginns der Weiterbehandlung und -Dokumentation das MOKO-Berichtswesen der VorbehandlerInnen vorliegen.
- Zu Beginn des neuen Moduls sind die Inhalte des bisherigen Berichtes zur Kenntnis zu nehmen und im Verhältnis zu den eigenen, aktuellen berichts- und reharelevanten Angaben und Erkenntnissen zu prüfen.
- Für den Fortgang der Berichtserstellung ist von besonderer Relevanz, wie die MOKO verläuft. Vor diesem Hintergrund ist in der Controlling-Maske zu erfassen, ob eine Weiterbehandlung erfolgt – entspricht in der Maske = 1 – oder die MOKO bspw. aufgrund eines Abbruchs nicht fortgesetzt wird – entspricht in der Maske = 2 –
- Im nächsten Schritt lässt sich aus den voranstehenden Angaben ableiten, in welchem Zeitfenster die Weiterleitung des Berichtswesens zu erfolgen hat:
 - Fall 1:
 - o Der Klient wechselt in ein weiteres, i.d.R. ein ambulantes Modul, so ist der Bericht unmittelbar zum Behandlungsaufakt im neuen Setting an die WeiterbehandlerInnen zu leiten.
 - o Im Modul-Verlauf kann das Datum des geplanten Modul-Endes näherungsweise als Termin gelten, zu dem der Bericht vorliegen bzw. an die WeiterbehandlerInnen übermittelt werden muss.
 - Fall 2:
 - o Der/die Klient/in setzt die MOKO nicht fort, die Reha-Maßnahme wird beendet.
 - o Innerhalb von 14 Tagen nach Abbruch oder Reha-Ende ist ein Entlassungsbericht an den Leistungsträger zu übermitteln.

Fortsetzung der MOKO in der Fachambulanz

Fachambulanz/Case-Management

- Die Berichtserstellung bei ambulanter Fortsetzung der MOKO nach vorherigen, i.d.R. stationären (inkl. Adaption)/ganztägig ambulanten Modulen erfolgt nahezu analog zu dem bereits oben beschriebenen Verfahren.

Fachambulanz/therapeutische MitarbeiterInnen:

- Wesentlich ist, dass zum Zeitpunkt des Beginns der Weiterbehandlung und –Dokumentation das MOKO-Berichtswesen der VorbehandlerInnen vorliegen muss.
- Zu Beginn des neuen Moduls sind die Inhalte des bisherigen Berichtes zur Kenntnis zu nehmen und im Verhältnis zu den eigenen, aktuellen berichts- und reharelevanten Angaben und Erkenntnissen zu prüfen.

Fachambulanz/Case-Management

- Bei Abschluss der MOKO sind die Schlussarbeiten in EBIS und Patfak sowie die Katamnese-Termine zu berücksichtigen.

Abb. 21 Anwendungshilfe Berichtswesen-Controlling – Seite 3

3.5 Die Regelung des Übergabemanagements

Die als Sondermodul der MoKo regelhaft zu realisierenden *persönlichen Übergabegespräche* stellen große Anforderungen an die Logistik und finanziellen Rahmenbedingungen der jeweils beteiligten Leistungsanbieter. Die nach Kilometeraufwand gestaffelten Vergütungssätze für die Übergabegespräche sind nur bedingt kostendeckend, bezieht man mit ein, dass die Realisierung der *3er-Konferenzen* auch zu Lasten anderer Angebote oder Aufgaben der BehandlerInnen oder Einrichtungen gehen kann, wenn Personal hier zeitlich stark gebunden ist. Auch Urlaubs- oder Krankheitszeiten erschweren die Realisierung der persönlichen Übergaben. Im Projektverlauf wurde deshalb seitens des Leistungsträgers die Möglichkeit eröffnet, im begründeten Ausnahmefall auch telefonische Übergabegespräche in Form einer *3er-Konferenz* durchzuführen. Grundsätzlich wurde vereinbart, dass das *1. Übergabe-*

gespräch persönlich erfolgen und bei weiteren Übergabegesprächen mindestens *jedes 2. persönlich* erfolgen muss.

Darüber hinaus zeigten unveröffentlichte Zwischenauswertungen der Arbeitsgruppe im Projektverlauf, dass die maximal mögliche Anzahl von sechs Übergabegesprächen im individuellen Behandlungsverlauf kaum bis gar nicht ausgeschöpft wurde. Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover ergänzte das MoKo-Rahmenkonzept in diesem Kontext um die Möglichkeit, nicht ausgeschöpfte *Übergabegespräche als Krisengespräch* im Verlauf eines Moduls zu nutzen. Diese Krisengespräche sind i. d. R. als persönliche Gespräche und 3er-Konferenz durchzuführen, sie ergänzen demnach die Möglichkeiten von Übergabegesprächen, ersetzen sie aber nicht.

Im Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner etablierte sich in der Implementierungsphase der Modularen Kombinationsbehandlung die Praxis, dass die Fachklinik *eine für die Übergabegespräche hauptverantwortliche Therapeutin* einsetzte, die unter Rückgriff auf die Informationen der BezugstherapeutInnen der MoKo-KlientInnen in der Klinik jeweils zu den Übergabegesprächen in die kooperierenden Fachambulanzen fuhr. Diese Handhabung hat sich unter *zeitökonomischer und ablauforganisatorischer Perspektive* durchaus als vorteilhaft bewährt. Die Ergebnisse der Qualitativen Interviewstudie (vgl. Kapitel 4.2) zeigen jedoch auf der anderen Seite auch einen *Nachteil dieser Organisationspraxis* in der *Auflösung des BezugstherapeutInnensystems*: das Fehlen des stationären Bezugstherapeuten/der stationären Bezugstherapeutin wurde in Einzelfällen klientInnenseitig als problematisch bewertet, weil die Behandlungskontinuität nicht gegeben war. Den Wert von persönlichen Übergabegesprächen grundsätzlich anerkennend werden in der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH aktuell Möglichkeiten einer technisch gestützten Durchführung der 3er-Konferenzen unter Einsatz von Webcams geprüft.

Zur Durchführung und Strukturierung der Übergabegespräche wurden den BehandlerInnen durch die AG Devianz zwei *Checklisten*, die an die in EVS entstandenen Leitfäden anknüpfen (vgl. Tielking/Kuß 2003), an die Hand gegeben. Die Checkliste „Übergabegespräch ambulant-stationärer Wechsel“ dient der Durchführung des Übergabegesprächs beim Wechsel der KlientInnen von der Fachambulanz in die (Tages-)Klinik. Die Checkliste „Übergabegespräch stationär-ambulanter Wechsel“ dient der Durchführung des Übergabegesprächs beim Wechsel der KlientInnen von der (Tages-)Klinik in die Fachambulanz. Im Sinne eines Gesprächsleitfadens dienen die Übersichten

dem umfassenden, gemeinsamen Austausch über alle für den Behandlungsprozess der KlientInnen relevante Aspekte.

Checkliste
„Übergabegespräch ambulant-stationärer Wechsel“
im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung

- Klärung wichtiger Punkte, die vor der Aufnahme in der (Tages-)Klinik die aktuelle Lebenssituation betreffen
- Vorbereitung auf und Begleitung während der Entgiftungsbehandlung
- Vorgehensweise in der Entwöhnungstherapie
 - z.B. – Klinikkonzept (Ablauf etc.)
 - Hausordnung
- Individuelle, soziale und medizinische Bedingungen der Suchtkrankheit
- erste Auseinandersetzungen mit der Krankheitsentwicklung
- Entwicklung einer Idee von Krankheitsakzeptanz
- Differenzierung zwischen Fremd- und Eigenmotivation
- Aufbau von alternativen Bewältigungsstrategien in Belastungssituationen während der ganztägig ambulanten / stationären Therapiephase (Abbruch-/Rückfallprophylaxe)
- Entwicklung einer ersten Vorstellung für ein suchtmittelfreies Leben
- Beziehungsaspekt ambulante/r TherapeutIn und PatientIn
- *(für die Begleitforschung: Dauer der Anfahrt zum Übergabegespräch)*

Abb. 22 Checkliste Übergabegespräch ambulant-stationärer Wechsel

Checkliste

„Übergabegespräch stationär-ambulanter Wechsel“

im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung

- 1. Informationen über die aktuelle soziale Situation (Beruf, Partnerschaft, Wohnung, Schulden)**
 - Wie sieht die Situation bezüglich Beruf, Partnerschaft, Wohnung und Schulden aus?
 - Wie gehen die PatientInnen mit ihrem näheren und weiteren Umfeld, auch ihrer Therapiegruppe, um?
 - Welche Ressourcen und Defizite bestehen im sozialen Kontakt?
 - Welche Behandlungseffekte ergaben sich während der stationären Therapie?
 - Welche Behandlungsvorschläge ergeben sich für die ambulante Weiterbehandlung?
- 2. Informationen über Defizite und Ressourcen bezüglich sozialer Situation (Beruf, Partnerschaft, Wohnung, Schulden)**
 - Wie aktiv ist der/die Patient/in bezüglich seiner/ihrer beruflichen Wiedereingliederung? Was hat sie/er unternommen?
 - Welche aktuellen Probleme gab es am Arbeitsplatz? (medizinisches Leistungsbild beachten bzw. sozialmedizinische Beurteilung!)
 - Welche Vorschläge zur beruflichen Wiedereingliederung werden gemacht?
 - Wie wurden die vorhandenen Informationsquellen bzw. Unterstützer genutzt? (Arbeitsamt, Reha Berater, Internet etc.)
 - Wie aktiv war der/die Patient/in bezüglich der Regulierung seiner/ihrer Partnerschaft? Was hat sie/er unternommen? Welche aktuellen Probleme gab es? Welche Vorschläge zur Konfliktlösung wurden gemacht? Welche Unterstützung und welche Ressourcen wurden genutzt?
 - Wie aktiv ist der/die Patient/in bezüglich der Lösung seiner/ihrer Wohnungsfrage? Was hat sie/er unternommen? Welche Vorschläge zur Wohnungsfrage wurden gemacht? Welche Unterstützung, welche Informationsquellen wurden genutzt?
 - Wie aktiv war der/die Patient/in bezüglich seiner/ihrer Schuldenregulierung? Was hat sie/er unternommen? Welche aktuellen Probleme gab es bezüglich der Schulden? Welche Vorschläge zur Schuldenregulierung wurden gemacht? Wie wurden die vorhandenen Informationsquellen bzw. Unterstützer genutzt?
- 3. Wichtige Probleme und individuelle Risiken (Rückfall)**
 - Welche Konflikte liegen vor?
 - Welche Rückfallgefahren sind bekannt?
 - Welche coping-Strategien beherrscht der/die Patient/in?
 - Welche soziale/berufliche/finanzielle Unterstützung/Förderung erhält der/die Patient/-in?
- 4. Beziehungsaspekte (interaktionell u. a. bezüglich des Übergabegesprächs)**
 - Wie sehen die jeweiligen Beziehungen zwischen ambulantem/r, stationärem/r TherapeutIn und PatientIn aus?
 - In welchem Zusammenhang steht dies mit den vorherrschenden Abwehrmechanismen?
 - Gibt es besondere Übertragungsphänomene?
 - (für die Begleitforschung: Dauer der Anfahrt zum Übergabegespräch)

Abb. 23 Checkliste Übergabegespräch stationär-ambulanter Wechsel

Als Arbeitshilfe für die verwaltungsseitige Realisierung des Übergabemanagements wurde den Einrichtungen aus der Begleitforschung durch die AG Devianz eine *Synopse* zur Abrechnung der verschiedenen Vergütungssätze an die Hand gegeben (vgl. auch Vorlagenreader unter <http://oops.ibit.uni-oldenburg.de/volltexte/incoming/2008/26>).

03.03.2006

Synopse zum Übergabemanagement im Rahmen der Modularen Kombi-Behandlung
Distanzen zwischen den Einrichtungen des regionalen Therapieverbundes der LWS und den externen Kooperationspartnern

(Angaben basieren auf Berechnungen des Routenplaners www.falk.de unter Auswahl der schnellsten Strecken und eines mittleren PKW)

Vergütungssätze nach Rahmenkonzept „Modulare Kombinationsbehandlung“ (vgl. Präsentation der Kick-off-Veranstaltung, Juli 2005):

- 46 € zzgl. Fahrtkosten bei Entfernungen bis 40 km zwischen den beteiligten Einrichtungen,
- 59 € zzgl. Fahrtkosten bei Entfernungen zwischen 40 und 60 km zwischen den beteiligten Einrichtungen,
- In Ausnahmefällen, in denen keine räumlich engere Vernetzung möglich ist:
 92 € zzgl. Fahrtkosten bei Entfernungen ab 60 km zwischen den beteiligten Einrichtungen

Vor diesem Hintergrund ergeben sich für den LWS-plus-Externe-Verbund folgende Modalitäten für die Abrechnung von Übergabegesprächen:

	Tagesklinik Lukas-Werk (km/Std)	Fachklinik Erlengrund (km/Std)
Fachambulanz Braunschweig		39,4 km / 0:40 Std. 46 €
Fachambulanz Wolfenbüttel	12,4 km / 0:15 Std. 46 €	30,2 km / 0:40 Std. 46 €
Fachambulanz Goslar	45,7 km / 0:47 Std. 69 €	18,4 km / 0:28 Std. 46 €
Fachambulanz Helmstedt	49,3 km / 0:37 Std. 69€	84,2 km / 0:105 Std. 92 €
Fachambulanz Northeim	84,6 km / 0:54 Std. 92 €	54,4 km / 0:52 Std. 69 €
Fachambulanz Wolfesburg	40,5 km / 0:36 Std. 69 €	76,4 km / 1:03 Std. 92 €
Fachstelle Hannover, Burgstraße (DW)	70,9 km / 0:57 Std. 92 €	63,7 km / 1:01 Std. 92 €
Fachstelle Hannover, Grunpenstraße (Caritas)	70 km / 0:56 Std. 92 €	75,4 km / 0:59 Std. 92 €
Suchtberatung für Frauen Hannover (DW)	70,9 km / 0:57 Std. 92 €	63,7 km / 1:01 Std. 92 €
Fachstelle Garbsen (Caritas)	80,4 km / 0:53 Std. 92 €	84,8 km / 1:03 Std. 92 €

© AG Devianz / Uini Oldenburg

Abb. 24 Synopse zum Übergabemanagement

3.6 Verfahrensanweisungen für das QM-Handbuch der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH

Parallel zu den Maßnahmen externer Qualitätsentwicklung, bspw. im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung, verfolgt die Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH auch Maßnahmen interner Qualitätsentwicklung. Im Projektverlauf hatte die Arbeit an einem *QM-Handbuch* hier einen zentralen Stellenwert. Perspektivisch sollen die Arbeiten am Handbuch im Jahr 2008 abgeschlossen und ein Probeaudit durchgeführt werden.

Die universitäre Arbeitsgruppe war in die internen QM-Maßnahmen des LWS-QM-Handbuch eingebunden und mit der Entwicklung der Verfahrensanweisungen der Modularen Kombinationsbehandlung betraut. Zur Abstimmung der generellen Vorgehensweise nahm die Projektgruppe der Universität Oldenburg partiell auch an QM-Arbeitstreffen der Lukas-Werk Suchthilfe

gGmbH teil und stand kontinuierlich im Austausch mit ihrem QM-Beauftragten.

Zur Modularen Kombinationsbehandlung wurden sieben Verfahrensanweisungen entwickelt:

- eine allgemeine Verfahrensanweisung zur Modularen Kombinationsbehandlung,
- eine Verfahrensanweisung zur Prospektiven Therapieplanung,
- eine Verfahrensanweisung zum Modularen Berichtswesen,
- eine Verfahrensanweisung zum Case-Management,
- eine Verfahrensanweisung zum Übergabemanagement,
- eine Verfahrensanweisung zu Qualitätszirkel/Intravision,
- eine Verfahrensanweisung zur Belastungserprobungsgruppe.

Die Verfahrensanweisungen wurden *DIN ISO-konform* jeweils unter Nennung der Ziele, Geltungs- und verantwortlichen Funktionsbereiche, Kriterien zur Messung der Prozessleistung mit einem Flussdiagramm, einer Prozessbeschreibung sowie Querverweisen auf mitgeltende Unterlagen entwickelt. Sie wurden im Projektverlauf fortlaufend durch die AG Devianz auf Neuerungen hin angepasst.

Die Verfahrensanweisung zum Case-Management wurde bereits im Projektverlauf für die gemeinsame Verbundarbeit im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner genutzt. Insbesondere im Kontext des Sondermoduls Case-Management wurde der Bedarf an einer detaillierten Beschreibung der Prozesse und Aufgabendefinitionen deutlich.

Mit der Veröffentlichung der internen Verfahrensanweisungen in einem Vorlagen-Reader (vgl. Kapitel 3.8 sowie Vorlagenreader unter <http://oops.ibit.uni-oldenburg.de/volltexte/incoming/2008/26>) unterstützt die Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH den allgemeinen Prozess der Qualitätsentwicklung im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung.

Die Gesamtheit der Instrumente repräsentiert den Status Quo und die Spezifika der Ausgestaltung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH. Im übertragenen Sinne geben sie der Fachöffentlichkeit und VertreterInnen der Praxis, die ebenfalls in Therapieverbänden arbeiten, eine qualitative Grundlage für die eigene Umsetzung der Modularen Kombinationsbehandlungen.

3.7 Die Qualitätszirkelarbeit und Intravision

Hinsichtlich der Kooperation und Zusammenarbeit der TherapeutInnen im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung kommt dem *Qualitätszirkel* und der *Intravision* entscheidende Bedeutung zu. Das MoKo-Rahmenkonzept ist mit Blick auf die Realisierung dieses Sondermoduls relativ offen verfasst und ermöglicht grundsätzlich verschiedene Wege der Implementierung und Organisation. Für die alle acht Wochen durchzuführenden Fallkonferenzen wurde im Lukas-Werk-plus-Externe-Therapieverbund regelhaft vereinbart, dass die Behandlungsteams jeweils am ersten Mittwoch eines geraden Monats für jeweils drei Stunden in der Fachklinik Erlengrund zusammentreten.

In einigen Fällen organisieren sich die VertreterInnen der ambulanten Behandlungseinrichtungen und führen die Fallbesprechung im Auftrag der eigentlichen BezugstherapeutInnen durch. Diese *Vertretungsfunktion* zieht eine gründliche Vor- und Nachbereitung der QZ/Intravisions-Termine in den Teams der Einzeleinrichtungen nach sich, erweist sich jedoch mit Blick auf zeit- und ressourcenökonomische Gesichtspunkte als pragmatisch sinnvoll.

Im Projektverlauf wurden *verschiedenen Organisationsformen* der Fallbesprechungen erprobt, da die Sitzungen mit *erhöhten Fallzahlen*¹³ im Verbund zunehmend an ihre *Komplexitätsgrenzen* gerieten. Variiert wurde bspw. die Aufeinanderfolge der beiden *Sitzungsabschnitte* „*Kooperation und Qualitätsentwicklung*“ vs. „*Fallbesprechung*“. Auch wurden Möglichkeiten erörtert, die Fallbesprechungen stärker teambezogen zu organisieren, damit nicht alle Fallbesprechungen im Gesamtplenarium erfolgen. Weiter wurde im Verlauf der Studie ein *Meldeverfahren für die Intravision* eingerichtet, welches die Strukturierung der Sitzungen und Vorbereitung insbesondere der KlinikvertreterInnen auf einzelne MoKo-KlientInnen ermöglicht. Aktuell hat sich die Praxis als vorteilhaft entwickelt, die *TherapeutInnen in Gruppen* zu teilen, um letztlich mehr Intravisionen durchführen und eine ausreichende Anzahl an KlientInnen berücksichtigen zu können. Im Sinne eines *Kriterienkatalogs* ist für die Organisation der Fallbesprechungen handlungsleitend, dass vorrangig KlientInnen, die aktuell das stationäre Modul absolvieren, thematisiert werden. Danach werden Intravisionen der KlientInnen im

13 Mit zunehmender Etablierung der Modularen Kombinationsbehandlung bestand zeitweise der Bedarf, 100 Fälle pro Sitzung zu verhandeln. Dies sprengte deutlich die zeitlichen Möglichkeiten aller Beteiligten und lies Fragen bezüglich der Effektivität und Effizienz dieses Vorgehens aufkommen.

tagesklinischen Modul und KlientInnen in ambulanten Behandlungsphasen mit anstehenden (von der ambulanten Eingangsphase ins stationäre Modul) bzw. gerade vollzogenen Wechseln (bereits vollzogener Wechsel in die ambulante Weiterbehandlung) besprochen. KlientInnen in der regulären ambulanten Weiterbehandlung werden nachrangig behandelt, sofern die Behandlung erwartungsgemäß und ohne Krise verläuft.

Die *Qualitätszirkelarbeit* wird für die Zusammenarbeit im Rahmen der Verbundarbeit als immens wichtig erachtet: Aspekte der Kooperation – insbesondere der Abstimmung sowie Klärung von Schwierigkeiten und Problemen – nehmen im Qualitätszirkel bedeutenden Raum ein und diesbezügliche Bedarfe werden auch perspektivisch für die Zukunft gesehen. Insofern wurde auch vor dem Hintergrund der Fallzahlentwicklung und der damit verbundenen Schwierigkeiten der Organisation der IntraVisionen deutlich betont, die Kooperationsaspekte in den Sitzungen nicht vernachlässigen zu wollen.

Die VertreterInnen der AG Devianz nahmen selbst nicht regelmäßig an den QZ/IntraVisionssitzungen teil. Durch den Austausch von QZ-Protokollen war der Informationsfluss jedoch dauerhaft gewährleistet. Entsprechend wurden Themen aus der Lenkungsgruppe in den Kreis der QZ/IntraVisionsteilnehmerInnen zurückgespiegelt bzw. offene Fragen aus diesem Gremium auf die Tagesordnung der Lenkungsgruppe gesetzt.

3.8 Der Vorlagenreader zur Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk SuchthilfegGmbH und ihrer externen Kooperationspartner

Im Rahmen der gemeinsamen Verbundarbeit wurde ein *Vorlagenreader* veröffentlicht, in dem alle im Projekt in Kooperation von Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH, Deutscher Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Diakonie Wolfsburg, Trägerverbund Reha Sucht Hannover und der AG Devianz entwickelten Dokumente enthalten sind. Die einzelnen Vorlagen sind *Arbeitsergebnisse der Zusammenarbeit in der Lenkungsgruppe* und den in diesem Kontext initiierten *Projektgruppen*. Die auf dem Oldenburger Online Publikationsserver veröffentlichte Vorlage (vgl. Vorlagenreader unter <http://oops.ibit.uni-oldenburg.de/volltexte/incoming/2008/26>) steht der Fachöffentlichkeit – auch als Druckversion – zur Verfügung und soll als Beitrag zur Diskussion um Standards in der Durchführung und der Vereinheitlichung von Verfahren verstanden werden.

3.9 Exkurs zum Qualitätsentwicklungsprozess – Die Feedbackrundenbefragung

Am 23. Mai 2007 lud die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover die EinrichtungsvertreterInnen aller derzeit im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung in regionalen Therapieverbänden zusammengeschlossenen Suchthilfeeinrichtungen bzw. ihre TrägervertreterInnen zu einer *Feedback-Runde* ein.¹⁴ Ziel der Sitzung war die gemeinsame Reflexion zum Stand der Modularen Kombinationsbehandlung und ein Erfahrungsaustausch. Darüber hinaus wurde die Möglichkeit eröffnet, Verfahrensfragen und Probleme der praktischen Umsetzung zu klären.

Die Projektgruppe der wissenschaftlichen Begleitforschung hat aus Anlass der Feedbackrunde eine *Befragung* konzipiert und im Anschluss an die Veranstaltung an die TeilnehmerInnen ausgegeben.

3.9.1 Ziele und Methodisches Vorgehen

Die Befragung erfolgte mit dem Ziel, über die Feedbackrunde hinaus, Rückmeldungen und Einschätzungen zum aktuellen Stand der Umsetzung der MoKo seitens der TeilnehmerInnen noch einmal systematisch zu erfassen und in die Prozesse der Weiterentwicklung des Therapiemodells einzubeziehen. Die in der Befragung geäußerten Probleme, Schwierigkeiten und Kritikpunkte, aber auch die positiven Aspekte sollen konstruktiv aufgegriffen und im Rahmen des Qualitätsentwicklungsprozesses genutzt werden.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitforschung zielte die Befragung auch darauf ab, *Entwicklungen und Haltungen in Therapieverbänden* und Einrichtungen *außerhalb der Begleitforschung* nachzuzeichnen, um mögliche Sonderentwicklungen oder Spezifika transparent zu machen.

Im Anschluss an die Feedback-Runde im Hause der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover wurden die TeilnehmerInnen über die Ziele und Modalitäten der Erhebung informiert. Der anschließend ausgegebene Fragebogen konnte anonym an die Projektgruppe der Universität Oldenburg zurückgesendet werden.

Der Fragebogen besitzt geschlossene Fragestellungen, die als mehrstufige multiple-choice-Items konzipiert sind, sowie offen formulierte Fragen. Die geschlossenen Fragen wurden quantitativ im Rahmen statistischer Häufig-

14 Der TeilnehmerInnenkreis bezog sich auf VertreterInnen aus elf anerkannten Therapieverbänden, die die MoKo realisieren.

keitsanalysen ausgewertet. Für die Auswertung der offenen Fragen der Erhebung wurde ein qualitatives Verfahren gewählt: Nach der Sichtung des Materials wurden die einzelnen Aussagen zu den offenen Fragen inhaltlich zusammengefasst und strukturiert. Auf diese Weise wurden die zentralen Angaben reduziert und die bedeutungsvollen Aspekte in Form von Kategorien herausgestellt.¹⁵

3.9.2 Ergebnisse der Befragung

In die Auswertung einbezogen werden konnten 13 (von 32 ausgegebenen) Fragebögen, die bis zum Zeitpunkt der Auswertung an die Projektgruppe zurückgesandt wurden, so dass mit 41% eine solide Rücklaufquote erreicht wurde.

Die in der Befragung angesprochenen Inhalte berühren folgende Themenkomplexe:

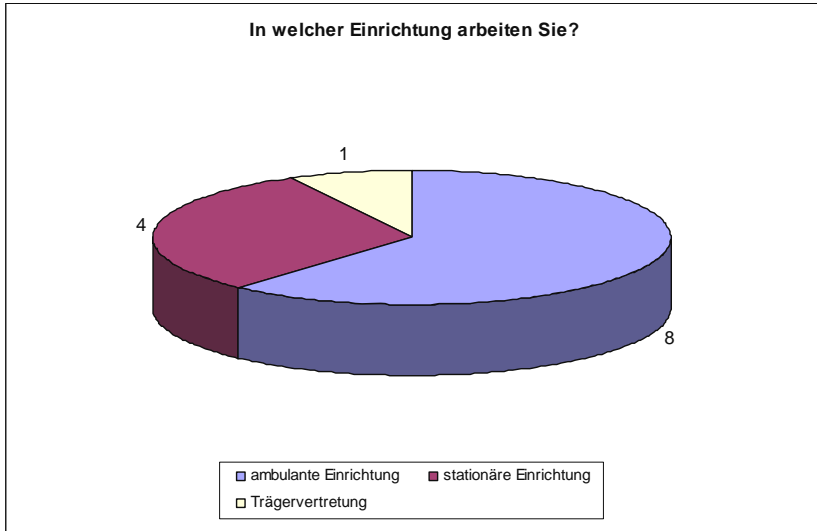
- I. Allgemeines
- II. Kooperation
- III. Die Modulare Kombinationsbehandlung
- IV. Planung und Umsetzung der MoKo
- V. Perspektiven

Die Ergebnisdarstellung erfolgt unter Zuordnung auf diese Themenkomplexe.

3.9.2.1 Allgemeine Angaben zur Stichprobe

In der Stichprobe zur Befragung haben die TeilnehmerInnen folgenden institutionellen Hintergrund:

15 Sofern es sinnvoll erschien, wurden Quantifizierungen vorgenommen, an vielen Stellen erschien allerdings der Wert in den Aussagen selbst zu liegen, die dann im Interesse der weiteren Arbeit an und mit MoKo – im Original oder auch paraphrasiert – aufgeführt werden.

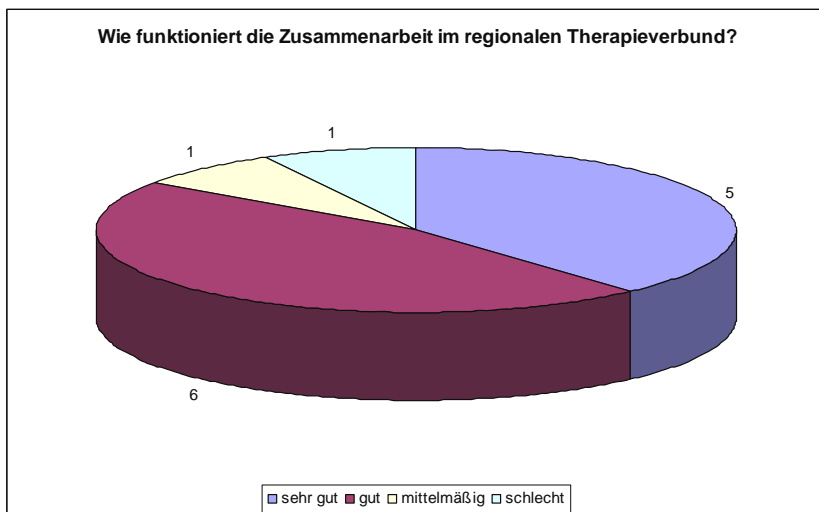


n=13

Abb. 25 Institutioneller Hintergrund der Befragten

Die einzelnen Befragten haben dabei unterschiedlich lange Erfahrungen mit der MoKo sammeln können. Die Spannbreite der *Dauer der Arbeit* in und mit MoKo liegt *zwischen 5 und 24 Monaten*. Am Häufigsten wird eine Dauer von 18 Monaten angegeben. Von den Befragten sind zwölf VertreterInnen nicht an der Begleitforschung beteiligt, lediglich ein/e Befragte/r gehört dem Forschungsverbund an.

Die TeilnehmerInnen der Feedback-Runde wurden nach Ihrer Einschätzung zur Zusammenarbeit im Therapieverbund gefragt. Mit Ausnahme von zwei Befragten bewerteten alle die Zusammenarbeit als gut bis sehr gut.



n=13

Abb. 26 Zusammenarbeit im regionalen Therapieverbund

Befragt nach Aspekten, die in der Zusammenarbeit gut laufen, thematisieren die TeilnehmerInnen der Feedbackrunde sowohl einzelne Sondermodule oder Spezifika wie auch generelle Kriterien der Zusammenarbeit. Um einen Eindruck davon zu vermitteln, welche Aspekte genannt wurden, werden im Folgenden einige Angaben wiedergegeben:

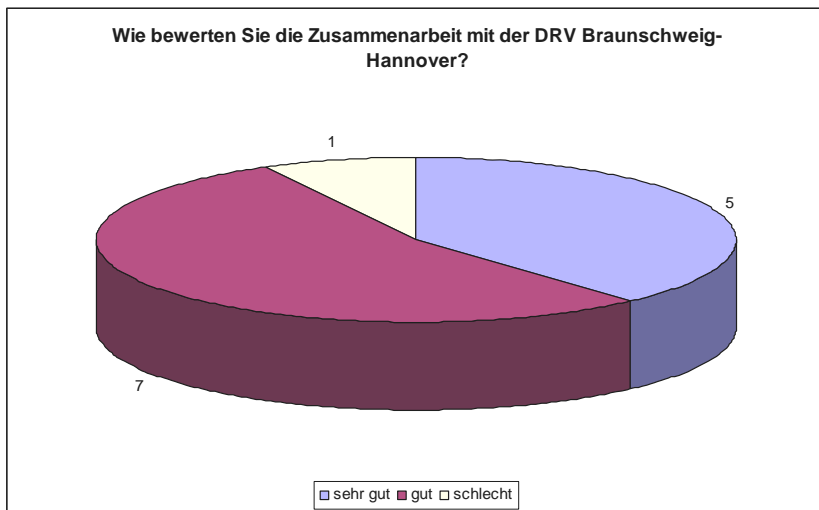
- Die Übergabegespräche werden sehr ernst genommen.
- Es existiert eine enge fallbezogene und auch allgemeine Vernetzung.
- Die Fachstelle liegt direkt neben Klinik, es bieten sich ideale Voraussetzungen.
- Die Kommunikation und Kooperation verläuft gut.

In der Zusammenarbeit gibt es allerdings auch Schwierigkeiten. Weniger gut laufen nach Einschätzung der Befragten die folgenden – exemplarisch aufgeführten – Bereiche:

- Der inhaltliche Austausch zu den BEG ist zu kurz.
- Treffen sind zeitaufwendig, wenn Beratungsstellen weiter entfernt sind.
- Die Mitteilungen an Casemanagerin erfolgen oft noch nicht oder zu spät.
- Die Anpassung der Formalien (Prospektive Therapieplanung, wer macht wann was etc.) könnte noch besser werden, es muss sich noch einspielen!

- Es herrschen zu viele Unklarheiten wegen fehlenden Vorgaberegungen durch die DRV.
- Für das stationäre Modul bestehen sehr lange Wartezeiten.

Die TeilnehmerInnen der Feedback-Runde wurden nach Ihren Einschätzungen zur *Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover* gefragt. Ein/e Befragte/r bewertet die Kooperation mit der Rentenversicherung als schlecht.



n=13

Abb. 27 Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Ihre Bewertung konkretisieren die Befragten durch Angaben in einer offen formulierten Frage. In der Zusammenarbeit wird seitens der TeilnehmerInnen positiv bewertet:

- die Existenz kurzer Wege, die einen konkreten – auch auf Einzelfall abgestimmten – konstruktiven Austausch ermöglichen,
- der Austausch und die telefonische Erreichbarkeit,
- die Versuche, schnelle und flexible Möglichkeiten für Patienten und Arbeit mit möglichst geringem bürokratischem Aufwand zu schaffen.

In der Zusammenarbeit wird seitens der TeilnehmerInnen negativ bewertet:

- lange Konzeptbearbeitungszeiten,

- unterschiedliche Aussagen durch verschiedene Personen,
- die Atmosphäre zwischen Leistungsanbietern und Leistungserbringern ist stark verbesserungsbedürftig,
- zu viel Verwaltung,
- lange Wartezeiten in der Telefonvermittlung,
- (manchmal) schleppender Übergang von stationärer Therapie zur Nachsorge/ambulanten Rehabilitation, dadurch hohe Abbruchrate der Klienten.

Die Befragten äußern folgende Änderungswünsche:

- Vereinheitlichung von Konzepten und Formularen wäre wichtig für eine Qualitätsverbesserung,
- Wunsch nach gebündelten Infos – Leitfaden oder Handbuch – besteht.

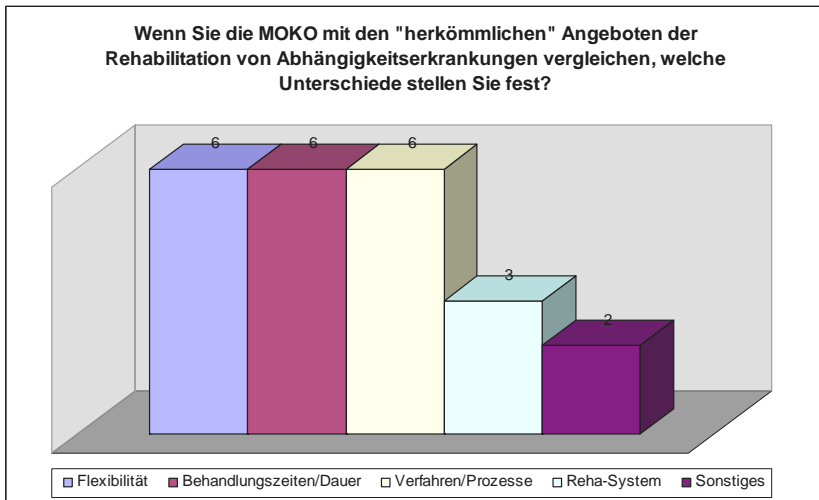
3.9.2.2 Die Modulare Kombinationsbehandlung

Ein weiterer relevanter Themenblock der TeilnehmerInnenbefragung enthielt Fragen zum *Konzept der Modularen Kombinationsbehandlung*. Eingangs dieses Abschnittes wurde gefragt, welche Unterschiede im Vergleich von MoKo und „herkömmlichen“ Angeboten der Rehabilitation von Abhängigkeits-erkrankungen festzustellen sind.

Aus den offenen Antworten wurden inhaltlich die Kategorien

- Flexibilität
- Dauer
- Verfahren/Prozesse
- Reha-System und
- Sonstiges

ableiten.



n=13

Abb. 28 Unterschiede zwischen MoKo und „herkömmlichen“ Reha-Angeboten

Um einen Eindruck davon zu vermitteln, wie diese Kategorien in Äußerungen der Befragten zum Ausdruck kamen, sind im Folgenden exemplarisch Antworten der jeweiligen Kategorie zugeordnet.

Zum Thema „Flexibilität“ gehören Aussagen wie z. B. die MoKo...

- ist flexibler, muss sich nun noch besser etablieren, vor allen in den Köpfen der Mitarbeiter,
- ermöglicht schnelle Wechsel,
- ist individuell, die Übergänge sind geregelter,
- lässt flexible Wechsel von stationären und ambulanten Angeboten zu.

Unter die Kategorie „Behandlungszeiten/Dauer“ fallen Angaben wie z. B. ...

- 52 Wochen sind manchmal zu wenig,
- es gibt keine Verlängerungsmöglichkeit, die zeitliche Begrenzung ist zu starr (z. B. bei Schichtarbeit),
- der Planungszeitraum über 1 Jahr ist positiv,
- es gibt individuell angepasste Behandlungszeiten für den Patienten.

„Verfahren/Prozesse“ wurden u. a. in den folgenden Aussagen zur MoKo angesprochen:

- der Behandlungsablauf ist komplizierter geworden,
- es gibt einen hohen Verwaltungsaufwand,
- es gibt nur einen Bericht am Schluss,
- die Behandlungskontinuität hat sich verbessert,
- die MoKo erfordert einen hohen Zeitaufwand.

Auf das „Reha-System“ nehmen Aussagen wie z. B. ...

- die enge Verzahnung ambulant und stationär ist positiv,
- die MoKo ist eine gute ergänzende Behandlungsform in der Reha,
- die Zusatzmodule (Übergabe, BEG) sind positiv,
- es gibt mehr Möglichkeiten in der Behandlung (individueller),

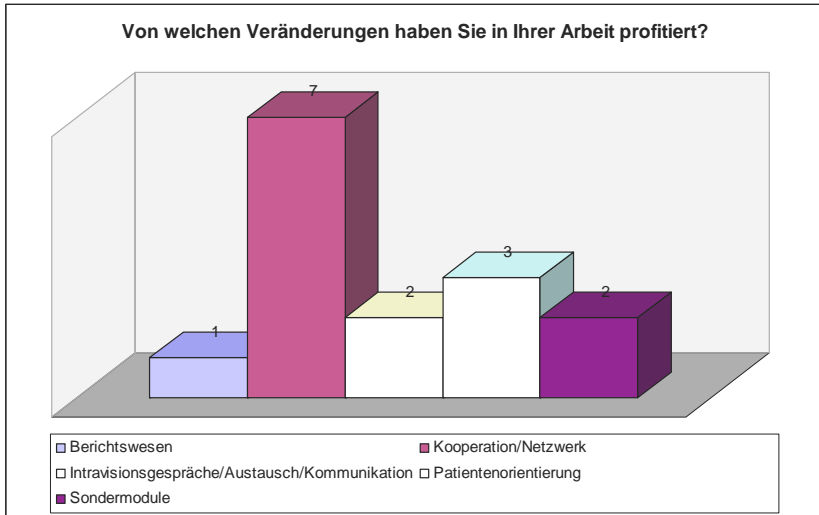
Bezug.

Unter die Kategorie „Sonstiges“ wurden Antworten gefasst, die zum Ausdruck brachten, dass ...

- bisher noch zu wenig Erfahrungen gemacht worden sind.

Die Antworten auf die Frage, von welchen Veränderungen der MoKo in der Arbeit direkt profitiert wird, beziehen sich auf das Berichtswesen, welches z. B. „weniger geworden“ ist, die Kooperation und das Netzwerk zwischen den Einrichtungen, die Kommunikation, die durch „Intravisionsgespräche“ und einen „intensiveren Austausch zwischen den BehandlerInnen“ verbessert wurde, die PatientInnenorientierung der MoKo, wodurch „mehr Klienten erreicht werden“ und „maßgeschneiderte Therapiepläne“ entwickelt werden können sowie die Sondermodule.

Fasst man die offenen Antworten in diesen Kategorien zusammen, ergibt sich folgendes Bild:



n=13

Abb. 29 Vorteile der Veränderungen

Eine weitere Frage zielte darauf ab, ob sich mit dem Konzept der Modularen Kombinationsbehandlung grundsätzlich etwas *Problematisches* verbindet. drei Befragte (n=13) bejahen dies und konkretisieren Ihre Antwort in einer offenen Antwortmöglichkeit: Danach ist das Case-Management nicht „inhaltlich“ gemeint, trägt eine „falsche Bezeichnung“ und die „Umsetzung“ gestaltet sich in der Einrichtung“ schwierig, das Berichtswesen wird als „sub-optimal und juristisch angreifbar“ eingeschätzt – es umfasst Doppelarbeiten und ist technisch nicht kompatibel; Intra visionen werden als „zu aufwendig“ angesehen.

Um die auf die MoKo bezogenen Vorstellungen und Erwartungen der TeilnehmerInnen der Feedback-Runde abbilden zu können, wurde ihnen die Frage gestellt, was das Konzept in der Zukunft als geglückt qualifizieren könnte. 6 der 13 Befragten gaben ihre Vorstellungen diesbezüglich zum Ausdruck:

- „Bessere, genauere Absprachen zwischen Klinik und Ambulanz“,
- „Bündelung von Arbeitsgängen, z. B. Intra vision von mehreren Patienten in einer Einrichtung (stat.); kurze Wege durch Zusammenrücken mehrerer

Einrichtungen, die in einem Verbund arbeiten (auch räumlich); inhaltliche Abstimmungen“;

- „es werden mehr Patienten erreicht; die Sondermodule helfen im Einzelfall schon besonders schwierige Patienten zu halten“;
- „Flexibilität der Behandlung; patientenorientierte Behandlungsverläufe“;
- „verbesserte Kooperation zwischen ambulant und stationär“;
- „vereinfachte und schnelle Wechsel zwischen ambulant und stationär; flexibler, angepasst an Bedürfnisse von Patienten; Kostenersparnis“.

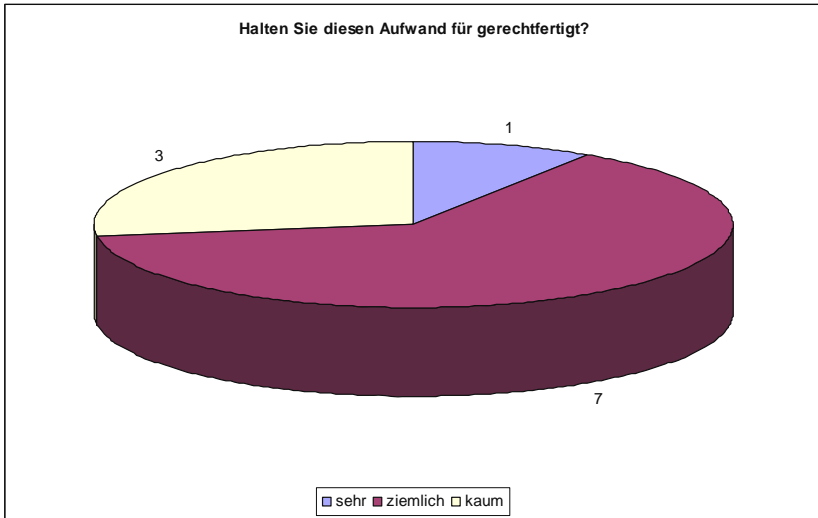
Ebenfalls interessierten die Annahmen der TeilnehmerInnen der Feedback-Runde darüber, warum man in der Zukunft zu der Einschätzung gelangen könnte, dass das Konzept gescheitert sei. Hier gaben zehn der Befragten (n=13) ihre Einschätzung wieder:

- „an der Uneinheitlichkeit der Vorgaben in den verschiedenen Kombi-Modellen“;
- „blöde Frage, das scheitert nicht“;
- „die inhaltlichen Rahmenbedingungen sind sehr vielfältig und komplex und damit ist diese Behandlungsform im Alltag noch nicht verinnerlicht“;
- „keine Kostenersparnis?!“;
- „Profilierungsbemühungen/-Versuche der einzelnen Rentenversicherungsträger könnten gemeinsames MoKo-Konzept gefährden, wenn die DRV Bund als Meinungsführer andere Prioritäten setzt“;
- „Unflexibilität der Arbeitgeber“;
- „zu bürokratisch, zu komplex, zu wenig patientenorientiert“;
- „zu kompliziert, zu umständlich“;
- „zu lange Wege“;
- „zu wenig Nutzung durch Mitarbeiter Sucht-Reha“.

3.9.2.3 Planung und Umsetzung der Modularen Kombinationsbehandlung

Ein weiterer Themenblock innerhalb der Feedbackrunden-Befragung betrifft Einschätzungen und Bewertungen der *Planung und Umsetzung der Modularen Kombinationsbehandlung*. Eingangs haben wir gefragt, wie der zeitliche und organisatorische Aufwand für die Realisierung der MoKo im Vergleich zu „herkömmlichen“ Rehabilitationsmaßnahmen eingeschätzt wird. Keine/r der Befragten (n=13) sieht diesen als „niedrig“ an, jeweils sechs der Befragten beurteilen ihn als „hoch“ bzw. „mittel“.

Fragt man weiter danach, ob dieser *Aufwand gerechtfertigt* ist, beantworten sieben Befragte dies mit „ziemlich“, drei der Befragten verstehen den Aufwand als „kaum“ gerechtfertigt (n=11).



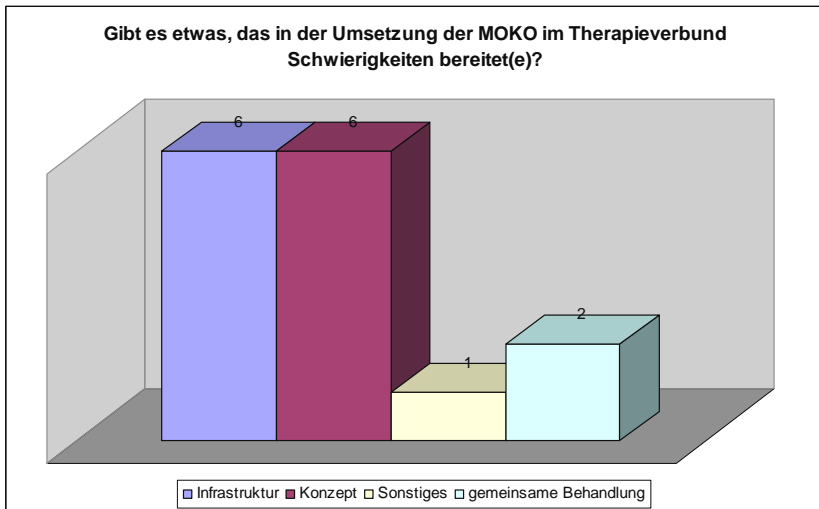
n=11

Abb. 30 Gerechtfertigter Aufwand?

Befragt nach etwaigen *Umsetzungsschwierigkeiten im eigenen Therapieverbund* machen die Befragten vielschichtige Aussagen. Aus den offenen Antworten konnten sich inhaltlich die Kategorien

- Infrastruktur
- Konzeptanerkennung und Konzeptrealisierung
- Gemeinsame Behandlung
- Sonstiges

ableiten.



n=13

Abb. 31 Umsetzungsschwierigkeiten im Therapieverbund

Um zu veranschaulichen, welche Angaben seitens der Befragten gemacht wurden, sind im Folgenden exemplarisch Antworten der jeweiligen Kategorie zugeordnet.

Zum Thema Umsetzungsschwierigkeiten aufgrund der „Infrastruktur“ gehören Angaben wie z. B.

- Berichtswesen
- PC-Vernetzung
- Intravision zum Teil aufgrund der Entfernungen nicht möglich
- BEG fahrtechnisch schwierig oder unmöglich.
-

Unter die Kategorie „Konzept“ fallen Angaben wie z. B. ...

- Konzeptanerkennung
- konzeptionelle Fragen
- Auseinandersetzungen mit der Rentenversicherung nehmen übermäßig Raum.

Die „gemeinsame Behandlung“ wurde u. a. in den folgenden Aussagen als schwierig in der Umsetzung thematisiert:

- interessengestützte Indikationsstellung – stationäre Einrichtungen beantragen immer Langzeitbehandlungen (keine MoKo),
- trägerübergreifende Behandlung (anfangs).

Die Qualitätszirkel des Therapieverbundes bieten die Gelegenheiten, Schwierigkeiten und Probleme der Umsetzung zu bearbeiten. Befragt zu den Themen, die in den gemeinsamen Sitzungen behandelt werden, geben zwölf der Befragten Auskunft (n=13):

- „Berichtswesen – per EDV –, grundsätzlich die Zusammenarbeit ambulant-stationär, Koordinierung der Sondermodule“,
- „gemeinsamer Flyer“,
- „Konkurrenzsituation, Belegungsverhalten der DRV, fehlende Transparenz der DRV, Politik der DRV, Instrumentalisierung der Anbieter durch DRV“,
- „noch keine/zu wenig Erfahrung“,
- „Organisation“,
- „konzeptionelle Fragen überwiegen, Auseinandersetzungen mit RV nehmen übermäßig Raum, dadurch wenig Zeit für Intravision“,
- „Übergabegespräche, med. Abschluss und Beginn, Abstinenzkontrollen, Integration der Bezugspersonen, frühzeitiger Kontakt zu Arbeitgeber/Fallmanager“,
- „verbesserter Austausch“,
- „Verbesserung der Abläufe, Therapieverläufe“,
- „Verbesserungspotentiale, Ablauforganisation, QM“,
- „Wie kann man Patienten motivieren und halten, wie kann man Übergänge bruchlos gestalten? Verfahrensfragen“,
- „Zusammenarbeit/Kooperation, Fälle, Fallkonferenz, Abläufe“.

Zusätzlichen Bedarf an Unterstützung im Rahmen der Umsetzung der MoKo und der Qualitätsentwicklung im Therapieverbund sehen fünf Befragte (n=13) an folgenden Stellen:

- „gebündelte Infos/Leitfaden aktueller Stand wünschenswert“,
- „Moderation von QZ, Begegnung auf Augenhöhe zwischen DRV und Anbietern“,
- „Rahmenkonzept schriftlich wäre gut“,
- „rechtzeitige Information über Neuerungen, geeignete Formulare entwickeln“,
- „Verfahrensanleitung und Definitionen zentraler Begriffe und Vordrucke in einem Online-Ordner, alles zum Ausdrucken“.

3.9.2.4 Perspektiven

Der letzte Themenblock der Befragung widmet sich den *Perspektiven und Entwicklungsoptionen der Modularen Kombinationsbehandlung*. Die TeilnehmerInnen hatten hier die Möglichkeit, aus ihrer Sicht relevante Fragestellungen, Themen oder Probleme zu formulieren, die weiter untersucht werden sollten. Folgender Bedarf für weitere Untersuchungen wurde von sieben Befragten (n=13) konstatiert:

- „Angleichung an EVS“,
- „Berichtswesen, zeitaufwendige Übergabegespräche (evtl. technische Möglichkeiten)“,
- „Dauer der Behandlung, 18 Monate ist erforderlich“,
- „Erweiterung der MoKo – zeitlich, inhaltlich, Kombination mit anderen Therapieangeboten, z. B. teilstationär“,
- „in der wiss. Begleitforschung sind die Fragebögen der Therapeuten zu ausführlich“,
- „noch keine ausreichenden Erfahrungen“,
- „Patientenbefragung“.

3.9.3 Zusammenfassung

Die Befragung der TeilnehmerInnen der Feedback-Runde liefert nach gut zwei Jahren, in denen das Konzept der Modularen Kombinationsbehandlung zum Leistungsangebot der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover gehört, einen umfassenden *Einblick in die Bedingungen und Befindlichkeiten*, denen die Therapieverbände bzw. die Bediensteten ausgesetzt sind.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass es sich bei den Befragten schwerpunktmäßig um *VertreterInnen des ambulanten Settings und um Begleitforschungsexterne* handelt. Vor diesem Hintergrund wurde darauf verzichtet, möglicherweise differenzierte Einschätzungen von Teilgruppen – VertreterInnen des ambulanten vs. des stationären Settings oder Wahrnehmungen von TeilnehmerInnen der Begleitforschung vs. andere – detailliert zu untersuchen.

Beachtet werden muss ebenfalls, dass erhebliche *zeitliche Unterschiede in der praktischen Umsetzung der Modularen Kombinationsbehandlung* existieren. Damit variieren die Praxiserfahrungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht – nämlich bezogen auf die Anzahl der Fälle – zum Teil erheblich.

Die Ergebnisse verdeutlichen die *positive Bewertung des Vernetzungsgedanken und die gewachsene Kommunikation* zwischen den Leistungsanbietern und auch mit dem Leistungsträger. Getrübt wird diese Perspektive durch die *gestiegenen Anforderungen an die Organisation und das eigene, gleich gebliebene Zeitepensum*. Bezogen auf die Rentenversicherung wird konkret darauf abgehoben, dass uneinheitlich gegebene Informationen die Kooperation erschweren.

Aus den Antworten zu Fragen um die Modulare Kombinationsbehandlung an sich lässt sich grundsätzlich *eine positive Haltung dem Konzept gegenüber* ableiten: Die Flexibilität der Behandlung wird ebenso wie der einjährige Planungszeitraum für die Behandlung sowie die Möglichkeit der individuellen, passgenauen Behandlung geschätzt. Dass es einen gemeinsamen Entlassbericht gibt, wird positiv bewertet. Zum Teil enthalten die Antworten jedoch auch sehr konkrete Hinweise für „*Problemstellen*“ des Konzeptes. So wird von einem/einer Befragten ausgeführt, dass das *Case-Management* nicht in einem in der Sozialarbeit üblichen Sinne verstanden und *die inhaltliche Komponente der Hilfeleistung ausgeklammert* wird. Insbesondere für das Case-Management und die Intra-visionen wird konstatiert, dass die Umsetzung in der Einrichtung organisatorisch schwierig ist. Hier sollten weitere Überlegungen zur Qualitätsverbesserung ansetzen.

Unter der Perspektive „Planung und Umsetzung“ zeigen die Antworten, dass die umfassende Umsetzung der Modularen Kombinationsbehandlung Aufwand verursacht, dieser aber als relativ gerechtfertigt angesehen wird. Schwierig in der Realisierung war bzw. ist nach wie vor die *veränderte Sicht auf die Rehabilitation, die nun eine gemeinsame und nicht mehr von jedem Setting separat* zu bewerkstelligen ist. Nachhaltig(er) wirken Probleme, die sich aus der *Infrastruktur in den Einrichtungen* selbst, aber auch örtlich betrachtet in den regionalen Therapieverbänden ergeben.¹⁶ Das Thema „*Komplexität der Behandlung*“ dürfte den Leistungsträger und die Leistungsanbieter in den kommenden Monaten weiterhin begleiten.

Das Spektrum der Themen – von der individuellen Fallbesprechung über die Organisation bis zur reha-politischen Dimension der MoKo –, die in den jeweiligen Qualitätszirkeln der Therapieverbände bearbeitet werden, zeigt ebenfalls, welchen Aufgaben und Arbeitsfeldern aktuell und weiterhin nach-

16 Vgl. hierzu auch die Case-Management-Befragung in Kapitel 4.3 in diesem Band. Auch hier wurde bereits auf Abstimmungsschwierigkeiten verwiesen, die sich aufgrund von ver-setzten Arbeitszeiten und -orten ergeben.

zugehen ist. Deutlich geworden ist der *Bedarf an aktuellen, einheitlichen und verbindlich geltenden Rahmenrichtlinien und Verwaltungsunterlagen*.

Zusammenfassend lässt sich aus den Ergebnissen der Befragung grundsätzlich die *Akzeptanz des Konzeptes* ableiten. Wenn die Befragten an einigen Stellen auch auf Schwierigkeiten verweisen und Veränderungsvorschläge äußern, so ist doch davon auszugehen, dass der weitere Umgang und die steigenden Erfahrungen in und mit MoKo die Einschätzungen ausschließlich in einem positiven Sinne verstetigen werden. Zudem besteht die Möglichkeit, die Veränderungsvorschläge konstruktiv in den Qualitätsentwicklungsprozess einfließen zu lassen, um so Schwierigkeiten und Probleme, die sich mit der Umsetzung der MoKo im Arbeitsalltag sowie in der gemeinsamen Verbundarbeit ergeben, weitgehend auszuräumen.

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchungen

Zentrales Ziel der Studie war es, die Modulare Kombinationsbehandlung auf ihren *Beitrag zur Individualisierung, Flexibilisierung und Effizienzsteigerung von Hilfen* für Abhängige im Modellverbund „Lukas-Werk SuchthilfegGmbH und externe Kooperationspartner“ zu prüfen und die Qualität der Behandlungsform zu evaluieren. Im Folgenden sollen die zentralen Ergebnisse der dazu umgesetzten empirischen Untersuchungen – die TherapeutInnen- und KlientInnenbefragungen (vgl. Kapitel 4.1.), die Qualitative Studie (vgl. Kapitel 4.2), die Case-ManagerInnenbefragung (vgl. Kapitel 4.3) und die Lenkungsgruppenbefragungen (vgl. Kapitel 4.4) – dargestellt und diskutiert werden.

4.1 Ergebnisse der TherapeutInnen- und KlientInnenbefragungen

Die Prüfung der Modularen Kombinationsbehandlung auf ihre Effizienz und die Evaluation der Behandlungsqualität erfolgte maßgeblich mittels standardisierter schriftlicher Befragungen der PatientInnen und ihrer BehandlerInnen zu verschiedenen Befragungszeitpunkten (vgl. Kapitel 2.3.2). Die Ergebnisse dieser Befragungen werden unter für die zentrale Fragestellung der Studie relevanten Aspekten vorgestellt.

4.1.1 Definitionen

Für das Verständnis der weiteren Ausführungen sollen im Folgenden zunächst Definitionen für die in der Auswertung relevanten Dimensionen abgebildet werden.

Folgende Definitionen werden der Auswertung der Erfolgsparameter zu Grunde gelegt:

Mit der *Antrittsquote* wird das Verhältnis von bewilligten Reha-Anträgen zu angetretenen Behandlungen beschrieben. In der MoKo werden zudem die Antrittsquoten der jeweiligen Weiterbehandlung ausgewiesen. Dies entspricht dem *Wechsel* von einem Modul in das andere. Die Wechsel werden *nach erfolgreichem und nicht erfolgreichem Übergang* bewertet.

Mit der *Haltequote* wird beschrieben, wie viele KlientInnen das entsprechende Behandlungsmodul (ambulant oder (teil-)stationär) planmäßig beendet

haben. Als Bezugsgröße (=n) wird die Zahl der Versicherten zugrunde gelegt, die überhaupt in die jeweilige Behandlungsphase (ambulant oder (teil)stationär) gewechselt sind. Dies führt in der Darstellung der Quoten dazu, dass aufgrund des Prozessverlaufs in der Kombinationsbehandlung die Bezugsgrößen (=n) variieren.

Als „*planmäßige Behandlungsbeendigung*“ werden gemäß des Schemas des ärztlichen Reha-Entlassungsberichtes der Deutschen Rentenversicherung (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2007) die Behandlungsbeendigungen

1. vorzeitig auf ärztliche Veranlassung
2. vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis oder
3. als Wechsel zu ambulanter, teil-stationärer, stationärer Reha sowie die
4. reguläre Entlassungen

bezeichnet.

Der „*irreguläre Abschluss*“ der Gesamtbehandlung/des Moduls beschreibt gemäß des Kodierschemas des ärztlichen Reha-Entlassungsberichtes die Behandlungsverläufe, die

1. vorzeitig auf ärztliche Veranlassung
2. vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis oder
3. als Wechsel zu ambulanter, teil-stationärer, stationärer Reha
4. vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis
5. disziplinarisch
6. als Verlegung
7. durch Tod

beendet werden. Als *Abbruch* werden die Kategorien „*vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis*“ und „*disziplinarisch*“ bezeichnet. *Alle anderen Behandlungsverläufe werden als „regulär“ bezeichnet.*

Das heißt, „*planmäßige Beendigungen*“ *beinhalten ggf. einen „irregulären Abschluss“* (vgl. Punkte 1., 2., 3.). Grundsätzlich fällt demnach die Quote der regulären Abschlüsse schlechter aus, als die der planmäßigen Behandlungsbeendigungen. Hervorzuheben ist, dass eine *planmäßige Beendigung* – beispielsweise als vorzeitige Beendigung mit ärztlichem Einverständnis – *im Sinne der medizinischen Rehabilitation grundsätzlich als erfolgreich* bewertet wird. Deshalb sind im Folgenden vorzugsweise die planmäßigen Behandlungsabschlüsse ausgewiesen. Studienübergreifend zeigt sich jedoch fehlende Einheitlichkeit in der Ausweisung der Quoten der Behandlungsabschlüsse

(verwendet werden planmäßig oder regulär). Dies ist besonders zu beachten, sofern Vergleichszahlen erörtert werden.

4.1.2 Datenbasis

Die folgende Abbildung verdeutlicht die Datenbasis der PatientInnen- und TherapeutInnenerhebungen (Stand 31.12.2007).

<i>Antragstellung</i> →		ambulante TherapeutInnen n=174 PatientInnen n=165
ggf. ambulantes Modul		
<i>Wechsel in die (Tages-)Klinik</i> →		ambulante TherapeutInnen n=105 stationäre TherapeutInnen n=124 PatientInnen n=121
stationäres Modul		
<i>Ende der Behandlung in der (Tages-)Klinik</i> →		stationäre TherapeutInnen n=115 PatientInnen n=109
<i>Beginn der ambulanten Weiterbehandlung</i> →		ambulante TherapeutInnen n=99 PatientInnen n=84
ambulantes Modul		
<i>Ende der ambulanten Weiterbehandlung/ MOKO</i> →		ambulante TherapeutInnen n=55 PatientInnen n=37
Katamnese		PatientInnen n=12

Abb. 32 Datenbasis der Prozess begleitenden Erhebungen in MoKo

Es wurden sowohl zu Behandlungsbeginn, bei jedem Behandlungswechsel als auch zum Behandlungsabschluss Befragungen durchgeführt. Die PatientInnen wurden darüber hinaus sechs Monate nach der Rehabilitation schriftlich befragt (vgl. Kapitel 2.3.2). Die *Fallzahl* je Datensatz nimmt mit dem Verlauf der Behandlung, d. h. mit der Reihenfolge der Befragungszeitpunkte ab. Dies ist insbesondere mit der Anlage der Untersuchung als prozessbegleitende Befragung und Prozessevaluation zu begründen: Für die Begleitung des Qualitätsentwicklungsprozesses sowie die Zwischenauswertung konnten so

relevante Prozesse in den Blick genommen werden und im Sinne eines Monitorings bewertet werden.

Für den Abschluss der Projektlaufzeit und den hier vorliegenden Bericht bedeutet der Umstand der Prozessevaluation, dass ein Teil der PatientInnen die Behandlung noch nicht beendet hat und für die Kernaussagen nicht berücksichtigt werden kann.

Die in die Auswertung einbezogene *Stichprobe* ist deshalb das Ergebnis eines spezifischen Selektionsprozesses der Prozess begleitend erhobenen Daten: Einbezogen wurden nur Fälle, deren Anfangsbefragung mit Blick auf den Stichtag 31.12.2007 (Abschluss der Datenerfassung) mindestens 52 Wochen lang zurückliegt. Dadurch ist gewährleistet, dass nur Fälle in die Auswertung einbezogen werden, die theoretisch die Möglichkeit hatten, die Behandlung planmäßig zu beenden. Alle in die Auswertung einbezogenen Fälle haben somit die Behandlung im Untersuchungszeitraum abgeschlossen, es liegen gesicherte Erkenntnisse über den Behandlungsstatus vor.

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

Noch nicht abgeschlossene Behandlungen (schwebende Fälle) genauso wie Fälle, in denen Anträge von KlientInnen nicht bewilligt oder umgewandelt wurden, sind aus den Auswertungen ausgeschlossen. Von den 115 für die Untersuchung einschlägigen Fällen, in denen ein Antrag auf Modulare Kombinationsbehandlung gestellt wurde, wurden 89% bewilligt. Als *Ausgangsgröße für die Berechnungen liegen schließlich Daten von N=102 Modularen Kombinationsbehandlungen vor.*¹⁷

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

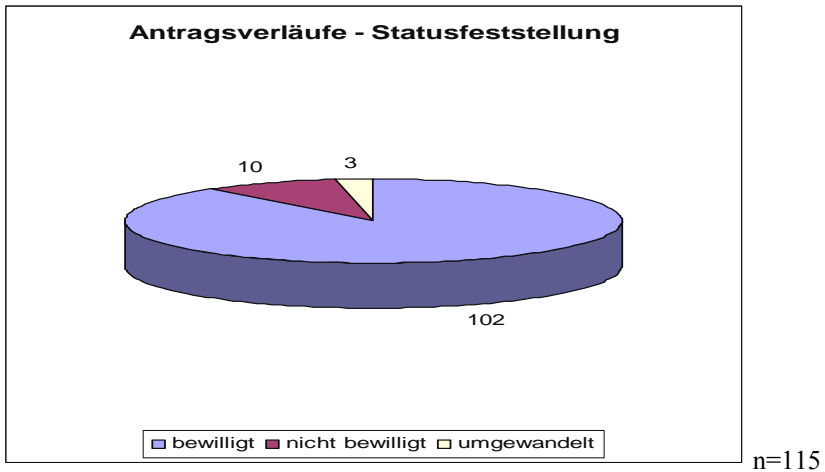


Abb. 33 Antragsverläufe – Statusfeststellung

Für die *einzelnen Auswertungen* wird jeweils auf die *einbezogenen, gültigen Fälle (n)* Bezug genommen, systemfehlende Daten wurden ausgeklammert, so dass den einzelnen Auswertungen *variierende Größen* zugrunde liegen. In der Auswertung wurden überwiegend Frequenz- und Kontingenzanalysen durchgeführt. Da die Daten überwiegend auf Einzelitems zurückgehen und ein nominales Skalenniveau aufweisen, wurden die Zusammenhangsprüfungen mit Hilfe von Chi-Quadrat-Tests (Signifikanzniveau: 95%) vorgenommen. Der Frage nach abbruchdeterminierenden Faktoren wurde mittels logistischer Regression nachgegangen (vgl. dazu Kapitel 4.1.13), Veränderungsentwicklungen wurden in einem Allgemeinen Linearen Modell geprüft (vgl. dazu Kapitel 4.1.11).

4.1.3 *Geschlecht, Alter, soziale und berufliche Einbindung der KlientInnen*

Unter *soziodemographischen und Eingangsmerkmalen* sind die KlientInnen gemäß der Daten aus der Anfangsbefragung der TherapeutInnen und KlientInnen wie folgt zu beschreiben: Lediglich 19% der KlientInnen sind Frauen (n=91). Gut 44% der MoKo-KlientInnen sind 40–49 Jahre alt (n=91).

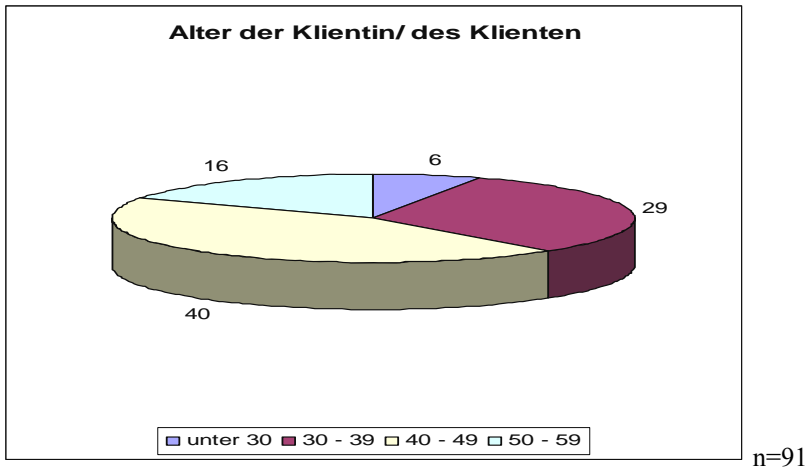


Abb. 34 Alter der Klientin/des Klienten

Über die Hälfte 51% (n=91) aller KlientInnen lebt zum Befragungszeitpunkt nicht in einer Partnerschaft und gilt somit als allein stehend.

Eine Zufriedenheit mit dem eigenen Freundeskreis ist bei Dreiviertel der Befragten (78%, n=91) gegeben. Knapp die Hälfte, 42% (n=93) der KlientInnen, sind unzufrieden mit ihrer Situation in Punkto Partnerschaft bzw. Familie.

Zur Schulbildung bzw. der beruflichen Einbindung der KlientInnen liegen folgende Angaben vor (n=91): Der höchste Schulabschluss der KlientInnen wird zu 65% mit dem Haupt- bzw. Volksschulabschluss angegeben. Etwa 23% haben die Realschule absolviert, gut 3% verfügen nicht über eine abgeschlossene Schulausbildung.

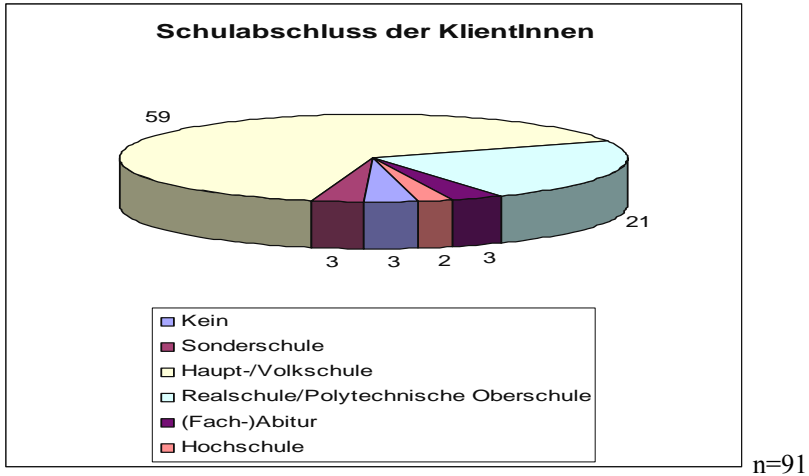


Abb. 35 Schulabschluss der KlientInnen

Die Betrachtung des Erwerbsstatus zum Zeitpunkt der Anfangsbefragung zeigt, dass mit 53% der Anteil der Arbeitslosen den größten Stellenwert einnimmt. 33% der MoKo-KlientInnen sind als Facharbeiter und Arbeiter berufstätig (n=89).

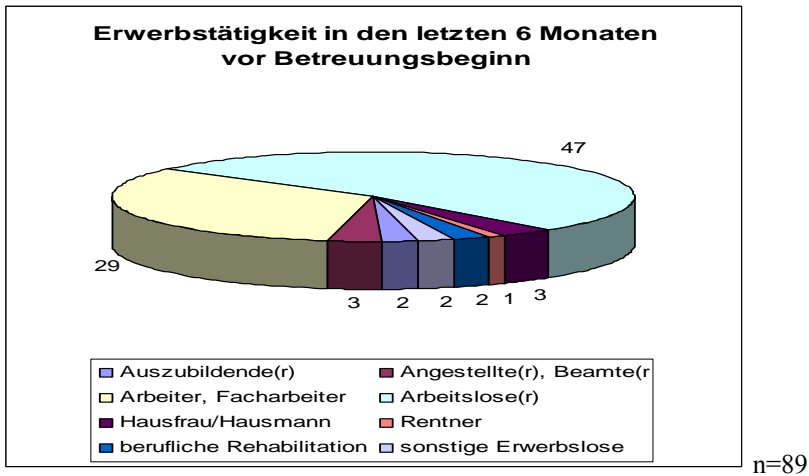


Abb. 36 Erwerbsstatus zum Zeitpunkt der Antragstellung

Unter den Arbeitslosen sind 76% vor der Rehabilitation bereits von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen (n=46).

Fragt man die KlientInnen (n=78) zur Zufriedenheit mit ihrer schulischen/betrieblichen Situation, so geben 60% der Befragten an, unzufrieden damit zu sein.

4.1.4 *Alkoholabhängigkeit und Gesundheitszustand der KlientInnen bei Antragstellung*

Bei Aufnahme der Behandlung besteht eine Alkoholabhängigkeit der KlientInnen durchschnittlich seit 11 Jahren (n=91). Die nachfolgende Übersicht gibt Auskunft über die Verteilung der Dauer der Alkoholabhängigkeit in Jahren:

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

Abb. 37 Abhängigkeitsdauer in Jahren

Die Abhängigkeitserkrankung ist bei 47% (n=91) der KlientInnen durch längere Phasen der Abstinenz gekennzeichnet.

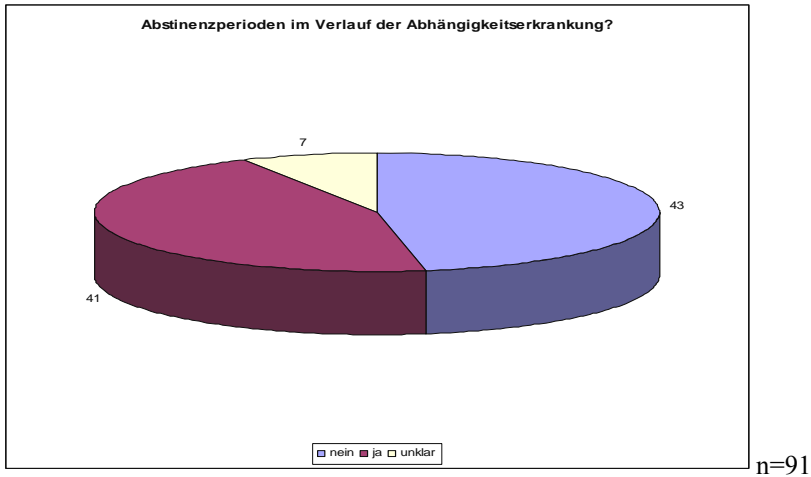


Abb. 38 Abstinenzperioden im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung

82% hatten bereits vor der MoKo Kontakte zum Hilfesystem (n=93) – vorrangig im Rahmen von Entgiftungsbehandlungen im Krankenhaus (74%), Besuchen beim Hausarzt (65%) sowie Beratungen in einer ambulanten Einrichtung (47%). Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe hatten in der Vergangenheit 46% der Befragten.

42% der KlientInnen (n=91) haben bereits früher an mindestens einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen. Es handelt sich also nur bei einem Drittel um "behandlungserfahrenes" Klientel.

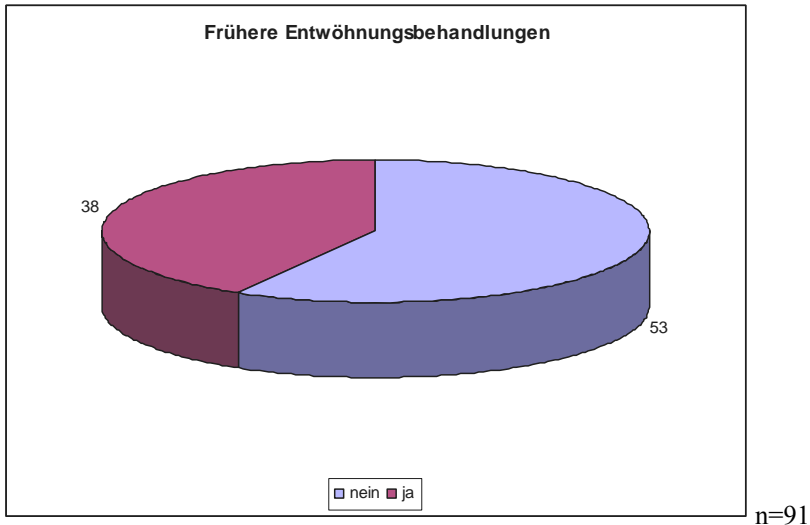


Abb. 39 Vorbehandlungen

Störungsbilder/Suchtdiagnosen

Für 74 Fälle wurde eine Störung durch Alkohol festgestellt (F10). Von diesen 74 Fällen wiesen 12 Fälle weitere Diagnosen und Störungsbilder, wie Störungen durch Sedativa oder Hypnotika und durch Cannabinoide auf. Sechsmal wurde „Schizophrenie“ (F20) dokumentiert, viermal „Schizoaffektive Störungen“ (F25) erfasst. Jeweils einmal wurde eine induzierte wahnhafte Störung (F24) sowie ein „multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen“ (F19) codiert (n=86).

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

Entwicklungspotenzial/Ressourcen im Sinne der ICF

Die KlientInnen verfügen in Hinblick auf die Behandlung über verschiedene Aktiva: Neben sozialen Beziehungen werden auch einzelne Kompetenzen oder Fähigkeiten als therapieförderliche Ressourcen und Strategien angesehen. 44 der KlientInnen besitzen im sozialen Umfeld Personen, auf die sie während ihrer Behandlung bauen können. Sechs unter ihnen besitzen weitere Aktiva, wie z. B. „eine langjährige Abstinenz Erfahrung“, „Behandlungsein-

sicht“ oder den „Arbeitsplatz“. Als weitere Aktiva werden für einzelne KlientInnen z. B. „handwerkliches Geschick“, „Kommunikationsfreudigkeit“ und „Durchsetzungsfähigkeit“ benannt. Für 35% der KlientInnen werden keine therapeutischen Ressourcen oder Strategien gesehen (n=91).

Beeinträchtigungen oder Barrieren im Sinne der ICF

Die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe der KlientInnen kann durch besondere Beeinträchtigungen beschränkt sein: Für 68% der KlientInnen wurden keine Beeinträchtigungen oder hemmenden Faktoren deutlich (n=90). Als Barrieren oder belastende Faktoren werden mangelnde soziale Beziehungen, (psycho-)somatische Beschwerden sowie persönliche Verhaltensmuster wie „Aggressivität“, „eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit“ oder „Selbstunsicherheit“ genannt.

Befragt nach den Hauptschwierigkeiten der MoKo-KlientInnen sehen die TherapeutInnen zu Behandlungsbeginn entscheidende Belastungen in den Bereichen

- Konfliktfähigkeit (Bewertung „schlecht“: 64%),
- Selbstsicherheit (Bewertung „schlecht“: 56%),
- psychische Belastbarkeit bei Stress (Bewertung „schlecht“: 55%),
- Durchsetzungsfähigkeit (Bewertung „schlecht“: 51%),
- Konzentrationsvermögen (Bewertung „schlecht“: 28%)
- Kommunikationsfähigkeit (Bewertung „schlecht“: 24%),
- Arbeitsfähigkeit insgesamt (Bewertung „schlecht“: 19%) und
- körperliche Verfassung (Bewertung „schlecht“: 18%) (n= 91).

Die KlientInnen selbst sehen ihre größten Probleme in den Bereichen

- psychische Belastbarkeit bei Stress (Bewertung „schlecht“: 36%, n=95)
- Selbstsicherheit (Bewertung „schlecht“: 34%, n=94),
- Konfliktfähigkeit (Bewertung „schlecht“: 29%, n=94),
- Durchsetzungsfähigkeit (Bewertung „schlecht“: 25%, n=89),
- Arbeitsfähigkeit insgesamt (Bewertung „schlecht“: 21%, n=92),
- körperliche Verfassung (Bewertung "schlecht": 19%, n=95),
- Konzentrationsvermögen (Bewertung "schlecht": 18%, n=93) und
- Kommunikationsfähigkeit (Bewertung "schlecht": 8%, n= 95).

Stellt man die Rangordnung der Beurteilungen des augenblicklichen Zustandes durch die KlientInnen und TherapeutInnen einander gegenüber, wird in den meisten Bereichen ein deutlicher Unterschied von Fremd- und Selbst-

einschätzung des aktuellen Zustandes offenbar: Die TherapeutInnen bewerten den Zustand in den einzelnen Bereichen bis auf wenige Ausnahmen häufiger schlecht. Auch variiert die Rangordnung im Allgemeinen: TherapeutInnen und KlientInnen messen den Bereichen psychische Belastbarkeit bei Stress, Selbstsicherheit, Konfliktfähigkeit, Durchsetzungsfähigkeit unterschiedliche Bedeutungen zu, in den Bereichen Konzentrationsvermögen, Arbeitsfähigkeit, körperliche Verfassung gleichen sich hingegen die Einschätzungen.

als „schlecht“ beurteilt wird die/das...	von ...% der klientinnen	von ...% der therapeutinnen
psychische Belastbarkeit bei Stress	36%	55%
Selbstsicherheit	34%	56%
Konfliktfähigkeit	29%	64%
Durchsetzungsfähigkeit	25%	51%
Arbeitsfähigkeit insgesamt	21%	19%
körperliche Verfassung	19%	18%
Konzentrationsvermögen	18%	28%
Kommunikationsfähigkeit	8%	24%

Abb. 40 Fremd- und Selbstbeobachtung des aktuellen Zustandes

Aus Sicht der TherapeutInnen zeigen 87% (n=91) der KlientInnen Einsicht in die Alkoholabhängigkeit.

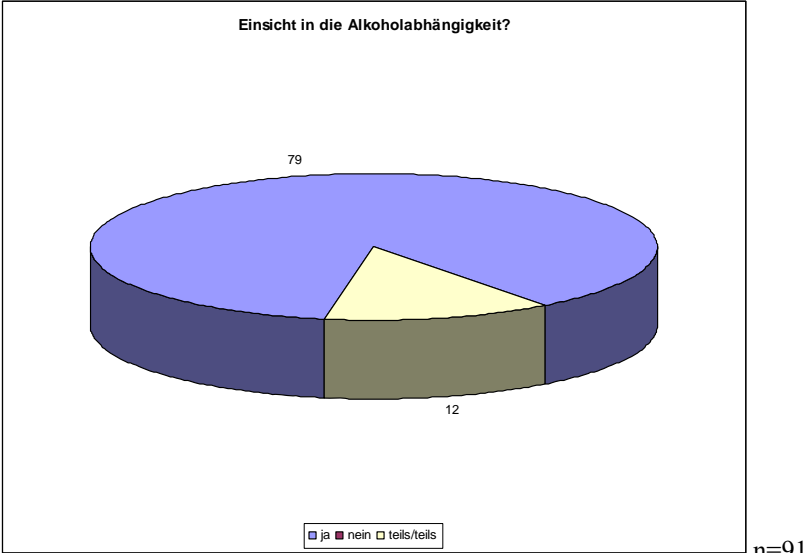


Abb. 41 Einsicht in die Alkoholabhängigkeit

Bei 68% (n=91) der KlientInnen wird die Änderungsmotivation als hoch aufgefasst. Keiner der KlientInnen ist nach Meinung der TherapeutInnen gering motiviert.

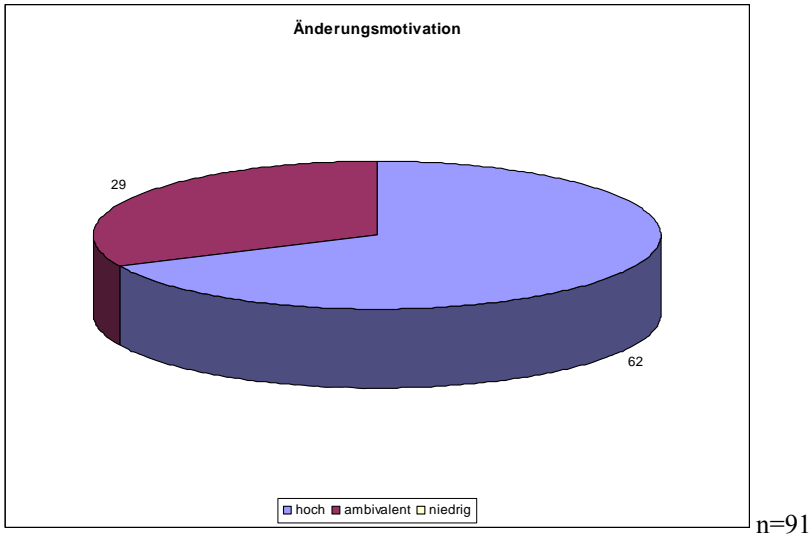


Abb. 42 Änderungsmotivation

4.1.5 Indikation zur Modularen Kombinationsbehandlung

In der Anfangsbefragung wurden die TherapeutInnen zur Indikation der KlientInnen für die Modulare Kombinationsbehandlung gefragt. Dazu wurden als Indikatoren die in Kapitel 2.2 erläuterten Indikationskriterien verwendet und für die Datenerhebung operationalisiert, um sie zustimmend oder ablehnend beantworten zu können.

Es wurde gefragt, ob aus Sicht der TherapeutInnen die Fähigkeit der KlientInnen zum Krisenmanagement auch außerhalb des stationären Therapiesettings gegeben ist. Für jeweils 37% der KlientInnen trifft das eher zu bzw. teilweise zu.

Die Fähigkeit zum Krisenmanagement auch außerhalb des stationären Therapiesettings ist gegeben.

	Häufigkeit	Prozent
trifft überhaupt nicht zu	4	4,4
trifft eher nicht zu	34	37,4
trifft teils zu, teils nicht zu	34	37,4
trifft eher zu	19	20,9
Gesamt	91	100,0

Abb. 43 Fähigkeit zum Krisenmanagement

Die Frage, ob eine langzeitstationäre Rehabilitation durch die Arbeitssituation der KlientInnen verhindert wird, beantworten die TherapeutInnen wie folgt: Tendenziell trifft diese Aussage für 81% nicht zu und für 13% zu (n=91).

Eine langzeitstationäre Rehabilitation wird durch die Arbeitssituation verhindert.

	Häufigkeit	Prozent
trifft überhaupt nicht zu	68	74,7
trifft eher nicht zu	6	6,6
trifft teils zu, teils nicht zu	5	5,5
trifft eher zu	8	8,8
trifft voll und ganz zu	4	4,4
Gesamt	91	100,0

Abb. 44 Langzeitstationäre Reha und Arbeit

Bezieht man die Aussage nur auf diejenigen KlientInnen, die einer Arbeit nachgehen, so zeigt sich, dass die Aussage für 67% der KlientInnen nicht zutrifft, in 29% der Fälle verhindert die Arbeitssituation eine langzeitstationäre Behandlung.

Eine langzeitstationäre Rehabilitation wird durch die Arbeitssituation verhindert.

	Häufigkeit	Prozent
trifft überhaupt nicht zu	25	59,5
trifft eher nicht zu	3	7,1
trifft teils zu, teils nicht zu	2	4,8
trifft eher zu	8	19,0
trifft voll und ganz zu	4	9,5
Gesamt	42	100,0

Abb. 45 Langzeitstationäre Reha und Arbeit – nur arbeitende KlientInnen

Gefragt nach besonderen sozialen Verpflichtungen, die bei den KlientInnen antizipiert werden, geben die TherapeutInnen an, dass einer langzeitstationären Behandlung in 80% der Fälle nichts entgegensteht, für 13% werden hingegen welche gesehen (n=91).

Eine langzeitstationäre Rehabilitation wird durch besondere soziale Verpflichtungen (Partnerschaft, Familie...) verhindert.

	Häufigkeit	Prozent
trifft überhaupt nicht zu	54	59,3
trifft eher nicht zu	19	20,9
trifft teils zu, teils nicht zu	6	6,6
trifft eher zu	7	7,7
trifft voll und ganz zu	5	5,5
Gesamt	91	100,0

Abb. 46 Langzeitstationäre Reha und soziale Verpflichtungen

Die MoKo ist gemäß den Indikationskriterien geeignet für KlientInnen, die bereits früher in der Rehabilitation gewesen sind. Die TherapeutInnen wurden vor diesem Hintergrund gebeten, die Aussage „Nach vorangegangenen Behandlungen ist eine alleinige stationäre Langzeitmaßnahme nicht erforderlich“ zu bewerten. Für 37% der KlientInnen, die bereits in Behandlung gewesen sind, wird dies tendenziell abgelehnt, für 16% der Fälle trifft die Aussage laut Einschätzung der TherapeutInnen teilweise zu; für 47% der KlientInnen trifft diese Aussage in der Tendenz zu (n=38).

Nach vorangegangenen Behandlungen ist eine alleinige stationäre Langzeitmaßnahme nicht erforderlich.

	Häufigkeit	Prozent
trifft überhaupt nicht zu	9	23,7
trifft eher nicht zu	5	13,2
trifft teils zu, teils nicht zu	6	15,8
trifft eher zu	12	31,6
trifft voll und ganz zu	6	15,8
Gesamt	38	100,0

Abb. 47 Frühere Rehabilitation und erforderliche Langzeitmaßnahme

Die TherapeutInnen wurden auch dazu befragt, ob die KlientInnen sich in einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen können, jedoch in der Selbständigkeit scheitern. Diese Aussage lehnen die TherapeutInnen für 37% ihrer KlientInnen tendenziell ab, in 26% der Fälle trifft sie teilweise zu, für 36% der Fälle wird der Aussage tendenziell zugestimmt (n=91).

Der Klient /die Klientin ist bereits institutionserfahren und kann sich einem vorgegebenen Regelrahmen gut anpassen, scheitert jedoch in der Selbständigkeit.

	Häufigkeit	Prozent
trifft überhaupt nicht zu	23	25,3
trifft eher nicht zu	11	12,1
trifft teils zu, teils nicht zu	24	26,4
trifft eher zu	28	30,8
trifft voll und ganz zu	5	5,5
Gesamt	91	100,0

Abb. 48 Anpassung an Regelrahmen und Scheitern in der Selbständigkeit

Gefragt danach, ob die psychischen Begleit-/Folgeerkrankungen bei den KlientInnen eine stationäre Entwöhnungsbehandlung indizieren, stimmen die TherapeutInnen in 18% der Fälle nicht zu, für 57% der Fälle wird der Aussage in der Tendenz zugestimmt (n=91).

Die Abhängigkeitserkrankung sowie deren Begleit-/Folgeerkrankungen im psychischen Bereich erfordern eine stationäre Entwöhnungsbehandlung.

	Häufigkeit	Prozent
trifft überhaupt nicht zu	4	4,4
trifft eher nicht zu	12	13,2
trifft teils zu, teils nicht zu	23	25,3
trifft eher zu	37	40,7
trifft voll und ganz zu	15	16,5
Gesamt	91	100,0

Abb. 49 Beschwerden psychischer Bereich und stationäre Entwöhnungsbehandlung

Bezogen auf den physischen Bereich und mögliche Begleit-/Folgeerkrankungen auf Seiten der KlientInnen sehen die TherapeutInnen in 43% der Fälle tendenziell keinen Bedarf für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung, in 33% der Fälle stimmen die TherapeutInnen der Aussage zu (n=91).

Die Abhängigkeitserkrankung sowie deren Begleit-/Folgeerkrankungen im körperlichen Bereich erfordern eine stationäre Entwöhnungsbehandlung.

	Häufigkeit	Prozent
trifft überhaupt nicht zu	13	14,3
trifft eher nicht zu	26	28,6
trifft teils zu, teils nicht zu	22	24,2
trifft eher zu	27	29,7
trifft voll und ganz zu	3	3,3
Gesamt	91	100,0

Abb. 50 Körperliche Beschwerden und stationäre Entwöhnungsbehandlung

4.1.6 *Behandlungsverläufe der MoKo*

4.1.6.1 Beantragte Behandlungsvarianten/Die Prospektive Therapieplanung

In der *Prospektiven Therapieplanung* werden für die *ambulante Behandlung* durchschnittlich 40 Wochen (n=90) beantragt. Dabei wurden in 49% der Fälle 40 Wochen und in 30% der Fälle 42 Wochen veranschlagt.

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

Abb. 51 Prospektive Therapieplanung ambulante Behandlung

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

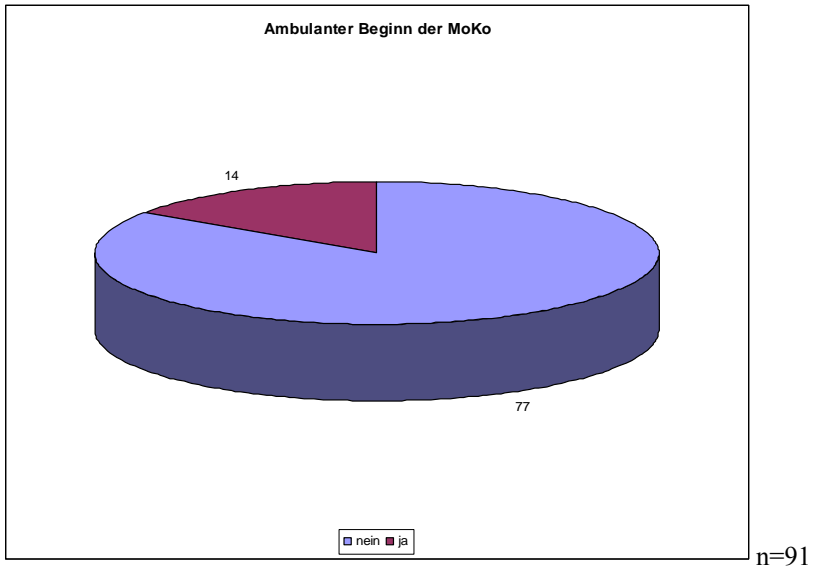


Abb. 52 Ambulanter Beginn der MoKo

Für diese Fälle wurden jeweils drei MoKo-Module – eine ambulante Reha-Eingangsphase, ein (teil-)stationäres und ein ambulantes Modul – geplant. Die Ausnahme bildete ein Fall, in dem zum ambulanten Auftakt zwei stationäre Module mit einer Gesamtdauer von 12 Wochen sowie die ambulante Weiterbehandlung geplant wurden.

Die *ganztägig ambulante Behandlungsvariante* wurde in 15 Fällen (n=91) beantragt, sie umfasst durchschnittlich 11 Wochen, wobei in 11 Fällen zwölf Wochen sowie in jeweils 2 Fällen zehn und acht Wochen lange Phasen beantragt wurden.

	Häufigkeit	Prozente
8 Wochen	2	13,3
10 Wochen	2	13,3
12 Wochen	11	73,3
Gesamt	15	100,0

Abb. 53 Ganztägig ambulante Behandlungsvariante

Die für 83% der Fälle (n=91) beantragte *stationäre Behandlung* umfasst in der Prospektiven Therapieplanung durchschnittlich 11 Wochen (n=74): In 45% der Fälle wird das stationäre Modul mit einer Dauer von zwölf Wochen, in 41% von zehn Wochen und für eine Minderheit (14%) eine Dauer von acht Wochen beantragt.

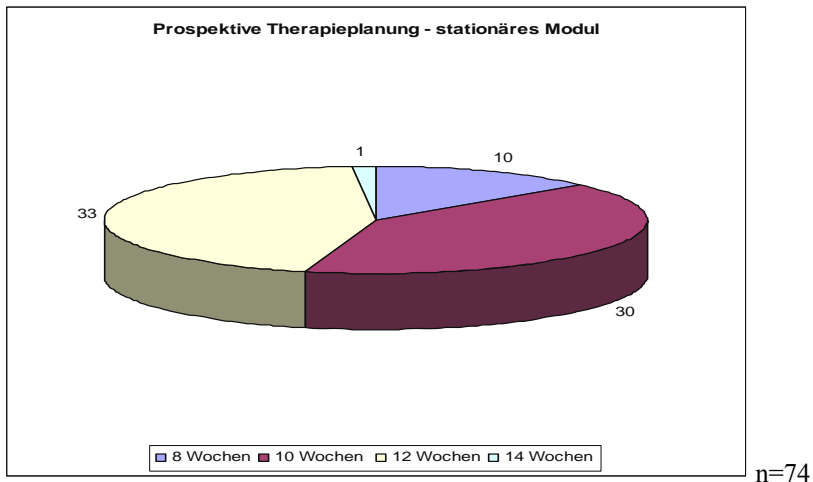


Abb. 54 Prospektive Therapieplanung stationäres Modul

Gemäß der Prospektiven Therapieplanung wird demnach in MoKo „typischerweise“ eine 10- oder 12-wöchige (teil-)stationäre Behandlung beantragt, an die ein 40-wöchiges ambulantes Modul anschließt.

4.1.6.2 Realisierte Behandlungsvarianten

In Fortsetzung der Erörterungen zur Planung und dem antizipierten Verlauf der MoKo beziehen sich die Auswertungen auf den „Regelverlauf der MoKo“ als ganztätig ambulante/stationär-ambulante Verbundbehandlung. Unter dem Punkt „Realisierung“ werden daher zunächst Angaben zum ganztätig ambulanten bzw. stationären Modul wiedergegeben.

Verlauf der ganztätig ambulanten/stationären Behandlung

96% der KlientInnen (n=97), die die MoKo angetreten haben¹⁸, gelingt die Behandlungsaufnahme im ganztätig ambulanten/stationären Modul.

Beim Betrachten der Dauer des (teil-)stationären Moduls, zeigt sich eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 10 Wochen (n=70). Zur Darstellung der Verweildauer wurden die individuellen Behandlungszeiten im (teil-) stationären Modul auf die nachfolgenden Kategorien aufgeteilt:

¹⁸ Die nicht angetretenen Fälle wurden herausgerechnet!

	Häufigkeit	Prozente
bis zu 4 Wochen	6	8,6
zwischen 5 und 6 Wochen	1	1,4
zwischen 7 und 8 Wochen	9	12,9
zwischen 9 und 10 Wochen	22	31,4
zwischen 11 und 12 Wochen	30	42,9
mehr als 12 Wochen	2	2,9
Gesamt	70	100

Abb. 55 Realisierung des ganztätig ambulanten/stationäre Moduls

Während der tatsächliche Aufenthalt in der *Fachklinik im Mittel bei 10 Wochen* ($n=60$) liegt, dauert die Behandlung in der Tagesklinik mit durchschnittlich 12 Wochen ($n=9$) länger.

Betrachten wir das Behandlungsgeschehen am Ende des stationären Moduls, so zeigt sich, dass in 93% der Fälle ($n=54$) im Verlauf der MoKo ein (Tages-) Klinikaufenthalt realisiert wird

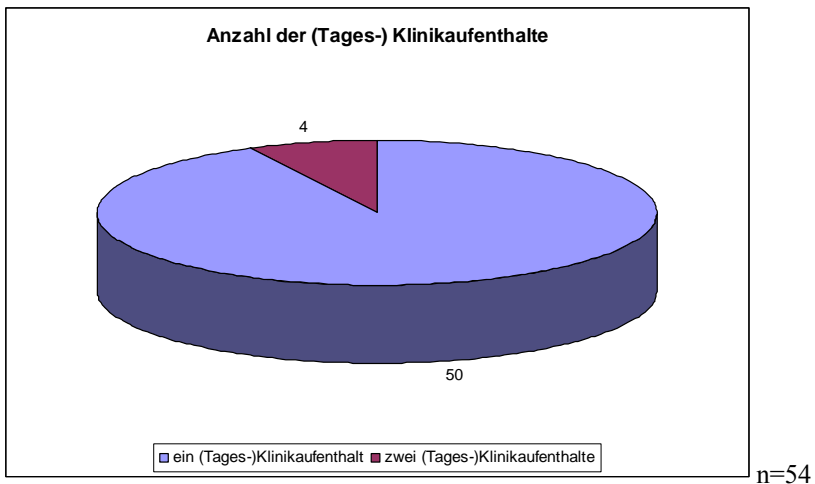


Abb. 56 Anzahl der (Tages-) Klinikaufenthalte

Im Verhältnis zur Einschätzung des Behandlungsbedarfes bei Antragstellung wurden in 13% der Fälle Veränderungen der Prospektiven Therapieplanung notwendig. In 3% der Fälle musste das stationäre Modul verlängert oder um ein zusätzliches ergänzt werden, in 5% der Fälle wurde die Behandlungszeit verkürzt. 5% der Fälle wurden in eine andere Einrichtung verlegt (n=64).

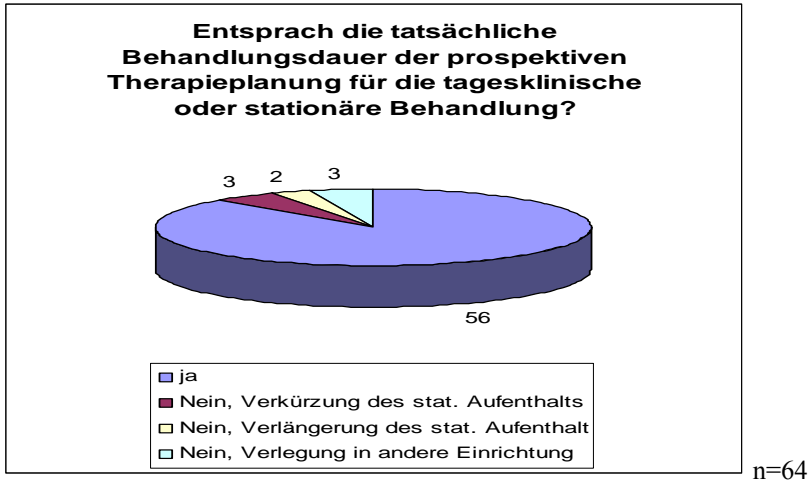


Abb. 57 Dauer der tagesklinischen oder stationären Behandlung gemessen an der Prospektiven Therapieplanung

Die Prospektive Therapieplanung der ambulanten TherapeutInnen/BeraterInnen Therapieplanung *zum Zeitpunkt der Antragsstellung* ging somit in 88% der Fälle auf (n=64). Ein flexibler oder deregulierter Umgang mit (teil-)stationären Reha-Phasen wurde demnach mehrheitlich nicht notwendig bzw. wurde nur in Ausnahmefällen gewählt.

Seitens der (teil-)stationären TherapeutInnen wird die Behandlungsdauer in der Klinik oder Tagesklinik in 84% der Fälle als ausreichend bewertet (n=69). In 12% der Fälle beurteilen die TherapeutInnen die Behandlungszeit als zu kurz, insbesondere auch, weil sich dahinter vorzeitige Behandlungsabbrüche oder disziplinarische Entscheidungen seitens der BehandlerInnen verbergen. Für 4% wurde eine Weiterbehandlung im Rahmen der Adaption angeregt (n=69).

Bewertung der (teil-)stationären Behandlung

Die KlientInnen wurden zum Abschluss des (teil-)stationären Moduls gefragt, wie zufrieden sie mit ihrer bisherigen Behandlung sind:

Nahezu alle KlientInnen, 99% (n=71), zeigen sich mit der Behandlung in der (Tages-)Klinik tendenziell zufrieden – nur ein Klient/eine Klientin ist tendenziell unzufrieden.

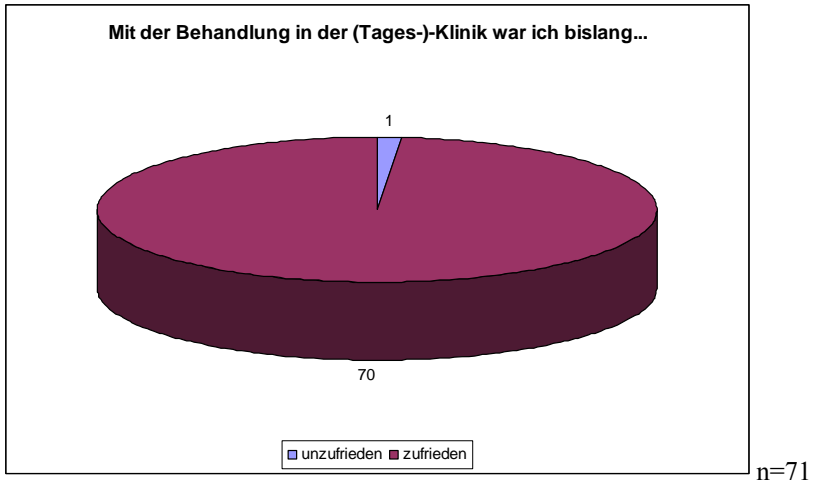


Abb. 58 Zufriedenheit mit der Behandlung

75% der KlientInnen würden wieder in die sie behandelnde Einrichtung kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten.

Einem Freund diese Einrichtung empfehlen würden 85% der Befragten, 8 KlientInnen sind unentschlossen (n= 71).

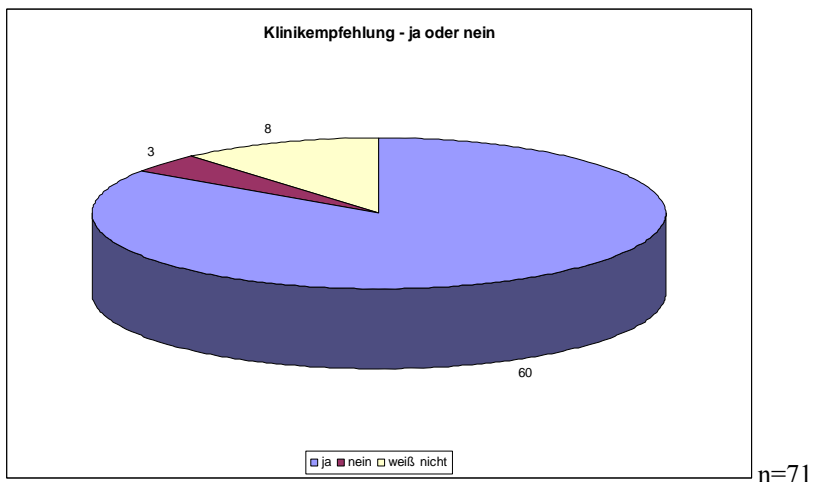


Abb. 59 Klinikempfehlung

Verlauf der ambulanten (Weiter-)Behandlung

73 KlientInnen (75%, n=97), die die MoKo angetreten haben¹⁹, gelingt der Wechsel von der ganztägig ambulanten/stationären Behandlung in die ambulante Weiterbehandlung im Rahmen der MoKo. Den KlientInnen, denen der Übergang überhaupt bevorstand²⁰, gelingt der Wechsel vom (teil-)stationären Modul in die ambulante Weiterbehandlung zu 91% (n=80). D. h. 7 Fälle bewältigen den Übergang aus der (Tages-)Klinik in das ambulante Modul nicht.

Betrachtet man die ambulante Behandlung im Rahmen der MoKo (n=53)²¹, zeigt sich, dass im Durchschnitt 30 Wochen ambulant behandelt wird. Die Zeiten variieren dabei zwischen 1 und 51 Wochen.

Die individuelle Behandlungszeit verteilt sich dabei auf folgende Korridore:

- 53% der Fälle wurden weniger als 40 Wochen behandelt,
- 25% wurden 42 Wochen lang ambulant behandelt,
- in 19% der Fälle lag die Dauer des ambulanten Moduls bei 40 bis 41 Wochen.

¹⁹ Nicht angetretene Fälle wurden herausgerechnet!

²⁰ Abbrecher aus den vorherigen Modulen wurden herausgerechnet!

²¹ Hier sind alle Fälle ohne Beachtung des planmäßigen oder irregulären Verlaufes gemeint.

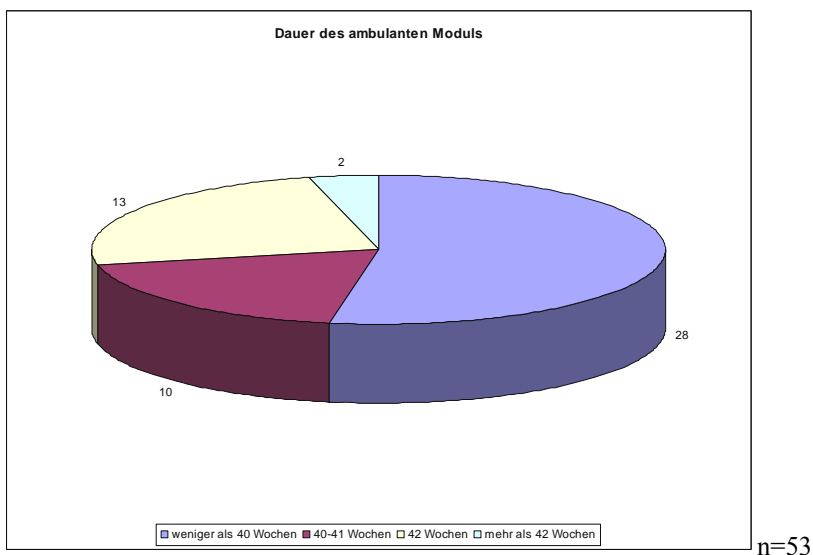


Abb. 60 Dauer des ambulanten Moduls

Im ambulanten Modul werden im Durchschnitt 41 Therapieeinheiten eingesetzt (n=53).

PatientInnen mit *regulärem Behandlungsabschluss der MoKo* (n=34) werden im Mittel 39 Wochen lang ambulant behandelt. Jeweils knapp ein Drittel der Fälle wird bis zu 40 und bis zu 41 Wochen lang ambulant behandelt, die Mehrheit wird allerdings 42 Wochen und länger ambulant behandelt.

	Häufigkeit	Prozente
weniger als 40 Wochen	10	29,4
40-41 Wochen	10	29,4
42 Wochen	13	38,2
mehr als 42 Wochen	1	2,9
Gesamt	34	100,0

Abb. 61 Dauer der ambulanten Behandlung – regulärer Behandlungsabschluss

Betrachten wir die Behandlungszeiten für die im einzelnen realisierten Behandlungsvarianten zeigt sich, dass die wenigen Fälle, die einen *ambulant-stationär-ambulanten Verlauf* genommen haben, eine durchschnittliche

ambulante Behandlungszeit von 31 Wochen hatten (n=7).²² Die Dauer der ambulanten Reha-Eingangsphase variiert dabei zwischen 4 und 22 Wochen (n=9). D. h. seitens der ambulanten TherapeutInnen werden verschiedentlich Möglichkeiten gesehen, die Zeit vor dem stationären Aufenthalt der KlientInnen therapeutisch zu nutzen. Ebenso verhält es sich mit der ambulanten Weiterbehandlung dieser MoKo-KlientInnen. Das für diese Teilgruppe zweite ambulante Modul wird im Minimum 4 Wochen lang, im Maximum 36 Wochen lang realisiert (n=7).

KlientInnen, die *nur ein ambulantes Modul*, also die ambulante Weiterbehandlung nach dem stationären Modul, absolviert haben (n=33), wurden im Mittel 30 Wochen lang ambulant behandelt.

Bewertung der ambulanten Behandlung

Die ambulanten TherapeutInnen wurden zu Beginn der ambulanten Weiterbehandlung gefragt, ob sie Bedarf für ein weiteres stationäres Modul des Klienten/der Klientin sehen. In 95% der Fälle (n=62) wird dies verneint.

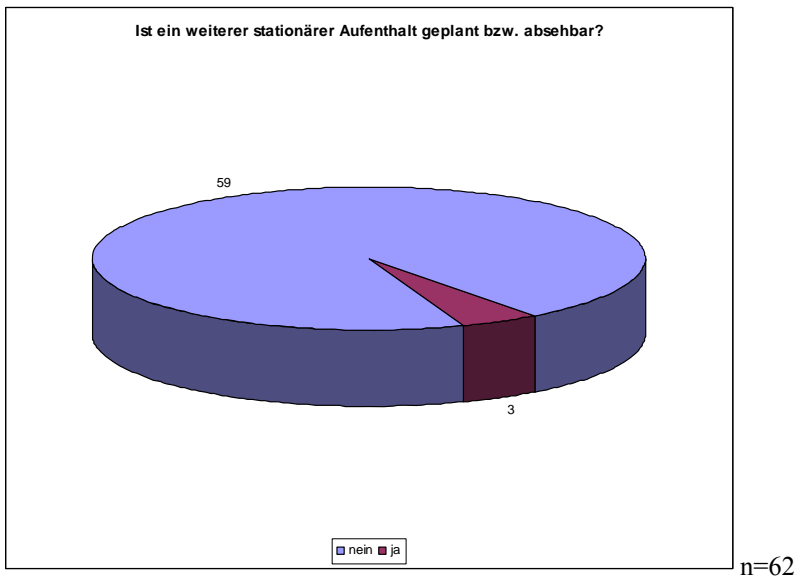


Abb. 62 Planung eines weiteren (teil-)stationären Aufenthalts

22 Hier sind alle Fälle mit ambulant-stationär-ambulanten Verlauf ohne Beachtung des planmäßigen oder irregulären Verlaufes gemeint.

Die ambulanten TherapeutInnen wurden zum Abschluss der Behandlung gebeten einzuschätzen, wie sie die Dauer der ambulanten Weiterbehandlung für ihre KlientInnen bewerten: Die TherapeutInnen geben *zum Abschluss der Behandlung für alle planmäßig Behandelten* an, dass in 89% der Fälle die ambulante Behandlungszeit ausreichend, in 6% ein Verlängerungsantrag gestellt und in 6% der Fälle die ambulante Behandlung mit ärztlichem Einverständnis vorzeitig und aus Sicht der BehandlerInnen zu früh abgeschlossen wurde.

	Häufigkeit	Prozente
Zeit war ausreichend	32	88,9
Zeit war zu kurz, Verlängerungsantrag wurde gestellt	2	5,6
Zeit war zu kurz, da vom Klienten vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis beendet	2	5,6
Gesamt	36	100,0

Abb. 63 Einschätzung der Behandlungsdauer

Zum Abschluss der ambulanten Weiterbehandlung wurden die KlientInnen und TherapeutInnen erneut um eine Beurteilung des augenblicklichen Zustandes gebeten. Um einen Vergleich mit den Angaben zu Beginn der Behandlung zu ermöglichen, wurden erneut die Angaben der Kategorie „schlecht“ abgebildet.

Befragt nach den Hauptschwierigkeiten der MoKo-KlientInnen sehen die TherapeutInnen zu Behandlungsende entscheidende Belastungen in den Bereichen

- Konfliktfähigkeit (Bewertung „schlecht“: 19%),
- Selbstsicherheit (Bewertung „schlecht“: 13%),
- psychische Belastbarkeit bei Stress (Bewertung „schlecht“: 15%),
- Durchsetzungsfähigkeit (Bewertung „schlecht“: 9%),
- Konzentrationsvermögen (Bewertung „schlecht“: 9%),
- Kommunikationsfähigkeit (Bewertung „schlecht“: 24%),
- Arbeitsfähigkeit insgesamt (Bewertung „schlecht“: 11%) und
- körperliche Verfassung (Bewertung „schlecht“: 13%) (n= 54).

Die KlientInnen selbst bewerten die Problembereiche wie folgt:

- psychische Belastbarkeit bei Stress (Bewertung „schlecht“: 0%, n=35),
- Selbstsicherheit (Bewertung „schlecht“: 0%, n=35),

- Konfliktfähigkeit (Bewertung „schlecht“: 3%, n=35),
- Durchsetzungsfähigkeit (Bewertung „schlecht“: 0%, n=35),
- Arbeitsfähigkeit insgesamt (Bewertung „schlecht“: 6%, n=35),
- körperliche Verfassung (Bewertung „schlecht“: 9%, n=35),
- Konzentrationsvermögen (Bewertung „schlecht“: 3%, n=33) und
- Kommunikationsfähigkeit (Bewertung „schlecht“: 0%, n=35).

In der Gegenüberstellung der Rangordnung wird wiederholt (vgl. dazu Kapitel 4.1.4) der Unterschied von Fremd- und Selbsteinschätzung deutlich, obgleich sich die Bewertung eines „schlechten Zustandes“ verringert hat und sich sowohl aus Sicht der TherapeutInnen also auch der KlientInnen das Ausmaß der Beeinträchtigungen durch die MoKo verringert hat.

als „schlecht“ beurteilt wird die/das...	von ...% der Klientinnen	von ...% der Therapeutinnen
psychische Belastbarkeit bei Stress	0%	15%
Selbstsicherheit	0%	13%
Konfliktfähigkeit	3%	19%
Durchsetzungsfähigkeit	0%	9%
Konzentrationsvermögen	3%	9%
Arbeitsfähigkeit insgesamt	6%	11%
körperliche Verfassung	9%	13%
Kommunikationsfähigkeit	0%	24%

Abb. 64 Fremd- und Selbstbeobachtung des aktuellen Zustandes

Aus Sicht der ambulanten TherapeutInnen war der Behandlungsrahmen nur in wenigen Fällen nicht geeignet (n=54).



Abb. 65 Einschätzung des Behandlungsrahmens

Gefragt nach dem individuellen Behandlungsverlauf geben 8% der ambulanten TherapeutInnen zum Abschluss der Behandlung an, dass es in der Gesamteinschätzung keine Veränderung bei ihren KlientInnen gibt. Für 62% der Fälle wird die Veränderung als deutlich bzw. wesentlich, für 31% (n=54) als leichte Besserung angesehen.

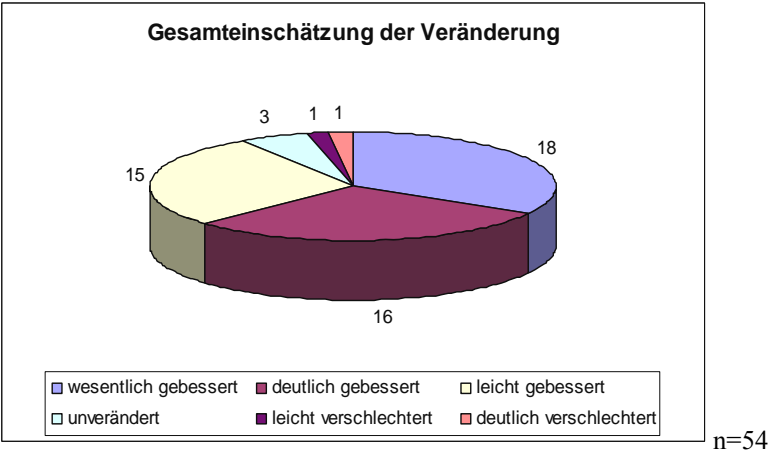


Abb. 66 Gesamteinschätzung der Veränderung

Vor diesem Hintergrund sind 63% (n=54) der ambulanten TherapeutInnen zum Abschluss der MoKo mit dem Behandlungsergebnis zufrieden.

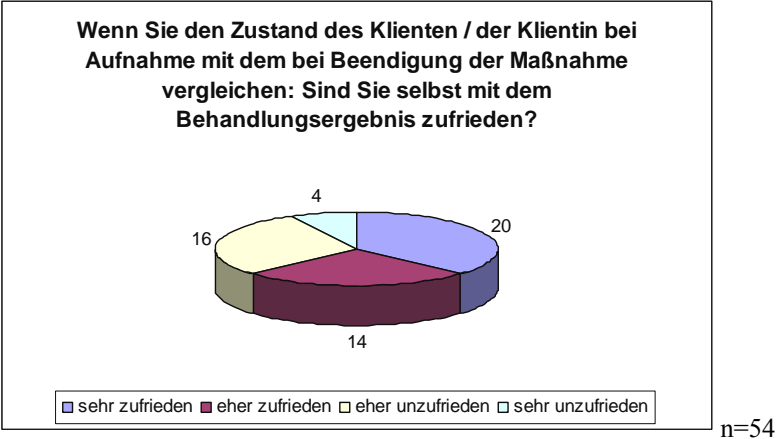


Abb. 67 Behandlungszufriedenheit

Die MoKo-KlientInnen wurden zum Abschluss ihrer Kombinationsbehandlung gefragt, wie sie ihren Aufenthalt in der Fachambulanz bewerten. Nur 6% der Befragten (n=35) schätzen ihn für sich als nicht erfolgreich ein.

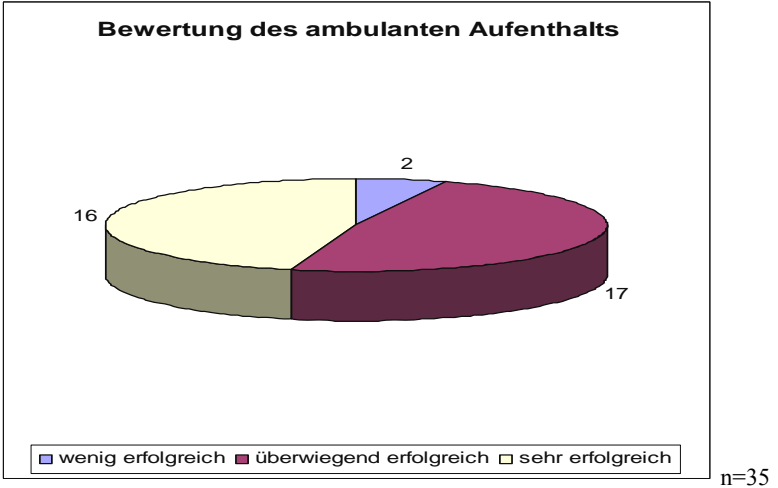
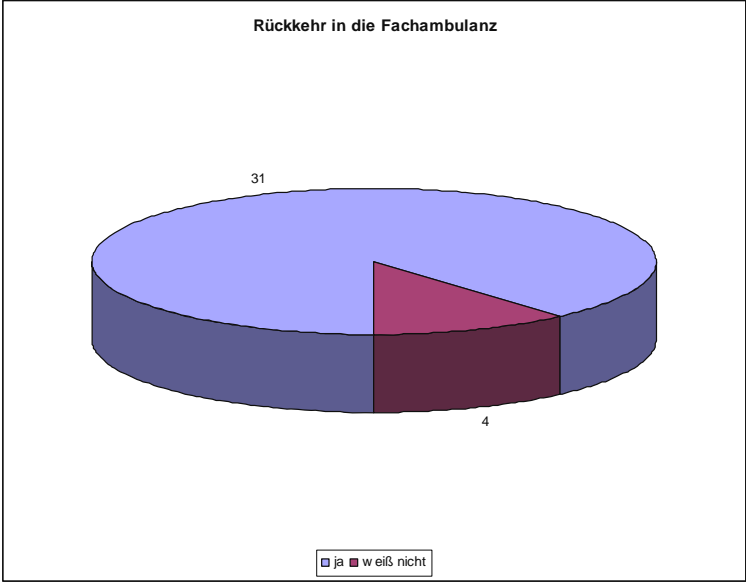


Abb. 68 Bewertung des ambulanten Aufenthaltes

89% der Befragten (n=35) würden, wenn sie erneut Hilfe bräuchten, wieder in die Fachambulanz kommen, vier KlientInnen sind unentschlossen.



n=35

Abb. 69 Rückkehr in die Fachambulanz

91% der Befragten (n=35) würden die sie behandelnde Fachambulanz Freunden empfehlen, wenn diese ähnliche Hilfe benötigen würde, drei der KlientInnen sind unentschlossen

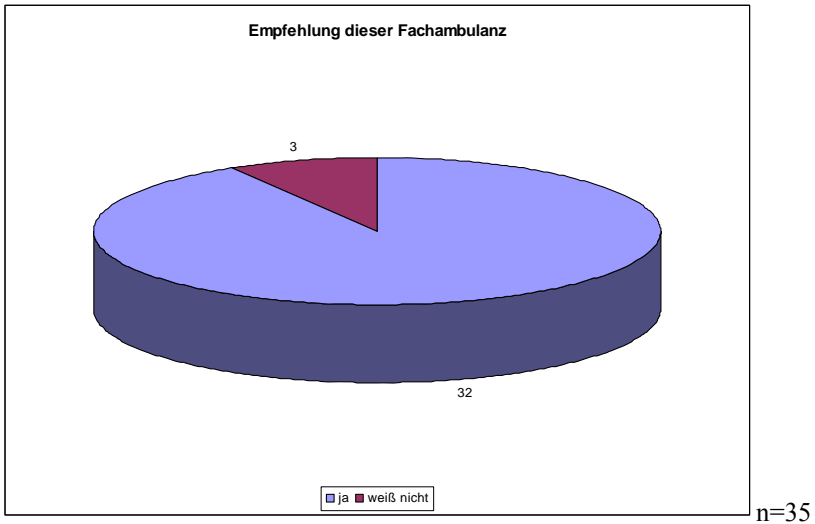


Abb. 70 Empfehlung dieser Fachambulanz

Bewertung der Behandlungswechsel

Die KlientInnen wurden nach dem *Wechsel von der (Tages-)Klinik in die Fachambulanz* zur Bewertung einiger Aussagen aufgefordert, um ihre Haltung zum Wechsel der Behandlungsformen im Rahmen der MoKo abbilden zu können:

Der Aussage, „Der Wechsel von der Klinik in die Fachambulanz und der Wechsel der Therapeuten passte mir nicht“, stimmt der Großteil der KlientInnen, 83% (n=58), nicht zu.

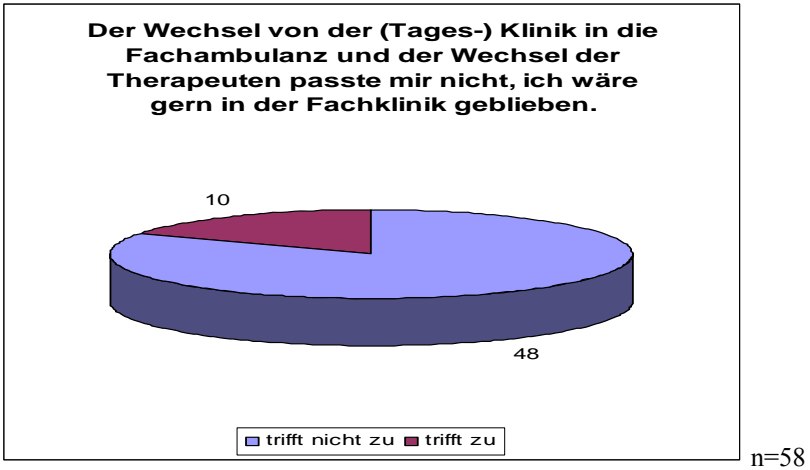


Abb. 71 Bewertung Behandlungswechsel

Dass der Wechsel der Behandlungsform und der TherapeutInnen gut vorbereitet war, bestätigen 92% der Befragten (n=59).

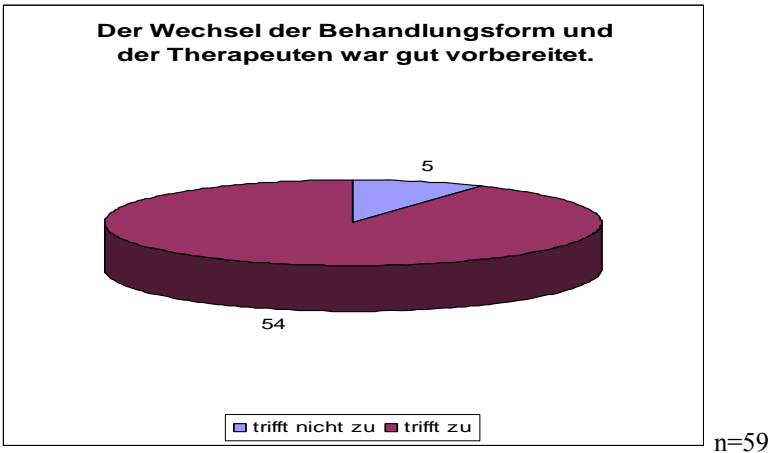


Abb. 72 Vorbereitung des Behandlungswechsels

61% der Befragten (n=59) mussten ihrer Einschätzung nach durch den Wechsel der Behandlungsform oft die gleichen Fragen zu sich und ihrem Leben beantworten.

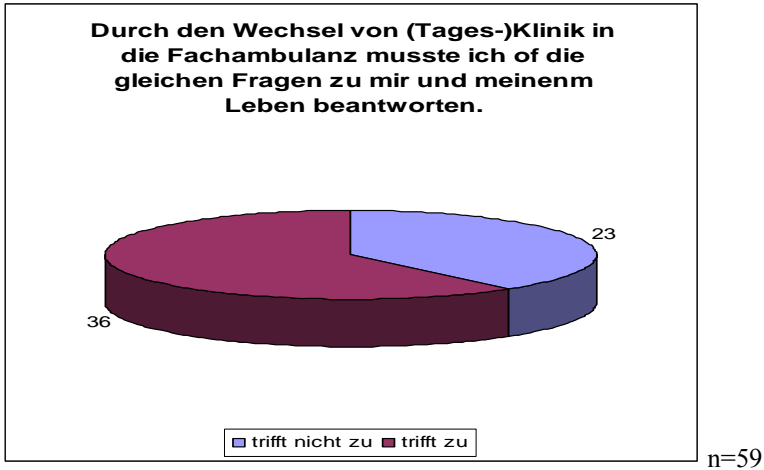


Abb. 73 Bewertung Behandlungswechsel

Auch zum *Behandlungsende*, dem Ende des ambulanten Moduls, reflektieren die KlientInnen nochmals den Behandlungswechsel:

Fast alle Befragten bestätigen, dass die Möglichkeit, kurzfristig in die Klinik wechseln zu können, ihnen Sicherheit gegeben hat (n=32).

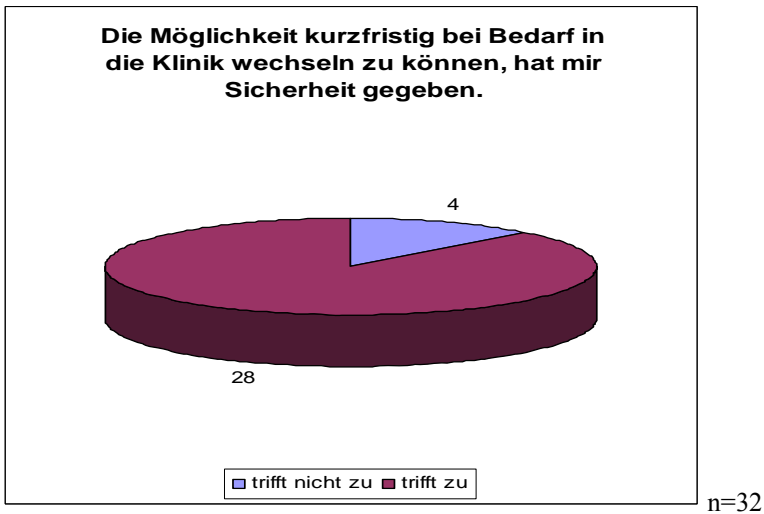


Abb. 74 Sicherheit durch Behandlungsflexibilität

Prospektive Therapieplanung und tatsächlicher Verlauf

Betrachten wir das Behandlungsgeschehen am Ende des ambulanten Moduls für die KlientInnen, die *planmäßig beenden*, so zeigt sich, dass im Verhältnis zur frühen Einschätzung des Behandlungsbedarfes in 81% der Fälle die Prospektive Therapieplanung aufrechterhalten werden und insofern gemäß antizipierten Verlauf in der Planung behandelt werden konnte. In 4 Fällen wurde das ambulante Modul verkürzt, in 2 Fällen verlängert bzw. eine Verlegung erwirkt (n=43).

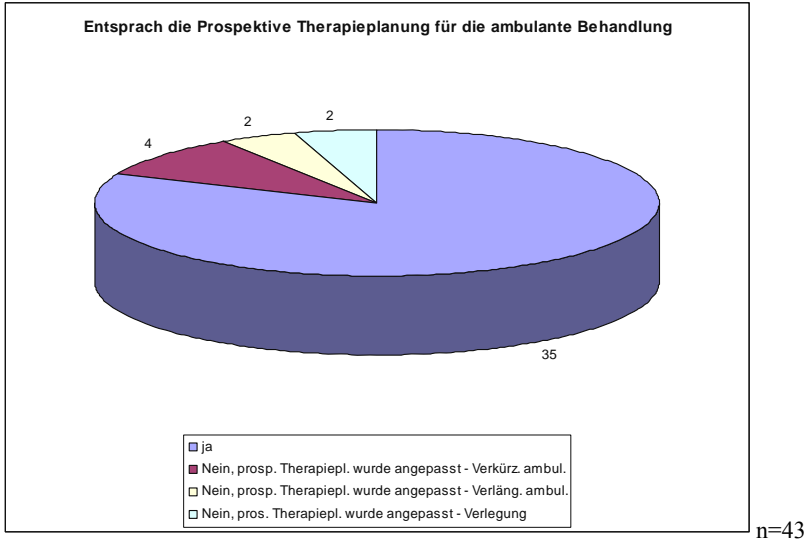


Abb. 75 Therapieplanung und realisierte Behandlung

Bei den beiden Fällen aus der Kategorie „Anpassung wg. Verlegung“ handelt es sich um Veränderungen in der Therapieplanung, die im Verständnis der MoKo opportun sind: In einem Fall wurde ein zweites stationäres Modul initiiert, in dem anderen Fall erfolgte – aufgrund der persönlichen Lebensumstände und eines Umzuges des Klienten/der Klientin – der Wechsel in eine andere, beteiligte Fachambulanz, die die Behandlungsleitung übernahm.

4.1.7 Die Sondermodule – Belastungserprobungsgruppe (BEG) und Übergabemanagement

Da die BEG ein neues Sondermodul in Rehabilitationsverfahren darstellt, war zu Beginn der Umsetzung der MoKo nicht klar, wie dieses Angebot angenommen und in die Therapiepläne – insbesondere der (teil-)stationären BehandlerInnen – integriert wird.

Von den MoKo-KlientInnen, die im (teil-)stationären Modul behandelt wurden, haben 84% (n=70) an einer BEG teilgenommen.

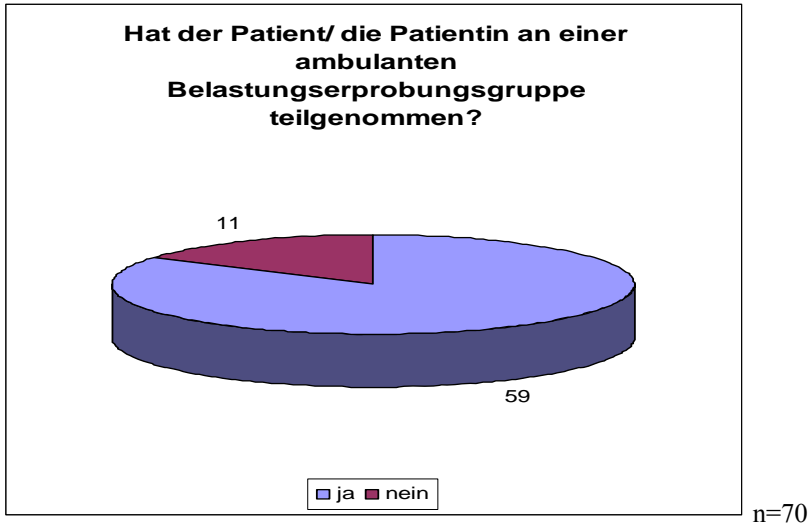


Abb. 76 Teilnahme an der Belastungserprobungsgruppe

Zur Durchführung der BEG stehen maximal 6 Termine zur Verfügung, die in den (teil-)stationären Behandlungsplan integriert werden müssen.

98% der PatienInnen, die an der BEG teilgenommen haben, haben das stationäre Modul planmäßig beendet (n=59). Von denjenigen, die nicht an der BEG teilgenommen haben, beenden die Hälfte der KlientInnen (n=11) die stationäre Behandlung planmäßig.

		Entlassung aus dem (Teil-)stationären Modul		Gesamt
		planmäßig	nicht planmäßig	
Teilnahme an der BEG – ja	Anzahl	58	1	59
	% von Teilnahme an der BEG	98,3%	1,7%	100,0%
	% von Entlassung aus dem stationären	90,6%	16,7%	84,3%
Teilnahme an der BEG – nein	Anzahl	6	5	11
	% Teilnahme an der BEG	54,5%	45,5%	100,0%
	% von Entlassung aus dem stationären Modul	9,4%	83,3%	15,7%
Gesamt	Anzahl	64	6	70
	% Teilnahme an der BEG	91,4%	8,6%	100,0%
	% von Entlassung aus dem stationären Modul	100,0%	100,0%	100,0%

Chi²=0,000

Abb. 77 Korrelation „Teilnahme BEG“ und „Entlassung aus dem (teil-)stationären Modul“

Die Teilnahme an der BEG tangiert somit nicht den Verlauf der stationären Behandlung bzw. steht einer „erfolgreichen“ Beendigung dieses Moduls nicht im Weg.

Bezieht man sich nur auf die Fälle, die das (teil-)stationäre Modul planmäßig beendet haben (n=64), so ergeben sich im Mittel 3,6 BEG-Termine je KlientIn.

	Häufigkeit	Prozente
0 x	6	9,4
2 x	9	14,1
3 x	22	34,4
4 x	6	9,4
5 x	4	6,3
6 x	17	26,6
Gesamt	64	100,0

Abb. 78 Häufigkeit Teilnahme an der BEG

Es stellte sich weiter die Frage, ab wann – in Abhängigkeit von der Dauer des (teil-)stationären Moduls – die BEG initiiert wurde. Die Prüfung für die Gruppe der planmäßig aus dem (teil-)stationären Behandlungsmodul Entlassenen (n=61) zeigt, dass bei 8 Wochen langen (teil-)stationären Modulen die BEG durchschnittlich in der 5. Woche beginnen. Bei 10 Wochen langen stationären Behandlungen liegt der Beginn der BEG in der Regel in der 6. Behandlungswoche, bei 12 Wochen dauernden Behandlungen in der 8. Woche.

Eine längere stationäre Behandlung führt damit nicht zwangsläufig zu einer gesteigerten Nutzung von BEG-Terminen. Über entsprechende Gründe kann an dieser Stelle nur spekuliert werden: Lassen die somatischen und psychosomatischen Befindlichkeiten oder die (teil-)stationären Rahmenbedingungen der länger (teil-)stationär behandelten KlientInnen einen Alltagsbezug nicht früher zu? Festzuhalten ist, dass das *MoKo-Rahmenkonzept*, welches die Realisierung von 6 BEG ermöglicht, *an diesem Punkt nicht ausgeschöpft* wird.

Die stationären TherapeutInnen wurden gefragt, wie die Abstimmung der BEG mit den KollegInnen aus dem ambulanten Modul erfolgt. Es zeigt sich, dass die Planung am häufigsten gemeinsam mit dem künftigen ambulanten Bezugstherapeuten unternommen wird.

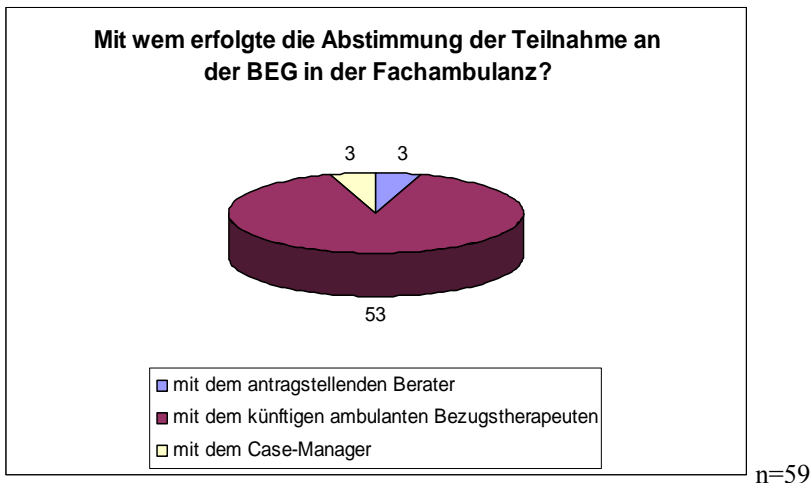


Abb. 79 Abstimmung der BEG

Der Case-Manager/die Case-Managerin, der/die konzeptseitig als AnsprechpartnerIn und KoordinatorIn fungieren soll, wird hier deutlich seltener kontaktiert. Anzunehmen ist, dass therapeutische Belange bei der Planung der BEG im Fordergrund stehen und insofern ein direkter Austausch der zuständigen BehandlerInnen notwendig ist.

Bittet man die KlientInnen um die Bewertung der Relevanz der BEG für den eigenen Therapieverlauf, zeigt sich, dass sich 87% der Fälle (n=54) durch die BEG gut auf die Zeit nach der Behandlung in (Tages-)Klinik vorbereitet fühlen.

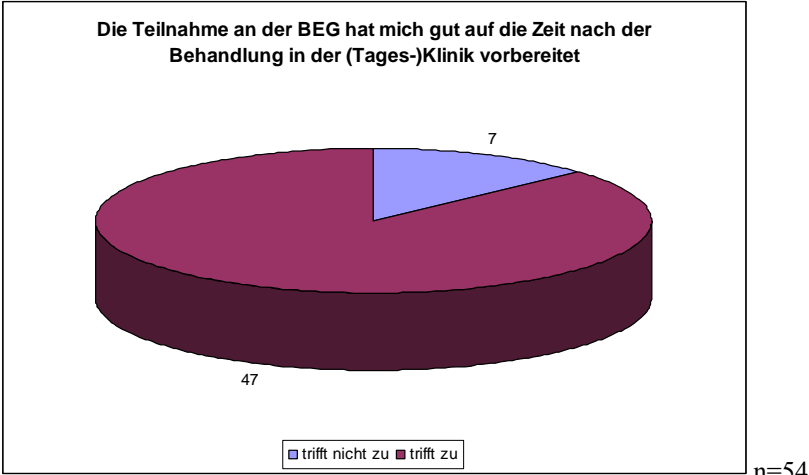


Abb. 80 BEG – Vorbereitung auf die Fachambulanz

Mehr als Dreiviertel der Befragten (n=53) verneinen, dass die Teilnahme an der BEG die Behandlung in der (Tages-)Klinik störte.

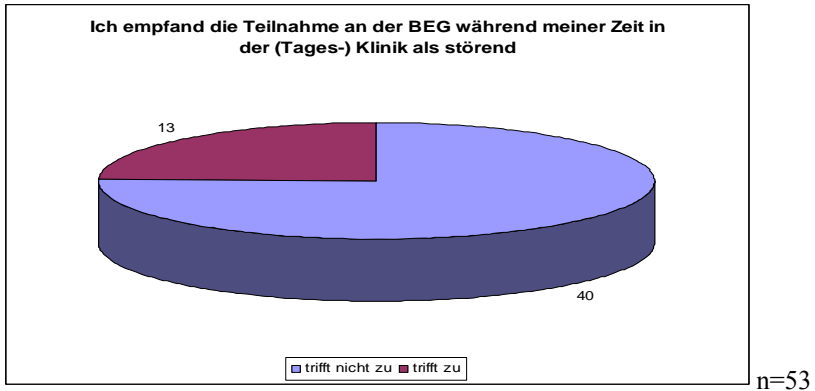


Abb. 81 Bewertung der BEG

Für 72% der Befragten (n=53) steht fest, dass die BEG ihnen die Angst oder Unsicherheit vor der Behandlung in der Fachambulanz nahm.

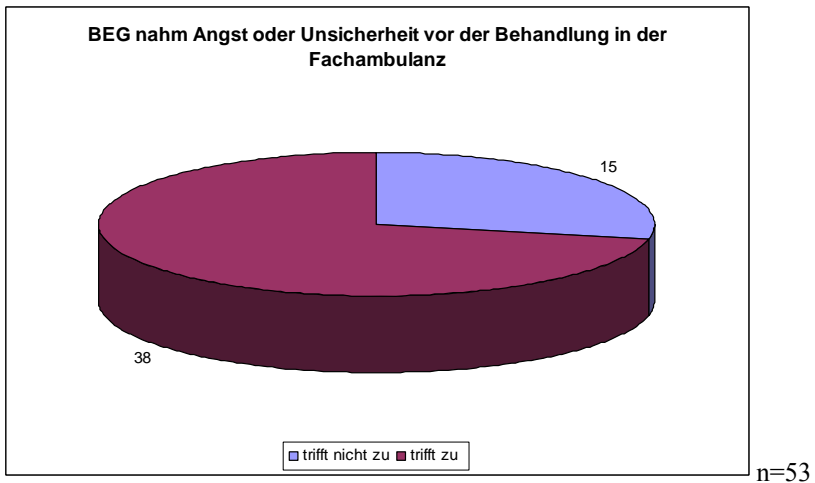


Abb. 82 Reduktion der Schwellenangst - BEG

Das *Übergabemanagement* stellt ein weiteres, zentrales Sondermodul der MoKo dar.

Das MoKo-Rahmenkonzept ermöglicht die Durchführung von bis zu 6 Übergabegesprächen. Bereits aus der Darstellung der realisierten Behandlungsvarianten (vgl. Kapitel 4.1.5.2) im Rahmen der MoKo lässt sich ableiten, dass *diese 6 möglichen Termine nicht genutzt* werden, da es nicht zu entsprechend vielen Behandlungswechseln kommt. So nehmen lediglich *61% der KlientInnen an einem Übergabegespräch, 34% an zwei Übergabegesprächen* teil (n=61).

Im „klassischen“ Verlauf der MoKo wird ein Übergabegespräch beim Wechsel von der (teil-)stationären in die ambulante Rehabilitation durchgeführt.

Mit den MoKo-KlientInnen, die im (teil-)stationären Modul behandelt wurden, konnte in 92% (n=62) der Fälle ein Übergabegespräch beim Wechsel vom (teil-)stationären ins ambulante Modul realisiert werden.²³ In 86% der Fälle wurde dieses in persönlicher Form als 3er-Konferenz umgesetzt.

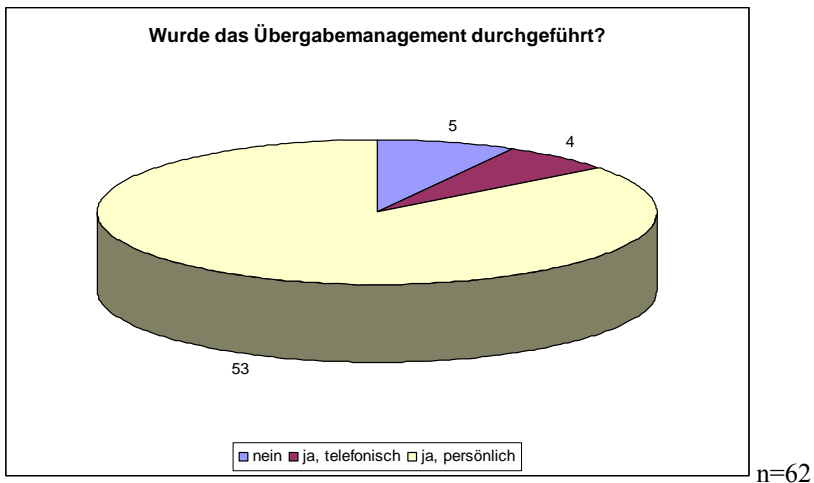


Abb. 83 Durchführung Übergabemanagement (teil-)stationär-ambulante

23 Vgl. auch die Ausführungen zum Einfluss des Übergabemanagements auf den Behandlungsabbruch beim Übergang in das ambulante Modul in Kapitel 4.1.13 dieses Bandes.

Durchschnittlich dauerte ein Übergabegespräch 49 Minuten (n=57), wobei hier die individuellen Fahrtzeiten zu den Gesprächsterminen nicht einbezogen wurden.

Die Befragung der ambulanten TherapeutInnen/BeraterInnen zum Zeitpunkt des Wechsels in das stationäre Modul zeigt, dass in 40% (n=75) der Fälle Übergabegespräche auch beim Wechsel in die (teil-)stationäre Reha initiiert wurden.

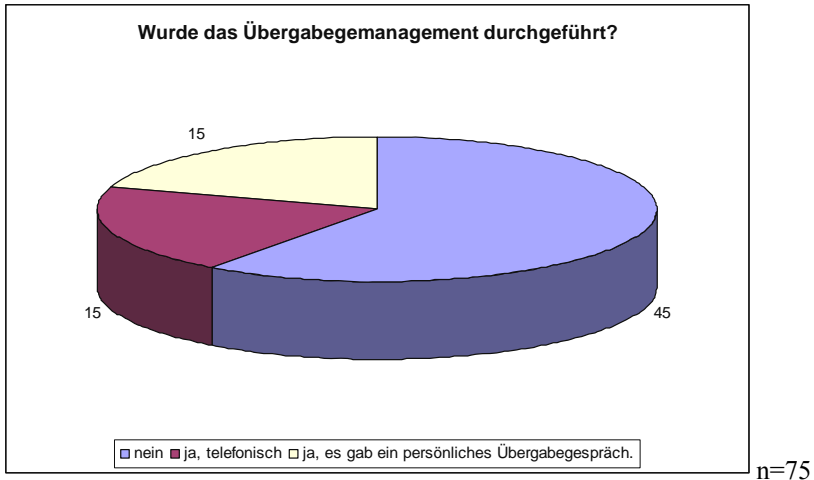


Abb. 84 Durchführung Übergabemanagement ambulant-stationärer Wechsel

Mit Ausnahme eines Falles (n=9) haben alle KlientInnen, die eine ambulante Reha-Eingangsphase absolviert haben, an einem telefonischen oder persönlichen Übergabegespräche teilgenommen.

Immerhin 31% der KlientInnen, die die MoKo direkt stationär begonnen haben, erhielten ein Übergabegespräch (telefonisch oder persönlich) (n=64).

Dieses Ergebnis überrascht im positiven Sinne, da ein Übergabegespräch nur durchzuführen und gegenüber dem Leistungsträger abzurechnen ist, sofern eine Bewilligung der Maßnahme vorliegt. Damit wird die Terminfindung und Organisation des Gespräches zum Behandlungsauftakt erschwert.

KlientInnen, die an einem Übergabegespräch teilgenommen haben, bringen wie folgt zum Ausdruck, inwiefern es Ihnen von Nutzen war:

80% der Befragten (n=49) haben das Übergabegespräch tendenziell als hilfreich für den Start in die Fachambulanz empfunden.

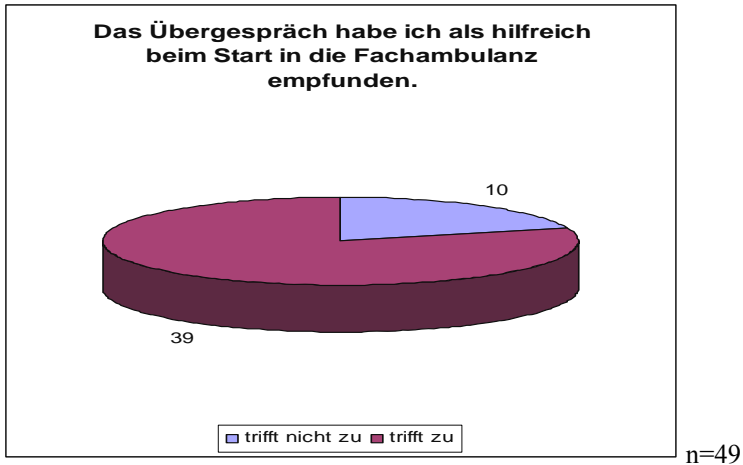


Abb. 85 Hilfe beim Start in die Fachambulanz -Übergabegespräch

Die Aussage, dass das Übergabegespräch die Angst oder Unsicherheit vor der Weiterbehandlung nahm, bestätigen gut 52% der Befragten (n= 50).

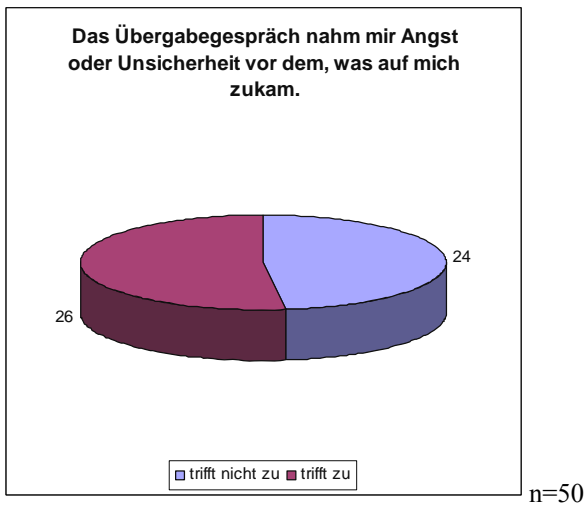


Abb. 86 Reduktion Schwellenangst - Übergabegespräch

Nahezu Dreiviertel der Befragten (n=49) bestätigen die Aussage, dass ihnen das Übergabegespräch die Möglichkeit eröffnete, wichtige Dinge anzusprechen.

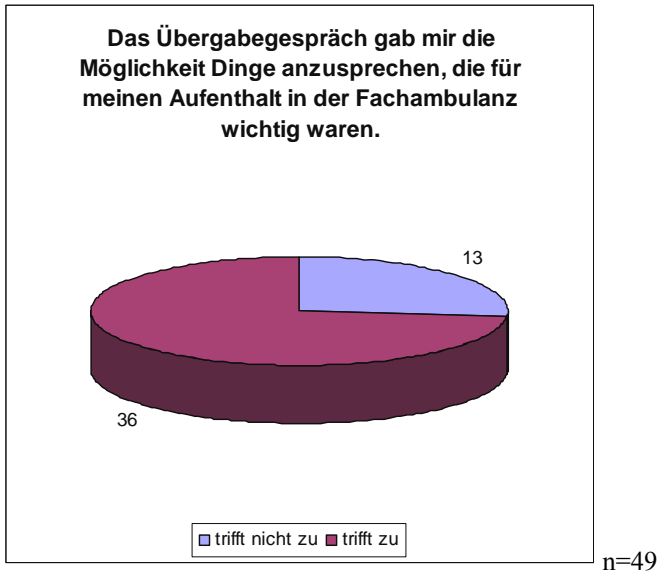


Abb. 87 Vorbereitung auf Weiterbehandlung - Übergabegespräch

Betrachten wir die Bewertungen der ambulanten TherapeutInnen zum Übergabegespräch zeichnet sich folgendes Bild:

Dreiviertel der ambulanten TherapeutInnen (n=57) sprechen dem Übergabegespräch einen hohen Nutzen hinsichtlich des Informationsgehaltes zur Realisierung der Weiterbehandlung zu – kein Therapeut/keine Therapeutin bewertet diesen als gering.

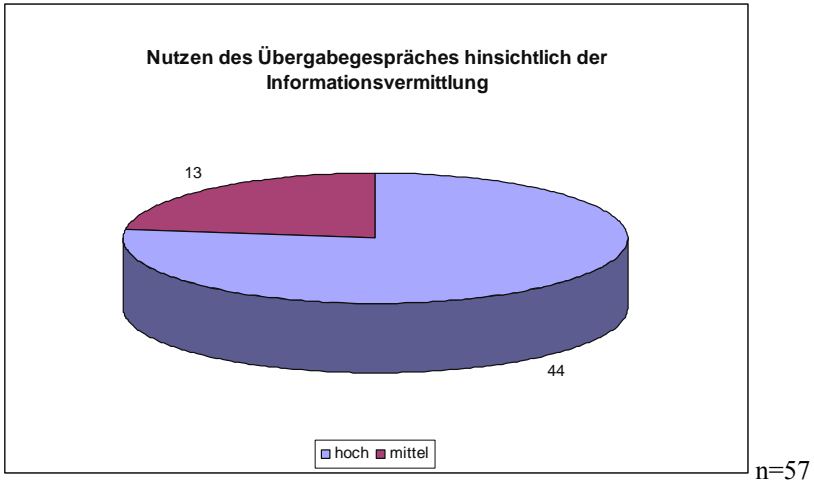


Abb. 88 Informationsvermittlung- Übergabegespräch

Ein Großteil der ambulanten TherapeutInnen (n=57) spricht dem Übergabegespräch einen hohen Nutzen zu, wenn es um den Zugang zum Klienten/zur Klientin geht.

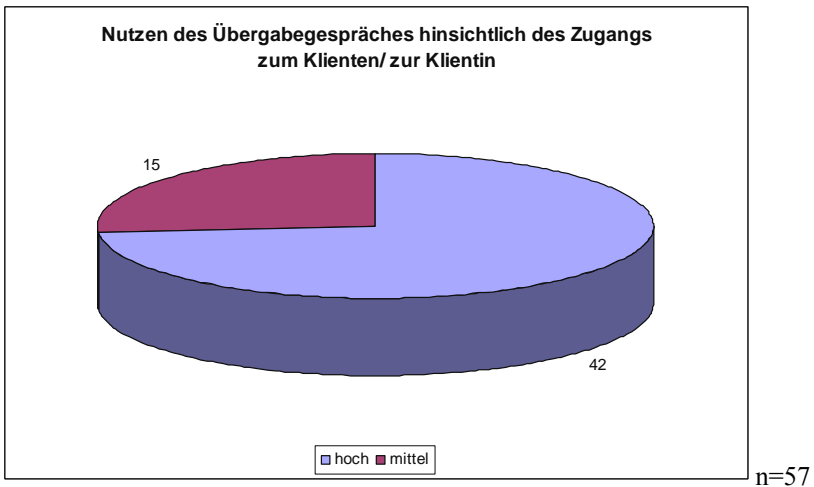


Abb. 89 Zugang zum Klienten/zur Klientin – Übergabegespräch

4.1.8 Zusammenarbeit und Kooperation der Leistungsanbieter

Die Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund erfordert eine Vielzahl an Abstimmungen und Koordinationen zwischen den beteiligten BehandlerInnen. Dies betrifft sowohl strukturelle, verwaltungsspezifische Aspekte wie auch einen direkt auf die einzelnen KlientInnen bezogenen Informationsaustausch.

Kontakte der TherapeutInnen während der Behandlung

Zum Auftakt des stationären Moduls hatten 65% (n=80) der (teil-)stationären TherapeutInnen bereits fallbezogene Kontakte zu MitarbeiterInnen der Fachambulanz.

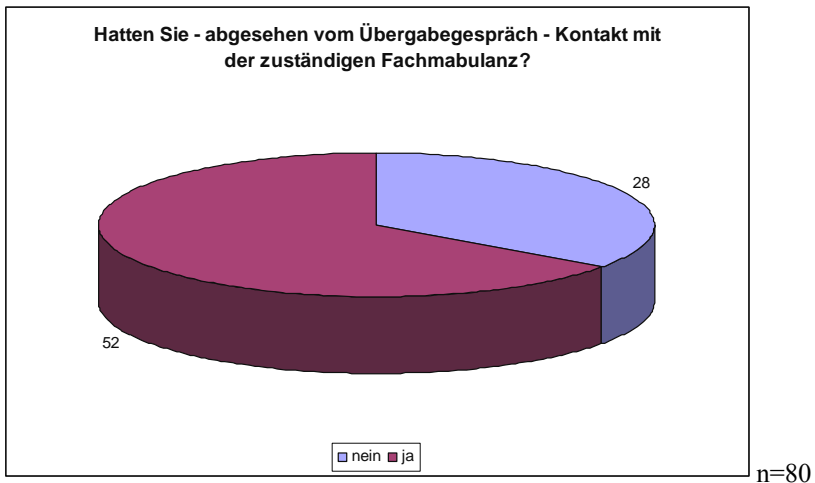


Abb. 90 Bisherige Kontakte zur Fachambulanz – Beginn (teil-)stationäre Behandlung

Die Kontaktanlässe zu diesem Zeitpunkt wurden als freie Antworten erfasst und bilden folgende Schwerpunkte:

- Abstimmung der BEG-Termine
- Kontakt im Rahmen des QZs/der Intravision
- Informelle Informationsgespräche zwischen den BehandlerInnen

Dabei hatten die (teil-)stationären TherapeutInnen in 43% (n=79) der Fälle Kontakte zum ambulanten Bezugstherapeuten/zur ambulanten Bezugsthe-

rapeutin. Zum Case-Manager/zur Case-Managerin ergaben sich in 81% der Fälle keine Kontakte (n=79).

Zum *Ende des stationären Moduls* geben die TherapeutInnen in 87% (n=70) der Fälle an, dass sich, abgesehen vom Übergabegespräch, fallbezogene Kontakte zu MitarbeiterInnen der Fachambulanz ergeben haben.

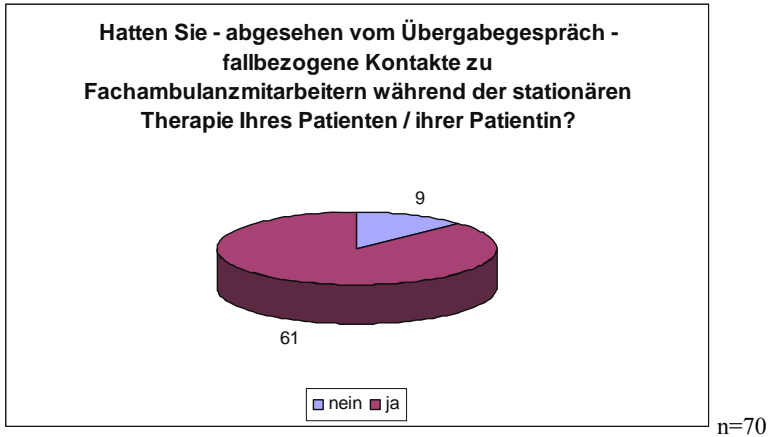


Abb. 91 Bisherige Kontakte zur Fachambulanz – Ende (teil-)stationäres Modul

Die Kontaktanlässe zu diesem Befragungszeitpunkt lassen sich in folgende Kategorien zusammenfassen:

- Abstimmung der BEG-Termine
- Kontakt im Rahmen des QZs/der Intra-vision
- Informelle Informationsgespräche der BehandlerInnen

Kontakte zum Case-Management ergaben sich aus folgenden Gründen:

- Planung der BEG
- Änderung der Prospektiven Therapieplanung
- Angelegenheiten im Rahmen der Begleitforschung

Auch die *ambulanten BezugstherapeutInnen* wurden zum Zeitpunkt des Beginns der *ambulanten Weiterbehandlung* gefragt, ob es Kontakte in die (Tages-)Klinik und zu den entsprechenden KollegInnen gab. Kontakte zwischen den MitarbeiterInnen ergaben sich nach Angabe der ambulanten TherapeutInnen in 93% (n=80) der Fälle.

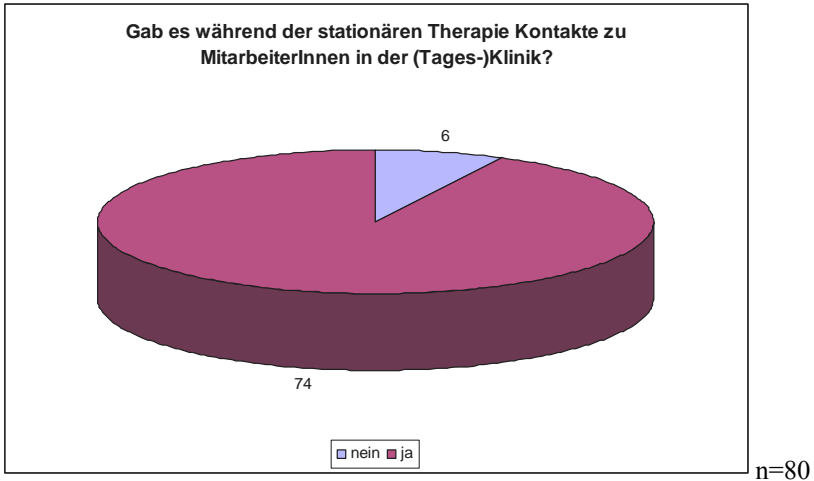


Abb. 92 Kontakte zur (Tages-)Klinik – Beginn ambulante Weiterbehandlung

Bewertung der Informationen zu Beginn der (teil-)stationären Behandlung

Kam es zu einem persönlichen Kontakt der TherapeutInnen zu Beginn des (teil-)stationären Moduls, so bewerten nahezu alle (teil-)stationären TherapeutInnen (n=40) die mündliche Informationsweitergabe als ausreichend.

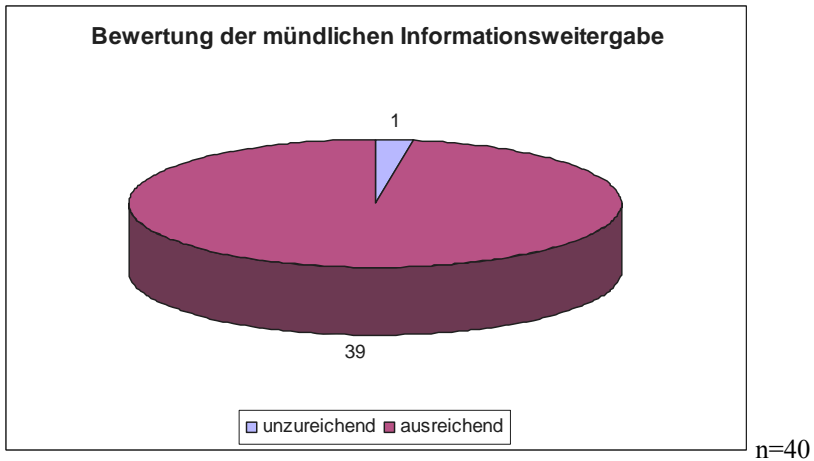


Abb. 93 Bewertung mündliche Informationsweitergabe – (teil-)stationäre TherapeutInnen

Auch die Informationen durch den Sozialbericht oder das modulare Berichtswesen erachtet ein Großteil der (teil-)stationären TherapeutInnen zu Beginn der Behandlung als ausreichend (n=75).

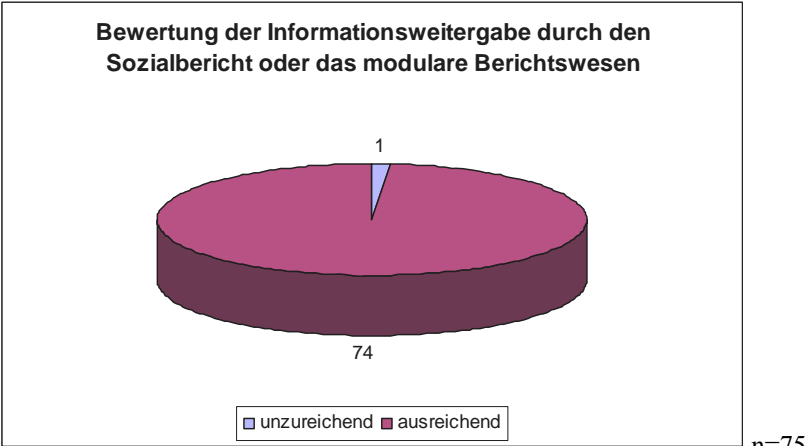


Abb. 94 Bewertung Sozialbericht und modulares Berichtswesen – (teil-) stationäre TherapeutInnen

In 71% (n=79) der Fälle wurden Therapieziele mit in das (teil-)stationäre Modul übermittelt.

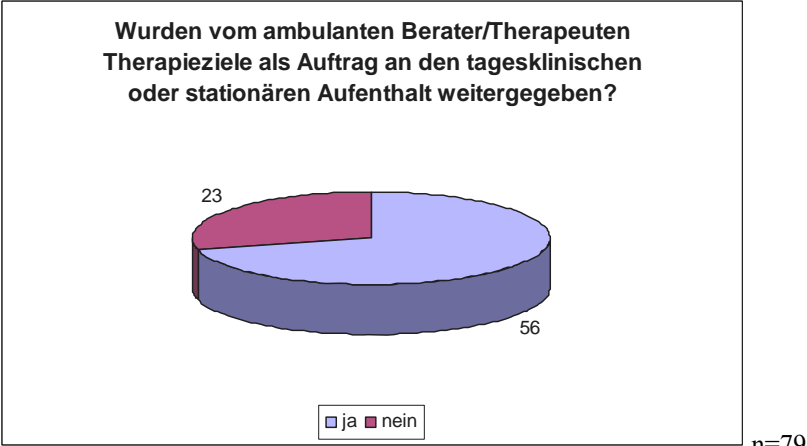


Abb. 95 Weitergabe Therapieziele

Bewertung der Informationen zum Beginn der ambulanten Weiterbehandlung

Die ambulanten TherapeutInnen wurden zum Beginn der ambulanten Weiterbehandlung gebeten, den Informationsaustausch zu bewerten.

Aus Sicht der ambulanten TherapeutInnen war die mündliche Informationsweitergabe in den meisten Fällen ausreichend (n=59).

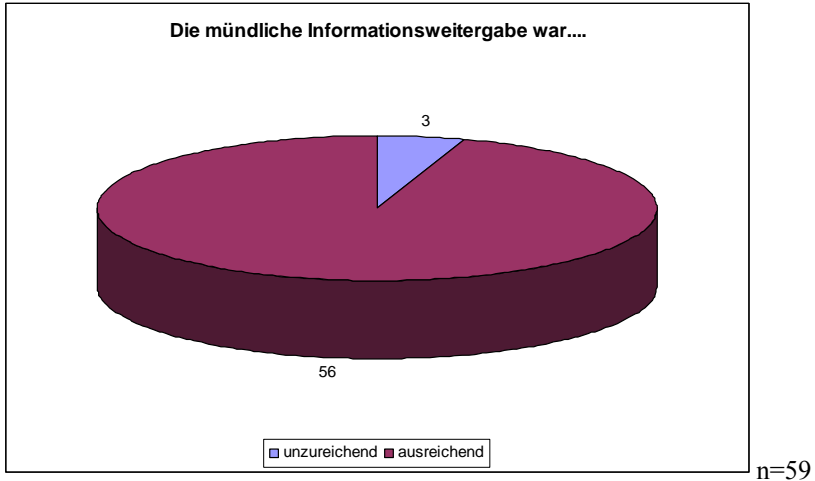


Abb. 96 Mündliche Informationsweitergabe – ambulante TherapeutInnen

Schriftliche Informationen wie Testberichte, Sozialberichte oder das modulare Berichtswesen werden jeweils von nahezu allen Befragten (n=51) in ihrem Informationsgehalt als ausreichend bewertet.

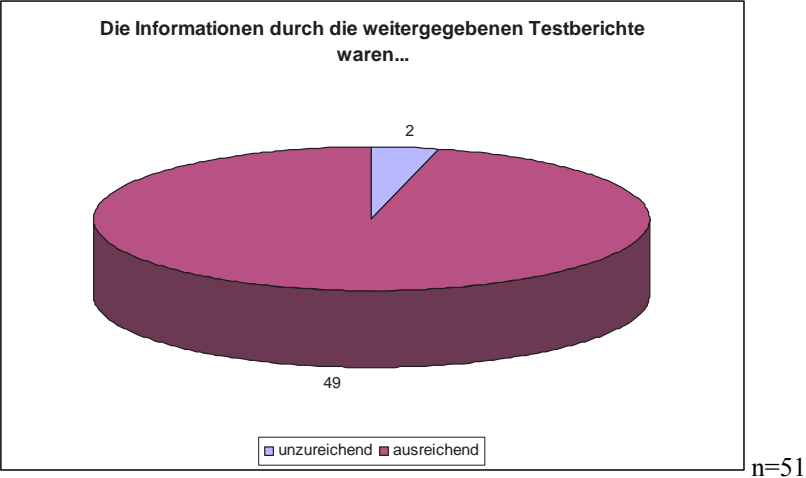


Abb. 97 Bewertung der Testberichte – ambulante TherapeutInnen

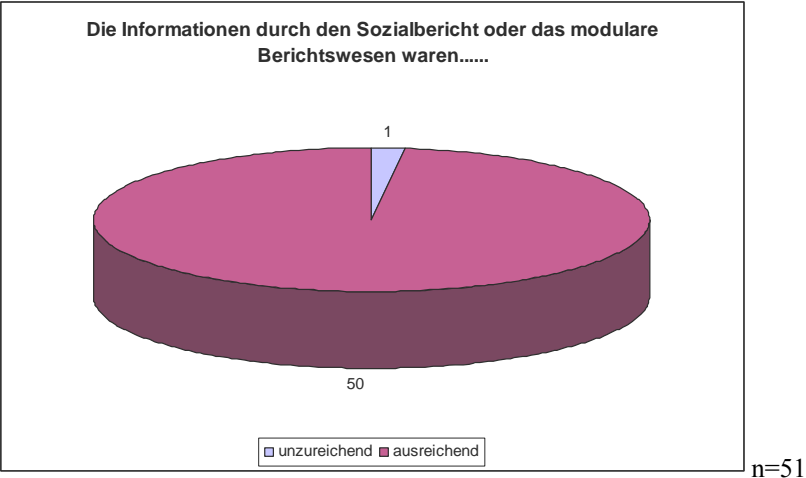


Abb. 98 Bewertung Sozialbericht und modulares Berichtswesen – ambulante TherapeutInnen

Schließlich bestätigen 98% (n=62) der ambulanten TherapeutInnen, dass sie die Weiterbehandlung auf Basis der vorliegenden Informationen nahtlos fortsetzen können.

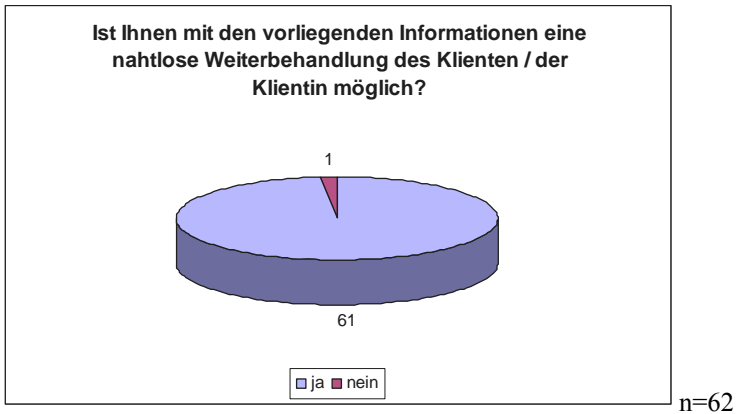


Abb. 99 Nahtlose Weiterbehandlung – ambulante TherapeutInnen

Bewertung der Zusammenarbeit und Kooperation

Gefragt danach, wie sie die Zusammenarbeit mit den KollegInnen aus dem ambulanten Bereich einschätzen, bestätigen nahezu *alle (teil-)stationären TherapeutInnen* (n=79), dass es bis zum *Beginn des stationären Moduls* keine Probleme in der Zusammenarbeit gab.

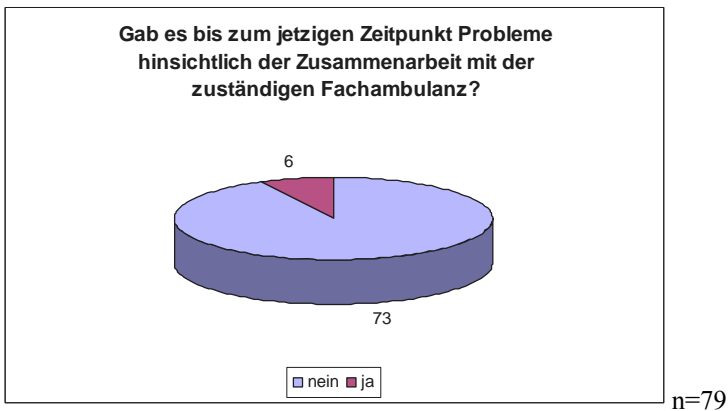


Abb. 100 Probleme in der Zusammenarbeit mit der Fachambulanz zu Beginn des (teil-)stationären Moduls – (teil-)stationäre TherapeutInnen

Ergaben sich Probleme, so waren diese vorrangig auf terminliche/organisatorische Ursachen zurückzuführen.

Auch zum Ende des stationären Moduls wurden die (teil-)stationären TherapeutInnen gefragt, ob es zu diesem Zeitpunkt Probleme in der Zusammenarbeit mit der zuständigen Fachambulanz gegeben hat. Lediglich 9% bestätigen dies (n=70).

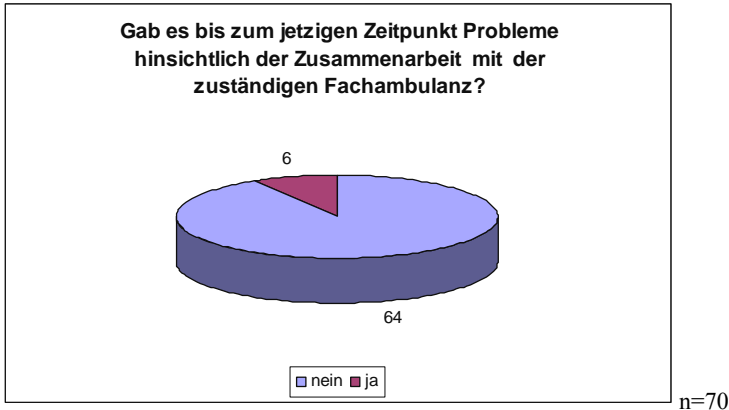


Abb. 101 Probleme in der Zusammenarbeit mit der Fachambulanz zum Ende des (teil-)stationären Moduls – (teil-)stationäre TherapeutInnen

Fasst man die offenen Antworten zu den Gründen, die für Probleme sorgten, zusammen, so zeigen sich auch zu diesem Befragungszeitpunkt vorrangig organisatorische Ursachen: Die Abstimmung beispielsweise der BEG gestaltete sich in zwei Fällen als zeitaufwendig, in einem Fall war es schwierig, die entsprechende Behandlungsgruppe zu bestimmen.

Die (teil-)stationären TherapeutInnen wurden zum Abschluss des Moduls gefragt, wie sie den Aufwand zur Abstimmung der Therapieinhalte bewerten. 95% (n=64) sehen ihn als gerechtfertigt und lohnend an.

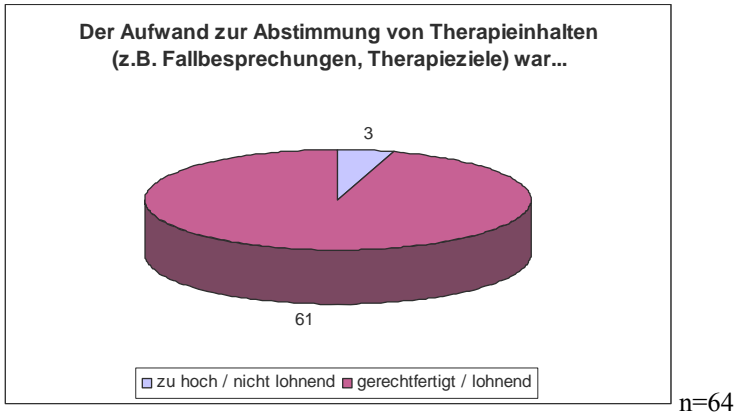


Abb. 102 Aufwand zur Abstimmung –(teil-)stationäre TherapeutInnen

Auch die Organisation des Therapieprozesses wird von 90% (n=68) der befragten (teil-)stationären TherapeutInnen als gerechtfertigt und lohnend verstanden.



Abb. 103 Aufwand Organisation –(teil-)stationäre TherapeutInnen

Die ambulanten TherapeutInnen geben zu Beginn der Weiterbehandlung in 90% der Fälle an, bisher keine Probleme in der Zusammenarbeit mit der (Tages-)Klinik erlebt zu haben (n=62).

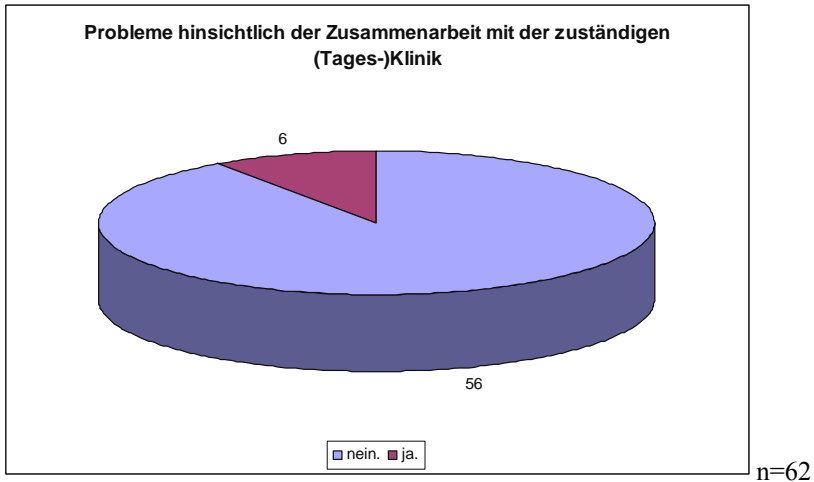


Abb. 104 Probleme Zusammenarbeit mit der (Tages-)Klinik – ambulante TherapeutInnen

Auch die ambulanten TherapeutInnen geben organisatorische/terminliche Gründe für Probleme, sofern sich welche ergeben hatten, an.

4.1.9 Zufriedenheit mit der Behandlung

Im weiteren Verlauf werden – im Sinne eines ersten Zugangs zu den Erfolgen und Effekten der Modularen Kombinationsbehandlung – Angaben zur Zufriedenheit der KlientInnen mit den einzelnen Behandlungsabschnitten bzw. der TherapeutInnen mit den therapeutischen Fortschritten und dem Behandlungsprozess abgebildet.

Am Ende der (teil-)stationären Behandlung wurden die (teil-)stationären TherapeutInnen gefragt, ob die Behandlungszeit für Ihren Klienten/ihre Klientin ausreichend war. Die für die jeweiligen PatientInnen durchgeführte ganztägig ambulante/stationäre Behandlungszeit wird wie nachfolgend abgebildet bewertet:

	Häufigkeit	Prozente
ausreichend, wenn ambulant weiterbehandelt wird	57	81,4
ausreichend (eine ambulante Weiterbehandlung ist nicht notwendig)	1	1,4
zu kurz, da ein vorzeitiger Therapieabbruch durch den Patienten/Patientin	6	8,6
zu kurz, aber eine Weiterbehandlung war nicht möglich (disziplinarische Entlassung)	1	1,4
sonstiges, und zwar:	2	2,9
ausreichend, wenn Adaption	3	4,3
Gesamt	70	100,0

Abb. 105 Bewertung der durchgeführten Behandlungszeit – (teil-)stationäre TherapeutInnen

Zum *Ende der ambulanten Weiterbehandlung* wurden die KlientInnen gefragt, wie zufrieden sie mit der Modularen Kombinationsbehandlung insgesamt sind. Der Großteil der KlientInnen zeigt sich tendenziell zufrieden, ein Klient/eine Klientin ist eher unzufrieden (n=35).

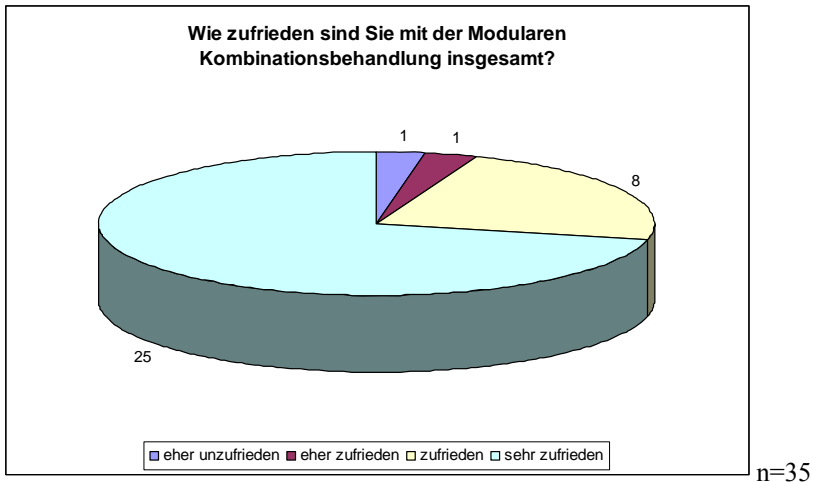


Abb. 106 Zufriedenheit mit der MoKo insgesamt – KlientInnen

Die Behandlungszeit bewerten 89% der befragten KlientInnen (n=35) als angemessen.

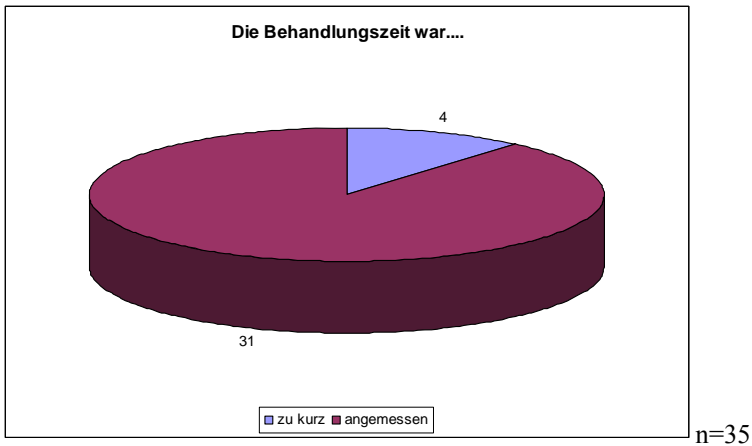


Abb. 107 Bewertung der Behandlungszeit - KlientInnen

Das Spezifikum der MoKo liegt in der engen Kooperation der behandelnden Einrichtungen und TherapeutInnen. Die *zum Abschluss der Behandlung* befragten KlientInnen nehmen diese Besonderheit durchaus wahr: Die Abstimmung der gemeinsamen Behandlung von Fachambulanz und (Tages-)Klinik beschreiben 97% (n=34) als zufrieden stellend.

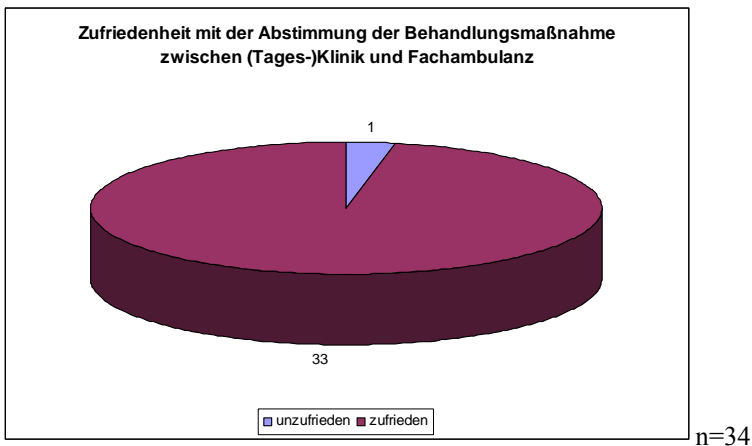


Abb. 108 Zufriedenheit Abstimmung Behandlungsmaßnahme – KlientInnen

97% (n=34) der KlientInnen bringen zum Abschluss ihrer Behandlung zum Ausdruck, dass der Behandlungsplan angepasst wurde, sofern sich neue Problembereiche und Erkenntnisse in der Therapie ergaben.

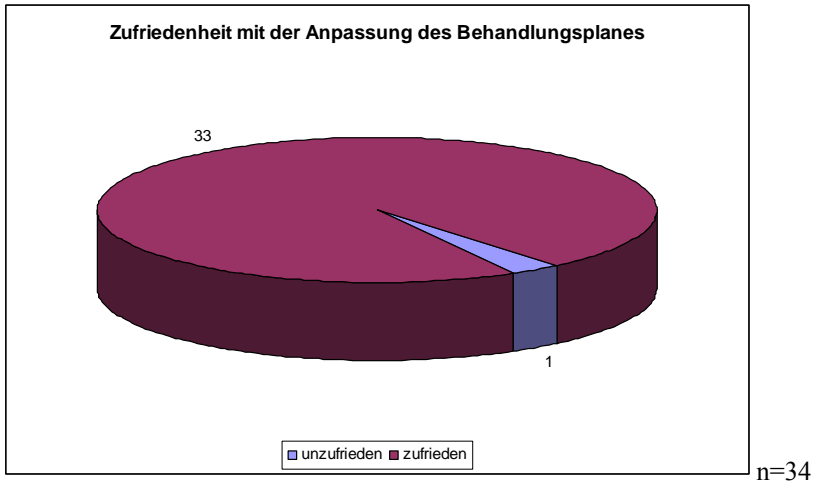


Abb. 109 Zufriedenheit Anpassung Behandlungsplan – KlientInnen

4.1.10 Behandlungserfolge auf Ebene der Prozesse

Im weiteren Verlauf werden detaillierte Angaben zu den kurzfristigen Effekten/Wirkungen der MoKo (Antrittsquote, Haltequoten, Abschluss der gesamten MoKo-Maßnahme) gegeben. Für das Verständnis der zugrunde liegenden Definitionen sei an dieser Stelle auf das Kapitel 4.1.1 und insbesondere die Definitionen und Hinweise auf die variierenden Bezugsgrößen (n) hingewiesen.

Antrittsquote MoKo-Gesamtmaßnahme

Diejenigen, für die ein MoKo-Antrag von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover bewilligt wurde, treten in 95% der Fälle (n=102) die Reha-Maßnahme an. D. h. 97 KlientInnen beginnen die Modulare Kombinationsbehandlung, 5 KlientInnen treten die bereits bewilligte MoKo-Maßnahme gar nicht erst an. Die Bezugsgröße für die Berechnung des Wechsels in das (teil-)stationäre Modul verändert sich entsprechend auf n=97 (n=102, d. h. 102-5=97).

Wechsel in das (teil-)stationäre Modul²⁴

96% (n=97) der KlientInnen gelang der Antritt des (teil-)stationären Moduls. D.h. 3 KlientInnen haben die (teil-)stationäre Behandlung in MoKo nicht angetreten. In dieser Gruppe sind auch die Fälle enthalten, die bereits ein ambulantes Reha-Eingangsmodul erhalten haben. Die Bezugsgröße für die Haltequote im (teil-)stationären Modul verändert sich entsprechend auf n=94 (n=97-3=94).

	Häufigkeit	Prozent
Wechsel erfolgreich	94	96
Wechsel nicht erfolgreich	3	4
Gesamt	97	100

Abb. 110 Wechsel in das (teil-)stationäre Modul

Haltequote im (teil-)stationären Modul²⁵

Das (teil-)stationäre Modul der MoKo beenden 86% (n=94) der KlientInnen planmäßig; davon endet für einen Klienten/eine Klientin die MoKo-Gesamtmaßnahme nach dem stationären Modul. Bei 13 KlientInnen (=14%) kommt es zu einem Abbruch während der stationären Phase und damit zum Abbruch der gesamten MoKo-Maßnahme. Die Bezugsgröße für die Berechnung des Wechsels in das poststationäre ambulante Modul verändert sich entsprechend auf n=80 (n=94-1-13=80).

	Häufigkeit	Prozente
planmäßig	81	86
irregulär	13	14
Gesamt	94	100

Abb. 111 Haltequote im (teil-)stationären Modul

24 Tabelle wurde aus dem gesamten Datensatz ermittelt. Systemfehlend: 5 nicht angetreten

25 Tabelle wurde aus dem gesamten Datensatz ermittelt. Systemfehlend: 5 nicht angetreten, 3 Abbruch l. amb. Modul.

Wechsel vom (teil-)stationären Modul in das poststationäre ambulante Modul²⁶

Den *Wechsel* vom (teil-)stationären Modul in das poststationäre ambulante Modul bewerkstelligen 91% (n=80)²⁷ derjenigen, die das stationäre Modul planmäßig beendet haben, erfolgreich. 6 KlientInnen (=8,7%) schaffen den Antritt des poststationären ambulanten Moduls nicht. Die Bezugsgröße verändert sich entsprechend auf n=74 Fälle (n=80-6=74).

	Häufigkeit	Prozente
Wechsel erfolgreich	74	91,3
Wechsel nicht erfolgreich	6	8,7
Gesamt	80	100,0

Abb. 112 Wechsel vom (teil-)stationären in das poststationäre ambulante Modul

Haltequote im poststationären ambulanten Modul²⁸

Das *poststationäre ambulante Modul der MoKo beenden* 64% (n=74) der KlientInnen *planmäßig*; für 9% dieser KlientInnen endet die Modulare Kombinationsbehandlung vorzeitig (d. h. auf ärztliche Veranlassung oder mit ärztlichem Einverständnis) während der poststationären ambulanten Weiterbehandlung. Bei 27 KlientInnen (=36,5%) kommt es zu einem Abbruch (d. h. vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis, disziplinarisch) während der poststationären ambulanten Weiterbehandlung.

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

Abb. 113 Haltequote poststationäres ambulantes Modul

26 Tabelle wurde aus dem gesamten Datensatz ermittelt. Systemfehlend: 5 nicht angetreten, 3 Abbruch 1. amb. Modul; ein Abschluss, 13 Abbrüche

27 Für einen Klienten/eine Klientin endet die Gesamtbehandlung planmäßig nach dem (teil-)stationären Modul.

28 Tabelle wurde aus dem gesamten Datensatz ermittelt. Systemfehlend: 5 nicht angetreten.

Planmäßige Beendigung der MoKo-Gesamtmaßnahme²⁹

Aus der Zusammenschau der Beendigungszeitpunkte der Modularen Kombinationsbehandlung lässt sich schließlich der Anteil der *planmäßigen Behandlungsbeendigungen* der MoKo ermitteln. Hierzu werden in der folgenden Abbildung die Abbrüche und die vorzeitigen Behandlungsbeendigungen bezogen auf die jeweiligen Behandlungsmodule sowie die regulären Behandlungsabschlüsse ausgewiesen. Es lässt sich ableiten, dass 50% der KlientInnen, die die MoKo angetreten haben (n=97), sie *planmäßig* beenden.³⁰ Zur Einordnung dieses Ergebnisses ist zu beachten, dass es sich um eine *Quote für eine ambulant-(teil-)stationäre Gesamtbehandlung* handelt, die in dieser Form in Studien oder Basisdokumentationen, die sich nur auf stationäre oder nur auf ambulante Behandlungen beziehen, i. d. R. nicht ausgewiesen werden. Will man also an dieser Stelle einen Vergleich vornehmen, wäre es falsch, die Quote der planmäßigen Beendigungen der MoKo denen rein ambulanter oder rein stationärer Behandlungen gegenüberzustellen. Hier bedarf es eines Vergleichs der Quoten in den jeweiligen ambulanten und stationären Modulen der MoKo (vgl. dazu auch Kapitel 4.1.11).

	Häufigkeit	Prozent
Abbruch im 1. amb. Modul	3	3,1
Abbruch im stat. Modul	13	13,4
Abbruch nach stat. Modul	6	6,2
Abbruch im 2. amb. Modul	27	27,8
vorzeitig stat. beendet	1	1,0
vorzeitig amb. beendet	4	4,1
regulär beendet	43	44,3
Gesamt	97	100,0

Abb. 114 planmäßiger Behandlungsabschluss der MoKo

Aus den oben angegebenen Größen zum Behandlungsabschluss je Modul ergeben sich folgende Veränderungen der Bezugsgrößen für die Berechnungen:

29 Tabelle wurde aus dem gesamten Datensatz ermittelt. Systemfehlend: 5 nicht angetreten, 3 Abbruch 1. amb. Modul; ein Abschluss, 13 Abbrecher; 6 treten ambulant nicht an.

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

	Häufigkeit	Veränderung der Bezugsgröße auf n=
Ausgangsgröße	102	
Nicht-Antritt	5	97
Abbruch im 1. amb. Modul	3	94
Abbruch im stat. Modul	13	81
vorzeitig stat. beendet	1	80
Abbruch nach stat. Modul	6	74
Abbruch im 2. amb. Modul	27	47
vorzeitig amb. beendet	4	43

Abb. 115 Veränderung der Bezugsgrößen

Die nachfolgende Abbildung stellt als Zusammenfassung die kurzfristigen Erfolgsquoten der MoKo von den Antrittsquoten über die planmäßige Behandlungsbeendigung einzelner Behandlungsmodule bis hin zum Abschluss der MoKo-Gesamtmaßnahme dar:

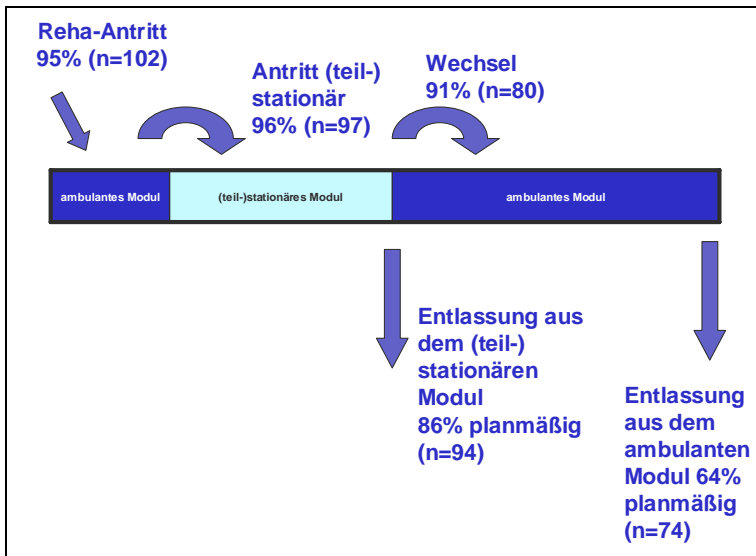


Abb. 116 Gesamtübersicht kurzfristige Behandlungserfolge in MoKo

Einfluss der BEG auf den Behandlungserfolg

Es wurde die Annahme geprüft, ob die Teilnahme an der BEG Einfluss auf den Behandlungserfolg besitzt.

Die Zusammenhangsprüfung der vorliegenden Daten führte zu dem Ergebnis, dass ein Effekt zwischen der Teilnahme an der Belastungserprobungsgruppe und dem Behandlungserfolg nicht nachzuweisen ist. Die Korrelation von Teilnahme an der BEG und erfolgreicher Verlauf der MoKo ist nicht signifikant. Grundsätzlich ist die Datenlage für eine entsprechende Untersuchung geeignet, allerdings wirkt sich für die hier interessierende Fragestellung „nachteilig“ aus, dass das Konzept der Modularen Kombinationsbehandlung derart sorgfältig und umfassend umgesetzt wurde. Die Bewertung der Wechselbeziehung zwischen dem Sondermodul BEG und dem Behandlungserfolg ist aufgrund der nur geringen Anzahl an KlientInnen, die nicht an einer Belastungserprobungsgruppe teilgenommen hat (vgl. Kapitel 4.1.6), nicht möglich.

Einfluss des Übergabemanagements auf den Behandlungserfolg

Eine weitere relevante Frage verbindet sich mit dem Einfluss der Übergabegespräche auf den Behandlungserfolg bzw. die Nahtlosigkeit der Therapie.

Die Signifikanzprüfung lässt des weiteren eine Schlussfolgerung hinsichtlich eines Effektes der Durchführung eines Übergabegesprächs auf den Behandlungserfolg nicht zu. Die Korrelation von „Übergabegespräch realisiert“ und „erfolgreicher Verlauf“ der MoKo ist nicht signifikant.

Auch in diesem Zusammenhang ist herauszustellen, dass die hohe Anzahl realisierter Übergabegespräche dazu führt, dass eine Kontrastgruppe mit KlientInnen ohne Übergabegespräch zu gering besetzt ist, um signifikante Ergebnisse zu erhalten. Der hier interessierenden Fragestellung kann nicht weiter nachgegangen werden, weil das Rahmenkonzept im Bezug auf das Sondermodul Übergabegespräch nahezu ohne Einschränkung umgesetzt wurde.

Die Bewertung der Wechselbeziehung zwischen dem Sondermodul und dem Behandlungserfolg ist demnach aufgrund der nur geringen Anzahl an KlientInnen, die kein Übergabegespräch hatten (vgl. Kapitel 4.1.7), nicht möglich.

Dennoch lassen sich anhand der in Kapitel 4.1.7 dargelegten Ergebnisse zur Zufriedenheit mit dem Übergabegespräch und der Belastungserprobungs-

gruppe positive Effekte dieser Sondermodule auf den Behandlungsverlauf sowie -erfolg ableiten.³¹

4.1.11 Individuelle Behandlungserfolge - Effekte und Veränderungsentwicklungen auf Seiten der KlientInnen

Konsumverhalten

Mit Blick auf das Konsumverhalten geben die ambulanten TherapeutInnen zum Abschluss der Behandlung an, dass 70% der KlientInnen abstinent leben und 11% der Fälle (n=54) ein verbessertes Konsumverhalten aufweisen.

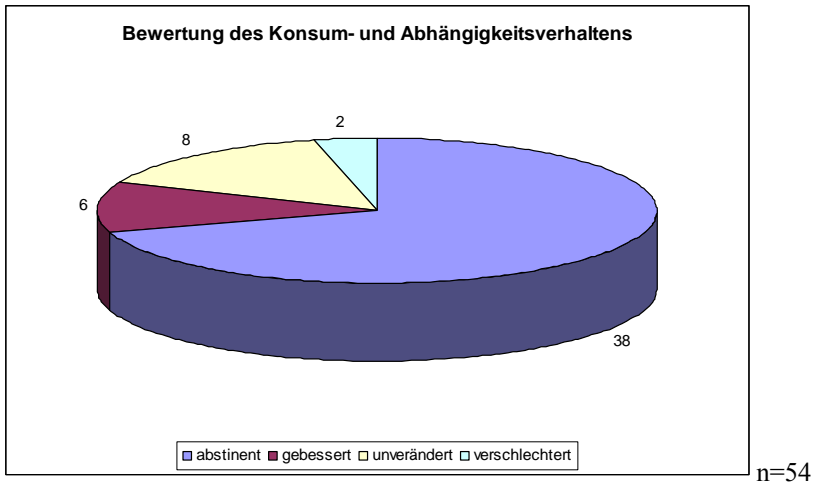


Abb. 117 Bewertung Konsum- und Abhängigkeitsverhalten

31 Vgl. auch die Ausführungen zum Einfluss des Übergabemanagements auf den Behandlungsabbruch beim Übergang in das ambulante Modul in Kapitel 4.1.13 dieses Bandes.

Während der Behandlung haben nach Auskunft der ambulanten TherapeutInnen 61% der KlientInnen (n=54) keinen Alkohol konsumiert.

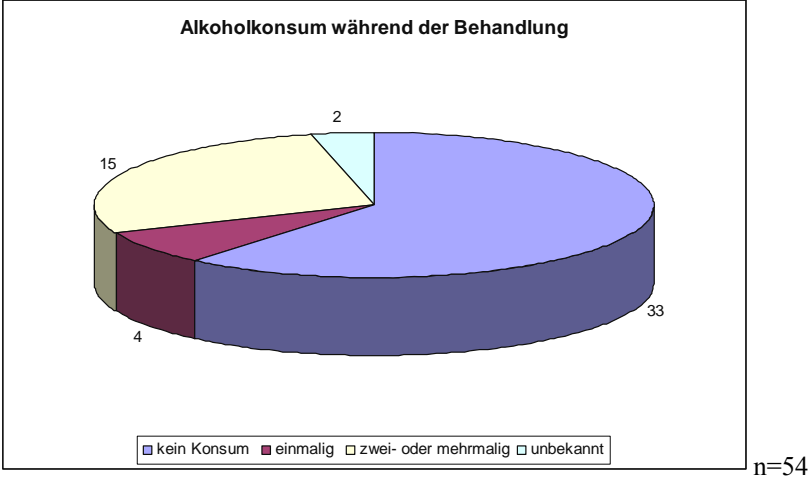


Abb. 118 Alkoholkonsum während der Behandlung

Die TherapeutInnen geben zum Abschluss der Behandlung in 64% (n=53) der Fälle eine tendenziell günstige Abstinentzprognose.

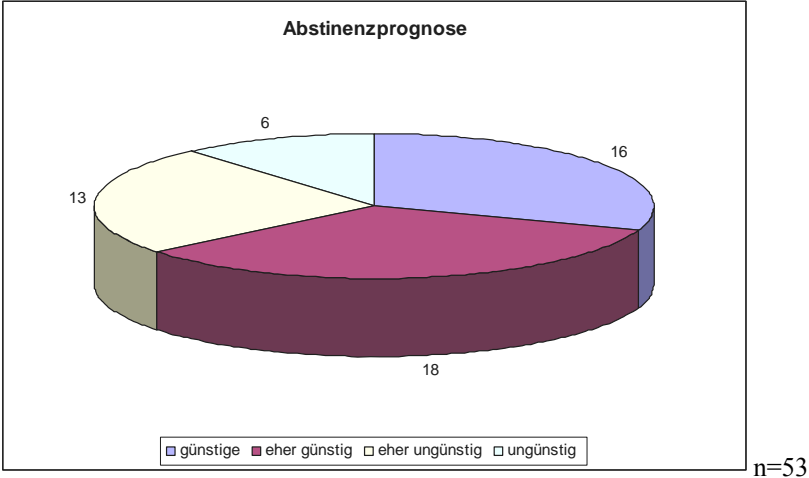


Abb. 119 Abstinentzprognose

Die Frage, für wie wahrscheinlich sie selbst die eigene, dauerhafte Abstinenz ansehen, beantworten die KlientInnen wie folgt:

	Häufigkeit	Prozente
100%	2	5,6
99%	15	41,7
80%	9	25,0
60%	7	19,4
40%	2	5,6
0%	1	2,8
Gesamt	36	100,0

Abb. 120 Abstinenzzuversicht der KlientInnen

Erwerbstatus

Zum Abschluss der Behandlung sind 48% (n=52) der Befragten arbeitslos.

	Häufigkeit	Prozente
nein	27	51,9
ja	25	48,1
Gesamt	52	100,0

Abb. 121 Arbeitslosigkeit bei Behandlungsende

Im Vergleich zum Beginn der Behandlung ergaben sich folgende Veränderungen im individuellen Erwerbstatus: Von den 18 KlientInnen, die zu Beginn der MoKo über einen Arbeits-/Ausbildungsplatz verfügten, verloren 4 im Verlauf der Therapie ihre Arbeit. Umgekehrt, konnten 4 der 22 vormals Arbeitslosen am Ende der MoKo ein Arbeitsverhältnis aufweisen.

berufliche Integration nach Beedigung der MoKo	berufliche Integration vor MoKo			Gesamt
	Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden	arbeitslos	berufliche Reha	Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden
Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden	14	4	0	18
	77,8%	18,2%	,0%	43,9%
arbeitslos	4	15	0	19
	22,2%	68,2%	,0%	46,3%
berufliche Reha	0	2	1	3
	,0%	9,1%	100,0%	7,3%
unbekannt	0	1	0	1
	,0%	4,5%	,0%	2,4%
Gesamt	18	22	1	41
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi²= .000

Abb. 122 Berufliche Integration Behandlungsanfang und -ende

Partnersituation

Die Unterschiede in der Partnersituation bei Betreuungsbeginn und Abschluss der Behandlung sind signifikant. Von den 21 zu Beginn der Behandlung alleinstehenden KlientInnen sind drei in einer Beziehung, einer davon in einer festen. Die zu Beginn der Behandlung bestehende feste Beziehung ist bei zwei KlientInnen am Ende der Behandlung aufgelöst.

			Partnerbeziehung bei Behandlungsende			Gesamt
			Alleinstehend	Zeitweilige Beziehungen	feste Beziehung	
Partnerbeziehung bei Betreuungsbeginn	Alleinstehend	Anzahl	18	2	1	21
		%	85,7%	9,5%	4,8%	100,0%
	Zeitweilige Beziehungen	Anzahl	0	1	0	1
		%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	feste Beziehung	Anzahl	1	1	19	21
		%	4,8%	4,8%	90,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	19	4	20	43
		%	44,2%	9,3%	46,5%	100,0%

Chi²=.000

Abb. 123 Partnerbeziehung Behandlungsanfang und -ende

Lebenszufriedenheit

Als Erfolgsmaß gilt zum Abschluss der Behandlung auch die eigene Lebenszufriedenheit der Rehabilitanden. Am Ende der MoKo bezeichnen sich bis auf einen/eine alle Befragten (n=35) als zufrieden.

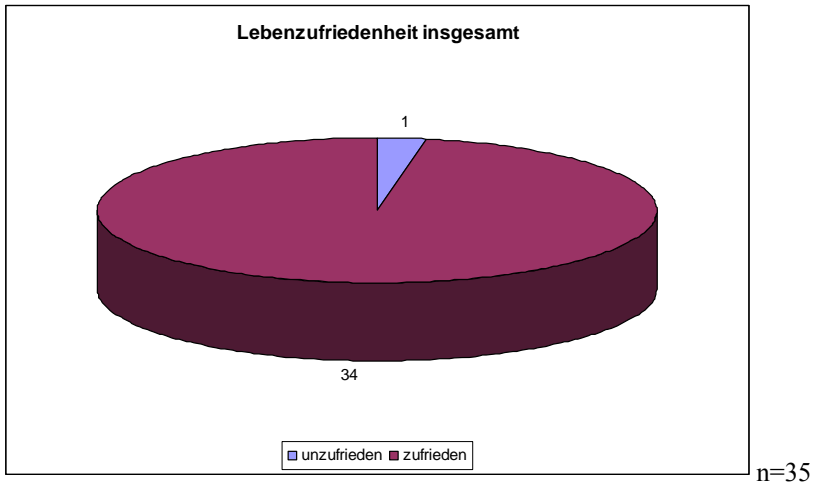


Abb. 124 Lebenszufriedenheit

Zustand und Zufriedenheit – Veränderungsmessungen

Bezüglich des Erfolgs der MoKo standen eine Reihe von wiederholt erhobenen Einschätzungsitems zur Verfügung, die Auskunft über den Zustand des KlientInnen (Selbst- und Fremdeinschätzung) und die Zufriedenheit mit sich und seinem sozialen Umfeld geben können.

In Bezug auf den Zustand der Klienten standen die Selbsteinschätzungen und die Fremdeinschätzungen durch den ambulanten Therapeuten für 3 Messzeitpunkte (Zeitpunkt der Antragstellung (t1ambulant), Wechsel vom (teil-)stationären in das ambulante Modul (t4ambulant) und ambulanter Abschluss der MoKo (t5ambulant)) zur Verfügung. Die Einschätzungen der klinischen Therapeuten lagen für zwei Messzeitpunkte (Beginn und Abschluss des (teil-)stationären Moduls (t2stationär und t3stationär)) vor. Es handelt sich bei allen Selbst- und Fremdeinschätzungen um 8 identische Likert-Items die 5-stufig skaliert waren („schlecht“, „eher schlecht“, „mittelmäßig“, „eher gut“, „gut“). Die Ausprägungen der Items wurden zunächst zu je zwei Mittelwertindizes

verdichtet, deren Item-Zusammensetzung vorab über eine explorative Faktorenanalyse (Hauptkomponenten-Verfahren mit Oblimin-Rotation und Kaiser-Normalisierung, alle KMO > 0,7, Bestimmung der Faktorenzahl über Scree-Kriterium) für sowohl Selbst- als auch Fremdeinschätzung und für alle Messzeitpunkte identisch ermittelt wurden. Der Index „psychosomatischer Zustand“ enthält dabei die Items „Körperliche Verfassung“, „Konzentrationsvermögen“, „Arbeitsfähigkeit“ und „psychische Belastbarkeit“, während der Index „Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit“ die Items „Konfliktfähigkeit“, „Selbstsicherheit“, „Durchsetzungsfähigkeit“ und „Kommunikationsfähigkeit“ beinhaltet (vgl. die im folgenden abgebildete Tabelle). Die Mehrzahl der gebildeten Indexvariablen wies eine ausgesprochen gute innere Konsistenz (Cronbachs $\alpha > 0,8$) aber keine Normalverteilung (Shapiro-Wilk-Test meist $p < 0,05$) auf.

Index-Bezeichnung	Reliabilität (Cronbachs α)	Shapiro-Wilk-Test	M/SD	Min - Max	Item-Trennschärfe	Faktorladung (PCA Oblimin)	Item
Selbst einschätzung psychosomatischer Zustand	t1: 0,863	t1: $p > 0,05$	t1: 3,24 / 1,0	t1: 1,00 – 5,00	t1: 0,761	t1: 0,896	körperliche Verfassung
	t2: 0,771	t2: $p = 0,01$	t2: 4,17 / 0,7	t2: 2,25 – 5,00	t2: 0,894	t2: 0,894	
	t3: 0,836	t3: $p = 0,01$	t3: 4,13 / 0,7	t3: 2,50 – 5,00	t3: 0,769	t3: 0,919	
Selbst einschätzung psychosomatischer Zustand (ambulante Therapeut)	t1: 0,831	t1: $p > 0,05$	t1: 2,98 / 0,7	t1: 1,25 – 4,75	t1: 0,687	t1: 0,926	körperliche Verfassung
	t2: 0,813	t2: $p = 0,01$	t2: 3,62 / 0,7	t2: 1,00 – 4,75	t2: 0,633	t2: 0,913	
	t3: 0,904	t3: $p = 0,01$	t3: 3,69 / 0,9	t3: 1,25 – 5,00	t3: 0,750	t3: 0,928	
Selbst einschätzung psychosomatischer Zustand (ambulante Therapeut)	t1: 0,869	t1: $p = 0,01$	t1: 3,25 / 0,9	t1: 1,00 – 5,00	t1: 0,726	t1: 0,831	Selbstsicherheit
	t2: 0,882	t2: $p = 0,01$	t2: 4,07 / 0,7	t2: 1,75 – 5,00	t2: 0,705	t2: 0,868	
	t3: 0,828	t3: $p = 0,02$	t3: 4,28 / 0,6	t3: 3,00 – 5,00	t3: 0,611	t3: 0,818	
Selbst einschätzung psychosomatischer Zustand (ambulante Therapeut)	t1: 0,876	t1: $p = 0,01$	t1: 3,25 / 0,9	t1: 1,00 – 5,00	t1: 0,666	t1: 0,876	Kommunikationsfähigkeit
	t2: 0,694	t2: $p = 0,02$	t2: 4,07 / 0,7	t2: 1,75 – 5,00	t2: 0,694	t2: 0,750	
	t3: 0,828	t3: $p = 0,02$	t3: 4,28 / 0,6	t3: 3,00 – 5,00	t3: 0,721	t3: 0,840	
Selbst einschätzung psychosomatischer Zustand (ambulante Therapeut)	t1: 0,869	t1: $p = 0,01$	t1: 3,25 / 0,9	t1: 1,00 – 5,00	t1: 0,771	t1: 0,900	Konfliktfähigkeit
	t2: 0,882	t2: $p = 0,01$	t2: 4,07 / 0,7	t2: 1,75 – 5,00	t2: 0,814	t2: 0,893	
	t3: 0,828	t3: $p = 0,02$	t3: 4,28 / 0,6	t3: 3,00 – 5,00	t3: 0,562	t3: 0,692	
Selbst einschätzung psychosomatischer Zustand (ambulante Therapeut)	t1: 0,876	t1: $p = 0,01$	t1: 3,25 / 0,9	t1: 1,00 – 5,00	t1: 0,729	t1: 0,769	Durchsetzungs-fähigkeit (z.B. gegenüber Kollegen, Vorgesetzten)
	t2: 0,694	t2: $p = 0,02$	t2: 4,07 / 0,7	t2: 1,75 – 5,00	t2: 0,767	t2: 0,907	
	t3: 0,828	t3: $p = 0,02$	t3: 4,28 / 0,6	t3: 3,00 – 5,00	t3: 0,726	t3: 0,888	
Selbst einschätzung psychosomatischer Zustand (ambulante Therapeut)	t1: 0,831	t1: $p > 0,05$	t1: 2,98 / 0,7	t1: 1,25 – 4,75	t1: 0,687	t1: 0,926	körperliche Verfassung
	t2: 0,813	t2: $p = 0,01$	t2: 3,62 / 0,7	t2: 1,00 – 4,75	t2: 0,633	t2: 0,913	
	t3: 0,904	t3: $p = 0,01$	t3: 3,69 / 0,9	t3: 1,25 – 5,00	t3: 0,750	t3: 0,928	
Selbst einschätzung psychosomatischer Zustand (ambulante Therapeut)	t1: 0,869	t1: $p = 0,01$	t1: 3,25 / 0,9	t1: 1,00 – 5,00	t1: 0,661	t1: 0,628	Konzentrationsvermögen
	t2: 0,882	t2: $p = 0,01$	t2: 4,07 / 0,7	t2: 1,75 – 5,00	t2: 0,581	t2: 0,545	
	t3: 0,828	t3: $p = 0,02$	t3: 4,28 / 0,6	t3: 3,00 – 5,00	t3: 0,804	t3: 0,796	
Selbst einschätzung psychosomatischer Zustand (ambulante Therapeut)	t1: 0,869	t1: $p = 0,01$	t1: 3,25 / 0,9	t1: 1,00 – 5,00	t1: 0,620	t1: 0,395	psychische Belastbarkeit bei Stress
	t2: 0,882	t2: $p = 0,01$	t2: 4,07 / 0,7	t2: 1,75 – 5,00	t2: 0,614	t2: 0,606	
	t3: 0,828	t3: $p = 0,02$	t3: 4,28 / 0,6	t3: 3,00 – 5,00	t3: 0,737	t3: 0,785	

Abb. 125 Zentrale Parameter der gebildeten Mittelwertindizes zum KlientInnenzustand – I

Fremdeinschätzung Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit (ambulante Therapeut)	t1: 0,860 t2: 0,860 t3: 0,920	t1: p=0,05 t2: p=0,02 t3: p>0,05	t1: 2,60 /0,7 t2: 2,96 /0,7 t3: 3,33 /0,8			t1: 0,668 t2: 0,702 t3: 0,854	t1: 0,893 t2: 0,914 t3: 0,950	Arbeitsfähigkeit insgesamt
	t1: 0,860 t2: 0,860 t3: 0,920	t1: p=0,05 t2: p=0,02 t3: p>0,05	t1: 2,60 /0,7 t2: 2,96 /0,7 t3: 3,33 /0,8	t1: 1,00 – 4,50 t2: 1,00 – 4,25 t3: 1,50 – 5,00		t1: 0,752 t2: 0,718 t3: 0,840	t1: 0,784 t2: 0,863 t3: 0,893	Selbstsicherheit
	t1: 0,860 t2: 0,860 t3: 0,920	t1: p=0,05 t2: p=0,02 t3: p>0,05	t1: 2,60 /0,7 t2: 2,96 /0,7 t3: 3,33 /0,8	t1: 1,00 – 4,50 t2: 1,00 – 4,25 t3: 1,50 – 5,00		t1: 0,622 t2: 0,630 t3: 0,809	t1: 0,708 t2: 0,630 t3: 0,894	Kommunikationsfähigkeit
Fremdeinschätzung psychosomatischer Zustand (klinischer Therapeut)	t1: 0,739 t2: 0,891	t1: p>0,05 t2: p=0,01	t1: 3,00 /0,7 t2: 3,52 /0,9			t1: 0,737 t2: 0,725 t3: 0,795	t1: 0,836 t2: 0,830 t3: 0,853	Konfliktfähigkeit
	t1: 0,739 t2: 0,891	t1: p>0,05 t2: p=0,01	t1: 3,00 /0,7 t2: 3,52 /0,9	t1: 1,00 – 4,75 t2: 1,00 – 4,75		t1: 0,633 t2: 0,798	t1: 0,824 t2: 0,911	Durchsetzungsfähigkeit (z.B. gegenüber Kollegen, Vorgesetzten)
	t1: 0,739 t2: 0,891	t1: p>0,05 t2: p=0,01	t1: 3,00 /0,7 t2: 3,52 /0,9	t1: 1,00 – 4,75 t2: 1,00 – 4,75		t1: 0,686 t2: 0,808	t1: 0,735 t2: 0,826	Konzentrationsvermögen
Fremdeinschätzung Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit (klinischer Therapeut)	t1: 0,882 t2: 0,891	t1: p=0,01 t2: p>0,05	t1: 2,20 /0,8 t2: 2,96 /0,9			t1: 0,438 t2: 0,712	t1: 0,483 t2: 0,689	psychische Belastbarkeit bei Stress
	t1: 0,882 t2: 0,891	t1: p=0,01 t2: p>0,05	t1: 2,20 /0,8 t2: 2,96 /0,9	t1: 1,00 – 3,75 t2: 1,00 – 5,00		t1: 0,412 t2: 0,732	t1: 0,707 t2: 0,852	Arbeitsfähigkeit insgesamt
	t1: 0,882 t2: 0,891	t1: p=0,01 t2: p>0,05	t1: 2,20 /0,8 t2: 2,96 /0,9	t1: 1,00 – 3,75 t2: 1,00 – 5,00		t1: 0,762 t2: 0,748	t1: 0,736 t2: 0,911	Selbstsicherheit
Fremdeinschätzung Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit (klinischer Therapeut)	t1: 0,882 t2: 0,891	t1: p=0,01 t2: p>0,05	t1: 2,20 /0,8 t2: 2,96 /0,9			t1: 0,676 t2: 0,717	t1: 0,782 t2: 0,796	Kommunikationsfähigkeit
	t1: 0,882 t2: 0,891	t1: p=0,01 t2: p>0,05	t1: 2,20 /0,8 t2: 2,96 /0,9			t1: 0,789 t2: 0,818	t1: 0,838 t2: 0,895	Konfliktfähigkeit
	t1: 0,882 t2: 0,891	t1: p=0,01 t2: p>0,05	t1: 2,20 /0,8 t2: 2,96 /0,9			t1: 0,729 t2: 0,754	t1: 0,800 t2: 0,783	Durchsetzungsfähigkeit (z.B. gegenüber Kollegen, Vorgesetzten)

Abb. 126 Zentrale Parameter der gebildeten Mittelwertsindizes zum KlientInnenzustand – II

Überprüfung von Effekten der MoKo auf den Zustand der Klienten

Aufgrund verbliebener vielfacher Multikollinearität zwischen den Indexvariablen wurde für die Prüfung der Therapieeffekte ein Omnibus-Testverfahren angestrebt. Dazu wurden alle Selbsteinschätzungen des Klienten („Psychosomatischer Zustand“ und „Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit“) und die Fremdeinschätzungen des ambulanten Therapeuten („Psychosomatischer Zustand“ und „Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit“) aller drei Messzeitpunkte gleichzeitig in einem Allgemeinen Linearen Modell mit Messwiederholung auf signifikante Veränderungen im Zeitverlauf geprüft. In einem zweiten Schritt erfolgte dann einem gesonderten Modell die Überprüfung der durch den klinischen Therapeuten festgestellten Fortschritte („Psychosomatischer Zustand“ und „Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit“). Diese Trennung war notwendig, da hier nur für zwei Messzeitpunkte Daten vorlagen.

Für die Überprüfung von Zustandsveränderungen während der gesamten MoKo lagen $n=22$ erfolgreiche Fälle mit vollständigen Daten vor. Aufgrund mangelnder Normalverteilung der Zustandsvariablen wurde auf den robusten Pillai-Spur-Schätzer zurückgegriffen. Die gleichzeitige multivariate Überprüfung aller 4 Zustandsvariablen ergab insgesamt einen hochsignifikanten positiven Therapieeffekt (Pillai-Spur: 0,835; $F=8,836$; $df=8$ $p<0,001$). Da die Sphärizitätsannahme für drei der Variablen nicht aufrechterhalten werden konnte (Mauchly-Test $p<0,05$), wurden für die Berechnung aller univariaten Innersubjekteffekte korrigierte Freiheitsgrade nach Greenhouse-Geisser verwendet. Es ergaben sich nichtsdestotrotz hochsignifikante positive Therapieeffekte für „Selbsteinschätzung psychosomatischer Zustand“ ($F=33,506$; $df=1,564$; $p<0,001$; $\eta^2=0,62$), „Selbsteinschätzung Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit“ ($F=31,498$; $df=1,614$; $p<0,001$; $\eta^2=0,60$), „Fremdeinschätzung psychosomatischer Zustand“ ($F=23,588$; $df=1,937$; $p<0,001$; $\eta^2=0,53$) und „Fremdeinschätzung Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit“ ($F=13,434$; $df=1,563$; $p<0,001$; $\eta^2=0,39$), also auch für alle 4 Einschätzungsvariablen einzeln. Die ebenfalls durchgeführte Überprüfung a-priori formulierter Innersubjektkontraste bezüglich der drei Messzeitpunkte ergab, dass sich sämtliche ermittelten positiven Therapieeffekte hochsignifikant (alle $p<0,001$) auf Veränderungen zwischen Messzeitpunkt 1 und 2 zurückführen lassen, für die Zeit zwischen Messzeitpunkt 2 und 3 konnten jedoch keine signifikanten Veränderungen belegt werden (vgl. dazu die nachfolgenden Abbildungen).

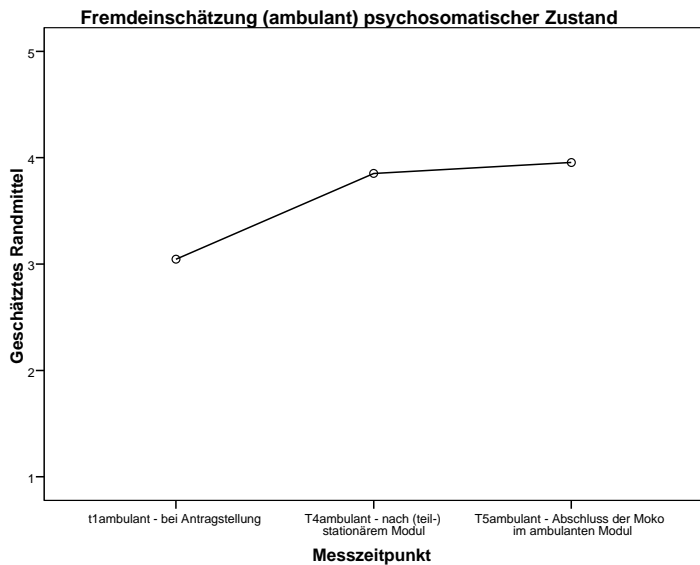


Abb. 127 Selbst- und Fremdeinschätzung des psychosomatischen Zustands der KlientInnen im Therapieverlauf

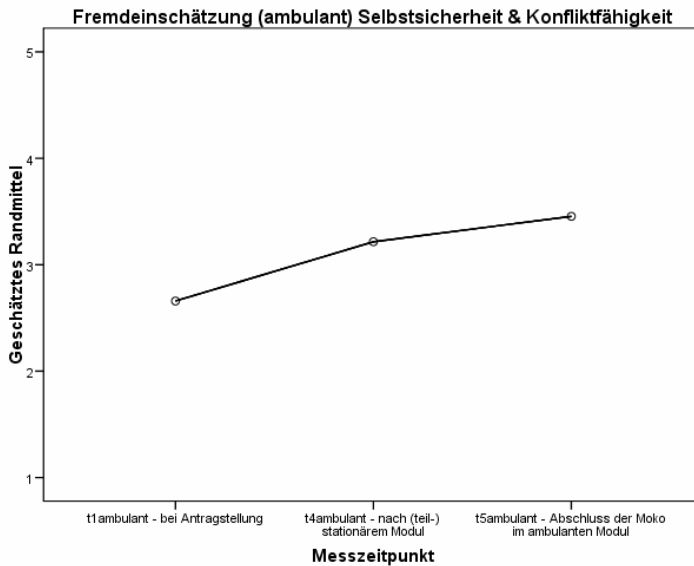
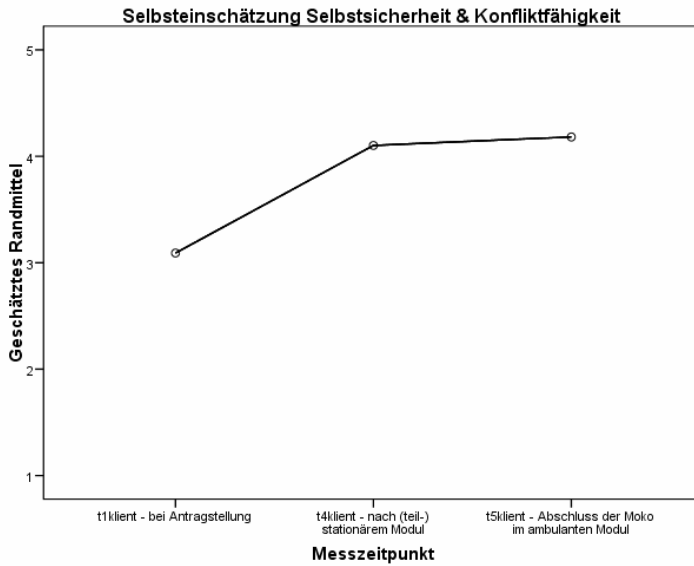


Abb. 128 Selbst- und Fremdeinschätzung der Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit der KlientInnen im Therapieverlauf

Die durch den (teil-)stationären Therapeuten beobachteten Therapieeffekte wurden in einem zweiten Allgemeinen Linearen Modell mit Messwiederholung geprüft, hier lagen für die beiden Einschätzungsvariablen („Psychosomatischer Zustand“ und „Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit“, jeweils zu Beginn und nach dem Aufenthalt in der (Tages-)Klinik) $n=36$ vollständige Fälle vor. Die multivariate Überprüfung ergab hier ebenfalls einen hochsignifikanten positiven Therapieeffekt (Pillai-Spur: 0,638; $F=30,021$; $df=2$ $p<0,001$). Auch bei den univariaten Innersubjekteffekten bescheinigten die Ergebnisse hochsignifikante Verbesserungen durch den Aufenthalt in der (Tages-)Klinik bei beiden Einschätzungsurteilen, also sowohl für „psychosomatischer Zustand“ ($F=23,379$; $df=1$; $p<0,001$; $\eta^2=0,40$), als auch für „Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit“ ($F=55,913$; $df=1$; $p<0,001$; $\eta^2=0,62$) (vgl. dazu die nachfolgenden Abbildungen).



Abb. 129 Einschätzung des psychosomatischen Zustands und der Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit der KlientInnen durch den klinischen Therapeuten

Die durch den (tages-)klinischen TherapeutInnen beobachteten Therapieeffekte wurden in einem weiteren Allgemeinen Linearen Modell mit Messwiederholung mit Einbeziehung des Einflusses der Kontrollvariablen „Arbeitslosigkeit bei Therapiebeginn“ geprüft, hier lagen für die beiden Einschätzungsvariablen („Psychosomatischer Zustand“ und „Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit“, jeweils vor und nach dem Klinikaufenthalt) $n=36$ vollständige Fälle, 14 KlientInnen unter ihnen waren zu Behandlungsbeginn arbeitslos. Hintergrund war die Überlegung, dass sich bereits bei der Überprüfung der Abbruchdeterminanten dieser Faktor als maßgeblich erwiesen hatte und sich dahinter oft KlientInnen verbergen, für die aufgrund der Abhängigkeitserkrankung und Folgeerscheinungen – als eines der möglichen Indikationskriterien für die Moko – auch eine stationäre Langzeitmaßnahme eignet, was sich potentiell auf den Therapieerfolg auswirken könnte.

Die multivariate Überprüfung ergab auch für dieses Modell einen hochsignifikanten positiven Therapieeffekt (Pillai-Spur: 0,622; $F=27,107$; $df=2$ $p<0,001$), aber keinen signifikanten multivariaten Effekt der Arbeitslosigkeit auf alle Einschätzungsurteile und keinen signifikanten multivariaten Interaktionseffekt. Was univariate Innersubjekteffekte angeht, bescheinigten die Ergebnisse wiederum hochsignifikante Verbesserungen durch den Klinikaufenthalt bei beiden Einschätzungsurteilen, also sowohl für „psychosomatischer Zustand“ ($F=20,131$; $df=1$; $p<0,001$; $\eta^2=0,37$), als auch für „Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit“ ($F=49,981$; $df=1$; $p<0,001$; $\eta^2=0,60$). Generell wiesen die Einschätzungen zum „psychosomatischen Zustand“ der bei Therapiebeginn arbeitslosen KlientInnen, wie erwartet, signifikant schlechtere Werte auf ($F=5,043$; $df=1$; $p<0,05$; $\eta^2=0,13$). Darüber hinaus gab es eine signifikante Interaktion ($F=5,480$; $df=1$; $p<0,05$; $\eta^2=0,14$) zwischen Arbeitslosigkeit und den Verbesserungseffekten bei der Einschätzung des „psychosomatischen Zustands“, aus der sich folgern lässt, dass diese Klientel in Bezug auf den psychosomatischen Zustand nicht nur von den (teil-)stationären TherapeutInnen generell zu allen Messzeitpunkten schlechter eingeschätzt wurden, sondern auch weniger stark vom Aufenthalt in der (Tages-) Klinik profitieren konnten (vgl. dazu die nachfolgenden Abbildungen). Für die Einschätzungen der „Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit“ der KlientInnen ließ sich hingegen kein signifikanter Effekt der Arbeitslosigkeit belegen.

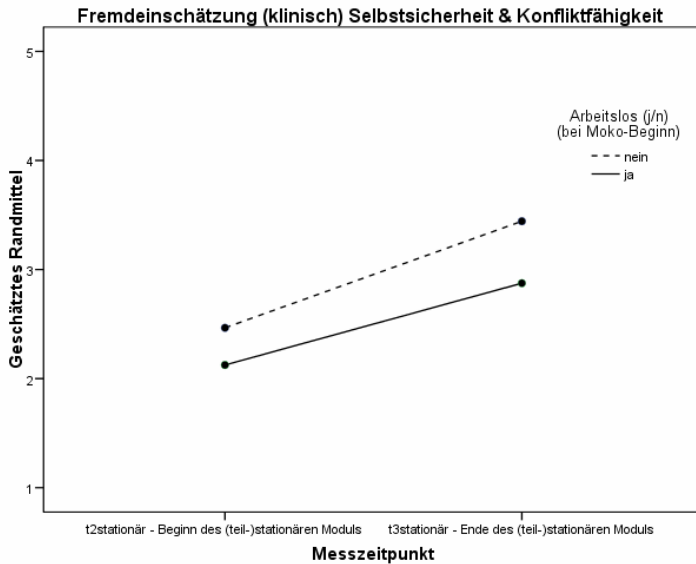
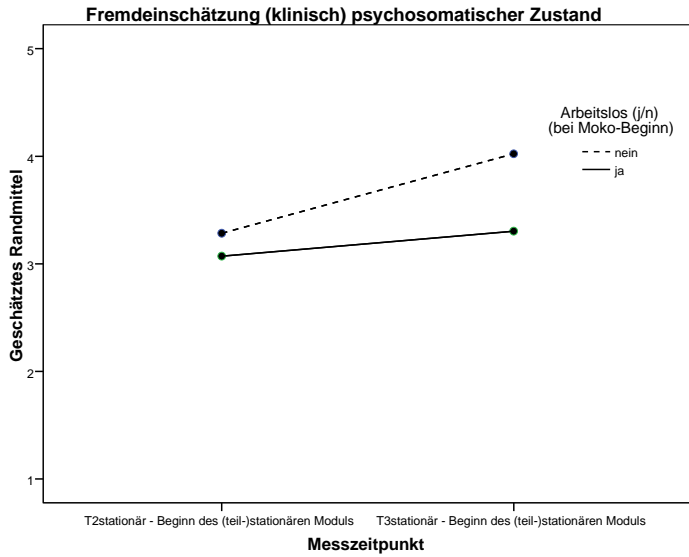


Abb. 130 Einschätzung des psychosomatischen Zustands und der Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit der KlientInnen durch die (tages-)klinischen TherapeutInnen

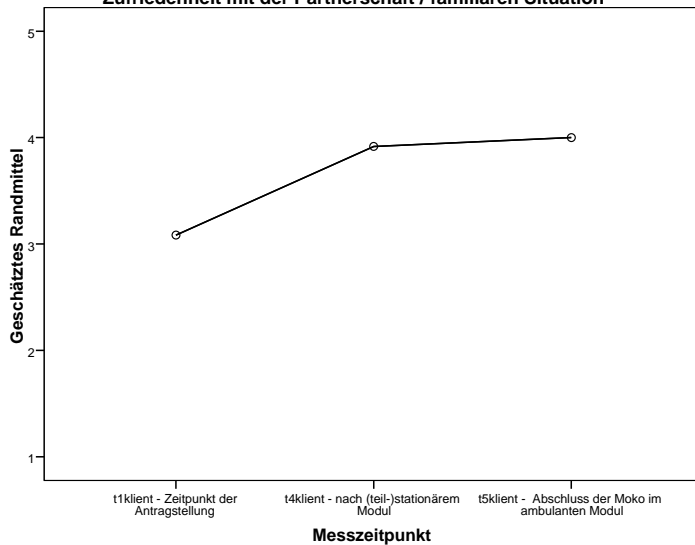
Zufriedenheit der Klienten

Die Veränderung der Zufriedenheit der Klienten wurde in einem dritten Allgemeinen Linearen Modell mit Messwiederholung über alle drei Messzeitpunkte hinweg überprüft. Da keine inhaltlich befriedigende faktorenanalytische Lösung für die 8 Einzelitems (skaliert von 1–5) hatte gefunden werden können, wurden diese unter Ausnutzung der Robustheit der Pillai-Spur-Statistik gegen Abweichungen von der Normalverteilung direkt in das Modell eingebracht. Für die n=12 Fälle mit vollständigen Angaben auf allen 8 Items zu allen drei Messzeitpunkten ergab sich ein hochsignifikanter positiver multivariater Therapieeffekt (Pillai-Spur: 0,995; $F=93,526$; $df=8$ $p<0,001$).

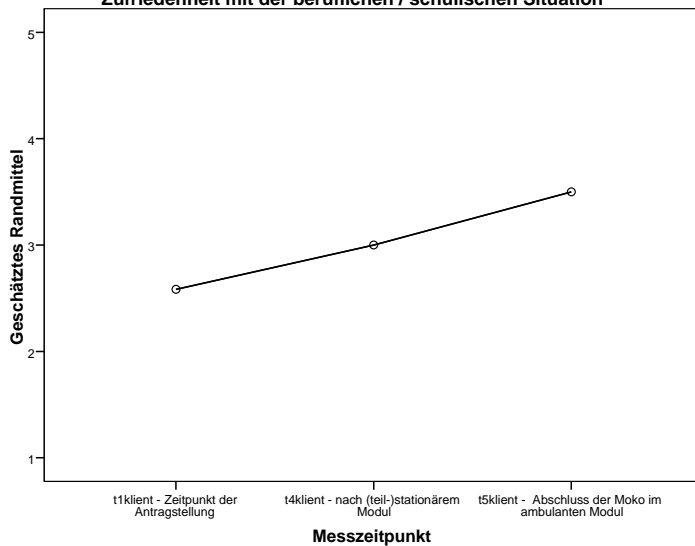
Die Betrachtung der univariaten Innersubjekteffekte lieferte für „Zufriedenheit mit der Partnerschaft/familiären Situation“, „Zufriedenheit mit dem Umgang mit sich selbst“ und „Zufriedenheit mit dem Umgang mit Alkohol bzw. Suchtmitteln“ hochsignifikante positive Therapieeffekte ($p<0,001$). Für „Zufriedenheit mit dem Umgang mit Arbeitskollegen/Vorgesetzten“, „Zufriedenheit mit dem Bekanntenkreis“, „Zufriedenheit mit der körperlichen /gesundheitlichen Situation“ und „Zufriedenheit mit finanziellen und/oder rechtlichen Fragen“ ließen sich ebenfalls positive signifikante Therapieeffekte zeigen ($p<0,05$). Lediglich bei der „Zufriedenheit mit der beruflichen/schulischen Situation“ ließ sich kein positiver Therapieeffekt belegen ($p>0,1$).

Bei der Überprüfung a-priori formulierter Innersubjektkontraste zu Unterschieden in der Zufriedenheit zwischen den einzelnen Messzeitpunkten ergab sich ein ähnliches Bild wie bei den Zustandseinschätzungen: die Verbesserungen in der Zufriedenheit zwischen Messzeitpunkt 1 und 2 (zwischen Antragsstellung und Ende des (teil-)stationären Moduls) wurden signifikant ($p<0,05$), während die deskriptiv beobachtbaren Unterschiede zwischen Zeitpunkt 2 und 3 (Ende des (teil-)stationären Moduls und Ende der MoKo im ambulanten Modul) nicht überzufällig waren und somit nicht generalisiert werden dürfen. Einzige Ausnahme ist hier die Variable „Zufriedenheit mit dem Umgang mit Arbeitskollegen/Vorgesetzten“. Bei dieser Variable ergab sich eine signifikante ($p<0,05$) Verbesserung erst während der ambulanten Phase, während im (teil-)stationären Modul keine signifikante Veränderung zu belegen war (vgl. dazu die nachfolgenden Abbildungen).

Zufriedenheit mit der Partnerschaft / familiären Situation



Zufriedenheit mit der beruflichen / schulischen Situation



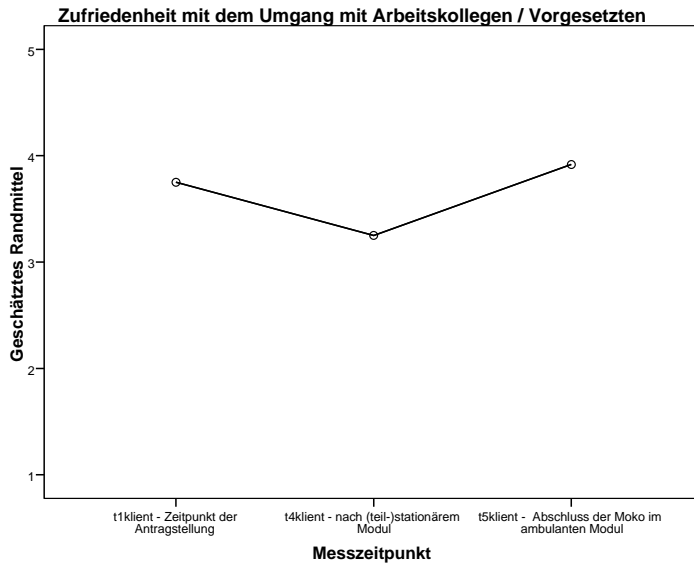
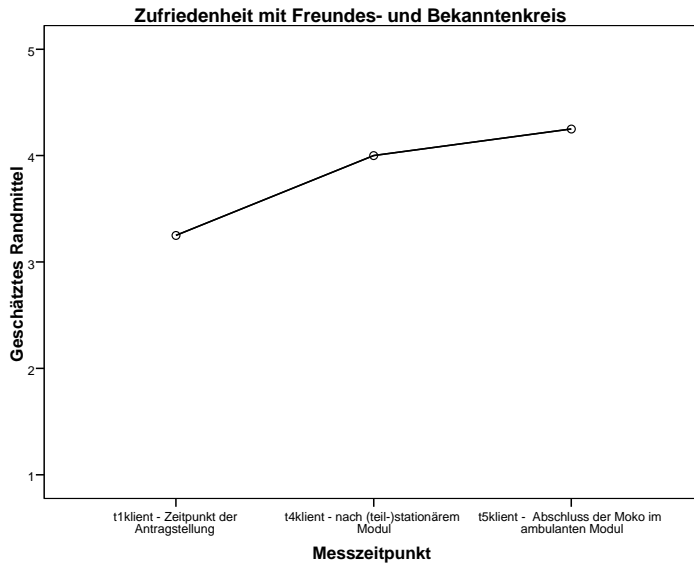
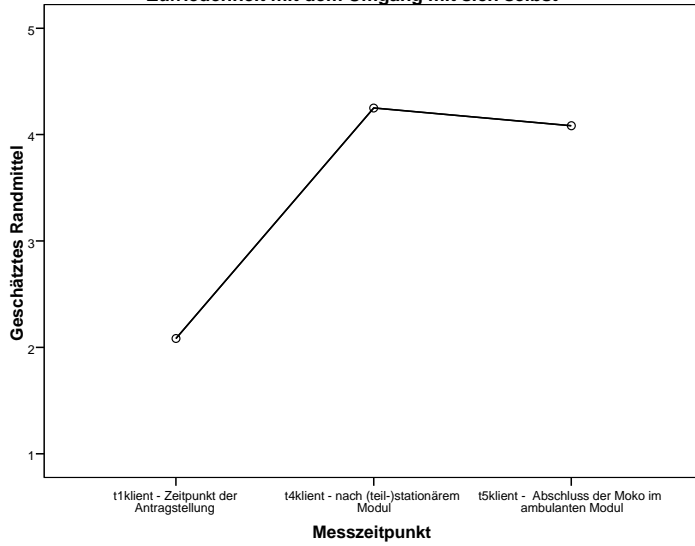
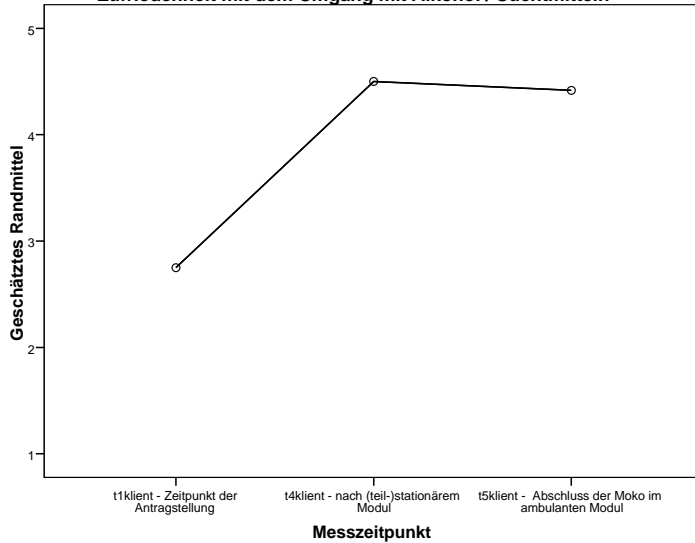


Abb. 131 Zufriedenheit der KlientInnen mit ihrem sozialen Umfeld während des Therapieverlaufs

Zufriedenheit mit dem Umgang mit sich selbst



Zufriedenheit mit dem Umgang mit Alkohol / Suchtmitteln



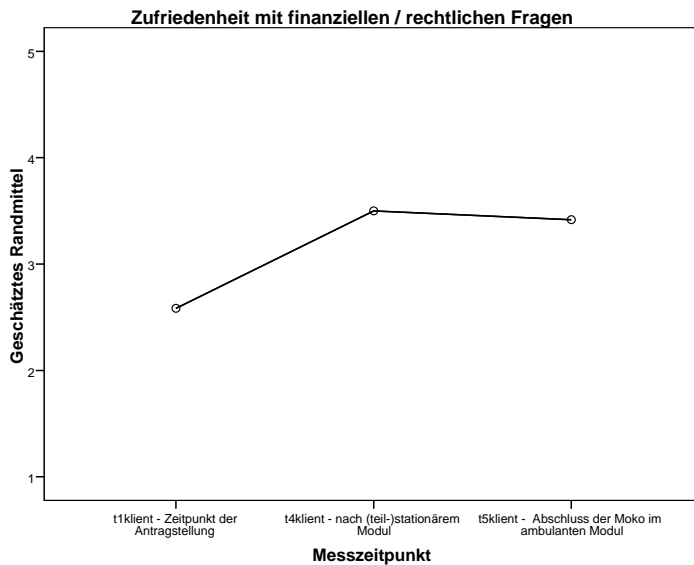


Abb. 132 Zufriedenheit der KlientInnen mit ausgewählten persönlichen Aspekten während des Therapieverlaufs

4.1.12 Vergleich Behandlungsabbrecher und planmäßige Behandlungsbeender

Die Abbrecher der Moko gehören in der Mehrzahl in der Alterskohorte der 40 bis 49jährigen an. Zwischen Alter und Behandlungsabschluss konnte kein Zusammenhang festgestellt werden.

			Alter				
			unter 30	30-39	40-49	50-59	Gesamt
Be- hand- lungs- ver- lauf	Ab- bruch	Anzahl	3	16	21	11	51
		%	5,9%	31,4%	41,2%	21,6%	100,0%
	plan- mäßig	Anzahl	0	12	18	5	35
		%	,0%	34,3%	51,4%	14,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	3	28	39	16	86
		%	3,5%	32,6%	45,3%	18,6%	100,0%

Chi²= .364

Abb. 133 Alter und Behandlungsverlauf

Die KlientInnen, die die MoKo nicht erfolgreich beenden, sind in 86% der Fälle Männer. Signifikante Unterschiede zwischen Geschlecht und Behandlungsverlauf konnten nicht gefunden werden.

			Geschlecht		
			männlich	weiblich	Gesamt
Behandlungsverlauf	Abbruch	Anzahl	44	7	51
		%	86,3%	13,7%	100,0%
	planmäßig	Anzahl	25	10	35
		%	71,4%	28,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	69	17	86
		%	80,2%	19,8%	100,0%

Chi²= .089

Abb. 134 Geschlecht und Behandlungsverlauf

Als höchster bisher Schulabschluss wurde für die Abbrecher in 67% der Fälle ein Haupt-/Volkshochschulabschluss erhoben. Zwischen Schulabschluss und Behandlungsabschluss konnte kein Zusammenhang festgestellt werden.

			Schulabschluss						
			kein	Sonder- schule	Haupt- /Volk- schule	Real- schule /Poly- tech- nische Ober- schule	(Fach) Abitur	Hoch- schule	Gesamt
Behand- lungs- ver- lauf	Ab- bruch	Anzahl	2	3	34	11	1	0	51
		%	3,9%	5,9%	66,7%	21,6%	2,0%	,0%	100,0%
	plan- mäßig	Anzahl	0	0	21	10	2	2	35
		%	,0%	,0%	60,0%	28,6%	5,7%	5,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	2	3	55	21	3	2	86
		%	2,3%	3,5%	64,0%	24,4%	3,5%	2,3%	100,0%

Chi²= .171

Abb. 135 Schulabschluss und Behandlungsverlauf

Mehr als die Hälfte der Therapieabbrecher sind allein stehend. Die Partnerbeziehung hat keinen signifikanten Einfluss auf den Behandlungsverlauf.

			Partnerbeziehung			
			allein- stehend	zeitweilige Beziehungen	feste Beziehung	Gesamt
Behand- lungs- ver- lauf	Abbruch	Anzahl	26	6	19	51
		%	51,0%	11,8%	37,3%	100,0%
	plan- mäßig	Anzahl	17	1	17	35
		%	48,6%	2,9%	48,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	43	7	36	86
		%	50,0%	8,1%	41,9%	100,0%

Chi²= .262

Abb. 136 Partnerbeziehung und Behandlungsverlauf

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang von Behandlungsverlauf und Teilnahme an früheren Entwöhnungsbehandlungen konnte nicht festgestellt werden.

			Frühere Entwöhnungs- behandlung?		
			nein	ja	Gesamt
Behandlungsverlauf	Abbruch	Anzahl	28	23	51
		%	54,9%	45,1%	100,0%
	planmäßig	Anzahl	22	13	35
		%	62,9%	37,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	50	36	86
		%	58,1%	41,9%	100,0%

Chi²=.463

Abb. 137 Frühere Entwöhnungsbehandlung und Behandlungsverlauf

Eine Einsicht in die Alkoholabhängigkeit lag nach Auskunft der TherapeutInnen zu Beginn der Behandlung bei 87 % der KlientInnen vor. Ein signifikanter Einfluss der Krankheitseinsicht auf den Behandlungsverlauf konnte nicht festgestellt werden.

			Einsicht in die Alkoholab- hängigkeit?		Gesamt
			ja	teils/teils	ja
Behandlungs- verlauf	Abbruch	Anzahl	46	10	56
		%	82,1%	17,9%	100,0%
	plan- mäßig	Anzahl	33	2	35
		%	94,3%	5,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	79	12	91
		%	86,8%	13,2%	100,0%

Chi²=.096

Abb. 138 Krankheitseinsicht und Behandlungsverlauf

Hinsichtlich der beantragten Behandlungszeiten sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den KlientInnen mit planmäßigem bzw. nicht planmäßigem Behandlungsabschluss festzustellen.

			ambulant ganztägig (Dauer in Wochen)			
			8	10	12	Gesamt
Behandlungsverlauf	Abbruch	Anzahl	1	0	6	7
		%	14,3%	,0%	85,7%	100,0%
	planmäßig	Anzahl	1	2	4	7
		%	14,3%	28,6%	57,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	2	2	10	14
		%	14,3%	14,3%	71,4%	100,0%

Chi²=,301

Abb. 139 Beantragtes ganztägiges Modul und Behandlungsverlauf

			stationär (Dauer in Wochen)				Gesamt
			8	10	12	14	8
Behandlungsverlauf	Abbruch	Anzahl	4	18	19	1	42
		%	9,5%	42,9%	45,2%	2,4%	100,0%
	planmäßig	Anzahl	6	11	11	0	28
		%	21,4%	39,3%	39,3%	,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	10	29	30	1	70
		%	14,3%	41,4%	42,9%	1,4%	100,0%

Chi²=,471

Abb. 140 Beantragtes stationäres Modul und Behandlungsverlauf

Um zu prüfen, ob die Auftaktphase der Arbeit in und mit MoKo im Zusammenhang mit dem Behandlungsabschluss steht, wurde geprüft, ob das Jahr der Antragstellung signifikanten Einfluss auf den Behandlungsverlauf hat. Der Zeitpunkt der Therapie und Beteiligung an der Begleitforschung hat keinen signifikanten Einfluss auf den Behandlungsabschluss.

			Jahr der Antragstellung			
			2005	2006	2007	Gesamt
Behandlungs- verlauf	planmäßig	Anzahl	1	39	3	43
		%	2,3%	90,7%	7,0%	100,0%
	Abbruch	Anzahl	1	45	13	59
		%	1,7%	76,3%	22,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	2	84	16	102
		%	2,0%	82,4%	15,7%	100,0%

Chi²= .118

Abb. 141 Jahr der Antragstellung und Behandlungsverlauf

4.1.13 Einfluss auf den Behandlungsabbruch

Um zu klären, welche eingangs erhobenen Merkmale der KlientInnen geeignet sind, einen späteren Abbruch der MoKo signifikant vorherzusagen, wurde eine schrittweise logistische Regression von der Abbruchentscheidung auf die zahlreichen zu Beginn der Behandlung erhobenen Variablen gerechnet.

In einem 1. Block wurden dazu zunächst soziodemographische Merkmale und Variablen zur Lebenssituation in die Regressionsgleichung eingebracht (Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Partnerbeziehung, Arbeitslosigkeit, Kinder, Berufsausbildung), im 2. Block Variablen zur Abhängigkeits- und Therapiegeschichte der Klienten (Abhängigkeitsdauer, vorherige Entgiftungs-, Substitutions- und Entwöhnungsbehandlungen, Abstinenzzeiten, vorherige Kontakte zur Fachambulanz, Selbsthilfegruppenteilnahme und sonstige Institutionserfahrungen). Der 3. Block reflektiert diverse Einschätzungen der TherapeutInnen bezüglich der Indikation (Ausmaß der sozialen Verpflichtungen (Arbeit, Familie), die einer stationärer Langzeitbehandlung entgegenstehen; Ausmaß der Indikation für eine stationäre Langzeitbehandlung aufgrund der Abhängigkeits- und Folgeerkrankungen), Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit³², psychosomatischer Zustand³³, Einsicht in die Alkoholabhängigkeit),

32 Die Variable „Selbstsicherheit & Konfliktfähigkeit“ wurde gebildet aus den Angaben der TherapeutInnen zum Zustand der Klientin/des Klienten (Durchsetzungsfähigkeit, Selbstsicherheit, Konfliktfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit) zum Zeitpunkt der Antragstellung.

33 Die Variable „psychosomatischer Zustand“ wurde gebildet aus den Angaben der TherapeutInnen zum Zustand der Klientin/des Klienten (Einschätzung der körperlichen Verfassung, der Arbeitsfähigkeit, der psychischen Belastbarkeit bei Stress und des Konzentrationsvermögens) zum Zeitpunkt der Antragsstellung.

während im 4. Block der Einfluss von Parametern der beantragten MoKo untersucht wurde (geplante Dauer der ambulanten/stationären Behandlung)

Die Variablen wurden, wie beschrieben, blockweise in die Regressionsgleichung eingebracht und dann schrittweise einzeln automatisiert von SPSS nach dem Likelihood-Ratio-Kriterium entfernt („REMOVE-Verfahren mit LR-Kriterium“). Vom 1. Block (Soziodemographie) verblieben nach dieser Prozedur Geschlecht, Schulabschluss und Arbeitslosigkeit als signifikante Prädiktoren, vom 2. Block (Abhängigkeits- und Therapiegeschichte) verblieb „Kontakte mit der Fachambulanz vor Therapiebeginn“, vom 3. Block blieb „Ausmaß der Indikation für stationäre Langzeitbehandlung aufgrund der Abhängigkeits- und Folgeerkrankungen“, während aus dem 4. Block kein einziger Prädiktor Signifikanz erreichte (vgl. dazu die nachfolgende Abbildung). Das finale Modell erreicht 41,7 Prozent Varianzaufklärung und kann anhand der 5 identifizierten Prädiktorvariablen 79,1 Prozent der n=86 vollständigen Fälle korrekt als Abbrecher vs. Nicht-Abbrecher klassifizieren, der Hosmer-Lemeshow-Test liefert entsprechend auch ein nicht-signifikantes Ergebnis ($\text{Chi}^2=8,268$; $\text{df}=8$; $p=0,408$), was auf eine gute Anpassung des Modells an die Datenlage hinweist.

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald-Statistik	df	Signifikanz	Exp(B)
Geschlecht (w)	-2,035	0,744	7,483	1	0,006	0,131
Schulabschluss	-0,969	0,410	5,601	1	0,018	0,379
Arbeitslosigkeit	1,486	0,543	7,490	1	0,006	4,420
Vorherige Kontakte zur Fachambulanz	-0,179	0,082	4,784	1	0,029	0,836
Ausmaß der Indikation für stationäre Langzeitbehandlung aufgrund der Abhängigkeits- und Folgeerkrankungen	0,659	0,313	4,441	1	0,035	1,933
Konstante	4,306	2,027	4,512	1	0,034	74,179
-2-Log-Likelihood=86,605 LR-Test: $\text{Chi}^2=32,198$; $\text{df}=5$; $p<0,001$ Nagelkerkes $R^2=0,417$ Hosmer-Lemeshow-Statistik: $\text{Chi}^2=8,268$; $\text{df}=8$; $p=0,408$ 79,1% richtige Klassifikation						

Abb. 142 Determinanten des Abbruchs der MoKo (finale logistisches Regressionsmodell)

Aus dem finalen Modell zur Erklärung des MoKo-Abbruchs ergibt sich: Männer brechen mit 7,6facher Wahrscheinlichkeit häufiger die MoKo ab als Frauen. Die Wahrscheinlichkeit des Behandlungsabbruchs steigt ferner kontinuierlich mit der Bildungsferne und dem Ausmaß der Indikation für eine stationäre Langzeitbehandlung aufgrund der Abhängigkeits- und Folgeerkrankungen der KlientInnen. Arbeitslose KlientInnen haben generell eine 4,4fach höhere Wahrscheinlichkeit die MoKo abzubrechen, während jeder einzelne vorherige Kontakt der KlientInnen zur Fachambulanz die Wahrscheinlichkeit, die MoKo später abzubrechen, um das 1,2fache verringert.

In Ergänzung der Ausführungen zu den Sondermodulen (vgl. Kapitel 4.1.7) und den Behandlungserfolgen auf Prozessebene (vgl. Kapitel 4.1.10) wurde im Anschluss an das Erklärungsmodell zum Abbruch der Modularen Kombinationsbehandlung geprüft, ob ein Abbruch beim oder nach dem Übergang in die ambulante Phase durch gutes Übergabemanagement reduziert werden kann bzw. ob ein Übergabegespräch in der Lage ist, die Abbrecherquote zu reduzieren, wurde ein zweites schrittweises logistisches Regressionsmodell (ebenfalls „REMOVE-Verfahren mit LR-Kriterium“) geprüft, in dem die im ersten Modell ermittelten 5 Abbruchdeterminanten in einem ersten Block nun nur noch auf Abbrüche nach der klinischen Phase bezogen wurden. In einem zweiten Block wurde dann der Parameter „Übergabegespräch stattgefunden“ ebenfalls als Variable in die Regressionsgleichung eingebracht, um festzustellen, ob er eine abbruchmindernde Rolle spielt. Vom 1. Block wurde in diesem Durchgang lediglich die Variable „Kontakte zur Fachambulanz vor Therapiebeginn“ wegen geringer Erklärungskraft nach dem LR-Kriterium ausgeschlossen: Solche Kontakte spielen also offensichtlich für Frage eines späten Abbruchs keine Rolle mehr. Alle anderen vier Variablen beeinflussen signifikant auch die späten Behandlungsabbrüche (vgl. dazu die nachfolgenden Abbildungen). Nachdem im 2. Block die Teilnahme an einem Übergabegespräch als Prädiktor zusätzlich ins Modell aufgenommen wurde, zeigt sich, dass jene Gespräche tatsächlich in der Lage sind, die Abbruchwahrscheinlichkeit in dieser Phase der MoKo signifikant zu reduzieren (vgl. dazu die nachfolgenden Abbildungen). Im selben Moment verschwindet allerdings der Effekt des Prädiktors „Ausmaß der Indikation für stationäre Langzeitbehandlung aufgrund der Abhängigkeits- und Folgeerkrankungen“. Die Ursache hierfür liegt in der gegenseitigen Abhängigkeit beider Prädiktoren: Eine hochsignifikante Korrelation (Kendalls- τ -b=-0,381 bei $p<0,001$) zwischen der Teilnahme am Übergabegespräch und der Ausprägung der „Ausmaß der Indikation für stationäre Langzeitbehandlung aufgrund der Abhängigkeits- und Folgeerkrankungen“ zeigt in diesem Kontext auf: Klienten, die durch die

Abhängigkeitserkrankung und Folgeerscheinungen stark belastet sind, nahmen in hochsignifikant geringerem Ausmaß an den Übergabegesprächen teil, obwohl aufgrund der vorliegenden Ergebnisse anzunehmen ist, dass gerade diese Gruppe zu den besonders von einem Abbruch gefährdeten Klientel gehört und ein solches Gespräch die Wahrscheinlichkeit eines solchen um mindestens das 7fache verringert hätte.

		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald-Statistik	df	Signifikanz	Exp(B)
Block 1:	Geschlecht (w)	-2,174	0,930	5,469	1	0,019	0,114
	Schulabschluss	-0,984	0,432	5,183	1	0,023	0,374
	Arbeitslosigkeit	1,309	0,598	4,790	1	0,029	3,704
	Ausmaß der Indikation für stationäre Langzeitbehandlung aufgrund der Abhängigkeits- und Folgeerkrankungen	0,822	0,372	4,884	1	0,027	2,275
	Konstante	2,231	1,973	1,278	1	0,258	9,309
Block 1+2:	Geschlecht (w)	-2,294	0,919	6,235	1	0,013	0,101
	Schulabschluss	-0,992	0,442	5,026	1	0,025	0,371
	Arbeitslosigkeit	1,246	0,627	3,950	1	0,047	3,475
	Ausmaß der Indikation für stationäre Langzeitbehandlung aufgrund der Abhängigkeits- und Folgeerkrankungen	0,478	0,404	1,400	1	0,237	1,613
	Teilnahme am Übergabegespräch	-1,946	0,907	4,609	1	0,032	0,143
	Konstante	3,918	2,257	3,013	1	0,083	50,294
Block 1: -2-Log-Likelihood=71,230 LR-Test: Chi ² =24,377; df=4; p<0,001 Nagelkerkes R ² =0,395 Hosmer-Lemeshow: Chi ² =3,410; df=7; p=0,845 74,3% richtige Klassifikation Block 1+2: -2-Log-Likelihood=65,617 LR-Test: Chi ² =29,990; df=5; p<0,001 Nagelkerkes R ² =0,468 Hosmer-Lemeshow:: Chi ² =3,700; df=7; p=0,814 78,6% richtige Klassifikation							

Abb. 143 Determinanten des Abbruchs nach der klinischen Phase (logistisches Regressionsmodell)

4.1.14 Die Katamnesebefragung

Zu den prozessbegleitenden Befragungen gehörte auch eine Nachbefragung der KlientInnen sechs Monate nach Abschluss der Modularen Kombinationsbehandlung. Es wurde ein klassischer Katamneseansatz gewählt und die Katamneseerhebung schriftlich und unabhängig davon angestrebt, wie die Behandlung beendet wurde. Bereits das Design der vorliegenden Begleitforschungsstudie verdeutlicht die Fokussierung auf kurzfristige Erfolgsparameter. Ein Anspruch auf Aussagen zu mittel- bis langfristigen Erfolgswerten liegt der Studie damit nicht zugrunde.

Standardisiert werden Ergebnisse der Katamnesebefragungen in 4 verschiedenen Berechnungsformen (vgl. DGSS 2001) ausgewiesen:

- DGSS 1: planmäßig entlassene Katamneseantworter
- DGSS 2: planmäßig entlassene Katamnese Teilnehmer Nichtantworter: rückfällig eingestuft)
- DGSS 3: alle Katamneseantworter (auch Therapieabbrecher)
- DGSS 4: alle Katamnese Teilnehmer (Nichtantworter: rückfällig eingestuft)

Erwartungsgemäß ist der Katamnese-Rücklauf aufgrund der Begrenzung des Befragungszeitraumes von Januar 2006 bis einschließlich Dezember 2007 gering: Von den 102 in die Studie einbezogenen KlientInnen konnten 45 KlientInnen für die Befragung berücksichtigt werden. Die Ausschöpfungsrate der katamnestic Erhebung beläuft sich auf 27% – 12 der 45 KlientInnen, die für die Befragung angeschrieben wurden, haben an der Befragung teilgenommen.

Diese Fallzahl lässt keine verlässlichen Bewertungen eines nachhaltigen Therapieerfolges und eine differenzierte Betrachtung der Ergebnisse der Nachbefragung zu.

Erfreulicherweise werden die Katamnesebefragungen nach der Projektlaufzeit in Eigenregie der projektbeteiligten Leistungsanbieter fortgesetzt, so dass Daten zum mittelfristigen Therapieerfolg der KlientInnen der MoKo erwartet werden dürfen.

Die nachfolgende Übersicht gibt Auskunft über die Abstinenzquoten je DGSS-Berechnungsform. Wie bereits oben erläutert besitzen die Abstinenzquoten aufgrund der geringen Fallzahl wenig Aussagekraft:

	DGSS 1 (N = 7)	DGSS 2 (N = 21)	DGSS 3 (N = 12)	DGSS 4 (N = 45)
Abstinenz	7	7	11	11
Nicht abstinenz	0	14	1	34
Erfolgsquote	86%	33%	92%	24%

Abb. 144 Abstinenzquoten

4.1.15 Zusammenfassende Bewertung und Einordnung der Ergebnisse in den Forschungskontext

Im Folgenden sollen die zentralen Ergebnisse nochmals zusammengefasst und in ihrer Bedeutung herausgestellt werden. Diesbezüglich werden Ergebnisse anderer Studien vergleichend herangezogen, um die Modulare Kombinationsbehandlung einer umfassenden Bewertung unterziehen zu können. Einem Vergleich dienen das Kombinationsbehandlungsmodell „EVS – Entwöhnung im Verbundsystem“ (vgl. Tielking/Kuß 2003), für den stationären Kontext der MoKo die Basisdokumentation 2006 (vgl. Fachverband Sucht 2007) und für den ambulanten Bereich die Deutsche Suchthilfestatistik 2006 (vgl. Sonntag u. a. 2007) sowie Studien zu ambulanter Nachsorge (vgl. z. B. Köhler/Neumann) an. Soweit möglich und sinnvoll wurde die Stichprobe der MOKO mit den Durchschnittswerten des Referenzsystems BADO verglichen. Dazu wurden die Angaben der BADO teilweise umgerechnet, um „Missings“ zu entfernen und die Kategorien sinnvoll anzupassen. Die in den Ergebnissen aufgeführten, teils unterschiedlichen Freiheitsgrade ergeben sich durch die unterschiedlichen Stichprobengrößen bei den verschiedenen Kennwerten, die sowohl bei BADO als auch bei MOKO stark variieren. Desweiteren ist zu erwähnen, dass die durchgeführten Signifikanztests auf der Annahme einer Zufallsziehung der Gruppenmitglieder aus einer gemeinsamen Grundgesamtheit beruhen, die im vorliegenden Fall (Pilotstudie zur Modulare Kombinationsbehandlung) strenggenommen nicht gegeben ist.

Einleitend ist zu sagen, dass die unterschiedlichen Daten aus den diversen Befragungen der Prozess begleitenden Befragungen der MoKo belegen, wie vielschichtig die empirische Bewertung eines Verbundmodells ist. Der Vergleich mit anderen Modellen oder Behandlungsformen ist dadurch entsprechend prekär: Jede Behandlungsform, ob rein ambulant, stationär o. a., besitzt ihre eigenen strukturellen Voraussetzungen und diese strukturellen Voraussetzungen prägen die Population in den verschiedenen Behandlungssettings.

Die Modalitäten der jeweiligen Datenerhebung bedingen, ob durch eine Routinestatistik oder in einer Modellstudie, zusätzlich Unterschiede in den zeitlichen Bezügen, wenn die Datenerhebung bspw. für ein Behandlungsjahr oder aber eine individuelle Studienlaufzeit erfolgt.

Die Diskussion von Effekten und Ergebnissen von Entwöhnungsbehandlungen, in welcher Facette auch immer, darf vor diesem Hintergrund nicht ohne Beachtung der jeweils geltenden Rahmenbedingungen erfolgen, damit nicht „Äpfel mit Birnen“ verglichen werden und verkürzt, unsachgemäße Schlussfolgerungen gezogen werden. Dieser Umstand ist in die folgenden Ausführungen einzubeziehen.

Betrachten wir die *Angaben zur Suchtgeschichte* der KlientInnen, so lässt sich zusammenfassen, dass bei Aufnahme der MoKo eine Abhängigkeit seit durchschnittlich 11 Jahren ($M=10,74$ Jahre; $SD=6,70$) ($n=91$) besteht. Der Entlassjahrgang 2006 der BADO ist mit 13,3 Jahren ($M=13,3$ Jahre; $SD=8,5$) älter (vgl. Fachverband Sucht 2007), *Die MOKO-KlientInnen weisen eine hochsignifikant kürzere Abhängigkeitsdauer auf* (Welch-Test $t=3,6236$; $df=91$; $SE=0,706$; $p=0,0005$; zweiseitig).

Im Vergleich der Altersstruktur der Teilnehmer mit den entsprechenden BADO-Werten erweist sich die *Zusammensetzung der MOKO-KlientInnen als signifikant unterschiedlich von der BADO-Norm* ($\chi^2=15,22$; $df=4$; $p=0,0043$). Dieser Unterschied geht offensichtlich auf überproportional viele 30-39jährige und zu wenige 50-59jährige KlientInnen zurück.

In der MoKo sind zu Beginn der Behandlung 53% und zum Ende 48% der KlientInnen *arbeitslos*. In BADO liegt der Anteil der Arbeitslosen bei der Aufnahme der Rehabilitation bei 40,8% und bei Behandlungsende bei 43,6% (vgl. Fachverband Sucht 2007). In EVS waren zum Therapiebeginn 43% der KlientInnen *arbeitslos* (vgl. Tielking/Kuß 2003). Die vorliegenden Daten zeigen sowohl in der Modularen Kombinationsbehandlung als auch in BADO *nur geringfügige Verschiebungen in den Dimensionen* des Erwerbstatus.

Vergleichen wir die *Lebenssituation* zeigt sich, dass die Klientel der MoKo mit 51% ($n=91$) häufiger allein stehend lebt, als in BADO: hier liegt der Anteil der Alleinlebenden bei 40,6% (vgl. Fachverband Sucht 2007: 9).

Im Vergleich der Anzahl bisheriger Entzugsbehandlungen mit den entsprechenden BADO-Werten ($M=4,1$; $SD=6,4$) weisen die *MOKO-KlientInnen* ($M=3,89$; $SD=7,5$) *keine signifikant andere Anzahl absolvierter Entzugsbe-*

handlungen zu Beginn der Therapie auf (Welch-Test $t=0,2805$; $df=102$; $SE=0,749$; $p=0,7796$, zweiseitig).

42% der KlientInnen der MoKo ($n=91$) haben bereits früher an mindestens einer *Rehabilitationsmaßnahme* teilgenommen. Gemäß BADO haben 32% der KlientInnen eine oder mehrere stationäre Behandlungen absolviert (vgl. Fachverband Sucht 2007). Im Vergleich der Verteilungen der Anzahl bisheriger ambulanter Entwöhnungsbehandlungen zu Therapiebeginn mit den entsprechenden BADO-Werten weisen die *MOKO-KlientInnen eine hochsignifikant andere Verteilung der Anzahl absolvierter ambulanter Entwöhnungsbehandlungen zu Beginn der Therapie auf* ($Chi^2=31,962$; $df=2$; $p<0,0001$). Der deskriptive Vergleich der Zelhäufigkeiten weist darauf hin, dass dies auf einen deutlich größeren Anteil von Klienten mit absolvierten ambulanten Entwöhnungsbehandlungen unter den MOKO-Teilnehmern zurückgeführt werden kann. Im Vergleich der Verteilungen der Anzahl bisheriger stationärer Entwöhnungsbehandlungen zu Therapiebeginn mit den entsprechenden BADO-Werten weisen die *MOKO-KlientInnen keine signifikant andere Verteilung der Anzahl absolvierter stationärer Entwöhnungsbehandlungen zu Beginn der Therapie auf* ($Chi^2=0,791$; $df=4$; $p=0,9397$).

Ein *Vergleich der stationären Laufzeiten* von BADO und MOKO verdeutlicht, dass die Modulare Kombinationsbehandlung vergleichsweise kurze stationäre Behandlungszeiten aufweist: Die Durchschnittsdauer der stationären Behandlung in der MoKo fällt mit *10 Wochen* ($M=70,19$ Tage [10 Wochen]; $SD=17,58$) ($n=70$) geringer aus als in BADO mit *durchschnittlich 83 Tagen* ($M=82,9$ Tage [11,8 Wochen]; $SD=34,1$) (vgl. Fachverband Sucht 2007) und in EVS mit *durchschnittlich 12.3 Wochen* (vgl. Tielking/Kuß 2003: 192). Der Vergleich der (tages-)klinischen Behandlungszeit im Rahmen von MOKO mit den entsprechenden Ergebnissen der BADO zeigt auf, dass die *MOKO-KlientInnen im Schnitt einen hochsignifikant kürzeren (Tages-)Klinikbesuch aufweisen* (Welch-Test $t=4,3788$; $df=36$; $SE=2,903$; $p<0,0001$).

Der Vergleich der (teil-)stationären Behandlungszeit im Rahmen von MOKO bei planmäßigem Abschluss mit den entsprechenden BADO-Werten ($M=88,8$ Tage (12,7 Wochen); $SD=29,9$) zeigt, dass die *MOKO-KlientInnen bei planmäßigem Abschluss* ($M=69,81$ Tage (10 Wochen); $SD=17,6$) *im Schnitt einen hochsignifikant kürzeren Klinikbesuch absolvierten* (Welch-Test $t=6,4276$; $df=35$; $SE=2,954$; $p<0,0001$).

Zentrale Kriterien zur *Bewertung der Behandlungserfolge* stellen die Antritts- und Haltequoten dar:

Die *Antrittsquote* der MoKo zeichnet ein vergleichsweise gutes Bild, legt man Nichtantrittsquoten aus anderen Studien zugrunde. Für den Alkoholbereich sei stellvertretend auf Daten der BfA verwiesen, die bei bewilligten Entwöhnungsbehandlungen im *stationären Setting* von einer *Nichtantrittsquote* von 12%, im *ambulanten Bereich* von 14% und für den *Nachsorgebereich* von 23% ausgehen (vgl. Köhler/Neumann 2004). In der MoKo treten lediglich 5% der KlientInnen die Rehabilitation nicht an.

Auch die *Quoten* für den *Wechsel des Behandlungsmoduls* in der Modularen Kombinationsbehandlung sind vergleichsweise hoch und verdeutlichen ein effektives Schnittstellenmanagement: der *Antritt* der (*teil-*) *stationären Behandlung* gelingt in 96% der Fälle (n=97), der *Wechsel in das poststationäre ambulante Modul* in 91% (n=80) der Fälle. In EVS wurde für die Fälle, die mindestens die stationäre Phase abgeschlossen hatten, folgender Wert ermittelt: 69% der Fälle gelang der *Wechsel in die ambulante Rehabilitation* (vgl. Tielking/Kuß 2003).

Einen *planmäßigen Behandlungsabschluss des (teil-)stationären Moduls* konnten 86% (n=94) der KlientInnen der Modularen *Kombinationsbehandlung* erreichen. In BADO fällt die Quote für die planmäßige Beendigung mit 82,6% etwas geringer aus (vgl. Fachverband Sucht 2007: 26).

Das *poststationäre ambulante Modul* beenden 64% der KlientInnen in MoKo *planmäßig*. Für rein *ambulante Maßnahmen* werden laut Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe (Sonntag u. a. 2007: 199) 42% *planmäßige Beendigungen* ausgewiesen. Insofern weist die MoKo auch hier eine deutlich bessere Quote auf.

Bisher werden in Studien leider keine Bewertungen von ambulant-stationären Gesamtmaßnahmen ausgewiesen, so dass Vergleichszahlen fehlen und der Ausweis einer solchen Gesamtquote fälschlicher Weise schnell dazu führen kann, dass das Ergebnis der Gesamtmaßnahme mit den üblichen Einzelquoten für ambulante oder stationäre Maßnahmen verglichen wird, was dem komplexen Sachverhalt der Kombinationsmaßnahme nicht gerecht wird. Vor diesem Hintergrund ist der Ausweis der *Gesamtmaßnahme*, d. h. die kombinierte Maßnahme in MoKo, ein Versuch, für diesen Sachverhalt ein stärkeres Bewusstsein und entsprechende künftige Berücksichtigung zu werben. Die MoKo-Gesamtmaßnahme beenden 50% der Fälle *planmäßig*. Aufgrund derzeit gegebener Dokumentations- und Erfassungsmöglichkeiten für kombinierte Rehabilitationsangebote ist es jedoch wie erläutert und oben geschehen treffender, die jeweiligen ambulanten und stationären Quoten der Behand-

lungsbeendigung in den MoKo-Modulen mit Studien und Basisdokumentationen für separate ambulante und stationäre Entwöhnungen zu vergleichen.

Gemessen an verschiedenen Zeitpunkten zeigt sich, dass *Abbrüche* in der MoKo häufiger im Verlauf der Module als im Anschluss an diese, d. h. bei den kritischen Behandlungsübergängen, stattfinden. Das *Schnittstellenmanagement und die enge Kooperation* der Leistungsanbieter dürfen somit gemessen an den Intentionen, die sich mit der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund verbinden, als *erfolgreich* bewertet werden.

Die *erhöhte Zahl an irregulären Behandlungsbeendigungen im ambulanten Bereich* verweist auf ein generelles Problem ambulanter Suchtrehabilitationen. Diese Entwicklung kann nicht mit Blick auf die Rahmenbedingungen von Verbundbehandlungen interpretiert werden, sondern verweist vielmehr auf das Problem der optimalen Therapiezeit ambulanter Rehabilitationen wie auch bei speziellen Behandlungsansätzen. Nach wie vor unbeantwortet sind Fragen danach, wie differenziert Behandlungsangebote vorgehalten werden müssen, um den individuellen Behandlungserfolg sicherzustellen.

Abschließend sollen in der nachfolgenden Tabelle die *Ergebnisse der MoKo* den Ergebnissen der „*EVS – Entwöhnung im Verbundsystem*“, dem für die wissenschaftliche Begleitforschung geltenden *Referenzsystem BADO 2006* sowie für den ambulanten Bereich den Daten aus der *Deutschen Suchthilfestatistik 2006* gegenübergestellt werden.

Hinsichtlich der Vergleichbarkeit ist zu konstatieren, dass mit MoKo und EVS hier zwei Kombi-Behandlungsmodelle Angaben aus Standarddokumentationssystemen aus dem stationären und ambulanten Bereich gegenübergestellt werden.

	MOKO (2005-2007)	EVS (2000-2003)	BADO (2006)	Deutsche Suchthilfestatistik (ambulanter Bereich)
Arbeitslosenanteil (Anfangsbefragung)	53% (n=89)	43,0% (n= 223)	40,8% (n=15493)	36,8% (n=59690)
Arbeitslosenanteil Behandlungsende	48% (n=52)		43,6% (n=15493)	
Ø (teil-)stat. Behandlungsdauer	10 Wochen (n=70)	12,3 Wochen (n= 120)	82,9 Tage (n=15493)	
Planmäßige (teil-)stat. Beendigungen	86% planmäßig (n=94)		82,6% planmäßig (n=15493)	
Wechsel in die poststationäre ambulante Behandlung	91% (n=80)	69,0% (n=129)		
Planmäßige amb. Beendigungen	64% planmäßig (n=74)			42% planmäßig (n=65199)
Ø amb. Behandlungsdauer (alle Patienten)	30 Wochen (n=53)	20,3 Wochen (n= 72)		34,3 Wochen (n=50543)
Planmäßige Beender der Gesamtmaß- nahme	50% planmäßig (n=97)		82,6% planmäßig (n=15493)	42% planmäßig (n=65199)

Abb. 145 Vergleich der Modellprojekte MoKo, EVS, BADO, Deutsche Suchthilfestatistik ambulante Einrichtungen anhand ausgewählter Daten

4.2 Ergebnisse der qualitativen Studie

4.2.1 Vorgehensweise der Untersuchung

Qualitative Sozialforschung zeichnet sich nach Lamnek (1995) durch eine Offenheit des Forschers gegenüber den Untersuchungspersonen, -situationen und -methoden aus, wobei in inhaltlich-theoretischer Anlehnung an den Symbolischen Interaktionismus der Kommunikation sowie Prozesshaftigkeit von Forschung entscheidende Bedeutung zukommen. Qualitative Methoden zielen auf einen *Nachvollzug des subjektiv gemeinten Sinns*, eine Deskription sozialen Handelns und sozialer Milieus sowie eine *Rekonstruktion von Strukturen*.

Die qualitativen Forschungselemente wurden als methodische Ergänzung in die Studie integriert. Dabei blieben die zentralen Fragestellungen und Ziele des quantitativ ausgerichteten Forschungsprogramms auch für die qualitative Studie forschungsleitend. Über die Rekonstruktion des Ablaufs, der Struktur sowie der Verfahren der Modularen Kombinationsbehandlung in der institutionellen Praxis sollten *Problematiken und Schwierigkeiten in der Umsetzung* im Berufsalltag ermittelt sowie *Lösungsstrategien und Veränderungsmöglichkeiten* aus der Praxis heraus aufgezeigt werden. Dabei wurden gleichermaßen die Erfahrungen der TherapeutInnen als ExpertInnen der professionellen Praxis sowie der KlientInnen als „Experten ihrer Selbst“ (Schütze 1977) in die qualitative Studie einbezogen. Sie reflektierten innerhalb der qualitativen Befragungen mit ihren Einschätzungen, Bewertungen, Deutungen und auch Wünschen die Qualität sowie die Umsetzung der Modularen Kombinationsbehandlung in der Praxis und ihre Erkenntnisse konnten für den Forschungsprozess sowie den Qualitätsentwicklungsprozess nutzbar gemacht werden.

Es wurden insgesamt *zwölf qualitative leitfadengestützte Interviews* (vgl. Fokussiertes Interview nach Lamnek 1995 b: 79ff), sieben KlientInnen- und fünf TherapeutInneninterviews (sowohl stationär/ganztägig ambulant als auch ambulant), geführt. Alle befragten KlientInnen verfügten bereits über Erfahrungen mit der Modularen Kombinationsbehandlung, da sie sich zum Zeitpunkt des Interviews bereits *in der ambulanten Weiterbehandlung* befanden. Die *Leitfäden* (TherapeutInnenleitfaden und KlientInnenleitfaden) dienten innerhalb der Interviews als Orientierungshilfe, strukturierten das Interview thematisch und sollten die Beantwortung der Fragestellungen sowie die Vergleichbarkeit der Interviews garantieren. Die freie Bedeutungsgenerie-

rung im Interview blieb dem Prinzip der Offenheit und Kommunikativität folgend dem Befragten/der Befragten überlassen.

Der *Leitfaden für die TherapeutInnen* war wie folgt konzipiert:

<p>1. Berufsbiographische Eingangsfrage</p>
<p>2. Aufgabenfeld der Einrichtung sowie eigene Tätigkeit und Arbeitsalltag Aufgaben und Ziele der Einrichtung sowie die Tätigkeiten des Befragten im Arbeitsalltag</p>
<p>3. Das Konzept der Modularen Kombinationsbehandlung Struktur, Ablauf, Charakteristika und Ziele der MoKo. Unterschiede zu klassischen Behandlungskonzepten. Kooperation und Schnittstellen</p>
<p>4. Der MoKo-Patient Indikationskriterien, insbesondere Indikationen, „typische PatientInnen“, „untypische PatientInnen“, „wer ist kein MoKo-Patient“, Therapieabbrüche</p>
<p>5. Bewertungen der Modularen Kombinationsbehandlung Bewertung der MoKo – Positives – /Probleme und Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung; Konzeptionelle Probleme und Schwierigkeiten; Probleme und Schwierigkeiten in der Kooperation – Leistungen und Scheitern der MoKo – Subjektive Wahrnehmung der MoKo</p>
<p>6. Veränderungen und Lösungsansätze Verbesserungsvorschläge, Veränderungen</p>
<p>7. Utopie Interviewausstieg nach thematischer Ausrichtung des Interviews in Richtung: gesamte Suchthilfelandschaft und gewünschte Veränderungen – Gesellschaft und Sucht – Tendenzen</p>

Abb. 146 Leitfaden TherapeutInnen

Der *Leitfaden für die KlientInnen* war wie folgt konzipiert:

<p>1. Biographische Eingangsfrage</p> <p>Erfassung der Konsumbiographie und des Sucht-/Abhängigkeitsverlaufes bis zum jetzigen Zeitpunkt</p>
<p>2. Die individuelle Sucht-/Abhängigkeitserkrankung</p> <p>Bestandaufnahme der individuellen Problematik</p>
<p>3. Modulare Kombinationsbehandlung</p> <p>Rekapitulation des Ablaufs der Behandlung; Indikation für die MoKo; Inhalte der MoKo, charakteristische Elemente; MoKo im Vergleich zu anderen Therapien (bei bereits anderweitiger Therapieerfahrung), subjektive Sicht: Kooperation der BehandlerInnen und eigene Rolle in der Behandlung</p>
<p>4. Therapieinhalte und Erkenntnisse</p> <p>Therapieerfolge, Erkenntnisse, Behandlungsthemen</p>
<p>5. Bewertung der MoKo</p> <p>Positive und negative Aspekte, Probleme und Schwierigkeiten in der Behandlung und im Therapieverlauf</p>
<p>6. Veränderungswünsche und -vorschläge</p> <p>Veränderungen, Wünsche, Verbesserungen – MoKo und allgemein im Feld Suchthilfe</p>
<p>7. Biographischer Ausblick</p> <p>Zukunftsperspektiven</p>

Abb. 147 Leitfaden KlientInnen

Die Gespräche, die zwischen 25 und 70 Minuten dauerten, wurden auf Tonband aufgenommen und im Anschluss vollständig nach einer im Vorfeld festgelegten Transkriptionsnotation transkribiert. Im Rahmen der Auswertung wurden Verlaufsprotokolle zur inhaltlichen Erfassung und Strukturierung erstellt, um in einem zweiten Schritt in Anlehnung an die *Qualitative Inhaltsanalyse* nach Mayring (2003) Themenkategorien, die sich sowohl aus der Fragestellung als auch aus dem Material ergeben, zu bilden. In Anlehnung an die Auswertungsmethodik der Qualitativen Inhaltsanalyse wurden dann im

Materialdurchlauf die thematischen „Fundstellen“ unter die Kategorien geordnet und das Material so ergebnisorientiert bearbeitet.

4.2.2 *Fallskizzen aus den qualitativen Interviews mit KlientInnen*

Im Folgenden sollen exemplarisch drei Fallskizzen der insgesamt sieben interviewten KlientInnen (eine Frau, sechs Männer) präsentiert werden. Die Skizzen geben die Aussagen der Interviewpartner und der Interviewpartnerin zur eigenen Biographie, im Speziellen zur Suchtgeschichte und zur Konsumentwicklung, zum individuellen Behandlungsverlauf und -erfolg sowie zur subjektiven Zukunftsperspektive zusammengefasst wieder. Sie vermitteln einen Zugang zur Besonderheit des individuellen Falls und eröffnen Einblicke in die subjektive Suchtbiographie, die damit verbundenen Behandlungsverläufe sowie die daraus resultierenden therapeutischen Effekten.

Frau H.

Frau H. ist 37 Jahre alt. Sie lebt in *zweiter Ehe*, hat *drei Kinder*, einen Sohn aus erster und zwei Söhne aus der bestehenden Ehe. Derzeit lebt sie räumlich von ihrem Mann getrennt, der Sohn aus erster Ehe sowie ihr jüngstes Kind werden von ihr betreut. Zu ihren eigenen Eltern hat sie nur geringen Kontakt, das Verhältnis zu ihren Schwiegereltern scheint größere Relevanz für sie zu haben.

Frau H. *trinkt* nach eigenen Angaben *seit ca. fünf Jahren missbräuchlich*. Dabei beschreibt sie eine im Laufe der Zeit zunehmende Bedeutung des Alkohols im Lebenskontext und das verstärkte Gefühl, den Alkoholkonsum bewusst in den Tagesablauf einzuplanen. Die Fußball-WM 2006 habe ihr dann „das Genick gebrochen“ und sie sei täglich „betrunken“ gewesen. Dabei habe sie zunehmend ein *aggressives Verhalten* entwickelt, das im beruflichen und privaten Kontext zu negativen Konsequenzen führte und letztlich in einem tätlichen Angriff auf ihre Schwiegermutter mündete. Dieses Erlebnis beschreibt sie als ausschlaggebend dafür, eine Therapie zu beginnen: „Also ich habe die Therapie wegen mir gemacht, weil ich gemerkt habe, dass es für mich, also weil ich ganz unten war. Ich habe zu viel getrunken, war wie gesagt jeden Tag voll. Aber da ist was passiert. Äh, ich habe meine Schwiegermutter zusammengeschlagen [Pause]. Und ab da habe ich gesagt: okay, dann mache ich das“.

Über den Sozialpsychologischen Dienst des Gesundheitsamtes wird eine Entgiftung initiiert. Dabei beschreibt Frau H. zunächst *Widerstände gegen einen*

stationären Aufenthalt im Rahmen der Entgiftung: „Und die haben mich, ich habe immer gesagt: ich geh da nicht hin, wegen den Kindern. Ich weiß nicht wohin mit den Kindern. Aber die hat so lange auf mich eingeredet, dass ich den Abend noch nach A. [Landeskrankenhaus] gegangen bin“.

Bei Planung der Rehabilitationsmaßnahme während der Entgiftung stellte sich für Frau H. die *Problematik der Betreuungsverantwortung für die Kinder* erneut. Das Angebot der Modularen Kombinationsbehandlung überzeugte sie insofern, als dass im Vergleich zur stationären Langzeitbehandlung reduzierte stationäre Behandlungszeiten möglich sind: „Also ich war in A. [Landeskrankenhaus] zur Entgiftung. Und da hatte man mir vorgeschlagen, so eine Kombi-Therapie zu machen. Und damit war ich eigentlich auch einverstanden. Oder nicht eigentlich, sondern ich war damit einverstanden, weil ich keine Lust hatte irgendwie 16 Wochen wegzubleiben, sondern nur 10 Wochen. Das war für mich arbeitsmäßig und auch wegen der Kinder besser“.

Bereits nach der Entgiftung fand Frau H. *Anbindung an eine Selbsthilfegruppe* und konnte so die Wartezeit bis zum stationären Beginn der MoKo überbrücken.

Im Zentrum der *zehnwöchigen stationären Behandlung* stand für Frau H. die *Stabilisierung ihres Selbstwertgefühls*. Sie beschreibt eine fehlende Selbstakzeptanz und ein stark vermindertes Selbstbewusstsein, das Gefühl „ganz unten“ zu sein:

„[Ich] habe immer gesagt, oh, ich bin hässlich, ich bin dick und mich mag keiner. Ich habe alles verkehrt gemacht und falsch gemacht“.

Rückblickend betont sie in der Therapie gelernt zu haben, sich selbst wertschätzen und selbstbewusster agieren zu können:

„Zu reden hab ich da gelernt. Meine Gefühle zu zeigen und meine Wünsche zu äußern. Und auch zu zeigen: halt stopp. Mir geht es schlecht. Ich möchte jetzt nicht“.

Zudem beschreibt Frau H. die *Beschäftigung mit ihren Aggressionen* als für die stationäre Behandlung zentral. Ergotherapie sowie Einzelgespräche seien hilfreich dabei gewesen, ihr „ziemlich großes Temperament“ „in den Griff“ zu bekommen.

Zum weiteren Therapieerfolg zählt aus Frau H.s Sicht die Bewältigung ihrer Trennungsängste sowie die *Entwicklung der Fähigkeit, sich abzugrenzen*: „Früher war ich so ein Mensch, ich habe mich immer um alle anderen Sachen gekümmert, aber nicht um meine eigenen Sachen“. Auch vor diesem Hinter-

grund habe sie sich von ihrem Ehemann räumlich getrennt. Die Beziehung sei schnell wieder „in der gleichen Schiene“, Frau H. „nur noch für den Haushalt“ da gewesen: „Wie gesagt, um dem alten Trotz nicht wieder zu verfallen, habe ich gesagt, ich ziehe wieder aus“. Dennoch betont sie im Interview mehrmals, ihren Mann zu lieben und sehr dankbar für seine Unterstützung auch während der Therapie zu sein.

Die *ambulante Weiterbehandlung* im Rahmen der MoKo hat für Frau H. *stabilisierende Bedeutung*: Sie betont den Bedarf nach weiterer ambulanter Begleitung bei der Rückkehr in den Alltag und bei der Bewältigung der anstehenden Aufgaben. Zudem verdeutlicht sie, weiterhin an ihren Schwierigkeiten arbeiten zu wollen.

Der *Zukunft* und dem nahenden Ende der Behandlung sieht sie mit *ambivalenten Gefühlen* entgegen: Sie fühle sich durchaus stabil abstinent, habe eine gute Freundin gefunden, von der sie sehr viel Unterstützung und Verständnis erfährt und ist stolz auf das bisher Erreichte. Und dennoch wünsche sie sich vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit den Rückfällen anderer MitpatientInnen eine längerfristige Anbindung an ihre Fachambulanz. Der Besuch ihrer Selbsthilfegruppe vermittle ihr perspektivisch kein ausreichendes Gefühl der Sicherheit. Vielmehr beschreibt sie die Hoffnung – und dies unterstreicht die *zentrale Bedeutung der Anbindung an die Fachambulanz* –, „dass ich das hier alles so packe und dass ich, wenn es mir schlecht geht, dass ich hier doch noch mal zurückgehen kann, auch nach den 52 Wochen, dass ich hier noch mal aufgefangen werde“.

Fall 2

Herr B.

Herr B. ist *56 Jahre alt* und *allein stehend*. Beruflich war er lange Jahre stark eingebunden; u. a. arbeitete er im Pflegemanagement und engagierte sich in der Gewerkschaftsarbeit. Seit einigen Jahren ist er *arbeitslos* und leidet an *chronischer Polyarthritits*.

Seine *Suchtbiographie* beschreibt er als „etwas außergewöhnliche Karriere“: Sie beginnt mit einem erhöhten *kompensatorischen Alkoholkonsum* als Reaktion auf berufliche Überlastungen. Nach einer ersten Entgiftung im Jahre 1979 habe er 26 Jahre abstinent gelebt. Die mit der Erkrankung an Polyarthritits einhergehenden Schmerzen führten jedoch dazu, dass er Alkohol zur *Selbstmedikation* einsetzte. Der *Verlust der Arbeit*, damit verbundene finan-

zielle Probleme und sowie Schwierigkeiten in der Partnerschaft seien die Gründe gewesen, wieder verstärkt zu trinken:

„Perspektivlosigkeit, ich habe den Job verloren, finanzielle Probleme und Probleme dabei eben auch in der Beziehung. Ja, das ist so eine Kombi-Geschichte gewesen“.

Eine „Eskalation“ der Probleme in der Beziehung zu seiner Partnerin hätten ihn dann zur Erkenntnis geführt: „Ich muss etwas tun. Für mich, für die Partnerschaft“.

Während einer qualifizierten Entgiftung beantragte er in Kooperation mit dem Landeskrankenhaus und der ihn betreuenden Fachambulanz eine Modulare Kombinationsbehandlung, die zunächst abgelehnt wurde. Im *Wider-spruchverfahren* wurde ihm dann die Behandlung bewilligt.

Nach positivem Bescheid habe er nach einer kurzen Überbrückungsphase „als einer der ersten“ KlientInnen mit der MoKo beginnen können.

Im Rahmen des *stationären Moduls* bestand eines seiner Therapieziele darin, zunächst „zur Ruhe zu kommen“. Er beschreibt sich selbst als „*Hektiker*“, im Kontext seiner Berufstätigkeit nimmt er sich rückblickend als „*Workaholic*“ wahr: „Bei mir ist immer alles viel. Viel leisten, viel trinken, ja eigentlich ein Suchtpotential an allen Ecken und Enden“.

Vor diesem Hintergrund waren *Entspannung, Stressentlastung und Erholung* zentrale Aspekte seiner stationären Behandlung: „Ich bin da nun aber auch mit sehr, sehr viel Elan rangegangen, so dass ich also in der Therapie von meinen Therapeuten auch wieder gebremst werden musste“.

So nahm für seinen Therapieverlauf das *kunsttherapeutische Angebot* und im Speziellen die kreative Methode der Specksteinarbeit entscheidende Bedeutung ein. Die kreative künstlerische Arbeit vermittelte ihm Entspannung und inneren Ausgleich im Rahmen der stationären Behandlung und darauf folgend auch weiterhin im Alltag.

Die *Möglichkeit, ggf. ein zweites stationäres Modul* absolvieren zu können, bewertet Herr B. als besonders positiv. Zwar sei dies im Therapieverlauf nicht nötig gewesen, aber die Option habe ihm Sicherheit bei der Rückkehr in den Alltag vermittelt.

Ein zentrales Therapieziel der Gesamtbehandlung bestand für Herrn B. darin, ein *Verständnis über die Ursachen seiner Alkoholsucht* zu entwickeln. Herr B. erläutert, er habe Alkohol vorrangig aus kompensatorischen Gründen konsu-

miert: als Entlastung im Falle der beruflichen Überlastung in seiner frühen Biographie, als „Betäubungsmittel“ gegen seine Schmerzen und die Perspektivlosigkeit.

Dabei macht er deutlich, dass mit der Abstinenz nicht zwangsläufig die *der Suchterkrankung zugrunde liegenden Probleme und Schwierigkeiten* in seinem Leben gelöst seien. Wichtig sei es ihm vielmehr, einen zufriedenstellenden *Umgang mit seinen bestehenden sozialen Problemen* zu entwickeln: „Es ist die Frage, wie gehe ich mit meinen Situationen um, den Defiziten, den Problemen, die da sind? Wie greife ich die an? Was kann ich wegschieben? Wo bekomme ich auch die Wärme für `s Leben?“

Einen *adäquaten Umgang mit seiner aktuellen Lebenssituation zu finden*, ist somit wichtiger Schritt und damit auch zentrales Thema in der *ambulanten Weiterbehandlung*. Die Auseinandersetzung mit seinem Suchtverhalten weiche zunehmend der Beschäftigung mit „den ganzen Sozialaspekten, die nebenbei laufen“: Er leide nach wie vor unter seiner fehlenden beruflichen Perspektive, da er lange Jahre über beruflich eingebunden war und sich stark über seine Arbeit identifiziert habe: „Ich habe mein ganzes Leben als Hochleistungstoaster irgendwo rumgehüpft“, beschreibt er diesbezüglich. Auch seine finanziell begrenzte Situation im Kontext von Hartz IV sowie seine gesundheitlichen Einschränkungen sind bestimmende Schwierigkeiten in seinem Leben.

Herr B. blickt deshalb gespalten auf seine *Zukunft*: Zum einen ist er sich der Unabänderlichkeit der fehlenden beruflichen Perspektive sowie seiner bestehenden gesundheitlichen Probleme bewusst und sieht hier nur *begrenzte Handlungsmöglichkeiten*. Zum anderen entwickelt er eine *pragmatische Sichtweise* und erkennt, dass er lernen muss, mit den Problemen zu leben:

„Perspektivisch sieht es so aus, dass ich mit absoluter Sicherheit in keinen Job mehr reinkommen werde (...). Die Gesundheit wird nicht mehr sein, weil das ist einfach so. Und dadurch werden die Finanzen auch nicht besser. Also mit diesen ganzen Sachen arrangieren und versuchen, aus den Sachen die da sind das Positivste rauszukriegen“.

Fall 3

Herr R. ist *56 Jahre* alt und als *Schichtarbeiter* tätig. Er ist von seiner Frau *geschieden*, hat einen erwachsenen *Sohn* aus dieser Ehe und ist *allein stehend*. Er berichtet, dass er zwei Jahre lang *sehr isoliert gelebt* und über wenig

soziale Kontakte verfügt habe. Durch seinen langjährigen missbräuchlichen Alkoholkonsum fühlt sich Herr R. nachhaltig *gesundheitlich belastet*.

Weiter erläutert er, dass er den Alkohol als „*Betäubungsmittel*“ benutzt habe, um seine „langjährigen persönlichen Probleme“ und das Gefühl, „über mir bricht bald alles zusammen“, kompensieren zu können. Dabei habe er nie in „Kneipen“ getrunken, sondern immer allein zu Hause konsumiert.

Als Herr R. auch im beruflichen Kontext durch seinen stark alkoholisierten Zustand auffällig wurde, reagierte der Arbeitgeber und regte ihn zu einer Entgiftungsbehandlung an. Herr R. betont die Wichtigkeit dieser Initiative sowie der kontinuierlichen *Einbindung des Arbeitgebers* in den Therapieprozess.

Bereits während der Entgiftung wurde in Kooperation mit der für ihn zuständigen Fachambulanz die Modulare Kombinationsbehandlung geplant. Die vier Wochen bis zu Beginn der Rehabilitation überbrückte Herr R. mit dem Besuch der Motivationsgruppe in seiner Fachambulanz.

Die Modulare Kombinationsbehandlung begann für Herrn R. mit einem *zweifwöchigen stationären Modul*: den stationären Aufenthalt, dem er zunächst „skeptisch“ gegenüberstand, beschreibt er im Nachhinein als sehr *stabilisierend*. Dabei hebt er die Beziehung zu seiner *stationären Bezugstherapeutin* hervor, die „unheimlich gut“ auf ihn „eingegangen“ sei und „unheimlich viele Probleme“ habe „lösen können“.

Zuversicht habe Herr R. durch die im stationären Modul initiierten „*Partnergespräche*“ mit *seinem Arbeitgeber* gewonnen: Dieser habe die Reha-Maßnahme befürwortet und stets die Sicherheit des Arbeitsplatzes nach der Genesung garantiert. Durch die kontinuierliche Einbindung des Arbeitgebers konnten Ängste vor einem Arbeitsverlust durch die Suchterkrankung ausgeräumt werden.

Da eine berufsorientierte Arbeitserprobung im Falle Herrn R.s nicht indiziert war, wurde im Rahmen der Arbeitserprobung eine *Hospitation in einem der Fachklinik nahe gelegenen Wohnheim für geistig Behinderte* angeregt. Diese neue Erfahrung im Umgang mit geistig behinderten Menschen betont Herrn R. als sehr bereichernd. Auch die *künstlerische Tätigkeit* im Rahmen des kunsttherapeutischen Angebotes der Fachklinik empfand Herr R. besonders vor dem Hintergrund fehlender Erfahrungen mit diesem Medium als außerordentlich interessant.

Bedauerlicher Weise habe das stationäre Modul mit einem *TherapeutInnenwechsel* aufgrund des Krankheitsfalls seiner stationären Bezugstherapeutin

geendet: Die vertretende Therapeutin habe nicht genügend „Feingefühl“ bewiesen, so dass auch das Übergabegespräch zwischen stationärem und ambulantem Modul von Herrn R. als eine „halbe Katastrophe“ empfunden wird. Das „unglückliche“ Ende der stationären Behandlung sowie Schwellenängste u. a. auch vor der Konfrontation mit erhöhter Rückfallgefährdung der MitpatientInnen im ambulanten Modul ließen Herrn R. an der Weiterbehandlung zweifeln. Die ambulante Bezugstherapeutin konnte ihn jedoch im Rahmen des Übergabegesprächs zur ambulanten Fortsetzung der MoKo motivieren.

Zum Zeitpunkt des Interviews absolviert Herr R. die *ambulante Weiterbehandlung*, die er als stabilisierend empfindet. Dabei betont er einen *weiteren subjektiven Erkenntnisprozess*: „Es treten immer wieder Sachen auf, wo man gar nicht mit rechnet, was auch jetzt noch für einen interessant ist“.

Herr R. weist jedoch auf die Problematik hin, dass es für ihn als *Schichtarbeiter* nicht immer möglich sei, an den Gruppenterminen im Rahmen der ambulanten Behandlung teilzunehmen. Diesbezüglich würde er sich eine *organisatorische Lösung* wünschen.

Ein zentrales Schwerpunktthema des Interviews mit Herrn R. besteht in seiner *Auseinandersetzung mit dem erlebten Trauma der Suchtgeschichte*: Diese Erfahrungen beschreibt Herr R. rückblickend als „Alptraum“, aus dem er lange Zeit „selbst keinen Ausweg“ finden konnte. Die aus dem Alkoholmissbrauch resultierenden körperlichen Probleme und die von ihm beschriebene „alptraumhafte“ Erfahrung der Sucht führen ihn zu dem „ganz festen Willen“, die erlernte Abstinenz auch weiterhin zu umzusetzen. Die Erkenntnis, diese traumatischen Erfahrungen „nicht wieder erleben“ zu wollen, lässt ihn durchaus *positiv in die Zukunft* blicken:

„Ich bin überzeugt, dass ich das schaffe“.

Dabei betont er den *Erwerb neuer Sozialkontakte*, die angesichts seiner langjährigen privaten Isolation entscheidende Bedeutung einnehmen. Die *Abstinenz* erlebt er vor dem Hintergrund der traumatischen Erfahrungen mehr als *Bereicherung* denn als schweren Prozess. So empfand er wenige Schwierigkeiten, nach dem Entzug abstinent zu bleiben, sondern „bei mir hat eigentlich mehr die Freude überwogen, jetzt endlich von dem Mist los zu sein“.

4.2.3 Präsentation der Ergebnisse der qualitativen Interviews unter ausgewählten Themenkategorien

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der KlientInnen- und TherapeutInneninterviews unter für die Beantwortung der Fragestellung relevanten Themenkategorien dargestellt werden. Die zentralen Kategorien – Bewertung des Konzeptes, Bewertung der Kooperation, Bewertung der Sondermodule, Behandlungszufriedenheit – ergaben sich im Rahmen der inhaltsanalytischen Auswertung und eröffnen Perspektiven für die Beantwortung der Frage nach der Behandlungsqualität der Modularen Kombinationsbehandlung, zugleich dienen sie der Ergebnissicherung.

Die Bewertung des Konzeptes der Modularen Kombinationsbehandlung

Das Konzept der Modularen Kombinationsbehandlung wird von den therapeutischen InterviewpartnerInnen überwiegend positiv bewertet und stößt auf eine hohe Akzeptanz.

Besonders hervorgehoben wird in diesem Kontext die *Flexibilität der Behandlung*: drei von fünf befragten TherapeutInnen betonen die Möglichkeit der flexiblen Therapieplanung als positiv:

„Ich finde das hat einen riesen Vorteil und das ist, dass man so schnell und flexibel reagieren kann auf den Patienten“. (Ambulante Therapeutin)

In diesem Kontext wird von drei der therapeutischen InterviewpartnerInnen die *PatientInnenorientierung* im Rahmen der flexiblen Behandlung als besonders wertvoll eingeschätzt. Die Fokussierung auf den Patienten/die Patientin verdeutlicht zum Beispiel eine ambulante Therapeutin, indem sie schlussfolgert:

„Und der Klient steht ja eigentlich bei der MoKo so schön im Vordergrund und seine Bedürfnisse“.

Dabei nimmt die Umsetzung einer an den individuellen Bedarfen orientierten Therapie einen besonderen Stellenwert ein:

„Das finde ich auch übrigens sehr positiv, dass eben die Betroffenen ganz anders mit einbezogen werden können. Da muss man nicht irgendetwas servieren, ne, *sie können das oder das machen*, sondern man kann wirklich zusammen etwas erarbeiten“. (Ambulante Therapeutin)

Die *Erweiterung der Rehabilitationsoptionen* um die Kombibehandlung sowie die damit verbundene Möglichkeit zur individuellen Therapieplanung wird von einer ambulanten Therapeutin wie folgt hervorgehoben:

„Es ist wirklich eine Bereicherung, weil man muss die Leute nicht mehr in diese drei Schubladen ambulant, stationär oder Tagesklinik reinkriegen. Man kann echt sagen: *Ist nicht schlimm, sie müssen sich ja eigentlich gar nicht entscheiden, sondern wir stricken jetzt mal was für sie, was ihnen passt*“.

Die Möglichkeit, die Flexibilität der Behandlung auch für den *Umgang mit Rückfällen* der PatientInnen nutzen zu können, wird als positiv bewertet. Hier gewinnt u. a. das optionale, zweite stationäre Modul als Krisenintervention eine entscheidende Bedeutung, wenn eine ambulante Therapeutin betont:

„Das merk ich einfach gerade, weil ich zwei Patienten habe, die einen Rückfall haben (.), die MoKo fing stationär an und dann kamen sie ambulant (.) und beide haben jetzt einen Rückfall und bei beiden kann ich jetzt ganz flexibel und schnell überlegen mit den Klienten zusammen: *wie wäre es* mit noch mal A. [stationäre Einrichtung]? (...) Das finde ich eine enorme Bereicherung zu früher, wo man dann ja nur sagen konnte, okay, Entgiftung und dann kommen sie halt wieder ambulant *und dann müssen wir es irgendwie hinkriegen*“.

Das Aufgreifen von Rückfällen im Rahmen der Therapie wird auch von einem Klienten angesprochen, der diesbezüglich herausstellt:

„Wobei die Leute, und das fand ich sehr gut in A. [stationäre Einrichtung], sofort ihre Chance gekriegt haben. Denn jeder Rückfall ist ja nun eine ganz große Chance, genau an der Stelle einzugreifen und zu hinterfragen: *Woran lag es bei dir jetzt überhaupt?* Und nicht zu sagen: *Geh nach Hause und komm wieder, wenn du trocken bist*“.

Der *Informationsaustausch* im Rahmen der Kombi-Behandlung und Vernetzung wird hinsichtlich der Effekte für die Behandlung des Patienten/der Patientin als sehr nützlich erachtet:

„Ich finde es sehr gut, dass so viele Informationen ausgetauscht werden zwischen der ambulanten und der stationären Seite. Ich denke das ist sehr zum Vorteil der Behandlung“. (Stationäre/ganztägig ambulante Therapeutin³⁴)

34 Ist im Folgenden von „stationäre/ganztägig ambulante Therapeutin“ die Rede, so ist hier *entweder* eine ganztägig ambulante *oder* eine stationäre Therapeutin gemeint. Die *schrift-*

Neben der überwiegend positiven Bewertung des Kombi-Konzeptes werden zwei Aspekte genannt, die in der praktischen Umsetzung bzw. konzeptionell als problematisch angesehen werden:

Zum einen wird die Modulare Kombinationsbehandlung in ihrer Ausrichtung auf Kooperation als „aufwendig“ beschrieben und ein *erhöhter Abstimmungsbedarf* konstatiert: Eine stationäre/ganztägig ambulante Therapeutin verdeutlicht:

„Insofern gibt es ganz viel Informationsaustausch und natürlich auch einen hohen Kooperationsaufwand“.

Dabei überwiegt jedoch die Haltung, dass der Kooperationsaufwand ob seiner positiven Effekte als gerechtfertigt angesehen werden kann:

„Und im Vergleich zu den vielen Vorteilen, die man hat, dann die Leute so in die Belastungserprobungsgruppe und ins Übergabegespräch, das ist einfach inhaltlich so sinnvoll, dass mir das nicht als Aufwand erscheint“. (Ambulante Therapeutin)

Als besonders problematisch wird zum anderen die *Verkürzung der stationären Behandlungszeiten* angesehen:

„Und mich stört, dass die Behandlungszeiten da so sehr verkürzt werden. Das macht die Behandlung auch wiederum schwierig“. (Stationäre/ganztägig ambulante Therapeutin)

„Ich habe ja häufig dann auch mit Patienten zu tun, die eben einen stationären oder teilstationären Bedarf haben, ich könnte mir vorstellen, da gibt es ja so ein Maximum an stationären Möglichkeiten sozusagen, dass das doch für einen nicht unerheblichen Teil der Patienten zu gering sein wird“. (Stationäre/ganztägig ambulante Therapeutin)

Die stationäre Therapeutin verdeutlicht dabei insbesondere organisatorische Probleme im Behandlungsplan, die sich bei verkürzten stationären Behandlungszeiten ergeben. Sie erläutert:

„Und wie ich am Anfang schon erwähnte, finde ich es kritisch mit stark verkürzten Behandlungszeiten, weil ich ohnehin schon bei den Zehn- und Acht-Wochen-Patienten das Gefühl habe, rein subjektiv gefühlter Wert, die fliegen an mir vorbei wie die Kometenschweife. Und das wird zum Teil schwierig, die hier in unserer Therapieplanung einzuplanen“.

liche Ausdifferenzierung in ganztägig ambulante oder stationäre Therapeutin war aus Gründen des Datenschutzes und möglicher Rückschlüsse auf einzelne Personen *nicht möglich*.

Die Bewertung der Übergabegespräche

Die Übergabegespräche als ein zentrales Sondermodul im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung werden therapeutInnen- wie klientInnen-seitig überwiegend als nützlich und wertvoll für den Behandlungsprozess angesehen.

Dabei wird herausgestellt, dass die Übergabegespräche „eine sehr große Wertschätzung“ (ambulante Therapeutin) des Klienten/der Klientin zum Ausdruck bringen und vermitteln „dass die Patienten da ernst genommen werden“ (ambulanter Therapeut).

Ein positiver Effekt der Übergabegespräche liegt in der *Reduktion der Schwellenangst* der KlientInnen. Ein ambulanter Therapeut verdeutlicht diesbezüglich:

„Und dass sich durch diesen Kontakt der Therapeuten auch die Fortsetzung der Therapie im ambulanten Rahmen wesentlich erleichtert hat. Auch den Patienten, die werden ja im Grunde abgeholt. Und das war früher nicht so“.

Ein Klient drückt diese „*Nahtlosigkeit*“ wie folgt aus:

„Wie ich schon gesagt habe, dieses Nahtlose. Man wurde von einer Hand in die andere Hand gegeben und man hatte Sicherheit. Die Sicherheit war mir sehr wichtig“.

Der *Informationsgehalt* der Gespräche wird sowohl therapeutInnen- als auch klientInnenseitig als positiv bewertet. Eine stationäre/ganztägig ambulante Therapeutin spricht von Zeitersparnis, wenn sie auf das Übergabegespräch bezogen erläutert:

„Dann ist es sehr hilfreich, dann spart es sehr viel an eigener Zeit, wo wir hier das Rad mit dem Patienten gemeinsam normalerweise neu erfinden würden“.

Das Übergabegespräch sei auch „wesentlich lebendiger und wesentlich aussagekräftiger“ als die Informationen, die über das modulare Berichtswesen übermittelt werden.

Als Einschränkung wird seitens einer ambulanten Therapeutin der *organisatorische Aufwand* angesprochen. Für die Fachambulanzen seien Fahrten in die stationäre Klinik „wegen der weiten Wege“ schwer zu organisieren.

Dieser Problematik wurde dadurch begegnet, dass eine Therapeutin aus der Fachklinik für die Übergabegespräche zuständig ist und zu den Übergabege-

sprächen in die Fachambulanzen fährt. Diese organisatorische Lösung führt allerdings unter der Perspektive der PatientInnenorientierung zu Problemen: Eine Klientin kritisiert, dass ihre stationäre Bezugstherapeutin nicht an dem Übergabegespräch teilnahm:

„Weil die Therapeutin, die mich betreut hat, nicht das Übergabegespräch gemacht hat, sondern eine Therapeutin, die mich überhaupt nicht kannte und das fand ich wirklich ein bisschen unpassend. Meine Therapeutin hat denen zwar einen Zettel mitgegeben, was ich so gemacht habe und was so mit mir passiert ist, aber ich fand das trotzdem ein bisschen unangemessen. (...) Also ich habe mich allein gelassen gefühlt“.

Dieser Aspekt wird auch von einer ambulanten Therapeutin angesprochen, die berichtet:

„Es wird auch immer mal wieder kritisch angemerkt, dass die meisten Patienten sich doch wünschen, mit ihrem Bezugstherapeuten Gespräche zu führen“.

Eine stationäre/ganztägig ambulante Therapeutin beschreibt, dass einige Patienten das Übergabegespräch kritisch bewerten, „weil da sitzen sie zwischen Scylla und Charybdis, da sitzt man zwischen zwei Therapeuten und sie wissen in aller Regel nicht, was auf sie zukommt und weil ich auch hier im Klinikalltag nicht so die Zeit habe, um sie da lange vorzubereiten“.

Bewertung der Intravision

Die TherapeutInnen reflektieren die *Durchführung der Intravisionen*, die im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit durchgeführt werden: Dabei wird die Idee der Fallbesprechung durchaus als konstruktiv und sinnvoll für die Behandlung erachtet. Die Durchführung von Fallbesprechungen im Rahmen einer Qualitätszirkelsitzung, in der alle TherapeutInnen des Verbundes zusammenkommen, wird jedoch aufgrund der hohen Anzahl der zu verhandelnden Fälle als ineffektiv bewertet. Ein ambulanter Therapeut begründet dies wie folgt:

„Also ich sitze dann dabei und höre mir von XY Jahrgang 1957 irgendwie die Geschichte an. Ich habe kein Bild, ich habe überhaupt keine Vorstellung, worum es da geht. Im Grunde sind die Patientenbesprechungen dann ja auch verlorene Zeit für mich gewesen“.

Seitens einer ambulanten Therapeutin wird auf die *Schwierigkeit der Teilnahme für kleine Fachambulanzen* aufgrund weiter Entfernungen im Verbund hingewiesen:

„Also ich denke, dass diese Qualitätszirkel zwar eine spannende Sache sind, aber dass wir dafür die zeitlichen Ressourcen nicht haben. (...) Wenn ich 19,25 Stunden die Woche da bin und dann vier, fünf Stunden auf dem Qualitätszirkel verbringen soll, dann ist das ganz schwierig“.

Die Bewertung des Case-Managements

Das Case-Management wird von den befragten TherapeutInnen ambivalent bewertet. Dabei wird zum Beispiel geschätzt, dass sich mit dem Case-Management eine *organisatorische Entlastung für die TherapeutInnen* verbinden kann. Eine ambulante Therapeutin macht deutlich:

„Ich finde das sinnvoll und ich finde das eine Entlastung für uns Therapeuten. In der Theorie ist das gut gedacht“.

Einschränkend führt sie jedoch weiter aus:

„Und in der Praxis ist diejenige, die bei uns das Case-Management macht, schon vor dem Case-Management über ihrer möglichen Arbeitsbelastung gewesen. Und dann hat sie das Case-Management einfach oben drauf gekriegt“.

Dabei würde sie sich eine weitere Ausgestaltung des Case-Managements durchaus wünschen:

„Das Case-Management wäre schon schön, einfach weil einfach noch jemand anders drin wäre für diesen Orga-Kram. Aber dann muss der auch Zeit haben. Dann muss der auch Zeit haben, den Klienten kennen zu lernen, zu kommen und zu sagen: okay beim ersten Einzelgespräch setze ich mich auch mal eine viertel Stunde rein und wir besprechen das organisatorisch, was noch anliegt (...). Aber die Zeit ist überhaupt nicht eingeplant in der Arbeitszeit hier“.

Einen *erhöhten Abstimmungsaufwand sowie die unklare Aufgabenverteilung* durch die Einrichtung des Case-Managements stellt auch eine stationäre/ganztägig ambulante Therapeutin fest:

„Solche Abstimmungsprobleme sind dann auch bei uns angekommen insofern, als dass wir dann erstmal nicht wussten, an wen sollen wir uns wenden, um herauszufinden, mit wem wir Weiteres vereinbaren sollen“.

Sie wünscht sich, „dass die Case-Manager die Kompetenz haben, ihre therapeutischen Kollegen zu erinnern und zu sagen: *jetzt musst du was machen*“.

Die Bewertung der Belastungserprobungsgruppe

Die Belastungserprobungsgruppe wird klientInnen- sowie therapeutInnenseitig als sinnvoll für den Behandlungsprozess angesehen. Dabei werden insbesondere Effekte, wie die *Reduktion der Schwellenangst* und die damit verbundenen positiven Auswirkungen auf die Haltequote. hervorgehoben:

„Die Patienten haben ja auch die Möglichkeit durch den Rückhalt aus der Klinik da [in der BEG] ihre Ängste abzubauen, weil das ja für den Patienten eine große Rolle gespielt hat, dass sie hinterher nicht mehr erschienen sind“. (Ambulante Therapeutin)

Ein Patient drückt diesen Aspekt wie folgt aus:

„Das fand ich ganz gut, weil das war irgendwo so ein geschmeidiger, fließender Übergang. Man wusste immer, was auf einen zukommt“.

Und ein weiterer Klient macht auf die Fortsetzung der Behandlung in der Fachambulanz bezogen deutlich:

„Gut, es war natürlich nichts Unbekanntes (...) und ich bin ja auch vorher, also da war ich noch in A. [stationäre Einrichtung], zu Besuch hier gewesen und das war eigentlich, hat einem das sehr erleichtert“.

Dabei vermittelt sich für die KlientInnen eine *Nahtlosigkeit der Behandlung*, die bei der Rückkehr in den Alltag nach Beendigung des stationären Moduls unterstützend wirkt. Eine ambulante Therapeutin beschreibt diese Funktion wie folgt:

„Also die BEGs finde ich durchweg gut, weil ich finde, dass die Leute am Ende ja sowieso wieder in ihren Alltag zurück gehen und dann soll es gleich, wenn es irgendwie geht, über Nacht dann zu Hause klappen. Und das ist ja nur ein Anstoß, um sich wieder mit dem Alltäglichen hier zu beschäftigen“.

Von zwei Klienten und einer ambulanten Therapeutin wird bezüglich der Teilnahme an der BEG jedoch auf die *logistische Problematik der weiten Entfernungen im Verbund* hingewiesen, die eine Rückkehr der KlientInnen in die Klinik am selben Tag erschweren können.

Die Bewertung der Zusammenarbeit und Kooperation im Rahmen der Modulare Kombinationsbehandlung

Grundsätzlich wird seitens der therapeutischen InterviewpartnerInnen die Zusammenarbeit und Kooperation im Rahmen von Verbundarbeit und Kombi-Behandlung als Zugewinn angesehen. Der „*kollegiale Austausch*“ wird als sehr sinnvoll erachtet:

„Ja, da entwickelt sich halt dann auch was. Also, dass (.) so auf kolle-gialer Ebene dann so ein Austausch leichter ist. Man kriegt voneinan-der etwas mit und man bekommt auch Anregungen von den Kollegen dann auch“. (Ambulanter Therapeut)

Eine stationäre/ganztägig ambulante Therapeutin betont den *Informations-austausch* als „sehr zum Vorteil der Behandlung“ und verdeutlicht weiter:

„Und so wie meine bisherigen Erfahrungen waren, haben schon die ambulanten Beratungsstellen ein bisschen ihr Ding gemacht und die Kliniken ein bisschen ihr Ding gemacht und da ging zwischendurch viel verloren“.

Dabei hebt sie hervor, dass die Kooperation in der Praxis erst etabliert werden musste und als *Prozess* zu verstehen ist:

„Es war, so wie ich das beobachtet habe, auch auf beiden Seiten, sowohl auf unserer als auch auf der ambulanten Seite, immer noch so dieses Gefühl vorhanden: Na, wir machen hier unser Ding und wir sind völlig autonom in allem, was wir tun und was wir regeln und was wir planen. Und dieser Prozess des Durchsickerns der Erkenntnis: *Oh nein, ich muss ja auch immer die andere Seite, die Stationäre oder die Ambulante, informieren und anrufen*. Das dauerte einige Zeit“.

Von drei Therapeutinnen wird die *Flexibilität der Fachklinik* positiv hervor-gehoben. Eine ambulante Therapeutin betont die Möglichkeit der Krisenin-tervention:

„Ich finde, die Klinik ist auch flexibler geworden mit diesen MoKo-Leuten. Wenn ich da anrufe und sag: Geht das drei vier Wochen? Dann ist das ganz einfach möglich. Also das finde ich gut.

Als einschränkend werden *Schwierigkeiten, die aus verschiedenen fallbezo-genen Einschätzungen* resultieren, angesehen. Ein ambulanter Therapeut betont:

„Zum Beispiel, es gibt ja Therapeuten oder Ärzte, die sehr schnell viele Diagnosen formulieren, wo man dann selber erst mal vorsich-

tiger ist. Da gibt es dann schon die Vorgabe dieser Diagnosen und da könnte es schon Reibungspunkte geben“.

Zudem bemerkt er hinsichtlich der *Kooperation mit der Fachklinik* kritisch:

„Bezüglich der Zusammenarbeit mit der Klinik habe ich persönlich das Gefühl, mir werden die Organisationsstrukturen einer fremden Institution aufgepropft“.

Die *Kooperation mit der Sachbearbeitung der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover* wird als „überwiegend gut“ bewertet, wobei auf „kleine Hakeleien“, „Anlaufschwierigkeiten“ und Fehlinformationen hingewiesen wird:

„Ich hab festgestellt, dass die am Anfang zum Teil einfach auch nicht so recht wussten, was das [die MoKo] jetzt sein soll. (...) Oder dass dann ständig Fragen nach Zwischenberichten kamen. Aber es ließ sich alles lösen, wenn ich da angerufen habe“. (Ambulante Therapeutin)

Die Behandlungszufriedenheit der KlientInnen

Die überwiegend positive Bewertung des Konzeptes der Modularen Kombinationsbehandlung seitens der TherapeutInnen spiegelt sich auch in den Aussagen der KlientInnen zur Behandlungszufriedenheit. Es finden sich überwiegend positive Einschätzungen zur Gesamtbehandlung.

Ein Klient bewertet die *Gesamtbehandlung* wie folgt:

„Das fand ich halt gut, als Idee so. Also ich glaube, dass das langsame Heranführen, dieses schrittweise an das Alltagsleben, halt besser ist als nach sechzehn Wochen direkt wieder rein zu springen“.

Dabei verwenden drei Klienten den Begriff der *Käseglocke*, um die Funktion des stationären Settings von der des ambulanten abzugrenzen:

„Ja bei den Langzeitsachen, da gibt es ja diesen schönen Begriff *Käseglocke*. Und das habe ich auch so empfunden, *alles super, alles toll*. Aber nach sechzehn Wochen (..) auf einmal ohne irgendwas wieder dastehen“.

Und ein anderer Klient verdeutlicht:

„Aber es war doch diese Krankenhauskäseglocke da. Und deswegen finde ich das ja auch gut, dass ich jetzt nach zwölf Wochen Fachklinik in diese Ambulante. Dass man nicht gleich so auf der Straße steht und dass man da weiter betreut wird“.

Und an anderer Stelle konkretisiert er seine *Schwellenangst*, die durch die Perspektive auf die ambulante Weiterbehandlung im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung gemildert wurde:

„Und denn, dass nicht auf einmal Schluss ist, sondern es weitergeht. Dass man nicht alleine da steht. Da hatte ich ja auch die meiste Angst vor, als ich aus den zwölf Wochen in A. [stationäre Einrichtung] wiederkam: *Was passiert jetzt, ne?* Weil ich halt schon einen Rückfall hatte.“

Dabei verdeutlichen einige Klienten das Grundprinzip der Modularen Kombinationsbehandlung mit Blick auf die *Konstanz der therapeutischen Erfolge*. Ein Klient bspw. fasst zusammen:

„Also dass ja nicht mit dem Stationären Feierabend ist, dass es da weitergeht. Ich meine dort (.) in der Stationären ist das natürlich alles vertieft worden. Das war das erste Mal, wo ich dann richtig mit all diesen ganzen, was weiß ich, *was ist Sucht* (.) und *Suchtkrankheit*, wo da richtig einzeln alles auseinander gepflückt wurde (...) und in der Ambulanten: dass ja da nicht irgendwo irgendwie was verloren geht, sondern dass es weiter geht. Dass man immer auf dem gewissen (.) Stand ist und dass da nichts irgendwie vergessen wird“.

Die befragten KlientInnen betonen dabei besondere *charakteristische Aspekte für das (teil-)stationäre und das ambulante Modul*. Dabei beschreibt ein Klient, der Erfahrungen mit der Tagesklinik gesammelt hat, diese als „irgendwo ein kleines Abbild von der stationären Sache“.

Eine zentrale Funktion des (*teil-)stationären Settings* wird im Abstand vom sozialen Umfeld gesehen. Dadurch vermitteln sich „Sicherheit“, „Ruhe“ sowie eine erste emotionale Stabilisierung:

„Es war ja so: ich hatte ja eh alles verloren. Und da schien mir die Stationäre mit dem Abstand von zu Hause (..) schien mit das eigentlich am geeignetsten. Weit weg von allen und dann sich nur darauf konzentrieren“. (Klient)

„Im stationären Bereich kann ich ganz, ganz viel für mich mitnehmen, kann zur Ruhe kommen“. (Klient)

Ein anderer Klient erläutert:

„Einfach weil ich weg war. Raus aus meinem Umfeld. Und so auch dieses stationäre Woanderssein – einen geregelten Ablauf haben und so“.

Und eine Klientin beschreibt die Stabilisierung ihres emotionalen Zustandes durch die stationäre Behandlung wie folgt:

„Und mein Selbstbewusstsein und so was. Das haben sie mir alles gestärkt. Weil ich war ganz unten (.) und habe immer gesagt: *Oh, ich bin hässlich, ich bin dick und mich mag keiner. Ich habe alles verkehrt gemacht und falsch gemacht.* Und das haben Sie mir alles genommen.“

Dabei verdeutlichen die KlientInnen eine hohe Zufriedenheit mit dem medizinischen und therapeutischen Behandlungsangebot. Ein Klient beschreibt:

„Und das war das Richtigste, was ich überhaupt machen konnte, dass ich (.) einen stationären Aufenthalt dort begonnen habe. Mit dem ganzen Tagesablauf von früh bis abends. Mit all den Anwendungen, die die Klinik dort eben bietet. (...). Egal was das für Anwendungen waren, ob das jetzt imaginäres Training war, ob das jetzt in der Freizeit Bogenschießen war (...). Ich muss sagen, das war eine ganz tolle Zeit dort“.

Häufig wird das kunsttherapeutische Angebot hervorgehoben. Dabei erscheint den KlientInnen dieses Angebot besonders dann als „positive Überraschung“, wenn vorher keine bzw. wenig Erfahrungen im künstlerischen Ausdruck bestanden:

„Es waren ja auch die ganzen anderen Sachen. So zum Beispiel Kunst. Da hatte ich vorher eigentlich überhaupt keine Beziehung zu (.). Ich war der Meinung, da überhaupt kein Talent für zu haben. Und wir hatten da eine Kunsttherapeutin (.) und die hat uns da rangeführt und (.) dass ich dann so Sachen gemacht habe, die ich mir vorher nie zugetraut hätte. Ich habe da Federzeichnungen gemacht und das hat mir wahnsinnig Spaß gemacht. Zum Teil auch ganz gut gelungen“.

Ein anderer Klient beschreibt:

„Und da haben sie mich in die Kunsttherapie gesteckt und da war so ein Künstler da (.), der hat da mal Vertretung gemacht. Ich hatte immer Angst dann einen Strich zu zeichnen oder (.) immer das Bestreben nach Perfekt Sein. Und der hat mir dann beigebracht, der hat da einfach zu mir gesagt: *Lass es fließen Junge.* Und irgendwann ging das von ganz alleine. War schon schön“.

Das *ambulante Modul* wird ähnlich positiv bewertet, wie das stationäre. Dabei werden andere Charakteristika hervorgehoben. Zentrale Bedeutung gewinnt hier der Aspekt der weiteren Stabilisierung.

Ein Klient beschreibt:

„Es ist immer gut, wenn ich noch irgendwelche Ansprechpartner habe. Das ist ja jetzt im Moment echt gut. (...) Und da ist es immer gut, wenn ich da feste Punkte habe, feste Größen, wie die Gruppe dann halt. (...) Also hier fühle ich mich gut aufgehoben, mit den Einzelgesprächen und den Gruppengesprächen“.

Überdies wird erkannt, dass die weitere therapeutische Auseinandersetzung im Rahmen der ambulanten Weiterbehandlung notwendig und sinnvoll sei:

„Es ist ja jetzt zumindest für mich so, dass ich auch durch diese zwei Tage hier in der Woche natürlich immer wieder daran erinnert werde, warum ich überhaupt (.) sozusagen hier bin. Und worauf ich zu achten habe“.

Und ein anderer Klient macht auf die therapeutischen Inhalte in der Behandlung in der Fachambulanz bezogen deutlich:

„Da sind viele so Sachen, interessante Sachen auch da noch bei. Weil ich eigentlich gedacht habe, ich wüsste da schon alles schon von. Aber es treten immer wieder Sachen auf, wo man gar nicht mit rechnet, was auch jetzt noch für einen interessant ist“.

Der ambulanten Gruppe wird eine alltagsstrukturierende sowie soziale Funktion zugeschrieben:

„Ja und dass man gerne dorthin geht, dass einem das gut tut, richtig gut tut. Und dass das eigentlich in meinem Lebensalltag richtig mit eingeräumt ist. Ja und man merkt auch in der ganzen Zeit, dass meine Alltagsstruktur eine ganz andere ist“.

Eine Klientin betont die zentrale stabilisierende Bedeutung der ambulanten Weiterbehandlung und beschreibt Ängste vor dem Therapieende. Die Möglichkeit, nach Therapieende in ihrer Selbsthilfegruppe stabilisierende Begleitung zu finden, negiert sie:

„Ich meine, ich habe zwar die andere Selbsthilfegruppe, aber das sind halt welche, die das nicht gelernt haben. (...) Und hier ist das aber etwas anderes. (...) Jeder, der hier geht, hat Angst.

Sie wünscht sich eine Anbindung an ihre Fachambulanz auch über die Rehabilitationsmaßnahme hinaus.

Die InterviewpartnerInnen betonen die Beziehung zu ihren BezugstherapeutInnen als elementar und verdeutlichen insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit ihren TherapeutInnen.

Ein Klient erläutert die zentrale Bedeutung seiner stationären Bezugstherapeuten wie folgt:

„Wie gesagt, ich war erst sehr skeptisch, muss aber im Nachhinein sagen, dass diese direkte Therapie dort mir unheimlich geholfen hat. Dass ich eine Therapeutin gehabt habe, die also unheimlich gut auf mich eingegangen ist und die hat auch unheimlich viele Probleme lösen können. Muss ich Ihnen ganz ehrlich sagen, das war eigentlich das, was ich mir auch immer gewünscht hatte“.

Und ein anderer Klient stellt fest:

„Ich habe sehr, sehr gute Therapeuten gehabt. Für die Einzelgespräche. (...) Sehr, sehr gute Leute, sehr engagiert“.

Welche zentrale Bedeutung die vertrauensvolle Beziehung zum Bezugstherapeuten/zur Bezugstherapeutin für den Behandlungsverlauf einnehmen kann, macht ein Klient deutlich, wenn er beschreibt:

„Was das Schlimmste dabei war: meine Therapeutin war zu der Zeit krank und (...) ich hatte dann mit einer anderen Therapeutin zu tun, mit der ich überhaupt nicht klar kam. Nee. Es gibt Therapeuten, die gehen auf einen ein, aber menschlich auf einen ein. Und es gibt Therapeuten oder Therapeutinnen, die bohren in ihren Wunden rum, derart aufdringlich und ich finde das geht nicht. (...) Und dann kam es zu diesem Übergabegespräch (.) und da hatte ich gesagt: also ich will Schluss machen damit. Ich wollte diese ambulante Therapie nicht mehr machen. (...) aber aufgrund der Therapeutin von hier, habe ich dann gesagt: ich mache weiter“.

Ein weiterer Klient hebt den TherapeutInnenwechsel im Rahmen der Kombi-Behandlung hervor und erläutert:

„Vielleicht ist auch noch ganz angenehm gewesen (.) der Wechsel der Therapeuten. Es wird halt nie langweilig“.

Zusammenfassung

Betrachten wir zusammenfassend die Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse, so werden folgende Aspekte besonders deutlich:

Zum einen finden wir eine überwiegend *positive Bewertung des Konzeptes* der Modularen Kombinationsbehandlung. Dabei werden die *Flexibilität* und *Möglichkeit der individualisierten Behandlung* besonders hervorgehoben. Die Akzeptanz der Idee der Kombi-Behandlung spiegelt sich auch in der *Behandlungszufriedenheit der KlientInnen* wieder. KlientInnenseitig werden

sehr positive Erfahrungen mit den therapeutischen Angeboten sowohl im ambulanten als auch stationären Modul sowie mit den persönlichen Beziehungen zu den jeweiligen BezugstherapeutInnen kommuniziert und dabei auch die Charakteristika der Kombinationsbehandlung als wertvoll reflektiert. TherapeutInnenseitig wird der Aspekt der *Zusammenarbeit und Kooperation* überwiegend als Zugewinn verstanden und als förderlich für den Behandlungsprozess des Klienten/der Klientin bewertet. Auch die *Sondermodule*, besonders das Übergabegespräch sowie die Belastungserprobungsgruppe, werden größtenteils als inhaltlich sinnvoll eingeschätzt. Dabei werden als Effekte der Sondermodule und Kooperation eine *Reduktion der Schwellenangst* und dementsprechend *positive Auswirkungen auf die Haltequote* kommuniziert. Einschränkend wird im Kontext der Sondermodule sowie hinsichtlich der Verbundarbeit auf den *erhöhten Kooperationsaufwand* hingewiesen, der jedoch als vorwiegend gerechtfertigt angesehen wird.

4.3 Ergebnisse der Case-ManagerInnen-Befragung

Gemäß dem Rahmenkonzept zur Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund kommt dem Case-Management die *Aufgabe der Ablaufverwaltung* zu. Der/die Case-ManagerIn ist AnsprechpartnerIn, besitzt Überblick über den Stand der Therapie, das Verwaltungsverfahren und die Dokumentationstätigkeiten und gibt bei Bedarf Rückmeldung an alle am Behandlungsprozess Beteiligte – TherapeutInnen und Leistungsträger.

Mit dem Baustein Case-Management bezieht eine Rahmenkonzeption zur Durchführung der medizinischen Rehabilitation erstmalig auch die Verwaltungstätigkeiten mit ein und ermöglicht die Vergütung der in diesem Kontext zu leistenden Arbeiten. Anfallender administrativer Arbeitsaufwand sowie notwendiger Informationsaustausch und -bedarf zur Durchführung der Verbundarbeit bzw. kombinierten Rehabilitationsmaßnahmen sollen im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung direkt mit dem/der Case-ManagerIn verbunden sein bzw. über ihn erfolgen. Alle reharelevanten Aspekte – Therapieplanungen, Abbrüche, Verlängerungen, Durchführungen indikativer Angebote oder Sondermodule – müssen dem/der Case-ManagerIn zur Kenntnis gelangen, um im nächsten Schritt die Funktion als AnsprechpartnerIn und RückmelderIn effektiv ausüben zu können.

Die dargestellten Zielsetzungen des Case-Managements bzw. die Anforderungen an den/die Case-ManagerIn verweisen auf die *Notwendigkeit von grundsätzlichen Vereinbarungen* zwischen den BehandlungspartnerInnen im

Verbund zur Durchführung des Case-Managements. Der Implementierungsprozess des Case-Managements im Verbund der Lukas-Werk Suchthilfe und ihrer externen Kooperationspartner sowie entsprechende Abmachungen wurden bereits ausführlich beschrieben (vgl. dazu Kapitel 2.2 und 3.2). Die hier im Mittelpunkt stehende Case-Management-Befragung fußt auf diesen Regelungen und liefert vor diesem Hintergrund erste Erkenntnisse über die Implementierung und Ausgestaltung dieser neu geschaffenen Funktionsstelle in der medizinischen Rehabilitation von Abhängigen.

4.3.1 Ziele der Befragung

Die Aufgabenwahrnehmung im Rahmen des Case-Managements erscheint auf den ersten Blick als „logische Konsequenz“ der üblicherweise anfallenden Verwaltungsarbeit in Einrichtungen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anbieten. Im Kern zielt das Case-Management in der Modularen Kombinationsbehandlung darauf, allen Behandlungsverantwortlichen und -beteiligten – BehandlerInnen wie Leistungsträger – „jederzeit über den Stand der Therapie, weitere Planung, veranschlagte Therapieeinheiten usw. Auskunft geben (zu können und)“ Der/die Case-ManagerIn soll „jederzeit über den Stand der Therapie, weitere Planung, veranschlagte Therapieeinheiten usw. Auskunft geben (können) und auf die Dokumentation, Planung, Berichte (achten).“ (vgl. Rahmenkonzept der LVA Hannover, Juli 2005).

Eine solche Funktion, die bisher noch in keiner Untersuchung zu Kombi-Behandlungen evaluiert wurde, wird mit der hier vorliegenden Case-ManagerInnen-Befragung nachgegangen: Die Befragung erfolgte mit dem *Ziel*,

- den Stand der Umsetzung zu beschreiben,
- den Aufwand und Nutzung dieses Bausteins zu erfassen
- die Erfahrungen, Probleme und Schwierigkeiten der Case-ManagerInnen im Kontext der Aufgabenwahrnehmung abzubilden und
- ihre Einschätzungen und Bewertungen zu diesem Tätigkeitsfeld

für den Gesamtprozess der Modularen Kombinationsbehandlung zu erreichen. Die Befragung zielte somit darauf, die Konzeption des Case-Managements empirisch zu überprüfen und *praktische Erkenntnisse* und *Erfahrungen* zu erheben. Im Verständnis der Prozessevaluation sollen die in der Befragung geäußerten Probleme, Schwierigkeiten und Kritikpunkte, aber auch die positiven Aspekte konstruktiv aufgegriffen werden und im Rahmen des Qualitätsentwicklungsprozesses für die weitere Verbundarbeit genutzt werden.

4.3.2 *Methodisches Vorgehen*

Beim dritten Case-Management-Treffen am 11.10.2006, wurde die Case-Management-Befragung durch die Projektgruppe initiiert. Die Case-ManagerInnen wurden über die Ziele und Modalitäten der Erhebung informiert. Schließlich wurde der Fragebogen, verbunden mit der Bitte, ihn bis zum 20.10.2006 anonym an die Projektgruppe der Uni Oldenburg zurückzusenden, ausgegeben.

Der Fragebogen besitzt überwiegend geschlossene Fragestellungen, die als mehrstufige multiple-choice-Items konzipiert sind, in einigen Fällen sind die Fragen offen formuliert. Die geschlossenen Fragen wurden quantitativ im Rahmen statistischer Häufigkeitsanalysen ausgewertet. Für die Auswertung der offenen Fragen der Erhebung wurde ein qualitatives Verfahren gewählt: Nach der Sichtung des Materials wurden die einzelnen Aussagen zu jeder der offenen Fragen inhaltlich zusammengefasst und strukturiert. Auf diese Weise wurden die zentralen Angaben reduziert und schließlich die aus Sicht der Praxis bedeutungsvollen Aspekte zur Realisierung der Case-Managements herausgestellt. Die Untersuchung und ihre Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

4.3.3 *Darstellung der Ergebnisse*

In die Auswertung einbezogen werden konnten 10 Fragebögen aus 9 Einrichtungen³⁵, die bis zum Zeitpunkt der Auswertung im November 2006 an die Projektgruppe zurückgesandt wurden. Da sich alle Verbundeinrichtungen durch ihren/ihre Case-ManagerIn an der Befragung beteiligt haben, wurde eine *Rücklaufquote von 100%* erreicht.

Die in der Befragung angesprochenen Inhalte berühren folgende *Themenkomplexe*:

- Modulare Kombinationsbehandlung – Konzept, Ziele und Kenntnisstand
- Modulare Kombinationsbehandlung – Stand der Umsetzung, einrichtungsinterne Organisation
- Case-Management – Konzept, Funktion und Prozesse

Die Ergebnisdarstellung erfolgt unter Zuordnung auf diese Themenkomplexe.

35 Aus einer Einrichtung wurden zwei Fragebögen an die Projektgruppe zurückgesandt. Es ist anzunehmen, dass das Case-Management in einer Einrichtung von zwei Personen ausgeübt wird und insofern beide Beteiligten den Fragebogen ausgefüllt haben.

Modulare Kombinationsbehandlung – Konzept, Ziele und Kenntnisstand

Um den *Kenntnisstand* zur Modulare Kombinationsbehandlung und über die Zielsetzungen dieses neuen Leistungsangebotes abbilden zu können, wurde die Case-ManagerInnen gefragt, ob sie, sofern Bedarf bestünde, die Modulare Kombinationsbehandlung als Rehabilitationsangebot vorschlagen würden.

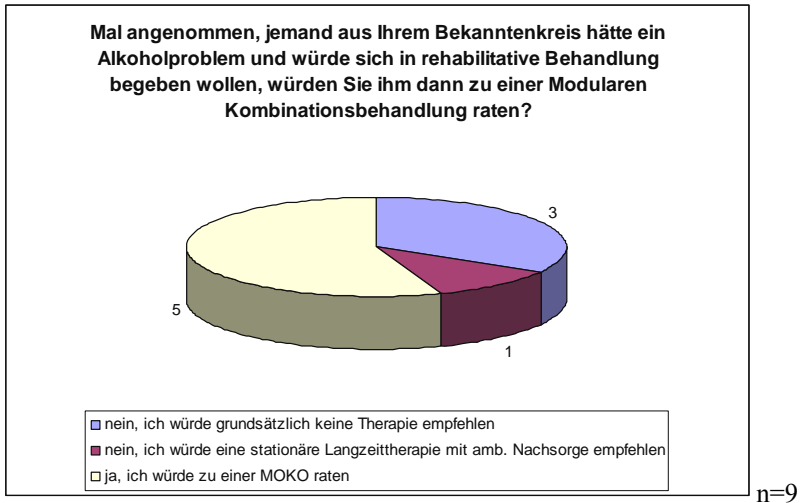


Abb. 148 Empfehlung MoKo – Case-ManagerInnen

In der halboffen formulierten Frage konnten die Befragten ihre Antworten erläutern:

Zur Modulare Kombinationsbehandlung würde geraten,

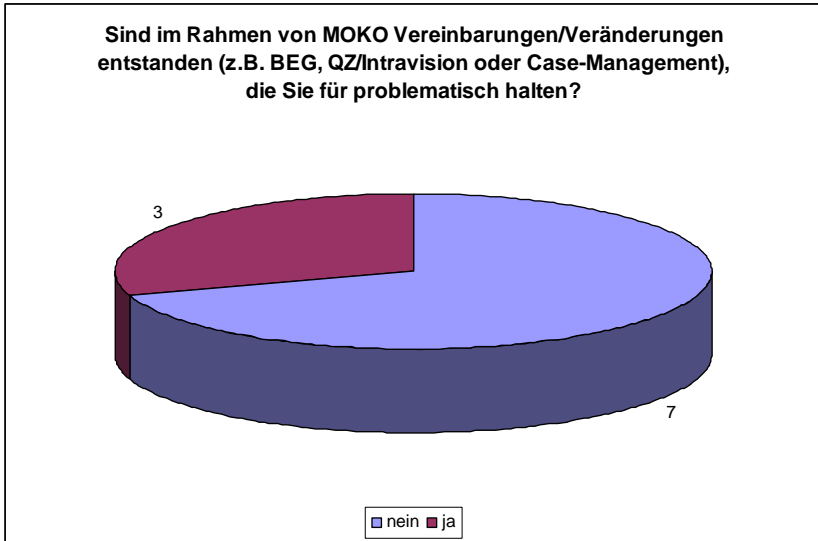
- weil die ambulanten und stationären Möglichkeiten hier besser auf den Einzelnen abgestimmt werden können und somit ein optimales Hilfeangebot vorgehalten werden kann;
- weil ein intensiver Austausch zwischen den stationären und ambulanten Einrichtungen über die KlientInnen in der Behandlung erfolgt;
- weil die Art der Therapie für Erfolg versprechend gehalten wird.

Die Modulare Kombinationsbehandlung würde nicht empfohlen,

- weil eine Behandlung individuell sei und von der Indikation abhängt;
- weil ein Informationsgespräch in der Beratungsstelle am Anfang steht;

- weil die längere Zeit in stationärer Langzeittherapie und in einem geschützten Raum sinnvoller ist, um sich mit der Alkoholproblematik auseinanderzusetzen.

Um aktuelle Hindernisse oder Klippen abbilden zu können, wurden die Case-ManagerInnen gefragt, ob es im Rahmen von MoKo Aspekte gibt, die sie für problematisch halten.



n=10

Abb. 149 Bewertung Veränderungen

Die halb-offen verfasste Frage bejahen 3 Case-ManagerInnen. Sie geben dazu folgende Erläuterungen:

- die Mitgliedschaft in verschiedenen Verbänden führt immer wieder zu Irritationen;
- die Durchführung der QZ/Intravision ist zeitaufwendig;
- die zusätzlichen Eingaben für Abrechnungen und die Meldung an die Uni, die Fachklinik und die Rentenversicherung führen zu einem Zeit- und Kontrollproblem.

Konkret gefragt nach den Gründen für *Schwierigkeiten im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung* machen die Case-ManagerInnen u. a. folgende Angaben:

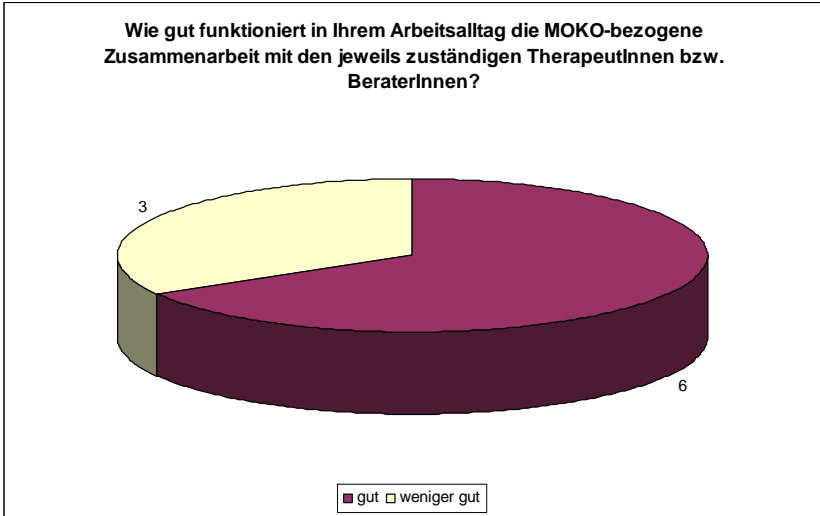
- die Arbeitsabläufe sind noch unklar oder nicht eingespielt und gewöhnungsbedürftig
- die Modulare Kombinationsbehandlung erfordert einen hohen Arbeitsaufwand
- es gibt immer wieder Veränderungen in den Abläufen der Modularen Kombinationsbehandlung
- TherapeutInnen tun sich schwer, die MoKo in ihr Behandlungsangebot aufzunehmen
- der Aufwand für den Austausch zwischen dem therapeutischen Personal und den stationären und ambulanten Behandlungsstätten (zeit-) aufwendig ist
- es gibt immer wieder Klienten, für die die "normale" MoKo nicht passt

Um diese Einschätzungen weiter qualifizieren zu können, wurde gefragt, ob in der Planung und Umsetzung des Konzepts bislang etwas zu wenig berücksichtigt wurde. 7 Case-ManagerInnen verneinen diese Frage, 3 formulieren in einer offenen Antwortkategorie Aspekte, die aus ihrer Sicht noch zu bedenken sind:

- das "Überstülpen" des Case-Managements auf die Verwaltungskräfte ohne vorherige Klärung; es hätte bei gleich gebliebener Arbeitszeit, geprüft werden müssen, ob die zusätzlichen Arbeiten überhaupt geleistet werden können
- die Wünsche und Erwartungen der Klienten
- es gibt mehr Alkoholranke, für die das MoKo-Konzept nicht in Frage kommt, da sie zu abgebaut sind

Modulare Kombinationsbehandlung – Stand der Umsetzung, einrichtungsinterne Organisation

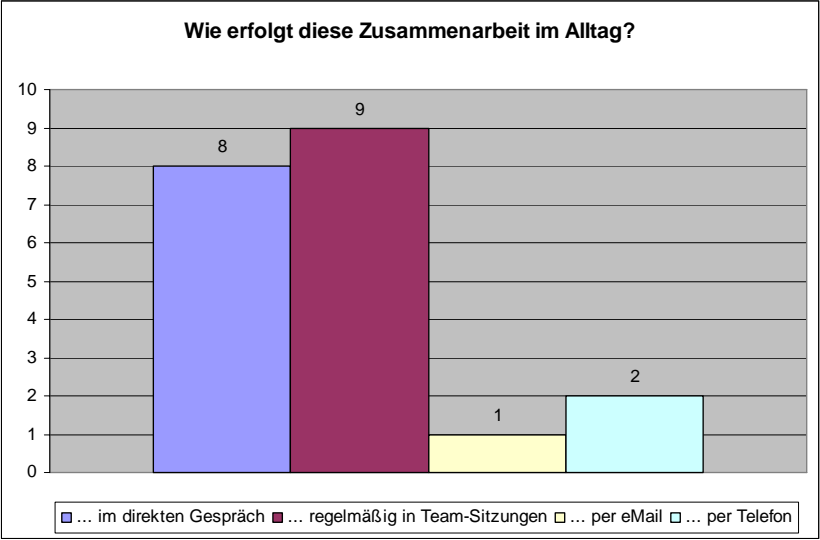
Um Einblick in den *Stand der Umsetzung* und der einrichtungsinternen Organisation der Zusammenarbeit im Rahmen von Moko zu erhalten, wurden die Case-ManagerInnen befragt, wie sie die MoKo-bezogene Zusammenarbeit im Alltag bewerten.



n=9

Abb. 150 Bewertung Zusammenarbeit im Arbeitsalltag

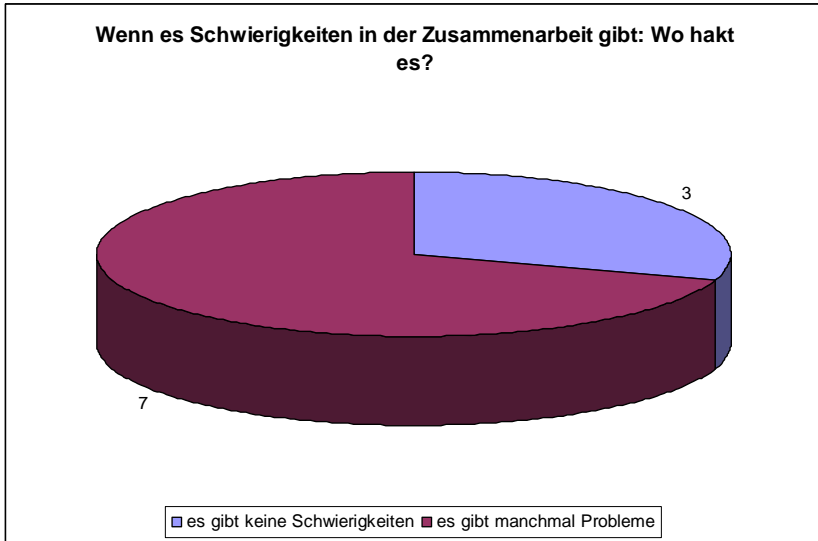
Weiter wurde gefragt, in welcher Art und Weise die Zusammenarbeit im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung erfolgt.



n=10

Abb. 151 Realisierung der Zusammenarbeit

Die Case-ManagerInnen wurden weiter gefragt, ob und, wenn ja, wo es Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit gibt.



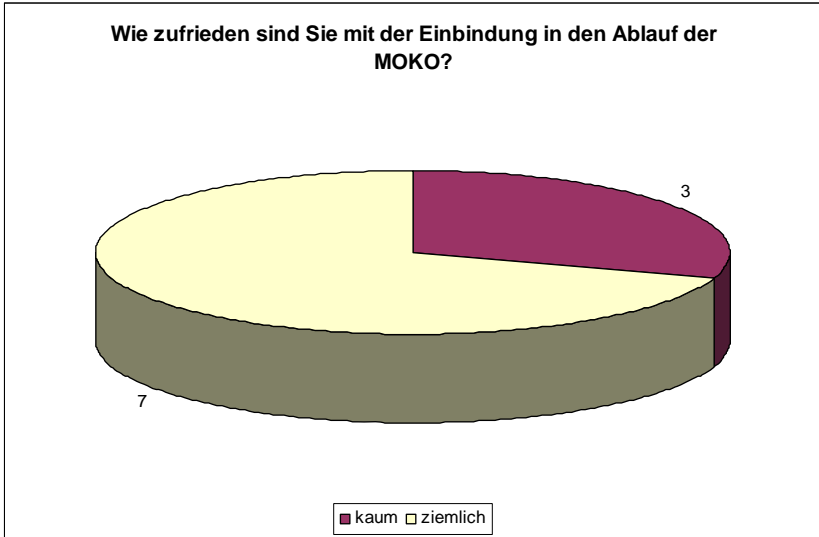
n=10

Abb. 152 Probleme in der Zusammenarbeit – Case-ManagerInnen

In der halb-offenen Frage danach, wo es Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit gibt, wurden uns folgende Antworten gegeben:

- mangelnde Kommunikation durch Zeitmangel
- versetzte Arbeitszeiten (Teilzeit)
- räumliche Entfernung
- nicht allen MitarbeiterInnen sind die Abläufe klar
- Weitergabe der Information dauert lange
- Eindruck, dass Therapeuten Kompetenzverschiebungen nicht akzeptieren

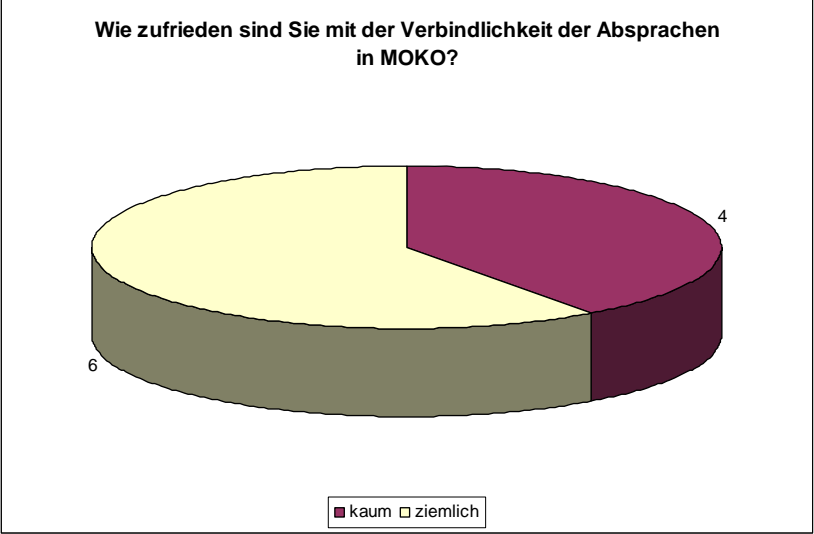
Um die *Einschätzungen zur Zusammenarbeit und zum Arbeitsalltag* evaluieren zu können, wurden die Case-ManagerInnen diesbezüglich auch zu ihrer Zufriedenheit gefragt. Die Frage, wie zufrieden sie mit der Einbindung in den Ablauf der MoKo sind, wurde wie folgt beantwortet:



n=10

Abb. 153 Zufriedenheit mit der Einbindung

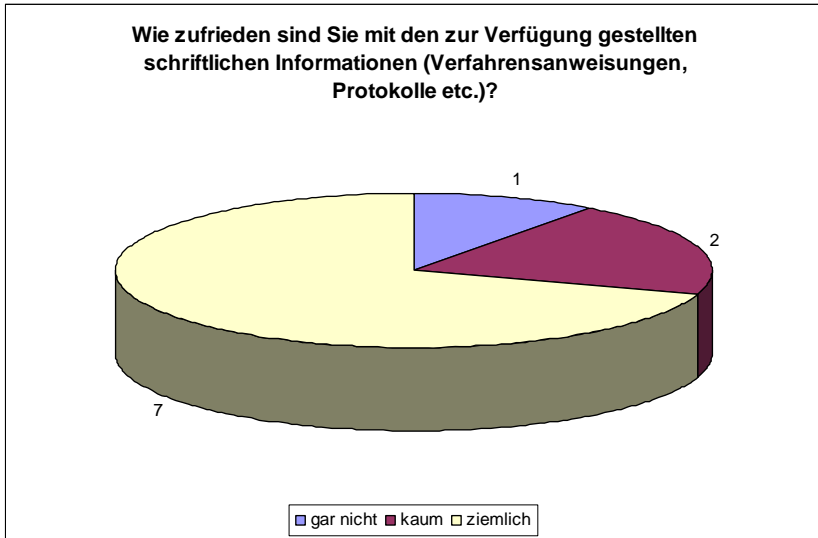
Die Antworten, wie zufrieden sie mit der Verbindlichkeit der Absprachen in MoKo sind, verteilen sich wie folgt:



n=10

Abb. 154 Zufriedenheit mit der Verbindlichkeit der Absprachen

Befragt nach der Zufriedenheit mit den zur Verfügung gestellten schriftlichen Informationen antworten die Case-ManagerInnen wie folgt:



n=10

Abb. 155 Zufriedenheit mit den Informationen

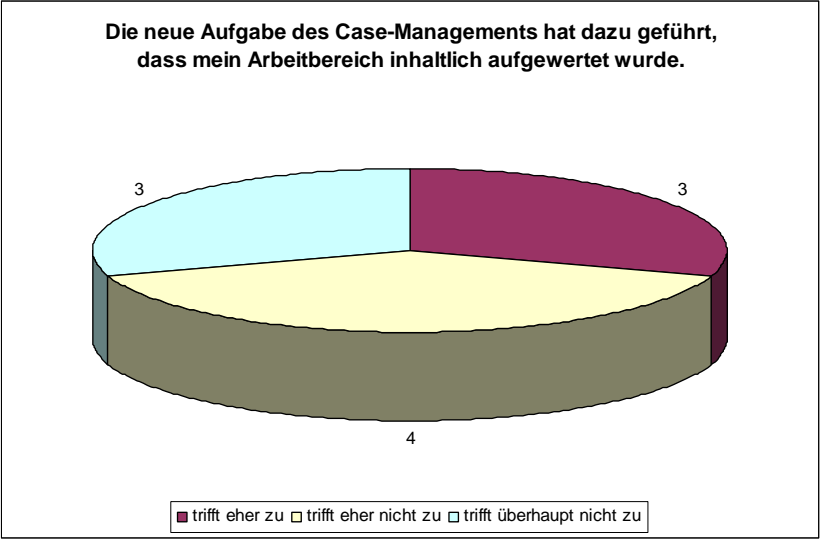
Case-Management – Konzept, Funktion und Prozesse

Um das *Arbeitsfeld* Case-Management erfassen zu können, wurde gefragt, ob sich einrichtungsinterne Prozesse und Abläufe verändert haben, die die eigene Arbeit betreffen. 7 Case-ManagerInnen verneinen die Frage, drei der Befragten geben an, dass sich Verfahrensabläufe geändert haben. Sie konkretisierten ihre Antworten in einer offenen Antwortkategorie: Aufgrund der Aufgabe des Case-Managements

- wird an den Teamsitzungen der Einrichtung teilgenommen und
- wurde für die Teamsitzung ein entsprechender Tagesordnungspunkt CM eingerichtet.

In einem Fall wird zwar von der Teilnahme an den Teamsitzungen berichtet, jedoch gehört diese zum Standard und stellt keine Neuerung im Zusammenhang mit dem Case-Management dar.

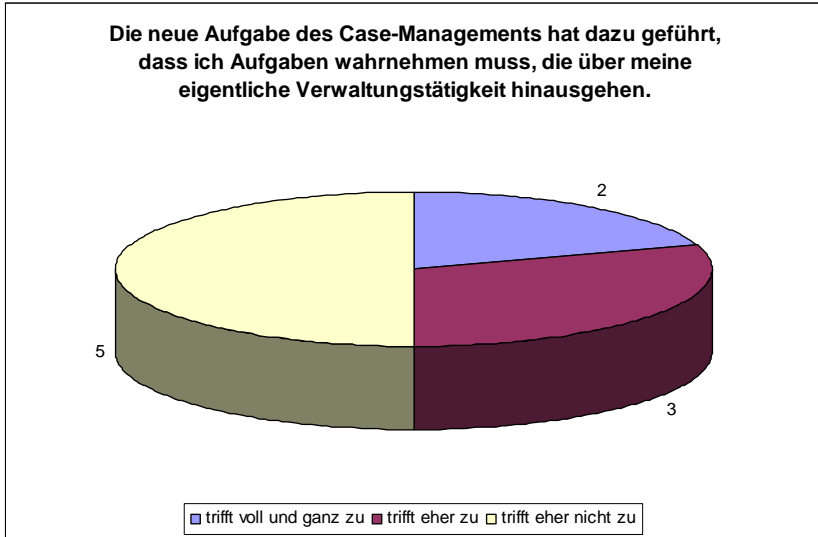
Mit Blick auf mögliche Veränderungen der eigenen Arbeit wurden die Case-ManagerInnen gefragt, inwieweit die neue Aufgabe dazu geführt hat, dass der eigene Arbeitsbereich inhaltlich aufgewertet wurde.



n=10

Abb. 156 Aufwertung Arbeitsbereich

Um zu eruieren, ob sich mit der Aufgabe des Case-Managements eine Ausweitung des Tätigkeitsfeldes verbindet, wurde gefragt, ob die Case-ManagerInnen Aufgaben wahrnehmen müssen, die über die herkömmliche Verwaltungstätigkeit hinausgehen.



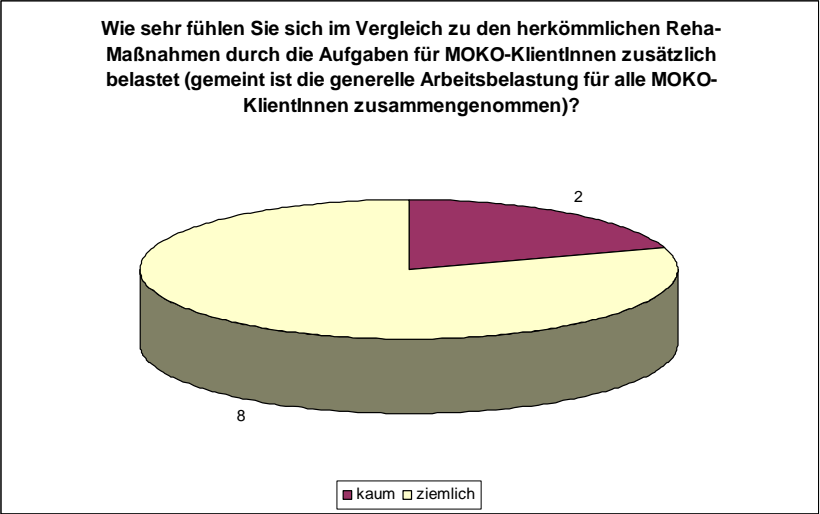
n=10

Abb. 157 Aufgaben im Kontext des Case-Managements

Befragt nach möglichen *Kompetenzverschiebungen* aufgrund der neuen Funktionsstelle zeichnen die Befragten in der Tendenz ein einheitliches Bild und geben an, dass sich Kompetenzen eher nicht (n=6) bzw. überhaupt nicht (n=4) verschoben haben.

Um Anhaltspunkte darüber zu gewinnen, in welchem Umfang die neue Aufgabe Ressourcen bindet, wurden die Case-ManagerInnen zu einem Vergleich ihrer Tätigkeiten bei „herkömmlichen Reha-Verfahren“ und bei MoKo aufgefordert:

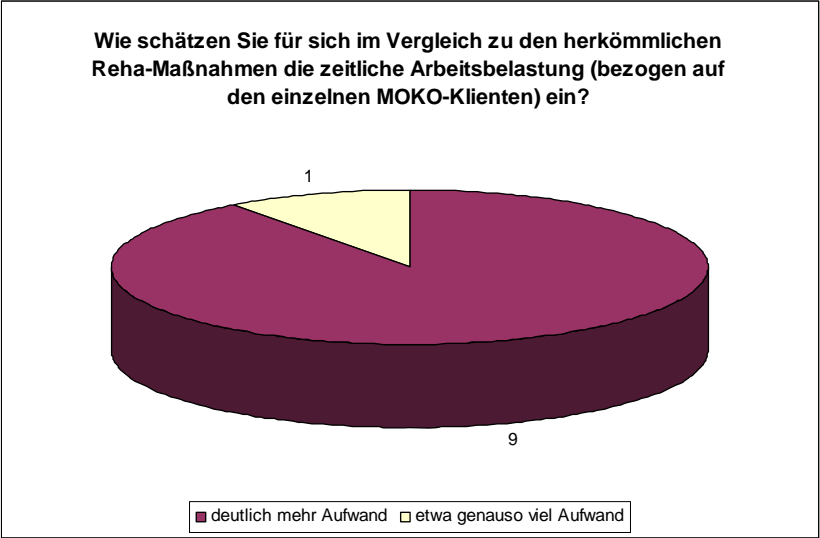
Die Einschätzung der *zusätzlichen Arbeitsbelastung* durch die Aufgaben in MoKo beantworten die CM wie folgt:



n=10

Abb. 158 Arbeitsbelastung durch MoKo

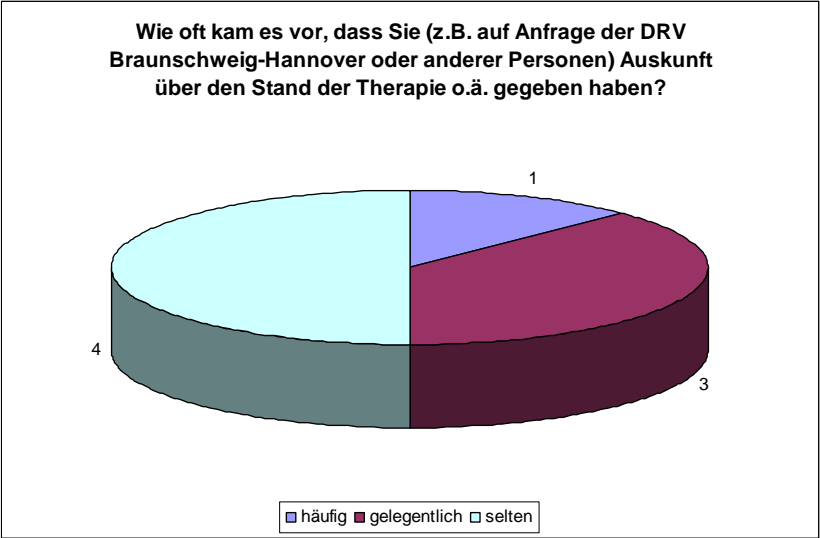
Um einschätzen zu können, inwiefern der einzelne MoKo-Klient Ressourcen bindet, wurden die Case-ManagerInnen gebeten, die zeitliche Arbeitsbelastung im Vergleich zum herkömmlichen Rehabilitanden einzuschätzen.



n=10

Abb. 159 Zeitliche Arbeitsbelastung im Vergleich

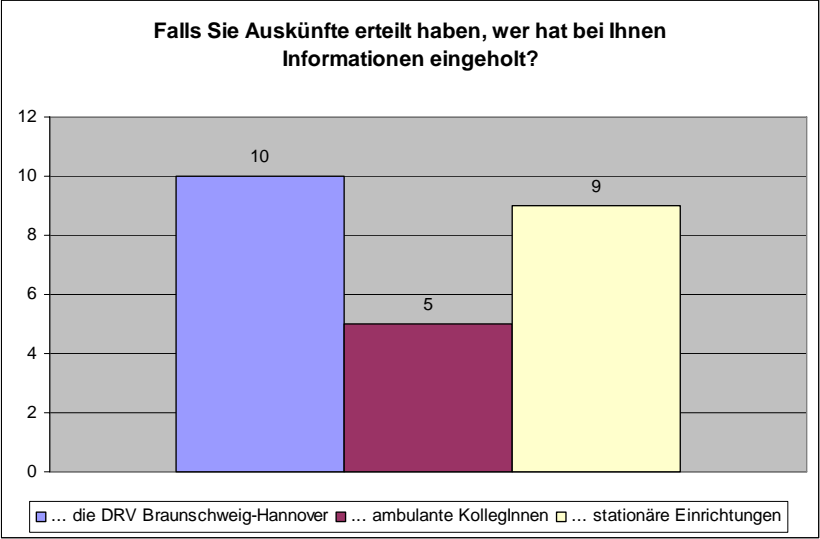
Befragt nach der *Häufigkeit*, in der sie *als Ablaufverantwortlicher bzw. Rückmelder beansprucht* werden, geben die Case-Manager folgende Antworten:



n=8

Abb. 160 Häufigkeit der Auskunftserteilung

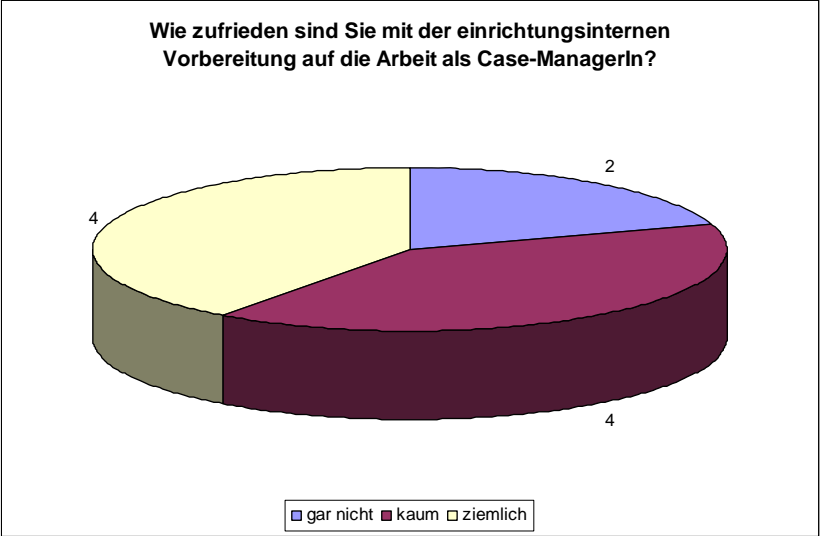
Um einschätzen zu können, von wem die CM-Funktionsstelle am häufigsten frequentiert wird, wurde gefragt, wer entsprechende Informationen beim Case-Manager abfragt:



n=10

Abb. 161 Auskunftserteilung an Institutionen

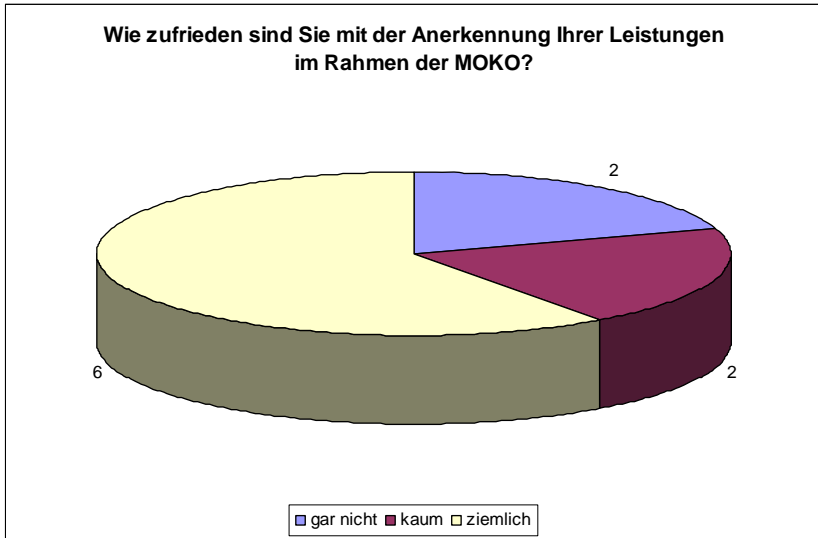
Um die Akzeptanz des Case-Managements bewerten zu können, wurden die Case-ManagerInnen zu ihrer Zufriedenheit mit dieser Aufgabe gefragt. Dazu wurde zunächst nach der Vorbereitung auf die neue Aufgabe durch die eigene Einrichtung gefragt:



n=10

Abb. 162 Vorbereitung Case-Management einrichtungsintern

Schließlich wurden nach der Anerkennung für die Arbeit als Case-ManagerInnen gefragt:



n=10

Abb. 163 Anerkennung der Leistungen

4.3.4 Zusammenfassung

Die Aufgabendefinition zum Case-Management im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung führte für den Verbund „LWS plus Externe“ konsequenterweise dazu, das *Case-Management im ambulanten Setting und bei den entsprechenden Verwaltungskräften* anzusiedeln. Mit der Übertragung der Verantwortung für administrative Abläufe und Fristen wird von den Case-ManagerInnen nun in institutionalisierter Weise eine Aufgabe eingefordert, die mal mehr, mal weniger auch außerhalb der Modularen Kombi-Behandlung von Verwaltungskräften erledigt wird. Mit der Durchführung von Kombi-Maßnahmen verbinden sich allerdings auch neue Arbeitsaufträge und -inhalte: der Kontakt zu den am individuellen Behandlungsprozess beteiligten Einrichtungen und MitarbeiterInnen wird im Rahmen der MoKo intensiviert. Jede Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den BehandlerInnen bedarf der Einbeziehung des Case-Managements.

Die Ergebnisse der Case-Management-Befragung bilden ab, wie die *Funktionsstelle* aktuell ausgestaltet ist und wie die *Aufgabenwahrnehmung* im Rahmen des Case-Managements durch das eingesetzte Personal erfolgt.

Die Antworten verdeutlichen eine *gute Sachkenntnis* der Befragten bezüglich bestehender Rehabilitationsangebote und der Modularen Kombinationsbehandlung im Besonderen. Einerseits werden die Intentionen einer gemeinsamen Behandlung genannt und von der Hälfte der Befragten (n=5) als Vorzüge im Vergleich zu anderen Angeboten gesehen, andererseits wird richtigerweise darauf verwiesen, dass eine Therapie individuell und durch den Berater abzustimmen ist und deshalb per se keine Empfehlung ausgesprochen werden kann.

Die Mehrzahl der Befragten (n=7) sieht im Kontext der Moko *keine problematischen Vereinbarungen oder Veränderungen*. Die Antworten derjenigen, die Schwierigkeiten sehen, sind differenziert zu betrachten: Die Mitgliedschaft in Verbänden führt insbesondere auf der Verwaltungsseite zu vielfältigen und jeweils verbundeigenen Regelungen, deren Bewältigung und Bearbeitung zwar nicht nur, aber vermutlich zu einem großen Teil den Verwaltungskräften obliegt und die Umsetzung des aktuell gültigen Verfahrens erschwert.

Die *alltägliche Zusammenarbeit in MoKo* wird mehrheitlich als gut eingeschätzt. Mit der eigenen Einbindung in die Abläufe, der Verbindlichkeit von Absprachen und den zur Verfügung gestellten schriftlichen Informationen sind die meisten ziemlich zufrieden. Schwierigkeiten sehen die Befragten aufgrund mangelnder Kommunikation: Der als unzureichend eingeschätzte Austausch ist u. a. dadurch bedingt, dass versetzte Arbeitszeiten und Teilzeitarbeitsverhältnisse oder aber die räumliche Situation hier den Informationsfluss lähmen. Die Antworten betonen hier insbesondere die persönlichen Kontakte und Möglichkeiten der Informationsweitergabe.

Dem Eindruck, dass Schwierigkeiten existieren, weil TherapeutInnen *Kompetenzverschiebungen* nicht akzeptieren, wurde im Rahmen des Qualitätsentwicklungsprozesses und insbesondere auch in einrichtungsinternen Gesprächen besonderes Augenmerk gewidmet.

Die Implementierung des Bausteins „*Case-Management*“ wird von den Befragten mehrheitlich nicht mit Veränderungen für den Verwaltungsablauf und die Verfahren in der Einrichtung verbunden: Eine Aufwertung ihres Arbeitsbereiches sehen die Case-ManagerInnen in der neuen Funktion überwiegend eher nicht bzw. überhaupt nicht. Gleichzeitig lässt sich aus den Angaben zur

Zufriedenheit mit der einrichtungsinternen Vorbereitung auf die Arbeit ableiten, dass die Befragten – jeweils mit einem Anteil von 40% – ziemlich bzw. kaum zufrieden mit der einrichtungsinternen Vorbereitung auf das Case-Management sind, zwei Case-ManagerInnen sind damit gar nicht zufrieden. Mit der Anerkennung ihrer Leistungen im Rahmen der MoKo sind die Mehrzahl der Befragten ziemlich zufrieden.

Die Ergebnisse bringen weiter zum Ausdruck, dass sich die herkömmliche *Verwaltungsarbeit* nach Einschätzung der Case-ManagerInnen verändert: Bei der Hälfte der Befragten trifft voll und ganz bzw. eher zu, dass sie Tätigkeiten wahrnehmen müssen, die über die eigentliche Verwaltungsarbeit hinausgehen. Gleichzeitig machen die Angaben zur Frage nach der *Arbeitsbelastung* deutlich, dass mehr als Dreiviertel der Case-ManagerInnen die Ausübung insgesamt als „ziemlich“ belastend ansehen; im Vergleich zu herkömmlichen Reha-Verfahren sehen die Case-ManagerInnen einen *deutlich höheren Aufwand* für den individuellen MoKo-Fall.

Befragt nach ihrer Einschätzung der Häufigkeit, in der sie als Case-ManagerInnen *Auskunft geben* mussten, geben die meisten Befragten an, dass dies eher selten der Fall ist, nur ein/e Case-ManagerIn benennt hier eine häufige Wahrnehmung der Tätigkeit als Rückmelder und Ablaufverantwortliche/r. Am häufigsten beansprucht wurden die Case-ManagerInnen laut eigener Auskunft diesbezüglich von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, die stationären BehandlungspartnerInnen fragten an nähernd so häufig Informationen beim Case-Management ab.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen zusammenfassend, dass das Konzept der Modularen Kombinationsbehandlung seitens der Befragten auf Akzeptanz stößt und der Baustein Case-Management bezogen auf die administrativen Erfordernisse und Interessen seine Funktion erfüllt. Gleichzeitig spiegeln die Ergebnisse wider, an welchen Stellen Schwierigkeiten gesehen oder – wie im Fall der Arbeitsbelastung – in den eigenen Arbeitszusammenhängen erfahren werden.

4.4 Ergebnisse der Befragungen der Lenkungsgruppe

Die Befragungen der LG-TeilnehmerInnen wurde jeweils als *online-gestützte Erhebung* durchgeführt, um einerseits den Bearbeitungsaufwand möglichst effizient zu gestalten und andererseits den TeilnehmerInnen gegenüber eine größtmögliche Wahrung der Anonymität zu gewährleisten.

Die Erhebungsbögen setzen sich aus offenen und geschlossenen Fragen zusammen. Die geschlossenen Fragen – mit dem Ziel der Gewinnung einer möglichst breiten Informationsbasis bei gleichzeitig möglichst minimalem Bearbeitungsaufwand überwiegend als mehrstufige multiple-choice-Items konzipiert – wurden quantitativ im Rahmen statistischer Häufigkeitsanalysen ausgewertet.

Für die Auswertung der offenen Fragen der Erhebung wurde ein qualitatives Verfahren gewählt: Nach der Sichtung des Materials wurden die einzelnen Aussagen zu jeder der offenen Fragen inhaltlich zusammengefasst und strukturiert. Auf diese Weise wurden die zentralen Angaben reduziert und schließlich die aus Sicht der Praxis bedeutungsvollen Aspekte zur Realisierung der Verbundarbeit und der Kombi-Therapie herausgestellt. In einigen Fällen lag der Wert der Antworten in den Aussagen selbst, die dann vollständig, im Original oder auch paraphrasiert, aufgeführt wurden.

4.4.1 Anfangsbefragung der Lenkungsgruppe

Mit dem *Ziel der Messung der Effektivität und Qualität der Lenkungsgruppenarbeit* wurde Ende April/Anfang Mai 2006 eine erste Befragung der LenkungsgruppenteilnehmerInnen durchgeführt.

Die Analyse der Befragungsergebnisse liefern eine Sammlung der Wünsche und Anregungen der TeilnehmerInnen für die gemeinsame Verbund- und Lenkungsgruppenarbeit. Im Verständnis der Prozessevaluation flossen die in der Erhebung geäußerten Kritikpunkte ebenso wie positiv hervorgehobene Aspekte umgehend in die zukünftige Arbeit ein.

Die im Fragebogen geäußerten Antworten dienten in einem zweiten Analyseschritt der Erstellung einer gemeinsamen Zielvereinbarung für den weiteren Arbeitsprozess.

Bis zum Beginn der Auswertung der Befragungsergebnisse im Juni 2006 hatten *12 von 15 möglichen LenkungsgruppenteilnehmerInnen* die Onlinebefragung durchgeführt. Die Rücklaufquote beläuft sich somit auf 80%.

Die in der Befragung angesprochenen Inhalte berühren folgende *Themenkomplexe*:

- Verbundziele
- Lenkungsgruppenarbeit
- Modulare Kombinationsbehandlung in der Praxis.

Wünsche, Erwartungen und Befürchtungen der Befragten

Um die auf den Verbund bezogenen Wünsche, Erwartungen und Befürchtungen der TeilnehmerInnen abbilden zu können, wurden ihnen zu Beginn des Fragebogens die folgenden offenen Fragen gestellt:

- a. Wenn Sie allein bestimmen könnten, welchen Zielen der Verbund sich verpflichten sollte, welche Ziele würden Sie dann für alle verbindlich festlegen?
- b. Woran könnten Sie merken, dass der Verbund sich in Ihrer Alltagsarbeit positiv auswirkt?
- c. Stellen Sie sich vor, in zwei Jahren würde der Verbund allgemein als ein geglücktes Unterfangen eingeschätzt – was könnte ihn aus Ihrer Perspektive dann dazu qualifiziert haben?
- d. Stellen Sie sich nun vor, in zwei Jahren würde man zu der Einschätzung gelangen, der Verbund sei gescheitert – woraus könnte eine solche Einschätzung resultieren?

Die offenen Antworten der TeilnehmerInnen wurden einer qualitativ-inhaltsanalytischen Analyse unterzogen und zur Quantifizierung inhaltlich verschiedenen Kategorien zugeordnet. Es ließen sich sechs Kategorien ableiten:

- Kooperation
- Flexibilität
- Finanzielle Ausstattung
- Prozessvereinfachung
- Konzepterfolg
- KlientInnenorientierung.

Um einen Eindruck davon zu vermitteln, wie diese Kategorien in den Originaläußerungen der Befragten zum Ausdruck kamen, werden im Folgenden beispielhaft einige Antworten benannt und der jeweiligen Kategorie zugeordnet.

Unter den Begriff „*Kooperation*“ ließen sich Äußerungen subsumieren wie folgende:

- offener, fairer Austausch, auch über Probleme

- einheitliche Berichterstellung, einheitliches Konzept und therapeutische Haltung, gemeinsame Fortbildungen
- intensivere Zusammenarbeit, mehr Kontakte, vernetztes Arbeiten
- Wegfall von Abstimmungsprobleme zwischen den Therapeuten
- hohes Niveau im Umgang miteinander.

Zum Thema „*Flexibilität*“ gehörten genannte Anforderungen wie z. B.:

- „ein Höchstmaß an flexiblen Behandlungsbedingungen“ oder die
- „Entwicklung und Erprobung einer effektiven und pragmatischen, flexiblen Behandlungsform für Patienten“.

Um das Thema „*finanzielle Ausstattung*“ ging es bei Bemerkungen wie:

- besserer finanzieller Rahmen für die beteiligten Einrichtungen
- bessere Belegungssicherheit
- Sicherung des Überlebens der beteiligten Suchthilfeeinrichtungen (hoher Kostendruck).

Die „*Prozessvereinfachung*“ wurde thematisiert durch Forderungen nach

- Reduktion von Komplexität in den Prozeduren
- geringen Wartezeiten und Verzögerungen bei den Übergängen
- Reduzierung des Arbeitsaufwandes für formale Abläufe
- einer effizienteren Dokumentation.

Auch der grundsätzliche „*Konzepterfolg*“ selbst wurde als eigenständiges Ziel bzw. als Erwartung benannt:

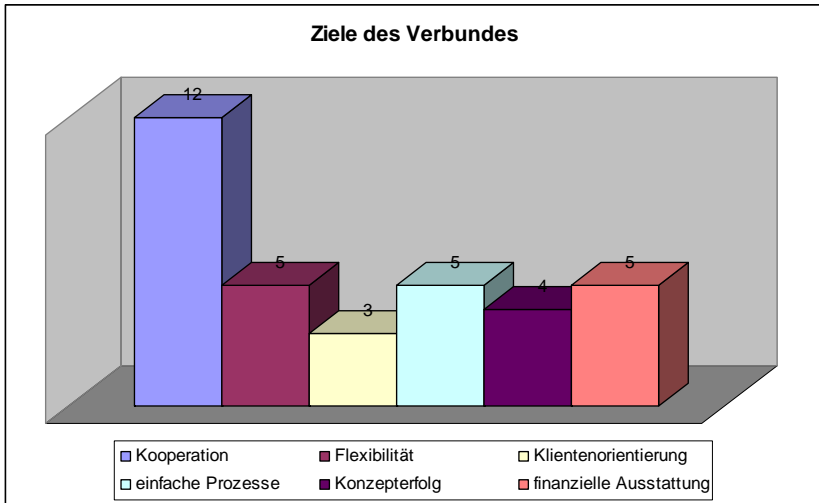
- praxisgerechte Umsetzung des MoKo-Konzeptes der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
- die MoKo zum Erfolg führen
- Identifikation mit MoKo.

Zum Thema „*KlientInnenorientierung*“ wurden zum Beispiel folgende Ansprüche formuliert:

- bestmögliche Therapie und Sorge für unsere KlientInnen
- zufriedene PatientInnen mit besserer Erfolgsquote
- eine gut abgestimmte Therapieform, die möglichst vielen, auch den schon sehr abgebauten PatientInnen die Möglichkeit gibt, sich sozial und beruflich zu stabilisieren.

Ziele des Verbundes

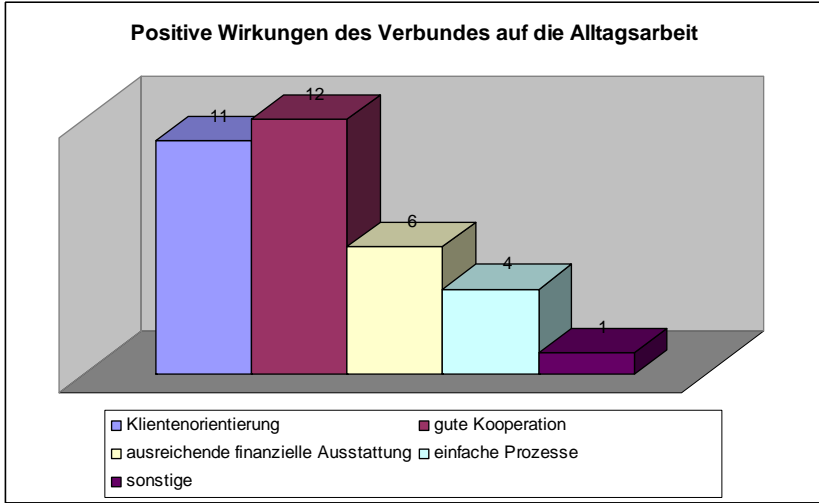
Befragt danach, welche *Ziele* die Befragten für alle verbindlich festlegen würden, wenn Sie allein bestimmen könnten, welchen Zielen der Verbund sich verpflichten sollte, benannten die TeilnehmerInnen ganz unterschiedliche Ziele, die sich insgesamt inhaltlich auf alle sechs Kategorien nahezu gleichmäßig verteilten. Eine Ausnahme bildet die Kategorie „Kooperation“, die hier überdurchschnittlich häufig besetzt ist.



n=12

Abb. 164 Ziele des Verbundes

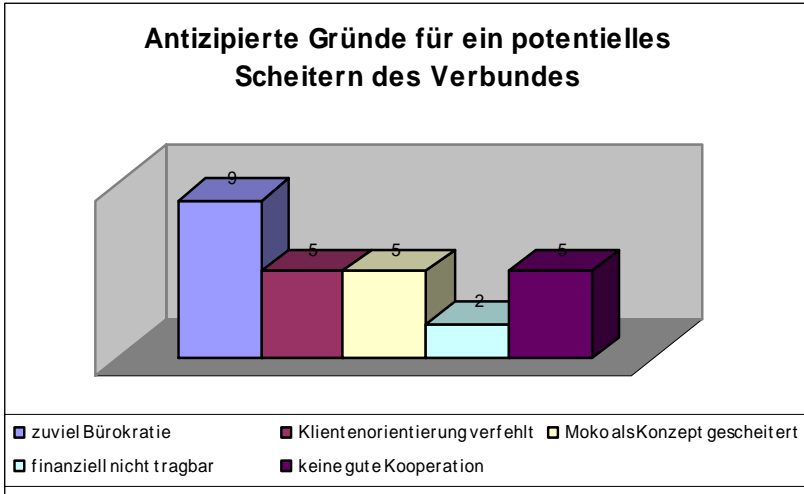
Auch die benannten *positiven Auswirkungen des Verbundes* auf die Alltagsarbeit betreffen unterschiedliche Bereiche: Hier werden am häufigsten die Kategorien „Kooperation“ und „KlientInnenorientierung“ ins Feld geführt, aber auch strukturelle Aspekte wie die Forderung nach Prozessvereinfachung und ausreichender finanzieller Ausstattung werden hier angesprochen.



n=12

Abb. 165 Positive Wirkungen des Verbundes auf die Alltagsarbeit

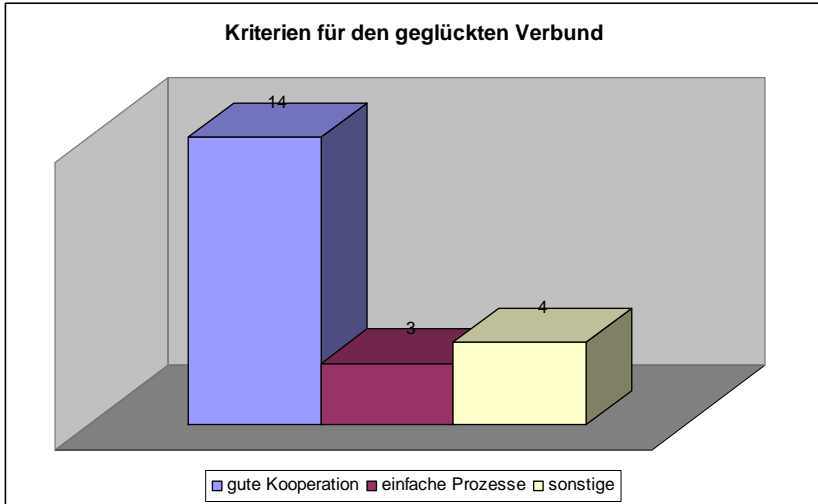
Bittet man die TeilnehmerInnen darum, ein *potentielles Scheitern des Verbundes* zu antizipieren und Gründe für ein solches zu benennen, so ergibt sich folgendes Bild: Am häufigsten wird hier ein Zuviel an Bürokratie (negative Ausprägung der Forderung nach „Prozessvereinfachung“) für ein potentielles Scheitern verantwortlich gemacht, aber auch Gründe wie eine fehlende „KlientInnenorientierung“, ein Misslingen der „Kooperation“ oder ein rein konzeptueller Fehlschlag (negative Ausprägung der Kategorie „Konzepterfolg“) werden als ursächliche Faktoren herausgestrichen.



n=12

Abb. 166 Gründe für ein potentielles Scheitern des Verbundes

Ein gänzlich anderes Bild ergibt sich, wenn die Befragten aufgefordert werden, das *Gelingen des Verbundes* zu antizipieren und Gründe dafür anzugeben. Hier werden nur noch wenige Kategorien angesprochen, die mit Abstand häufigste Besetzung erfährt hierbei neben dem schwächer besetzten Aspekt „Prozessvereinfachung“ die Kategorie „Kooperation“.



n=12

Abb. 167 Kriterien für einen geglückten Verbund

Lenkungsgruppenarbeit

Befragt danach, welche Frequenz sich die TeilnehmerInnen für die Lenkungsgruppe wünschen, bestätigen Dreiviertel der TeilnehmerInnen die gängige Praxis, indem sie sich für einen achtwöchigen Turnus aussprechen. Lediglich drei TeilnehmerInnen wünschen sich weniger Sitzungen pro Jahr (die Angaben reichen von zwei bis fünf Sitzungen pro Jahr).

Auch die Zusammensetzung des Teilnehmerkreises wird durchweg bestätigt: Alle TeilnehmerInnen halten die gewählte Zusammensetzung für sinnvoll.

Die TeilnehmerInnen wurden gebeten anzugeben, ob es *Inhalte* gibt, die bislang nicht auf der Tagesordnung der LG-Sitzungen standen, die sie aber dennoch gern dort sehen würden. Mit der Auswahl der bislang thematisierten Inhalte sind offenkundig alle TeilnehmerInnen einverstanden. Nur ein/e Teilnehmer/in spricht sich für eine Erweiterung aus und benennt Indikationsthe-

men und eventuell exemplarische Fallbesprechungen als optionale zusätzliche Themen.

Die Ergebnisse der Lenkungsgruppensitzungen werden protokollarisch festgehalten. Zu diesem Bereich sollte im Rahmen der Befragung per multiple-choice erfasst werden,

- ob und wie die Ergebnisse weitergeleitet werden,
- von wem die Protokolle gelesen werden und
- in welcher Weise die Protokolle genutzt werden.

Bei der Auswertung dieses Fragenkomplexes ergab sich folgendes Bild:

Die Weiterleitung der Lenkungsgruppenergebnisse erfolgt überwiegend in Teambesprechungen (58,3%) sowie durch das Intranet, den QZ oder die gezielte Weitergabe an bestimmte Personengruppen bzw. auf Anfrage. Über den Kreis der LG-TeilnehmerInnen hinaus werden die Protokolle durch Auslegung in den Einrichtungen bzw. durch Weitergabe an einzelne MitarbeiterInnen gestreut.

Die Nutzung der Protokolle erfolgt auf vielfältige Weise: Benannt werden die Nutzung zwecks Information der MitarbeiterInnen in der Einrichtung (n=6), als Diskussionsgrundlage innerhalb des Teams (n=3), zur eigenen Reflexion der vorangegangenen Sitzung (n=9) bzw. zur Vorbereitung des nächsten Treffens (n=8) sowie als Nachschlagewerk für getroffene Vereinbarungen (n=8).

Um die wahrgenommene *Qualität der Arbeit in der Lenkungsgruppe* im Allgemeinen und der Moderation der Treffen im Besonderen evaluieren zu können, wurden die TeilnehmerInnen zu ihrer Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Lenkungsgruppenarbeit befragt. Hierzu gehörte die Zufriedenheit mit:

- dem Arbeitsklima
- der Strukturierung der Sitzungen
- dem Umgang mit Konfliktsituationen
- der Verbindlichkeit der Absprachen
- der Praxisrelevanz der Inhalte
- der Sitzungsdauer sowie
- der Protokollerstellung.

Die Befragten konnten auf einer vierstufigen Skala („gar nicht“ – „kaum“ – „ziemlich“ – „sehr“) ihre Zufriedenheit angeben.

Die Befragungsergebnisse deuten auf eine *überwiegend hohe Zufriedenheit* über alle Bereiche hinweg hin. Mehr als die Hälfte der zwölf Befragten (n=7) ist mit allen angesprochenen Bereichen ziemlich bzw. sehr zufrieden. Drei Befragte äußern bei einem der sieben Bereiche, dass sie mit diesem Bereich „kaum zufrieden“ seien, lediglich zwei Befragte geben an, mit insgesamt zwei Bereichen nur „kaum zufrieden“ zu sein. Die Unzufriedenheit, die in den erwähnten Einzelfällen genannt wurde, bezieht sich auf die Strukturierung der Sitzung, den Umgang mit Konfliktsituationen, die Zufriedenheit mit der Praxisrelevanz, die Sitzungsdauer sowie die Protokollerstellung.

Modulare Kombinationsbehandlung in der Praxis

Befragt danach, ob im Rahmen von *MoKo Vereinbarungen bzw. Veränderungen* entstanden sind, die sich als *problematisch* erweisen, verneinten dies zehn der zwölf TeilnehmerInnen, lediglich zwei problematisierten in diesem Zusammenhang den durch die Überwindung der Schnittstellen verursachten erhöhten Arbeitsaufwand bzw. die Vergütung der Übergabegespräche.

In der Planung und Umsetzung des MoKo-Konzepts wurden nach Ansicht der BefragungsteilnehmerInnen einige Aspekte bislang zu wenig berücksichtigt. Die genannten Defizite bezogen sich auf:

- die Anzahl der verfügbaren Behandlungsplätze in der Klinik
- die Möglichkeit der zeitnahen Aufnahme nach Bewilligung
- den stark erhöhten Arbeitsaufwand auch für die wissenschaftliche Begleitforschung
- die mangelnde Berücksichtigung niedersachsen-weiter Standards und Vereinheitlichung der Systeme in Niedersachsen.
- die mangelnde Berücksichtigung des Aufwands für die MoKo im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen.

Als primäre *Gründe für Probleme oder Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit* in MoKo werden überwiegend strukturelle Gründe (n=6) angegeben, daneben werden auch personelle (n=3) und (gesundheits-)politische (n=2) Gründe benannt. Darüber hinaus wird an dieser Stelle die hohe Komplexität in der Verfahrensweise und die durch den erheblichen bürokratischen Aufwand bedingte Arbeitsverdichtung bemängelt.

Die Befragten wurden im Rahmen einer offenen Frage gebeten, die *Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover* einzuschätzen und anzugeben, was aus ihrer Sicht gut bzw. weniger gut läuft bzw. wo sie ggf. Änderungswünsche haben. Aus Sicht der TeilnehmerInnen läuft die Zusammenarbeit „prinzipiell gut“ bzw. „sehr gut“, die Zusammenarbeit wird als „sehr positiv“, „konstruktiv“ und „kollegial“ eingestuft. Positiv hervorgehoben werden insbesondere die enge Abstimmung, die auch bei kritischen Punkten als stets offen gewürdigt wird, und die zeitnahe Klärung offener Fragen. Unterstrichen wird die Notwendigkeit der Regelmäßigkeit der Teilnahme seitens der Deutschen Rentenversicherung und die Etablierung und Überprüfung einheitlicher Standards auch in Braunschweig. Als verbesserungswürdig werden die Absprachen zwischen den Beteiligten der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover benannt, sowie der Wunsch nach Verbindlichkeit der Zusagen geäußert. Die erhöhte Arbeitsbelastung (z. B. durch Dokumentationsansprüche) soll von der Rentenversicherung als solche wahrgenommen werden, zugleich wird die Formulierung immer neuer Ansprüche als Manko beklagt.

In diesem Kontext ist die Frage von Interesse, wie hoch grundsätzlich die *Arbeitsbelastung im Rahmen von MoKo* von den BefragungsteilnehmerInnen eingeschätzt wird. Die dreistufige Abfrage dieser Belastung erfolgte über die Ausprägung „hoch“ – „mittel“ – „niedrig“. Nahezu alle Befragten (n=10) stufen die Arbeitsbelastung als „hoch“ ein, lediglich jeweils ein/e Teilnehmer/in hält sie für „mittel“ bzw. „niedrig“.

Zum Abschluss des Fragebogens wurden die TeilnehmerInnen gebeten anzugeben, ob sie Fragen oder Anmerkungen haben, die *primär an die Uni Oldenburg* und deren wissenschaftliche Begleitung des Projekts gerichtet sind. Acht Befragte verneinten dies, vier gaben Änderungswünsche an, die sich in drei Fällen auf die Komprimierung der durch die Uni bereitgestellten Informationsmaterialien bezogen. Zusätzlich wurde die Uni um Unterstützung bei der Entwicklung des QM-Handbuchs für MoKo-relevante Aspekte gebeten sowie angeregt, „in den Treffen der Lenkungsgruppe mehr Zeit auf erarbeitete Checklisten oder andere Entwürfe zu verwenden, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass immer alle Teilnehmer jede Neuerung auch schon verinnerlicht haben“.

4.4.2 Abschlussbefragung der Lenkungsgruppe

Im September 2007 wurde eine zweite Lenkungsgruppenbefragung durchgeführt. Die Befragung diente dazu, die *Erfahrungen im Rahmen der gemeinsa-*

men Verbund- und Lenkungsgruppenarbeit der vergangenen zwei Jahre sowie der Umsetzung der Modularen Kombinationsbehandlung zu sammeln und Perspektiven für die künftige Zusammenarbeit zu erfassen.

Gleichzeitig griff der Fragebogen Aspekte wieder auf, die in der ersten Befragung, zu Beginn der Begleitforschung, thematisiert wurden und ermöglicht somit einen Vergleich mit den damals ermittelten Angaben und Zielvorstellungen für die Kooperation. Insgesamt wurde mit der zweiten Lenkungsgruppenbefragung erfasst, welchen Weg die gemeinsame Verbundarbeit der Leistungsanbieter im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner sowie den VertreterInnen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover bisher genommen hat und wie die Qualität der Lenkungsgruppenarbeit und der Kooperation in MoKo aktuell eingeschätzt wird.

Bis zum Beginn der Auswertung der Befragungsergebnisse am 20. September 2007 haben 12 von 18 LenkungsgruppenteilnehmerInnen die Onlinebefragung durchgeführt.³⁶ Die Rücklaufquote beläuft sich somit auf 67%. Deutlich herausgestellt werden muss, dass mit der Befragung sowohl MitarbeiterInnen der Suchthilfeeinrichtungen, VertreterInnen der Geschäftsführung des Suchthilfeträgers als auch der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover angesprochen wurden und insofern die Beantwortung der Fragen auch vor dem eigenen Erfahrungshintergrund und der Position im gemeinsamen Arbeitsfeld „Modulare Kombinationsbehandlung“ erfolgte.

Die in der Befragung angesprochenen Inhalte berühren folgende *Themenkomplexe*:

- Verbundziele
- Lenkungsgruppenarbeit
- Modulare Kombinationsbehandlung in der Praxis
- Perspektiven

Die Ergebnisdarstellung erfolgt unter Zuordnung auf diese Themenkomplexe.

36 Aus forschungsmethodologischen Gründen wurden alle VertreterInnen der Suchthilfeeinrichtungen und des Leistungsträgers Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover zur Beteiligung aufgefordert, die im Verlauf des Projektes mindestens einmal an den Sitzungen der Lenkungsgruppe teilgenommen haben. Die alleinige Beteiligung der „ständigen VertreterInnen“ an der Lenkungsgruppenbefragung, hätte die Stichprobe unzweckmäßig verkleinert, da personelle Veränderungen oder Vertretungssituationen in diesem Gremium für Fluktuation oder Varianzen sorgten.

Verbundziele

In der Anfangsbefragung zur gemeinsamen Lenkungsgruppenarbeit wurden die TeilnehmerInnen gefragt, welche *Erwartungen und Ziele* sie mit dem Verbund verbinden würden (vgl. Kapitel 4.4.1). In der Abschlussbefragung wurden die in diesem Zusammenhang genannten Vorstellungen erneut aufgegriffen und es wurde gefragt, wie zufrieden die LenkungsgruppenteilnehmerInnen heute mit den damals genannten Aspekten sind.

Fasst man die jeweils vier-stufige Antwortskala zusammen, so sind die Befragten mit den Bereichen Kooperation, Flexibilität der Behandlung, Konzepterfolg und KlientInnenorientierung tendenziell zufrieden – keiner der Befragten antwortet mit „gar nicht zufrieden“ oder „kaum zufrieden“.

Bei der Frage nach der Prozessvereinfachung zeigt sich ein differenzierteres Bild: Die meisten LenkungsgruppenteilnehmerInnen sind damit „ziemlich zufrieden“, vier Befragte sind damit „kaum zufrieden“.



n=12

Abb. 168 Zufriedenheit mit der Prozessvereinfachung

Die LenkungsgruppenteilnehmerInnen wurden allgemein gefragt, ob sich der *Therapieverbund* in der *alltäglichen Arbeit* positiv ausgewirkt hat. Dies bestätigen zehn von 12 Befragten.



n=12

Abb. 169 Positive Auswirkungen des Verbundes im Alltag

Die offenen Antworten zur Frage, inwiefern sich der Verbund positiv ausgewirkt hat, lassen sich inhaltlich in folgenden Kategorien zusammenfassen:

- besserer Austausch/bessere Kooperation
- Verbesserung der Behandlungsqualität
- (Tages-)Klinikauslastung.

Sieben von 12 Befragten geben weiter an, dass *Probleme oder Schwierigkeiten im Alltag der Verbundarbeit* bestehen. Diese lassen sich inhaltlich reduzieren auf die Dimensionen „erhöhter Arbeits- und Zeitaufwand“ und "Komplexität“:

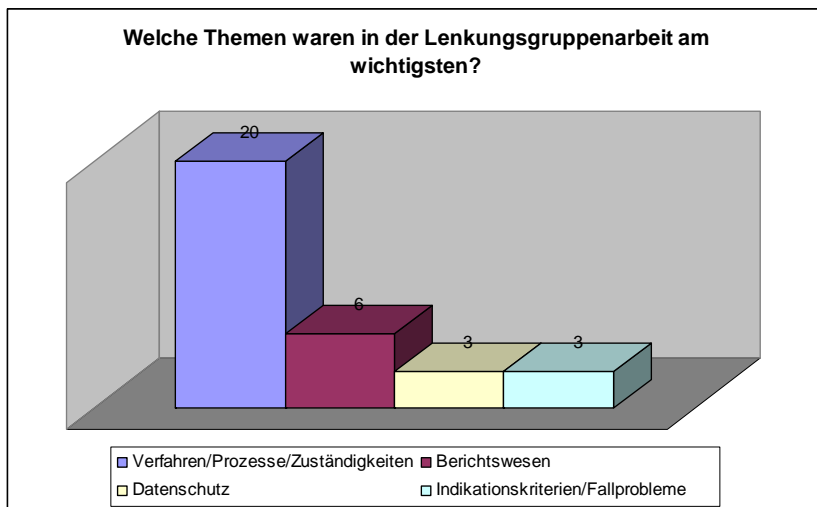
- das komplexe Verfahren hat noch nicht überall zu einer Routine geführt

- Der (Zeit-) Druck in den Einzeleinrichtungen kann einen "Rückfall" in die isolierte Arbeit bewirken
- erhöhter Arbeitsaufwand
- Flexibilität
- hohe Komplexität (Termine)
- Logistik ist sehr komplex und schwer zu handeln
- Mehraufwand in den Details (Fahrkostenabrechnung, Integration der MoKo-PatientInnen).

Lenkungsgruppenarbeit

Unter dem Themenfeld Lenkungsgruppenarbeit wurden Aspekte abgefragt, die die Zusammenarbeit von Leistungsanbietern, Leistungsträger und der wissenschaftlichen Begleitforschung anbelangen.

Die Antworten darauf, welche Fragen in der gemeinsamen Lenkungsgruppenarbeit am wichtigsten waren, lassen sich inhaltlich in die Kategorien „Verfahren, Zuständigkeiten, Prozesse“, „Datenschutz“, „Berichtswesen“ und „Indikationskriterien, Fallbesprechungen“ fassen. Es ergibt sich folgende Verteilung:



n= 12

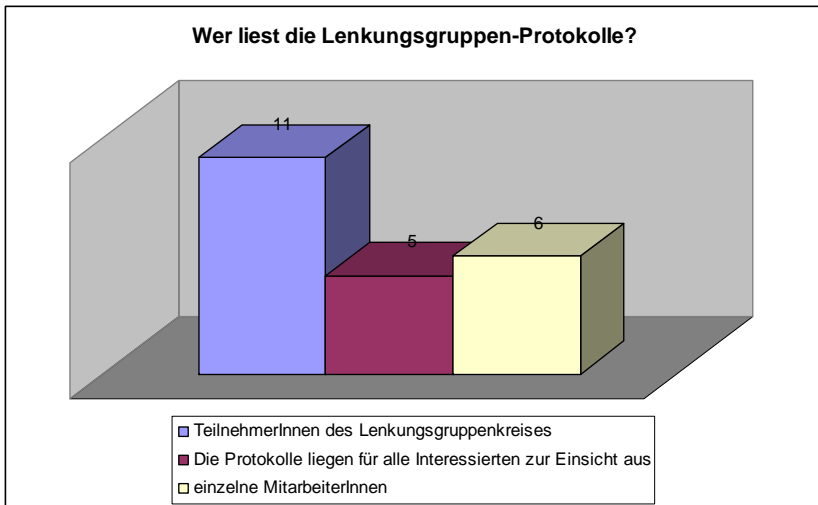
Abb. 170 Themen in der Lenkungsgruppe

Gefragt nach der Zufriedenheit bezogen auf die gemeinsame Lenkungsgruppenarbeit herrscht tendenziell Zufriedenheit. Keiner der Befragten äußert sich in einer der Fragen als „gar nicht“ zufrieden.

Mehrheitlich „sehr zufrieden“ sind die Befragten mit dem *Arbeitsklima in der Sitzung, der Verbindlichkeit der Absprachen, mit der Erstellung der Protokolle und mit der Betreuung durch die Uni-Arbeitsgruppe*. Mehrheitlich „sehr zufrieden“ sind die Befragten auch mit der Strukturierung der Sitzungen, ein Befragter ist hier „kaum zufrieden“

Die meisten Befragten sind „ziemlich zufrieden“ mit dem *Umgang mit Konfliktsituationen* und mit der *Praxisrelevanz* der konkreten Arbeit der Lenkungsgruppe. Auch die *Sitzungsdauer* stellt die meisten Befragten „zufrieden“, ein Befragter ist damit „kaum zufrieden“.

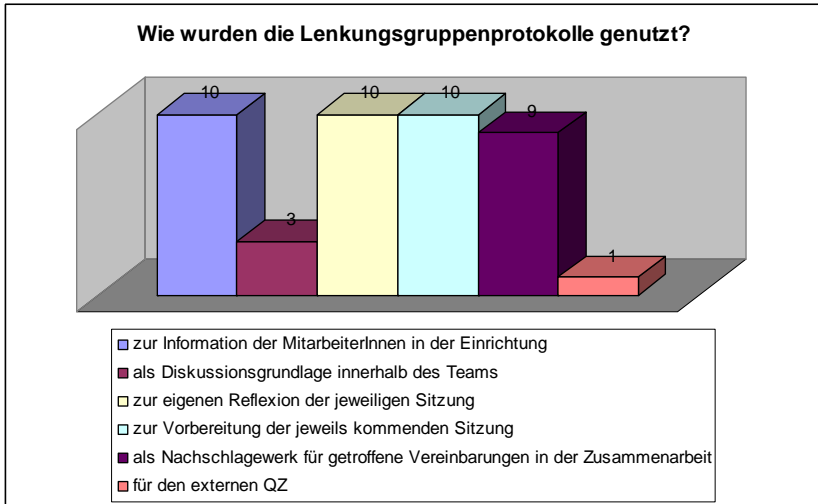
Zur Multiplikation der in der Lenkungsgruppe diskutierten Aspekte und herbeigeführten Verfahrensabstimmungen dienen die seitens der Projektgruppe erstellten Sitzungsprotokolle. Vor diesem Hintergrund wurde gefragt, wer die Protokolle der Lenkungsgruppe liest. Die Abbildung verdeutlicht die gegebenen Antworten:



n=12

Abb. 171 Kenntnis Lenkungsgruppen-Protokolle

Die Antworten auf die Frage danach, wie die Protokolle genutzt werden, zeigen, dass die Dokumente am häufigsten (zehn Befragte), dazu genutzt werden, die MitarbeiterInnen in der Einrichtung zu informieren, die jeweiligen Sitzungen zu reflektieren bzw. kommende Termine vorzubereiten. Neun Befragten dient das Protokoll als Nachschlagewerk für die getroffenen Vereinbarungen, drei Befragte geben an, auf Basis des Papiers im Team über die Entwicklungen zu diskutieren. Ein Befragter gibt an, dass die Protokolle auch Verwendung im externen QZ Verwendung finden.



n=12

Abb. 172 Nutzung der Lenkungsgruppenprotokolle

Gefragt danach, ob es Themen oder Inhalte gibt, die bisher noch nicht zur Sprache gekommen sind, geben neun Befragte an, dass dies nicht der Fall sei, drei Befragte bejahen dies und ergänzen wie folgt (n=12):

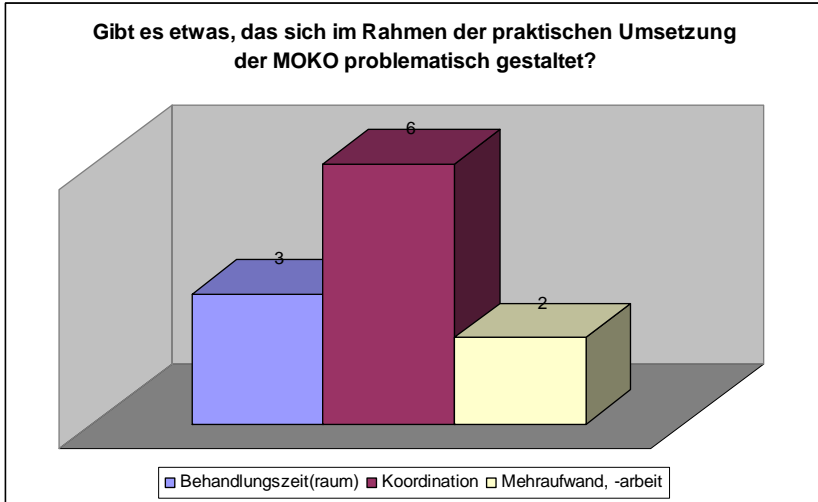
- MoKo hat sich schon gut etabliert, aber stellt doch eine sehr komplexe Veränderung der bisherigen Praxis dar. Wie kann sichergestellt werden, dass nicht doch wieder zur "alten Praxis" zurückgekehrt wird.
- Was ist nach dem Forschungsprojekt mit MoKo?
- Wir sollten mehr über tatsächliche Kosten sprechen!

Modulare Kombinationsbehandlung in der Praxis

Unter dem Frageblock Modulare Kombinationsbehandlung in der Praxis wurden Einschätzungen zur *praktischen Realisierung der MoKo* erhoben.

Die Frage, ob sich in der praktischen Umsetzung der MoKo etwas problematisch gestaltet, beantworten zehn von 12 Personen mit „ja“.

Inhaltlich zusammengefasst lassen sich die im weiteren Verlauf genannten Aspekte unter die Kategorien „Behandlungszeit(raum)“, „Koordination“ und „Mehraufwand, -arbeit“ subsumieren. Es ergibt sich folgende Verteilung:



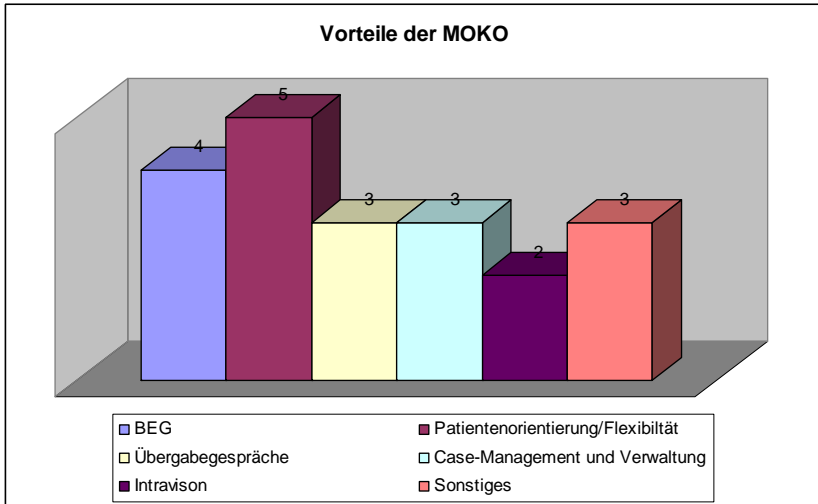
n=9

Abb. 173 Problematisch in der praktischen Umsetzung der MoKo?

In der Kategorie Behandlungszeit(-raum) wurde explizit geäußert, dass der 52-Wochen-Zeithorizont der MoKo zu kurz sei und insbesondere bei SchichtarbeiterInnen eine Beschneidung der Möglichkeiten bedeutet.

Unter dem Stichwort „Koordination“ finden sich Aussagen dazu, dass die Terminkoordination der BEG und Übergabegespräche sowie der Informationstransfer zu den MitarbeiterInnen schwierig sei. Die Kategorie „Mehraufwand, -arbeit“ umfasst Aussagen darüber, dass die Erhöhung des PatientInnendurchlaufes zu einer Steigerung des Aufwandes insgesamt führt und auch die Dokumentation im Berichtswesen Mehrarbeit bedeutet.

Im Vergleich zu herkömmlichen Entwöhnungsmaßnahmen sehen alle Befragten (n=12) Vorteile in der MoKo. Die meisten sehen als Vorteil die PatientInnenorientierung und Flexibilität der Behandlung, es erfolgt eine „genauere Beschäftigung mit der PatientInnenproblematik“ und „eine vertiefte Einsicht der Gesamtproblematik“. Als Vorteil werden die Belastungserprobungsgruppen gesehen. An zweiter Stelle werden die Belastungserprobungsgruppen genannt, Übergabegespräche, Case-Management folgen in dieser Auszählung.



n=12

Abb. 174 Vorteile der MoKo

Sieben von 12 Befragten sehen im Vergleich zur herkömmlichen Rehabilitation auch Nachteile in der MoKo. Die in diesem Kontext gegebenen Antworten lassen sich allesamt unter dem Thema „Arbeitsverdichtung und gesteigerter Aufwand“ zusammenfassen.

Konkret gefragt nach der *Arbeitsbelastung in MoKo*, sieht keiner der Befragten eine „geringe Belastung“, vielmehr wird diese von acht Befragten als „hoch“ eingeschätzt.



n=12

Abb. 175 Arbeitsbelastung im Rahmen der MoKo

Die Zusammenarbeit in der Lenkungsgruppe zeichnet sich durch eine kontinuierliche Beteiligung von *VertreterInnen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover* aus. Mit der *Zusammenarbeit* in diesem Gremium sind alle Antwortenden „zufrieden“, neun von elf Antwortenden sind sogar „hoch zufrieden“ (n=11).

Gefragt danach, was in der Zusammenarbeit gut läuft, lässt sich exemplarisch hervorheben, dass es positiv bewertet wird, „dass die Deutsche Rentenversicherung dieses innovative MoKo-Konzept aufgelegt und auch relativ gut mit Ressourcen ausgestattet hat“, dass „man stets das Gefühl (hat), dass es ein "Miteinander" gibt“.

Aus Sicht der Befragten gibt es auch einige Kritikpunkte der Zusammenarbeit, man wünscht sich bspw.:

- eine Art Leitfaden, da „die Informationsflut, kaum zu rezipieren ist“,
- Änderungen im Bereich Verwaltung und Sachbearbeitung intern, hier gibt es „hin und wieder noch Schwierigkeiten“,
- eine „Verbindung der Entwicklungen in den verschiedenen Klinikverbänden“,

und die

- „Vereinfachung des Berichtswesens“ sowie „Überprüfung der Effektivität von Qualitätszirkeln“.

Perspektiven

Im Themenblock „Perspektiven“ wurden Aspekte erfragt, die die Zukunft der MoKo und ihre Realisierung anbelangen.

Aus Sicht der Befragten sind folgende Themen im Rahmen der Kooperation und Verbundarbeit bisher noch nicht zur Sprache gekommen:

- Akzeptanz der MoKo in den Teams der Fachstellen
- den PatientInnen sollte die Teilnahme an den BEGs erleichtert werden, d. h. die BEGs sollten Priorität vor allen anderen Terminen haben
- Umgang mit Therapieabbrüchen
- Wie kann die Dokumentation/das Berichtswesen gestaltet werden, dass nicht so umfangreiche Berichte dabei heraus kommen, die eher "abschreckend" wirken?

Die Frage, ob es noch *Bedarf an Begleitung und/oder an der Untersuchung bestimmter Fragestellungen*, Themen, Probleme mit und in MoKo gibt, beantworten sechs Personen mit „nein“ bzw. „derzeit nicht“. Sechs weitere Befragte machen in diesem Kontext Angaben (n=12). In diesem Kontext wird thematisiert, dass sich zeigen wird „ob die Verbundarbeit schon so gefestigt ist, dass sie ohne Begleitung auskommt“, dass „wahrscheinlich mittelfristiger Bedarf an Reflexion nach einem Jahr ‚normaler Arbeit‘“ besteht und „Verbundarbeit mit anderen Kostenträgern“ etabliert werden möge. Gefragt wird, ob „MoKo-PatientInnen nach einem Rückfall schneller zurück ins Hilfesystem als anders behandelte PatientInnen“ finden und „wie der Wechsel des Case-Managers bei Einrichtungswechsel“ organisiert ist. Man wünscht sich „eine Katamnese“ zum Nachweis der Effizienz der MoKo sowie „eine Weiterbegleitung über die Forschungsphase hinaus, natürlich in reduzierter Form“.

4.4.3 Zusammenfassung

Die Auswertung der Befragungsergebnisse zeigt, dass *Kooperation und Verbundarbeit*, wie sie im Zusammenhang der Lenkungsgruppe und im Therapieverbund „Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und Kooperationspartner“ stattfinden, allgemein als *sinnvoll und konstruktiv* angesehen werden. Das gilt für

die Ebene der PraktikerInnen, die an vielen Stellen auf die PatientInnenorientierung und Flexibilität der Behandlung verweisen, aber auch für die Zusammenarbeit mit den VertreterInnen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, wie auch mit der wissenschaftlichen Begleitforschung.

Nicht zu übersehen sind allerdings die *Problemstellen*, die – so lässt sich für den Zusammenhang der MoKo insgesamt festhalten – insbesondere in einem *erhöhten finanziellen und logistischen Aufwand* und dem „Phänomen Komplexität“ (vgl. auch Kapitel 7.1) zum Ausdruck kommen. Vor diesem Hintergrund sind die seitens der Befragten aufgeworfenen Fragen zur Zukunft der MoKo nicht unerheblich und verweisen auf Arbeitsfelder für die weitere Zusammenarbeit: Wie können die guten Entwicklungen nachhaltig in der Praxis erhalten bleiben und wie geht es mit der MoKo nach der Modell- und Forschungsphase weiter?

Bezogen auf die in der Anfangsbefragung ermittelten sechs *Zielvorstellungen* werden fünf Ziele, nämlich *Kooperation, Flexibilität der Behandlung, Konzepterfolg, KlientInnenorientierung und Prozessvereinfachung* erreicht bzw. können aus Sicht der Befragten als erfolgreich umgesetzt interpretiert werden: Ihre Erfahrungen und Entwicklungen mit der MoKo sind hier tendenziell zufrieden stellend. Für die Kategorie „Prozessvereinfachung“ ist allerdings auch herauszustellen, dass ein Drittel der Befragten nur „kaum zufrieden“ und keiner der Befragten „sehr zufrieden“ damit ist. Nichtsdestotrotz lässt sich zusammenfassend deuten, dass in Feldern, in denen die Befragten selbst aktiv gestaltend tätig waren und sind, ein hohes Maß an Zufriedenheit, existiert. Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass in dem Bereich, in dem die Befragten persönlich am wenigsten Einfluss haben – dem Bereich „finanzielle Ausstattung“ – das Ausmaß einer Unzufriedenheit am deutlichsten zum Tragen kommt: Die Anzahl der „tendenziell Zufriedenen“ und die Anzahl der „tendenziell Unzufriedenen“ sind hier gleich groß.

Die Ergebnisse verdeutlichen das *Potential der Zusammenarbeit im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe und ihrer externen Kooperationspartner*. Die in der Projektlaufzeit und in elf Sitzungen der Lenkungsgruppe etablierte Kooperation und das auf gegenseitiger Anerkennung basierende Klima der Zusammenarbeit stellen die wesentliche Ressource für die Zukunft der MoKo dar. Den Leistungsanbietern und dem Leistungsträger kann vor diesem Hintergrund nur empfohlen werden, diese Bemühungen und Verbindlichkeit mit und für die KlientInnen aufrechtzuerhalten.

5 Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der Moko-Studie

Das Konzept der Modularen Kombinationsbehandlung wie auch die Erfahrungen über die Einführung und Realisierung der Modularen Kombinationsbehandlung wurden *bundesweit in Veröffentlichungen bzw. Presseartikeln* bekannt gemacht sowie bei verschiedenen *Veranstaltungen und Kongressen* zur Diskussion gestellt. Die Breite und Vielfalt der an die AG Devianz gerichteten Anfragen bzw. realisierten Beiträge spiegelt die aktuellen Interessen der (Fach-)Öffentlichkeit wider: Es wurden Schulungen für VertreterInnen einzelner Leistungsanbieter, Vorträge bei Tagungen von Fachverbänden, Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und Pressegespräche mit (über-)regionalen Presseorganen realisiert.

Für die wissenschaftliche Begleitforschung verband sich mit derartigen Aktivitäten stets die Möglichkeit die konzeptionellen Ideen und eigenen Forschungsarbeiten konstruktiv zu reflektieren. Durch die *Diskussion* mit fachfernen wie auch einschlägigen Praktikern der medizinischen Rehabilitation konnten wichtige *Impulse für die Verbundarbeit und Qualitätsentwicklung* der Modularen Kombinationsbehandlung gewonnen werden. Hervorzuheben ist, dass die Tätigkeiten häufig in einer Kooperation der Projektgruppe der AG Devianz mit den Beteiligten der Modellphase – Leistungsanbieter und Leistungsträger – erfolgte. Die im Folgenden aufgeführten *Veranstaltungen und Beiträge* verdeutlichen das Engagement, mit dem im Sinne der Förderung einer innovativen Idee und des Diskussionsbedarfs das Thema Kombinationsbehandlung behandelt wurde:

- Beteiligung von Herrn Tielking an der Sitzung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen vom 07. November 2005 (NLS-Ad-Hoc-AG „Organisation von Verbänden“).
- Am 4. Mai 2006 referierten Frau Ratzke und Herr Tielking auf dem *19. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e.V.* in Heidelberg zum Thema „Verbundarbeit und Kombi-Therapie – Was weiß die Wissenschaft?“.
- Am 15. Mai 2006 hielten Frau Ratzke und Frau Röseler gemeinsam mit Herrn Dr. Seifert und Frau Wiczorek (Beide Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH) auf der Tagung der *„Evangelischen Landesarbeitsgemeinschaft*

- für Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen“ einen Vortrag zum Thema „Modulare Kombinationsbehandlung in der Praxis“.
- Am 15. Mai 2006 hielt Herr Tielking auf der Tagung der „*Evangelischen Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen*“ einen Vortrag zum Thema „Standards von Kooperation“.
 - Am 31. Mai 2006 gaben Frau Ratzke und Frau Röseler gemeinsam mit Frau Wieczorek im Rahmen einer *Informationsveranstaltung des Trägerverbundes Reha Sucht Hannover* eine Einführung in die „Modulare Kombinationsbehandlung in der Praxis“.
 - Im Oktober 2006 erschien in der *Zeitschrift „Konturen“* unter dem Titel „Modulare Kombinationsbehandlung. Wissenschaftliche Begleitforschung eines neuen Rehabilitationskonzeptes“ ein Beitrag von Frau Ratzke, Frau Röseler und Herrn Tielking (vgl. Ratzke/Röseler/Tielking 2006).
 - Auf dem *QM-Fachtag der Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS)* in Hannover führten Frau Korte und Frau Ratzke am 28. November 2006 einen Workshop zum Thema „Standards der Kooperation und Verbundarbeit in der Modularen Kombinationsbehandlung“ durch.
 - Auf der Jahreshauptversammlung des *Vereins zur Förderung der Rehabilitation in Niedersachsen und Bremen (VfRNB)* in Hannover informierte Frau Ratzke am 12. Dezember 2006 über die wissenschaftliche Begleitforschung zur Modularen Kombinationsbehandlung.
 - Am 9. Februar 2007 referierten Frau Korte und Frau Ratzke im Rahmen einer *Podiumsdiskussion des Trägerverbundes Reha Sucht* in Hannover zum Thema „Die Bedeutung von Therapieverbundsystemen im Raum Oldenburg/Bremen – Veränderungen für die Betroffenen“.
 - 23. April 2007: Herr Tielking stellte das Projekt "Wissenschaftliche Begleitung der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner" auf der RKS-Tagung in der Fachklinik Erlengrund, Salzgitter-Ringelheim vor.
 - 11. Mai 2006: Vortrag von Herrn Tielking auf dem *14. Lüneburger DROGEN Symposium des Paritätischen Niedersachsens* zum Thema „Eva-

luation von Suchtentwöhnung im Verbundsystem unter besonderer Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Aspekte“

- Die AG Devianz nahm vertreten durch Frau Korte und Frau Ratzke mit dem Beitrag zum Thema "Kombinationsbehandlung – eine bundesweite Bestandsaufnahme" an dem *BundesDrogenKongress 2007* in Mainz teil.
- Im *September 2007* wurde von Frau Korte und Frau Ratzke der Artikel „Die Module-Mischung macht's“ in der Zeitschrift „*Neue Caritas*“ (vgl. Korte/Ratzke 2007b) veröffentlicht.
- *26. bis 28. September 2007*: Frau Korte und Frau Ratzke waren mit einem Beitrag zum Thema „Verbundarbeit – wer mit wem und wie für eine wirksame Suchtbehandlung?“ auf den *Tübinger Suchttherapietagen 2007* vertreten.
- Am *18. Oktober 2007* leiteten Frau Korte und Frau Ratzke im Rahmen des NLS QM-Fachtag „Markt der Möglichkeiten“ einen Workshop zum Thema „Komplexitätsgrenzen in der Suchtrehabilitation“.
- Im *Dezember 2007* wurde der in Kooperation aller Projektbeteiligten erstellte Vorlagenreader veröffentlicht. Das Dokument steht auf dem Oldenburger Online Publikationsserver (OOPS) unter <http://oops.ibit.uni-oldenburg.de/volltexte/incoming/2008/26> zum Download bereit.
- Am *13. Februar 2008* fand die *Abschlussstagung zum Modellprojekt* „Wissenschaftliche Begleitung der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner (MoKo)“ in Hannover statt.

Über die gelungene Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Modellprojekts hinaus ist hervorzuheben, dass während der Modelllaufzeit auch auf Ebene der *NLS Arbeitstreffen* organisiert und durchgeführt wurden, an denen VertreterInnen der Träger und Leistungsträger der Suchthilfe in Niedersachsen wie auch der Universität teilgenommen haben. Darüber hinaus moderierte Herr Tielking (AG Devianz) die Qualitätszirkel in EVS, so dass über diese Funktion ein Informationsaustausch zwischen den bisher unterschiedlichen Kombi-Konzepten und -Verbänden in Niedersachsen zusätzlich neben den Arbeitsgruppen auf Ebene der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und Oldenburg-Bremen unterstützt wurde.

Ein *Pressespiegel*, der in dem durch die Kooperationspartner des regionalen Therapieverbundes Lukas-Werk und Externe veröffentlichten Vorlagen-Rea-

der enthalten ist (vgl. Vorlagenreader unter <http://oops.ibit.uni-oldenburg.de/volltexte/incoming/2008/26>), enthält weitere Beispiele Informations- und Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung.

6 Erfahrungsberichte der Kooperationspartner – Eindrücke zur Umsetzung der MoKo

6.1 Die Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund aus Sicht des Lukas-Werkes

Petra Sarstedt-Hülsmann, Jürgen Seifert

Sucht ist eine der komplexesten psychiatrischen Erkrankungen mit enormen individuellen und volkswirtschaftlichen Auswirkungen. In Deutschland rechnet man basierend auf den Angaben der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS 2005) allein in der Altersgruppe der 18–59 jährigen Erwachsenen mit:

- min. 2,5 Millionen Alkoholabhängigen, davon sind ca. 10% Jugendliche und ca. 30% Frauen,
- 2,4 Mio. Alkoholmissbraucher,
- 1,5 Mio. Medikamentenabhängige,
- 120.000 bis 150.000 Menschen mit Drogenabhängigkeit.

Auf jeden Süchtigen kommen im Schnitt noch drei bis vier Angehörige, die seelisch, sozial, finanziell oder auch körperlich in Mitleidenschaft gezogen sind. Der volkswirtschaftliche Schaden wird auf ca. 15-40 Mrd. € jährlich geschätzt.

Ca. 53% der Alkoholabhängigen leiden zudem zusätzlich an weiteren seelischen Erkrankungen wie Depressionen, Ängsten oder traumatischen Störungen (Schneider et al. 2001).

Die neuropsychologischen Grundlagen der Suchterkrankungen finden sich vor allem im Bereich des Zwischenhirns, insbesondere in Teilen des limbischen Systems und des präfrontalen Kortex. Olds und Milner (1954, 1955) beschrieben in diesem Zusammenhang bereits 1954 das Belohnersystem (Reward-System) als eine überaus wichtige Struktur für die Entstehung von Suchterkrankungen. Substanzen mit Abhängigkeitspotential aktivieren das mesolimbisch-mesokortikale dopaminerge Reward-System (Cador et al. 1991; Wise 1980, 1987), so auch Alkohol (Kornetzky et al. 1988). Besonders dopaminerge Neurone des ventralen Tegmentums, die in den Nucleus accumbens projizieren, reagieren dosisabhängig auf Ethanol mit einer Aktivi-

tätssteigerung (Imperato u. DiChiara 1986; Yoshimoto et al. 1992). Neben genetischen Veränderungen, insbesondere dopaminergere Systeme, die zumindest bei einem Teil der PatientInnen die Entstehung der Alkoholabhängigkeit erklären könnten (Sander et al. 1997; Comings et al. 1997; Strous et al. 1997), ist es vor allem nicht selten über Jahrzehnte hinweg generiertes Fehlverhalten, welches für die Entstehung von Suchterkrankungen verantwortlich zu sein scheint. PatientInnen mit Abhängigkeitserkrankungen müssen daher im Rahmen einer spezifischen Therapie primär gesundes Verhalten (wieder) erlernen. Dabei handelt es sich um längere, über Wochen und Monate andauernde Prozesse. Es verwundert daher in diesem Zusammenhang kaum, dass die auch nach wie vor primären Behandlungsformen der stationären Entgiftung kaum wirksam sind. So sind nach einer Untersuchung von Fleischmann und MitarbeiterInnen (Fleischmann et al. 2002) von den in Allgemeinkrankenhäusern entgifteten PatientInnen nach 52 Wochen weniger als 3% noch abstinent. Ein ganz anderes Bild ergibt sich im Bereich der Rehabilitationsmedizin. Die Behandlungszeiten belaufen sich hier i.d.R. auf 8 bis 16 Wochen. Die Erfolgsquoten regulär abgeschlossener Rehabilitationsbehandlungen sind dabei ermutigend. Gemäß einer Untersuchung der Deutschen Rentenversicherung (VDR 2002) sind 50% der stationär Behandelten nach einem Katamnesezeitraum von einem Jahr noch abstinent. Werden nur die KatamneseantworterInnen einbezogen, die die Behandlung planmäßig beendeten (DGSS 1), so ergibt sich eine Erfolgsquote von 75,8%! Im gesamten Katamnesezeitraum blieben 66,1% der PatientInnen abstinent, 9,7% abstinent nach Rückfall, die verbleibenden 24,2% wurden als rückfällig eingestuft. Bezogen auf die Erwerbsfähigkeit (Deutsche Rentenversicherung) belief sich der Anteil der im Erwerbsleben verbliebenen Personen nach zwei Jahren auf 61% lückenlos Erwerbstätige und weitere 29% lückenhaft Erwerbstätige. Angesichts dieser Zahlen ist es kaum verständlich, dass sich nur ca. 3% der an Alkoholabhängigkeit leidenden PatientInnen in der Medizinischen Rehabilitation befinden. Diese ausgesprochen geringe Quote ist angesichts der guten Behandlungseffizienz erstaunlich und unter Berücksichtigung der im Vergleich zum Akutbereich relativ geringen Behandlungskosten unverständlich.

In den letzten Jahren gab es gleichwohl Bestrebungen von Seiten der Kostenträger, auch die stationären Behandlungszeiten im Rehabilitationsbereich weiter zu verkürzen und eine Verlagerung in den ambulanten Bereich zu fördern. Dies kann sowohl unter ökonomischen Aspekten als auch therapeutisch sinnvoll sein, da intensive stationäre Behandlungen zwar i.d.R. eine deutliche Stabilisierung der PatientInnen ermöglichen, abstinenzgefährdende Lebens-

umstände hingegen oft erst nach Behandlungsende zutage treten. Es existieren daher bereits seit Jahren Bestrebungen, stationäre und ambulante Behandlungen stärker aneinander zu koppeln und aufeinander abzustimmen.

Das Lukas-Werk hat diese Entwicklung mit seiner Gründung vor mehr als 30 Jahren bereits konzeptionell implementiert. Mit der Eröffnung der ersten psychosozialen Beratungsstelle für Suchtkranke in Braunschweig Anfang 1970 begründete das Lukas-Werk, damals noch unter dem Namen Heimkehrerdank e.V., den heutigen Therapieverbund. Unter dem neuen Namen Lukas-Werk wurden bald weitere Beratungsstellen in Goslar, Salzgitter, Helmstedt und Wolfenbüttel eröffnet. Wo nötig, wurde den Hilfesuchenden die kurzfristige Unterbringung in so genannten Hausgruppen angeboten. Schon früh wurden Krankenkassen gewonnen, Therapiekosten zu übernehmen. So entwickelte sich das „Braunschweiger Modell“, eine enge Verzahnung von ambulanten und stationären Hilfeformen.

1984 wurde der regionale Behandlungsverbund mit der Eröffnung der Suchtfachklinik Erlengrund in Salzgitter-Ringelheim erweitert. Bereits 1983 wurde mit der Eröffnung des sozialtherapeutischen Übergangswohnheimes in Wolfenbüttel, heute Adaptionseinrichtung, eine anschließende stationäre Nachsorge ermöglicht.

Nach der Eröffnung einer weiteren Beratungsstelle in Northeim gehören heute neben den stationären Einrichtungen

- fünf Fachambulanzen mit ihren Außenstellen,
- eine Tagesklinik,
- eine Substitutionsambulanz,
- ein Kontaktcafé sowie
- Angebote des Betreuten Wohnens in Braunschweig, Goslar, Helmstedt, Northeim und Wolfenbüttel

zum integrierten und differenzierten Hilfeangebot des Lukas-Werkes. Die Einrichtungen erbringen flächendeckend in der Region Süd-Ost-Niedersachsen präventive, beratende, betreuende und rehabilitative Dienstleistungen der Suchthilfe, informieren die Öffentlichkeit und beraten die Kommunen hinsichtlich der Organisation eines lokalen und regionalen Hilfeplanes für Suchtkranke. Die bestehenden Sozialpsychiatrischen Verbände bieten dafür wertvolle Unterstützung.

In Kooperation mit regionalen und überregionalen Einrichtungen und Verbänden der Suchthilfe, dem medizinischen und psychosozialen Hilfesystem und mit Arbeitsverwaltungen, Betrieben, Behörden und Einrichtungen im Be-

reich der beruflichen Bildung und Kultur bildet das Lukas-Werk ein *regionales Netzwerk*.

Aus dem Lukas-Werk hervorgegangen ist die Arbeitsgemeinschaft der Freundeskreise (AFL) e.V. als gemeinnützig anerkannter regionaler Zusammenschluss von ehrenamtlichen SuchtkrankenhelferInnen und Selbsthilfegruppen, die mit den Einrichtungen sehr eng zusammenarbeiten.

1996 wurde die Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH gegründet. Gesellschafterin ist die Diakonzept gGmbH des Diakonischen Werkes der Ev.-luth. Landeskirche in Braunschweig. Das Lukas-Werk ist Mitglied im Diakonischen Werk als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege.

Heute sind insgesamt mehr als 100 MitarbeiterInnen des Lukas-Werkes in der Suchthilfe beschäftigt und betreuen jährlich durchschnittlich mehr als 4.000 Menschen.

Grundlage der Arbeit des Lukas-Werkes ist der christliche Glaube und der diakonische Auftrag, dem sich die Einrichtung verpflichtet sieht. Der Behandlungsverbund ist geprägt von einer starken Bindung an die und Verankerung in den Zentren der Region, die bis auf einen Teil des Landkreises Northeim deckungsgleich sind mit dem Gebiet der Ev.-luth. Landeskirche in Braunschweig. Dazu gehören die Städte und Landkreise Braunschweig, Goslar, Helmstedt, Northeim, Salzgitter und Wolfenbüttel. Deren Verteilung in der Region ist der nachstehenden Abbildung zu entnehmen:

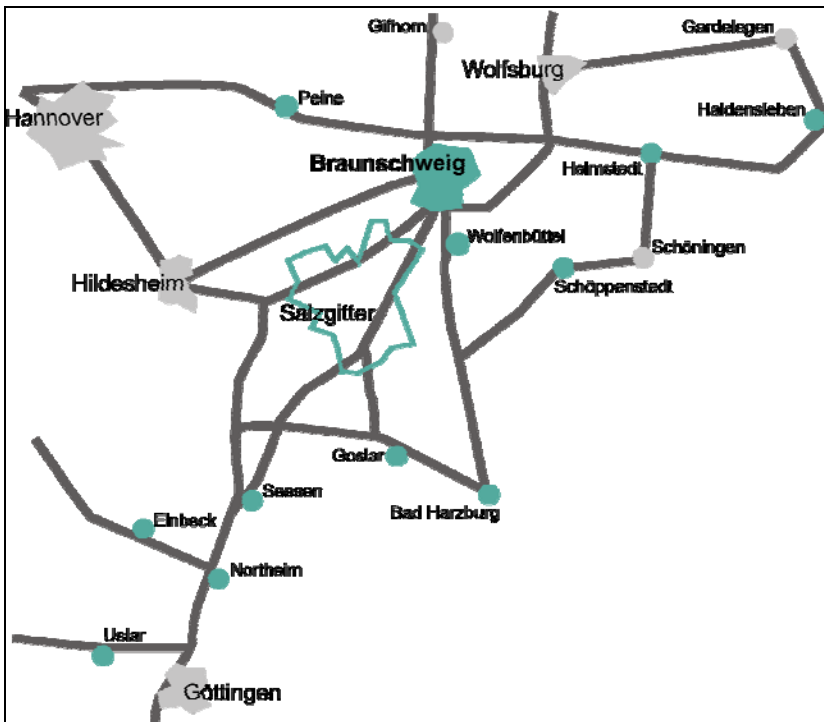


Abb. 176 Regionale Verortung der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH

Vor dem Hintergrund der modernen Gesundheitspolitik, die von einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff ausgeht und alle Leistungen daran misst, ob sie den Menschen rechtzeitig und bedarfsgerecht erreichen und nachhaltig wirken, und den Reformen des SGB V und IX, entwickelte das Lukas-Werk in enger Abstimmung mit der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und Bund 2004 ein *Gesamtkonzept der ambulanten, stationären und ganztagsambulanten Rehabilitation*. Die „*Vernetzte Therapie im Lukas-Werk*“ entstand als *Vorläufer der Modularen Kombinationsbehandlung*. Behandlungsleistungen wurden stärker als bisher aufeinander abgestimmt und verbunden. Die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wurde überwunden und Rehabilitationsangebote wurden so gestaltet, dass PatientInnen sie wohnortnah nutzen können (vgl. hierzu auch

das Eckpunktpapier für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht chronisch Kranker und behinderter Menschen 2002).

Im Sinne eines „Case-Managements“ wurde ein regionaler Hilfeverbund geschaffen, der, um eine effektive, patientInnenadäquate und wirtschaftliche Behandlung abzusichern, auf die Einhaltung der Prinzipien eines **Case-Managements** als Organisationskonzept (Wendt 2002) verpflichtet ist. Um dieses Ziel zu erreichen sind die Prozesse (standardisiertes Dokumentieren, Nutzung des Informationspools, Assessment, Behandlungsplanerstellung, Monitoring, Re-Assessment und Evaluation) in der Arbeitsstruktur der einzelnen Einrichtungen verankert. Eine entscheidende Bedeutung für die Kooperation der verschiedenen Einrichtungen haben dabei *Übergabegespräche*, die notwendig werden, wenn ein/e Patient/in zur Weiterbehandlung in eine andere Einrichtung mit einer unterschiedlichen Behandlungsform wechselt. Einrichtungsübergreifende Standards der Dokumentation und die Nutzung des Datenpools gewährleisten dabei die Kontinuität in der Behandlung. In den Übergabegesprächen wird auch Wert auf die Vermittlung möglicherweise unterschiedlicher „*Einrichtungphilosophien*“ gelegt.

2005 wurde die Vernetzte Therapie zur *Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund* durch die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover weiterentwickelt.

Das Lukas-Werk gründete 2005 mit weiteren Fachstellen für Sucht und Suchtprävention und dem Partner Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover in der Region Braunschweig, Wolfsburg und Hannover den ersten regionalen Therapieverbund auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung mit abgestimmten Therapiekonzepten.

Die wissenschaftliche Begleitung durch die AG Devianz hat neben den Effektivitätsnachweisen aber auch die Etablierung der neuen Behandlungsmodule in die Praxis gewährleistet und den Prozess qualitativ unterstützt.

Die über 2-jährige Zusammenarbeit in Lenkungskreissitzungen, Qualitätszirkeln und Casemanagertreffen haben für deutliche Qualitätsverbesserungen und reibungslose Behandlung- einschließlich der Verwaltungsabläufe gesorgt.

Das Lukas-Werk hat prozessbegleitend ein Qualitätsmanagementhandbuch gemäß der ISO-Norm entwickelt, das ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungsformen einschließt und 2008 zertifizierungsfähig sein wird.

Abschließend können wir zusammenfassen, dass die intensive Verbundzusammenarbeit zum Abbau der Konkurrenzen zwischen den Behandlungsformen geführt hat.

Die zunehmende Etablierung der Ambulanten Rehabilitation, die rückläufigen Zuwendungen für Beratung in den Fachstellen für Sucht und Suchtprävention und die durch das Wachstumsförderungs- und Beschäftigungsgesetz seit 1996 ausgelöste Krise in stationären Einrichtungen hatte teilweise zu Distanz zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen geführt.

Im Sinne einer patientInnenorientierten, flexiblen und wohnortnahen Rehabilitationsbehandlung war daher eine Auflösung dieser Distanz – und Konkurrenzbestrebungen notwendig, verbunden mit dem Erleben, dass alle von einander profitieren.

Die Abstimmung eines gemeinsamen Behandlungskonzeptes und der Behandlungswege einschließlich der Dokumentation waren notwendige Voraussetzungen zur Erreichung dieser Ziele.

Diese Zielerreichung ist uns gelungen.

Literatur

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2002): Medizinische Rehabilitation. In: Eckpunktepapier für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht chronisch Kranker und behinderter Menschen, 25-28

Cador, M.; Taylor, J.R.; Robbins, T.W. (1991): Potentiation of the effects of reward-related stimuli by dopaminergic-dependent mechanisms in the nucleus accumbens. In: *Psychopharmacol* 104, 377-388

Comings, D.E.; Gade, R.; Wu, S.; Chiu, C.; Dietz, G.; Muhleman, D.; Saucier, G.; Ferry, L.; Rosenthal, R.J.; Lesieur, H.R.; Rugle, L.J.; MacMurray, P. (1997): Studies of the potential role of the dopamine D1 receptor gene in addictive behaviors. In: *Mol Psychiatry* 2, 44-56

Fleischmann, H. (2002): Krankenhausbehandlung Alkoholkranker. In: *Sucht* 48, 462-75

- Imperato, A.; DiChiara, G. (1986): Preferential stimulation of dopamine release in the nucleus accumbens of freely moving rats by ethanol. In: *J Pharmacol Exp Ther* 239, 228-239
- Kornetzky, C.; Bain, G.T.; Unterwald, E.M.; Lewis, M.J. (1988): Brain stimulation reward: Effects of ethanol. In: *Alcohol Clin Exp Res* 12, 609-616
- Olds, J.; Milner, P. (1954): Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. In: *J. Comp Physiol Psychol* 47, 419-427
- Olds, J.; Milner, P. (1955): „Reward" from brain stimulation in the rat. In: *Science* 122, 878
- Sander, T.; Harms, H.; Podschus, J.; Finckh, U.; Nickel, B.; Rolfs, A.; Rommelspacher, H.; Schmidt, L.G. (1997): Allelic association of a dopamine transporter gene polymorphism in alcohol dependence with withdrawal seizures or delirium. In: *Biol Psychiatry* 41, 299-304
- Schneider, U.; Altmann, A.; Baumann, M.; Bernzen, J.; Bertz, B.; Bimber, U.; Broese, T.; Broocks, A.; Burtscheidt, W.; Cimander, K.F.; Degkwitz, P.; Driessen, M.; Ehrenreich, H.; Fischbach, E.; Folkerts, H.; Frank, H.; Gurth, D.; Havemann-Reinecke, U.; Heber, W.; Heuer, J.; Hingsammer, A.; Jacobs, S.; Krampe, H.; Lange, W.; Lay, T.; Leimbach, M.; Lemke, M.R.; Leweke, M.; Mangholz, A.; Massing, W.; Meyenberg, R.; Porzig, J.; Quatter, T.; Redner, C.; Ritzel, G.; Rollnik, J.D.; Sauvageol, R.; Schlafke, D.; Schmid, G.; Schroder, H.; Schwichtenberg, U.; Schwoon, D.; Seifert, J.; Sickelmann, I.; Sieveking, C.F.; Spiess, C.; Stiegemann, H.H.; Stracke, R.; Straetgen, H.D.; Subkowski, P.; Thomasius, R.; Tretzel, H.; Verner, L.J.; Vitens, J.; Wagner, T.; Weirich, S.; Weiss, I.; Wendorff, T.; Wetterling, T.; Wiese, B.; Wittfoot, J. (2001): Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol dependent patients seeking treatment: The first multi-center study in Germany. In: *Alcohol Alcohol* 36, 219-223
- Strous, R.D.; Bark, N.; Parsia, S.S.; Volavka, J.; Lachman, H.M. (1997): Analysis of a functional catechol-O-methyltransferase gene polymorphism in schizophrenia: evidence for association with aggressive and antisocial behavior. *Psychiatry Res* 69, 71-77
- Verband Deutscher Rentenversicherung (VDR) (2002): Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Eine Expertise des Lehrstuhls Versorgungssystemforschung – Humboldt-Universität

zu Berlin. Sonderausgabe der DRV. In: DRV-Schriften. Bd. 32. Frankfurt am Main.

- Wendt, W.R. (2002): Case Management: Stand und Position in der Bundesrepublik. In: Löcherbach, P.; Klung, W.; Rimmel-Fassbender, R.; Wendt, W.R. (Hrsg.): Case Management: Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Neuwied, 13
- Wise, R.A. (1980): Action of drugs of abuse on the brain reward systems. *Pharmacol Biochem Behav* 13, 213-223
- Wise, R.A. (1987): The role of reward pathways in the development of drug dependence. In: *Pharmacol Ther* 35, 227-263
- Yoshimoto, K.; McBride, W.J.; Lumeng, L., Li, T.K. Ethanol enhances the release of dopamine and serotonin in the nucleus accumbens of HAD and LAD lines of rats. *Alcohol Clin Exp Res* 1992, 16: 781-785.

6.2 Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund aus Sicht der Leistungsträger

Ulrike Westphal, Georg Wiegand

Intentionen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (DRV BSH) für die modulare Kombinationsbehandlung im Regionalen Therapieverbund (MoKo)

Das Interesse der DRV BSH richtet sich vor allem darauf, den Rehabilitanden die am besten geeigneten Leistungen in einem Gesamtbehandlungsplan nach den Kriterien des individuellen Bedarfes, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit auszuwählen. Dabei stand eine Flexibilisierung und zum Teil Ausdehnung des Leistungsrahmens als Möglichkeiten im Vordergrund der Diskussion der an der Umsetzung dieser Intentionen Beteiligten. Die rehabilitative Versorgung sollte durch optimiert flexiblen Einsatz stationärer (auch Adaption), ganztägig ambulanter und ambulanter Möglichkeiten verbessert und wirtschaftlicher gestaltet werden. Es geht zusätzlich darum, eine höhere Qualität der Zusammenarbeit zwischen den ambulant, ganztägig ambulant (tagesklinisch) und stationär arbeitenden Einrichtungen, vor allem auf dem Gebiet zusammenhängend organisierter Leistungen zur Rehabilitation zu erreichen. Diese engere Zusammenarbeit sollte auch die Konzept- und Behandlungsqualität der jeweils kooperierenden Leistungsanbieter, das heißt der Einrichtungen optimieren. Seit langem erfüllt die DRV die stetig hohe Nichtantrittsquote und die hohe Quote derer, die ihre Behandlung nicht regulär beenden mit Sorge. Diese Quoten galt es mit Hilfe von MoKo zu reduzieren. Gleichzeitig sollte durch die Flexibilisierung und die Wohnortnähe die Möglichkeit, eine Leistung zur Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, für die Rehabilitanden attraktiver werden, trotz knapper werdender Etats sollten mehr Versicherte angemessen behandelt werden. Diese Zielvorgaben galt es, in den Auseinandersetzungen mit den Leistungserbringern, der Forschungsgruppe und den Fachabteilungen der DRV BSH, umzusetzen.

Behandlungsrahmen und Verwaltungsverfahren

Dem flexiblen Grundgedanken der MoKo, eine für den Versicherten passgenaue Therapie anzubieten, stand bei der DRV ein starres Verwaltungsverfahren gegenüber. Zwar konnte bei der DRV BSH neben den drei klassischen

Therapieformen stationär, tagesklinisch und ambulant bereits seit Jahren eine modul-orientierte Therapie (Entwöhnungsbehandlung im Modulsystem) beantragt werden, doch waren auch hier noch recht enge Vorgaben für den Wechsel von stationären und ambulanten Modulen gegeben. Darüber hinaus war der indikative Rahmen begrenzt. Dieses sollte bei der MoKo geändert werden. Hierzu wurde ein vereinfachtes Antragsverfahren vorgeschlagen, erprobt und implementiert, welches die unterschiedlichen Therapieformen durch ein therapieform-übergreifendes, therapeutisches Gesamtkonzept miteinander verbindet. Hierdurch werden die Ressourcen der einzelnen Einrichtungen besser miteinander vernetzt. Zur Unterstützung der Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern sowie dem Leistungsträger wurden Sondermodule geschaffen (Übergabemanagement, Case-Manager, Qualitätszirkel/Intravision). Zur Vereinfachung des Antragsverfahrens sollte eine Gesamtbehandlungsdauer von 52 Wochen für alle Therapieformen gelten. Zum Wechsel der Therapieform waren hierdurch keine separaten Leistungsanträge mehr erforderlich. Diese vom Beginn an gesetzten Strukturen wurden im Rahmen der Begleitforschung von Lenkungsgruppen- und Qualitätszirkeltreffen flankiert. Im Rahmen dieser Treffen wurden Fragen, Probleme und Unklarheiten geklärt. Auf Grund der Erfahrungen und Rücksprachen, die während der Forschungszeit zum Beispiel über das Aufsuchen der einzelnen Einrichtungen sowie über das Zusammentreffen in kleineren Forschungsgruppen geführt wurden, ist das Verwaltungsverfahren den Erfordernissen der Einrichtungen, aber auch denen des Leistungsträgers stetig angepasst worden. So waren zu Beginn der MoKo für den Therapieformwechsel noch Zwischenberichte erforderlich. Im Rahmen dieser Abstimmungsgespräche ist auch der Leistungsrahmen durch die Erweiterung der möglichen Indikationen (z. B. „kleinster gemeinsamer Nenner!“) oder das Zulassen von Therapieunterbrechungen flexibler gestaltet worden. Insgesamt ist auf diese Weise die MoKo im Laufe der zwei Jahre der Begleitforschung stetig bis zu dem heutigen flexiblen Therapieangebot weiterentwickelt worden.

Bei der MoKo handelt es sich um eine prozessorientierte Intervalltherapie. Sie soll den von einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung belasteten Versicherten neben der originär stationären oder ambulanten Behandlungsmöglichkeit als dritte Säule der Interventionsform im Rahmen der medizinischen Rehabilitation dienen. Mit ihr werden ambulante, ganztägig ambulante sowie stationäre und je nach Bedarf auch adaptive Behandlungsmöglichkeiten einer Region konzeptionell miteinander vernetzt. Durch die enge Zusammenarbeit der Leistungsanbieter untereinander sowie mit dem Leistungs-

träger wird das Ziel verfolgt, für die Versicherten eine individuell angemessene und flexibel zu handhabende Behandlungs- und Interventionsform wohnortnah vorzuhalten. So dient die MoKo dem Zweck, die Versicherten auf eine Teilnahme am Erwerbsleben in ihrer Heimatregion optimal vorzubereiten. Den Versicherten sollen während des therapeutischen Prozesses, wenn erwartbare oder unerwartbare instabile Lagen eintreten, individuell angemessene und flexibel handhabbare Interventionsformen angeboten werden können, die sie wieder stabilisieren und die den erwähnten Zielen und Zwecken dienen.

Behandlungsrahmen

Der Behandlungsrahmen der MoKo beträgt 12 Monate. Innerhalb dieser Gesamtbehandlungszeit können konzeptionell abgestimmte ambulante, ganztägig ambulante, stationäre und adaptive Interventionsformen nach Maßgabe des individuellen Verlaufs des Therapieprozesses und zielorientiert eingesetzt werden. Zu beachten ist an dieser Stelle, dass für jede Interventionsform ein eigenes Zeitbudget vorgesehen ist. So dürfen während des ambulanten Moduls bis zu 80 Therapieeinheiten für den Versicherten und 12 Bezugspersonentermine genutzt werden. Für die ganztägig ambulanten, stationären und adaptiven Interventionsformen gilt die Maßgabe, dass die Behandlungszeit kürzer als die Langzeittherapie sein muss. Wesentliche Grundlage der Vernetzung der unterschiedlichen Therapieformen ist eine Abstimmung von Diagnostik und Dokumentation. Um dieses Ziel zu erreichen sowie die Nichtantrittsquote zwischen den unterschiedlichen Behandlungsformen zu senken bzw. möglichst gegen Null zu reduzieren, sind einige Sondermodule geschaffen worden. Hierbei handelt es sich um das Übergabemanagement, den Case-Manager, die Belastungserprobungsgruppe, den Qualitätszirkel/die Intravision sowie die Prospektive Therapieplanung. Auf die einzelnen Module soll im Folgenden ebenso eingegangen werden, wie auf die Gesamtbehandlungsdauer und das Verwaltungsverfahren.

Prospektive Therapieplanung

Zu Beginn einer Kombinationsbehandlung steht eine ausführliche mit dem Versicherten abgestimmte Therapieplanung. Dieser prospektive Behandlungsverlauf ist in dem Vordruck der Prospektiven Therapieplanung festzulegen und mit den sonstigen Antragsunterlagen bei der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover einzureichen. Die Prospektive Therapie-

planung kann im laufenden Reha-Verfahren/während der Therapie entsprechend der Therapieziele und deren Fortschritten jederzeit angepasst werden. Im Falle einer Änderung der Prospektiven Therapieplanung ist seitens des Therapieverbundes ein neuer Therapieplanungsbogen auszufüllen und der DRV BSH zu übersenden.

Übergabemanagement

Zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern sowie zur verbesserten Ressourcennutzung durch ein therapeutisches Gesamtkonzept ist im Rahmen der modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund das Übergabemanagement in Form eines Übergabegespräches als Dreierkonferenz eingerichtet worden. Teilnehmer dieser Besprechung sind aufnehmender und abgebender Bezugstherapeut sowie der Versicherte. Im Rahmen dieses Übergabegespräches erfolgt die Übergabe des Klienten von einem Behandlungssetting in das andere. Es dient vor allem dazu, den gegenwärtig erreichten Therapiestand festzustellen sowie die weiteren Planungen incl. einer Feinzielplanung für das nächste Behandlungsmodul abzustimmen. Durch die Anwesenheit und das Mitspracherecht des Versicherten ist hier ein hohes Maß an Information und an Mitbestimmung an der Therapieplanung durch den Versicherten möglich.

Um ein Übergabegespräch entsprechend dieser Vorgaben durchführen zu können, sind gewisse Vorarbeiten erforderlich. So ist von der abgebenden Einrichtung der bisherige Behandlungsbericht (Patientendaten, erreichter Therapiestand, erreichte und angestrebte Therapieziele, zeitliche Planung) zusammenzustellen und in digitalisierter Form an die aufnehmende Einrichtung weiterzuleiten. Die aufnehmende Einrichtung muss sich mit den Vorbehandlungsergebnissen auseinandersetzen und von diesem Punkt aus weiterarbeiten. Für eine nahtlose Übergabe ist dementsprechend eine gute fortlaufende Dokumentation des Therapiestandes (möglichst bereits in dem fortzuschreibenden modularen Entlassungsbericht), Operationalisierung der neuen Therapieziele auf allen Ebenen (sozialmedizinisch und therapeutisch), sowie Besprechung geplanter Intervisionen nötig. Durchgeführt werden soll das Übergabemanagement immer zum Wechsel eines Behandlungssettings. Allerdings können maximal sechs Termine abgerechnet werden. Grundsätzlich haben hierbei persönliche Übergabegespräche als Dreierkonferenz den Vorrang. Telefonische Übergabegespräche – ebenfalls als Dreierkonferenz – sollten als Ausnahme verstanden werden. Das erste Übergabegespräch muss allerdings persönlich erfolgen. Bei jedem weiteren Übergabegespräch kann

jedes zweite telefonisch in Form einer Dreierkonferenz durchgeführt werden. Wird im Rahmen der Gesamtbehandlung das maximale Kontingent von sechs Übergabegesprächen nicht ausgeschöpft, können die übrigen Termine bei Bedarf als persönlich zu führende Krisengespräche im Verlauf der Behandlung genutzt werden. Auch hier ist es wichtig, dass nicht nur die Therapeuten der beteiligten Einrichtungen untereinander oder aber der aktuelle Bezugstherapeut mit dem Versicherten ein solches Krisengespräch führen, sondern auch hier hat wieder eine Dreierkonferenz stattzufinden. Um dem geraumen Zeitaufwand des Übergabemanagements Rechnung zu tragen, erfolgt hier eine Staffelung der Vergütung bei persönlich zu führenden Übergabegesprächen zwischen 46,00 EUR bei einer Entfernung von bis zu 40 km zwischen den beteiligten Einrichtungen, 69,00 EUR bei einer Entfernung zwischen 40 und 60 km zwischen den beteiligten Einrichtungen und in Ausnahmefällen, in denen keine räumlich enge Vernetzung möglich ist von 92,00 EUR bei einer Entfernung ab 60 km zwischen den beteiligten Einrichtungen. Zusätzlich werden für die Therapeuten die Fahrtkosten abgerechnet. Bei telefonischen Übergabegesprächen ist nur eine Vergütung von 15,00 EUR vorgesehen.

Case-Manager

Begleitet wird das gesamte Verfahren durch einen Case-Manager als Fallbegleiter. Er hat die Funktion Ansprechpartner, Rückmelder und Ablaufverantwortlicher für alle Beteiligten (Leistungsträger, Leistungsanbieter, Versicherten) zu sein. Ein Case-Manager kann jederzeit über den Stand der Therapie, die weitere Planung, die bereits absolvierten und noch geplanten Therapieeinheiten usw. Auskunft geben. Weiterhin achtet der Case-Manager auf die rechtzeitige Dokumentation, hat die Ablaufplanung im Blick und überwacht die Übersendung der erforderlichen Vordrucke und Berichte. Um diese Aufgaben effektiv zu erledigen, sind gut dokumentierte und laufend fortgeschriebene Therapieunterlagen erforderlich. Darüber hinaus ist es von großer Bedeutung, dass der Case-Manager für einen Klienten während der gesamten Behandlungszeit gleich bleibt. Er ist bereits bei der Beantragung auf dem Blatt der Prospektiven Therapieplanung mit Namen, Anschrift und Telefonnummer zu vermerken. Da es sich hier überwiegend um organisatorische sowie berichtende und dokumentierende Aufgaben handelt, kann das Case-Management von einer Verwaltungskraft ausgeübt werden. Nicht zulässig ist es, dass der Case-Manager und der Bezugstherapeut in Personalunion geführt werden. Im letzteren Fall wäre keine Abrechnung möglich. Die

Vergütung für eine Case-Manager-Tätigkeit beträgt 12 x 46,00 EUR für die gesamte Behandlungsdauer.

Belastungserprobungsgruppe (BEG)

Zur weiteren Unterstützung des Therapieerfolges wurde die Belastungserprobungsgruppe (BEG) eingeführt. Sie soll dem Versicherten einen krisenarmen Übergang vom stationären Setting in die ambulante Behandlung erleichtern. Hierzu kann der Versicherte noch während des stationären Therapiemoduls in seiner zukünftigen ambulanten Suchtbehandlungsstelle an einer Therapiegruppe teilnehmen und seine zukünftigen Gruppenmitglieder, die Therapeuten, die Räumlichkeiten, den Weg dort hin etc. kennen lernen. Auf diese Weise sollen evtl. vorhandene Ängste abgebaut und Krisen, welche sich bereits durch die Teilnahme an der BEG abgezeichnet haben und den Versicherten daran hindern könnten, die Behandlung ambulant fortzusetzen, noch während der stationären Therapiephase aufgearbeitet werden. Hierbei ist die BEG als ein indikatives, optionales Behandlungsmodul zu verstehen. Eine Verpflichtung zur Teilnahme an einer BEG besteht nicht. Voraussetzung für die Teilnahme an einer BEG ist neben den Berührungängsten des Versicherten mit der ambulanten Therapiephase seine Abstinenzfähigkeit. Der Versicherte sollte ohne Rückfall an der BEG teilnehmen können, auch wenn es ihm nicht möglich ist, noch am gleichen Tag in die Klinik zurückzukehren. Darüber hinaus dürfen der DRV BSH keine Übernachtungskosten entstehen. Vergütet wird die BEG mit 46,00 EUR zuzüglich Fahrtkosten für den Versicherten. Während der Gesamtbehandlungsdauer können bis zu 6 BEG'n abgerechnet werden.

Qualitätszirkel/eine Intravision

Zur Abstimmung von Diagnostik und Dokumentation sowie für Besprechung und Behebung von Schnittstellenproblemen ist ein Qualitätszirkel/eine Intravision eingeführt worden. Hierbei handelt es sich um Einzelfallbesprechungen im Therapeutenteam des regionalen Therapieverbundes, in dem alle Therapieverläufe insbesondere in besonders schwierig gelagerten Fällen zu besprechen sind. Darüber hinaus sollten Abstimmungen von Behandlungsprozessen und Schnittstellen zu einer engeren Vernetzung der einzelnen Behandlungsmodule genutzt werden. Die Qualitätszirkel/Intravisionen finden alle zwei Monate (6 bis 8 Wochen) statt. Hierbei erfolgt eine Vergütung pro Versicherten von 23,00 EUR zuzüglich Fahrtkosten für den Therapeuten

Verwaltungsverfahren

Hinsichtlich des Verwaltungsverfahrens sind bestimmte Rahmenbedingungen von den regionalen Therapieverbänden einzuhalten bzw. die Bewilligungspraxis der DRV BSH zu beachten. Zur Prüfung, ob der Antrag auf eine MoKo positiv beschieden werden kann, ist neben den üblichen Antragsunterlagen (formularmäßiger Reha-Antrag, medizinischer Arztbericht, Sozialbericht, Erklärung für ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlung) auch das Beifügen der Prospektiven Therapieplanung erforderlich. Sofern alle versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen für eine modulare Entwöhnungsbehandlung gegeben sind, erfolgt anhand der Prospektiven Therapieplanung die Bewilligung. In der Praxis bedeutet dies, dass zu Beginn einer Gesamtbehandlungszeit nicht der komplette Leistungsumfang von 52 Wochen bewilligt, sondern zunächst nur das erste Behandlungsmodul entsprechend der Prospektiven Therapieplanung beschieden wird. Erst nach Übersenden der Wechselmitteilung wird das nächste Behandlungsmodul bewilligt. Hierbei erfolgt keine neue inhaltliche Prüfung hinsichtlich des Bedarfs der Fortsetzung der Suchtbehandlung. Vielmehr handelt es sich lediglich um eine Formalität. Hierdurch kann immer kurzfristig und aktuell auf die Therapieentwicklung und der damit ggf. verbundenen Prospektiven Therapieplanänderung eingegangen werden. Eine solche Therapieplanänderung ist ca. zehn Tage vor dem eigentlichen Therapieformwechsel durch den geänderten Therapieplanungsvordruck anzuzeigen. Sollte es keine Änderung in der Therapieplanung geben, ist die Wechselmitteilung ebenfalls ca. zehn Tage vor dem anstehenden Wechsel zu übersenden. Nach vollzogenem Behandlungswechsel ist die mit dem Bewilligungsbescheid übersandte Beendigungsmitteilung der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover genauso zu übersenden, wie die Statistikbögen Bl. 1 und 1 a des Reha-Entlassungsberichtes. Die vollständige Übersendung des Entlassungsberichtes ist an dieser Stelle nicht erforderlich, da es sich hier um einen von dem regionalen Therapieverbund fortzuschreibenden einheitlichen Entlassungsbericht handelt. Der vollständige Entlassungsbericht ist erst am Ende der Gesamtbehandlung von dem Letztbehandler federführend zu übersenden. Hierbei endet die Behandlung ein Jahr nach dem Tag, der auf den Behandlungsbeginn folgt (z. B. 31.03.2007 bis 30.03.2008).

Wird am Ende der Gesamtbehandlungszeit eine weitere Behandlungsnotwendigkeit gesehen, so kann der 52-Wochenzeitraum um die Zeit einer krankheitsbedingten Unterbrechung oder Entgiftung (sofern bei einem Rückfall das Therapieziel nicht als gefährdet angesehen wird) auf Antrag verlängert

werden. Gleiches gilt auch für die Zeit einer geplanten Therapieunterbrechung. Möchte der Versicherte während seiner MoKo aufgrund der Behandlungsdauer eine Therapiepause einlegen, ist dieses mit Einverständnis des Bezugstherapeuten möglich. Die DRV BSH ist von der Beurlaubung bzw. Therapieunterbrechung vor deren Beginn zu unterrichten. Gleiches gilt für eine Therapieunterbrechung bei einer Selbstüberschätzung des Versicherten, um ihm seine Grenzen aufzuzeigen. Die Therapieunterbrechung/Beurlaubung darf im Gesamtbehandlungszeitraum acht Wochen nicht überschreiten. Sollte am Ende der gesamten Behandlungszeit (ggf. incl. Verlängerung) noch immer ein Restbedarf an Therapie gesehen werden, kann eine Nachsorgebehandlung beantragt werden. Diese Nachsorge sollte lediglich in besonders schwer gelagerten Fällen beantragt werden. Dieser Sachverhalt wird sehr kritisch durch die DRV BSH geprüft werden. Hinsichtlich des Antragsverfahrens gelten die gleichen formalen Voraussetzungen, die auch bei der ambulanten Weiterbehandlung gelten. Es ist ein Antrag (Kurzantrag mit Vordruck 1912) und der Entlassungsbericht aus der MoKo zur Prüfung einzureichen. Sofern auch seitens der Deutschen Rentenversicherung ein entsprechender Nachsorgebedarf gesehen wird, erfolgt eine Bewilligung für sechs Monate mit 20 Therapieeinheiten für den/die Versicherten und vier Angehörigenterminen. Eine Verlängerung hierüber hinaus ist nicht möglich. Sollten im Rahmen der MoKo, welche der Nachsorge vorgeschaltet ist, die maximale Anzahl der möglichen ambulanten Therapieeinheiten nicht ausgeschöpft worden sein, verfallen diese nach Beendigung der Kombinationsbehandlung. Sie sind nicht auf die Nachsorge übertragbar. All diese Bestandteile und Verfahren sind in den Lenkungsgruppen-Sitzungen einem stetigen Verbesserungsprozess unterzogen worden. Hierbei spielten die Anregungen der Praktiker aus den Einrichtungen eine besonders konstruktive Rolle.

Indikation: Für wen kommt MoKo in Frage?

Unsere Analyse von Akten, Gesprächen mit den Einrichtungen, mit Versicherten und mit unserer Sachbearbeitung ergaben, dass Versicherte, die häufig eine Therapie wiederholt oder abgebrochen hatten oder kurz nach einer regulär beendeten stationären Therapie erneut instabil wurden, trotz „Nachsorge“, offensichtlich etwas Anderes brauchten als eine erneute Langzeittherapie oder eine Ablehnung einer erneuten Maßnahme. Der in den Neuanträgen klar abzulesende Umstand, dass die meisten der instabil gewordenen versicherten Rehabilitanden an der Komplexität ihrer vorgefundenen Lebensprobleme und ihres sozialen Alltags gescheitert sind, lag nahe, die Rehabi-

litation so zu gestalten, dass die Gegebenheiten des sozialen Alltags in den Verlauf der Rehabilitation als Wirkfaktor aufgenommen wird bzw. diese zu berücksichtigen sind.

Diesen Überlegungen voranzustellen ist, dass die hier vorgestellten Module Komponenten therapeutischer Interventionen auf der Ebene der Settings sind. Interventionen auf anderen Ebenen sind zum Beispiel therapeutische Methoden, Themen und Inhalte, wie sie von den psychotherapeutischen „Schulen“ gelehrt werden und in den Konzepten der Einrichtungen niedergelegt sind. Hieran orientiert sich das indikative Verständnis der MoKo nicht, diese Art methodischer Intervention wird als konzeptionell evident verankert vorausgesetzt.

Des Weiteren muss vorangestellt werden, dass Hauptgesichtspunkt für die Auswahl und die Zusammenstellung von Komponenten der hier gemeinten Module für das Setting immer den Aspekt der Integration der Patienten im Vordergrund sieht. Das heißt, es geht immer darum, was benötigt der Patient, um am künftigen Lebensmittelpunkt stabil und zufrieden integriert zu werden. Dafür benötigen die Rehabilitanden es unseres Erachtens auf langer Strecke therapeutisch begleitet zu werden, um erproben zu können, was sie vorher an Vorsätzen und Erkenntnissen, Überzeugungen, Fähigkeiten und Verhaltensmöglichkeiten innerhalb der besonderen Normen und Regeln des stationären Settings erworben haben. Dies auf lange Strecke zu einer zufriedenen Routine für unsere Versicherten werden lassen zu können, ist Hauptmerkmal der MoKo. Auf dieser Strecke muss dem Patienten die akzeptierte und antizipierbare Möglichkeit eingeräumt werden, hierbei noch nicht alles perfekt zu beherrschen. Das heißt, es muss auch in Kauf genommen werden, wegen der individuellen Umstände des Lebens und Problemkonstellationen Instabilität zu erleben und Hilfe zum Beispiel in Form der verdichteten therapeutischen Möglichkeit eines erneuten Moduls des stationären Settings mit seinen vertiefenden und fokussierenden Möglichkeit erneut in Anspruch nehmen zu können, ohne vor sich selbst oder vor anderen als „Versager“ dastehen zu müssen. MoKo dient insofern der Entdiskriminierung von Versicherten mit zunächst instabilen Behandlungsverläufen.

Die auf dem Hintergrund der indikativen Einschätzung antizipierbaren Ereignisse der Instabilität in einer Prospektiven Behandlungsplanung berücksichtigen zu können, gehört zu den Stärken der MoKo. Die unten aufgeführten Indikationskriterien sind Vorschläge eher klinisch phänomenologischer Art als durch Überprüfung von Hypothesen oder ähnlichen klassisch empirischen Verfahren entstandene. Sie wurden im Laufe des Forschungsvorhabens

erweitert und zum Teil präzisiert. Dies geschah vor allem in der laufenden Auseinandersetzung mit den Leistungserbringern.

Indikationskriterien für die modulare Kombinationsbehandlung

Die MoKo ist besonders geeignet für:

Institutionsgewohnte Patienten

Patienten, die in ihrem bisherigen Lebensverlauf institutionsgewohnt/-sozialisiert sind, das heißt sich in einem vorgegebenen institutionellen Regelrahmen gut anpassen können. Sie werden dort von den Behandlern gewöhnlich gut bewertet und bekommen im Abschlussbericht positiv wertschätzende Kommentare für ihre Anpassungsbereitschaft und werden als leistungsfähig bewertet. In der komplexen sozialen Realität außerhalb der Institution scheitern sie dann jedoch.

Selbstüberschätzer

Versicherte, die sich im stationären Setting schon nach kurzer Zeit selbst überschätzen und schon nach wenigen Tagen einen hohen Grad an Autonomie zeigen. Sie helfen anderen Patienten, stehen Therapeuten zur Seite und produzieren mit ihren Mitpatienten und mit ihren Therapeuten Auseinandersetzungen und Konflikte, bilden manchmal auch oppositionelle Gruppen innerhalb der Einrichtung. Auf dem Hintergrund der Konflikte und Auseinandersetzungen brechen sie oft gegen ärztlichen Rat die Behandlung ab oder unterbrechen sie.

Therapieabbrecher

Das sind Patienten, bei denen Therapieabbrüche aus anderen als den vorgeannten Gründen in ihrer Vorgeschichte häufiger aufgetreten sind, bei denen aber zu überlegen gewesen wäre, ob die Fortführung der Therapie in einem anderen Setting statt eines Abbruches eine produktivere und zielführendere Variante gewesen wäre. Bei den Therapieabbrechern ist bei genauer Analyse des Abbruchgeschehens oft unklar, worin die Ursache lag. Häufig scheint ein zu starrer Anpassungsdruck auf der Ebene der Normen und Regelungen bzw. der Unflexibilität der Behandler vorzuliegen.

Kurzfristig stabile Patienten

Hier handelt es sich um Versicherte, die über die Fähigkeit verfügen, kurzfristig stabil abstinent leben zu können, die jedoch langfristig instabil werden, das heißt eine zunehmend schwerer zu bewältigende Abstinenzunterbrechung

absolvieren. Es handelt sich um Menschen, denen es schwer fällt, ihre Probleme mittelfristig zu antizipieren und sich mit ihnen auseinander zu setzen. Diese Patienten müssen demzufolge über einen längerfristigen Zeitraum behandelt werden. Bei ihnen kommt es darauf an, die im stationären Setting erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhaltensweisen langfristig und stabil in den Alltagskontext dadurch zu übertragen, dass sie zusätzliche ambulante Möglichkeiten zur Rehabilitation erhalten. Die in den stationären Modulen erarbeiteten Bewältigungsstrategien sind in der ambulanten Phase zu erproben, um sich im Alltag zu integrieren, um im Alltag mit den neuen Verhaltensmustern stabil und zufrieden leben zu können.

Kleinster gemeinsamer Nenner

Hier handelt es sich um Patienten, die zunächst nicht davon zu überzeugen sind, dass für sie eine stationäre Therapie notwendig ist und die unbedingt auf eine alleinige ambulante Therapie bestehen. Sie sollten aus diesem Grund nicht als unmotiviert oder als Verweigerer abgewertet werden. Mit ihnen kann stattdessen folgendes therapeutisches Abkommen geschlossen werden:

Sie beginnen mit einer ambulanten Therapie – allerdings im Rahmen eines MoKo-Antrages und können diese so lange durchführen, wie ihre eigenen Ressourcen hierzu ausreichen. Sollte dies einmal nicht der Fall sein, das heißt gibt es zum Beispiel schwerwiegende Abstinenzunterbrechungen, sind sie eingeladen und aufgefordert, die Therapie unter Nutzung des im ambulanten Rahmen zuvor Erreichten im stationären Rahmen fortzusetzen. Damit kann vermieden werden, autonome Handlung und Einstellung von Patienten zu pathologisieren, und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen können durch Erleben wirksam gestärkt werden. Wenn ihre eigenen Einschätzungen über die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen sich als nicht zutreffend erweisen sollten, müssen sie sich nicht als Versager und Verlierer abgewertet fühlen oder dies befürchten, sondern verabreden einfach die Therapieform, die als nächste am wirksamsten erscheint, ohne einen neuen Antrag stellen zu müssen.

Scham- und schuldbelastete Persönlichkeiten

Das sind Patienten, die sich im Laufe ihrer Erkrankung als scham- und schuldbelastet erweisen. Sie haben es deshalb häufig schwer, sich in den verschiedenen Stationen des Hilfe- und Unterstützungsangebotes immer wieder mit ihrem Anliegen an jeweils andere Personen zu wenden, weil sie wegen ihrer spezifischen Scham- und Schuldbelastung befürchten, jeweils erneut negativ bewertet zu werden – so wie sie es selbst für sich tun. Wegen dieser

antizipierten Erfahrung und Erwartung wenden sie sich nach einer Beratung entweder keiner Behandlung zu oder treten eine weitere erforderliche und verabredete Behandlung, etwa eine ambulante Weiterbehandlung oder eine Adaption nicht an, selbst, wenn sie eine Form der Rehabilitation, zum Beispiel die stationäre sogar schon regulär abgeschlossen haben. Häufig reichen dann die dort erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten, teilhabeorientiert zu handeln, unter der Belastung des Alltags nicht aus. Die Patienten wenden sich dann wegen ihrer Scham- und Schuldbelastung weder an eine Selbsthilfegruppe noch an andere Formen des Hilfesystems, werden instabil, erleiden Abstinenzunterbrechungen und eine erneute Belastung mit Scham und Schuld. Scham- und Schuldbelastung ist durch Testverfahren gut zu messen.

Selbstunsichere Persönlichkeiten

Selbstunsichere Rehabilitanden sind dadurch gekennzeichnet, dass sie sich unaufgefordert nicht gerne zu sich selbst äußern, unschlüssig sind und zögernd bei der Planung und erst recht bei der Umsetzung auch von unbedingt erforderlichen und an und für sich rational als richtig und zielführend für sich als nützlich erkannten Vorhaben. Sie schieben diese vor sich her, ringen mit sich und wenden sich damit nur ungern an andere. Werden sie aber von Personen ihres Vertrauens aufgefordert und begleitet, z. B. beim Wechsel von einer Therapieform zur anderen, dann fällt es ihnen leicht, das als richtig Erkannte zu ihrem Nutzen anzuwenden und umzusetzen.

Auch Selbstunsicherheit kann mit Test-Verfahren gut erfasst werden.

Sozialstrukturelle Indikationen

Indikationen können sich auch aus den sozialstrukturellen Bedingungen der Lebensumstände der Patienten ergeben. Dies kann die Arbeitssituation sein oder die Situationen, die sich aus sozialen Verpflichtungen wie, z. B. der Pflege von Angehörigen, ergeben und die daher eine langzeitstationäre Rehabilitation nicht zulassen, sondern nur unter der Bedingung, dass sich das rehabilitative System maximal flexibel auf die Umstände der sozialstrukturellen Bedingungen des Lebens des Patienten einlässt.

Generell gilt, wenn Patienten mit dem ambulanten Modul beginnen oder ein ambulantes Modul nach anderen Formen weiterführen, muss jeweils das soziale Feld über so viel stabilisierende und unterstützende Funktionen nachweislich verfügen, dass diese Form der Behandlung möglich ist. Ebenso muss die Wohnsituation stabil vorhanden sein und eine ausreichende Abstinenzfähigkeit unter der Bedingung der gegebenen Behandlungsfrequenz.

7 Reflektion und Handlungsempfehlungen

Unter Rückbezug auf die Fragestellungen der Studie spiegeln die zentralen Ergebnisse Folgendes: die Einführung der *Modularen Kombinationsbehandlung* darf insbesondere vor dem Hintergrund der *therapeutInnen- wie klientInnenseitigen Akzeptanz des Konzeptes*, des *fruchtbaren Qualitätsentwicklungsprozesses* und der *kurzfristigen Behandlungsergebnisse* als *Erfolg* bezeichnet werden.

Insbesondere die Antrittsquote der Gesamtmaßnahme, die stationäre Antrittsquote sowie die erfolgreichen Behandlungswechsel stationär-ambulant verdeutlichen die solide *Absicherung der Behandlungsübergänge*. Zugleich verdeutlicht diese ausgewiesene positive Behandlungsqualität, dass Kombinationsbehandlungen durch das erfolgreiche Übergabemanagement bei der Rentenversicherung auch finanzielle Einsparungen erwarten lassen dürfen.

Speziell die *hohen Durchführungsquoten der Übergabegespräche* (92% Wechsel stationär-ambulant) und *der BEG* (84%) besitzen hier eine Bedeutung: Mittels der flächendeckenden Umsetzung der Übergabegespräche und Belastungserprobungsgruppe konnte eine deutliche Minderung bekannter Schnittstellenproblematiken in Rehabilitationsverfahren erreicht werden. Die Befragungsergebnisse zeigen klientenseitig sowohl qualitativ als auch quantitativ eine deutliche *Reduktion der Schwellenangst*. Insofern reflektieren auch die Ergebnisse zur Realisierung der Sondermodule die erfolgreiche Umsetzung von Kooperation und Zusammenarbeit. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass *Kooperation und Verbundarbeit* immer auch mit einem *erhöhten Arbeitsaufwand* und persönlichem Engagement verbunden sind, ist dieses *Ergebnis bemerkenswert* und sollte deutlich unterstrichen werden.

Die bisherigen Ausführungen und die Ergebnisse insbesondere des Qualitätsentwicklungsprozesses (vgl. Kapitel 3) zeigen jedoch auch, dass *Kooperation und Verbundarbeit* als *ständig im Prozess* befindliche Aspekte verstanden werden müssen, die einen weiteren Austausch erfordern.

Insofern sollen im Folgenden *Konsequenzen aus den zentralen Ergebnissen* der Studie abgeleitet werden, um den zukünftigen Qualitätsentwicklungsprozess der Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund über die Projektphase hinaus zu bereichern und der Praxis Impulse

zur Optimierung der Verbundarbeit und Kombinationsbehandlung stiften zu können.

Außerdem werden *Perspektiven für die weitere Forschungspraxis* formuliert: Fragestellungen, die sich aus den Ergebnissen der Studie ergeben, sowie weiterreichende Erkenntnisinteressen, die zur Bereicherung der wissenschaftlichen Diskussion beitragen und handlungsleitend für weitere Projekt- und Forschungsinitiativen sein können.

7.1 Die Komplexität der Kooperation und Behandlung Verbundstruktur

Die Fülle und der Umfang der im Rahmen des Qualitätsentwicklungsprozesses (vgl. Kapitel 3) gemeinsam mit allen Verbundpartnern bearbeiteten Aspekte lässt den Schluss zu, dass die *Größe des Kooperationsverbundes* sowie die Anzahl der involvierten Einrichtungen und personellen Entscheidungsträger einen maßgeblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Verbundes ausüben. Je größer und verzweigter die Verbundstruktur, desto kleinschrittiger werden Ergebnisse erzielt und Vereinbarungen für die Praxis umsetzbar. Modellprojekte sind aufgrund der zahlreichen Neuerungen und Komplexitäten sinnvoller Weise in ihrer Verbundstruktur in einem überschaubaren Rahmen zu halten.

Im Interesse eines intensiven und zielgerichteten Qualitätsentwicklungsprozesses erwies sich die Beschränkung der LenkungsgruppenteilnehmerInnen auf „nur“ einen Teil der LWS-plus-Externe-Verbundpartner als zweckmäßig. Den LenkungsgruppenteilnehmerInnen kam dabei zu jeder Zeit eine Multiplikatorenfunktion zu. Die Weiterleitung von Lenkungsgruppenprotokollen an den Gesamtverbund oder aber die gegenseitige Information im Rahmen der „QZ/Intravison“ sorgte dafür, dass alle Kooperationspartner des Gesamtverbundes fortwährend auf dem aktuellen bzw. gleichen Stand waren.

Gleichzeitig hat es sich für die Entwicklung neuer Verfahren häufig als sinnvoll erwiesen, ausgehend von der Lenkungsgruppe *Unterarbeitsgruppen* zu ausgewählten Thematiken zu bilden. Über die Bildung von Arbeitsgruppen wie beispielsweise der AG Datenschutz und AG Berichtswesen konnten zeitnah praxisrelevante Ergebnisse erzielt und über die gemeinsamen zentralen Gremien der Lenkungsgruppe und des Qualitätszirkels in den großen Kreis des Verbundes weiter getragen werden. Wesentlich erscheint, dass durch Vertretungssituationen oder Untergruppen die Prozesse der Meinungsbildung aller und die Haltungen und Wahrnehmungen einzelner nicht übergangen

werden und „Minderheiten“ stets die Möglichkeit gelassen wird, sich konstruktiv einzubringen.

Praxis der Übergabegespräche

Die PatientInnenorientierung stellt ein wesentliches Moment der MoKo dar. Die aktuelle Praxis zur Durchführung der Übergabegespräche – eine Person ist zuständig für die Gesamtheit der Übergabegespräche – soll an dieser Stelle nochmals aufgegriffen werden. Diese praktische Umsetzung ist *organisatorisch und arbeitsökonomisch* motiviert und bietet diesbezüglich deutliche *Vorteile*. Mit Blick auf die PatientInnen werden jedoch *qualitativ Nachteile* sichtbar, die mit der *Auflösung des BezugstherapeutInnensystems* an dieser Stelle der Behandlung begründet werden. Obgleich die Übergabegespräche quantitativ eine überwiegend positive Bewertung erfahren, sollten die oben beschriebene Problematik im Blick behalten werden: Insofern ist vorzuschlagen, die für die Übergabegespräche zuständigen stationären TherapeutInnen, bei anstehendem Behandlungswechseln stärker in den therapeutischen Prozess der einzelnen KlientInnen einzubinden oder bspw. regelhaft als Co-TherapeutInnen zu beteiligen. Zudem sollten die KlientInnen rechtzeitig über die personelle Konstellation im Rahmen der Übergabe informiert werden, um Irritationen für den Informationsaustausch im Rahmen des persönlichen Übergabegesprächs vorzubeugen. Solcherlei Bemühungen sind gerade vor dem Hintergrund der hohen Durchführungsquote der persönlichen Übergabegespräche und der positiven Bewertungen sowie Effekte auf die Behandlungsfortsetzung unterstützenswert, da sie zu einer weiteren Optimierung der Behandlungsqualität – im Speziellen der Minderung der Schnittstellenproblematik – beitragen können.

Realisierung der BEG

Hinsichtlich der Realisierung der BEGs wurde deutlich, dass die Teilnahme an der BEG bei ggf. weiten Entfernungen zwischen Fachklinik und behandelnder Fachambulanz mit großem zeitlichem Aufwand für den Klienten/die Klientin verbunden sein kann. Die Terminierung der Gruppentherapie in den frühen Abendstunden kann beispielsweise dazu führen, dass eine Rückkehr in die Klinik am selben Abend für den Klienten/die Klientin logistisch nicht mehr umsetzbar ist. Der Besuch der Belastungserprobungsgruppe kann damit zu einer „doppelten Belastungserprobung“ auch hinsichtlich der Abstinenzstabilität werden, auf die die KlientInnen vorbereitet werden müssen. Insofern sind bei der Realisierung der BEG die *Bedingungen der Infrastruktur* in den Blick zu nehmen.

In der Implementierungsphase der MoKo wurde deutlich, dass die Durchführung der BEG einen engen Austausch der beteiligten Fach- und Tagesklinik mit den Fachambulanzen erfordern: Zwischen den beteiligten BehandlerInnen sind individuell, d. h. je KlientIn Erwägungen über die Teilnahme an der BEG und die Häufigkeit dieser abzustimmen, da eine Teilnahme stets auch die Nichtteilnahme an einem therapeutischen Angebot der (tages-)klinischen Einrichtung bedingt. Hinzu kommt, dass die KlientInnen die Distanzen zwischen den Einrichtungen, in der Regel mit öffentlichen Verkehrsmitteln, überwinden müssen. Für die an der Begleitforschung beteiligten Einrichtungen lagen die gemäß Routenplaner ermittelten Entfernungen zwischen 12 km (Fachambulanz Wolfenbüttel – Tagesklinik Braunschweig) und 85 km in der Spitze (Fachstelle Garbsen – Fachklinik Erlengrund).

	Tagesklinik Lukas- Werk (km/Std)	Fachklinik Erlengrund (km/Std)
Fachambulanz Braunschweig		39,4 km / 0:40 Std.
Fachambulanz Wolfenbüttel	12,4 km / 0:15 Std.	30,2 km / 0:40 Std.
Fachambulanz Goslar	45,7 km / 0:47 Std.	18,4 km / 0:28 Std.
Fachambulanz Helmstedt	49,3 km / 0:37 Std.	84,2 km / 1:05 Std.
Fachambulanz Northeim	84,6 km / 0:54 Std.	54,4 km / 0:52 Std.
Fachambulanz Wolfsburg	40,5 km / 0:35 Std.	75,4 km / 1:03 Std.
Fachstelle Hannover, Burgstraße (DW)	70,9 km / 0:57 Std.	63,7 km / 1:01 Std.
Fachstelle Hannover, Gruppenstraße (Caritas)	70 km / 0:56 Std.	75,4 km / 0:59 Std.
Suchtberatung für Frauen Hannover (DW)	70,9 km / 0:57 Std.	63,7 km / 1:01 Std.
Fachstelle Garbsen (Caritas)	80,4 km / 0:53 Std.	84,8 km / 1:03 Std.

Abb. 177 Synopse

Vor dem Hintergrund der intensiven Nutzung und positiven Bewertung des Sondermoduls BEG in der Modellgruppe, können die gegebenen verkehrstechnischen Anbindungen zwischen den Kooperationseinrichtungen und

speziell zur Tagsklinik in Braunschweig und zur Fachklinik in Salzgitter-Ringelheim als hinreichend gut bewertet werden.

Dennoch erscheinen *Initiativen zu einer Weiterentwicklung und Optimierung* des Sondermoduls unter der Perspektive „Indikation für die BEG“ – *wann erscheint eine BEG sinnvoll, wann ist von ihr abzuraten* – sowie die Beachtung der individuellen infrastrukturellen Voraussetzungen lohnenswert, da mit Blick auf die Gesamtheit der regionalen Therapieverbände nicht verallgemeinernd von gleichen Bedingungen auszugehen ist. Diese variierenden regionalen Strukturen müssen bei der Begutachtung der BEG und ihrer assoziierten positiven Effekte auf den Antritt der ambulanten Weiterbehandlung beachtet werden.

Durchführung der Intravisionen

Für die Durchführung der *Intravisionen* im Rahmen der Qualitätszirkeltreffen mussten im Laufe der Zeit und mit steigender Fallzahl andere Organisationsformen erprobt werden. Das hohe Fallaufkommen im Verbund führte zu einer Überlastung der Qualitätszirkelsitzungen, der zum einen mit der Entwicklung eines Kriterienkataloges zur Prioritätensetzung begegnet wurde: Bevorzugt werden beispielsweise KlientInnen besprochen, die sich in Krisen befinden oder die kurz vor einem Behandlungswechsel stehen. Zudem wird der QZ während der Intravision in Untergruppen geteilt, um das erhöhte Fallaufkommen konstruktiv bearbeiten zu können.

Diese Praxis kann als ein gelungenes und *pragmatisches Beispiel zur organisatorischen Lösung einer Problematik*, die im Qualitätsentwicklungsprozess besondere Bedeutung erlangte, verstanden werden. Im Kontext der Qualitätszirkelarbeit ungelöst bleiben die Schwierigkeiten der Teilnahme von VertreterInnen aus kleinen Fachambulanzen mit geringem Fallaufkommen: der Stundenausfall. Eine Beteiligung kann von kleinen Fachambulanzen mit begrenzten Fallzahlen finanziell und personell schlechter kompensiert werden, bezieht man ein, dass die Kooperationsarbeit den Ausfall oder eine Kompensation des üblichen Behandlungsangebotes in der eigenen Einrichtung bedingen und die Wege im Verbund – Einrichtungen der Modellgruppe liegen zum Teil 85 Kilometer auseinander (vgl. Abbildung 139) – zu hohen Fahrtzeiten führen.

Da die Fallbesprechungen konzeptionell als positiv für den Behandlungsverlauf sowie die Kooperation bewertet werden, sollten Möglichkeiten erörtert werden, *Intravisionen in Ausnahmefällen* beispielsweise auch im Rahmen *telefonischer* Gespräche zu realisieren. Insbesondere für kleinere Fachambu-

lanzen mit geringerem Fallaufkommen wäre dies eine organisatorische und personelle Erleichterung, um den als lohnenswert bewerteten Austausch und den antizipierten positiven Effekt für die Gesamtbehandlung verfolgen zu können. Zu erwägen ist außerdem, die *Intravision* und damit die klientenbezogenen Fallbesprechungen grundsätzlich *von der Qualitätszirkelarbeit* – also der notwendigen inhaltlichen Fokussierung auf Kooperations- und Verbundaspekte – *zu lösen* und *neue Vergütungsmodalitäten* einzuführen, die sowohl die individuellen Fallbesprechungen als auch die gemeinsame Kooperationsarbeit abgelten. Insbesondere die Erfahrungen in der gemeinsamen Lenkungsgruppenarbeit (vgl. Kapitel 3.1 und 4.4), in der die Erfordernisse der Zusammenarbeit und die Qualitätsentwicklung der Verbundarbeit im Zentrum standen, legen nahe, dass VertreterInnen von regionalen Therapieverbänden vorrangig Verfahrensfragen und Prozessgestaltungen miteinander austauschen müssen. Eine effektive Diskussion individueller Falldynamiken erscheint vor diesem Hintergrund zunächst im Kreis der beteiligten BezugstherapeutInnen sinnvoll. Im Interesse der Vermittlung einer Quintessenz und Generalisierung der individuellen Fallbesprechungen können diese Erörterungen als Beitrag zur Qualitätsentwicklung fortlaufend in den Kreis der Verbundpartner zurückgespiegelt werden.

Flexibilität ambulanter Rehabilitation

Der Auftrag und die Möglichkeiten ambulanter Rehabilitation stehen im Fokus, wenn eine passgenaue und individuelle Behandlung auch im ambulanten Setting antizipiert wird. Die im Qualitätsentwicklungsprozess und in der qualitativen Interviewstudie kommunizierte *Problematik der Schichtarbeit* veranschaulicht *eine spezifische Flexibilitätsgrenze der ambulanten Behandlung*. Der Ansatz der PatientInnenorientierung und Behandlungskontinuität kollidiert hier mit strukturellen Gegebenheiten: Eine regelmäßige Teilnahme an der Gruppentherapie kann durch die Erwerbstätigkeit im Schichtarbeitssystem eingeschränkt werden. Die dadurch bedingte geringere Therapiedichte steht u. U. einer gewünschten weiteren Stabilisierung nach der stationären Behandlung und der kontinuierlichen Begleitung im Lebensalltag entgegen. Ideal im Sinne einer maximal flexiblen Behandlung wären hier veränderbare terminliche Organisationsformen der ambulanten Rehabilitation, wie bspw. eine Gruppenbildung gemäß Schichtsystemzugehörigkeit. Mit Blick auf die individuelle Belegungsstruktur in den Einrichtungen könnten sich hier Potentiale für eine Förderung der Behandlungskontinuität ergeben.

Darüber hinaus ist eine längerfristige und kontinuierliche ambulante Behandlung auch bei entsprechend geringer Frequentierung möglich, sofern der einjährige Behandlungszeitraum geöffnet wird. Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover hat in diesem Kontext bereits eine Anpassung der Behandlungskonzeptionen vorgenommen (vgl. dazu auch den nächsten Abschnitt).

Verwaltungsverfahren in der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Die Ergebnisse der Begleitforschung, aber insbesondere auch vielfach geführte Diskussionen in der Lenkungsgruppe oder auf Fachveranstaltungen zeigten, dass der 52-Wochen währende Behandlungszeitraum der Modularen Kombinationsbehandlung weitestgehend als ausreichend eingeschätzt wird.

Auch unter der Perspektive des Verwaltungsverfahrens und der versicherungsrechtlichen Bedingungen zeigen die Ergebnisse der Modellstudie, dass sich der *einjährige Behandlungszeitraum bewährt* hat. Die im Antragsverfahren in der Prospektiven Therapieplanung angestrebte und erstmals festgelegte Abfolge der Prospektiven Therapieplanung wird in den meisten Fällen durchgehalten. Zu erörtern ist auf Seiten des Leistungsträgers, ob aufgrund dieses weitgehend als regelhaft verlaufenden Verfahrens auf Änderungen der Prospektive Therapieplanung im Verlauf der Behandlung verzichtet werden kann, sofern die antizipierten Module in Dauer und Umfang nicht überschritten bzw. „nach oben“ ausgeweitet werden. Ggf. ließe sich durch die *Kombination von Prospektiver Therapieplanung und Wechselmitteilung* eine Verfahrensoptimierung und *Verschlankeung des Verwaltungsverfahrens* sowohl für die Leistungsanbieter als auch den Leistungsträger erzielen.

Im Projektverlauf bereits realisiert wurde eine Vereinfachung der Berichtserstellung. Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover verzichtet inzwischen auf die inhaltliche Begründung bei nicht intendierten Wechseln zwischen den Modulen und hat den ursprünglich geltenden „Zwischenbericht/Kurzbericht“ abgeschafft.

Mit Blick auf den 52-wöchigen Behandlungszeitraum ist im Zusammenhang des Verwaltungsverfahrens noch einmal herauszustellen, dass der *einjährige Behandlungsrahmen in Einzelfällen* (vgl. dazu den voran stehenden Abschnitt) *unzureichend* sein kann, um einen entsprechenden Therapiefortschritt zu erreichen. Im Projektverlauf wurde auf diesen Umstand seitens der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover reagiert und es konnten die Modalitäten dafür geschaffen werden, in begründeten Ausnahmefällen im

Anschluss an die MoKo eine *Nachsorgebehandlung* in Anspruch zu nehmen. Mit dieser Regelung wurde zugleich eine erste *Verfahrensvereinheitlichung zwischen den beiden derzeit in Niedersachsen existierenden Rahmenkonzepten für Kombitherapien MoKo und EVS erreicht*, da auch die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen dieses Vorgehen verabschiedet hat. Weitere Entwicklungen dieser Art sind im Interesse der Verfahrensvereinfachung und einem schlanken Verwaltungsverfahren sowohl auf Seiten der Leistungsanbieter als auch der Leistungsträger zu befürworten.

Von Vorteil wäre zusätzlich die Einrichtung einer (möglichst elektronisch gestützten) *Informationsplattform für alle Therapieverbände im Internet*, über die Veränderungen des Rahmenkonzeptes, aktuelle Informationen sowie der jeweils gültige Formularsatz für die Leistungsanbieter verfügbar wären. Die AG Devianz hat mit der Bereitstellung des Vorlagen-Readers auf dem Oldenburger Publikationsserver (vgl. www.oops.ibit.uni-oldenburg.de/volltexte/incoming/2008/26) unter dieser Perspektive einen ersten Schritt getätigt. Die weiteren Entwicklungen im Kontext der MoKo erfordern jedoch auch künftig einen kontinuierlichen Informationsaustausch und -fluss. Die Nutzung moderner, elektronischer Kommunikationsmittel dürfte vor dem Hintergrund der gesetzlichen Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (SGB VI) auch für die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover eine Option darstellen, möglichst unkomplizierte und effiziente Verfahren zu gestalten.

Als wesentlich auch für die Überwachung des Antrags- und Bewilligungsgeschehen im Kontext der Modularen Kombinationsbehandlung kann die Einführung der KTL-Verschlüsselungsoptionen für die MoKo-Sondermodule „Übergabegespräch“, „QZ/Intravision“ und „Belastungserprobungsgruppe“ angesehen werden. Ein umfassendes Controlling wie auch weiterführende Erfolgskontrollen der Modularen Kombinationsbehandlung sind jedoch nur über die Prüfung spezifischer Maßnahmedaten (Art, Häufigkeit und Dauer der Module; Versichertenstatus am Anfang und ein Jahr nach Abschluss der Behandlung usw.) möglich. In diesem Kontext sollten sowohl Controllinginstrumente sowie *Routinedokumentation*, wie z. B. die Reha-Statistiken der Deutschen Rentenversicherung, aber auch *Standarddokumentationssysteme* der Leistungserbringer auf die Modalitäten *kombinierter Rehabilitationsangebote* abgestimmt und durch Kombi-Parameter ergänzt werden.

Case-Management und Verwaltungsverfahren

Die neu geschaffene Funktionsstelle der Case-ManagerInnen ist im Rahmen des Modellprojekts in den Sekretariaten der Fachambulanzen angesiedelt und inhaltlich ausgestaltet worden. Das Ziel der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, zentrale AnsprechpartnerInnen zu den in Behandlung befindlichen Versicherten zu haben, konnte realisiert werden.

Im Rahmen der Implementierung der MoKo kam es zu entscheidenden Neuerungen und Veränderung von Verwaltungsverfahren, deren Ausführung in der Zuständigkeit der Case-ManagerInnen verortet war (vgl. dazu Kapitel 3.2 und 4.3). Mit der „*Leistungsbeschreibung Case-Management*“ (vgl. dazu Kapitel 3.2) wurde eine transparente und abgestimmte Verfahrensweise für das Case-Management festgelegt und allen Case-ManagerInnen eine Arbeitsgrundlage für die Zusammenarbeit im Rahmen der MoKo ausgehändigt.

Es darf in diesem Kontext allerdings nicht aus dem Blick verloren werden, dass das Case-Management einrichtungsintern umgesetzt wird und dementsprechend einrichtungsinterne Strukturen berücksichtigt werden müssen.

Aufgrund der heterogenen Gegebenheiten ambulanter Einrichtungen sind *umfassende und verbundweit geltende Vorgaben nicht zweckmäßig* und deshalb bspw. auch nicht in der Leistungsbeschreibung definiert. Wesentlich ist hier außerdem, dass ambulante wie auch stationäre Einrichtungen an verschiedenen Therapieverbänden beteiligt sein können und insofern über das Case-Management hinaus Unterschiede in der Umsetzung der MoKo anzunehmen sind. Dieser Sachverhalt verweist darauf, wie komplex die Regelungserfordernisse für einzelne Case-ManagerInnen ausfallen können. Ein effizientes Case-Management hängt insofern vielmehr davon ab, inwiefern einrichtungsspezifisch und teamintern konkrete Abstimmungen über die notwendigen Prozesse vorgenommen werden. D. h., die Implementierung des Case-Managements muss – im Sinne des internen Qualitätsmanagements – durch das *gesamte Behandlungsteam* begleitet und fortwährend hinsichtlich der Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Erfordernisse reflektiert werden.

Die Ergebnisse der Case-Managementbefragung (vgl. Kapitel 4.3) geben Hinweise darauf, welchen Aspekten in diesem Kontext besondere Aufmerksamkeit zu widmen ist:

Schwierigkeiten im Bereich des Case-Managements zeigten sich bspw. aufgrund *mangelnder Kommunikation der Behandlungsbeteiligten*: Der als un-

zureichend eingeschätzte Austausch ist u. a. dadurch bedingt, dass versetzte Arbeitszeiten und Teilzeitarbeitsverhältnisse oder aber die räumliche Situation den Informationsfluss lähmen. Die Ergebnisse der CM-Befragung betonen insbesondere die persönlichen Kontakte und Möglichkeiten im Kontext der Informationsweitergabe. Da diese als mangelhaft angesehen werden, müssten Überlegungen zu einer Veränderung der persönlichen Kommunikationsstrukturen angestrebt werden oder aber non-personale und zeitunabhängige Informationsweitergaben noch einmal geprüft werden. Ggf. sind die existierenden Hürden hier durch elektronische bzw. schriftliche Informationsweiterleitung zu überwinden.

U. U. kann diesen Schwierigkeiten mit einer veränderten Ausgestaltung der Case-ManagerInnen-Funktion entgegengewirkt werden: Denkbar ist, wie aus anderen Verbänden bekannt, eine *Ansiedelung des Case-Managements beim Einrichtungsleiter*. Mit Blick auf die zentrale Aufgabe des Case-Managements, jederzeit über den Stand der Therapie sowie die weitere Planung Auskunft geben zu können, darf angenommen werden, dass die Einrichtungsleitung ohnehin Kenntnis über die aktuellen Verläufe besitzt und insofern zielgerichtet einer etwaigen Anfrage seitens der Behandlungspartner oder des Leistungsträgers begegnen kann.

Optimierungspotential für das Sondermodul Case-Management wird auch in folgender Hinsicht deutlich: Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass das *Case-Management in der Modularen Kombinationsbehandlung keine therapeutisch inhaltliche Fallbegleitung*, wie in der Methodik der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik begründet (vgl. Brinkmann 2006; Löcherbach u. a. 2003; Wendt/Löcherbach 2006), impliziert. Vielmehr stellt es ein Verwaltungsmanagement im Sinne koordinierender Aufgaben zum individuellen Fall. Hier könnte durch eine veränderte Bezeichnung dieser Funktionsstelle mehr Klarheit zum Aufgabenbereich geschaffen werden. Die Bezeichnung „*Reha-KoordinatorIn*“ wäre hier im bisherigen Aufgabenzuschnitt treffender.

Eine weitere Optimierungsvariante für das Case-Management böte sich durch eine *grundsätzliche Modifikation des Rahmenkonzeptes*: Das Case-Management in der MoKo könnte auch zu einer zentraleren Steuerungsfunktion für den gesamten Prozess der therapeutischen Dienstleistung entwickelt werden. Eine Ausübung des *Case-Managements durch den Bezugstherapeuten/die Bezugstherapeutin* könnte so – im Sinne des sozialpädagogischen Konzeptes (vgl. vgl. Brinkmann 2006; Löcherbach u. a. 2003; Wendt/Löcherbach 2006) – sowohl verwaltungsseitige als auch therapeutische Leistungen integrieren.

Im Kontext der Qualitätsentwicklung der Modularen Kombinationsbehandlung sollte dem Case-Management weitere Aufmerksamkeit gewidmet werden: wie verhält sich die Kosten-Nutzen-Beziehung, lässt sich der Ertrag durch die Ausübung des Case-Managements für den therapeutischen Gesamtprozess bzw. direkt für die PatientInnen ausbauen? Die Anerkennung des „Prozesshaften“ der Modularen Kombinationsbehandlung bietet mit Blick auf die vielfältigen administrativen und behandlungsbezogenen Erfordernisse im Rahmen eines kombinierten Rehabilitationsverfahren Möglichkeiten das Case-Management weiter auszugestalten bzw. zu optimieren.

Konkurrenz und Kooperation

Einrichtungen der Suchthilfe stehen in Zeiten der zunehmenden *Privatisierung und Ökonomisierung des Gesundheitswesens* verstärkt unter dem Druck der *Konkurrenz um verknappte Ressourcen*. Konkurrenzen entstehen zwischen verschiedenen Leistungsanbietern sowie zwischen verschiedenen therapeutischen Settings (ambulant vs. stationär), aber auch zwischen verschiedenen Trägerinstitutionen mit jeweils ausdifferenzierten Behandlungsangeboten. Die Ebene der scheinbar gegensätzlichen Interessen von Leistungsträger und Leistungsanbieter bedingt dabei eine weitere ökonomische Verschärfung auf dem „Markt der Möglichkeiten“.

Die erfolgreiche Durchführung kombinierter Behandlungsangebote und die Kooperation im Rahmen der Verbundarbeit setzt Bemühungen voraus, *Konkurrenzen und gegensätzliche Interessenlagen zu minimieren* und im Sinne der gemeinsamen patientInnenorientierten Behandlung zu überwinden. Dieser Prozess des „*Aufeinanderzubewegens*“ gelang im Kontext des Modellprojektes nicht von heute auf morgen, mündete aber letztlich in einer „*Kultur der Kooperation*“, die von den beteiligten Leistungsanbietern und dem Leistungsträger als sinnstiftend und von Vorteil beschrieben wurde. Gerade diese Erfolge der modellhaften Umsetzung der MoKo sollten allen Beteiligten als Richtschnur oder Muster dienen, diese Kultur der Kooperation auch weiterhin zu pflegen und zu etablieren, um die Implementierung der kombinierten Behandlung auch nachhaltig zu sichern.

Angesichts der positiven Erfahrungen mit der Zusammenarbeit im Rahmen des Modellprojektes sollten auch vor dem Hintergrund der leistungsträgerseitigen Fokussierung auf die Kostenentstehung im Kontext der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen Initiativen zur *Kooperation auf Ebene der Frühinterventionen*, z. B. in der Zusammenarbeit mit Betrieben, mit der Unfallversicherung, der Berufsgenossenschaft sowie den

Krankenkassen, vorangetrieben werden. Eine frühzeitige Einleitung der Rehabilitation kann durch Kooperation und Zusammenarbeit – wie im Kontext der Integrierten Versorgung intendiert– sichergestellt werden und zu einer Optimierung der Behandlungserfolge beitragen.

Verkürzte stationäre Behandlungszeiten

Die Modulare Kombinationsbehandlung weist im Vergleich zur stationären Langzeitbehandlung *verkürzte stationäre Behandlungszeiten* auf. Dieser Aspekt wird im Rahmen des Qualitätsentwicklungsprozesses sowie in der qualitativen Studie aus stationärer Perspektive und aus verschiedenen Gründen *kritisiert*:

Eine starke Verkürzung der stationären Behandlungszeiten bedinge dabei für den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin auch eine *Reduzierung des tatsächlich realisierbaren therapeutischen Angebotes*. Die Garantie der Qualität und Vielfalt der Angebote im Rahmen der stationären Behandlung müsse jedoch im Zentrum stehen, um den Behandlungserfolg zu gewährleisten sowie den gesetzlichen Auftrag der medizinischen Rehabilitation, der durch die Rentenversicherung vorgegeben ist, zu erfüllen.

Hinzu kommt, dass im Kontext der MoKo und insbesondere im Bereich der BEG und Übergabegespräche zusätzlicher Zeitaufwand entsteht, der die stationären Behandlungszeiten weiter einschränkt.

Außerdem werden bei stark verkürzten Behandlungszeiten *organisatorische Schwierigkeiten im Klinikalltag* beschrieben. Die Organisation des Behandlungsplanes für den Patienten/die Patientin sei nur erschwert möglich, da insbesondere die indikativen Angebote in Struktur und zeitlichem Umfang *nicht unbegrenzt zu flexibilisieren* seien. Hier sollten Ideen zur Organisation entwickelt werden, um die Behandlungspläne und -angebote weiter maximal zu flexibilisieren. Leistungsträger wie -anbieter sollten sich mit Blick auf *Möglichkeiten und Schranken einer solchen Flexibilisierung* damit befassen, wo die Potentiale (teil-)stationärer Reha liegen. Vor dem Hintergrund des Anspruches, eine an den *individuellen Bedarfen orientierte Behandlung* sicherzustellen, sollte ein *flexibler Umgang mit der Behandlungszeit* in der Kombinationsbehandlung beibehalten werden. Studien zum Zusammenhang von Therapiedauer und Therapieerfolgen (vgl. Künzel, Sonntag, Bühringer 2001) lassen den Schluss zu, dass eine Verlängerung der Therapiezeit nicht automatisch zu besseren Behandlungsergebnissen führt. Wenngleich stark verkürzte Maßnahmen geringere Erfolgsquoten aufweisen, lässt sich mit Künzel, Sonntag und Bühringer belegen, dass eine geringfügige Reduktion

der Therapiedauer keine Einschränkungen in den Therapieerfolgen nach sich zieht.

Tendenzen zur Therapiezeitverkürzung aus ökonomischen Motiven dürfen jedoch keinesfalls die *PatientInnenorientierung* als zentrales Kriterium der Qualität einer Rehabilitationsmaßnahme tangieren.

Die Komplexität der Behandlung

Die voran stehenden Ausführungen lassen sich zusammenfassend verstehen als *Komplexität der Behandlung*. Dieses Phänomen, welches insbesondere in der gemeinsamen Lenkungsgruppenarbeit seine begriffliche Schärfung erhielt, beschreibt die Gesamtheit der zu bewältigenden Prozesse und Kooperationsfähigkeiten im Rahmen der Realisierung der Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund. Die Behandlung erweist sich dabei nicht nur aufgrund der Erfahrung von Umsetzungsproblemen und Schwierigkeiten in der praktischen Durchführung der Behandlung und der spezifischen MoKo-Sondermodule als *vielschichtig und unübersichtlich*, also als komplex. Vielmehr zeigt der große *Gesamtzusammenhang der Aufgaben und Anforderungen* im Kontext der Kombinationsbehandlung scheinbare Grenzen und Restriktionen auf, die sich in ihrem Zusammenspiel einer Problemlösung entziehen bzw. die Ausgestaltung von Routinen und optimalen Verfahrensweisen in der Praxis erschweren. Solcherlei Dilemmata oder Zwänge sind dabei häufig als Konsequenz der Kooperation zu verstehen. D. h. die Bewegung von Teilsystemen und VertreterInnen verschiedener Behandlungssettings und Professionen aufeinander zu, die Verknüpfung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten sorgt für eine neue Ebene an Hindernissen. Exemplarisch sei an dieser Stelle nochmals auf den Aspekt „Umsetzung des Case-Managements und Beteiligung an mehreren Therapieverbänden“ oder die bisher noch nicht vollständig auf die Erfordernisse der kombinierten Behandlung abgestellte Dokumentationsmöglichkeit der KTL (vgl. dazu Kapitel 3.1 in diesem Band) verwiesen.

In im Projektverlauf verbundintern wie extern geführten Diskussionen (vgl. dazu auch Kapitel Öffentlichkeitsarbeit in diesem Band) wurde sichtbar, wie diese Erfahrungen schließlich einer grundsätzlichen Vorstellung über den Nutzen der Vernetzung und Kooperation entgegenstehen und die Gewinne dieser konterkarieren können (vgl. Kapitel 3; insbesondere 3.2 und 3.9) obgleich die Ergebnisse der Studie auf Ebene der individuellen Erfahrungen von TherapeutInnen und insbesondere der PatientInnen ein ausgesprochen positives Bild zeichnen und den Aufwand als gerechtfertigt und der Sache

dienlich erscheinen lassen. Doch Erörterungen über *Komplexitätsgrenzen* nehmen in der alltäglichen Arbeit der an Verbundarbeit allgemein wie an MoKo im Speziellen Beteiligten verstärkt Raum ein (vgl. z. B. Kapitel 4.2) und könnten den Eindruck erwecken, dass die eigentliche Aufgabe – die medizinische Rehabilitation von Abhängigkeitskranken – zur Nebensächlichkeit generiert. Leistungsanbieter und auch Leistungsträger stellen sich die Frage – und werden sich vor diesem Hintergrund auch weiterhin fragen –, welcher *Aufwand* für die Behandlung *gerechtfertigt* erscheint. Entscheidungsleitende Perspektiven zur Beantwortung dieser Frage dürften, variierend nach Akteur und Zuständigkeitsbereich, auf Seite des Systems der Suchthilfe, der Region, der einzelnen Träger oder Einrichtungen, der finanziellen Rahmenbedingungen usw. zu finden sein.

Die Erfahrungen und Ergebnisse der Modularen Kombinationsbehandlung zeigen deutlich, dass, trotz des Wissens aller Beteiligter um die Komplexität der MoKo-Behandlung, mit der *Perspektive der PatientInnenorientierung* eine *Bewertungsgröße für das Verhältnis von Aufwand und Nutzen*, von Vor- und Nachteil, im Mittelpunkt der Kombi-Behandlung stand, die einen wesentlichen und unverzichtbaren Bestandteil einer modernen, qualifizierten Behandlung darstellt. Die *Erfolge*, die im Rahmen der gemeinsamen *Verbundarbeit* erreicht wurden, sollten auch weiterhin Anlass dafür sein, sich der Herausforderung von Verbundarbeit und Kooperation zu stellen und die Bedürfnisse und individuellen Erfordernisse der PatientInnen für einen erfolgreichen Verlauf der Behandlung als den eigentlichen Maßstab der Aktivitäten zu verstehen.

Vor diesem Hintergrund ist jedoch auch hervorzuheben, dass *Debatten um die Finanzierbarkeit von Leistungen im Gesundheitswesen* aktuell den politischen Gesundheitsdiskurs dominieren (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2004). Diese zunehmend verstärkte Diskussion um eine Verknappung finanzieller Ressourcen führt zu einer Fokussierung auf vorrangig ökonomische Aspekte (vgl. z. B. Breyer/Zweifel 1999; von der Schulenburg/Greiner 2000; Rothgang 1999), die – zwangsläufig – die Schwerpunktsetzung in die PatientInnenorientierung und Qualität der Behandlung tangiert (vgl. Rice 2004). Marktorientierte Perspektiven – das Spannungsfeld von Kosten, Nutzen und Effizienz – bedingen dabei Komplexitätsgrenzen, die auf Ebene der Leistungsanbieter schwer auflösbar sind. Eine *Erhaltung bzw. gar Steigerung der Qualität* im Bereich der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen sowie eine Orientierung an den Bedürfnissen und der Individualität des Patienten/der Patientin können nur auf *Grundlage einer entsprechenden*

Finanzierung erfolgen. Entscheidungen über die Vergütung einzelner Leistungen oder Sondermodule dürfen insofern nicht eindimensional getroffen werden.

Die Ergebnisse der Modellstudie und insbesondere auch die Ausführungen in diesem Kapitel verweisen auf das multifaktorielle Gefüge, welches sich mit der Moko verbindet. Die Beschneidung der finanziellen Ressourcen oder die Abschaffung spezifischer Sondermodule bspw. dürfte nicht ohne Einfluss auf die komplexen Zusammenhänge der MoKo insgesamt sein und könnte zu nicht-intendierten Konsequenzen führen und die bisher erreichten Erfolge und Entwicklungen gefährden. Insofern sollten, um einer Verschärfung der finanziellen Belastung der Leistungsanbieter, insbesondere der ambulanten Fachstellen, vorzubeugen, die *Finanzierungsmodalitäten der Modellphase* mindestens *beibehalten* werden.

Fortsetzung der Lenkungsgruppenarbeit mit dem Leistungsträger

Die erfolgreiche und nachhaltige Implementierung eines neuen Behandlungsangebotes setzt grundsätzlich die Abstimmung, Erprobung und ggf. Modifizierung von Verfahrenswegen voraus und ist als Prozess der Qualitätsentwicklung zu verstehen. Im Falle kombinierter Rehabilitationsmaßnahmen ergibt sich – wie oben deutlich gezeigt – zusätzlich ein erhöhter Abstimmungsaufwand auf Ebene der Kooperation der Leistungsanbieter. Mit Blick auf die routinierte und erfolgreiche Durchführung der Modularen Kombinationsbehandlung darf der *Qualitätsentwicklungsprozess* im Rahmen des Modellprojektes als äußerst *erfolgreich* bezeichnet werden.

In diesem Zusammenhang ist der *Lenkungsgruppenarbeit* entscheidende Bedeutung zu zuweisen, da sie als zentrales Gremium der Verbundarbeit und Kooperation die entscheidenden Abstimmungsprozesse förderte und die Qualitätsentwicklung damit elementar beeinflusste. Auch die Ergebnisse der Lenkungsgruppenbefragungen reflektieren die Effektivität der Lenkungsgruppenarbeit für die Kooperation. Gerade die Beteiligung des Leistungsträgers – der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover – an der Arbeit der Lenkungsgruppe wurde besonders hervorgehoben und von Beginn an als sehr sinnvoll und konstruktiv beschrieben: die kontinuierliche Auseinandersetzung im Rahmen des Qualitätsentwicklungsprozesses unterstützte neben der Aufrechterhaltung der Kooperationsbeziehungen im Verbund eine lösungsorientierte Diskussion sowie die Klärung von Fragen der Organisation und die Abstimmung von Verfahren.

Hervorzuheben ist, dass *auch der Leistungsträger* von den Ergebnissen der Lenkungsgruppenarbeit profitierte, denn die praktische Erprobung von Verfahren, die Anregung für Modifikationen des Rahmenkonzeptes sowie die direkt und offen geführten Diskussion konnten nachhaltig für die Festschreibung oder Weiterentwicklung von Verfahren genutzt werden. Gerade vor dem Hintergrund dieser positiven Erfahrungen, aber auch mit Blick auf die oben beschriebenen Komplexitätsgrenzen, die eine weitere kontinuierliche Auseinandersetzung mit den Prozessen und Begleitung durch den Leistungsträger nahe legen wenn nicht gar notwendig werden lassen, sollten Überlegungen zur *Fortsetzung der Lenkungsgruppenarbeit* über die Modellphase hinaus forciert werden. Auch die Ergebnisse der Studien zur EVS (Entwöhnung im Verbundsystem) (vgl. Tielking/Kuß 2003; Tielking/Ratzke 2004) reflektieren den Bedarf an sowie die Sinnhaftigkeit der Einbindung des Leistungsträgers über die modellhafte Implementierungsphase hinaus. Hier könnte ein ModeratorInnenkonzept zur flächendeckenden Versorgung der zurzeit sechs Verbände in der Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover mit *externen ModeratorInnen*, die für die Organisation und den Informationsaustausch zwischen den Verbänden sorgen nützlich sein. Auf diesem Wege könnte sichergestellt werden, dass der eingeschlagene Weg der Qualitätsentwicklung eine Fortsetzung findet.

Darüber hinaus wäre, um einen *möglichst breiten TeilnehmerInnenkreis* zu erreichen, eine Organisationsform denkbar, ähnlich wie sie mit der *Feed-Back-Runde* der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover im Mai 2007 realisiert wurde. Ein solches Gremium könnte alle Therapieverbände versammeln und mit einer Frequenz von mindestens einer Sitzung pro Jahr umgesetzt werden. Neben der Klärung von Verfahrensfragen sowie der Information zu konzeptionellen Entwicklungen sollten im Sinne eines Erfahrungsaustauschs „von der Praxis für die Praxis“ unter Einbeziehung des Leistungsträgers Diskussionen zur praktischen Umsetzung und daraus resultierenden Schwierigkeiten im Kontext der Kombinationsbehandlung und Verbundarbeit als zentrale Inhalte berücksichtigt werden. Mittels eines solchen Gremiums – und dies legen auch die positiven Erfahrungen mit der initiierten Feed-Back-Runde nahe – könnten weitere sinnvolle Effekte für die Qualität der Behandlung und Verbundarbeit erreicht werden.

7.2 Impulse für die Forschung

Aus den Ergebnissen der MoKo und den bisher diskutierten Zusammenhängen resultieren direkte Konsequenzen für die Forschungspraxis:

Das in Diskussionen um die Bewertung von Kombinationsbehandlungen viel diskutierte Thema der *verkürzten Behandlungszeiten* legt die drängende Frage nahe, wie sich verkürzte stationäre Laufzeiten auf den Behandlungserfolg auswirken bzw. ob mit einer Verkürzung der Laufzeit der Behandlungserfolges weiterhin zu sichern ist. Wenngleich mit Künzel, Sonntag und Bühringer (2001) erste Schritte zur Untersuchung solcherlei Fragen unternommen haben, finden sich nur unzureichend Studien zu dieser Thematik.

In diesem Kontext gewinnt auch die *Diskussion um die Indikationskriterien* an Bedeutung: Empirisch fundierte Indikationskriterien gibt es für Kombinationsbehandlungen bisher nicht, so dass gesicherte Antworten auf die Frage, für wen vernetzte Behandlungen tatsächlich indiziert sind, noch ausstehen. Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover hat mit den dem Rahmenkonzept zugrunde gelegten und im Projektverlauf zusätzlich erweiterten MoKo-Indikationskriterien einen Ansatz unternommen. Der Nachweis der wissenschaftlichen Evidenz dieser aus Aktenanalysen abgeleiteten Kriterien steht allerdings noch aus. Im Kontext der MoKo-Studie entsteht aktuell eine weitere Arbeit, in der das Indikationsgeschehen in der Praxis der Modularen Kombinationsbehandlung detailliert untersucht wird (vgl. dazu Ratzke 2005).

Eine weitere Aufgabe für Forschung verbindet sich mit der Frage nach der *Indikation für die BEG*. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass im Durchschnitt und unabhängig von der stationären Behandlungszeit (acht, zehn oder zwölf Wochen) 3,6 BEGs durchgeführt werden. Klare Indikationen sowie Kriterien dafür, in welchen Fällen eine BEGs sinnvoller Weise realisiert werden sollte, wurden bisher noch nicht ermittelt. Weiter unbeantwortet ist die Frage, wie viele BEG je Therapieplan zweckmäßig sind bzw. wann ein Limit für die Durchführung erreicht ist.

Teil der Prozess begleitenden Befragungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung war die *Katamnesebefragung* sechs Monate nach Abschluss der Modularen Kombinationsbehandlung. Aufgrund der begrenzten Laufzeit der Studie fällt die Stichprobe dieser Nachbefragung entsprechend gering aus. Nicht nur vor diesem Hintergrund, sondern weil grundsätzlich konstatiert werden kann, dass katamnestiche Studien im Bereich der Kombinationsbehandlung notwendig sind, um perspektivisch Aussagen über

den langfristigen Behandlungserfolg tätigen zu können, wäre eine Weiterführung der Katamnesen bzw. die Förderung entsprechender Forschungsvorhaben zu befürworten. Aussagekräftige Erkenntnisse zu den Langzeiterfolgen wären auch gesundheitspolitisch für die Debatte um die Kombinationsbehandlung relevant und könnten zur weiteren Etablierung des Kombi-Gedankens beitragen. Auch aus diesem Grund ist es nur zu begrüßen, dass die VertreterInnen des regionalen Trägerverbundes der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihre Kooperationspartner noch im Verlauf der Studie entschieden haben, die im Rahmen der Begleitforschung initiierte katamnestische Befragung in Eigenregie fortzusetzen.

Besonders vor dem Hintergrund der hohen Wertschätzung der persönlichen Übergabegespräche, die in ihrer Durchführung mit einem erhöhtem logistischen Aufwand verbunden sind, sollten *weitere Initiativen zur Durchführung webcamgestützter Übergabegespräche* gefördert werden. Diese sollten allerdings durch eine *eingehende Evaluation der Qualität und Effektivität* dieser Gespräche auch im Vergleich zur regulären Durchführungsmethode wissenschaftlich begleitet werden. Die Analyse sollte zum einen die Bedeutung von webcamgestützten Übergabegesprächen für die Qualität der Behandlung und zum zweiten für die Qualität der Gespräche erfassen. Vor dem Hintergrund dieser beiden Dimensionen wäre die Frage relevant, inwieweit webcamgestützte Übergabegespräche, die ökonomisch besehen Vorteile mit sich bringen, qualitativ und in den Effekten für den Behandlungsprozess ein ähnliches Niveau erreichen können wie die persönlichen Übergabegespräche. Der flächendeckende Einsatz von Webcams kann letztlich nur empfohlen werden, wenn die Gespräche die positiven Effekte auf die Behandlungsqualität nicht schmälern. Gerade vor dem Hintergrund der in der vorliegenden Studie herausgearbeiteten positiven Bewertung der persönlichen Übergaben und ihrer Effekte auf die Schnittstellenproblematik muss beachtet werden, dass ökonomische Vorteile keinesfalls Vorrang vor inhaltlichen, qualitativen Aspekten erlangen dürfen. Zudem sollte in der Diskussion um den Einsatz von Webcams beachtet werden, dass die damit verbundene Möglichkeit der Kooperation überregionaler Leistungsanbieter die konstruktiven und langjährig gewachsenen Verbundsysteme gefährden könnten.

Vor dem Hintergrund der finanziellen Einsparungen, die seit Einführung der MoKo für die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover erreicht werden konnten, sollte es zukünftig für den Leistungsträger wie auch die Leistungsanbieter darum gehen, die *finanziellen Auswirkungen der Kombi-Behandlung* gesundheitsökonomisch zu analysieren und zu bewerten. Die

ökonomischen Effekte müssen dabei in Relation zu den zu erhebenden mittel- bis langfristigen Behandlungserfolgen betrachtet werden.

7.3 Ausblick

Abschließend ist festzustellen, dass die Ausweitung der Kombi-Therapien in der Suchthilfe bundesweit voranschreitet und sowohl von regionalen Rentenversicherungsträgern wie auch der Deutschen Rentenversicherung Bund forciert wird (vgl. Kapitel 1.3). Am weitesten verbreitet ist hier die Variante der Kombi-Therapie mit stationärer Initialbehandlung und poststationärer Weiterbehandlung bei variierenden ambulanten und stationären Therapiezeiten. Kombi-Therapien werden zum einen als Ergänzung bisheriger Behandlungsangebote verstanden (vgl. FVS 2006) und zum anderen sogar als „Behandlungsform der Zukunft“ (vgl. Schallenberg 2005: 7) bezeichnet. Die Forschungsbemühungen stehen dieser Entwicklung in der Praxis bisher nach und so sind mit der hier vorliegenden Studie weitere, neue Erkenntnisse insbesondere zur Implementierung, Ausgestaltung und zum kurzfristigen Therapieerfolg von Kombi-Therapien sowie zur Qualitätsentwicklung erarbeitet worden. Viele relevante Fragen zur Evidenzbasierung der Kombi-Therapien bleiben jedoch nach wie vor offen, wie z. B.

mittel- und langfristige Therapieerfolge der Kombi-Therapie,

Indikationskriterien für Kombi-Therapien,

Gesundheitsökonomische Aspekte der Kombi-Therapie,

Bewertung von Aufwand und Nutzen für Verbundbehandlungen

Konnte mit der vorliegenden Studie ein weiterer Schritt zum Nachweis der Effektivität und Effizienz getan werden, so sind Praxis und Forschung weiterhin gefordert, an dem ohne Frage bedeutsamen Thema „Kombi-Therapien“ und Verbundarbeit in der Suchthilfe gemeinsam weiter zu arbeiten, um im Sinne der Hilfesuchenden die Behandlungsangebote weiter zu optimieren.

Die in diesem Band dokumentierten Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Modularen Kombinationsbehandlung mögen die entsprechende Diskussionen und Entwicklungen qualitativ bereichern.

Im Rahmen der Abschlussstagung zum Modellprojekt wurden seitens der TeilnehmerInnen *Zukunftsvisionen für die Suchthilfelandtschaft* formuliert, die hier abschließend wiedergegeben werden und als Impulse und Herausforderungen für die Weiterentwicklung der Suchthilfe verstanden werden sollen:

„Vernetzte Suchtrehabilitation in Niedersachsen“
Abschlussstagung zum Modellprojekt „Modulare Kombinationsbehandlung im
regionalen Therapieverbund der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer
externen Kooperationspartner“
Hannover, 13.02.2008

Zukunftsvisionen

Originalzitate zum Thema Zukunftsvisionen in der Suchthilfe:

„MoKo ermöglicht schnelle Übergänge von ambulanten in stationäre Settings. Dies scheint positiv für die Verläufe. Sollte auch sonst bei fachlich begründeter Indikation „Good Practice“ werden.

„Die Körperliche Entgiftung ist ein Baustein, auch an dieser Stelle gibt es beachtenswerte Schnittstellen“.

„Erweiterung der unterstützenden, auch therapeutischen Angebote für nicht abstinentwillige Suchtkranke. Auch im besonderen Hinblick auf die wachsende Zahl der über 50-jährigen Menschen“.

„Implementation von Moderatoren für NDS – Bremen, um eine einheitliche Verfahrensweise sicherzustellen (train the trainer)“.

„Ein einheitliches Behandlungsmodell bundesweit von allen Kostenträgern wäre sinnvoll“.

„Eine einheitliche Konzeption im Land NDS-Bremen für Kombi-Modelle mit einheitlichen Vordrucken“.

„Ich fände mehr Forschung zu der Behandlung von Immigranten wichtig! Mit welchen Konzepten/ Methoden kann man diese erfolgreich behandeln“.

„MoKo finde ich gut! Noch besser fände ich, wenn sie langfristig, mindestens über eine Laufzeit von 5 Jahren angelegt wäre und auch entsprechend angepasste Module vorhalten würde ... auch im Bereich illegale Drogen“.

Abb. 178 Zukunftsvisionen Abschlussstagung

Literatur

- AG Devianz (u. a.) (Hrsg.) (2007): Der Vorlagenreader. In: www.oops.ibit.uni-oldenburg.de/volltexte/incoming/2008/26 (12.2.2008)
- Ahrlrichs, T. (2007): Regionalisierung im Norden. Genese und Analyse des Regionalisierungsgedankens in der Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen. In: fdr-online.info/pdf/s01ahrlrichs.pdf (30.01.2008)
- Bortz, J./Döring, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin
- Breyer, F.; Zweifel, P. (1999): Gesundheitsökonomie. Berlin u. a.; 3. Auflage
- Brinkmann, V. (Hrsg.) (2006): Case Management. Organisationsentwicklung und Changemanagement in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden.
- Bühringer, G. (2006): Allocating treatment options to patient profiles: clinical art or science? In: *Addiction* 101, 5: 646-652
- Büssing, A. (1992): Organisationsstruktur, Tätigkeit und Individuum. Bern
- Büssing, A. Glaser, J. (2003): Mitarbeiter- und Klientenorientierung im Gesundheitswesen. In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*. 47, 4
- Bundesverband für stationäre Suchthilfe (buss)/Beutel, M. (Hrsg.) (2003): Standard und Intuition – Die Zukunft der Qualitätsentwicklung in der Suchttherapie. Geesthacht
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) e.V. (Hrsg.) (2001): Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. In: *SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*. 47, Sonderheft 2
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2006): Sozialgesetzbuch und aktuelle Nebengesetze. Berlin
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2007): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2007. In: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nm_15814/

SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/01_sozialmedizin/dateianh_C3_A4nge/infos_fuer_reha_einrichtungen/download_leitfaden_einheitl_e_bericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/download_leitfaden_einheitl_e_bericht

- Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (2007): Ergebnisprotokoll der MoKo-Feedback-Runde am 23.05.2007. Unveröff. Manuskript
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2004): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf
- Fachstelle für Sucht und Suchtprävention der Diakonie in Hannover (2007): Inhalte der Internetpräsenz. In: www.evika.de/extern/hannover/dw/sucht1.htm (28.6.2007)
- Fachverband Sucht (2007): Basisdokumentation 2006. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V. Bonn
- Fachverband Sucht e.V. (2006): Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. 2. überarbeitete Version. In: Sucht aktuell 2: 44–72.
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2002): Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen. Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2001): Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie! Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (FVS) (Hrsg.) (2003): Qualität ist, wenn ... – Qualitätsentwicklung in der Suchthilfe. Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (FVS) (Hrsg.) (1998): Suchttherapie unter Kostendruck: Entwicklungen und Perspektiven. Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (FVS)/Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) (2005): Internes Qualitätsmanagement: Audit-Checkliste für den Bereich "Abhängigkeitserkrankungen" (stationärer Bereich). Bonn, 2. Auflage
- Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (GVS) (Hrsg.) (2001): Regionale Verbundsysteme – Positionspapier. Kassel
- Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (GVS) (Hrsg.) (2002): Hand in Hand:

- Verbund und Vernetzung – Hilfen und Tipps zur Zusammenarbeit. In: Partner-Magazin 1
- Geyer, D. u. a. (2006): AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. In: SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis Heft 1
- Hacker, W. (1998): Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. Bern
- Hansen, E. (2006): Das Case/Care Management. Anmerkungen zu einer importierten Methode: Qualitätssicherung und -management in der Sozialen Arbeit. In: Galuske, M./Thole, W. (Hrsg.): Vom Fall zum Management. Neue Methoden der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: 17-36
- 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, 4.05.2000
- Janz, S./Paul, J. (2002): Integriertes stationär-ambulantes Rehabilitationsmodell (ISAR) – ein Modellprojekt in der Pfalz. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen. Geesthacht: 160–168
- Klein, M. u. a (1990): Basisdokumentation Sucht. Weinheim
- Köhler, J./Naumann, B. (2004): Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen durch die BfA. Aktueller Stand und Perspektiven. In: Deutsche Angestelltenversicherung (DAngVers) 5/6, 249–259
- Köhler, J./Naumann, B. (2004): Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen durch die BfA. Aktueller Stand und Perspektiven. In: Deutsche Angestelltenversicherung (DAngVers), 5/6: 249–259
- Korte, S./Ratzke, K. (2007a): Die Module-Mischung machts`s. In: Neue Caritas; 9: 26-28
- Korte, S./Ratzke, K. (2007b): Kombinationsbehandlungen – eine bundesweite Bestandaufnahme. In: fdr-online.info/pdf/s06korte_ratze.pdf (4.1.2008)
- Kulick, B. (2004): Fachliche Perspektiven der Suchtbehandlung. In: Sucht aktuell 11; 2: 23–30

- Künzel, Jutta; Sonntag, Dilek; Bühringer, Gerhard (2001): Über den Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten. In: Sucht aktuell. 2. 15–17
- Lamnek, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 1 und 2. Weinheim. 3. korrigierte Auflage
- Landesversicherungsanstalt Hannover (2005): Modulare Kombinationsbehandlung. PowerPoint-Präsentation Juni 2005. Unveröff. Manuskript.
- Löcherbach, P./Klug, W./Remmel-Faßbender, R./Wendt W.-R. (Hrsg.) (2003): Case Management – Fall- und Systemmanagement in Theorie und Praxis. Neuwied.
- Lukas-Werk Suchthilfe (2006): Integriertes Konzept Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH. (Stand Dezember 2006/unveröff. Manuskript)
- Mayring, P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim. 8. Auflage.
- Oliva, H. u. a. (2001): Vernetzung, Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke: Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit. Baden-Baden
- Paul, K. (1999): Indikationsgeleitete ambulant/teilstationäre/stationäre Behandlung für den Kreis Olpe und den Hochsauerlandkreis. In: Fachverband Sucht e.V. (FVS) (Hrsg.): Suchtbehandlung: Entscheidungen und Notwendigkeiten. Geesthacht: 11–118
- Ratzke, K. (2005): Neue Ansätze in der Behandlung von Alkoholabhängigen. Eine empirische Untersuchung über Möglichkeiten und Grenzen systematisierter Zuweisungsentscheidungen in der modularen Kombinationsbehandlung. Unveröff. Manuskript.
- Ratzke, K./Röseler, S./Tielking, K. (2006): Modulare Kombinationsbehandlung. Wissenschaftliche Begleitforschung eines neuen Rehabilitationskonzeptes. In: Konturen 27; 5: 30–33.
- Rice, Thomas (2004): Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung. Bonn
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern
- Rothgang, H. (1999): "Rationierung im Gesundheitswesen: Fakt oder Fiktion – notwendig oder ethisch verwerflich?" In: Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung. H 1: 134–136

- Sackett, D. L. u. a. (1996): Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't. In: British Medical Journal. 312:71-72
- Schallenberg, H. (2005): 100 Jahre soziales Engagement! – 30 Jahre stationäre Suchtkrankenhilfe. Quo Vadis? Vortrag anlässlich der Festveranstaltung zum 100 jährigen Bestehen der Fachklinik St. Marienstift – Dammer Berge. In: Mitteilungen aus der Fachklinik St. Marienstift – Dammer Berge. Hauszeitung „Unsere Brücke“. 89: 5 – 11.
- Schulenburg, J.M. Graf; Greiner, W. (2000): Gesundheitsökonomik. Tübingen
- Schulte, D. (2002): Möglichkeiten und Probleme der Suchtkrankenhilfe im regionalen Kooperationsverbund ambulanter und stationärer Hilfen.. Diplomarbeit an der Universität – Gesamthochschule Gießen, Studiengang Außerschulisches Erziehungs- und Sozialwesen, Gießen/Olpe.
- Schuntermann, M. F. (2003): Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: Deutsche Rentenversicherung, Heft 1–2: 52–59
- Schütze, F. (1977): Die Technik des narrativen Interviews. In: Interaktionsfeldstudien. Arbeitsband 1. Bielefeld
- Sonntag, D. (2007): Deutsche Suchthilfestatistik 2006. In: SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. 53. Jg., Sonderheft 1/2007, Hamm.
- Sonntag, D./Hellwich, A. K./Bauer, C. (2007): Jahrbuch Sucht 2006. Geesthacht, S. 199
- Suchtberatungs- und Behandlungsstelle des Caritasverbandes Hannover (2007) e.V.: Inhalte der Internetpräsenz. In: www.ka-punkt.de (28.6.2007)
- Suchtberatungsstelle Wolfsburg (2007): Jahresbericht 2006. Wolfsburg (unveröff. Manuskript)
- Tasseit, S. (Hrsg.) (1992): Ambulante Suchttherapie: Möglichkeiten und Grenzen. Geesthacht
- Tielking, K. (2000): Optimierung der Rehabilitation von Alkoholabhängigen. Oldenburg
- Tielking, K./Kuß, G. (Hrsg.) (2003): Vernetzung von Behandlungsangeboten in der Rehabilitation Alkoholabhängiger: theoretische Ansatzpunkte

- und praktische Erfahrungen. Abschlussbericht zum Modellprojekt Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS). Oldenburg
- Tielking, K./Ratzke, K. (2007): Gesundheitsökonomische Aspekte der Verbundarbeit in der Suchthilfe (GÖS). Oldenburg
- Tielking, K./Kuß, G. (2001): Alkoholentwöhnung im Verbundsystem. Eröffnungsbericht zu einem Modellprojekt in der Region Oldenburg-Bremen. Oldenburg
- Tielking, K./Ratzke, K. (2004): Standards für Verbundarbeit in der Suchthilfe Abschlussbericht zur flächendeckenden Umsetzung des Modellprojekts „Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS) – Teil II“. Oldenburg
- Uhl; A. (1997): Probleme bei der Evaluation von Präventionsmaßnahmen im Suchtbereich. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. 20, 3/4: 93–109
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2001): Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen – Hinweise zur Begutachtung. Frankfurt am Main
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2002): Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Eine Expertise des Lehrstuhls Versorgungssystemforschung – Humboldt-Universität zu Berlin. Sonderausgabe der DRV. In: DRV-Schriften. Bd. 32. Frankfurt am Main.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2003): Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation. Checkliste und Manual der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale für das Peer Review-Verfahren der somatischen Indikationen. Frankfurt am Main
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2004): Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung – Peer Review: Checkliste, Manual und Therapiezielkatalog – Indikationsbereiche Psychische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen. Frankfurt am Main
- Weissinger, V. (2006): Zukunftsperspektiven und Entwicklungsaufgaben der Suchtbehandlung. In: Sucht aktuell 13; 1: 58–72
- Weissinger, V./Missel, P. (2006): Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. In: Sucht aktuell 2/2006. 2. überarbeitete Version: 44–72

- Wendt; W.-R./Löcherbach, P. (2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg.
- Wiegand, G. (2002): Vom System her denken und mitwirken – Finanzierung von Verbänden und Kooperationen: Die Sicht eines Leistungsträgers. In: Partner-Magazin. 36, 1: 22–25

TeilnehmerInnen der Lenkungsgruppe

Andreß, Kornelia

Einrichtungsleiterin – Suchtberatungsstelle Wolfsburg

Benedde, Johannes

Einrichtungsleiter – Fachambulanz Braunschweig Tagesklinik Braunschweig

Bleißmann, Frank

Einrichtungsleiter – Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstelle Caritas Hannover

Blöhbaum, Helmut

Einrichtungsleiter – Fachambulanz Helmstedt

Bode, Martin

Ehem. Grundsatzreferat Rehabilitation – Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Diestel, Andreas

Therapeut – Fachklinik Erlengrund

Horstmann, Jürgen

Therapeut Suchtberatungsstelle – Wolfsburg

Kahl, Angelica

Stellvertretende Leiterin – Fachambulanz Braunschweig

Kiel, Roswitha

Einrichtungsleiterin – Fachambulanz Goslar

Korte, Svenja

Wissenschaftliche Mitarbeiterin – AG Devianz Universität Oldenburg

Laskowski, Reinhard

Leitender Therapeut – Fachklinik Erlengrund

Ortscheid, Michael

Einrichtungsleiter – Fachambulanz Northeim

Piecha, Klaus

Ehem. Einrichtungsleiter – Fachambulanz Helmstedt

Pleske, Randolph

Einrichtungsleiter – Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Diakonie Hannover

Prunk, Anke

Grundsatzreferat Rehabilitation – Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Ratzke, Kerstin

Wissenschaftliche Mitarbeiterin – AG Devianz Universität Oldenburg

Röseler, Sabine

Ehem. Wissenschaftliche Mitarbeiterin – AG Devianz Universität Oldenburg

Sarstedt-Hülsmann, Petra

Geschäftsführung – Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH

Seifert, Jürgen

Leitender Arzt – Fachklinik Erlengrund

Vester, Petra

Medizinischer Dienst – Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Westphal, Ulrike

Grundsatzreferat Rehabilitation – Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Wieczorek, Simone

Stellvertretende Leiterin – Fachambulanz Wolfenbüttel

Wiegand, Georg

Sozialmedizinischer Dienst – Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

AutorInnen

Korte, Svenja

Wissenschaftliche Mitarbeiterin AG Devianz Universität Oldenburg

Ratzke, Kerstin

Wissenschaftliche Mitarbeiterin AG Devianz Universität Oldenburg

Sarstedt-Hülsmann, Petra

Geschäftsführerin Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH

Scholz, Wolf-Dieter

Leiter der AG Devianz Universität Oldenburg

Seifert, Jürgen

Leitender Arzt Fachklinik Erlengrund

Tielking, Knut

Stellvertretender Leiter der AG Devianz Universität Oldenburg

Westphal, Ulrike

Grundsatzreferat Rehabilitation Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Wiegand, Georg

Sozialmedizinischer Dienst Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover