

Rüdiger Meyenberg/Knut Tielking (Hrsg.)

Neue Wege in der Rehabilitation Alkoholabhängiger

*Theoretische und praktische Ansatzpunkte zur
Optimierung von Alkoholentwöhnungstherapien*

Reader der Fachtagung am 14. Oktober 1999
in der
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Band 3
der Schriftenreihe
„Sucht- und Drogenforschung“



**Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg
1999**

Schriftenreihe „Sucht- und Drogenforschung“

Herausgegeben von R. Meyenberg

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. Gemäß des Arbeitsansatzes der Arbeitsstelle ‘Sucht und Drogenforschung’ spiegelt die Reihe ein differenziertes Verständnis von Sucht und Drogenkonsum wider und ist darum bemüht, mit ihren Beiträgen aus der Grundlagen- und Evaluationsforschung zur Innovation, Effektivierung und Humanisierung der Drogenpolitik und Drogenhilfe beizutragen.

Der Herausgeber

Verlag/Druck/
Vertrieb:

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

ISBN 3-8142-0698-3

Inhalt

Vorwort		7
Begrüßung	Rüdiger Meyenberg Arbeitsstelle „Sucht- und Drogenforschung (SAUS)“	9
Grüßworte	Siegfried Grubitzsch Carl von Ossietzky Universität Oldenburg	13
	Ingrid Künzler Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen	15
Eröffnungs- vortrag	Herbert Ziegler <i>Die Bedeutung von Erwerbsaspekten in der Behandlung von Alkoholabhängigen</i>	17
Plenumsvorträge	Knut Tielking/Heiko Hedden <i>Optimierungsmöglichkeiten für die Rehabilitation von Alkoholabhängigen auf der Basis der Ergeb- nisse der Studie „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit“</i>	29
	Ingrid Künzler <i>Möglichkeiten und Grenzen der Finanzierung reha- bilitativer Maßnahmen für Alkoholabhängige aus Sicht des Kosten- und Leistungsträgers</i>	49
Plenums- ausstellung	Knut Tielking/Isabelle Weiss/Heiko Hedden <i>Aussagen von Patienten, Ärzten und Therapeuten zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit</i>	57
Arbeitsgruppe „Arbeit/Beruf – Arbeitslosigkeit“	Knut Tielking <i>„Arbeit/Beruf – Arbeitslosigkeit“: Ein Thema in der Rehabilitation Alkoholabhängiger?</i>	69
	Klaus Paul/Kirsten Malkowski <i>Erfahrungen und Einschätzungen eines stationären Leistungsanbieters zum Schwerpunkt „Arbeit“</i>	93

	Bernd Finkelmeier <i>Erfahrungen und Einschätzungen eines ambulanten Leistungsanbieters zum Schwerpunkt „Arbeit“</i>	105
	Ingrid Künzler <i>Erfahrungen und Einschätzungen der LVA Oldenburg-Bremen</i>	109
	Knut Tielking/Isabelle Weiss <i>Möglichkeiten und Grenzen einer stärkeren Berücksichtigung von arbeits- und berufsbezogenen Angeboten in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen – Positionen aus den Diskussionen in der Arbeitsgruppe</i>	113
Arbeitsgruppe „Rückfall“	Heiko Hedden <i>Ergebnisse der Studie „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit“ zum Themenbereich „Rückfall“</i>	125
	Josef Müller <i>Erfahrungen und Einschätzungen eines stationären Leistungsanbieters zum Schwerpunkt „Rückfall“</i>	137
	Herbert Wulf <i>Zum Umgang mit dem Rückfall in der ambulanten Rehabilitation</i>	145
	Ferdinand Mantel <i>Erfahrungen und Einschätzungen der LVA Oldenburg-Bremen zum Schwerpunkt „Rückfall“</i>	151
	Heiko Hedden/Ihno Schild <i>Positionen aus den Diskussionen in der Arbeitsgruppe</i>	153
ReferentInnen/AutorInnen		155

Vorwort

Die Arbeitsstelle „Sucht- und Drogenforschung (SAUS)“ der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg arbeitet seit Dezember 1996 mit finanzieller Unterstützung der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen an der auf zunächst drei Jahre angelegten Studie „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit“.

Im Rahmen der Fachtagung „Neue Wege in der Rehabilitation Alkoholabhängiger - Theoretische und praktische Ansatzpunkte zur Optimierung von Alkoholentwöhnungstherapien“ am 14. Oktober 1999 wurden Ergebnisse der Studie den Vertretern ambulanter und stationärer Therapieeinrichtungen, den Vertretern der Kosten-/Leistungsträger, den Vertretern politischer Institutionen sowie anderen an der Rehabilitation Beteiligten bzw. Interessierten vorgestellt und erörtert.

Aufgrund der großen Resonanz auf die Fachtagung will dieser Reader einen Teil der präsentierten und diskutierten Ergebnisse der Studie sowie der Beiträge der Gastreferenten dokumentieren. Die Arbeitsstelle will damit, wie mit der Studie insgesamt, einen Beitrag leisten, die Behandlungsangebote für Alkoholabhängige weiterzuentwickeln.

Oldenburg, im November 1999

Rüdiger Meyenberg
Leiter der Arbeitsstelle

Rüdiger Meyenberg

Arbeitsstelle Sucht- und Drogenforschung

Herr Präsident, meine sehr verehrten Damen und Herren!

Mein Name ist Rüdiger Meyenberg, ich leite die Arbeitsstelle Sucht- und Drogenforschung an der Universität Oldenburg, die zusammen mit der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen die heutige Tagung ausgerichtet hat, und möchte Sie alle recht herzlich begrüßen, insbesondere die Vertreter/Vertreterin der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, Frau Dr. Künzler, Herrn Dr. Mantel und Herrn Dr. Lampe sowie den Drogenbeauftragten der Niedersächsischen Landesregierung Herrn Rimpl und den Landeskoordinator für Suchtfragen in Bremen Herrn Bartling; ich freue mich, daß Sie unserer Einladung so zahlreich gefolgt sind. Ich gebe aber auch zu, daß wir für den heutigen Tag ein attraktives Programm zusammengestellt haben.

Meine Damen und Herren!

Sucht, und eben auch die Alkoholsucht ist eine chronische Krankheit, für die es kein abschließendes Erklärungsmuster gibt. Es handelt sich hier um ein multifaktorielles Geschehen mit individuellem Verlauf. Zur Behandlung sind vielfältige Strategien nötig, am besten, je individueller sie auf den Patienten abgestimmt ist. Aber die bisher ausgewählten Strategien führen nicht immer zum Erfolg.

Die Evaluationsforschung, die wir hier an der Universität durchführen, ist deshalb immer wieder bemüht, Verbesserungen im von der Sache her schwierigen Verlauf von der Entstehung einer Alkoholkrankheit über die Beratung, Diagnose bis hin zur – ja ich scheue den Begriff der Heilung und bevorzuge eher den Terminus „zum Erwerb einer Fähigkeit mit dieser Abhängigkeit konstruktiv umzugehen“. Ich glaube nämlich, daß Sucht ein lebenslängliches Problem für das jeweilige Individuum bleibt. Und jeder einzelne Bereich ist schwierig, die Prävention genau so wie die Therapie.

Und, und das beklage ich, es fehlt in der Bundesrepublik an einer integrierten Alkoholpolitik; sie wissen, daß wir gerade mit dem Bonner/Berliner Regierungswechsel eine intensive Diskussion über die Effektivierung der

deutschen Drogenpolitik führen, was ich sehr begrüße. Dabei gerät aber in Vergessenheit, daß Alkohol die Droge, das Problem Nr. 1 ist. Von den diversen nationalen und internationalen Organisationen, insbesondere von der WHO-Europa gibt es Vorschläge, wie der mißbräuchliche Alkoholkonsum in den Ländern eingedämmt werden kann. In Deutschland fehlt es einfach am politischen Willen, sich auch in Teilen mit der Alkoholindustrie anzulegen und Maßnahmen zu ergreifen, die Sucht zu minimieren.

Wir wissen zwar viel über Sucht und Abhängigkeit, aber längst nicht alles. Deshalb danke ich der LVA Oldenburg-Bremen, daß sie uns die Möglichkeit gegeben hat, einen kleinen Bereich im Spektrum der Alkoholkrankung genauer zu beleuchten. Wir haben uns auf den Weg gemacht, die Frage zu beantworten, warum die Abbrecher- und Rückfallquoten in der Therapie so groß sind, und wie Vorkehrungen getroffen werden können, das System der Alkoholbehandlung als solche zu verbessern.

Damit liefern wir einerseits Erkenntnisse zur Grundlagenforschung in diesem Bereich, treten aber andererseits auch als Konzeptberater für – in diesem Fall die LVA – auf. Dies ist für die wissenschaftliche Arbeit einer Universität ein Glücksfall. Deshalb Frau Dr. Künzler, Herr Dr. Mantel herzlichen Dank für Ihr Vertrauen in unsere Arbeit und Dank, daß Sie unserer Veranstaltung heute die Ehre geben und sich auch aktiv in die Diskussion einbringen werden.

Ich möchte der Diskussion und ihren möglichen Ergebnissen nicht vorgreifen; dennoch ist durch die politische und wissenschaftliche Diskussion deutlich geworden, daß – was früher galt – der stationäre Therapieplatz mit langer Behandlungsdauer für Alkoholabhängige nicht mehr der Königsweg ist. Im Gegenteil, es gibt gute Gründe für Abhängige ausschließlich eine Beratung, oder eine ambulante Therapie, oder ein Aufenthalt in einer Tagesklinik, oder die Selbsthilfegruppe vorzuschlagen, um ein alkoholfreies Leben zu erreichen. Dies setzt natürlich eine gründliche Analyse, ein effizientes „take-in“ voraus, damit ein sinnvolles therapeutisches Konzept entwickelt werden kann. Ergänzt werden könnte die Eingangsuntersuchung durch einen „Case-Manager“ und/oder eine/n „RehabilitationsberaterIn“, der die verschiedenen Behandlungswege der Abhängigen verfolgt, beobachtet, aber insbesondere auch dann tätig wird, wenn ein Behandlungsziel – aus welchen Gründen auch immer – nicht erreicht werden konnte. Auch so könnte die Abbrecherquote, vielleicht auch die Rückfallquote reduziert werden. Offen lasse ich hier, wo der „Case-Manager“ anzusiedeln ist, beim Hausarzt, in der

Beratungsstelle, beim Leistungsträger oder sonstwo; vielleicht kommen wir der Verortung dieser Person auf dieser Konferenz ein Stück näher.

Meine Damen und Herren, eine solche Tagung käme nicht zustande, wenn wir nicht über qualifiziertes Personal verfügen würden. Ich möchte deshalb besonders dem Projektleiter Herrn Knut Tielking und seinen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen Heiko Hedden, Isabelle Weiß und Ihno Schild danken, daß sie sich so engagiert in die Projektarbeit und Vorbereitung der Tagung eingebracht haben; herzlichen Dank dafür!

Last but not least möchte ich abschließend unseren Gastredner Herrn Herbert Ziegler, Geschäftsführer der SysTeam-Consult aus Bonn begrüßen. Ich freue mich Herr Kollege Ziegler, daß Sie den weiten Weg hier nach Oldenburg auf sich genommen haben. Ich persönlich, aber ich denke auch das übrige Auditorium sind gespannt auf Ihre Ausführungen. Doch zunächst noch zwei Grußworte, Herr Präsident Grubitzsch und Frau Vize-Geschäftsführerin Künzler.

Ich danke Ihnen allen für Ihre Aufmerksamkeit; uns allen wünsche ich einen guten Verlauf.

Siegfried Grubitzsch

Präsident der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Grußwort

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie herzlich zur heutigen Tagung, mein besonderer Gruß gilt Frau Dr. Künzler von der LVA Oldenburg-Bremen, dem Drogenbeauftragten des Landes Niedersachsen Herrn Rimpl und dem Landeskoordinator für Suchtfragen in Bremen Herrn Bartling. Sie alle heiße ich als Gäste der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg willkommen.

Ich bedanke mich bei der Arbeitsstelle ‚Sucht- und Drogenforschung‘ für die Vorbereitung und Ausrichtung dieser Tagung. Die Tagung ist das Ergebnis einer äußerst fruchtbaren und zielorientierten Zusammenarbeit zwischen der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen und der Universität, zu deren Gelingen auch die an der Untersuchung beteiligten Kliniken und ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen in der Region Oldenburg/Bremen beigetragen haben. Diese Kooperation ist insofern äußerst begrüßenswert, da sich unsere Universität als regionale Hochschule versteht und die LVA als Rentenversicherungsträger eine maßgebende Ansprechpartnerin bezüglich Rehabilitationsleistungen für die Menschen in unserer Region ist. Beide sind wir Institutionen, die eine große Anzahl Menschen erreichen und beide fühlen wir uns der Region verpflichtet.

Die Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen fördert die Studie „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit“ der Arbeitsstelle seit nun drei Jahren. Die Beteiligung der LVA bedeutet für uns eine erfolgreiche Drittmittelwerbung aus der Universität heraus – und das innerhalb der Region. Dieser Erfolg ist erfreulich für unsere Hochschule, denn Drittmittelfinanzierung wird in der Zukunft der Universitäten eine immer bedeutendere Rolle spielen, weil der Wettbewerb in der deutschen Hochschullandschaft sich zusehends verschärft. Die Budgets der Hochschulen werden reduziert, eine Entwicklung, die nicht aufhaltbar, aber durch Eigeninitiative abge-

schwächt werden kann. Deshalb müssen wir verstärkt selbst die Initiative übernehmen zur Einwerbung von Finanzmitteln, für die wir Forschungsleistungen erbringen .

Finanzieller Gewinn durch die Veräußerung wissenschaftlicher Erkenntnisse ist eine der in Zukunft stärker erforderten Initiativen – in diesem heutigen Fall ist das erfolgreiche Wirken der Arbeitsstelle ‚Sucht- und Drogenforschung‘ ganz im Sinne der LVA und ihrer Versicherten sowie der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen, mit denen die LVA in der Rehabilitation Alkoholabhängiger kooperiert. Die Ergebnisse der Studie sollen sich durch die Vorschläge zur Weiterentwicklung der Behandlungsangebote und -strukturen insbesondere positiv auf ihre Versicherten auswirken, auf ihr Klientel. Für das Klientel unserer Universität – im Kontext der durchgeführten Studie: vornehmlich den Studierenden – zeigte die Kooperation bereits durch praxisnahe Lehrveranstaltungen eine positive Rückwirkung auch für sie. Denn Praxisnähe ist eine Qualifikation, die im Ausbildungssortiment keiner Hochschule mehr fehlen sollte.

Dank der LVA konnten wir darüber hinaus an der Studie beteiligten Studierenden Praxisnähe vermitteln. Somit ist unsere Kooperation auf jeder Ebene ein Erfolg. Und die Universität ist glücklich, in der LVA eine derart engagierte und starke Partnerin gefunden zu haben.

Ich habe die große Hoffnung auf eine dauerhafte Kooperation der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg mit der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen. Der bisher erfolgreiche Einsatz der Universität als Koordinatorin zwischen Wissenschaft und Leistungsanbietern ebenso wie zwischen Wissenschaft und LeistungsnehmerInnen sollte diesen produktiven Schritt zur Folge haben. Mit dieser Hoffnung wünsche ich Ihnen eine erfolgreiche Tagung und uns weiterhin eine gute Zusammenarbeit.

Ingrid Künzler

Grußwort der LVA Oldenburg-Bremen

Sehr geehrter Herr Prof. Grubitzsch,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich möchte zunächst Herrn vom Ende entschuldigen. Er mußte kurzfristig eine Dienstreise antreten und bedauert, dass er an dieser Veranstaltung nicht teilnehmen kann. Er wünscht dieser gemeinsamen Fachtagung ein gutes Gelingen.

Es ist deshalb an mir, Sie auch im Namen der LVA Oldenburg-Bremen ganz herzlich zu dieser Tagung zu begrüßen.

Ich mache dies besonders gerne, weil ich die Arbeit des Wissenschaftlerteams unter Herrn Prof. Meyenberg von Beginn an begleitet habe und es unser gemeinsames Ziel war, die bisherigen Forschungsergebnisse vor einem breiten Fachpublikum zu präsentieren und zur Diskussion zu stellen.

Die Rehabilitation Suchtkranker erhielt ihren entscheidenden Impuls durch das Urteil des Bundessozialgerichtes von 1968 (3 RK 63/66), in dem die Alkoholabhängigkeit als Krankheit im Sinne der damals geltenden Reichsversicherungsordnung ausdrücklich anerkannt wurde.

Die Arbeiterrentenversicherung hat sich seitdem zum praktisch bedeutsamsten Kosten- und Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker entwickelt.

1998 wurden bundesweit ca. 32 460 ambulante und stationäre Alkoholentwöhnungsmaßnahmen durch die Rentenversicherung abgeschlossen und für medizinische und ergänzende Leistungen für Abhängigkeitskrankheiten insgesamt 855,3 Millionen DM aufgewendet. Bei diesen Kosten sind auch die Aufwendungen für Drogen- und Medikamentenabhängigkeit enthalten, die allerdings eine deutlich geringere Fallzahl ausmachen. Von der Arbeiterrentenversicherung wurden hiervon allein 19 444 stationäre und 3 466 ambulante Maßnahmen durchgeführt.

Diese Zahlen machen die Bedeutung der Forschung in diesem Bereich deutlich.

Die Rentenversicherungsträger verstehen sich aber nicht nur als Kostenträger medizinischer Reha-Leistungen, sondern sie tragen auch die Verantwortung für die Ausgestaltung der Leistungen. Nach § 13 SGB VI bestimmen sie Art, Dauer, Umfang und Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Rehabilitationseinrichtung. Damit sind sie mittelbar für die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität verantwortlich.

Um dieser Verantwortung für das Versorgungsangebot und die wirtschaftliche Verwendung der Mittel der Solidargemeinschaft noch besser gerecht zu werden, hat der Vorstand der LVA Oldenburg-Bremen 1995 beschlossen, ein Forschungsprojekt zur „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit“ in Auftrag zu geben. In Kooperation mit der Arbeitsstelle Sucht- und Drogenforschung der Universität Oldenburg sollten unter der Leitung von Prof. Meyenberg die Effizienz von Entwöhnungsbehandlungen bei Alkoholabhängigen überprüft und Vorschläge zur Optimierung des Verfahrens und der Versorgungsstruktur erarbeitet werden.

Forschungsschwerpunkte dieser 1996 begonnenen Studie waren die Zuweisungssteuerung, die Strukturmerkmale stationärer und ambulanter Reha-Einrichtungen und die konzeptionelle Integration der Themen Erwerbstätigkeit und Rückfall.

Zwei dieser Themenschwerpunkte, die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben – das Rehabilitationsziel der Rentenversicherung – und das Thema „Rückfall“ sollen auch diese Fachtagung bestimmen. Von den Ergebnissen, die heute von Experten zu diesen Themen in den Arbeitsgruppen erarbeitet werden, erwarten wir Impulse, Anregungen und wissenschaftliche Argumente für die Weiterentwicklung der regionalen Suchtkrankenversorgung, um von der Koexistenz der verschiedenen Hilfeangebote zu einer echten Kooperation aller am Re-Integrationsprozeß Beteiligten zu kommen.

Ich freue mich deshalb über die positive Resonanz, die diese Tagung bei Ihnen gefunden hat und wünsche allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine informative Veranstaltung und einen konstruktiven und fruchtbaren Meinungsaustausch.

Herbert Ziegler

Die Bedeutung von Erwerbsaspekten in der Behandlung von Alkoholabhängigen

1 Der Panoramawandel arbeitsplatzbezogener Belastungen

Insbesondere der Sozialmediziner Siegrist (1996) aber auch schwedische, finnische und amerikanische Forscher haben durch Ihre Forschungsergebnisse zeigen können, daß sich durch den Panoramawandel der Arbeitswelt neue Belastungen und Krankheiten ergeben.

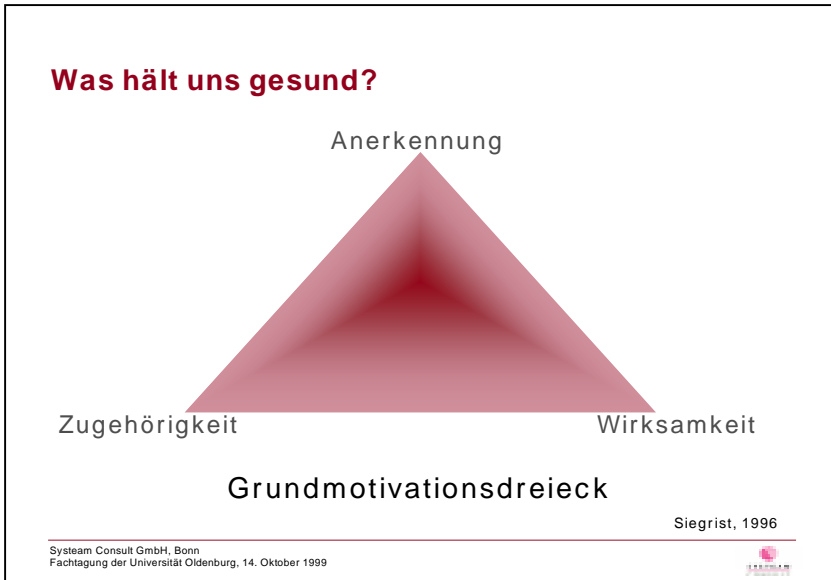
Noch zu Beginn unseres Jahrhunderts war industrielle Arbeit häufig auch körperliche Schwerstarbeit, physikalische Belastungen überwogen (Hitze, Staub, Lärm) und ständige Belastungen durch Umgebungs- oder Materialeinflüsse konnten zu arbeitsbedingten Krankheiten führen. Der technische Fortschritt hat zu einer Entlastung auf diesem Gebiet geführt – zugleich jedoch die Erkrankungen durch vermehrte psychomentele und sozioemotionale Belastungen ansteigen lassen. Arbeitsorganisation, Arbeitsinhalte, soziale Beziehungen und vor allem die Unsicherheit bezüglich der Erhaltung des Arbeitsplatzes führen zu Belastungen und Krankheitsbildern, die in diesem Umfang bisher nicht gesehen wurden. Diese Entwicklung läßt sich mit zwei Schlagworten beschreiben:

- Bisher stabile Berufsbiographien werden brüchig
- Vollzeitverhältnisse werden fragmentiert durch
 - befristete Arbeitsverträge,
 - Teilzeitarbeit und
 - Zeiten von Arbeitslosigkeit mit der Forderung nach Mobilität und erhöhten Umschulungszwängen.
 - Hinzu kommen erhöhte Umsetzungsrisiken, da trotz Umschulungsmaßnahmen der Arbeitsplatz nicht gesichert ist.

Vor diesem Hintergrund entwickeln sich mit besonderer Häufigkeit und Intensität chronische Belastungserfahrungen, verbunden mit negativen Emo-

tionen der Verärgerung. Während man früher in dieser Situation ausschließlich danach fragte, wie die Risikofaktoren einer chronischen Erkrankung abgebaut oder von vornherein ausgeschlossen werden konnten, stellt sich heute auch die Frage, was den Einzelnen gesund erhält, welche Kompetenzen er also besitzt, mit Belastungssituationen umzugehen.

Drei Grundmotivationen scheinen den Menschen besonders zu stabilisieren, wenn sie als ausgewogen erlebt werden: Anerkennung, Wirksamkeit, Zugehörigkeit.



Gerade der dritte Aspekt ist bei unserem Thema von besonderem Interesse: Wenn emotional belastende und/oder kognitiv überfordernde Erfahrungen langandauernd und intensiv sind, wirken Sie krankmachend, indem sie das Zentralnervensystem in den Tiefenstrukturen aktivieren, die für das Fleißgleichgewicht und den geregelten Ablauf wichtiger Funktionen im Organismus verantwortlich sind. Andauernder Ärger, Selbstzweifel, tiefe Enttäuschungen, ausbleibende Gratifikationen stören schließlich das Zusammenspiel von Hormonen, Botenstoffen im Gehirn, Enzymen usw.

In unserem Zusammenhang interessiert besonders das Modell beruflicher Gratifikationskrisen als Erklärungsansatz für die Störungen des Motivationsdreiecks.

Es erklärt das Ungleichgewicht zwischen hoher Verausgabung am Arbeitsplatz und im Vergleich dazu niedriger Belohnung und fehlender Anerkennung sowie keine oder geringe berufliche Aufstiegschancen oder große Arbeitsplatzunsicherheit. Darüber hinaus wird berufliche Verausgabung nicht ausschließlich als Folge von außen gestellten Anforderungen betrachtet, sondern es werden die Einstellungen und Motivationen des Einzelnen mit berücksichtigt. Wer also neben objektiv vorhandenen Belastungen auch noch subjektiv übersteigerte Anforderungen an sich stellt, ist besonders gefährdet, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychosomatische Störungen zu bekommen oder Mißbrauch von Suchtmitteln zu betreiben, mit der Gefahr einer Abhängigkeitserkrankung.

2 Betriebliche Suchtprävention

Alle Katamnesen deuten darauf hin, daß Beschäftigte eine bessere Prognose haben, ihre Suchterkrankung zu überwinden, als Menschen ohne Arbeit.

Untersuchungen in der Fachklinik am Kyffhäuser, Sotterhausen, haben ergeben, daß Arbeitslosigkeit einerseits von der Bewältigung der Abhängigkeitserkrankung ablenkt, andererseits allein die Hoffnung auf einen Arbeitsplatz den Gesundheitszustand verbessert.

„Je länger abstinente Abhängigkeitskranke in ihren Bemühungen um einen adäquaten Arbeitsplatz Absagen erfahren, desto eher werden sie dazu neigen, Attributionen als „schwer vermittelbar“ mit fehlender Arbeitsfähigkeit gleichzusetzen.

Arbeitslose Suchtkranke beschäftigen sich gedanklich vorrangig mit ihrer Arbeitslosigkeit – Nicht-Arbeitslose hingegen setzen sich verstärkt mit ihren Gesundheitsproblemen auseinander. Selbst die Hoffnung auf eine Arbeitsstelle wirkt abstinenzhaltend.“

von Ploetz, 1999

Deshalb kommt dem Erhalt des Arbeitsplatzes nach einer erfolgreichen Rehabilitation bei alkoholkranken Mitarbeitern eine erhebliche Bedeutung zu.

Erfolgreiche betriebliche Präventionsprogramme zeichnen sich durch folgende Aktivitäten und Maßnahmen aus:

Auf der Ebene des Betriebes/des Unternehmens/der Verwaltung

- Reduktion von Trinkgelegenheiten
- Reduktion des Angebotes von Alkohol
- Gesundheitsförderung und Suchtprävention als wichtiges Thema der Personalentwicklung begreifen und umsetzen
- Dienst-/Betriebsvereinbarung abschließen
- Hilfsangebote entwickeln, externe Hilfsangebote nutzen

Auf der Ebene der Führungskräfte und Betriebsräte

- Früherkennung verbessern
- Kommunikationstraining zur Verbesserung der Gesprächsführung mit Gefährdeten und Abhängigen
- Wiedereingliederung der rehabilitierten MitarbeiterInnen durch Rückkehrgespräche

Auf der Ebene der Mitarbeiter

- Information aller über Hilfsangebote bei Sucht
- Thema Sucht enttabuisieren
- Kollegialität fördern

In Deutschland gibt es eine große Zahl von Unternehmen und Verwaltungen, die erfolgreiche Suchtprävention betreiben, Fehlzeiten senken und Kosten minimieren. Dieser Bereich sollte jedoch noch wesentlich ausgebaut werden, da erfolgreich wiedereingegliederte Suchtkranke langfristig stabil bleiben mit Abstinenzquoten von bis zu 90 Prozent.

Volkswirtschaftlich gesehen, gehören betriebliche Suchtpräventionsprogramme zu den wirksamsten Maßnahmen und halten allen Kosten-/Nutzen-Analysen stand.

3 Arbeitslosigkeit bei Alkoholabhängigen als Thema von Suchthilfeeinrichtungen

Seit ca. 10 Jahren nimmt in Suchthilfeeinrichtungen die Zahl arbeitsloser Patienten ständig zu und hat mittlerweile 50 bis 70 Prozent – teilweise 80 Prozent – erreicht.

Es ist leicht nachvollziehbar, daß die mit der Arbeitslosigkeit verbundenen Krisen Depressionen, Ängste, Schlaflosigkeit, chronische Erkrankungen, vermehrten Alkoholkonsum, massives Rauchen u.a. Störungen hervorrufen können. Je nach Biographie und Disposition des Einzelnen variieren seine

„Antworten“ auf die mit der Arbeitslosigkeit erlebten Krise. So sind die Menschen besonders gefährdet, bei denen einige der folgenden Belastungen zusammentreffen:

- hohe familiäre Anforderungen (Ernährer-Rolle, Arbeit hat einen hohen Stellenwert)
- eine als erzwungen erlebte Abhängigkeit vom Staat
- große finanzielle Probleme (z.B. Hausbau, Überschuldung vor der Arbeitslosigkeit)
- starke Gefühle von Einsamkeit
- relativ schlechter Gesundheitszustand
- wenig soziale Unterstützung

Die Krankheit „Alkoholismus“ und der Belastungsfaktor „Arbeitslosigkeit“ weisen außerdem ähnliche Folgen und eine ähnliche Dynamik auf. Beide führen

- zum Verlust der Handlungskontrolle (Grundmotivation Wirksamkeit)
- zu sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung (Grundmotivation Zugehörigkeit)
- zur Verfestigung negativer Gefühlszustände (Wertlosigkeit, Nutzlosigkeit, Ohnmacht, Scham, Depression, Angst)
- zum Anstieg gesundheitsriskanten Verhaltens (Konsum-/Schlafgewohnheiten, Mangel an sportlicher Betätigung)

Die beiden Prozesse „exzessiver Alkoholkonsum“ und „Arbeitslosigkeit“ verstärken sich gegenseitig, verschärfen die seelische und soziale Not und labilisieren die Persönlichkeit bis hin zu tiefen Krisen, die in suizidalen Handlungen enden können. (Knauf, 1999)

Deshalb gilt es, das Thema Arbeitslosigkeit verstärkt und noch intensiver in die ambulante, stationäre und soziotherapeutische Suchthilfe zu integrieren, denn

„So wichtig die medizinische Behandlung eines Versicherten ist, der Erfolg der Rehabilitation ist nicht am Erfolg der medizinischen Behandlung (beim Abhängigkeitskranken also zum Beispiel am Erreichen der Abstinenz, an der Verbesserung sozialer Integration), sondern ausschließlich am Erreichen des vom Gesetz vorgegebenen Rehabilitationszieles – also dem Erreichen der Erwerbsfähigkeit – zu messen“ (Beyer, 1996).

Die Rehabilitation Alkoholkranker ist daher als Gesamtprozeß zu planen und durchzuführen, in dem die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie die berufliche Wiedereingliederung als gleichwertige Ziele gesehen werden.

Rehabilitation als Gesamtprozeß

- ➔ **Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit**
- ➔ **Wirksame Hilfen zur beruflichen Wiedereingliederung**
 - ✗ Erhebung der Berufsanamnese in den Reha-Prozeß integrieren
 - ✗ Klärung der Berufswünsche unter Berücksichtigung der Möglichkeiten des Arbeitsmarktes
 - ✗ Eignungspsychologische Begutachtung
 - ✗ Arbeitsmedizinische Begutachtung
 - ✗ Einleitung des Verwaltungsverfahrens durch Antragstellung und Angabe der entscheidungserheblichen Daten.

Beyer, 1996

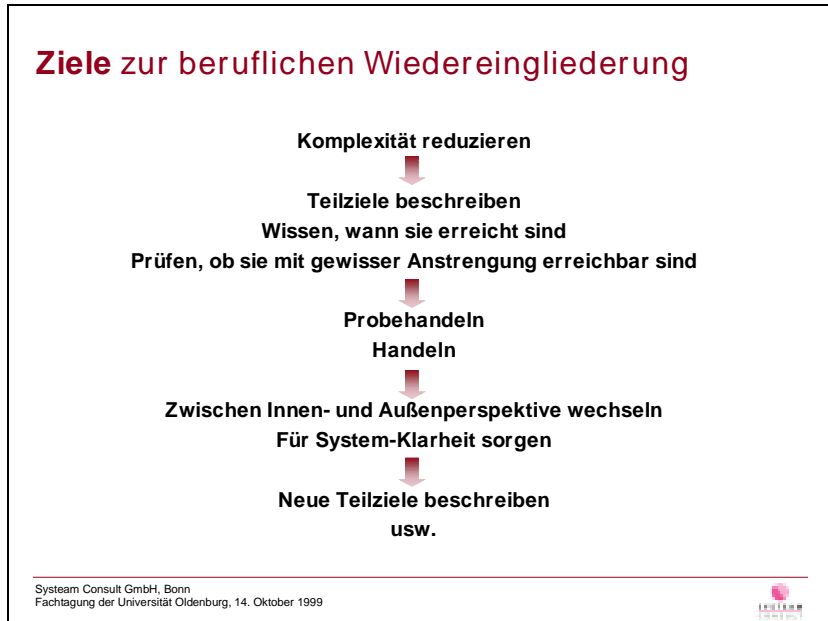
Um diesen Auftrag erfüllen zu können, sollte das psycho-sozio-therapeutische Programm in der Rehabilitation die in der nachfolgenden Abbildung dargestellten Elemente enthalten:

Psycho-sozio-therapeutisches Programm

- 1. Weckung der Bereitschaft zur aktiven Auseinandersetzung mit den durch die Arbeitslosigkeit entstandenen Problemen**
- 2. Aufbau einer realistischen Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung; Ressourcenorientierung: Begabung, Fähigkeiten, Kenntnisse, Erfahrungen**
- 3. Klärung der persönlichen Ziele**
- 4. Verbesserung der Selbstdarstellung**
- 5. Kritische Situationen bewältigen lernen**
- 6. Berufserprobung
Belastungserprobung
Berufsförderung
Qualifizierung**

nach Kanfer, Bönner, 1996

Bei der praktischen Umsetzung der Elemente in der ambulanten oder stationären Rehabilitation kommt es auf folgende Schritte an:

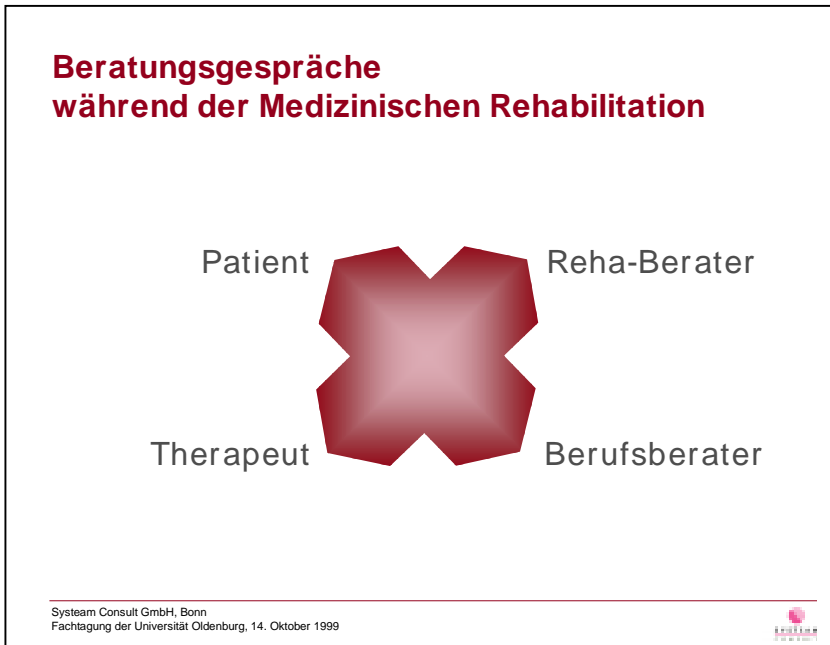


Dabei ist es besonders wichtig, das Ziel „Berufliche Wiedereingliederung“ in bewältigbare Teilziele zu untergliedern um die Komplexität zu reduzieren, die Begabungen des Rehabilitanten zu ermitteln, um möglichst genau zu wissen, welche Berufe oder Tätigkeiten für ihn besonders geeignet sind.

- Durch entsprechende Praxisplätze in Betrieben kann im Rahmen eines „Probearbeitens“ ein neu gelerntes Verhalten trainiert und verfestigt werden:
- Die Abstinenz wird im Alltag erprobt, Rückfallgefährdungen sowie psychische Krisen können vom therapeutischen Team der Reha-Einrichtung aufgefangen und bearbeitet werden
- Die Selbstständigkeit wird gefördert, das Selbstbewusstsein durch erfolgreiche Bewältigung von Arbeitsaufgaben gestützt.

Schließlich stabilisieren Belastungserprobung und Belastungsbewältigung das Selbstwertgefühl und festigen das gelernte neue Verhalten.

Wichtig ist, daß insbesondere während der stationären Entwöhnungsbehandlung schon Gespräche mit dem Reha-Berater sowie dem Berufsberater stattfinden, damit die beiden Rehastränge konkret zusammen geführt werden und von allen Beteiligten ein zielorientiertes Case-Management entwickelt werden kann (siehe Abb.).



Da sich der Arbeitsmarkt in den nächsten Jahren nicht wesentlich verändern wird, gilt es auch, die folgenden spezifischen Ziele der beruflichen Eingliederung in entsprechenden Gruppen- oder Einzelgesprächen während der Rehabilitation anzusprechen:

Spezifische Ziele von beruflichen Reintegrationsmaßnahmen

- ➔ **Überwindung von Resignation und Inflexibilität bei der Arbeitsplatzsuche**
 - × Selbstwirksamkeitsüberzeugung und
 - × Ergebniserwartung
- ➔ **Aufbau eines den heutigen Anforderungen entsprechenden Arbeitsverhaltens**
 - × Förderung der Eigeninitiative
 - × Konstruktiver Umgang mit Fehlern
 - × Selbstverantwortung
- ➔ **Entwicklung von konkreten Perspektiven für ein Leben ohne bezahlte Arbeit**
 - × Änderungsbereitschaft
 - × Änderungskompetenz

Gleichwohl muß festgehalten werden, daß sich die hohe Massenarbeitslosigkeit weiterhin besonders gravierend auf Abhängigkeitskranke und ihre Integration in das Arbeitsleben auswirken wird. *Deshalb müssen Bemühungen der Rehabilitationseinrichtungen durch politische Entscheidungen unterstützt werden.*

4 Schlußbemerkungen

Abschließend fasse ich die wichtigsten Aspekte des Themas Arbeit, Arbeitslosigkeit und Abhängigkeit noch einmal zusammen:

1. Dem Bereich Arbeit und Beruf muß bei allen Suchtkranken in der ambulanten/teilstationären/stationären und soziotherapeutischen Suchthilfe eine noch größere Beachtung geschenkt werden. Auch bei den noch Berufstätigen muß die Wiederaufnahme der Arbeit nach einer Reha-Maßnahme gut vorbereitet werden, damit die Integration ohne Brüche gelingt.

2. Es gilt „Wenn-dann“- und „Entweder-oder“-Teufelskreise zu durchbrechen und die Gleichzeitigkeit von medizinischen *und* beruflichen Reha-Maßnahmen im Sinne von „Sowohl-als auch“ zu fördern.
3. Die Reha-Verlaufsstatistik weist trotz erschwelter Bedingungen durch die strukturelle Massenarbeitslosigkeit gute Erfolge stationärer Entwöhnungsmaßnahmen aus, denn 70 bis 80 Prozent der Rehabilitanten sind auch fünf Jahre nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlung noch im Erwerbsleben verblieben.
4. Suchttherapie ist besser als ihr Ruf und Suchtkranke haben bessere Ressourcen zum sozialen Überleben als man ihnen gemeinhin zubilligt. Dies gilt es, durch besondere Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung als Schlüsselprozess der Rehabilitation zu fördern.
5. Wo die berufliche Wiedereingliederung nicht ermöglicht werden kann, müssen Maßnahmen ergriffen werden, welche die psychische Verarbeitung der Arbeitslosigkeit bei Abhängigkeitskranken günstig beeinflussen. Es muß ein höheres Maß an Selbstaktivierung unter Einbindung in gemeinsame Bewältigungsstrategien erreicht werden, womit zugleich die Abstinenzrate verbessert werden kann.

Gesundheit und Krankheit sind nicht nur ein individuelles Problem. daher genügt es nicht, in schlichter Weise individuelle Lösungen, z.B. über psychotherapeutische Behandlungen zu entwickeln, wenn nachher keine Möglichkeit der Erprobung des neuen, gesünderen Verhaltens in der Realität besteht. Die Behandlung Abhängigkeitskranker ist eingebettet in unsere gesellschaftliche Situation – sie ist so erfolgreich, wie unsere Gesellschaft das Problem der Arbeitslosigkeit erfolgreich lösen kann. Dennoch erleben wir in unseren Einrichtungen immer wieder kleine Wunder, wenn es gelingt auch für die „Perspektivlosen“ Perspektiven zu entwickeln.

Diese individuellen Erfolge sind es letztlich, die alle Beteiligten immer wieder motivieren nach neuen Wegen und Lösungen in der Rehabilitation Alkoholkranker zu suchen.

Literatur

- BEYER, Heinz: Rehabilitationsstrategie zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, in: Fachverband Sucht (Hrsgb.): Sucht und Erwerbsfähigkeit – wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag?, Neuland-Verlag, Geesthacht 1996
- BÖNNER, Karl H.: Sucht und Erwerbsfähigkeit – Eine Einführung in das Kongreßthema, a.a.O. Geesthacht 1996
- KNAUF, Werner und FRIETSCH, Robert: Integration von berufsfördernden Maßnahmen in die Entwöhnungsbehandlung, a.a.O., Geesthacht 1996
- KNAUF, Werner: Berufliche Rehabilitation von Abhängigkeitskranken – Möglichkeiten und Grenzen in der Rehabilitation, Vortrag auf der „Fachtagung Rehabilitation und/ohne Arbeitswelt“, Ludwigshafen, 1999
- PLOETZ, Klaus von und JUNG, Thomas: Stiefkind Arbeit, unveröffentlichtes Manuskript Fachklinik am Kyffhäuser, Sotterhausen 1999
- SIEGRIST, Johannes: Gesundheit und Arbeit – Neue Herausforderungen und neue Antworten, a.a.O., Geesthacht 1996

Knut Tielking/Heiko Hedden

Optimierungsmöglichkeiten für die Rehabilitation von Alkoholabhängigen auf der Basis der Ergebnisse der Studie „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit“

Sehr geehrte Damen und Herren, auf einer Tagung unserer Arbeitsstelle vor genau zwei Jahren berichteten wir über den Beginn unserer Studie, bei der im Sommer 1997 gerade die Befragungen von Patienten, Therapeuten und Ärzten begonnen hatte. Wir freuen uns, Ihnen heute Ergebnisse unserer Arbeit vorzustellen und Vorschläge zur Optimierung der Rehabilitation Alkoholabhängiger mit ihnen zu diskutieren.

1 Eckdaten der Studie

Erstmalig in dieser Studie wurden einrichtungsübergreifend, den ambulanten und stationären Bereich umfassend, Kooperationseinrichtungen der LVA Oldenburg-Bremen untersucht. Diese Einrichtungen führten in den letzten Jahren mit dem Hauptanteil der Versicherten dieser LVA mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit (ICD-9-Nr. 303; knapp 90 Prozent) eine Entwöhnungsbehandlung und/oder ambulante Weiterbehandlung durch. Als wesentliche Funktion kommt der Studie somit eine einrichtungsübergreifende Dokumentationsfunktion zu. Zentrales Anliegen ist die Klärung der Frage:

„Wie lassen sich der Erhalt/die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die (Re-) Integration in das Erwerbsleben durch Alkoholentwöhnungsbehandlung(en) (ambulant und/oder stationär) optimieren?“

Damit verbunden ist die Ermittlung der Effizienz von Entwöhnungsbehandlungen. Um sich der Beantwortung dieser komplexen Fragestellung anzunähern und den multiplen Wirkfaktoren im Behandlungssystem gerecht zu werden, war es notwendig, eine umfassende Analyse der Situation der Patienten im Behandlungssystem wie auch der Rahmenbedingungen der

Behandlung vorzunehmen.¹ Das Untersuchungsdesign umfasst folgende Arbeitsbereiche:

- Erhebung von Patienten- und Behandlungsmerkmalen auf der Grundlage einer klinikübergreifenden Befragung von Patienten, deren Therapeuten und Ärzten am Ende der stationären Entwöhnungsbehandlung (*T1-Erhebung*),
- Nachbefragung der Patienten der Ausgangsstichprobe ein Jahr nach Beendigung der stationären Therapie (*T2-Erhebung*) und
- Analyse von Strukturmerkmalen fünf stationärer und 13 ambulanter Einrichtungen.

Umfassende, deskriptive Analysen wurden als Basisdaten zusammengestellt und geben zu Detailfragen Auskunft. Die Vielfalt und Vielzahl der erhobenen Daten lässt insgesamt weitergehende Analysen in unterschiedlichen Themen zu. Im Mittelpunkt der Arbeit dieser Studie und der folgenden Ausführungen stehen gemäß der Einladung zur Tagung die Themenbereiche „Arbeit/Beruf – Arbeitslosigkeit“, „Rückfall“ und „Kooperation“. Diesen Schwerpunktthemen wurde besondere Aufmerksamkeit geschenkt, da gerade in diesen Feldern Möglichkeiten der Optimierung der Behandlungsangebote und -strukturen gesehen werden (vgl. u.a. FVS 1996; FVS 1997; DHS 1995; DHS 1998; Mann/Batra 1993; Mann/Buchkremer 1995; Tielking 1998; VDR 1991).

2 Ergebnisse

2.1 Charakterisierung der Ausgangsstichprobe der T1-Erhebung

Im Erhebungszeitraum Juli bis Dezember 1997 nahmen an der Entlassbefragung (*T1-Erhebung*) insgesamt 161 Patienten (ICD-9-Nr. 303) teil. Zu diesen Patienten liegen neben den „Selbstauskünften“ Informationen der behandelnden Therapeuten und Ärzte vor.

1 Weitere Informationen zum Design, den Hintergründen und Planungsüberlegungen der Studie „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit“ finden sich bei Tielking (1998).

Tabelle 1: Charakterisierung der Ausgangsstichprobe anhand ausgewählter Ergebnisse		
Merkmal	Ausgangsstichprobe	
	absolut	in Prozent
Geschlecht (<i>n</i> = 159)		
• weiblich	22	13,8
• männlich	137	86,2
Alter (<i>n</i> = 159)		
• Alterklasse 30 bis 59 Jahre	148	93,1
Partnerbeziehung (<i>n</i> = 158)		
• feste Partnerbeziehung	76	48,1
Wohnsituation (<i>n</i> = 157)		
• zur Miete oder in eigener Wohnung/eigenem Haus	130	82,8
Dauer der Alkoholabhängigkeit (<i>n</i> = 161)		
• 10 Jahre und mehr	104	64,6
Entwöhnungserstbehandlung (<i>n</i> = 160)	116	72,5
Art der Therapiebeendigung (<i>n</i> = 161)		
• regulär	154	95,6
• irregulär	7	4,3
Arbeitssituation bei Entlassung (<i>n</i> = 153)		
• nicht arbeitslos gemeldet	68	44,4
• arbeitslos gemeldet	75	49,0
• nicht erwerbstätig	10	6,5
Arbeitsfähigkeit bei Entlassung (<i>n</i> = 161)		
• unverändert arbeitsfähig	94	58,4
• jetzt arbeitsfähig	54	33,5
• unverändert arbeitsunfähig	8	5,0
• jetzt arbeitsunfähig	4	2,5
• trifft nicht zu	1	0,6

Die Ausgangsstichprobe dieser Untersuchung ist anhand der soziodemographischen Daten (Alter, Partner-, Wohnsituation), des Abhängigkeitsverlaufs (Abhängigkeitsdauer, Entwöhnungserstbehandlung), des Anteils regulärer Beendigung der stationären Entwöhnungsbehandlung und der Arbeitsfähigkeit zum Entlasszeitpunkt als prognostisch günstig einzustufen. Problematisch stellt sich der hohe Anteil der Arbeitslosen mit 49,0 Prozent (*n* = 153) dar. Eine Zahl, die dem bundesweiten Anteil Arbeitsloser in Kliniken für Abhängigkeitskranke entspricht (siehe z. B. SEDOS 1998).

Vor dem Hintergrund des multifaktoriellen Genesemodells der Alkoholabhängigkeit, das individuelle und Umgebungsfaktoren einbezieht, existiert von Seiten der Leistungsanbieter ein breites Spektrum an Behandlungsformen, -strategien und -methoden für alkoholabhängige Menschen. Dies kommt auch in den fünf Kliniken und den 13 ambulanten Einrichtungen dieser Untersuchung zum Ausdruck.

Eine Vielzahl an psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen wurde während der stationären Entwöhnungsbehandlung in unterschiedlicher Häufigkeit und Intensität mit den jeweiligen Patienten durchgeführt. Am Ende der stationären Entwöhnungsbehandlung stellte sich für die Ausgangsstichprobe dieser Studie ($n = 161$) ein überwiegend erfolgreiches Bild der Patienten dar. Die Patienten hatten während der stationären Therapie nicht nur Veränderungsbereitschaft gezeigt, sondern bereits erste Veränderungen eingeleitet. Diese wollten sie nach eigener Einschätzung nicht nur aufrechterhalten, sondern in der poststationären Phase weiterentwickeln.

2.2 Charakterisierung der Nachbefragungsstichprobe der T2-Erhebung anhand der Erfolgskriterien „Abstinenz“ und „Rückfall“

Mit knapp 50 Prozent Rücklaufquote ist es gelungen, ein Jahr nach Beendigung der stationären Entwöhnungsbehandlung von einem Teil der Ausgangsstichprobe Informationen über die poststationäre Phase zu erhalten und auszuwerten. Die Quote ist vor dem Hintergrund der Erfahrungen anderer Studien² und den Rahmenbedingungen dieser Studie positiv zu bewerten. Die Ergebnisse der Nachbefragung zeichnen für die Nachbefragungsstichprobe ($n = 80$) auch nach einem Jahr in psychischer und somatischer Hinsicht sowie im Hinblick auf die soziale Integration ein überwiegend positives Bild. Nach Angaben der Patienten konnten tatsächlich 84,8 Prozent ($n = 69$) die in der stationären Therapie erzielten Veränderungen aufrechterhalten

2 Rücklaufquoten nach einer poststationären Befragung bei katamnestic Erhebungen im Bereich der Therapie von Alkohol- und Medikamentenabhängigen werden erfahrungsgemäß zwischen 30 bis 70 Prozent erwartet (vgl. Waldow/Klinik 1986, S. 11). Hohe Rücklaufquoten sind jedoch nur unter besonders guten Bedingungen zu erwarten, z. B. persönlicher Kontakt zum Therapeuten, kleiner Einzugsbereich etc..

oder sogar weiterentwickeln. Diese Aussage machte auch ein Teil der Rückfälligen.³

Jede Behandlung einer Krankheit hat sich am Erfolg zu orientieren. Die Literatur zeigt, dass es nicht *den* für den Behandlungserfolg allein entscheidenden Faktor gibt (vgl. u. a. Mann/Buchkremer 1996; Süß 1988, Tschuschke 1993; Tschuschke/Czogalik 1990; Waldow 1987). Zur möglichst objektiven Bestimmung des Therapieerfolges bedarf es somit gesamter Merkmalsbereiche, die soziologische, psychologische und biologische Variablen sowie Patienten- und Behandlungsmerkmale umfassen. Anerkannter und am weitesten verbreiteter Erfolgsparameter ist auch heute noch das Trinkverhalten.⁴ Dieser Erfolgsparameter bietet den Vorteil eines eindeutig operationalisierbaren Kriteriums und dadurch Vergleichsmöglichkeiten mit Ergebnissen anderer Studien und soll deshalb auch an dieser Stelle zunächst vorgestellt werden.

In Anlehnung an die Berechnungsformeln der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS 1985/1992) werden für die Berechnung der Abstinenz- und Rückfallquoten dieser Stichprobe zwei Werte, ein vorsichtiger/pessimistischer und ein wohlwollender/optimistischer, angegeben:

-
- 3 Von 18 Rückfälligen ($n = 18$) lagen Aussagen zu dieser Frage vor: 50 Prozent trafen die Aussage, dass sie die in der stationären Therapie erzielten Veränderungen poststationär aufrechterhalten bzw. weiterentwickeln konnten.
 - 4 Der hohe Stellenwert der Abstinenz hängt darüber hinaus mit dem therapeutischen Grundsatz zusammen, dass Sucht nicht geheilt, sondern lediglich zum Stillstand gebracht werden kann. Entsprechend wurden Eingangskriterien für Therapien formuliert, das therapeutische Setting darauf abgestimmt und die Qualität der therapeutischen Arbeit wurde an den in Katamnesen ermittelten Abstinenzraten gemessen. Mit dem zunächst im Bereich der illegalen Drogen durchgesetzten Prinzip der „harm reduction“ (Schadensminimierung) setzte sich die Auffassung durch, dass die Realität und Bedürfnisse der Patienten die Behandlungserfordernisse wesentlich bestimmen und die Therapieziele daran zu orientieren sind. Dies wirkte sich zum einen auf die Behandlungsangebote, zum anderen auf die Beurteilung des Therapieerfolges aus.
 „Seit der ersten systematischen Literaturübersicht von Emrick (1974) gilt die ‘Ein-Drittel-Faustregel’ als Richtwert für das Erfolgskriterium ‘dauerhafte Abstinenz’ bei Alkoholabhängigen nach einer überwiegend psychologisch orientierten Entwöhnungsbehandlung.“ (Süß 1995, S. 250) Bei der Bedeutung von Patientenmerkmalen zur Voraussage des Erfolges einer stationären Entwöhnungsbehandlung zeigten Feuerlein/Küfner/u. a., dass der Alkoholabstinenz die größte Bedeutung zukommt und sie den stärksten Zusammenhang mit den übrigen Erfolgskriterien aufweist (vgl. Feuerlein/Küfner/u. a. 1986, S. 228).

Tabelle 2: Abstinenz- und Rückfallquote			
Berechnungsformel	abstinent	Abstinent nach Rückfall	rückfällig
DGSS F1 (<i>n</i> = 76)	68,4 %	4,0 %	27,6 %
DGSS F2 (<i>n</i> = 161)	32,3 %	1,9 %	65,8 %

68,4 Prozent der Nachbefragungs-Stichprobe (32,3 Prozent der Gesamtstichprobe) lebten im gesamten Nachbefragungszeitraum von 12 Monaten abstinent, weitere 4,0 Prozent (1,9 Prozent der Gesamtstichprobe) wurden als „abstinent nach Rückfall“ gewertet. Die Erfolgsquote von insgesamt 72,4 Prozent stellt aufgrund der Vorgehensweise, dass lediglich die Personen, die erreicht auch ausgewertet wurden, ein positiveres Bild dar, während die Erfolgsquote von 34,2 Prozent als konservative Einschätzung die nicht erreichten Personen als rückfällig wertet und damit eine Unterschätzung der Ergebnisse zur Abstinenz darstellt. Die Realität wird in der Mitte dieser Werte vermutet.

Dieses Ergebnis der Untersuchung ist mit denen anderer Studien vergleichbar.⁵ Vor dem Hintergrund der insgesamt sehr erfreulichen Ergebnisse der Erhebungen auch in anderen Erfolgsmaßen (z. B. Lebenszufriedenheit, Partnersituation), sollen nun zunächst weitere Ergebnisse zum „Rückfall“ und daran anschließend Ergebnisse zum Thema „Arbeit/Beruf – Arbeitslosigkeit“ ausgeführt und Auffälligkeiten sowie daran anknüpfende Optimierungsvorschläge vorgestellt werden.

2.3 Weitere Ergebnisse zu rückfallrelevanten Aspekten

Wie eingangs dargestellt, weisen die Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Therapie in verschiedenen Bereichen der Selbsteinschät-

5 Die Rückfallquoten nach Alkoholentwöhnungsbehandlungen wurden in verschiedenen Studien allerdings unterschiedlich hoch ermittelt: nach sechs Monaten 36 Prozent (Stüß 1988) bis zu 60 Prozent (Fichter/Frick 1992); nach zehn Jahren 74 Prozent (Längle/Schied 1990) bis zu 76,1 Prozent (Scheller/Klein/Zimm 1995). Auch die Rentenversicherung hat in der Vergangenheit zur Beantwortung der Frage nach den erfolgreichsten Maßnahmen für den jeweiligen Versicherten Studien gefördert (vgl. u. a. „MEAT-Studie“, Feuerlein/Küfner/u. a. 1988; „DOSY-Studie“ Koch/Brünger/u. a. 1994). So wurde in der Studie „Münchener Evaluation der Alkoholismustherapie (MEAT)“ am Ende eines vierjährigen Nachbeobachtungszeitraumes eine Abstinenzquote von knapp 70 Prozent ermittelt (vgl. Feuerlein/Küfner/u. a. 1988, S. 622 ff.).

zung, den Einschätzungen der Therapeuten sowie der Leistungsbeurteilung der Ärzte ein sehr positives Bild auf. Einige Zahlen zur Verdeutlichung:

- Nach ärztlicher Einschätzung sind 91,9 Prozent der Patienten ($n = 160$) zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Therapie sofort voll arbeitsfähig,
- 83,7 Prozent der befragten Therapeuten ($n = 141$) sind mit dem Behandlungsergebnis zufrieden, 16 Prozent gaben an, unzufrieden mit dem Ergebnis am Ende der stationären Therapie zu sein,
- 79,9 Prozent der befragten Patienten ($n = 144$) fühlen sich geistig leistungsfähiger,
- 64,8 Prozent der Patienten ($n = 142$) schätzen sich als belastbarer bei Stress ein,
- 83,6 Prozent der Patienten ($n = 146$) haben das Gefühl selbstbewusster zu sein und
- 80,9 Prozent der Patienten ($n = 141$) geben an, konzentrationsfähiger zu sein.

Dennoch ist der mögliche Rückfall stark angstbesetzt. Für 81,8 Prozent der befragten Patienten – das sind 126 von 150 – ist der Rückfall das Schlimmste, was ihnen passieren kann und wird als bedrohlicher angesehen, als Arbeitslosigkeit, die Trennung vom Partner, finanzielle Probleme, oder der eigene Tod.

Unter der Perspektive, dass die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls von 46 Personen (30,4 Prozent; $n = 151$) als hoch bzw. sehr hoch eingeschätzt wird, dass gleichzeitig 62 der Befragten (40,4 Prozent; $n = 156$) angaben, dass in der stationären Therapie lediglich manchmal, selten oder nie über das Verhalten bei Rückfällen gesprochen wurde oder aber auch, dass jeder dritte (32,4 Prozent; $n = 157$) der Auffassung ist, dass nur manchmal, selten oder nie das Verhalten in Krisensituationen thematisiert wurde, entsteht der Eindruck, dass die konzeptionell betonte Rückfallprophylaxe in den befragten stationären Einrichtungen nicht hinreichend umgesetzt, aber zumindest von den Patienten nicht wahrgenommen wird. Möglicherweise bereitet den stationär tätigen Therapeuten und Therapeutinnen der „Spagat“ zwischen Rückfallvermeidung während des stationären Aufenthaltes und Vorbereitung auf den eventuellen Rückfall nach der stationären Therapie Probleme.

In den von uns untersuchten fünf stationären Einrichtungen variiert die Häufigkeit der stationären Rückfälle zwischen 3 Prozent und 10 Prozent. Als

Zeitpunkt der meisten Rückfälle gaben drei Kliniken die Aufnahmephase und zwei die Hauptphase (hier speziell die Zeit der Heimaturlaube) an. Im Falle eines Rückfalls während der stationären Therapie spricht eine der befragten Einrichtungen aus konzeptionelle Gründen (nämlich zum Schutz der Einrichtung, der Mitpatienten und der Therapeuten) generell eine Entlassung nach einer – wenn möglichen – Aufarbeitung des Rückfalls aus. Die anderen Kliniken entlassen einen Patienten nach einem Rückfall lediglich, falls eine massive Verleugnung bzw. Bagatellisierung, eine nicht entwicklungsfähige Abstinenzmotivation, oder eine destruktive Einstellung zur Therapie vorliegen. Alle Einrichtungen sind im Falle einer vorzeitigen Entlassung bemüht, den Patienten auf die Zeit nach verlassen der Klinik vorzubereiten. Hierzu gehören z. B. der Versuch der Verlegung in eine andere Einrichtung oder die Überweisung an eine Beratungsstelle.

Bei den befragten 13 ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen gestaltet sich der Umgang mit dem Rückfall ein wenig anders. Rückfälle werden hier zwar auch nicht generell akzeptiert, aber die Toleranz ist größer. Die ambulante Entwöhnungsbehandlung und die ambulante Weiterbehandlung unterliegen insgesamt ähnlichen, wenn auch weiter gefassten Grenzen als die Therapie in stationären Einrichtungen.

Gemäß SEDOS (vgl. SEDOS AG 1998, S. 36) beträgt die Zahl der stationär rückfälligen Patienten knapp 12 Prozent und ist somit im Vergleich zu den poststationär Rückfälligen (ca. 40 bis 80 Prozent in den ersten vier Jahren nach einer Entwöhnungsbehandlung) verschwindend gering. Ideen zu einer modifizierten Entlassungsvorbereitung und verbesserten ambulanten Nachsorge für die aus der stationären Therapie entlassenen Patienten erhalten vor diesem Hintergrund ihre Berechtigung.

Die stationären Einrichtungen betonen immer wieder die Bedeutung der individuellen Bearbeitung der Problematiken. Um die individuellen Problematiken zu erkennen, bedarf es einer umfassenden Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik. Alle untersuchten Kliniken führen eine umfangreiche Eingangsdiagnostik durch. Eine Verlaufsdiagnostik wird von einer Fachklinik lediglich im Einzelfall vorgenommen, während alle anderen Kliniken eine regelmäßige Verlaufsdiagnostik vornehmen. Ein Optimierungsvorschlag für den Bereich der Diagnostik besteht darin, sowohl die Eingangs- als auch die regelmäßige Verlaufs- und die Abschlussdiagnostik um den Aspekt der individuellen Rückfallgefahren und möglichen Risikosituationen, sowie den Umgang mit diesen Situationen zu ergänzen. Diese Informationen

sollten den an der Behandlung beteiligten Personen deutlicher als bisher zugänglich gemacht und die Veränderungen und Entwicklungen sowie die zu erwartenden individuellen Risikosituationen gezielter an die nachbetreuende Stelle weitergeleitet werden.

In Ergänzung der Ergebnisse zur Erfolgsbeurteilung, gemessen an den Kriterien „Abstinenz“ und Rückfall“ (vgl. 2.2), zeigt eine differenziertere Beschreibung des Umgangs mit Alkohol in der poststationären Phase folgendes Bild: 76 Personen beantworteten die Frage, ob sie im letzten Jahr Alkohol konsumiert haben: 31,6 Prozent ($n = 76$), d. h. 24 Personen beantworteten diese Frage mit „ja“. Von diesen 24 Personen gaben zwei Personen an, dass sie täglich oder fast täglichen Konsum und fünf, dass sie täglich mehrmaligen Konsum gehabt haben. 10 Befragte erklärten, dass sie lediglich gelegentlich Alkohol konsumiert haben, drei Personen definierten sich als „abstinent nach Rückfall“⁶ – vier Personen beantworteten die Frage nach der Häufigkeit des Konsums nicht.

Der nachstehende Überblick nennt die Situationen, Bedingungen und Einstellungen, die nach Aussage der rückfällig gewordenen Patienten zum Alkoholkonsum beitrugen.

6 Diese Personen lebten seit mindestens sechs Monaten abstinent.

Tabelle 4: Situationen, Bedingungen und Einstellungen, die zum Alkoholkonsum beitragen		
	Absolute Häufigkeit	Prozentuale Häufigkeit*
Streit, Ärger, Frust	13	16,3
unangenehme Situationen in der Partnerschaft/Familie	10	12,5
Langeweile	9	11,3
Isolation, Einsamkeit	9	11,3
unangenehme Situationen im Arbeitsleben	9	11,3
gesteigertes Verlangen nach Suchtmitteln	7	8,8
gesundheitliche Probleme	6	7,5
Konsum, um positive Wirkungen/Gefühle zu erzielen	6	7,5
Konsum wegen freudiger Ereignisse, gehobener Stimmung und Glücksgefühlen	4	5,0
Konsum ist für mich kein Problem	2	2,5
direkte Suchtmittelangebote	2	2,5
Konsum, um Willensstärke zu testen	2	2,5
sonstiges	1	1,3
<i>n = 20</i> <i>Mehrfachnennungen sind möglich = 80</i> <i>* Rundungsdifferenz</i>		

Sie sehen, dass diese Liste von den sogenannten „unangenehmen Gefühlen“ angeführt wird. Die „direkten Suchtmittelangebote“ oder der „Konsum, um Willensstärke zu testen“ (z. B.: „Jetzt bin ich so lange trocken, ein Glas kann ich ja wohl mal trinken ohne richtig abzustürzen“), spielen eine eher untergeordnete Rolle. Auf eine tiefere inhaltliche Interpretation der Tabelle soll an dieser Stelle verzichtet werden. Wir werden dieses Thema heute nachmittag im Rahmen der Diskussion über die therapeutischen Angebote stationärer Einrichtungen in der „AG Rückfall“ noch einmal aufgreifen.

Vor dem Hintergrund der skizzierten Ergebnisse erscheint es sinnvoll, folgende Optimierungen hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit zu diskutieren:

1. eine allgemeine Aufnahme der Erfassung individueller Rückfallaspekte in die Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik,

2. eine schriftliche Zusammenfassung der rückfallrelevanten Einstellungen bzw. Situationen, die im Laufe der stationären Therapie aufgefallen sind und
3. ein individuell zu gestaltender, aber verbindlicher Kontakt in den ersten Wochen nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung.

2.4 Erwerbsaspekte: „Arbeit/Beruf – Arbeitslosigkeit“

Zunächst einige Zahlen aus der Entlass- und Nachbefragung der Patienten zur Beschreibung der arbeits-/berufsbezogenen Situation:

Tabelle 3: „Arbeit/Beruf - Arbeitslosigkeit“ - Problemlage und Thema in der stationären Entwöhnungsbehandlung aus Sicht der Patienten	
Merkmal	in Prozent
Berufliche Situation (Schule, Beruf oder Arbeitslosigkeit) (n = 153) <ul style="list-style-type: none"> • zufrieden • unzufrieden 	 46,4 53,6
Arbeits- und berufsbezogene Probleme bei der Rückkehr nach Hause (n = 159) <ul style="list-style-type: none"> • erwerbstätige Personen (n = 68): Probleme am Arbeitsplatz • erwerbslose Personen (n = 75): Probleme mit der Rückkehr in das Erwerbsleben 	 60,3 62,7
Gespräche über die Arbeit und den Beruf im Verlauf der stationären Therapie <ul style="list-style-type: none"> • „manchmal, selten oder nie“ (n = 147) • „manchmal, selten oder nie“ in der Gruppe der Patienten, die arbeitslos gemeldet waren (n = 68) • „manchmal, selten oder nie“ in der Gruppe der Patienten, die einen Zusammenhang zwischen ihren Alkoholproblemen und dem Arbeitsplatz sahen (n = 52) 	 62,8 61,8 50,0
<u>Aussage:</u> Auf die Anforderungen des Berufes wurde ich während der stationären Therapie gut vorbereitet. <ul style="list-style-type: none"> • „stimmt nicht“ (n = 131) • Personen, die diese Aussage machten (n = 86) und gleichzeitig angaben, „manchmal, selten oder nie“ über die Arbeit und den Beruf gesprochen zu haben 	 65,6 70,9
Erwerbssituation <ul style="list-style-type: none"> • arbeitslos zum Zeitpunkt der Beendigung der stationären Entwöhnungsbehandlung (n = 153) • arbeitslos im letzten halben Jahr vor der Nachbefragung (n = 80) • arbeitslos in beiden Befragungszeiträumen 	 49,0 33,8 66,6
<u>Aussage:</u> Die berufliche Situation muss sich ändern, damit es mir besser geht. (n = 154) <ul style="list-style-type: none"> • Von den Personen, die diese Aussage machten (n = 41), wurden rückfällig • Von den Personen, die diese Aussage machten, gaben in der Nachbefragung (n = 34) Probleme mit der Rückkehr in das Erwerbsleben an 	 57,1 41,5 58,8

Die Daten lassen zusammengefasst folgendes erkennen:

- Es besteht vor der stationären Therapie eine hohe Unzufriedenheit der Patienten mit ihrer beruflichen Situation (Schule, Beruf oder Arbeitslosigkeit).
- Bei der Rückkehr nach Hause spielen für einen großen Teil der Patienten arbeits- und berufsbezogene Probleme eine belastende Rolle.
- In der Wahrnehmung der Patienten werden die Themen „Arbeit und Beruf“ im Verlauf der stationären Therapie mit einem großen Teil der Patienten lediglich manchmal, selten oder nie besprochen. Dies wiegt um so mehr, da 50,0 Prozent der Patienten, die einen Zusammenhang zwischen ihren Alkoholproblemen und dem Arbeitsplatz sahen ($n = 52$), diese Einschätzung trafen.
- Die Patienten fühlen sich explizit danach befragt, nicht gut auf die Anforderungen des Berufslebens vorbereitet. 70,9 Prozent der Patienten, die diese Aussage machten ($n = 86$), gaben gleichzeitig an, manchmal, selten oder nie in der Behandlung über Arbeit und Beruf gesprochen zu haben ($\chi^2: 6,56678; df: 2; p: 0,03750$).
- Es existiert ein hoher Anteil Arbeitsloser sowohl in der Ausgangsstichprobe wie auch in der Nachbefragungsstichprobe. 66,6 Prozent der Patienten, die zum Messzeitpunkt $T1$ arbeitslos gemeldet waren ($n = 30$), gaben auch für den Zeitraum des letzten halben Jahres vor der Nachbefragung ($T2$) an, erwerbslos zu sein ($\chi^2: 20,64692; df: 1; p: 0,00001$).
- Ein hoher Anteil der Patienten weist der Veränderung der beruflichen Situation eine große Bedeutung zu, damit es ihnen besser geht. In der Nachbefragungsstichprobe sind 41,5 Prozent der Patienten, die diese Angabe machten ($n = 41$), rückfällig geworden ($\chi^2: 6,28505; df: 2; p: 0,04317$). Ein wesentlicher Teil dieser Patienten hatte dabei Probleme mit der Rückkehr in das Erwerbsleben nach Arbeitslosigkeit.⁷

Soweit einige konkrete Daten aus den *Erhebungen*. Im Zusammenhang der Gesamtauswertung (Patienten- und Behandlungsmerkmale) weisen diese Zahlen auf Optimierungspotentiale hin. Diese liegen in einer Intensivierung arbeits- und berufsbezogener Maßnahmen im Rehabilitationsprozess.

⁷ Für 34 Personen lagen zu beiden Fragen Informationen vor: 58,8 Prozent dieser Patienten, die angaben die berufliche Situation müsse sich verändern, damit es ihnen besser gehen kann, gaben Probleme mit der Rückkehr in das Erwerbsleben nach Arbeitslosigkeit an; für 70,0 Prozent dieser Patienten ($n = 20$) besteht das Problem auch heute noch.

Gerade unter den derzeitigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einer hohen Arbeitslosigkeit und den hohen Belastungen am Arbeitsplatz reicht die bloße Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker heute nicht mehr aus. Ein wichtiger Aspekt, die Rückfallgefahr für Alkoholabhängige zu reduzieren, richtet sich auf den Aufbau von Kompetenzen, die die Patienten in die Lage versetzen, sich individuell selbst auf dem sich schnell ändernden Arbeitsmarkt zu behaupten. Bei einem Anteil von 49,0 Prozent der in dieser Erhebung arbeitslos gemeldeten Patienten ($n = 153$) müssen heute stationäre wie auch ambulante Einrichtungen des Suchtkrankenhilfesystems ihre Rehabilitationskonzepte hierauf stärker abstimmen. Diesbezügliche Modellversuche einiger Fachkliniken⁸ wie auch während der Laufzeit dieser Studie neu implementierte Angebote in den untersuchten Kliniken sind bereits durchaus ermutigend.

Die stationären Einrichtungen begegnen erwerbsbezogenen Problemlagen ihrer Patienten mit Angeboten. Die speziellen Angebote zu diesen Themen sind in den Kliniken jedoch unterschiedlich weitreichend und werden wie aufgezeigt von einem wesentlichen Teil der Patienten nicht entsprechend wahrgenommen. In den untersuchten ambulanten Einrichtungen werden erwerbsbezogene Angebote konzeptionell gar nicht berücksichtigt. Einige Einrichtungen bieten aber nach eigener Aussage spezifische Maßnahmen an, die über eine individuelle berufliche Perspektivenberatung (z. B. Erarbeitung von und Auseinandersetzung mit persönlichen Eingangs- und Leistungsprofilen), Bewerbungstraining (z. B. Erstellen einer Bewerbungsmappe, Vorstellungsgespräch, Anzeigenauswertung) bis hin zur Begleitung von Gesprächen mit dem Berater des Arbeitsamtes gehen. Der Großteil ambulanter Einrichtungen verweist jedoch auf entsprechende Angebote des Arbeitsamtes oder von Bildungsträgern. Oft genannte Begründung ist die folgende: *„Der zu entwickelnden Selbstständigkeit und sozialen Kompetenz soll nicht durch ein Zuviel an Unterstützung entgegengewirkt werden.“* Hierin wird deutlich, dass die notwendigen Schritte zur beruflichen Integration als Bewährungsprobe verstanden werden, um die gewonnene Ich-Stärke umzusetzen. „Eine

8 Als positive Beispiele seien genannt: Der Modellversuch „Berufsförderung bei Alkoholabhängigen“, der an der Fachklinik Eußerthal/Pfalz durchgeführt wurde (vgl. Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen in Rheinland Pfalz 1996), das in der Fachklinik am Rosenberg/Daun eingeführte Programm „Belastungserprobung“ zur indikationsgeleiteten Reintegration Abhängigkeitskranker in die Erwerbstätigkeit (vgl. Missel/Schüller/Altmaier 1996) und der in der Fachklinik Thommener Höhe/Darscheid implementierte Funktionsbereich „Berufliche Reintegration“ (vgl. Hidien/Quinten 1997).

solche Strategie setzt Vollbeschäftigung, gute Qualifikation und das vollständige Erreichen des Therapieziels 'Selbstsicherheit' voraus. Eine solche Strategie geht fehl angesichts struktureller Arbeitslosigkeit.“ (Knauf/Knauber 1999, S. 4)

Entwöhnungsbehandlungen können natürlich nicht gesamtgesellschaftliche Fehlentwicklungen korrigieren, doch zumindest können berufliche Maßnahmen eingeleitet und an die nachsorgenden Institutionen übergeben werden. Dies muss Aufgabe der medizinischen Rehabilitation sein, will man den Alkoholabhängigen zukunftsfähige Perspektiven vermitteln.

In den analysierten Therapiekonzepten der stationären und ambulanten Einrichtungen ist das Ziel der Rehabilitation mit der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit fixiert. Die Analyse der Therapiezielvereinbarungen ergab jedoch nur eine nachrangige Bedeutung für den therapeutischen Prozess. Lediglich mit 28,6 Prozent der Patienten ($n = 161$) wurden Ziele vereinbart, bei denen es galt, explizit arbeits- und berufsspezifische Problematiken zu bearbeiten. Es stellt sich die Frage, ob vor dem Hintergrund der erhobenen Daten eine stärkere Akzentuierung erwerbsbezogener Ziele im therapeutischen Prozess notwendig ist. Deshalb geben wir zu bedenken, ob nicht eine explizite erwerbsbezogene Therapiezielformulierung mit dem Patienten⁹ erst die Ausrichtung der Rehabilitationsmaßnahme für den Patienten deutlich macht und stärker zur Findung einer Lebensperspektive in unserer erwerbsorientierten Gesellschaft beitragen kann.

Von Bedeutung ist, dass die Behandler die erwerbsbezogenen Themen an den Patienten herantragen und im Sinne einer aktiven Zielabklärung entsprechende (erwerbsbezogene) Problemlagen mit dem Patienten abklären und die notwendigen Zielvereinbarungen treffen. Die Zielerreichung ist auch in diesem Bereich zu überprüfen, so dass die am Ende der stationären Therapie offenen Ziele als Information an die ambulante Nachsorge zur weiteren

9 Natürlich existieren oft zunächst bedeutsamere Ziele, wie z. B. „Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation“, „Selbstwertgefühl“, „Kontaktfähigkeit“, „Bearbeitung der Partnerproblematik“ u. v. m. Diese Bereiche haben indirekt Einfluß auf die Erwerbsfähigkeit und sollten deshalb bei der Betrachtung der therapeutischen Arbeit und weiteren Überlegungen zu diesem Thema Berücksichtigung finden. Es geht nicht um eine einseitige Ausrichtung der therapeutischen Arbeit auf Erwerbsaspekte, sondern vielmehr um eine ergänzende Zielorientierung für die Patienten im therapeutischen Prozess.

Unterstützung des Patienten zu geben sind.¹⁰ Von grundlegender Bedeutung ist, dass speziell bei Patienten mit erwerbsbezogenen Problemlagen an die in der stationären Therapie eingeleiteten Maßnahmen und Veränderungen angeknüpft wird und der Patient in seiner gerade in diesem Feld so wichtigen Selbstverantwortung und Eigenmotivation für entsprechende Veränderungen nicht nur gestärkt, sondern auch *aktiv unterstützt* wird.

Zu diskutieren ist auch, welche Aufgaben von ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen und welche Aufgaben von anderen Institutionen wahrgenommen werden. Dabei spielt die Kostenzuständigkeit eine wichtige Rolle.

3 Zusammenfassung der Vorschläge zur Optimierung der Rehabilitation von Alkoholabhängigen im Blickwinkel notwendiger Kooperation

In den Ausführungen zu den „Erwerbs- und Rückfallaspekten“ wurden Hinweise auf die Notwendigkeit von inhaltlichen Veränderungen gegeben, die ihre Effektivität aber erst im Rahmen einer abgestimmten Kooperation aller Beteiligten entfalten können. Die Kooperationsbereiche gehen über das medizinische Rehabilitationssystem hinaus. Dies ist bei der Betrachtung des Gesamterfolges einer Rehabilitationsmaßnahme wie auch bei Überlegungen zur Versorgung Alkoholabhängiger zu berücksichtigen. Soll eine dauerhafte und effiziente Kooperation zwischen Einrichtungen des Rehabilitationssystems wie auch des gesamten Suchtkrankenhilfesystems erreicht werden, müssen klare Strukturen zwischen den beteiligten Institutionen gebildet werden. Dazu gehören u. a.:

- Entwicklung stabiler Wege der Kommunikation zwischen den Einrichtungen bzw. Therapeuten (fallbezogen wie auch hinsichtlich regelmäßiger Informationstreffen).
- Formal geregelte und damit generalisiert anerkennungsfähige Aufgabenzuweisungen bei der Übergabe bzw. Übernahme von Patienten.
- Für Kooperation und Koordinierung zuständiges Fachpersonal im Sinne von Case-Management-Konzepten (vgl. u. a. Wendt 1997); d. h. Case-

10 Inhalt der weiterzuleitenden Informationen könnten z. B. sein: das Qualifikationsprofil des Patienten, bereits eingeleitete berufliche Umschulungs- oder Weiterbildungsmaßnahmen, Kontakte zum Arbeitgeber.

Manager bei den Leistungsanbietern und Koordinatoren bei den Kosten-/ Leistungsträgern.

- Entwicklung und Festschreibung gemeinsamer Behandlungsleitlinien im Sinne eines Gesamtkonzeptes.
 - Überprüfung der Wirksamkeit von ambulant-stationär-ambulanten Gesamtbehandlungen.
- (vgl. Meyenberg/Tielking/Hedden 1999, S. 227 f.)

Die Ergebnisse der Studie bauen auf einer die Arbeit leitenden Vorstellung auf, dass „Therapieergebnisse von Patientenmerkmalen und deren Interaktion mit Behandlungsmerkmalen sowie den jeweils unterschiedlichen sozio-ökonomischen und sozio-kulturellen Rahmenbedingungen“ (Küfner 1997 S. 201 f.) abhängen. Dies hat für die Optimierungsvorschläge im Bereich der LVA Oldenburg-Bremen zur Konsequenz, dass die auch in dieser Untersuchung sichtbar gewordene Vielfalt der Rehabilitationsangebote, eingebunden in unterschiedliche Konzeptionen der einzelnen Einrichtungen, somit im Kontext der jeweiligen Leistungsanbieter einer ständigen Optimierung bedürfen. Einrichtungübergreifend ist es wichtig, dass ein möglichst breites Spektrum von Therapieformen (ambulant, teilstationär, stationär), Therapierichtungen (psychoanalytische, verhaltenstherapeutische, integrative Orientierungen) und Therapieangeboten (psychotherapeutischen, medizinischen, *soziotherapeutischen*) vorgehalten werden. Vor diesem Hintergrund ergeben sich zusammenfassend folgende Vorschläge zur Optimierung der Rehabilitation Alkoholabhängiger, die von uns zur Diskussion gestellt werden:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Stärkere Integration arbeits- und berufsbezogener Aspekte bereits im Rahmen der medizinischen Rehabilitation • Stärkere Berücksichtigung rückfallrelevanter Aspekte im Rehabilitationsprozess <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><i>Notwendige Voraussetzung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enge Koordinierung ambulanter, teilstationärer und stationärer Maßnahmen durch den Aus- und Aufbau formeller Kooperationsbeziehungen zwischen den Leistungsanbietern, bis hin zu Verbundsystemen • Enge Kooperation zwischen Leistungsanbietern und Kosten-/Leistungsträgern • Evaluierung von Maßnahmen |
|--|

Die Kosten-/Leistungsträger sollten aufgrund ihrer Strukturverantwortung Einfluss nehmen, dass in ihren Kooperationseinrichtungen entsprechende

Angebote auf- und ausgebaut werden, aber auch überprüft werden. Möglichkeiten der Weiterentwicklung rehabilitativer Maßnahmen sind mit den finanziellen Rahmenbedingungen und einer Planungssicherheit für die Leistungsanbieter verbunden. Deshalb freuen wir uns, dass Frau Dr. Künzler nun über „Möglichkeiten und Grenzen der Finanzierung rehabilitativer Maßnahmen für Alkoholabhängige“ aus der Sicht der LVA Oldenburg-Bremen berichten wird.

Literatur

- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SUCHTFORSCHUNG UND SUCHTTHERAPIE (DGSS) (Hrsg.) (1985): Standards für die Durchführung von Katamnese bei Abhängigen. Freiburg im Breisgau
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SUCHTFORSCHUNG UND SUCHTTHERAPIE (DGSS) (Hrsg.) (1992): Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Alkoholabhängigen. Freiburg im Breisgau
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (DHS) (Hrsg.) (1995): Suchtkrankenhilfe im Verbund: Eine kritische Bestandsaufnahme. Freiburg im Breisgau
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (DHS) (Hrsg.) (1998): Jahrbucht Sucht '99. Geesthacht
- FACHVERBAND SUCHT E. V. (FVS) (Hrsg.) (1996): Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag? Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. Nr. 17, Geesthacht
- FACHVERBAND SUCHT E. V. (FVS) (Hrsg.) (1997): Das „Beste“ für den Suchtkranken: Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. Nr. 20, Geesthacht
- FEUERLEIN, W./KÜFNER, H./u. a. (1986): Die stationäre Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen – Ergebnisse einer katamnesticen Untersuchung. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.): Deutsche Rentenversicherung. Heft 3+4/1986, S. 219 - 236
- FEUERLEIN, W./KÜFNER, H./u. a. (1988): Münchener Evaluation der Alkoholismustherapie (MEAT): Eine katamnestiche Studie vier Jahre nach

- der Entwöhnungsbehandlung. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.): Deutsche Rentenversicherung. Heft 11/1988, S. 622 - 677
- FICHTER, M. M./FRICK, U. (1992): Therapie und Verlauf von Alkoholabhängigkeit. Berlin
- GOTTSCHALK-WINDELEN, Pia (1992): Erfolg und Wirkfaktoren in der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung. Eine katamnestische Studie. Rheinfelden
- HIDIEN, W./QUINTEN, C. (1997): Funktionsbereich Berufliche Reintegration der Fachklinik Thommener Höhe. Darscheid
- KNAUF, W./KNAUBER, A. (1999): Berufliche Integration von Abhängigkeitskranken – Möglichkeiten und Grenzen in der Rehabilitation. Vortrag auf der Fachtagung „Rehabilitation und/ohne Arbeitswelt – Herausforderungen und Perspektiven“, 12. Mai 1999, Ludwigshafen
- KOCH, U./BRÜNGER, M./u. a. (1994): Endbericht zum Projekt: Erweiterte statistische Auswertung des Dokumentationssystems DOSY und seiner 1-, 2- und 4-Jahreskatamnesen des Verbandes der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke e. V. unter Berücksichtigung von Einrichtungs- und Behandlungsmerkmalen. Freiburg im Breisgau
- KÜFNER, H. (1997): Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Drogenabhängigen. In: Watzl, H./Rockstroh, B. (Hrsg.): Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle, S. 201 - 228
- LANDESVERSICHERUNGSANSTALT OLDENBURG-BREMEN (1998): Reha-Statistik 1997. interne Statistik der LVA Oldenburg-Bremen, Oldenburg
- LÄNGLE, G./SCHIED, H. W. (1990): Zehn-Jahres-Katamnesen eines integrierten stationären und ambulanten Behandlungsprogrammes für Alkohol-kranke. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Suchtgefahren. Heft 36/1990, S. 97 - 105
- MANN, K./BATRA, A. (1993): Die gemeindenahe Versorgung von Alkoholabhängigen – Evaluation eines kombinierten stationären und ambulanten Behandlungskonzeptes. In: Psychiatrische Praxis 3, S. 102 - 105
- MANN, K./BUCHKREMER, G. (Hrsg.) (1995): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. In: SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Sonderband 1995. Geesthacht

- MANN, K./BUCHKREMER, G. (Hrsg.) (1996): Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Stuttgart/New York
- MEYENBERG, R./TIELKING, K./HEDDEN, H. (1999): Notwendigkeiten im System der Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Ergebnisse einer klinikübergreifenden Studie in Kooperationseinrichtungen einer Landesversicherungsanstalt. In: Fachverband Sucht e. V. (FVS) (Hrsg.): Suchtbehandlung: Entscheidungen und Notwendigkeiten. Geesthacht, S. 217 - 234
- MINISTERIUM FÜR KULTUR, JUGEND, FAMILIE UND FRAUEN (Hrsg.) (1996): Berufsförderung bei Alkoholabhängigen. Berufsfördernde Maßnahmen in einem integrierten Behandlungsmodell - Eine vergleichende Evaluationsstudie bei Alkoholabhängigen - Abschlußbericht. Eußerthal
- MISSEL, P./SCHÜLLER, W./ALTMAYER, M. (1995): Belastungserprobung bei langzeitarbeitslosen Suchtmittelabhängigen. Ein indikationsgeleitetes Konzept zur beruflichen Integration Abhängigkeitskranker. In: Sucht aktuell. 2. Jahrgang, Heft 1 + 2/1995, S. 12 - 15
- REIMANN, A. (1999): Perspektiven für die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus der Sicht der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. In: Fachverband Sucht e. V. (FVS) (Hrsg.): Suchtbehandlung: Entscheidungen und Notwendigkeiten. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. Nr. 22, Geesthacht, S. 97 - 106
- SCHELLER, R./KLEIN, M./ZIMM, S. (1995): Verläufe von Suchtkarrieren: Langzeitkatamnesen aus kritischer Perspektive. In: Körkel, J./Lauer, G./Scheller, R. (Hrsg.): Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung. Stuttgart, S. 2 - 13
- SEDOS AG (Hrsg.) (1998): Jahresstatistik 1997 der stationären Suchtkrankenilfe in der Bundesrepublik Deutschland. Berichtszeitraum: 1.1.1997 - 31.12.1997. SEDOS-Berichte Bd. 5, Hamm
- SÜß, H.-M. (1988): Evaluation von Alkoholismustherapie. Freiburger Beiträge zur Psychologie 3, Freiburg im Breisgau
- SÜß, H.-M. (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. In: Psychologische Rundschau. Heft 46/1995, Göttingen, S. 248 - 266
- TIELKING, K. (1998): Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Vorstellung des Forschungsprojekts. In: Meyenberg, R. (Hrsg.): Neue

Wege in der Drogenpolitik/Drogenhilfe. Band 1 der Schriftenreihe „Sucht- und Drogenforschung“, Oldenburg, S. 91 - 102

TSCHUSCHKE, V. (1993): Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Prozeß-Ergebnis-Relationen. Göttingen

TSCHUSCHKE, V./CZOGALIK, D. (Hrsg.) (1990): Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse. Berlin

VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER (VDR) (Hrsg.) (1991): Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Abschlußberichte – Band III. Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“. Teilband 3. Frankfurt am Main

WALDOW, M. (1987): Therapieerfolg bei Abhängigen - Bedingungen und Strategien. In: Bönner, K. H./Kanfer, F./u. a. (Hrsg.): Indikation und individualisierte Verweildauer in der stationären Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger. Marburg, S. 193 - 233

WALDOW, M./KLINK, M (1986): Rehabilitationsverlauf Alkohol- und Medikamentenabhängiger nach stationärer Behandlung. Eine multivariate Globalanalyse katamnestischer Daten. Marburg

WENDT, W. R. (1997): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: eine Einführung. Freiburg

Ingrid Künzler

Möglichkeiten und Grenzen der Finanzierung rehabilitativer Maßnahmen für Alkoholabhängige aus Sicht *des* Kosten- und Leistungsträgers

Eine etwas sperrige Themenstellung. Ich möchte meine Ausführungen heute auf drei Aspekte konzentrieren: Gesetzlicher Leistungsrahmen der Rentenversicherung, Rehabilitationsbudget und Erwartungen der Rentenversicherung an die Weiterentwicklung der Rehabilitation Alkoholabhängiger.

Ich spreche hier nicht für *den* Kosten- und Leistungsträger, denn wir haben in der BRD ein gegliedertes Sozialversicherungssystem, in dem unterschiedliche Sozialversicherungsträger medizinische Rehabilitationsleistungen erbringen können. Für Entwöhnungsbehandlung sind dies neben der Rentenversicherung primär die Krankenkassen. Für Personen, die aus versicherungsrechtlichen Gründen keinen Leistungsanspruch gegen einen Sozialversicherungsträger haben, ist der Sozialhilfeträger als nachrangige Kostenträger zuständig.

Welcher Träger für die Leistung zuständig ist, ergibt sich aus den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sowie den daraus resultierenden Reha-Zielen.

Die allgemeinen Reha-Ziele haben nämlich durch den Gesetzgeber eine trägerspezifische Ausprägung erhalten. So ist die Krankenversicherung für die Wiederherstellung der Gesundheit oder die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zuständig, Reha-Ziel der Rentenversicherung ist darüber hinaus die möglichst dauerhafte *Wiedereingliederung* eines Versicherten ins Erwerbsleben bzw. die Verhinderung eines vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben.

Ich spreche hier für einen Rentenversicherungsträger, und zwar für die LVA Oldenburg-Bremen. An der einen oder anderen Stelle mag es bei anderen LVAen oder bei der BfA durchaus abweichende Auffassungen geben.

Welche rehabilitativen Leistungen kann ein Rentenversicherungsträger für Abhängigkeitskranke überhaupt erbringen?

Da sind zunächst die stationären, teilstationären oder ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke. Diese Maßnahmenformen sind Ihnen hinreichend bekannt, weniger bekannt scheint zu sein, dass die Rentenversicherung auch berufliche Leistungen zur Rehabilitation erbringen kann. Diese Leistungen können z. B. erbracht werden, wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Reha unmittelbar im Anschluss an medizinische Leistungen der Rentenversicherung erforderlich sind.

Diese Zuständigkeitsregelung wurde 1993 geschaffen, um die Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Reha für Patienten durchlässiger zu machen und die Instrumente der beruflichen Wiedereingliederung wie Arbeitsvermittlung, berufliche Bildungsmaßnahmen oder Eingliederungshilfen frühzeitig, gezielt und differenziert einzusetzen. Sie bieten – gerade bei suchtkranken Patienten – die Chance, konkrete berufliche Perspektiven für die „Zeit danach“ zu vermitteln.

Entsprechende Modellprojekte zur beruflichen Wiedereingliederung arbeitsloser Suchtkranker werden in Zusammenarbeit mit der Rentenversicherung seit mehr als zehn Jahren durchgeführt und auch wissenschaftlich begleitet. Trotz positiver Ergebnisse und der immer wieder geäußerten Notwendigkeit einer stärkeren Vernetzung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation gerade auch im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen, ist die Realisierung bisher ernüchternd. Von den 42 680 in 1998 in der Rentenversicherung abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlungen (einschl. Drogen, Medikamente, Mehrfachabhängigkeit) wurde nur in 1 533 Fällen die Prüfung einer berufsfördernden Leistung als nachfolgende Maßnahme empfohlen und in 174 Fällen wurde eine stufenweise Wiedereingliederung vorgeschlagen.

Dieses Thema der Erwerbstätigkeit wird im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft 1 denke ich noch intensiv beleuchtet werden. Spannend ist hier zweifellos die Abgrenzung zwischen Arbeitsvermittlung, die in der Zuständigkeit der Arbeitsverwaltung liegt und beruflicher Reha im Sinne der Rentenversicherung.

Soweit zum rechtlichen Rahmen der Rentenversicherung, wie sehen nun die finanziellen Möglichkeiten aus?

Voranstellen möchte ich hierzu ein paar Anmerkungen zur Ermittlung des Reha-Budgets in der Rentenversicherung.

Mit Einführung des SGB VI (1992) erfolgte die jährliche Fortschreibung der Beträge für die Reha nach den Veränderungen der durchschnittlichen Brutto-lohn- und Gehaltssumme je beschäftigten Arbeitnehmer, der Zahl der Versicherten und strukturellen Veränderungen (Nachfrage-Anpassung). Eine entscheidende Änderung brachte hier das zum 1.1.97 in Kraft getretene Wirtschafts- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG). Seither dürfen die Ausgaben für Reha-LT nur noch entspr. der Veränderungen der durchschnittlichen Brutto-, Lohn- und Gehaltssumme je beschäftigten Arbeitnehmer steigen. Demografische Veränderungen oder strukturelle Veränderungen finden keine Berücksichtigung mehr.

Darüber hinaus wurden die Ausgaben für Reha für das Jahr 1997 auf die Höhe des zuvor um 600 Mio. gekürzten Ausgabenniveau aus 1993 begrenzt, d. h. eine Reduzierung der Mittel für 1997 zu 1996 um 25 %.

Dieser reduzierte Betrag bildet jetzt die Grundlage für die jährliche Anpassung nach den zuvor genannten Fortschreibungskriterien.

Wobei eine Haushaltsüberschreitung zur entspr. Mittelkürzung im übernächsten Jahr führt.

Wegen der dramatischen Auswirkungen des WFG auf die rehabilitative Versorgungsstruktur wurden die Ausgabengrenzen für 1998 zwar um 450 und 1999 um 900 Mio. angehoben. Diese angehobenen Beträge liegen auch der Bemessung der Haushaltsansätze für 2000 zugrunde; die in 2000 zur Verfügung stehenden Mittel liegen aber immer noch unter dem Ausgabenniveau des Jahre 1996.

Sparmaßnahmen haben sich im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen allerdings in deutlich abgeschwächter Form ausgewirkt.

Während die Gesamtaufwendungen aller Rentenversicherungsträger für medizinische und ergänzende Leistungen wegen Abhängigkeitserkrankungen 1996 noch fast 940 Mio. DM (= 9 % der Gesamtausgaben) betragen haben, waren es 1998 noch rd. 855 Mio. DM (= 11 % der Gesamtausgaben), d. h. nur 9 % weniger als 1996.

Im Zuständigkeitsbereich der LVA Oldenburg-Bremen stellt sich die Entwicklung noch etwas anders dar.

1996	Abhängigkeitserkrankungen insges. 16,9 Mio. d. h. 12 % der Gesamtausgaben
1998	rd. 17,3 Mio. d. h. 17,1 % der Gesamtausgaben

1999 wird das voraussichtl. Rechnungsergebnis mit 18,9 Mio. nochmals deutlich höher ausfallen.

In der gesetzlichen Rentenversicherung (ArV und AV) wurden 1998 insgesamt 7.954,3 Mio DM^{*)} für Leistungen zur Rehabilitation ausgegeben.

Diese Aufwendungen verteilen sich wie folgt:

Aufwendungen für	
medizinische und ergänzende Leistungen insbes. Ü-Geld	5 236,1 Mio.
darunter:	
Abhängigkeitskrankheiten	855,3 Mio. (einschl. Drogen, Medikamente, Mehrfach)
Psychische Erkrankungen	703,4 Mio.
Berufsförderungsleistungen	1 621,0 Mio.
Sonstige Leistungen (§ 31: Ca-Nachsorge, Kinder HV, Forschungsförderung)	557,9 Mio.
Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitanden	580,1 Mio.

Von den für Abhängigkeitskrankheiten ausgegebenen Mitteln entfielen 625,1 Mio. auf die Arbeiterrenten- und 214,7 Mio. auf die Angestelltenversicherung.

Die Verteilung zwischen stationären und ambulanten Leistungen sah bei den 1998 abgeschlossenen Maßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung wie folgt aus:

27 503 stationäre Maßnahmen und 4 957 ambulante Entwöhnungsbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit. Das bedeutet ein Verhältnis von 85 % stationär zu 15 % ambulanter Leistungen.

Bei der LVA Oldenburg-Bremen wurden 1998 384 (= 71 %) stationäre und 160 (= 29 %) ambulante Entwöhnungsbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit abgeschlossen und dafür 7 Mio. 576 TDM für stationäre und 466 TDM für ambulante Leistungen aufgewendet. Hinzu kamen 1 Mio. 763 TDM für

*) Fundstelle VDR Statistik Rehabilitation 1998

Übergangsgelder und 186 TDM für ergänzende Leistungen. Hierzu gehören z. B. Reisekosten oder Haushaltshilfen.

Um die finanziellen Aufwendungen für Entwöhnungsbehandlungen noch deutlicher zu machen, möchte ich anhand einer Modellrechnung, ausgehend von einem Standardfall, die erforderlichen Kosten darstellen:

Eine erfolgreich abgeschlossene Alkoholentwöhnungsbehandlung kostete die LVA Oldenburg-Bremen 1998 durchschnittlich 24 800 DM (ohne SV-Beiträge).

Der Betrag setzt sich wie folgt zusammen:

• Kosten der stationären Behandlung (88 Behandlungstage á 194,00 DM)	17.100,00 DM
• ambulante Entwöhnungsbehandlung (40 Einheiten x 85,00 DM)	3.400,00 DM
• Übergangsgeld	4.000,00 DM
• ergänzende Leistungen	300,00 DM

Wenn sich an diese Behandlung eine berufliche Rehabilitationsleistung anschließt, ergeben sich je nach Leistungsart weitere Kosten.

Vor dem Hintergrund dieser Kostenentwicklung durch steigende Nachfrage nach rehabilitativen Leistungen bei gleichzeitig begrenzten Haushaltsmitteln müssen Reha-Maßnahmen zielorientiert und effizient durchgeführt werden. Dies muß sowohl durch Optimierung der einrichtungsinternen Abläufe als auch durch eine verbesserte interinstitutionelle Kooperation erfolgen, um unnötige „Reibungsverluste“ an den Schnittstellen und redundante Behandlungselemente zu vermeiden. Wenn in der Studie zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit zur Kooperation zwischen ambulanten Beratungsstellen und stationären Reha-Kliniken festgestellt wird, es handele sich dabei in der Regel um eine „Koexistenz der Einrichtungen im Sinne einer funktionalen Arbeitsteilung“, erwarten wir hier zukünftig, dass eine einrichtungsübergreifende Prozeßoptimierung z. B. durch Einführung von Case-Management umgesetzt wird, um Wirtschaftlichkeitsressourcen zu identifizieren und auszuschöpfen.

Ganz deutlich möchte ich an dieser Stelle aber auch machen, dass ich die Probleme bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur für Abhängig-

keitskranke nicht nur bei den Kosten sehe, sondern auch noch einen erheblichen konzeptionellen Handlungsbedarf.

Konzeptionelle Diskussionen werden – aus Sicht einer Juristin – heute immer noch aus der Perspektive des „Verteidigers“, zur klaren Definition, Abgrenzung und Verfestigung der Behandlungsphasen geführt.

Ob die heute in der BRD bestehenden Behandlungsformen und -zeiten wirklich effektiv sind, oder ob nicht gerade langfristige Behandlungen bei Wiederholungen zumindest auch die Gefahr einer Hospitalisierung beinhalten, wird bei uns noch selten gefragt.

Wie häufig in der Suchtforschung kommt auch hier aus den Niederlanden der Gedanke einer langfristigen ambulanten Behandlung bei unsicherem Heilungserfolg und bei Schwierigkeiten im therapeutischen Setting.

Schwierigkeiten bestehen hier aber nicht nur auf Seiten der Patienten, sondern auch auf Seiten der Therapeuten.

Jahrelang geübtes therapeutisches Denken und fehlende Umstellungsbereitschaft, da gewohnte Gedankengänge liebgewonnen wurden, erschweren oft den Zugang zu neuen flexiblen Therapieformen.

Lange schon haben die Kostenträger, oft mit Sorge, zeitweilig mit „Ohnmacht“ verfolgt, dass primäre Ziele, wie Erwerbsfähigkeit und Erwerbstätigkeit aber auch Rückfallbewältigung nicht genügend in den Therapien berücksichtigt wurden.

Gestützt wird diese Einschätzung durch eine Analyse der Therapiezielvereinbarungen, die im Rahmen unserer Evaluation durchgeführt wurde.

Bei 161 Patienten wurden von den Therapeuten zu 46 Patienten (28,6 % der Patienten) Therapiezielangaben gemacht, bei denen es galt, explizit arbeits- und berufsbezogene Probleme zu bearbeiten.

Nur bei 29 Patienten wurden diese ausdrücklich vereinbarten erwerbsbezogenen Therapieziele auch bearbeitet. Das heißt, dass selbst explizit erwerbsbezogenen Zielen nicht in der Häufigkeit nachgegangen wird, wie den allgemeinen persönlichkeitsstabilisierenden Therapiezielen.

Aber nicht nur die Mediziner und Therapeuten der Kliniken sind in ihren Denkhaltungen und Verhaltensmustern kritisch zu betrachten, auch die Sozialmediziner der Institutionen wie z. B. auch der LVAen sind verhaftet in

Denkstrukturen, die eher restriktiv vorgeblich protektiv als progressiv geprägt sind.

Gedanken wie „zu hohe Belastung z. B. durch Umschulung führen zu Rückfällen der Patienten und stellen damit Maßnahmen und viel Geld in Frage“, lassen die Sozialmediziner oft zögern mit ihrer Zustimmung zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation. Auch die Verwaltung weist ähnliche Tendenzen auf. Damit werden wir uns i. R. der AG 1 sicher noch intensiv beschäftigen.

Wünschenswert ist es, dass alle Beteiligten ihre Positionen überdenken und sich um eine höhere Durchlässigkeit im Denken und Handeln bemühen.

Hier gibt die Studie einige Anregungen, neue Wege zu beschreiten wie z. B. höhere Flexibilität, vermehrte Transparenz, veränderte Konzeptionen, bedarfsgerechter Wechsel der Behandlungsform, das ganze mit einem vereinfachten Verwaltungsverfahren.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Knut Tielking/Isabelle Weiss/Heiko Hedden

Plenumsausstellung: Aussagen von Patienten, Ärzten und Therapeuten zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit

Die folgenden Ausführungen enthalten Aussagen der Patienten aus der Entlass- und Nachbefragung (T1/T2), der behandelnden stationären Therapeuten sowie Angaben der Therapeuten aus den Strukturdatenerhebungen in dreizehn ambulanten und fünf stationären Einrichtungen.

Die Aussagen geben zu den jeweiligen Themenbereichen wesentliche Argumente in der Diskussion um die Qualität und die Möglichkeiten der Optimierung der Behandlung von Alkoholabhängigkeit wider.

1 Aussagen der Patienten aus der Entlass- und Nachbefragung (T1/T2) im Rahmen der Studie „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit“

1.1 Aussagen zur Selbsteinschätzung

- „Trinke überhaupt nicht. Die Angst vor Situationen, die mich in die Klinik gebracht haben, hält mich davon ab. Lebe bis auf die Arbeit fast völlig isoliert.“
- „Positives Denken und Philosophieren macht mich neugierig darauf, den Sinn meines bzw. des Lebens im allgemeinen zu erkennen, ohne daß die Freiheit meiner Gedanken durch körperfremde Zusätze (Rauschmittel) beeinträchtigt wird. Ich schlafe gut, träume viel, erhalte Ruhe durch Musik (Rock/Klassik), handele ohne Zeitdruck mehr gefühlsmäßig.“
- „Ich würde gerne angeln, leider hat alles meine Frau behalten, und solange ich nicht dieses Problem mit meiner Frau geklärt habe, werde ich nicht weiterkommen.“
- „Mein Problem ist nicht so sehr der Alkohol, sondern meine psychische Störung.“
- „Wenn der Wille zum Nichttrinken da ist, kommt alles andere von selbst ‚meine ich‘.“

- „Wenn man versucht, seine Vorsätze in die Tat umzusetzen, ist das optimal.“
- „Für mich ist es wichtig, daß ‚ich‘ keinen Alkohol mehr will. Ich halte mir dann und wann einige Dinge aus meiner Trinkzeit vor Augen und sage mir dann, das willst Du nicht wieder erleben. Auch meiner Ehefrau will und möchte ich so etwas ersparen. Auch den Kontakt zu einigen ehemaligen Gruppenmitgliedern finde ich sehr gut.“
- „Die Selbstbeweihräucherung der trockenen Alkoholiker geht mir auf den Geist. Ich will nicht mein ganzes Leben auf Alkohol verzichten. Ich muß mir ein gutes Umfeld aufbauen, dann wird es schon klappen. Leider hindern mich mein kaputtes Selbstwertgefühl sowie meine Angst vor Menschen, dies zu verwirklichen. Bis jetzt sind all meine Bemühungen gescheitert, dies zu ändern. Meine Einschätzung für die Zukunft ist nicht besonders rosig.“
- „Ich wollte mir dieses Jahr zweimal das Leben nehmen. Ich brauche erneut Hilfe.“
- „Für mich ist es am wichtigsten, daß ich gelernt habe, über meine Probleme zu reden, daß ich meinen Alkoholismus akzeptiere.“
- „Im Nachhinein kann ich meinen viermonatigen stationären Klinikaufenthalt eher als Schule fürs Leben ansehen. Ich habe gelernt, mich so zu akzeptieren, wie ich bin. Mein Selbstwertgefühl ist nicht mehr beeinflussbar durch Aussagen oder Meinungen von anderen. Für mich ist wichtig, meine Identität und Individualität zu kennen und zu wahren, auch wenn mich die Menschen als ‚Spinner‘ ansehen.“
- „Den ganz normalen Lebensalltag mit eventuellen Höhen und Tiefen nüchtern ablaufen lassen. Es ist auch so eingetroffen.“
- „Meine Vorstellung von einem Neubeginn hat sich zu 100% erfüllt.“

1.2 Aussagen zum sozialen Umfeld

- „Mein größter Wunsch wäre gewesen, wenn meine Familie etwas Verständnis für meine Krankheit gehabt hätte und mir Zuneigung gezeigt hätte. Aber nein, ich bin ja charakterschwach.“
- „Ich gehe nach 15 Wochen Therapie. Soweit ich feststellen kann, ist alles gut verlaufen. Die Schwierigkeiten fangen jetzt erst an. Wie reagiert die Familie, Freunde usw.“
- „Ich leide am meisten unter dem Verlust meiner Lebensgefährtin (sie hat mich allein gelassen), dem Alleinsein und dem Gefühl, nicht mehr ge-

braucht zu werden. Darüber hinaus ist das Verhältnis zur Tochter recht angespannt und schwierig; ich finde meine Erfüllung und meinen Frieden nicht. Ich kann mich an meiner Abstinenz nicht erfreuen. Darunter leide ich unsagbar!“

- „Mein Wille, ich habe große Angst vor dem Trinken. Ich möchte meinem Sohn nicht mehr weh tun.“
- „Ich habe meine Probleme selbst gemeistert durch starke Willenskraft, keine Schuldsuche bei anderen, was mir in meinem Umfeld Bewunderung/Anerkennung gebracht hat.“
- „Neue Freunde, Verständnis für mein Alkoholproblem. Es heißt nur: Du bist Alkoholiker.“

1.3 Aussagen zu Hilfen

- „Wichtig ist für mich um trocken zu bleiben, mindestens einmal die Woche Gruppen zu besuchen und mich dort mit anderen Gleichgesinnten über die Probleme zu reden, auch über ‚Kleinigkeiten‘ im Alltagsleben.“
- „Mit dem Gerede in der Gruppe kann ich nichts anfangen.“
- „Neue Arbeit auswärts, deshalb Gruppenbesuch nur selten möglich.“
- „Durch meine unregelmäßige Arbeitszeit konnte ich an keiner festgesetzten Therapiegruppe teilnehmen.“
- „Konnte mich nicht schon wieder auf neue Menschen (Fachkräfte) einlassen und bekam Hilfe von Bekannten.“
- „Ganz wichtig für mich ist, daß sollten irgendwelche Probleme auftreten, ich genügend Anlaufstellen hätte (Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe), die sofort helfen. Ich bin aber froh, wenn es so weiter läuft wie jetzt.“
- „Der Aufenthalt ist zwar gut gewesen, aber die Therapeuten drehen das so hin, daß man selbst Schuld hat. Und das verstehen die meisten nicht hier in (...)“
- „In der Klinik wurden über Probleme, die nicht unbedingt etwas mit Alkohol zu tun hatten, aber wichtig für einen waren, nicht richtig eingegangen. Meine Beratung vor der Therapie bei der Beratungsstelle war so schlecht, daß ich sie nicht wieder aufsuchen werde. Dies habe ich aber erst während der Therapie festgestellt.“
- „Zuwenig Freizeitangebote, bzw. Busreisen am Wochenende, Fahrradtouren. Zuwenig Möglichkeiten Arbeitstherapie, Schlosserei, Gießerei, Metallbau, zu wenig Sport, Tanzabend. Beratungsstelle, mehr Einzelge-

sprache, Freizeitangebote, Schwimmen, Termine mit Sportverein, Handball, Volleyball. Gruppenstunden.“

- „Negativ empfinde ich, daß einem das Rauchen verboten wird. Weil man zuviel Zeit und Energie darauf verschwendet, wann und wo man heimlich eine rauchen könnte.“
- „Ich war dankbar, daß ich noch einmal eine Therapie machen durfte. Nachsorge war für mich sehr wichtig. Habe eine für mich akzeptable Selbsthilfegruppe gefunden. Ich hoffe wieder zu mir selbst zu finden und wieder eine zufriedene Trockenheit zu erreichen.“
- „Mir hat es sehr geholfen, daß so viele Menschen an mir Interesse haben, und sich die Zeit genommen haben, mit mir meine Probleme zu lösen.“
- „Als besonders angenehm habe ich das Verstandenwerden und Gemochtsein während des Klinikaufenthaltes empfunden; manchmal kommt selbiges Gefühl auch in der Beratungsstelle sowie in der Selbsthilfegruppe auf.“
- „Der Klinikaufenthalt hat mir im Nachhinein sehr viel gegeben, ich habe zu mir, zu meiner eigenen Person gefunden.“
- „Die Zeit in der Klinik und danach hat mir gezeigt, daß ich mit mehr Gelassenheit an alle Dinge herangehen muß. Ich nehme mich jetzt wichtig. Ich denke jetzt nicht mehr, daß andere zuerst kommen. Wenn ich mir mehr Zeit für mich nehme, bin ich ausgeglichener und kann mehr bewältigen. Habe jetzt mehr Selbstbewußtsein. Ich wünsche mir, daß dies so bleibt. Bin sehr zufrieden.“
- „Noch mal eine Therapie, damit ich endlich von meiner Alkoholsucht runter komme, bevor ich daran kaputt gehe.“
- „Habe mehrere Therapeuten aufgesucht, die waren alle Scheiße.“
- „Die Klinik und die Therapie hat mir sehr viel gebracht.“
- „Ich finde die strengen Regeln hier in der Klinik in Ordnung, weil ich gelernt habe, ohne Suchtmittel zu leben und mich auch wieder an Regeln im Alltag halten kann.“

1.4 Aussagen zur Arbeitssituation

- „Bei mir ist die Zeit nach der Therapie optimal abgelaufen. Neue Freundin, neue Wohnung und ich habe meinen alten Arbeitsplatz wieder.“
- „Es wäre besser gewesen, wenn meine Umschulung ein halbes Jahr vorher angefangen wäre, dafür hätte ich mich während des Klinikaufenthaltes mit meinem Arbeitsamt in Verbindung setzen müssen.“

- „Mein größter Wunsch ist in Erfüllung gegangen und ich habe gerade Arbeit gekriegt. Ich hoffe, daß ich nach der Probezeit da eingestellt werde.“
- „Ich habe in der Therapie gelernt, daß man das, was man durch jahrelanges Trinken zerstört hat, nicht in kurzer Zeit ausräumen kann, und das man selbst etwas tun muß, damit sich etwas ändert. Ich habe mich also, nachdem meine Bewerbungen keinen Erfolg hatten, bei dem Arbeitsamt um eine Fortbildung bemüht, in der ich zur Zeit bin. Ich denke, damit habe ich Voraussetzungen geschaffen, um wieder eine Arbeit zu bekommen.“
- „Es müßte mehr Öffentlichkeitsarbeit gemacht werden, weil das Alkoholproblem in der Gesellschaft verharmlost wird. Denn wer trinken kann, kann auch arbeiten???“

2 Kritik der Therapeuten am Behandlungssystem für Alkoholabhängige

- Es ist ein Paradigmawechsel in der Therapie Alkoholabhängiger notwendig: Weg vom Primat der Abstinenzorientierung hin zur beruflichen Integration
- Intervallmodell: Kostenzusage für ein Gesamtpaket mit ambulanten und stationären Intervallen
- Zeitraum und Dauer der Therapie sollten speziell für die Nachsorge verlängert werden
- teilstationäres Angebot zur Entgiftung fehlt in Bremen: nur stationäre oder ambulante Entgiftung reicht nicht
- Therapie heißt Krankheit heilen, Reha ist nicht gleich Therapie
- Kostenträger müßte Anzahl der Kontaktmöglichkeiten mit dem Klienten erhöhen und der Beratungsstelle einen größeren Spielraum bei der Wahl und Dauer der Therapie für den Klienten einräumen
- zu geringe Anzahl von Therapieeinheiten für Angehörige
- Aufwand und finanzieller Ertrag der ambulanten Rehabilitation stehen in einem sehr schlechten Verhältnis
- es gibt eine Vielzahl von Kontakten, die nicht abgerechnet werden können
- die Finanzierung muß verbessert werden (85,- DM sind zu wenig)
- Rahmenbedingungen sind schlecht
- die Motivationsarbeit im Vorlauf einer Therapie sollte auch bezahlt werden

- der finanzielle Druck muß den Behandlern genommen werden
- auch ein Rentenversicherer profitiert von Präventionsmaßnahmen und sollte diesen Bereich mitfinanzieren
- indikative Angebote müßten zusätzlich finanziert werden
- Paargespräche dauern in der Regel länger als 50 Minuten, sind aber nicht abrechenbar
- bezahlt wird im Monat nur Psychotherapie, nicht die Orientierung am Alltag, z. B. Gespräche mit dem Arbeitsamt, Arbeitgeber

3 Vorstellungen der Therapeuten zum idealen Verlauf einer Alkoholentwöhnungstherapie

- eine strukturelle und konzeptionelle Vernetzung der an der Therapie beteiligten Institutionen müßte vorhanden sein
- Vernetzung der Gesamthilfen
- Beratungsstelle bietet ein Beziehungsnetz an
- gute Informationen über das soziale Umfeld
- starke Vernetzung mit Krankenhäusern, um z.B. Ergotherapie zu nutzen
- enge Kooperation zwischen Beratungsstelle und Maßnahmenträger der beruflichen Reha
- ambulante Einrichtung müßte als Mittelpunkt der Alkoholentwöhnungstherapie mit einem Therapeuten als „case manager“ arbeiten
- optimale Rahmenbedingungen (Räumlichkeiten, Supervision, wenig Druck von außen auf die Mitarbeiter)
- um sich dem Idealverlauf einer erfolgreichen Alkoholentwöhnungstherapie anzunähern, müßte 1. der Wille, nicht mehr zu trinken 2. die Bereitschaft etwas zu verändern und 3. ein klarer Auftrag an den Therapeuten vorhanden sein.
- Tagesklinik müßte Vorzug gegenüber der stationären Einrichtung gegeben werden
- Klienten müßten vermehrt mit realistischen Problemen und alltäglichen Verhaltensweisen konfrontiert werden
- Therapieziele dürfen nicht zu hoch gesteckt werden
- Therapeuten dürfen Empfehlungen für Veränderungen nicht zu schnell geben, z.B. Trennung vom Partner, sondern müssen Konsequenzen umfassend bedenken und klären
- der Therapeut sollte ebenso vorsichtig und skeptisch sein wie der Klient

- Entgiftung – ambulante oder stationäre Therapie – Nachsorge – Selbständigkeit nach 2 bis 3 Jahren ohne jedwede therapeutische Hilfe
- am Anfang intensive Behandlung und später immer mehr Selbständigkeit der Klienten zulassen
- der lebenslange Kontakt zur SHG muß nicht sein: Gefahr der „Abhängigkeit“ von SHG
- Klient muß Bewußtsein über die eigenen Schwächen und Stärken erlangen
- Klient muß Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisen und eventuellen Rückfällen erlangen
- Klienten müßten die Fähigkeit erlangen, sich eigene Ziele zu setzen, von der Fremdbestimmung zur Eigenbestimmung zu gelangen
- gute räumliche Ausstattung, genügend Personal und mehr finanzielle Möglichkeiten

4 Einschätzungen der Therapeuten zur intensiveren Berücksichtigung der Berufsanamnese

4.1 Argumente für eine intensivere Berücksichtigung der Berufsanamnese

- eine gesonderte, differenziertere Darstellung der Berufsanamnese im Sozialbericht würde den Rückgriff auf bisher nicht genutzte Ressourcen ermöglichen
- sehr sinnvoll, wird derzeit auf einem Extrablatt beschrieben
- wenn es ein Schwerpunkt der Klinik ist, wird das Thema im Sozialbericht dargestellt
- unter Berücksichtigung des Wiedereingliederungsgedankens bei arbeitslosen oder von Arbeitslosigkeit bedrohten Patienten durchaus effektiv
- Erhebung der Berufsanamnese möglichst frühzeitig, um parallel aktiv zu werden
- das Arbeitsamt müßte bereit sein, berufliche Maßnahmen schon während der medizinischen Reha zu beginnen
- Mitarbeiter mit spezieller Ausbildung wären sinnvoll
- eine stärkere Thematisierung wäre sinnvoll

4.2 Argumente gegen eine intensivere Berücksichtigung der Berufsanamnese

- nicht nötig, da die Berufsanamnese unter dem Punkt „allgemeine Lebensumstände“ im Sozialbericht beschrieben wird
- nicht nötig, da sie derzeit bereits ausführlich aufgeführt wird
- es gibt kaum Arbeit, kaum Freizeitangebote, deshalb ist es schwierig, Perspektiven zu entwickeln
- differenzierte Darstellung der Berufsanamnese im Sozialbericht nicht nötig, da ein von der Beratungsstelle entwickeltes Beiblatt „berufliche Anamnese“ ausgefüllt und beigelegt wird
- die Rahmenbedingungen, z. B. Nähe zum Arbeitsplatz, führen dazu, daß berufliche Aspekte eher im ambulanten Bereich bearbeitet werden
- es existiert eine sehr differenzierte psychosoziale Diagnostik; die schulische und berufliche Entwicklung wird im Sozialbericht innerhalb der ersten Sitzungen erfaßt

5 Positionen ambulanter und stationärer Therapeuten zur Frage: *„Ist eine engere Kooperation im Suchtkrankenhilfesystem realisierbar?“*

5.1 Aussagen von Therapeuten aus ambulanten Einrichtungen

5.1.1 Vorteile einer engeren Kooperation

- Verbund führt eher zur Wahrnehmung der Gesamtbehandlung mit stationären und ambulanten Elementen
- im Verbund aller Beteiligten können „Reibungsverluste“ vermieden werden
- Kontinuität in der Betreuung
- Übergänge sind fließender
- der Patient muß sich seltener erklären
- Arbeitsschritte wiederholen sich nicht
- keine Informationslücken
- Wissen um die Vorgehensweise der Kollegen
- höhere Transparenz für die Behandler: Klientenspezifische Informationen können bei Zustimmung des Klienten besser ausgetauscht werden
- intensiverer persönlicher Kontakt
- Chance der Minimierung der Manipulation durch den Klienten

- Patienten können die an der Behandlung Beteiligten bei guter Kooperation nicht oder schwerer gegeneinander ausspielen
- gegenseitige Anerkennung und Respekt der jeweiligen Arbeitsbereiche
- der persönliche Kontakt erleichtert die Arbeit: „Man weiß, man kann sich aufeinander verlassen“
- in der praktischen Arbeit lassen sich Maßnahmen klientenspezifischer abstimmen
- Personal, das sowohl ambulant als auch stationär gearbeitet hat, erleichtert die Arbeit
- therapeutische Erfahrungen, Diagnostik, Themen, die bearbeitet wurden, werden umfangreicher bekannt und können therapeutisch genutzt werden
- Möglichkeit der Nutzung eines breiten Spektrums von Angeboten
- intensive Auseinandersetzung
- bessere und schnellere Abstimmung
- gute Kenntnis der Mitarbeiter und der Klinik
- Klienten- und behandlungsgerechtere Arbeit wird möglich, z.B. in einem Intervallmodell
- persönliches Kennen schafft Verbindlichkeit, z.B. bei der Kontaktaufnahme zur Selbsthilfegruppe

5.1.2 Nachteile einer engeren Kooperation

- Verlust an Autonomie
- Kontrolle
- möglicherweise keine Passung zwischen stationärer Einrichtung und Beratungsstelle
- möglicherweise Vermischung von ambulanter und stationärer Therapie
- jeder sollte seinen abgegrenzten Zuständigkeitsbereich behalten, deshalb nicht zu eng zusammenarbeiten
- ritualisierte, angeordnete Kooperation ist der „Tod“ von Kooperationen
- mögliche räumliche Distanz zur stationären Einrichtung
- gegenseitige Verbindlichkeit auf Kosten der eigenen Autonomie
- stärkere Auseinandersetzung
- langwieriger Abbau beidseitiger Vorurteile
- mehr Reibungspunkte
- finanzielle Aspekte erschweren eine faire Kooperation
- „in der Pflicht sein“

5.2 Aussagen von Therapeuten aus stationären Einrichtungen

5.2.1 Vorteile einer engeren Kooperation

- dem Patienten kann das Bewußtsein eines „helfenden Netzes“ besser vermittelt werden
- eine enge Kooperation ermöglicht nicht nur eine lediglich fallbezogene, sondern auch eine konzeptionelle Zusammenarbeit
- trägt zur Qualitätssicherung bei verkürzter Therapiezeit bei
- eine Fachambulanz wäre einfacher zu organisieren als ein Kooperationsmodell mit externen ambulanten Einrichtungen
- bessere Abstimmung mit den Krankenhäusern
- bessere Abstimmung mit den Beratungsstellen
- Werbung für Krankenhäuser
- Kontrolle
- Öffnung für Akutkrankenhäuser
- es bestünde eine bessere Möglichkeit, Familienangehörige mit in die Therapie einzubeziehen
- es können gelungener Übergänge für den Patienten geschaffen werden
- eine stationäre Krisenintervention für ambulant behandelte Patienten wäre einfacher umzusetzen
- bessere Kenntnis des sozialen Rahmens des Patienten
- bessere Abstimmung der Behandlung
- besserer Umgang mit Krisen- und Rückfallsituationen

5.2.2 Nachteile einer engeren Kooperation

- das „helfende soziale Netz“ kann auch als „verfolgendes soziales Netz“ mißbraucht, oder vom Patienten mißverstanden werden
- hoher Zeit- und Arbeitsaufwand
- Abbau und Annäherung von Standpunkten erfordert einen emotionalen Aufwand
- hoher Aufwand bei ohnehin starker Belastung
- hoher planerischer und kommunikativer Aufwand
- ökonomische Interessen
- stationäre Einrichtungen qualifizieren die ambulanten Einrichtungen kostenlos mit
- Fachambulanz wäre einfacher als Kooperationsmodell
- hoher Erwartungsdruck

- Kontrolle
- Angst, daß Schwächen in der Behandlung aufgedeckt werden
- Konkurrenz
- manche Mitarbeiter wollen keine weiteren Informationen über den Patienten, damit sie sich ein eigenes Urteil bilden können

Knut Tielking

„Arbeit/Beruf – Arbeitslosigkeit“: Ein Thema in der Rehabilitation Alkoholabhängiger?¹

Begrüßung

Von der „Koexistenz zur Kooperation“. Eine Ankündigung in unserer Tagungseinladung, die auf der einen Seite provoziert, berücksichtigt man, wie viele Kontakte zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern, wie viele Gespräche zwischen Kosten-/Leistungsträgern und Leistungsanbietern geführt werden, um Abstimmungen vorzunehmen. Auf der anderen Seite eine berechtigte Forderung, in anbetracht mancher Probleme, die in der Koordinierung ambulanter und stationärer Behandlungselemente, aber auch bei der Planung und Umsetzung neuer Angebote (z. B. Tagesklinik) auftreten. Funke/Schneider umschreiben diese Situation treffend, indem sie klarstellen, dass wir es in diesem Bereich *nicht* „mit einer tabula rasa zu tun haben, was die Weiterentwicklung nicht unbedingt leichter machen muß, da – wie wir wissen – umlernen schwieriger ist als neulernen.“ (Funke/Schneider 1998, S. 4) Schon deshalb erscheint es dringend geboten, die Vorstellungen über Möglichkeiten und Grenzen der stärkeren Berücksichtigung arbeits- und berufsbezogener Aspekte in der medizinischen Rehabilitation, auch unter dem Blickwinkel der Kooperation aller Beteiligten, zu benennen. Ziel dieser Arbeitsgruppe ist es vor diesem Hintergrund heute Position zu beziehen um Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Implementierung neuer bzw. der Optimierung vorhandener Angebote deutlich zu machen. Dazu begrüße ich Sie in dieser Arbeitsgruppe.

1 Grundlage der Ausführungen sind Ergebnisse der Studie „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit“.

1 Vorbemerkungen

Erfolgreiche Rehabilitation bedarf auch in Zukunft einer Individualisierung und Flexibilisierung der Rehabilitationsmaßnahmen sowie einer effektiven Vernetzung der Rehabilitationsstrukturen (vgl. Reimann 1999, S. 103). Als Ansatzpunkte eines qualitativen Wandels ist auf der Strukturebene eine zunehmende „Regionalisierung“ und Vernetzung ambulanter, teilstationärer (sofern vorhanden) und stationärer Elemente eines integrierten Suchtkrankenhilfekonzeptes zu sehen. Auf inhaltlicher Ebene stehen Therapiekonzepte zur Disposition, die bei verkürzter Therapiedauer auf ein zunehmend schwieriger werdendes Klientel abgestimmt und angepasst werden müssen. Dies gilt besonders auch unter Beachtung des zentralen Rehabilitationsziels der Rentenversicherungsträger, das auf die Erwerbsfähigkeit und -tätigkeit ausgerichtet ist.

Die traditionelle Regelbehandlung der Alkoholabhängigkeit und damit ein großer Teil der Hilfen besteht auch Ende der neunziger Jahre noch in einer psychotherapeutisch orientierten, stationären Entwöhnungsbehandlung unterschiedlicher Länge. Diese wird i. d. R. ambulant vorbereitet und häufig mit einer ambulanten Weiterbehandlung (Nachsorge) fortgeführt. Da bisher in der überwiegenden Zahl der Fälle die Kostenübernahmen auch für Versicherte der LVA Oldenburg-Bremen in den stationären Teil der Rehabilitationsmaßnahmen flossen², stand die Arbeit in diesen Einrichtungen zunächst im Mittelpunkt der Betrachtungen.

Da das Bewusstsein für eine Gesamtbehandlung mit ambulanten *und* stationären Elementen von großer Bedeutung für den Gesamterfolg einer Entwöhnungsbehandlung ist und die Zahlen rein ambulanter Rehabilitation seit Einführung der Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Reha Sucht“ (EVARS), zwar zunächst langsam, aber doch kontinuierlich gestiegen sind, wurden auch die ambulanten Leistungsanbieter in die Studie einbezogen.

Gesetzliches Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen, die durch die Rentenversicherungsträger finanziert werden, ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (§ 9 SGB VI). Evaluationsstudien haben gezeigt, dass weitere

2 Im Haushaltsjahr 1997 wurden für ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Alkoholabhängigkeit rund 7,2 Millionen DM zzgl. rund 280 TDM für Übergangsgelder und sonstige ergänzende Leistungen (ohne SV-Beiträge) von der LVA Oldenburg-Bremen an Kosten für die Behandlung von alkoholabhängigen Versicherten übernommen (vgl. LVA Oldenburg-Bremen 1998).

Therapieziele in der Rehabilitation von Patienten nur sehr schwer erreicht werden können, wenn es nicht gelingt, den Patienten beruflich zu reintegrieren (vgl. u. a. Henkel 1992; Waldow/Klink 1986). Als alleiniges und ausschließliches Therapieziel darf dies dennoch nicht verstanden werden, denn auf dem Weg zur Erwerbsfähigkeit und -tätigkeit sind weitere Ziele von Bedeutung, die indirekt die Erwerbsfähigkeit beeinflussen (vgl. Bönner 1994, S. 17). Dies sind u. a. die soziale, insbesondere die familiäre Integration, die Zufriedenheit am Arbeitsplatz, die Auseinandersetzung mit der Furcht vor drohender Arbeitslosigkeit, die außerberufliche sinnerfüllte Lebensgestaltung, die Bedeutung der Nachsorge u. a. m.. Für die Ausgangsstichprobe (T1) stellt sich in den Zielbereichen der Rehabilitation folgende Situation dar:

Tabelle 1: Zielbereiche der Rehabilitation – Ergebnisse der Patientenbefragung (T1)	
Merkmal	in Prozent
Zufriedenheit mit der Partnersituation (n = 145) <ul style="list-style-type: none"> • zufrieden • unzufrieden 	 55,9 44,1
Berufliche Situation (Schule, Beruf oder Arbeitslosigkeit) (n = 153) <ul style="list-style-type: none"> • zufrieden • unzufrieden 	 46,4 53,6
Wenn Sie an die Zukunft denken, wovor haben Sie am meisten Angst? (n = 154) <ul style="list-style-type: none"> • vor einem Rückfall • Angst vor Arbeitslosigkeit • vor dem Tod eines mir nahestehenden Menschen • vor finanziellen Problemen 	 81,1 57,1 55,8 42,2
Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung (n = 155) <ul style="list-style-type: none"> • zufrieden • unzufrieden 	 37,5 62,5
Ich brauche weitere ärztliche und psychologische Hilfe, um trocken zu bleiben (n = 152) <ul style="list-style-type: none"> • trifft kaum oder gar nicht zu 	 17,1

Welchen Stellenwert nehmen Maßnahmen zur (Re-)Integration in das Erwerbsleben in der medizinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger ein? Dazu werden nun weitere Ergebnisse der Studie „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit“ im Schwerpunktbereich „Arbeit/Beruf – Arbeitslosigkeit“ vorgestellt.

2 Ergebnisse der Studie zum Schwerpunkt „Arbeit/Beruf – Arbeitslosigkeit“

2.1 Erwerbsaspekte in den Strukturmerkmalen ambulanter und stationärer Leistungsanbieter

Im Zuge der Analyse der Rahmenbedingungen der Rehabilitation (Strukturmerkmale) wurde ein Überblick von uns erarbeitet, der verdeutlicht, welche Elemente es in den Therapien bzw. Maßnahmen der untersuchten Einrichtungen gibt, die die Aspekte der Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit explizit thematisieren. Weiterhin wurden die jeweiligen Therapieziele, die Diagnostik, die Vorbereitung einer stationären Therapie, die Nachsorgevorbereitung und die poststationäre Weiterbehandlung bezüglich erwerbsbezogener Inhalte analysiert.

Dem gesetzlichen Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger, der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und der Reintegration in das Erwerbsleben (vgl. SGB VI § 9) folgen in der Ausrichtung der therapeutischen Maßnahmen bei der Rehabilitation Alkoholabhängiger alle untersuchten Einrichtungen. Neben diesem übergeordneten Rehabilitationsziel wird die therapeutische Arbeit einheitlich auf das Ziel einer dauerhaften Abstinenz ausgerichtet. Auf der Basis der theoretischen Grundlagen der einzelnen Einrichtungen werden von den Einrichtungen psychotherapeutische Therapieziele angegeben, die variieren:

Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger <i>Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Reintegration in das Erwerbsleben (§ 9 SGB VI)</i>
Psychotherapeutische Ziele der untersuchten Kliniken
Entscheidungsfähigkeit, Verantwortungsfähigkeit, autonome Persönlichkeitsentwicklung, sowie Förderung der Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle, Selbstsicherheit, Kontaktfähigkeit und Beziehungsfähigkeit
Ziele werden individuell und gruppenspezifisch entwickelt
Realistische Selbsteinschätzung, Wertschätzung von Teilerfolgen, selbstkritische Auseinandersetzung mit kritischen Lebensbereichen, die zuvor schwer differenziert wahrgenommen werden konnten
Förderung und Entwicklung der Selbsthilfepotentiale des Patienten mit dem Ziel der selbstverantwortlichen und bewussten Lebensführung sowie der <i>beruflichen und sozialen Integration</i> , Selbstwahrnehmung, individuelle Ziele sowie das Ziel, ein Erklärungsmodell der Sucht und Suchtgeschichte zu erarbeiten

Abb. 1: Ziele in der medizinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger

Betont wird von allen Kliniken die individuelle Therapiezielvereinbarung mit dem jeweiligen Patienten im therapeutischen Prozess.

Auffällig war insgesamt, dass in den Konzepten in unterschiedlicher Intensität auf einzelne Themen eingegangen wird und damit auch auf das Thema „Erwerbsaspekte in der Behandlung“. Alle fünf stationären Einrichtungen verfügen über spezielle Angebote bei Arbeitslosigkeit. Individuelle berufsbezogene Perspektivenberatung und Bewerbungstraining, wie auch eine Zusammenarbeit mit dem örtlichen Arbeitsamt wird in jeder Klinik praktiziert. Zwei Fachkliniken beziehen darüber hinaus das Arbeitsamt am jeweiligen Wohnort der Patienten ein. Im Bedarfsfall bzw. bei Vorliegen eines konkreten, arbeitsplatzbezogenen Problems werden in allen Kliniken wie auch allen ambulanten Einrichtungen Gespräche zwischen Patient und Arbeitgeber ermöglicht. Insgesamt kommt letzteres im Praxisalltag jedoch selten vor.

In allen Kliniken wird eine intensive Eingangsdiagnostik durchgeführt. Die Ergebnisse werden dabei unter Hinzunahme der Informationen der Beratungsstelle oder anderer Einrichtungen besprochen. Im Rahmen der Eingangsdiagnostik werden Informationen über die Familie, das Freizeitverhalten und den Beruf eingeholt³. In einer Fachklinik wird zudem vom Arbeitstherapeuten im Verlauf der Therapie soweit möglich eine berufliche Anamnese durchgeführt. In einer anderen Klinik wird vom Ergotherapeuten eine ergotherapeutische Diagnostik bei Aufnahme und im Verlauf der Therapie erstellt.

In allen Einrichtungen sind erwerbsbezogene Aspekte auch in der Vorbereitung der Nachsorge wiederzufinden. Hierunter fallen Besuche beim Arbeitsamt bzw. bei der Arbeitsstelle sowie Beratungen durch den zuständigen Reha-Berater⁴. Inhaltliche Schwerpunkte im Bereich der Nachsorgevorberei-

3 Hinweise bietet auch der von den ambulanten Einrichtungen erstellte Sozialbericht. Dieser soll in der Sozialanamnese des Betreuten u. a. Angaben zum Elternhaus, zur persönlichen Entwicklung, dem schulischen und beruflichen Werdegang, Sozialkontakten, der Stellung des Betreuten in der Familie und im weiteren sozialen Umfeld enthalten. Es stellt sich die Frage, wie ausführlich bzw. gut die Informationen zu den einzelnen Themen sind und ob bei ausreichender Qualität der Informationen nicht die einmalige Erhebung und anschließende Weiterleitung an den nächsten Behandler ausreicht.

4 In der T1-Erhebung gaben 32,3 % der Patienten ($n = 155$) an, den Reha- und Rentenberatungsdienst der zuständigen LVA während der stationären Therapie in Anspruch genommen zu haben. 70,0 % der Patienten ($n = 70$), die dieses Angebot in Anspruch nahmen, waren damit sehr zufrieden, zufrieden bzw. eher zufrieden. Der Reha- und Rentenberatungsdienst der LVA Oldenburg-Bremen wurde 1997 als Angebot für Patienten während einer stationären Heilbehandlung eingestellt. Vor dem Hintergrund der positiven Einschät-

tung werden laut Konzept in einer Klinik u. a. auf berufsfördernde und rehabilitative Maßnahmen bei längerer Arbeitslosigkeit gelegt. In zwei Kliniken erfolgt die Schwerpunktsetzung generell auf erwerbs- und berufsbezogene Aspekte. Ausführlich beschreibt eine Klinik zudem Angebote, wie z. B. eine behandlungsbegleitende Anbindung an Freizeitangebote/-planung.

Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen werden in allen Kliniken im Bedarfsfall mit dem Patienten während der stationären Entwöhnungsbehandlung eingeleitet⁵. Eine Fachklinik agiert in diesem Bereich jedoch vorsichtig bzw. zurückhaltend, mit der Begründung, dass auch immer die Gefahr des Scheiterns des Patienten besteht. Eine Klinik plant in Zusammenarbeit mit Bildungseinrichtungen behandlungsbegleitende Wiedereingliederungshilfen, Umschulungs- oder berufsbildende Maßnahmen.

Im ambulanten Bereich stellt sich die Situation so dar, dass die Themen „Arbeit“ und „Arbeitslosigkeit“ in allen Gruppentherapien eine Rolle spielen und häufig Bestandteil der Gespräche sind. Darüber hinaus werden diese Themenbereiche als spezielle Angebote nur von wenigen Einrichtungen in unterschiedlichem Umfang und Verständnis berücksichtigt. Als Hauptgrund dafür wird die Eigenverantwortlichkeit und -initiative der Klienten/Patienten gesehen und die bessere Aufgabenwahrnehmung in diesem Bereich durch Institutionen wie das Arbeitsamt oder Bildungsträger. Eine Einrichtung steht allerdings auch wöchentlich in Kontakt mit Mitarbeitern des Arbeitsamtes, ohne die Zusammenarbeit jedoch auf einer formellen Grundlage organisiert zu haben. Konzeptionell werden die Themen „Arbeit“ und „Arbeitslosigkeit“ in *keiner* ambulanten Einrichtung im Rahmen der ambulanten Rehabilitation berücksichtigt.

2.2 Erwerbsaspekte in den Patienten- und Behandlungsmerkmalen der Ausgangsstichprobe (T1)

Im Hinblick auf die berufliche Situation waren neben der Arbeitslosenproblematik und den Qualifikationen der Patienten, die berufsbezogenen Pro-

zungen der Patienten zu diesem Angebot, ist ein solches Angebot als Maßnahme, die einem Patienten gerade auch in erwerbsbezogener Hinsicht Hilfe bieten kann, jedoch zu begrüßen und weiter aufrecht zu erhalten. Entsprechende Möglichkeiten der LVA Oldenburg-Bremen sollten deshalb geprüft werden.

- 5 Bei den Patienten der Ausgangsstichprobe (T1) für die eine Fortbildungs- oder Umschulungsmaßnahme in Frage kam ($n = 46$) wurde nach Aussage der Therapeuten für 23,9 Prozent während der stationären Entwöhnungsbehandlung eine Maßnahme beantragt.

blemlagen sowie durchgeführte therapeutische Programme und die Einschätzung der Patienten hinsichtlich ihrer beruflichen Situation anhand arbeitsbezogener Aspekte in unserer Untersuchung von Interesse. Die Zahlen von heute vormittag gaben dazu einen Überblick anhand der Patientenaussagen. Neben der schulischen Grundbildung ist die Berufsausbildung ein Qualifikationsnachweis, der die Chancen auf Beschäftigung erhöht. Ergänzend ist deshalb hinsichtlich der Qualifikation der Patienten zu sagen, dass 67,3 Prozent der befragten LVA-Patienten ($n = 159$) eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen und damit zumindest eine Grundqualifikation mitbringen, die auf dem Arbeitsmarkt zunehmend gefordert wird, um überhaupt eine Anstellung zu bekommen. 22,6 Prozent der Patienten haben keine Berufsausbildung und sind somit gezwungen, um die immer stärker abnehmenden ungelernten Tätigkeiten am Arbeitsmarkt zu konkurrieren.

Die nachstehende Tabelle gibt nun anhand der Therapeutenaussagen einen Überblick über die Probleme arbeitsloser Patienten und die arbeits- und berufsbezogenen Angebote im Verlauf der stationären Entwöhnungsbehandlung.

Tabelle 2: „Arbeit/Beruf - Arbeitslosigkeit“ - Problemlage und Thema in der stationären Entwöhnungsbehandlung aus Sicht der Therapeuten (T1)	
Merkmal	in Prozent
Probleme der Patienten im Hinblick auf die eigene Arbeitslosigkeit (<i>n</i> = 66) <ul style="list-style-type: none"> • hohe Unzufriedenheit des Patienten mit der Arbeitslosensituation • Langeweile • Sinnlosigkeit aufgrund fehlender Erwerbstätigkeit • berufliche Perspektivlosigkeit 	81,8 69,7 60,6 24,2
Vom Patienten genutztes therapeutisches Angebot - Arbeitstherapie (<i>n</i> = 123) <ul style="list-style-type: none"> • wurde nicht angeboten • vom Patienten in Anspruch genommen 	12,2 87,8
Gespräche mit dem Reha-Berater der LVA (<i>n</i> = 135) <ul style="list-style-type: none"> • wurde nicht angeboten • vom Patienten nicht in Anspruch genommen • vom Patienten in Anspruch genommen 	24,4 23,7 51,8
Angebote zu Fragen des Berufslebens und zur Rückkehr in das Erwerbsleben (<i>n</i> = 108) <ul style="list-style-type: none"> • wurde nicht angeboten • vom Patienten nicht in Anspruch genommen • vom Patienten in Anspruch genommen 	17,6 31,5 50,9
Arbeitslose Patienten, die nicht an Angeboten zu Fragen des Berufslebens und zur Rückkehr in das Erwerbsleben teilnahmen (<i>n</i> = 62)	32,3
Arbeitserprobungs-/Arbeitsbelastungstraining (<i>n</i> = 98) <ul style="list-style-type: none"> • wurde nicht angeboten • vom Patienten nicht in Anspruch genommen • vom Patienten in Anspruch genommen 	48,0 25,5 26,5
Arbeitslose Patienten (<i>n</i> = 51), die nicht am Arbeitserprobungs-/Arbeitsbelastungstraining teilnahmen	64,7
Selbsthilfe bei Arbeitslosigkeit (<i>n</i> = 48) <ul style="list-style-type: none"> • wurde nicht angeboten • vom Patienten nicht in Anspruch genommen • vom Patienten in Anspruch genommen 	62,5 8,3 29,2
Selbstsicherheitstraining mit arbeitslosen Patienten (<i>n</i> = 43) <ul style="list-style-type: none"> • wurde nicht angeboten • vom Patienten nicht in Anspruch genommen • vom Patienten in Anspruch genommen 	51,2 9,3 39,5

Ein zentrales Problem unserer Gesellschaft ist die Arbeitslosigkeit. Die aktuellen Arbeitslosenzahlen liegen auch 1999 bei über 4 Millionen Menschen in Deutschland. Die „Problemgruppe“ der Suchtkranken ist von dieser Situation besonders stark betroffen. 53,0 Prozent der arbeitslosen Patienten ($n = 75$) waren dies seit mehr als 49 Wochen (Mittelwert = 52 Wochen). 39,4 Prozent der Patienten ($n = 155$) machten bereits die Erfahrung, jemals länger als ein Jahr arbeitslos gewesen zu sein. Arbeitslosigkeit ist ein Problem, mit dem mehr als die Hälfte der Patienten zu tun hatte bzw. zu tun hat. Indikative Angebote zu den Themen „Umgang mit Arbeitslosigkeit“ und „Möglichkeiten der Rückkehr in das Erwerbsleben“ erscheinen deshalb im stationären Therapieangebot unverzichtbar und können bzw. sollten wie die Zahlen belegen, verstärkt angeboten und durchgeführt werden. Angebote zu diesen Themenbereichen werden von den untersuchten Kliniken in unterschiedlicher Intensität gemacht. Gerade in diesem Punkt kommt aber auch der Nachsorge eine wichtige Rolle zu, eingeleitete berufliche Veränderungsbereitschaft aufzugreifen und weiterzuführen.

In anbetracht der hohen Arbeitslosigkeit und der zunehmenden Belastungen am Arbeitsplatz (z. B. durch Konkurrenz, Leistungsdruck u. a. m.) hat die innere Einstellung zur Arbeit bzw. zur Situation bei Arbeitslosigkeit eine besondere Bedeutung gerade beim Herauswachsen aus einer Abhängigkeit.⁶ Der hohe Anteil der in diesem Bereich unzufriedenen Patienten dieser Stichprobe (53,6 Prozent!, $n = 153$) weist auf die Notwendigkeit hin, an der beruflichen/schulischen Situation, bzw. an der Einstellung zu dieser Situation etwas zu ändern. Defizite im Bereich der expliziten Berücksichtigung arbeits- und berufsbezogener Themen in der medizinischen Rehabilitation wurden heute vormittag bereits aufgezeigt. Einige der vermuteten Zusammenhänge werden durch die Ergebnisse der Nachbefragung bestätigt.

2.3 Erwerbsaspekte in den Patientenmerkmalen der Nachbefragungsstichprobe (T2)

Bei der Darstellung des Therapieerfolges spielt die soziale Integration in den Lebensbereichen Partnerschaft, Wohnsituation und insbesondere der Arbeit eine wichtige Rolle. Aufgrund des Themas dieser Arbeitsgruppe folgen nun

6 In diesem Zusammenhang weist Henkel darauf hin, dass Erwerbsarbeit für Alkoholabhängige wesentlich häufiger einen herausragenden Stellenwert einnimmt als für andere Personengruppen (vgl. Henkel 1992, S. 116).

ausgewählte Ergebnisse aus dem letztgenannten Bereich der Untersuchung zum Thema „Arbeit/Beruf – Arbeitslosigkeit“ anhand der Daten der Nachbefragung.

Tabelle 3: „Arbeit/Beruf – Arbeitslosigkeit“ – Ergebnisse der Patientennachbefragung ein Jahr nach Abschluss der stationären Entwöhnungsbehandlung (T2)	
Merkmal	in Prozent
Derzeitige Arbeitslosigkeit bzw. im letzten halben Jahr ($n = 80$)	33,8
Antritt eines neuen Arbeitsplatzes als belastendes Ereignis ($n = 67$)	9,0
Verlust des Arbeitsplatzes im letzten halben Jahr als belastendes Ereignis ($n = 67$)	14,9
Überwiegender Lebensunterhalt aus Erwerbstätigkeit im letzten halben Jahr ($n = 70$)	51,4
Von den Personen, die zum Messzeitpunkt T1 angaben, es müsse sich poststationär die berufliche Situation ändern, damit es ihnen in Zukunft besser geht ($n = 41$), wurden poststationär rückfällig	41,5
Nach der stationären Therapie wollten sich beruflich verändern (neuen Arbeitsplatz suchen, neue Tätigkeit beginnen, selbständig machen) ($n = 67$)	38,8
• Von den Personen, die dies angaben, waren im letzten halben Jahr vor der Nachbefragung erwerbslos ($n = 26$)	57,7
Berufliche Situation (Schule, Beruf oder Arbeitslosigkeit)	50,0
• Verschlechterung bzw. gleichbleibende Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation im letzten halben Jahr vor der Nachbefragung ($n = 30$)	
• Verschlechterung der beruflichen Situation bei den Patienten, die in der Entlassbefragung noch zufrieden waren ($n = 36$)	16,7
Fehlende Unterstützung direkt im Anschluss an die stationäre Therapie ($n = 72$)	51,4
• Fehlende Unterstützung ($n = 37$) und poststationär erwerbslos	56,8
• Fehlende Unterstützung ($n = 39$) und poststationär rückfällig	51,3

Auch ein Jahr nach Beendigung der stationären Entwöhnungsbehandlung ist ein hoher Anteil der Befragten immer noch bzw. wieder von Arbeitslosigkeit betroffen. Lediglich 51,4 Prozent der Befragten ($n = 70$) bestritten ihren Lebensunterhalt überwiegend aus Erwerbstätigkeit. Am Ende der stationären Therapie gaben 53,9 Prozent der Befragten die berufliche Situation an, die sich in der Zukunft ändern müsse, damit es ihnen besser geht ($n = 76$); von diesen 41 Patienten wurden 41,5 Prozent poststationär rückfällig (χ^2 : 4,02577; df : 1; p : 0,04481).

38,8 Prozent der Nachbefragungsstichprobe ($n = 67$) gaben zum Messzeitpunkt *T1* an, sich beruflich verändern zu wollen, d. h. einen neuen Arbeitsplatz suchen zu wollen und/oder eine neue Tätigkeit zu beginnen und/oder sich beruflich selbständig zu machen und/oder eine Umschulung durchzuführen. Von diesen Personen sind 57,7 Prozent auch im letzten halben Jahr vor der Nachbefragung (*T2*) erwerbslos, d. h. die angestrebte berufliche Veränderung konnte nicht realisiert werden.

Weiterhin besteht bei einem großen Anteil der Befragten eine Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation. 50,0 Prozent der Patienten der Nachbefragungsstichprobe, die bereits zum Messzeitpunkt *T1* unzufrieden mit ihrer schulischen, beruflichen Situation waren ($n = 30$), gaben auch in der Nachbefragung (*T2*) an, dass sich ihre berufliche/schulische Situation im letzten halben Jahr verschlechtert habe bzw. sie weiterhin mit der Situation unzufrieden sind; darüber hinaus hat sich für 16,7 Prozent der Patienten, die zum Messzeitpunkt *T1* noch zufrieden mit ihrer schulischen, beruflichen Situation waren ($n = 36$), die Situation verschlechtert.

Insgesamt gaben 51,4 Prozent der Befragten an ($n = 72$), dass ihnen direkt im Anschluss an die stationäre Entwöhnungsbehandlung Unterstützung fehlte. Von den Personen, die diese Angabe machten, betrug der Anteil der Erwerbslosen 56,8 Prozent ($\chi^2: 12,04263$; $df: 1$; $p: 0,00052$); der Anteil der Rückfälligen ($n = 39$) lag bei 51,3 Prozent ($\chi^2: 14,39323$; $df: 1$; $p: 0,00015$). Damit ist ein Thema angesprochen, das den Erfolg der medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger wesentlich beeinflusst, die Weiterbehandlungs- und -betreuungsmaßnahmen und die Kooperation und Koordinierung von Maßnahmen innerhalb des medizinischen Rehabilitationssystems wie auch darüber hinaus mit weiteren Institutionen/Personen des Suchtkrankenhilfesystems und des Sozialsystems. Dazu weitere Ergebnisse der Studie, die die Situation beschreiben.

3 Ergebnisse der Studie im Blickwinkel von Kooperation und Koordinierung

Im Bereich externer Kooperationsformen werden aus Sicht der Kosten-/Leistungssträger Effizienzverbesserungen u. a. in optimal aufeinander abgestimmten Beratungs- und Behandlungskonzepten und einer verstärkten gemeinsamen Gestaltung der Gesamtbehandlungsstrategie ambulanter und stationärer Leistungsanbieter gesehen (vgl. u. a. Funke/Schneider 1998, S. 4;

Tielking 1998, S. 114 ff.). Die Realisierung dieser Vorstellungen wird wesentlich von der gegenseitigen Akzeptanz der jeweiligen Leistungsanbieter beeinflusst.

Zu inhaltlichen Schwerpunkten der Nachsorgevorbereitung wurden in den Konzepten der Kliniken die Bereiche Schuldenregulierung, rechtliche Probleme, berufsfördernde und rehabilitative Maßnahmen bei längerer Arbeitslosigkeit, erwerbs- und berufsbezogene Aspekte sowie Aspekte sozialer Beziehungen zu nahestehenden Personen angegeben. Die Angebote zur Nachsorgevorbereitung belegen die Vielzahl der möglichen Kooperationspartner einer stationären Einrichtung, die über die Kontakte zu Institutionen/Personen des Behandlungssystems hinausgehen. Ansätze einer differenzierteren Kooperation zwischen stationären und ambulanten Leistungsanbietern des Rehabilitationssystems sind in den untersuchten Einrichtungen bereits vorhanden:

- Eine Klinik gab an, 1997 die Zuweisung bei 30,7 Prozent ihrer Patienten ($n = 322$) durch ambulante Einrichtungen erhalten zu haben, mit denen Kooperationsabsprachen vorlagen.
- Eine Klinik startete im Frühjahr 1998 ein regionales Kooperationsmodell.
- Eine Klinik arbeitet mit zwei weiteren stationären und fünf ambulanten Einrichtungen innerhalb einer Trägerschaft in einem regionalen Verbundsystem.
- Zwischen einer Klinik und fünf ambulanten Einrichtungen existieren enge Beziehungen auf der Basis von Kooperationsverträgen.

Alle untersuchten Kliniken wie auch alle ambulanten Einrichtungen weisen bereits heute in ihren Konzepten auf die Bedeutung der Kooperation – bis hin zur Einbindung in Verbundsysteme – und auf vorhandene Kooperationsstrukturen hin, ohne jedoch auf Details der Aufbau- und Ablauforganisation der Kooperationen einzugehen.

Die ambulanten Einrichtungen arbeiten mit einer Auswahl an regionalen und überregionalen Kliniken zusammen. Dementsprechend liegt den ambulanten Leistungsanbietern eine Vielzahl an Konzepten aus Kliniken in ganz Deutschland vor. Die Auswahl der jeweiligen Klinik erfolgt individuell nach Indikation. Eine wichtige Rolle spielen dabei die Erfahrungen der Kooperation in der Vergangenheit und Rückmeldungen der Patienten. Lässt es die regionale Nähe und die Kapazität der ambulanten Einrichtung zu, gibt es fallbezogen persönliche Kontakte zu den stationären Therapeuten. Nehmen

einige Einrichtungen regelmäßig an den Entlassgesprächen mit dem Patienten und stationären Therapeuten in der Klinik teil, ist eine persönliche Information und Absprache über den Rehabilitationsverlauf bei anderen Einrichtungen meistens nur telefonisch möglich. Die Vielzahl der Kontakte zwischen Kliniken und ambulanten Einrichtungen weist auf die Notwendigkeit und bereits vorhandene Strukturen einer abgestimmten Arbeit im Rehabilitationssystem hin.

In der Abgrenzung der Aufgaben der ambulanten und stationären Leistungsanbieter wird den Kriterien der Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Reha Sucht“ (1991/1996) gefolgt. In der Vorbereitung einer stationären Therapie, während der stationären Therapie und auch poststationär gibt es Abstimmungen zwischen den ambulanten und stationären Behandlern. Die Klienten/Patienten werden in Gesprächen und mit schriftlichen Informationen sowie zum Teil durch vorherige Besuche der Klinik über die stationäre Therapie informiert. Grundlage für die stationäre Weiterbehandlung sind in erster Linie der Arzt- und Sozialbericht. Bei der poststationären Weiterbehandlung dienen der Kurzantrag beim Kosten-/Leistungsträger und der nach Aussage ambulanter Therapeuten oft erst verspätet eingehende Entlassbericht der Klinik als Informationsbasis. Diese formellen Informationsträger haben sich in der Vergangenheit bewährt, lassen sich aber in Teilen verbessern; ein Bereich ist dabei die Berufsanamnese.

Die Annahme, dass trotz vorhandener positiver Rahmenbedingungen hinsichtlich einer verbesserten Kooperation stationärer und ambulanter Einrichtungen Potentiale zur Optimierung der Behandlungsverläufe vorhanden sind, können für einen Teil der Ausgangsstichprobe (T1) bestätigt werden:

- 34,8 Prozent der Patienten ($n = 138$) gaben an, dass sie von Seiten der vorbehandelnden Einrichtungen/Personen besser auf die stationäre Behandlung hätten vorbereitet werden können.
- 38,1 Prozent der Patienten ($n = 147$) wurden vor der Aufnahme in die Klinik nicht gut über die Behandlung informiert.
- 87,6 Prozent der Patienten ($n = 161$) hatten vor Aufnahme in die stationäre Therapie keinen Kontakt zur aufnehmenden Klinik.
- 80,5 Prozent der Patienten ($n = 159$) wurden durch eine ambulante Beratungsstelle auf die stationäre Therapie vorbereitet.
- Während der stationären Therapie gab es bei 9,6 Prozent der Patienten ($n = 157$) zwischen der einweisenden oder nachbetreuenden Stelle und der Klinik *keine* Kontakte.

Im Sinne eines nahtlosen Überganges des Patienten von einem Behandlungselement zum nächsten und der Bedeutung des Beziehungsaspektes für alkoholabhängige Patienten ist ein persönlicher Kontakt zur Klinik zumindest in telefonischer Form von Vorteil. In diesem Zusammenhang kann auf die positiven Ergebnisse des Modellprojekts „Intervalltherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit“ in Rheinland-Pfalz verwiesen werden (vgl. MSF Rheinland-Pfalz 1994, S. I).

In dessen Abschlussbericht wird z. B. auch über eine günstige Wirkung berichtet, wenn der Klient nach seinem Klinikaufenthalt in dieselbe Beratungsstelle zurückkehrte, die ihn in die Behandlung vermittelt hatte (vgl. ebd.). Dies war bei 69,2 Prozent der Patienten der Ausgangsstichprobe (T1) ($n = 159$) der Fall. Lediglich mit 18,1 Prozent der Patienten ($n = 159$) gab es am Ende der stationären Therapie keine Vereinbarungen über Weiterbehandlungsmaßnahmen. Mit 44,0 Prozent der Patienten wurde eine Weiterbehandlung gemäß der Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Reha Sucht“ vereinbart; insgesamt wurden mit 81,9 Prozent der Patienten Weiterbehandlungsmaßnahmen vereinbart. Die Patienten sagen zu einem großen Teil selbst, dass sie, um trocken zu bleiben, weitere ärztliche und psychologische Hilfe brauchen. Vor dem Hintergrund dieser Zahlen sollte eine enge Abstimmung der Rehabilitationsmaßnahmen zwischen den Institutionen bzw. Therapeuten angestrebt werden.

Auch zu anderen Institutionen/Personen des Sozialsystems ist ein Ausbau der Kontakte der stationären Einrichtungen sinnvoll. 87,5 Prozent der Patienten ($n = 120$) wurden berufliche Maßnahmen nach der stationären Therapie empfohlen. Eine besondere Bedeutung kommt den Arbeitsämtern zu. Der Anteil der Patienten ($n = 130$), die poststationär Hilfe durch den Berater eines Arbeitsamtes erhalten sollen, liegt bei 48,5 Prozent.

In den Daten der T2-Erhebung stellt sich die Situation im Fokus der Kooperation auszugsweise wie folgt dar: 39,1 Prozent der befragten Personen ($n = 46$) gaben an, im letzten halben Jahr *nie* eine Beratungsstelle oder Ambulanz besucht zu haben. 28,1 Prozent der befragten Personen ($n = 57$) gaben an, im letzten halben Jahr *nie* die Selbsthilfegruppe besucht zu haben. Auf die Frage nach gewünschten, aber nicht erhaltenen Hilfen ($n = 42$) gaben 23,8 Prozent die fehlende Unterstützung durch das Arbeitsamt, 21,4 Prozent die fehlende Unterstützung durch den Arbeitgeber, 11,9 Prozent die fehlende ambulante Nachbetreuung/Therapie in einer Beratungsstelle und 11,9 Prozent die fehlende Unterstützung durch die Landesversicherungsanstalt an. 29,3 Pro-

zent der Patienten ($n = 41$) gaben an, nach der stationären Entwöhnungsbehandlung keine weitere Hilfe von „außen“ benötigt zu haben.

Die Daten verdeutlichen, dass in der Zusammenarbeit verschiedener Institutionen/Personen, eine Optimierung im Hinblick auf eine bessere Abstimmung der therapeutischen Maßnahmen, der gemeinsamen Abstimmung der „Schnittstellen“ im Rehabilitationssystem durch eine engere Abstimmung zwischen den stationären und ambulanten Leistungsanbietern möglich ist. Veränderungen, wie z. B. die stärkere Berücksichtigung erwerbsbezogener Aspekte, können ihre Effektivität erst im Rahmen einer abgestimmten Kooperation entfalten. Vor dem Hintergrund der Vielzahl der ambulanten Einrichtungen, mit denen Kliniken in Kontakt stehen und der zum Teil geringen personellen Kapazitäten der ambulanten Einrichtungen, sind Überlegungen zu einer verstärkten Kooperation zwischen stationären und ambulanten Leistungsanbietern zu differenzieren.

Eine „Vernetzung“ der Suchtkrankenbehandlung durch eine engere Kooperation ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlungsphasen könnte günstige Voraussetzungen für qualitative Veränderungen im Suchtkrankenhilfesystem schaffen, die sich zudem auch für das Rehabilitationssystem als Teilsystem der Suchtkrankenhilfe kostensenkend auswirken dürften. Voraussetzung ist allerdings, dass adäquate Kooperationskonzepte entwickelt werden, die eindeutige Zuständigkeiten definieren und Konsens über die Kostenträgerschaft hergestellt wird. Die nachstehende Abbildung gibt nochmals einen Überblick über die Kooperationsbereiche im Bereich der Leistungsanbieter von Hilfen für Alkoholabhängige.

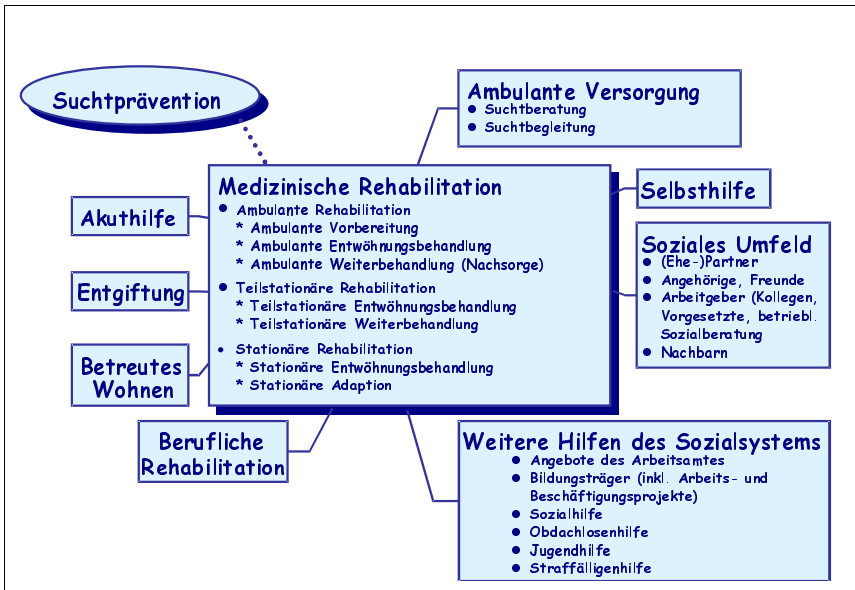


Abb. 2: Kooperationsbereiche im Blickfeld der medizinischen Rehabilitation

4 Vorschläge zur Optimierung der Rehabilitation von Alkoholabhängigen im Themenfeld „Arbeit/Beruf – Arbeitslosigkeit“

Zu diskutieren ist auf der Basis der vorliegenden Daten, bereits vorliegender wissenschaftlicher Erkenntnisse (insbesondere der positiven Erfahrungen von Modellversuchen), inwieweit eine stärker erwerbsbezogene Akzentuierung der stationären Entwöhnungsbehandlungen wie auch der medizinischen Rehabilitation insgesamt sinnvoll und notwendig ist. Um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen, nämlich den rehabilitierten, sozial und beruflich eingegliederten Versicherten ist im Selbstverständnis der Leistungsanbieter das soziotherapeutische Selbstverständnis zu betonen. Zur Verbesserung arbeitsbezogener Fertigkeiten bzw. Kompetenzen sind vielfältige Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation möglich, die über die „herkömmliche“ Gruppentherapie hinausgehen. Die nachfolgende Übersicht gibt dazu einen Überblick:

Einzeltherapie	Gruppentherapie	Soziotherapie z. B. Arbeitserprobung, Einzelarbeit,	Ergotherapie	Freizeitgruppe
	Wohngruppe	rechtliche Beratung,	Indikativangebote	
	Familienseminar	Gespräche mit Arbeitgeber, Rollenspiel, Erstellung eines Fähigkeitsprofils, Erstellung von Berufsbildern	z. B. Frauengruppe, Selbstsicherheits-training	
	Maßnahmen der Arbeitsverwaltung z. B. Probearbeitsverhältnis, Kontaktaufnahme zu anderen Arbeitsämtern, Umschulung, Fortbildung	Arzt z. B. Untersuchung, Erstellen eines Leistungs- und Belastungsprofils	Berufsfördernde Leistungen z. B. Arbeits- und Belastungserprobung, Umschulung, Arbeitsplatzumsetzung, Einarbeitungszuschuß, Weiterbildung	
Berufliche Integrationsmaßnahmen		Fachdienst für begleitende Hilfen im Arbeitsleben Stufenweise Wiedereingliederung	Adaption letzte stationäre Phase der medizinischen Rehabilitation, Ziel: Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft	

Abb. 3: Verbesserung arbeitsbezogener Fertigkeiten bzw. Kompetenzen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (vgl. Nebendorf 1998)

Die aufgeführten Möglichkeiten, Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung umzusetzen zielen im wesentlichen auf drei Bereiche:

1. *Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit*
 - * physische, psychische Fähigkeiten zum Arbeiten
 - * arbeits- und beschäftigungstherapeutische Maßnahmen in Kombination mit medizinischen und psychologischen Hilfen
2. *Maßnahmen zum Training der Arbeitsfähigkeit*
 - * Erwerb von Qualifikationen unter Fachanleitung
 - * Bewerbungstraining
 - * Nachholen von Schulabschlüssen
3. *Maßnahmen der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung*
 - * Berufliche Rehabilitation (SGB VI)
 - * Fördermaßnahmen des Arbeitsamtes (SGB III)
 - * Arbeits- und Beschäftigungsprojekte (BSHG)

(vgl. Knobloch 1999)

Maßnahmen aus den aufgeführten Zielbereichen 2. und 3. werden in der medizinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger bisher oft vernachlässigt und können bzw. müssen entsprechend auf- und ausgebaut werden. Dies erfordert für die Realisierung der beruflichen Eingliederung alkoholabhängiger Patienten entsprechende Kenntnisse und die optimale Ausnutzung sozialrechtlicher Vorschriften und institutioneller Ressourcen. Die nachstehenden rechtlichen Grundlagen sollten den Behandlern bekannt sein, damit entsprechende Maßnahmen frühzeitig eingeleitet und beantragt werden. Nur so können sozialrechtliche Möglichkeiten institutionell bzw. individuell optimal genutzt werden.

SGB III (ehemals AFG)	SGB VI	BSHG
§ 260 ff./§ 416 ABM	§ 15 (2) <i>Arbeitstherapie, Arbeitsbelastungserprobung (med. Reha)</i>	§ 19 (2) Hilfe zur Arbeit/sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis
§ 272 ff./§ 415 Strukturanpassungsmaßnahmen bis 31.12.2002	§ 16 Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes • § 16 (2) Berufsfindung/Arbeiterprobung	§ 19 (3) gemeinnützige und zusätzliche Tätigkeit
§ 59 ff. Ausbildung, ausbildungsbegleitende Hilfen	§ 17 Ausbildungs- und Umschulungszuschüsse, Eingliederungshilfen	§ 39/40 Eingliederungshilfe, z. B. Tagesstätten
§ 77 ff. Weiterbildung, Umschulung	§ 18 Maßnahmen in anerkannten Werkstätten für Behinderte	§ 72 Hilfen für Menschen in besonderen Lebenslagen (teilstationäre Arbeitsprojekte)
§ 48 ff. Trainingsmaßnahmen	§ 28 Ergänzende Leistungen • § 20 ff. Übergangsgeld • § 30 (2) Reisekosten	
§ 229 ff. Eingliederungsvertrag		

(vgl. Knobloch 1999)

Abb. 4: Sozialrechtliche Vorschriften im Bereich der beruflichen Eingliederung alkoholabhängiger Patienten

Wird die Rehabilitation stärker als Gesamtprozess zur Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft verstanden, hat dies Konsequenzen für ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen. Um frühzeitig berufsbezogene Hilfen einzuleiten, sollten z. B. die Krankheits- und Sozialanamnese durch eine Berufsanamnese ergänzt werden, die über die allgemeinen Angaben des Sozialberichts hinausgeht. Unter Berücksichtigung der individuellen Problemlagen sollten stärker als bisher die für die Patienten relevanten erwerbsbezogenen Aspekte ermittelt und für therapeutische Interventionen genutzt werden. Hierdurch können zusätzliche therapeutische Ansatzpunkte für eine berufliche Reintegration bereits vor, spätestens aber während der stationären Therapie aufgezeigt und eingeleitet werden, bis hin zu einem Case-Management für berufliche Fragen (vgl. Beyer 1996; Verstege 1996). Diese Aspekte können in Abstimmung mit den Gesamtkonzeptionen in Form neuer indikativer Angebote in allen Einrichtungen eingeführt bzw. ausgebaut werden. Hierbei ist es sinnvoll, Mindestanforderungen für erwerbsbezogene Ange-

bote im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zu diskutieren und auf diesem Wege die entsprechende Berücksichtigung dieses für viele Patienten bedeutenden Lebensbereiches in den stationären, aber auch in den ambulanten Therapieprogrammen sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund ergeben sich die nachstehenden Anforderungen an die Leistungsanbieter im Rehabilitationssystem:

- Die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist nicht nur übergeordnetes Rehabilitationsziel, sondern aufgrund der objektiv und subjektiv für viele Patienten vorhandenen erwerbsbezogenen Probleme eine relevante Größe, die im therapeutischen Prozess explizit berücksichtigt werden muss, will man eine effiziente Strategie zur Erhöhung der Abstinenzrate verfolgen.
- Im Rahmen einer individuellen Therapiezielabklärung muss gemeinsam zwischen Patient und Therapeut die Relevanz der erwerbsbezogenen Probleme ermittelt und entsprechende therapeutische Maßnahmen müssen eingeleitet bzw. umgesetzt werden.
- Es müssen Maßnahmen ergriffen werden, welche die psychische Verarbeitung der Arbeitslosigkeit bei Abhängigen günstig beeinflussen. Könnte ein höheres Maß an Selbstaktivierung und eine Einbindung in gemeinsame Bewältigungsstrategien erreicht werden, würde zugleich die Abstinenzrate verbessert.
- Mängel werden bisher im Bereich der Kooperation der Leistungsanbieter mit den Leistungsträgern, der Arbeitsverwaltung, den Betrieben etc. vermutet. Deshalb wird in der Verzahnung der Glieder der therapeutischen Kette und darüber hinaus mit weiteren gesellschaftlichen Institutionen, Optimierungsbedarf gesehen.
- Es stellt sich die Frage, ob die Leistungsanbieter zu stark auf den Umgang mit der Droge fixiert sind, so dass der beruflichen Wiedereingliederung und Bewältigung von Arbeitslosigkeit keine hinreichende Bedeutung beigemessen wird.
- Alle Maßnahmen der Leistungsanbieter im Rehabilitationsbereich sind auf das Ziel der beruflichen Wiedereingliederung auszurichten.
- Es sollte ein „Notfallplan“ zur Bewältigung der Arbeitslosigkeit in alternativen, persönlich sinnvollen und gesellschaftlich bedeutsamen Aktivitäten erstellt werden.
- Die therapeutischen Konzepte sollten überarbeitet werden, so dass die Bereiche Wiedereingliederung von Arbeitslosen, Freizeitbewältigung, Arbeitsprobleme von beschäftigten Abhängigen flexibel und individualisiert angegangen werden können.
- Es besteht eine wichtige Aufgabe der Therapie darin, den Patienten zu motivieren, seinen jahrelangen Kontrollverlust durch Alkohol anzuerkennen und zu akzeptieren. Zentraler Schwerpunkt rehabilitativer Bemühungen sollte deshalb das Ermöglichen von entsprechenden gesellschaftlichen Erfahrungen sein.

Abb. 5: Anforderungen an die Leistungsanbieter im Rehabilitationssystem

Die Ergebnisse der Studie bauen auf einer die Arbeit leitenden Vorstellung auf, dass „Therapieergebnisse von Patientenmerkmalen und deren Interaktion mit Behandlungsmerkmalen sowie den jeweils unterschiedlichen

sozio-ökonomischen und sozio-kulturellen Rahmenbedingungen“ (Küfner 1997 S. 201 f.) abhängen. Dies hat für die Optimierungsvorschläge im Bereich der LVA Oldenburg-Bremen zur Konsequenz, dass die auch in dieser Untersuchung sichtbar gewordene Vielfalt der Rehabilitationsangebote, eingebunden in unterschiedliche Konzeptionen der einzelnen Einrichtungen, somit im Kontext der jeweiligen Leistungsanbieter einer ständigen Optimierung bedürfen. Dabei kommt den Kosten-/Leistungsträgern die Aufgabe zu, die Entwicklungen verantwortungsvoll zu begleiten und positiv zu beeinflussen.

5 Diskussion

Grundsätzlich ist in der medizinischen Rehabilitation im Hinblick auf erwerbsbezogene Aspekte zu berücksichtigen, dass spezifische Maßnahmen zum Training erwerbsbezogener Aspekte schon deshalb anzubieten sind, da dieses Thema nicht nur gesetzliches Ziel der Rehabilitation, sondern häufig auch eine zentrale Problemlage der Alkoholabhängigen darstellt. Bei Patienten mit Arbeit geht es um die Sicherung des Arbeitsplatzes, bei arbeitslosen Patienten ist eine Perspektivenklärung und damit verbunden die Planung des Vorgehens zur Reintegration in den Arbeitsmarkt vorzunehmen und einzuleiten.

Zu diskutieren ist, welchen Stellenwert Maßnahmen zur Reintegration in das Erwerbsleben im Rehabilitationsprozess einnehmen können bzw. sollten. Unabhängig davon bedarf es neben den therapeutischen Bemühungen in diesem Zusammenhang gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, um den Alkoholabhängigen auch ohne die Droge Alkohol eine lebenswerte Perspektive zu ermöglichen. Dazu sind vor allem arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zur Reduzierung der hohen Arbeitslosenquote und gesundheitsfördernde Maßnahmen am Arbeitsplatz⁷ notwendig.

Wie sollen konkrete erwerbsbezogene Hilfen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation umgesetzt werden? Folgende Fragen müssen geklärt werden:

7 Ziegler weist darauf hin: „Ähnlich wie im familiären Bereich spielt auch am Arbeitsplatz das soziale Umfeld eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung, Aufrechterhaltung und Lösung von Suchtproblemen. Während früher Lösungsversuche und Hilfsmaßnahmen auf den einzelnen Abhängigen fokussiert waren, rückt heute das gesamte betriebliche Umfeld zunehmend in den Mittelpunkt der Betrachtungen.“ (Ziegler 1998, S. 42)

- Ist ein Paradigmawechsel in der Rehabilitation Alkoholabhängiger notwendig und sinnvoll?
Nämlich: „Weg vom Primat der Abstinenzorientierung hin zur beruflichen Integration!“
- Wie kann die berufliche Wiedereingliederung im Rahmen einer Gesamtrehabilitationsstrategie möglichst optimal gefördert werden?
- Einige Beratungsstellen erheben ohnehin bereits erwerbsbezogene Informationen auf einem Extrablatt. Dies sollte im Sinne einer standardisierten Berufsanamnese für alle verbindlich berücksichtigt werden.
- Bedarf es spezieller Mitarbeiter für eine angemessene Berücksichtigung und Umsetzung erwerbsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation?
- Kann ein Case-Manager bzw. Koordinator für Rehabilitation die Effizienz der medizinischen Rehabilitation verbessern? Wo sind diese Funktionsträger anzusiedeln und welche Aufgaben sollen sie wahrnehmen?

Literatur

- BEYER, H. (1996): Rehabilitationsstrategie zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag? Geesthacht, S. 100 - 112
- BÖNNER, K. H. (1994): Eröffnungsvortrag: Therapieziele im Wandel. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Therapieziele im Wandel. Beiträge des 6. Heidelberger Kongresses 1993. Geesthacht, S. 15 - 24
- FUNKE, W./SCHNEIDER, B. (1998): Darf´s noch ein bisschen mehr sein ...? Vernetzung aus der Sicht von Fachkliniken. In: Sucht aktuell. 5. Jahrgang Heft 3 + 4/98, Bonn, S. 2 - 6
- HENKEL, D. (1992): Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Ätiologische, epidemiologische und diagnostische Zusammenhänge. Weinheim
- KNOBLOCH, M. (1999): Integration durch Arbeit? Voraussetzungen – Möglichkeiten – Erfahrungen. Beitrag auf der Fachtagung „Arbeit und Sucht“ des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales – Referat Suchtkrankenhilfe/u. a. am 29. und 30. September 1999 in Bremen
- KÜFNER, H. (1997): Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Drogenabhängigen. In: Watzl, H./Rockstroh, B. (Hrsg.): Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle, S. 201-228
- LANDESVERSICHERUNGSANSTALT OLDENBURG-BREMEN (1998): Reha-Statistik 1997. interne Statistik der LVA Oldenburg-Bremen, Oldenburg
- MINISTERIUM FÜR KULTUR, JUGEND, FAMILIE UND FRAUEN RHEINLAND-PFALZ (MSF) (Hrsg.) (1994): Intervalltherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Abschlußbericht des Modellprojekts. Mainz
- NEBENDORF, A. (1998): Das interdisziplinäre Behandlungsangebot der Klinik zur Verbesserung arbeitsbezogener Kompetenzen. In: Psychosomatische Fachklinik Münchwies (Hrsg.): Berufliche Integrationsmaßnahmen in der Suchttherapie. Referate der Regionalen Beratungstreffen am 24. April und am 23. Oktober 1997. Münchwies, S. 27-37
- REIMANN, A. (1999): Perspektiven für die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus der Sicht der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. In: Fachverband Sucht e. V. (FVS) (Hrsg.): Suchtbehand-

- lung: Entscheidungen und Notwendigkeiten. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. Nr. 22, Geesthacht, S. 97 - 106
- TIELKING, K. (1998): Verbundsysteme – Ein neuer (notwendiger) Weg im Rehabilitationssystem der Behandlung von Alkoholabhängigkeit?! In: Meyenberg, R. (Hrsg.): Neue Wege in der Drogenpolitik/Drogenhilfe. Schriftenreihe „Sucht- und Drogenforschung“. Oldenburg, S. 113 - 125
- VERSTEGE, R. (1996): Berufliche Eingliederung im Rahmen medizinischer Rehabilitation. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkohol – Konsum und Mißbrauch, Alkoholismus - Therapie und Hilfe. Freiburg im Breisgau, S. 327 - 336
- WALDOW, M./KLINK, M (1986): Rehabilitationsverlauf Alkohol- und Medikamentenabhängiger nach stationärer Behandlung. Eine multivariate Globalanalyse katamnesticcher Daten. Marburg
- ZIEGLER, H. (1998): Suchtdynamik in Arbeitsstrukturen und Kollegenschaft. In: Richter, Gudrun/Winter, Erik (Hrsg.) (1998): Strategien zur Bekämpfung von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit im Betrieb und in der medizinischen Grundbetreuung. Materialien der GAD-Jahrestagung '97, Berlin, 20. - 22. November 1997. Angermünde/Magdeburg

Klaus Paul/Kirsten Malkowski

Erfahrungen und Einschätzungen eines stationären Leistungsanbieters zum Schwerpunkt „Arbeit“

1. Einleitung

Sehr verehrte Damen und Herren,
Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich danke Herrn Tielking und der Arbeitsstelle Sucht und Drogenforschung für die Einladung.

Da die Erfahrungen und Einschätzungen auch eines stationären Leistungsanbieters zum Themenschwerpunkt Arbeit eng verbunden sind mit den Rahmenbedingungen und der Arbeitsweise der Einrichtung, möchte ich, bezugnehmend auf die von Herrn Tielking bereits vorgestellten Ergebnisse, ihnen im Folgenden die Arbeitsweise und die für die Fachklinik Fredeburg spezifischen Untersuchungsergebnisse der Oldenburger-Evaluationsstudie vorstellen und daraus unsere Überlegungen ableiten. Unterstützt werde ich dabei von Frau Malkowski, die Ihnen einen relativ neuen Therapiebaustein, das 1998 implementierte Angebot zur beruflichen Orientierung (MbO genannt) vorstellt.

2 Die Ausgangssituation

Wie Sie alle wissen, ist die Fachklinik Fredeburg mit 244 Therapieplätzen eine der größten Fachkliniken für alkohol- und/oder medikamentenabhängige Patientinnen und Patienten. Im Rahmen von fünf Behandlungsteams mit jeweils 46 - 48 PatientInnen in vier Gruppen, verfügen wir über eine ganze Reihe spezifischer Behandlungsmöglichkeiten, wie beschrieben in Tabelle 1.

Tabelle 1: Spezifische Behandlungsmöglichkeiten

Die Klinik bietet folgende spezifische Behandlungsmöglichkeiten:

- **Juniorengruppen:** PatientInnen bis 25 Jahre (in Einzelfällen bei entsprechender Indikation auch darüber) mit frühem Einstieg in die Suchtentwicklung, Mehrfachabhängigkeit und Defiziten in Reifung, beruflicher und sozialer Entwicklung, erhalten hier ein spezielles therapeutisches Angebot.
- **Seniorengruppen:** PatientInnen über 55 Jahre (ohne Altersbegrenzung), die generationsbedingter und altersbedingter Behandlungsschwerpunkte bedürfen.
- **Frauengruppe:** Patientinnen, die aufgrund von sexueller Traumatisierung und Gewalterfahrungen ein spezifisches Behandlungsangebot mit einem geschützten therapeutischen Rahmen innerhalb der Erfahrungsmöglichkeiten einer ansonst gemischt-geschlechtlichen Einrichtung brauchen (Frauenanteil insgesamt ca. 1/3).
- **Psychose und Sucht:** Unsere Ausstattung und Fachkompetenz ermöglichen die adäquate Behandlung von psychosekranken PatientInnen.
- **Umfangreiche medizinische Behandlungsmöglichkeiten:** Die Klinik hat die Möglichkeit, Begleit- und Folgeerkrankungen durch ein Ärzteteam von Allgemeinmediziner, Internisten, Neurologen und Psychiatern im Haus und bei Bedarf in enger Kooperation mit dem in gleicher Unternehmensgruppe befindlichen Akutkrankenhaus, der internistisch-psychosomatischen Fachklinik und dem Kurmittelhaus durchzuführen.
- **Spezielles Behandlungsangebot für DialysepatientInnen:** in enger Zusammenarbeit mit der, nur wenige hundert Meter entfernten, neuen Dialysestation des Akutkrankenhauses
- **Aufnahmestation:** Diese Station mit 22 Plätzen erlaubt die Abklärung, Entgiftung und intensive Therapievorbereitung von alkohol-, medikamenten- und drogenabhängigen PatientInnen.
- **Indikative Gruppen** für Diabetiker, Eßgestörte, hirnorganisch eingeschränkte PatientInnen und PatientInnen mit pathologischem Spielverhalten (in enger Kooperation mit der internistisch-psychosomatischen Fachklinik Hochsauerland).
- Langjährige und extensive Erfahrung in der Behandlung frühgestörter PatientInnen.
- Gruppen für PatientInnen mit kürzerer Verweildauer (Auffang-, Festigungs-, Kurzzeit- und Intervallbehandlung).
- Indikationsgeleitete ambulant/stationäre Behandlung: Behandlung in flexiblen, ambulanten oder stationären Behandlungsintervallen für Patienten aus der Region (OE und HSK)
- Maßnahmen zur beruflichen Orientierung : Indikationsgruppe für PatientInnen mit unklarer beruflicher Perspektive mit zielgerichteten Hilfsangeboten zur Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit.

Unsere eigenen, regelmäßigen Erhebungen im Rahmen der klinikeigenen Basisdokumentation SEDOS unter Einschluß von Versicherten aller uns belegenden Leistungsträger (also auch BfA, Krankenkassen, Sozialämter

usw.), zeigen einen über die Jahre hinweg relativ konstanten Anteil von um die 40 % erwerbslose Patienten (Tab. 2).

Tab. 2: Erwerbstätigkeit	Beender 96		Beender 97		Junioren 96		Senioren 96	
Keine Angaben	2	0,26	8	1,05	0	0	0	0
Auszubildende/r	8	1,03	5	0,66	4	5,88	0	0
ABM	5	0,65	8	1,05	1	1,47	0	0
Angestellte/r	156	20,16	155	20,43	7	10,3	23	17,04
Beamter/in	19	2,45	32	4,22	0	0	1	0,74
Arbeiter/in	82	10,59	78	10,28	6	8,82	12	8,89
Facharbeiter/in	44	5,68	38	5,01	0	0	1	0,74
Selbständige/r, Freiberuf	15	1,94	11	1,45	0	0	2	1,48
Mithelf. Fam.angehörige/r	3	0,39	2	0,26	0	0	0	0
Erwerbslose/r	313	40,44	302	39,79	47	69,1	22	16,4
Schüler/in, Student/in	8	1,03	4	0,53	1	1,47	0	0
Hausfrau/-mann	31	4,01	33	4,35	0	0	7	5,19
Rentner/in, Pensionär/in	80	10,34	72	9,49	0	0	65	48,15
Sonstige	8	1,03	11	1,45	2	2,96	2	1,48
Gesamt	774	100	759	100	68	100	135	100

Natürlich differenziert sich dies noch hinsichtlich der Untergruppen, so daß während Junioren auf annähernd 70 % kommen, Senioren z. B. nur um die 16 % aufweisen und der Anteil Arbeitsloser bei Männern höher ist als bei Frauen. Auch nach der zu versorgender Region und Art des Leistungsträgers variieren die Anteile erwerbsloser Patienten. So ist 1998 der Anteil erwerbsloser Patienten bei den aufgenommenen Versicherten der LVA Oldenburg-Bremen um etwa 15 % höher als im Durchschnitt unserer Patienten.

Es ist somit nur folgerichtig, angesichts dieser Zahlen, der nach wie vor wenig veränderten, schlechten Arbeitsmarktlage und dem Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und Suchtmittelrückfall im Nachbefragungszeitraum, diesem Aspekt in der medizinischen Rehabilitation verstärkte Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Nun wie bildete sich denn die Ausgangssituation der Fachklinik Fredeburg in der klinikspezifischen Datenauswertung der Oldenburger Untersuchung ab? Wie die Ergebnisse der klinikspezifischen Datenauswertung der Oldenburger Untersuchung zeigen, nahm die Fachklinik Fredeburg ihren Auftrag zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit auch schon in der Vergangen-

heit – wenn auch mit deutlich eigenen Schwerpunkten, die ich noch ausführen werde – ernst.

So gaben bei der Unterstichprobe der Fachklinik Fredeburg (53 LVA Patienten: 14 Frauen, 39 Männer) 90 % der Patienten an, sich gut auf die anstehende Arbeitsplatzsuche vorbereitet zu fühlen (Tabelle 3)

Tab. 3: Vorbereitung auf die Arbeitsplatzsuche Fühlen Sie sich auf die anstehende Arbeitsplatzsuche durch die stationäre Entwöhnungsbehandlung gut vorbereitet?	Gesamt		FK Fredeburg	
	Abs.	%*	Abs.	%
trifft nicht zu, weil eine Rückkehr in das Arbeits-/Berufsleben nicht geplant ist	2	2,5	1	3,2
ja	59	73,8	28	90,3
nein	19	23,8	2	6,5

n = 80 (31)

** Rundungsdifferenz*

Aus Tab. 2.9. Ergebnisse Uni Oldenburg

Auch im Vergleich der Leistungsfähigkeit vor und am Ende der Therapie weist die Studie auf Einschätzungen höherer Belastbarkeit bei Streß, mehr Durchsetzungsfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit und Selbstbewußtsein sowohl von Patient, wie Therapeut hin.

Tab. 4: Vergleich der Leistungsfähigkeit des Patienten anhand beruflicher Aspekte vor und am Ende der Therapie in der Beurteilung der behandelnden Ärzte Im Vergleich zu der Zeit vor seinem stationären Aufenthalt ist der Patient belastbarer bei Streß. <i>var mab48c</i>	Gesamt		FK Fredeburg	
	Abs.	%	Abs.	%
trifft zu	128	79,5	50	94,3
trifft nicht zu	28	17,4	3	5,7
weiß nicht	4	3,1	0	0,0

n = 160 (53)

Aus Tab. 2.14 Ergebnisse Uni Oldenburg

Tab. 5: Vergleich der Leistungsfähigkeit des Patienten anhand beruflicher Aspekte vor und am Ende der Therapie aus Patientensicht Im Hinblick auf meinen Arbeitsplatz bzw. meine Situation als Arbeitsloser fühle ich mich im Vergleich zu der Zeit vor meinem stationären Aufenthalt belastbarer bei Streß <i>var pa72c</i>	Gesamt		FK Fredeburg	
	Abs.	%	Abs.	%
trifft zu	92	64,8	32	68,1
trifft nicht zu	21	14,8	5	10,6
weiß nicht	29	20,4	10	21,3

n = 142 (47)

Aus Tab. 2.15 Ergebnisse Uni Oldenburg

Wie sind diese positiven Ergebnisse zu verstehen, obwohl in der Fachklinik Fredeburg mehr als 30 % der Patientenangaben (Tabelle 6a und b), selten oder nie über Arbeit und Beruf oder über Arbeitslosigkeit oder Umgang mit Belastung am Arbeitsplatz gesprochen zu haben?

Tab. 6a Häufigkeit der Gespräche über Arbeit und Arbeitslosigkeit in der stationären Therapie <i>In der stationären Therapie wurde über Arbeit, Beruf ...</i> <i>var pa61a</i>	Gesamt		FK Fredeburg	
	Abs.	%*	Abs.	%
sehr häufig gesprochen	13	9,0	2	4,3
häufig gesprochen	41	28,3	11	23,9
manchmal gesprochen	50	34,5	17	37,0
selten gesprochen	30	20,7	12	26,1
nie gesprochen	11	7,6	4	8,7

n = 145 (46)

** Rundungsdifferenz*

<i>Tab. 6b In der stationären Therapie wurde über Arbeitslosigkeit ...</i>	Gesamt		FK Fredeburg		
	<i>var pa61b</i>	Abs.	%	Abs.	%*
sehr häufig gesprochen		11	8,0	3	6,8
häufig gesprochen		38	27,7	9	20,5
manchmal gesprochen		39	28,5	11	25,0
selten gesprochen		37	27,0	16	36,4
nie gesprochen		12	8,8	5	11,4

n = 137 (44)

Aus Tab. 2.4 Ergebnisse Uni Oldenburg

** Rundungsdifferenz*

Ich denke, sie sind das Resultat des psychotherapeutischen Aspekts im Rahmen der Rehabilitation, der gezielt auf den Umgang mit Streßsituationen und seelischen Belastungen hinarbeitet und die Zuversicht des Patienten stärkt, kompetent sein Leben zu bewältigen.

Die Tabellen 3, 4 und 5 zeigen, daß das in unserem Therapiekonzept beschriebene Ziel, den Patienten zu befähigen, die beruflichen Anforderungen und Belastungen in adäquater Form, d. h. ohne Suchtmittleinsatz bewältigen zu können, sich hier ausdrückt, wobei jedoch ungeklärt bleibt, ob diese Selbsteinschätzung gegen Ende der Therapie einer tatsächlichen Bewältigung im Alltag nach Therapieende entspricht. Hierüber können nur die Katamneseergebnisse Aufschluß liefern.

Nun ist medizinische Rehabilitation mehr als Psychotherapie und die Wiederherstellung der **Erwerbstätigkeit** mehr als die Wiederherstellung der **Erwerbsfähigkeit**. Für ersteres sind in Ergänzung des bisherigen Angebots der medizinischen Rehabilitation mehr an beratenden Gesprächen und konkreten Hilfestellungen bzgl. Berufs- und Arbeitsplatzfindung schon während der Rehamaßnahme notwendig.

Daß hier ein Entwicklungsbedarf besteht zeigen auch die Daten der Tabelle 7, die u.a. die schon zuvor von Frau Dr. Künzler und Herrn Tielking angesprochene, viel zu geringe Inanspruchnahme von Maßnahmen zur beruflichen Unterstützung illustrieren.

Tab. 7: Während der stationären Therapie beantragte berufliche Unterstützung <i>var mtw64</i>	Gesamt		FK Fredeburg	
	Abs.	%*	Abs.	%
keine berufliche Unterstützung beantragt	29	29,9	16	42,1
Antrag auf Arbeitslosenhilfe/-geld	21	21,6	8	21,1
Antrag auf Umschulung	8	8,2	5	13,2
Antrag auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation	6	6,2	1	2,6
Antrag auf Weiterbildung	4	4,1	1	2,6
Rentantrag	2	2,1	0	0,0
Antrag auf berufsfördernde Leistungen	2	2,1	1	2,6
sonstige beantragte berufliche Unterstützung	25	25,8	6	15,8

n = 86 (34)

Mehrfachnennungen sind möglich = 97 (38)

* *Rundungsdifferenz*

Aus Tab. 2.11 Ergebnisse Uni Oldenburg

Angesichts steigender Arbeitslosenzahlen, verstärktem Druck auf Leistungsträger zur Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit und der immer kürzeren Behandlungsdauer, die ein poststationäres stabilisierendes soziales und berufliches Umfeld notwendiger denn je macht, war auch uns schon vor Veröffentlichung dieser Daten klar, daß ein über das bisher Übliche hinausgehendes Angebot zur gezielten beruflichen Wiedereingliederung notwendig ist. Die Daten zeigen jedoch auch, daß ein solches Angebot nicht anstatt, sondern nur in Ergänzung und auf der Grundlage der bisherigen psychotherapeutischen und sozialmedizinischen Arbeit erfolgen kann.

Sensibilisiert durch die aktuellen Entwicklungen und die in unserem Hause durchgeführte Erhebung der Universität Oldenburg, setzten wir uns intensiver mit unserer Angebotsstruktur zur beruflichen Wiedereingliederung auseinander, führten interne Fortbildungen in Kooperation mit Arbeitsverwaltung, Bildungsinstituten und der Rehaberatung der Leistungsträger durch und erarbeiteten ein Konzept für eine Ergänzung der Angebotsstruktur für vor allem arbeitslose Patienten und solche, die aufgrund ihrer Suchterkrankung eines Arbeitsplatzwechsels bedürfen.

Mit dem Ergebnis, daß das seit November 1998 therapiebegleitende Angebot „Maßnahmen zur beruflichen Orientierung“ größtenteils an den Stellen greift, die wir auch aufgrund unserer internen Qualitätskontrolle als besonders problematisch festgestellt hatten.

Im Rahmen eines verstärkten sozialtherapeutischen und sozialberaterischen Focus nehmen wir, ergänzend zu unserem psychotherapeutischem Angebot, mit den Maßnahmen zur beruflichen Orientierung zielgerichtet Einfluß auf die Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit. Mit arbeitslosen Patienten oder solchen, bei denen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung die berufliche Perspektive unklar ist, versuchen wir, schon im Verlauf der Entwöhnungsbehandlung eine konkrete greifbare und mit der Erkrankung vereinbare berufliche Perspektive herzustellen.

Wie dies im einzelnen geschieht, wird Ihnen nun von Frau Malkowski erläutert, welche wir mit Unterstützung der Arbeitsverwaltung als Koordinatorin dieses Arbeitsbereiches einstellen konnten und die selbst über die Erfahrungen einer fast einjährigen Arbeitslosigkeit im Vorfeld zu dieser Anstellung verfügt.

3 Maßnahmen zur beruflichen Orientierung (MbO) für Patientinnen und Patienten mit unklarer beruflicher Perspektive

Ich bin als Sozialpädagogin seit November 1998 im Bereich „Maßnahmen zur beruflichen Orientierung“ tätig. Von November bis Ende Dezember habe ich mit der Leitung des Hauses an der Konzeption für den Bereich MbO gearbeitet. Seit Januar 1999 setze ich das Konzept mit und für Patienten der Fachklinik Fredeburg um, wobei die konzeptionelle und praktische Arbeit sich fortwährend durch gewonnene Erfahrungen und Kenntnisse weiter entwickelt.

Das wesentliche Ziel der MbO besteht, wie bereits erwähnt, darin, mit und für den Patienten schon im Verlauf der Entwöhnungsbehandlung eine konkrete, greifbare und mit ihrer Erkrankung vereinbare berufliche Perspektive herzustellen und diesbezügliche Verunsicherungen und Ängste abzubauen und Handlungen einzuleiten.

Die Indikation für MbO erfolgt bei allen aufgenommenen Patienten innerhalb der ersten 28 Tage in gemeinsamer Absprache zwischen Bezugstherapeut und Teamarzt unter Supervision durch die Fachvorgesetzten. Eine erneute Überprüfung oder Veränderung der Indikation für MbO ist aber auf-

grund von neuen Erkenntnissen auch noch zu einem späteren Zeitpunkt möglich.

Patienten mit folgenden Indikationen können dem Bereich MbO zugewiesen werden:

- arbeitslose Patienten (lang- und kurzzeit)
- Patienten mit unklarer Perspektive hinsichtlich einer Weiterbeschäftigung oder Wiedereinstellung;
- Patienten, die an einer beruflichen Rehabilitation, Aus- oder Weiterbildungsmaßnahme vor Aufnahme in der Klinik teilgenommen haben und deren berufliche Perspektive noch klärungsbedürftig ist;
- Patienten bei denen ein Arbeitsplatzwechsel/-veränderung aus medizinischer und/oder psychotherapeutischer Sicht aufgrund der Erkrankung erforderlich ist.

Unter dem letzten Punkt sind vor allem solche Patienten zusammengefaßt, ...

- (a) ... die aufgrund ihrer körperlichen Konstitution nicht mehr in der Lage sind, ihren Beruf im vorherigen Umfang auszuüben,*
- (b) ... die aufgrund ihrer psychischen Konstitution nicht mehr in der Lage sind ihren Beruf (z.B. im vollen Umfang) auszuüben,*
- (c) ... deren Arbeitssituation in einem engen ursächlichen Zusammenhang zu ihrer Suchterkrankung steht, welcher psychotherapeutisch allein nicht zu bearbeiten ist (Unterforderung, Überforderung, soziale Konflikte, unbefriedigende Berufswahl, mit Suchterkrankung unvereinbares Tätigkeitsgebiet).*

In enger Zusammenarbeit mit behandelndem Arzt, Bezugstherapeut und Ergotherapeut, setze ich mich mit der beruflichen Situation der Patienten auseinander. Dies geschieht in Ergänzung des bisherigen Therapieangebotes, überwiegend in Einzelkontakten, aber auch in Lerngruppen.

Zunächst bespreche ich mit dem Patienten beim ersten Kontakt seine jetzige berufliche Situation, seinen Werdegang, seinen Gesundheitszustand und frage nach beruflichen Wünschen und Zielsetzungen. Dabei wird gegebenenfalls geklärt, wie realitätsbezogen die Wünsche und Vorstellungen des Patienten sind.

Danach erfolgt gemeinsam mit dem Patienten eine Problemanalyse und eine berufliche Zielsetzung. Eine Vorgehensweise für den Therapieaufenthalt

wird festgehalten, diese stellt den Problemlöseweg dar. Die Vorgehensabsichten und Veränderungen, sowie Ergebnisse der MbO werden dem Bezugstherapeuten fortwährend mitgeteilt.

Ergebnis, bzw. Zielsetzung nach dem Erstkontakt könnte z.B. sein:

- eine reine Stellensuche,
- Umschulung/berufliche Rehabilitation,
- Fortbildung/Weiterbildung,
- eine erste Ausbildung oder
- die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz, bzw. Veränderung am jetzigen Arbeitsplatz.

In weiteren Einzelkontakten werden dann konkrete Schritte zur Realisierung der Zielsetzung eingeleitet. Je nach Ausgangslage können beispielsweise folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

- Information zu Förderungsmöglichkeiten,
- Klärung der Wiedereinstellung oder Weiterbeschäftigung (ggf. mit Arbeitgeber),
- eine Vorbereitung auf Gespräche mit dem Sozial-, und Arbeitsamt, dem (ehemaligen) Arbeitgeber, etc.,
- die Erarbeitung eines Qualifikationsprofils,
- die Stellensuche über SIS,
- das Erstellen und Verschicken von Bewerbungsunterlagen,
- Bewerbertraining, mit der Erprobung von Vorstellungssituationen (im Einzel wie in Gruppen),
- die Antragstellung auf berufsfördernde Maßnahmen beim Rentenversicherungsträger,
- Kontaktaufnahme mit Arbeitsämtern,
- Termine mit Arbeitsverwaltung und Bildungsträgern oder
- eine Arbeitserprobung durch externes Praktikum.

Das endgültige Erreichen der Zielsetzung liegt in der Regel in einem Zeitraum im Anschluß an die Behandlung. Schritte der Konkretisierung und Realisierung können sein:

- bei beruflicher Anpassung
- eine Bewilligung der berufsfördernden Leistungen,
- eine Anmeldung und Terminierung,
- erstellte Bewerbungsunterlagen

- Reaktionen auf verschickte Bewerbungen
- Vorstellungsgespräche
- bei beruflicher Neuorientierung
- eine gutachterliche Stellungnahme des psychologischen Dienstes
- Bewilligung und Terminierung von Berufsfindungsmaßnahmen
- Klärung eines geeigneten Berufswunsches
- Bewilligung und Terminierung der beruflichen Umschulung

Die Dauer und Häufigkeit des Kontaktes ist immer vom Einzelfall abhängig. Bislang lagen die Anzahl der Kontakte zwischen 1 und 14 Kontakten. Durchschnittlich finden 4 - 5 Kontakte statt.

Das Ergebnis der Zusammenarbeit mit dem Patienten wird natürlich stark beeinflusst von dessen Motivation und Mitarbeit.

Bei Patienten mit einer besonders ungünstigen beruflichen Prognose erfolgt eine verstärkte Bearbeitung in der Bezugsgruppentherapie und die Hilfestellung der Sozialberatung im Hause wird ggf. auch in Anspruch genommen.

Wir arbeiten verstärkt an einer zunehmend engeren Zusammenarbeit mit den Rentenversicherungsträger und der Arbeitsverwaltung. Uns ist es mit Hilfe der Rehaberaterin der BfA möglich, bereits während der Therapie Anträge auf berufsfördernde Leistungen zu stellen. Eine Zusammenarbeit in ähnlicher Weise wird mit der LVA Rheinprovinz gerade entwickelt.

Generell ist es eine vorrangige Zielsetzung meiner Arbeit die Zuständigkeit beantragter Maßnahmen möglichst bereits im Therapieverlauf geklärt und nach Möglichkeit auch eine Zusage für die Bewilligung zu bekommen, um den Patienten längere Wartezeiten und damit Unsicherheiten zu ersparen.

4 Schlußfolgerungen und Empfehlungen

Ich möchte unseren Vortrag mit folgenden auf der Basis unserer Arbeit und Erfahrungen getroffenen Überlegungen abschließen:

1. *Arbeitslosigkeit macht krank*
Verlust der Selbstachtung, höheres Suizid- und Rückfallrisiko, körperliche und psychische Erkrankungen
2. *Arbeitslosigkeit erschwert die Rehabilitation*

Generell und insbesondere angesichts immer kürzerer stationärer Behandlungszeiten, dem Rückzug der Rehaberater aus den Einrichtungen, einer gestreßten und erst langsam kooperierenden Arbeitsverwaltung

3. *Die Bewältigung der Arbeitslosigkeit ist effektiver, wenn sie in die medizinische Rehabilitation einbezogen ist*
Die Trennung von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Rehabilitation und Maßnahmen der Arbeitsverwaltung in zeitlicher, inhaltlicher und administrativer Hinsicht sollte schnellstmöglich überwunden werden
4. *Das sozialmedizinische und psychotherapeutische Angebot ist verstärkt durch Maßnahmen zur konkreten Hilfestellung beim Auffinden eines adäquaten Arbeits- oder Ausbildungsplatzes zu ergänzen (aber nicht zu ersetzen !)*
5. *Die im Rahmen der wohnortfernen stationären Behandlung eingeleiteten Prozesse zur beruflichen Integration bedürfen einer wohnortnahen ambulanten, teilstationären oder stationären Fortführung und Ergänzung*

Eine enge Zusammenarbeit und Kooperation stationärer Einrichtungen mit Beratungsstellen, Adaptionseinrichtungen, Rehaberaterung, Arbeitsamt, Bildungseinrichtungen, Industrie und Handwerk ist notwendig und kann auch überregional erfolgen (s. „Indikationsgeleitete ambulante/teilstationäre/stationäre Behandlung für den Kreis Olpe und den Hochsauerlandkreis“, Klaus Paul in Schriftenreihe des Fachverband Sucht Bd.22, 113-119, 1999).

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Bernd Finkelmeier

Erfahrungen und Einschätzungen eines ambulanten Leistungsanbieters zum Schwerpunkt „Arbeit“

1 Struktur der Beratungs- und Behandlungsstelle Verband Betrieblicher Sozialberatung Bremen (vbsTeam)

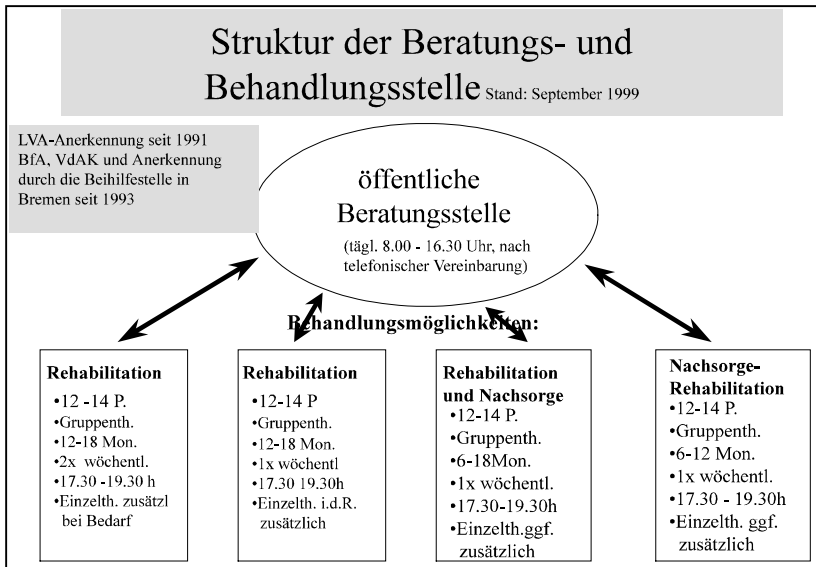


Abb. 1: Struktur der Beratungs- und Behandlungsstelle Verband Betrieblicher Sozialberatung Bremen (vbsTeam)

2 Kooperative Zusammenarbeit des vbsTeams mit Unternehmen und Krankenkassen im Einzugsgebiet der LVA Oldenburg-Bremen

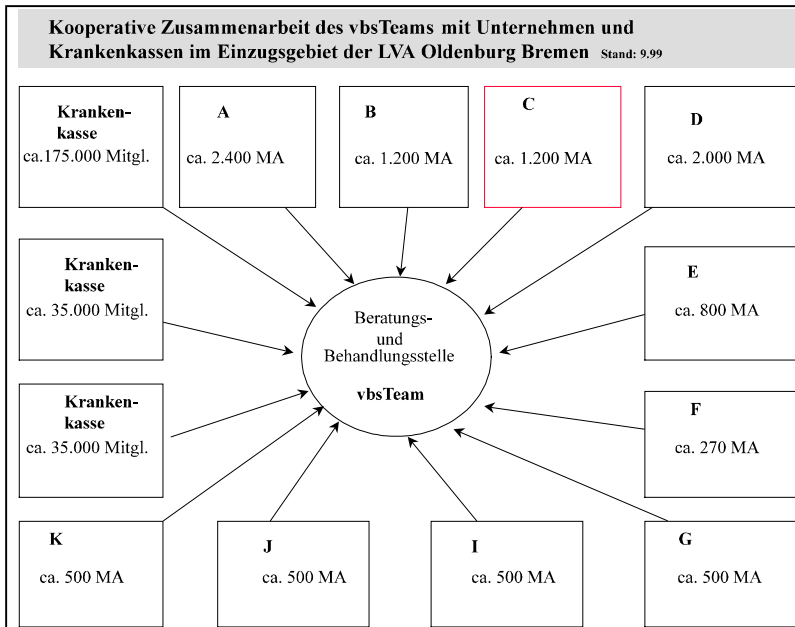


Abb. 2: Kooperative Zusammenarbeit des vbsTeams mit Unternehmen und Krankenkassen im Einzugsgebiet der LVA Oldenburg-Bremen

3 Versicherte der LVA Oldenburg-Bremen in der Beratungs- und Behandlungsstelle des vbsTeams

Versicherte insgesamt:	136 (39 Frauen, 97 Männer)
Vermittlung in stationäre Reha:	61
Vermittlung in ambulante Reha:	8
Nachsorge nach stationärer Reha (18 %)	11 (angetreten: 5 - nicht angetreten: 6)
Rückfällige Versicherte nach stationärer Reha:	12
Anzahl der arbeitslosen Versicherten bei Beratungsbeginn:	52
Anzahl der arbeitslosen Versicherten nach abschluss der stationären Reha und ggf. Nachsorgereha:	51

LVA Versicherte, die direkt über die SozialberaterInnen der mit dem vbs-Team kooperierenden Unternehmen in eine ambulante oder stationäre Reha im o.a. Zeitraum vermittelt wurden, sind nicht in diesen Zahlen erfaßt.

4 Konzeptionelle und strukturelle Defizite des derzeitigen Behandlungsangebots

Konzeptionelle Defizite u. a.:

- keine abgestimmten (konzeptionellen) Vorgehensweisen zwischen der Beratungs- und Behandlungsstelle des vbsTeams und den jeweiligen stat. Einrichtungen im Umgang mit Versicherten unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitslosigkeit
- unzureichende bzw. keine Maßnahmen während der stat. Reha
- unzureichende bzw. keine Maßnahmen während der amb. Nachsorge (nur 18% waren/sind in einer Nachsorgereha!)

Strukturelle Defizite u. a.:

- die arbeitslosen Versicherten schaffen es oft nicht, die Reise nach Fredeburg anzutreten (z.B. Angst vor dem Umsteigen, „zu weit weg“, aktuelle Intoxikation)

- nach der stationären Reha benötigen die Versicherten, neben ihrer sucht-spezifischen Nachsorge, ein gezieltes Trainingsprogramm bis hin zu konkreten Erprobungs- und Eingliederungsmaßnahmen in Betrieben; dies kann im Rahmen der ambulanten Nachsorgereha (2Std./W.) nicht geleistet werden (siehe dazu: *Überlegungen zu einem Kooperationsmodell zwischen dem vbsTeam und der FK Fredeburg: „stationär, teilstationär, ambulant“*)
- ein insgesamt unzureichendes integratives Behandlungssetting (stationär, teilstationär, ambulant) „vor Ort“ in Bremen und Bremerhaven (siehe dazu: *„Integratives Behandlungskonzept“* und *„Thesenpapier“* des vbsTeams; Kozept „Beratungsstelle Bremerh.“)

Ingrid Künzler

Erfahrungen und Einschätzungen der LVA Oldenburg-Bremen

1. In der Rentenversicherung findet z. Z. ein Wandel der Therapiezieldefinition statt. Die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit wird durch das Ziel der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben abgelöst. Wir erwarten deshalb von Entwöhnungs-Einrichtungen, dass das Thema Erwerbstätigkeit in Therapiekonzepten adäquat Berücksichtigung findet.

Nach der von uns in Auftrag gegebenen Studie zur Evaluation von Alkoholentwöhnungsbehandlungen gaben 27,5 % der Patienten Probleme am Arbeitsplatz an. 49,0 % der Patienten gaben an, zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Therapie arbeitslos gemeldet gewesen zu sein. 53,0 % der arbeitslosen Patienten waren dies bereits seit mehr als 49 Wochen.

Diese Zahlen spiegeln einen Bundestrend wieder:

Von den 1998 durchgeführten 42 680 Entwöhnungsbehandlungen durch die Rentenversicherung (einschl. Medikamente, Drogen und Mehrfachabhängigkeit) waren vor Antragstellung 13 % nicht erwerbstätig, 38 % arbeitslos und lediglich 36 % gingen einer Ganztagsbeschäftigung nach.

2. In Anbetracht der hohen Arbeitslosenquote unter Abhängigkeitskranken und der zunehmenden Belastungen am Arbeitsplatz kommt dem Thema „Arbeit/Situation bei Arbeitslosigkeit“ in einer Entwöhnungsbehandlung auch unter dem Aspekt Rückfallgefährdung eine zentrale Bedeutung zu.
3. Wie müsste nach unseren Vorstellungen das Thema „Erwerbstätigkeit“ in die Behandlung integriert werden?

- Bearbeitung von psycho-sozialen Belastungssituationen am Arbeitsplatz/im Betrieb
- Erwerbsbezogene Therapieziele

Falls ein Beschäftigungsverhältnis besteht und der Rehabilitand an den alten Arbeitsplatz zurückkehren kann

- Herstellung von Kontakten zum Betrieb, um die Rückkehr an den Arbeitsplatz vorzubereiten.

Ist der Rehabilitand nach Abschluss der Maßnahme arbeitslos

- Bearbeitung des Themas „Umgang mit Arbeitslosigkeit“ während der Maßnahme (Rückfallgefährdung)
 - Maßnahmen zur Tagesstrukturierung
 - Integration von berufsbezogenen Elementen in die medizinische Rehabilitation (zum Beispiel Praktika zur Feststellung der Belastbarkeit, berufsbezogene Kurse zur Verbesserung der Vermittlungschancen und zur Aufarbeitung allgemeiner Defizite (Lese-, Rechtschreibdefizite, PC-Kenntnisse, ggf. in Kooperation mit regionalen Bildungseinrichtungen).
 - Frühzeitige Kontaktaufnahme zur Arbeitsverwaltung, um die Vermittlung aufzunehmen.
 - Begründete sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zur physischen und psychischen Belastbarkeit und begründete Aussagen zu evtl. bestehendem weiteren (beruflichen) Reha-Bedarf.
4. Der Rentenversicherungsträger ist nach § 11 Abs. 2 a SGB VI auch für berufliche Reha zuständig, wenn diese Leistungen für eine voraussichtlich erfolgreiche Reha unmittelbar im Anschluss an medizinische Leistungen des Rentenversicherungsträgers erforderlich sind. In der Rentenversicherung erfolgten 1998 insgesamt 1.533 Vorschläge zur Prüfung beruflicher Leistungen nach Abschluß von Entwöhnungsbehandlungen (alle Fallgruppen).
Bei der LVA Oldenburg-Bremen wurden 1998 bei insgesamt 344 stationären Alkoholentwöhnungsbehandlungen anschließend 19 berufsfördernde Leistungen bewilligt.
5. Nach unserem Eindruck ist diese restriktive Bewilligungspraxis Ergebnis eines bestimmten sozialmedizinischen Denkmodells und einer Übertragung von Auslegungsgrundsätzen aus dem Rentenverfahren auf Reha-Fälle durch die Verwaltung.
Das heißt ein Sozialmediziner prüft bei einem Rehabilitand nach einer Entwöhnungsbehandlung primär die Belastbarkeit durch eine berufliche Reha, nicht die Stabilisierungswirkung durch die berufliche Perspektive. Die Verwaltung prüft rentenrechtlich abstrakt Verweisungsmöglichkeiten, statt (Re-)Integration im konkreten Einzelfall.

6. Durch die fehlende Vernetzung medizinischer und beruflicher Reha und durch die bisher nur funktionale Arbeitsteilung zwischen Entwöhnungseinrichtungen, Arbeitsverwaltung, Betrieben, beruflichen Bildungseinrichtungen und Reha-Träger entstehen Reibungs- und Informationsverluste an den Schnittstellen (Struktur- und Prozessqualität), wird das Reha-Ziel gefährdet (Ergebnisqualität) und die Investition in Entwöhnungsbehandlungen fragwürdig.

Abhilfe erwarten wir durch die Einführung von Case-Management, die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsressourcen durch Vermeidung von redundanten und vergleichsweise ineffizienten Behandlungselementen und eine konsequente Ausrichtung aller Prozessbeteiligten auf das Reha-Ziel: Wiedereingliederung ins Erwerbsleben.

Knut Tielking/Isabelle Weiss

Möglichkeiten und Grenzen einer stärkeren Berücksichtigung von arbeits- und berufsbezogenen Angeboten in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen – Positionen aus den Diskussionen der Arbeitsgruppe

1 Vorbemerkungen

„Arbeit/Beruf – Arbeitslosigkeit“ spielen für einen großen Teil der alkoholabhängigen Patienten/Klienten eine entscheidende Rolle beim Herauswachsen aus der Alkoholabhängigkeit und beeinflussen den Erfolg von Entwöhnungsbehandlungen ganz wesentlich. Somit sollte dieser Lebensbereich als relevantes Thema in der medizinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger Berücksichtigung finden. Im Verständnis einer ganzheitlichen Rehabilitation Alkoholabhängiger stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage der Gewichtung medizinischer, psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Maßnahmen. Diese Frage ist individuell für jeden Betroffenen zu klären; sie erfordert aber auch die Formulierung von Eckpunkten im Umgang mit diesem Thema.

Die Ergebnisse der Studie „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit“ wie auch die Beiträge der Referenten in der Arbeitsgruppe und die geführten Diskussionen bestätigen die Auffassung, dass es notwendig ist, Arbeits- und Berufsfragen stärker als bisher zu thematisieren. Nachfolgend sind Positionen von Teilnehmern der Arbeitsgruppe zu Möglichkeiten und Grenzen der stärkeren Berücksichtigung von arbeits- und berufsbezogenen Angeboten in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen aufgeführt. Die Positionen sind nach Aussagen der Vertreter ambulanter Einrichtungen (2.1), stationärer Einrichtungen (2.2), der Kosten-/Leistungsträger (2.3) und „Weitere“ (2.4) gegliedert.

2 Positionen der Teilnehmer der Arbeitsgruppe¹ zu Möglichkeiten und Grenzen einer stärkeren Berücksichtigung von arbeits- und berufsbezogenen Angeboten in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen

2.1 Positionen von Vertretern ambulanter Einrichtungen

2.1.1 Möglichkeiten

- Angebot indikativer Gruppen
- Verbund mit Arbeitgebern und Arbeitsamt
- Individuelle Ausgestaltung der Bildungsmaßnahmen des Arbeitsamtes

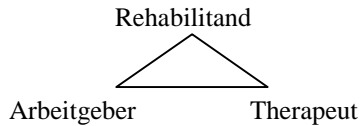
- Perspektiven entwickeln
- Selbstbewußtsein stärken im Sinne der heute morgen vorgetragenen Kriterien
- Case-Manager
- Zum Arbeitsamt vermitteln

- Gespräche mit potentiellen Partnern hinsichtlich der Möglichkeiten suchen: z. B. Kostenträgern, Arbeitsamt, Anbieter auf dem sogenannten 2. und 3. Arbeitsmarkt
- Thematik in der Klärung von Zieldefinitionen mit Patienten direkter ansprechen als bisher
- Fortbildung der Mitarbeiter
- Bestehende Kontakte nutzen

- Stärkere Vernetzung der beruflichen Reha-Anbieter
- Transparenz, welche Fortbildungsmaßnahmen für welche Klientengruppen in Frage kommen
- Effektivere Zusammenarbeit von arbeitsamt und Reha-Anbieter bzgl. beruflicher Perspektivenplanung für das Klientel
- Schnellere Bewilligung beruflicher Reha-Maßnahmen
- Spezifische Berufserprobungsmaßnahmen auf unser Klientel zugeschnitten

1 Die Darstellung enthält in jedem Kasten Aussagen eines Teilnehmers/einer Teilnehmerin.

- Ambulante Reha unter Beibehaltung/Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses
- Integration beider Elemente Reha/Beruf während ambulanter Reha
- Absprachen bezüglich der Ziele



- Wünschenswert: längere, flexiblere Kostenzusagen für ambulante Begleitung von Personen, die Probleme bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß haben.

In der Rolle als Suchtberaterin ...

- Wunsch nach mehr Kooperation
- Wunsch nach mehr Flexibilität
- Wunsch nach mehr Vernetzung
- Formulierung gemeinsamer Ziele
- Intensivierung der Kooperation zu den Arbeitsämtern, etc.

- Stärkere Kooperation unterschiedlicher Anbieter in einer Region zur übergreifenden Zusammenarbeit und damit Verbesserung der Angebote für den Patienten in der ambulanten Reha
- Verstärkte Einbeziehung berufs- und arbeitsbezogener Fragen in der Therapie als fester, kontinuierlicher Bestandteil
- Versuch, individuelle Pläne zur Reintegration zu erstellen

Nachsorge:

- Im Therapiegespräch Auseinandersetzung mit alltäglichem Geschehen am Arbeitsplatz; Rückfrage an stationäre Therapie im Bezug auf Arbeit
- Ambulante Therapie:
- In Hinsicht auf Arbeit Therapieziele formulieren und verfolgen, Betreuungsumfang klären
 - Gruppen anbieten: Bewerbungstraining, Selbstsicherheitstraining
 - Einzelfall-Hilfe: wird aber nicht finanziert

2.1.1 Grenzen

- Eigene Kapazitäten, z. B. Zeit, Personalstärke, Bildungsstand der Mitarbeiter
- Struktursituation vor Ort - Arbeitsmarktchancen - hohe Arbeitslosenquote

- Mangelnde Kooperation/mangelnde Bereitschaft
- Mangelnde Kenntnisse bezüglich Krankheitsbild
- Räumliche Distanzen zwischen Wohnort/Behandlungsstelle/Arbeitgeber

- Mangel an Stellen und Projekten für Arbeitserprobung oder Praktika
- Mangel an Kooperation/Vernetzung mit Arbeitsamt/Arbeitsvermittlern
- Unzureichende wirtschaftliche Absicherung bei Teilzeitstellen
- Frauenspezifische Angebote für Mütter mit Kindern als berufliche Qualifizierungsmaßnahme sind unzureichend

- Zur Zeit gibt es in unserem Landkreis eine Vielzahl von Anbietern, die sich im Auftrag des Arbeitsamtes um Wiedereingliederung Arbeitsloser kümmern. Die Koordination und Zusammenarbeit gestaltet sich z. T. schwierig (häufig wechselndes Personal, wirtschaftliche Zwänge u.s.w.) und berücksichtigt Suchterkrankung offiziell überhaupt nicht (keine Arbeitsfähigkeit → keine Leistungen).
- Unflexible Mitarbeiter/innen beim Arbeits- und Sozialamt
- Mangelnde Mobilität der Klienten

- Strukturelle Gegebenheiten auf dem Arbeitsmarkt
- Z. T. mangelnde Kooperationsbereitschaft der Arbeitsgeber, incl. Arbeitsämter
- Im ländlichen Bereich: Fehlende Mobilität

Ambulante Therapie:

- Einzelfall-Hilfe: wird aber nicht finanziert
- Zeitaufwand zu hoch

2.2 Positionen von Vertretern stationärer Einrichtungen

2.2.1 Möglichkeiten

- Einrichtung eines eigenen Funktionsbereiches „Berufliche Reintegration“ in der Klinik
- Zusammenarbeit/Kooperation mit freien Bildungsträgern, die spezielle Reintegrationsseminare für Suchtkranke nach der Therapie anbieten
- Schulung/Information der therapeutischen Mitarbeiter in Themen „Arbeitsmarkt“, „Berufsfindung“, „Personalentscheidung“
- Vorbereitende Aktionen bereits während der Therapie zur anschließenden Realisierung einer eventuellen beruflichen Rehabilitation (z. B. PSU-Test, Bildungsträgersuche, etc.)
- Rückkehrberatung für Patienten, die noch in Arbeit sind, durch Vorbereitung und Begleitung

- Fähigkeiten erkennen und fördern
- Grundarbeitsfähigkeiten fördern
- Langeweile bekämpfen
- Am gesellschaftlichen Leben teilhaben lassen
- Sensibilisieren für berufliche Qualifikationen

- Berufliche Praktika während der stationären Behandlung
- Erlernen des Umgangs mit EDV
- Zusammenarbeit mit Arbeitsberatern des Arbeitsamtes
- Kooperation mit Betrieben, deren Suchtberatern und den jeweiligen Vorgesetzten der PatientInnen
- Internetgestützte Arbeitsplatzsuche
- Bewerbungstrainings; sowohl schriftliche Bewerbungen als auch Kommunikationsübungen
- Kooperation mit Beratungsstellen, die die Patienten schicken → die allerdings oft wenig über die konkrete Arbeitsplatzsituation wissen
- Kooperation mit einweisenden Hausärzten, die die Patienten oft schon lange kennen

- Evtl. Hilfe wäre eine Art Arbeitsvermittler für berufsfördernde Reha oder wenn ausreichend Aufklärung

- Möglichkeiten sind im Rahmen einer 90min. Grp.-Std. – indikativen Gruppen – beruflicher Reha – vorhanden
- Es werden allgemeine und spezielle Reha-Informationen an die Patienten vermittelt
- SIS & ASIS beim Arbeitsamt nutzen
- Vor Ort Besuch des Arbeitsamtes
- Der Reha-Berater des örtlichen Arbeitsamtes wird im 4-wöchigen Turnus zur Gruppenstd. eingeladen
- In Kürze ein erweitertes Angebot mit Internetanschluß – Computerschulungsprogramm (ca. in 4 Wochen) der indikativen Gruppenarbeit zur Verfügung stehen

- Stärkere Einbeziehung von Arbeitstherapie (nicht nur handwerklich)
- Zusammenarbeit mit Arbeitsvermittlung
- Zusammenarbeit mit potentiellen Arbeitgebern, insbesondere vom Heimatort der KlientInnen
- Stärkere Zusammenarbeit mit den heimatlichen Suchtberatungsstellen, die ihrerseits den „Arbeitsbereich“ stärker berücksichtigen
- Hilfen bei Versicherten, deren Arbeitsplatz noch erhalten ist, die aber für eine Entwöhnungsbehandlung (noch) nicht motiviert sind, durch Motivationsbehandlung im Rahmen der Entgiftungsbehandlung (wenn Krankenkassen nicht zahlen wollen, liegt die Zuständigkeit auch bei der LVA/BfA)

2.2.2 Grenzen

- Frage der Evaluation überhaupt
- „Angstbesetzte“ Bearbeitung der Thematik
- „Fremdmotivation“ und Eigenmotivation bei dem Thema Arbeit
- Schaffung von Bedürfnissen, die nicht erfüllt und umgesetzt werden können
- Gemeindenähe versus überregionale Patientenversorgung
- Konzeptionelle Probleme bei der Bearbeitung des Themas berufliche Reintegration in den psychotherapeutischen Prozeß
- Strukturelle Probleme, da die Kooperationspartner fehlen
- Frustration, wenn die Inhalte nicht realisierbar sind

- Faktor Zeit, sowohl psychotherapeutische als auch berufsfördernde Aspekte sind möglich, aber die Zeit, die für den einzelnen Patienten zur Verfügung steht, wird nicht mehr
- Die zur Verfügung stehenden Arbeitsplätze werden ebenfalls nicht mehr
- Zu wenig Kenntnisse über individuelle Möglichkeiten der Berufsförderung

- Zu kurze Behandlungszeiten
- Qualifikation des Personals
- Motivation

- Mangelnde Bereitschaft der Patienten zur Veränderung
- Therapiezeiten bzw. die Möglichkeiten zur Verlängerung oft nicht gegeben (Budgettierung)
- Ungenügende finanzielle Ressourcen, z. B. für zusätzliches Personal für neue Projekte

- Abstimmung der gesetzlichen Regelungen von Arbeitsamt und Rentenversicherungsträger

- Motivation von Langzeitarbeitslosen, die resigniert haben und z. T. 60 und mehr Absagen von möglichen Arbeitsanbietern erfahren haben
- Das Klientel intellektuell grenzwertig begabter Patienten in adäquate Stellen zu vermitteln; die gibt's kaum noch

2.3 Positionen von Vertretern der Kosten-/Leistungsträger

2.3.1 Möglichkeiten

- Belastungserprobungen
- Praktika
- Gespräche mit dem Arbeitgeber, sofern ein Arbeitsplatz vorhanden ist
- Arbeitserprobung/Berufsfindung

- Erwerbsaspekt als eigenständiger Teil einer Therapie (Konzept)
- Erarbeitung des Bedarfs/Problems: Arbeitslosigkeit bzw. Schwierigkeiten am Arbeitsplatz
- Erstellung einer Berufsanamnese
- Belastungserprobung
- Ggf. Berufsfindung
- Kooperation mit Arbeitgebern, Bildungsstätten, Arbeitsämtern

- Hinweis: Die Maßnahmen sind nicht ausschließlich von einem Kostenträger zu erbringen bzw. zu beachten!
- Orientierung über den Arbeitsmarkt (von Arbeitgebern gefragte Tätigkeiten; Qualifikationsanforderungen)
- Feststellung der persönlichen Möglichkeiten des Versicherten (Abfragen der bisherigen Tätigkeiten, Erprobung)
- Hinführen zum geregelten Arbeitsalltag (z. B. Praktika)
- Bewerbungstraining
- Ggf. Erarbeitung von weitergehenden Rehabilitationsmöglichkeiten zu qualifizierteren Berufen
- Kontaktaufnahme zu Arbeitsämtern etc.

- Konzeptionelle Berücksichtigung von Arbeit/Arbeitslosigkeit
- Kooperation mit Arbeitgebern, Einrichtungen der beruflichen Reha
- Einbindung des Rehafachberaters in der Phase der medizinischen Reha

- Kosten
- Einflußnahme des Kostenträgers sollte bleiben

2.3.2 Grenzen

- Kosten
- Gesetzlich vorgegebene Voraussetzungen
- Lage auf dem Arbeitsmarkt

- Behandlungsdauer
- Keine Hinführung zum Arbeitsmarkt auf Kosten des Reha-Ziels „Sucht-freiheit“
- Akzeptieren, daß es auch nicht vermittelbare Peronen gibt (nicht alles ist machbar!)

- Kosten
- Gesetzliche Rahmenbedingungen
- „Risikobereitschaft“ der bestehenden Einrichtungen

2.4 Weitere Positionen

2.4.1 Möglichkeiten

Ehemaliger „stationärer Entwöhner“

- Unbedingt Berufsanamnese und therapeutischer Umgang damit
- Entwicklung beruflicher und/oder Perspektiven zur Tagesstruktur, zumindest Beginn dieser Entwicklung
- Professionelle Weiterleitung der entwickelten beruflichen Ziele und damit verbundenen Behandlungszielen

Betriebliche Sozialberatung

- Frühzeitige Einbeziehung des betrieblichen Umfeldes in therapeutische Maßnahmen
- Gemeinsame Festlegung der Therapieziele
- Frühzeitige Vorbereitung der Rückkehr an den Arbeitsplatz durch regelmäßige Kontakte während der Therapie
- Nutzung der innerbetrieblichen Strukturen zur Wiedereingliederung Suchtkranker

Aus der Sicht des Betriebes bzw. des betrieblichen Sozialdienstes bei erwerbstätigen Rehabilitanden:

- Während der Reha-Maßnahme Informationsaustausch mit betrieblichem Sozialdienst, um ggf. z. B. arbeitsbedingte Belastungsfaktoren für die Person abzubauen
- Für die betriebliche Begleitungsnachsorge Information und Austausch zu Aspekten einer verbesserten Wiedereingliederung

- Erarbeitung des Rehabilitationsziels
- Berufsfindung/Eignungsfeststellung während der Maßnahme
- Terminvereinbarung für konkrete berufsfördernde Maßnahmen schon während der medizinischen Maßnahmen

2.4.2 Grenzen

Ehemaliger „stationärer Entwöhner“

- Unübersichtlicher Arbeitsmarkt (berufliche Integrationsmaßnahmen)
- Langfristige Finanzierungsklärungen



Beides verhindert Engagement
(„Kann ja mal nach der Entlassung erledigt werden“)

- Patienten, bei denen berufliche Ziele *tatsächlich* nachrangig angegangen werden müssen: Auch in diesen Fällen müssen Hinweise, Vorschläge entwickelt werden

Blickwinkel Steuerungsebene (Politik)

- Fehlende Abstimmung mit arbeitsmarktpolitischen Strategien (1., 2. Arbeitsmarkt); Einbeziehung Arbeitsmarkt, Arbeitsministerien
- Fehlende Einbeziehung der Arbeitsämter bei Reha-Maßnahmen
- Fehlende Einbeziehung von Handwerkskammern etc.
- Trägerinteressen versus verbindliche Vernetzungsstruktur
- „Dreiteilung“ der Kostenträger (Rentenversicherung, Krankenkassen, Sozialhilfeträger)
- Fehlende Qualifikation von MitarbeiterInnen?

Betriebliche Sozialberatung

- Hindernis ist häufig die Entfernung der Therapieeinrichtung von Betrieben

Hinweis: Umgang mit struktureller Problematik im Bereich Bremen/Bremerhaven?

- D. h. so wichtig und richtig es ist, „integrative“, medizinische und berufliche Reha verbindende Konzepte zu entwickeln, bleibt die Frage nach ihrer Umsetzung in dieser Region innerhalb der gegebenen Strukturen offen.

- Personelle Kapazitäten?
- Berufskundliches Fachwissen, Kenntnisse über Zuständigkeitsregelungen usw.

3 Schlussbemerkung

Die Aussagen geben wichtige Eckpunkte der Diskussion wider und liefern so einen Beitrag auf dem aus unserer Sicht notwendigen Weg zur Standardisierung im Umgang mit dem Themenbereich „Arbeit/Beruf – Arbeitslosigkeit“ in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen. Über konkrete Umsetzungsmöglichkeiten und -schwierigkeiten sowie die tatsächlichen Auswirkungen auf den Erfolg medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen bei Alkoholabhängigen müssen künftige Dokumentationen und Studien Auskunft geben, um die Maßnahmen im Anspruch optimaler Hilfen für Alkoholabhängige weiterzuentwickeln. Dabei müssen insbesondere Antworten auf die Frage der Gewichtung medizinischer, psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen gefunden werden.

Heiko Hedden

Ergebnisse der Studie „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit“ im Themenbereich „Rückfall“

Vorab eine Zusammenfassung der Ergebnisse, die heute vormittag im Plenum zum Thema „Rückfall“ vorgetragen wurden:

- der mögliche poststationäre Rückfall ist sehr stark angstbesetzt,
- die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls wird von den Patienten als hoch eingeschätzt,
- auf den Umgang mit einer Krisensituation oder einen möglichen Rückfall fühlen sich die Patienten nicht gut vorbereitet,
- der Informationsfluß über rückfallrelevante Situationen/Probleme/Einstellungen zwischen der stationären Einrichtung und der Nachsorgeeinrichtung ist verbesserungswürdig,
- abschließend noch einmal ein allgemeiner Erfahrungswert: in den ersten Wochen/Monaten nach einer stationären Entwöhnungstherapie ist die Gefahr eines Rückfalls am größten.

Zur Einordnung des Rückfalls:

Ein Rückfall ist ein Ereignis, das nicht zwangsläufig zum totalen Abgleiten führt. Er kann als Indikator für individuelle Probleme dienen und dem Rückfälligen und den Therapeuten effektive Ansatzmöglichkeiten für Veränderungen bieten. Rückfälligkeit ist kein Makel und hat vermutlich in den wenigsten Fällen etwas mit Willensschwäche zu tun. Der rückfällige Alkoholpatient sollte nicht als Versager angesehen und behandelt werden, nur weil die therapeutische Meßlatte von den Mitarbeitern der behandelnden Einrichtungen und der Kostenträger hoch gehängt wurde. Die Bemühungen, die Rückfallhäufigkeiten zu minimieren sollten jedoch vorangetrieben werden. Diese Forderung steht in keinem Widerspruch zu den o. a. Aussagen.

Eine zentrale Rolle bei der Betrachtung rückfallrelevanter Faktoren kommt der Analyse kognitiver Faktoren zu. Die Bedeutung kognitiver Faktoren ist, wenn auch von ihrer Bewertung her unterschiedlich gewichtet, unumstritten.

Am Ende der stationären Therapie baten wir die Patienten, den von Herrn Prof. Dr. Körkel und Frau Schindler an der Fachhochschule Nürnberg entwickelten „Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht“ (KAZ-35; Körkel/Schindler 1996) auszufüllen. Mit Hilfe von 35 Items soll die Zuversicht, dem Alkohol zu widerstehen, in vier verschiedenen Kategorien erfaßt werden. Die vier Kategorien sind:

- a) 'unangenehme Gefühle' (10 Items),
- b) 'Gedanken an das Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten' (10 Items),
- c) 'sozialer Druck' (9 Items) und
- d) 'angenehme Gefühle' (6 Items).

Einer der Grundgedanken des KAZ-35 ist die Vermutung, daß die innere Überzeugung, dem Alkoholkonsum widerstehen zu können, eine Schlüsselrolle bei der „Entscheidung“ des Alkoholikers spielt, entweder in sein pathologisches Coping zu verfallen (Trinken) oder aber alternative (evtl. durch eine Therapie erlernte) Muster der Bewältigung der Situation einzusetzen.

Die Ergebnisse am Ende der stationären Therapie sehen folgendermaßen aus:

Tabelle 1: Ergebnisse aus der Patientenbefragung (T1) - KAZ-35			
	Gesamtsumme	Anzahl der Patienten	Mittelwert
Trinkkontrolle	7023,8	111	63,28
unangenehme Gefühle	8928,4	113	79,01
angenehme Gefühle	9881,2	112	88,23
sozialer Druck	9893,9	112	88,34

n = 113

Die Zuversicht der von uns befragten Patienten, dem Alkoholkonsum widerstehen zu können, ist in Situationen, in denen sie den „Gedanken an das Austesten der eigenen Trinkkontrolle“ nachgehen, mit Abstand am geringsten. Auch in anderen Erhebungen ist dies ein Bereich, neben dem der „unangenehmen Gefühle“, der sich durch eine geringe Zuversicht, dem Alkoholkonsum widerstehen zu können, auszeichnet. Ebenfalls auffällig ist, daß die Patienten in Situationen, in denen „sozialer Druck“ auf sie ausgeübt wird, eine große Zuversicht *nicht* zu trinken verspüren. Die Ergebnisse im *Kurz-*

fragebogen zur Abstinenzsicherheit weichen teilweise von bereits vorliegenden Untersuchungen im Bereich der Selbstwirksamkeitserwartung ab (vgl. Schindler/Körkel 1995, S. 61 ff.).

Wenn man sich die Ergebnisse über die tatsächlich eingetretenen Situationen/Bedingungen/Einstellungen, die zum Rückfall führten ansieht, so ist festzustellen, dass die ehemals als hauptsächlich gefährdete Situation, nämlich der Konsum um Willensstärke zu testen, eine eher untergeordnete Rolle spielte. Als tatsächlich bedeutsamste Situation für einen Rückfall in der poststationären Phase, hat sich der „Umgang mit den unangenehmen Gefühlen“ herausgestellt.

Dies führt zu der These, daß der Abbau von unbefriedigenden Problemlösestrategien, die Erhöhung der Frustrationstoleranz und die Vorbereitung auf unangenehme, problematische Situationen in der Therapie noch stärker berücksichtigt werden muß. Das erfordert eine rückwärts gerichtete psychotherapeutische Aufarbeitung alter, ursächlicher Probleme, das Erlernen des konstruktiven Umgangs mit unangenehmen Gefühlen in der aktuellen therapeutischen Situation und eine in die Zukunft gerichtete Vorbereitung auf den Umgang mit konkreten Situationen und Schwierigkeiten. Dies ist nichts generell Neues, und Sie können mir vorwerfen, dass es eine Ansammlung von Schlagworten darstellt; da es sich aber jeweils um ein individuelles Problem und somit um einen individuellen Lösungsweg handelt, ist es unmöglich an dieser Stelle mehr als zunächst allgemeine Vorschläge vorzustellen.

Es hat den Anschein, daß der Rückfall bei den von uns befragten Personen selten eine Entscheidung *für* den Alkohol, sondern vielmehr eine Entscheidung, wenn man hier überhaupt von Entscheidung sprechen kann, *gegen* die Beibehaltung der unangenehmen Situation ist. Das läßt darauf hoffen, in Zukunft gemeinsam mit dem Patienten Mittel und Wege zu finden, unangenehme Situationen auszuhalten und ihnen auf eine andere als die bekannte Art und Weise zu begegnen.

Ich berichtete heute morgen bereits von der großen Angst von 72,7 Prozent der Befragten vor einem Rückfall.

Tabelle 2: „Einen Rückfall zu bekommen ist das Schlimmste, was mir passieren kann“

	Absolute Häufigkeit	Prozentuale Häufigkeit*
trifft voll und ganz zu	80	51,9
trifft weitgehend zu	32	20,8
trifft teilweise zu	24	15,6
trifft kaum zu	7	4,5
trifft gar nicht zu	11	7,1

n = 154

** Rundungsdifferenz*

Die Angst vor einem Rückfall kann einerseits durchaus abstinenzsteigernde Wirkung haben, kann jedoch andererseits so übermächtig werden, daß die Selbstwirksamkeit als vermindert wahrgenommen wird und der eintretende Rückfall als nicht steuerbar empfunden wird, wodurch sich der Rückfall länger und intensiver gestaltet. In diesem Zusammenhang möchte ich auch auf das Problem der möglichen Verminderung von Selbstwirksamkeit in der klassischen Abstinenztherapie hinweisen:

Marlatt stellte bereits 1978 das Problem der „self-fulfilling prophecy“ in der als „Kontrollparadoxon“ bezeichneten Situation „übe 100%ige Kontrolle aus und sei abstinent, hast du aber einen Schluck Alkohol getrunken, besitzt du 0 Kontrolle und kannst nichts mehr tun“ (*Marlatt* 1978), zur Diskussion. Dieses „Alles oder Nichts Prinzip“ entzieht dem Rückfälligen die Möglichkeit, aktiv in den Rückfallprozeß einzugreifen, und die Gefahr eines langandauernden und intensiven Rückfalls wird erhöht. Eine Diskussion über „das Drama Rückfall“ bzw. über seine Einordnung in den therapeutischen Prozeß halte ich für dringend notwendig.

Für die Verringerung poststationärer Rückfälle scheint uns das Bewußtsein der Patienten und Behandler für eine Gesamtbehandlung mit stationären und ambulanten Elementen von großer Bedeutung für den Gesamterfolg einer Alkoholentwöhnungsbehandlung zu sein. Die häufig bei Patienten und den am Behandlungssystem beteiligten Institutionen/Personen anzutreffende Auffassung, daß die stationäre Therapie das Zentrum der Behandlung von Alkoholabhängigkeit ist und alles andere, wie z. B. die Angebote der Beratungsstellen oder der Selbsthilfegruppen nur vorbereitendes oder nachberei-

tendes „Beiwerk“ sind, ist von theoretischer Seite ohne Frage überholt.¹ Die stationäre Therapie umgibt für mich unverständlicherweise immer noch die Aura des Ortes, der für die Abstinenz die größte Bedeutung hat. Viele Alkoholranke gehen „zur Kur“ und erwarten oder hoffen dort „geheilt“ zu werden und alles sei „anders.

Tatsächlich jedoch, kommt der stationären Einrichtung in der zeitlich begrenzten Behandlungsdauer die Aufgabe zu, mit den Patienten den *Grundstein* für die nachstationäre Arbeit im Hinblick auf eine soziale Integration und den Umgang mit Alkohol zu legen. Mindestens ebenso wichtig wie die stationäre Therapie ist die sich anschließende Arbeit der Nachsorgeeinrichtung, die helfen soll, weiterhin vorhandene Defizite zu verringern und die Nachsorge aufbauend-unterstützend bzw. begleitend zu gestalten.

Die Forderung nach einem längeren poststationären Kontakt zwischen einem professionellen Suchthelfer und Patienten erhält auch durch die Einschätzung der in der *T1-Erhebung* befragten Therapeuten Nachdruck, da diese der Meinung sind, daß 53,8 Prozent der Patienten ($n=158$) sich nach einem Rückfall höchstwahrscheinlich nicht selber helfen werden und 38,5 Prozent der Patienten, nach Einschätzung der Therapeuten, eine geringe bzw. gar keine Spannungs-, Angst-, und Frustrationstoleranz zeigen. Auch einige Selbsteinschätzungen der befragten Personen wie z. B. die Aussagen von 11,5 Prozent der Patienten, die am Ende der stationären Therapie angaben, dass sie kaum oder gar nicht vom Alkohol abhängig seien oder von 42,8 Prozent der Patienten, die der Auffassung sind, daß ihre Krankheit zumindest teilweise nicht in ihren persönlichen Problemen begründet sei, sowie ihr stark ausgeprägtes Hilfebedürfnis nach einem Rückfall², stützen die Forderung nach einer längeren professionellen Begleitung in den ersten sechs bis zwölf Monaten nach einer stationären Therapie, da diese Angaben doch

-
- 1 Gestützt wird diese Aussage durch die aktuellen Entwicklungen im Zusammenhang mit den sog. „Spargesetzen“. In § 15 SGB VI erfolgte in diesem Zusammenhang eine wesentliche Änderung des Wortlautes: entfallen ist der Textteil „vor allem stationär“, so daß ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, finanziert durch die Rentenversicherung, gleichberechtigt nebeneinanderstehen (vgl. Krasney 1997, S. X). Beyer kommentiert diese Neuerung wie folgt: „Eine möglicherweise vor dieser Rechtsänderung vorhandene Zurückhaltung gegenüber ambulanten Leistungen zur Rehabilitation Suchtkranker läßt sich auf die gesetzlichen Vorschriften nun wahrlich nicht mehr stützen.“ (Beyer 1997, S. XIV)
 - 2 95,3 Prozent der Patienten ($n = 148$) hätten gerne die Möglichkeit, sich nach einem Rückfall sofort behandeln zu lassen; 68,2 Prozent ($n=148$) hätten selbst gegen ihren ausdrücklichen Willen gerne Hilfe.

erhebliche Zweifel an der dauerhaften Stabilität zulassen.³ Falls dieser Forderung nach einem längeren Kontakt zum Klienten nachgegangen werden soll, stellt sich die Frage, wie es sich vermeiden läßt, daß das als Unterstützung gedachte Hilfesystem nicht zu einem verfolgenden System wird.

Wenn wir diesem Gedanken eines Gesamtbehandlungskonzeptes weiter folgen, ist es sinnvoll, sich die Vereinbarungen, die während der stationären Therapie über eine ambulante Weiterbehandlung getroffen wurden und deren Umsetzung anzusehen:

	Absolute Häufigkeit	Prozentuale Häufigkeit
keine Weiterbehandlungsmaßnahmen vereinbart	30	18,1
ambulante Weiterbehandlung gemäß der Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Reha Sucht“	70	42,2
ambulante Weiterbehandlung außerhalb der Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Reha Sucht“	33	19,9
sonstige vereinbarte Weiterbehandlungsmaßnahmen	12	7,2
Adaptionsphase	7	4,2
therapeutische Wohngemeinschaft	6	3,6
stationäre therapeutische Nachsorgeeinrichtung	4	2,4
teilstationäre Nachsorgeeinrichtung (z.B. Tages- oder Nachtklinik)	4	2,4

n = 159

Mehrfachnennungen sind möglich = 166

Nach einer Studie von Küfner/u. a. sind 65 Prozent derer, die in den ersten 18 Monaten nach Therapieende regelmäßig eine ambulante Therapiegruppe besuchen abstinent, aber nur 36 Prozent derer mit unregelmäßiger Teilnahme (Küfner/u. a. 1986). Wie sah es vor diesem Hintergrund in der Nachbefragungsstichprobe unserer Untersuchung (T2) mit der tatsächlichen ambulanten

3 In groß angelegten bundesdeutschen (vgl. Küfner/u. a. 1988) und US-amerikanischen (vgl. Finney/Moos 1991) Katamnesestudien zeigte sich, daß die Ex-Patienten, die die ersten Monate nach einer Behandlung abstinent leben, längerfristig die stabilste Gruppe sind (siehe auch Körkel/Lauer 1988; Süß 1988; Küfner/Feuerlein/Flohrschütz 1986; Förster 1993; Körkel/Lauer 1995).

ten Weiterbehandlung in einer Beratungsstelle oder bei einem niedergelassenen Therapeuten aus?

Tabelle 4: Häufigkeit der Besuche der Beratungsstelle/des niedergelassenen Therapeuten im Zusammenhang mit Abstinenz und Rückfall (T2)⁴			
	abstinent	rückfällig	Zeilensumme
regelmäßig: 1x pro Monat und häufiger	19 (19,1)	9 (8,9)	28 59,5 %
seltener als 1x pro Monat	1 (1,4)	1 (0,6)	2 4,3 %
nie	12 (11,6)	5 (5,4)	17 36,2 %
<i>Spaltensumme</i>	32 68,1 %	15 31,9 %	47 100,0 %

$\chi^2: 0,35073; df: 2; p: 0,83915$

Welche Gründe wurden für die Nicht-Inanspruchnahme der Nachsorgeangebote von den Patienten angegeben?

Tabelle 5: Gründe für die Nicht- oder nur unregelmäßige Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten im Zusammenhang mit Abstinenz und Rückfall (T2)		
	abstinent	rückfällig
es war mir unangenehm, meiner Umwelt einzugestehen, weitere Hilfen in Anspruch zu nehmen	2	3
ich habe mich geschämt, den Vertretern der Einrichtungen, wie z. B. der Beratungsstelle, dem Kostenträger, dem Arbeitgeber einzugestehen, daß ich nach Ende der stationären Entwöhnungsbehandlung Alkohol getrunken habe	0	8
andere Personen aus meinem Umfeld können mir mehr Hilfe leisten, als therapeutische Einrichtungen oder Selbsthilfegruppen	3	3
nach der stationären Entwöhnungsbehandlung brauchte ich keine weitere Hilfe von „außen“	9	3
sonstige Gründe	13	3

$n = 41$

Mehrfachnennungen sind möglich = 47

4 In Klammern sind die statistisch erwarteten Häufigkeiten der einzelnen Felder angegeben.

Was unternehmen die Beratungsstellen, wenn ein Klient, der zur ambulanten Nachsorgebehandlung von einer stationären Einrichtung angekündigt wurde, nicht erscheint? Von den Mitarbeitern der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen wurde dazu folgendes angegeben: Wenn ein Klient, der zur Nachsorge in die ambulante Einrichtung kommen sollte nicht erscheint, unternehmen einige der befragten Beratungsstellen gar nichts, weil sie der Auffassung sind, daß bei Nichterscheinen kein Interesse an einer Nachsorge besteht; andere schreiben den Klienten mit dem Hinweis auf einen möglichen „Verfall“ der Kostenzusage an und lediglich zwei Beratungsstellen versuchen den Klienten schriftlich, dann telefonisch und im Einzelfall persönlich zu erreichen.

Neben den Beratungsstellen spielen – auch aus Patientensicht – die Selbsthilfegruppen eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz. Auch wurde in mehreren Studien eine deutlich höhere Abstinenzraten bei regelmäßiger Teilnahme an Selbsthilfegruppen ermittelt (z.B. Kufner/u. a. 1988).

Tabelle 6: Häufigkeit der Besuche der Selbsthilfegruppe im Zusammenhang mit Abstinenz und Rückfall (T2) ⁵			
	abstinent	rückfällig	Zeilensumme
regelmäßig: 1x pro Monat und häufiger	30 (26,9)	7 (10,1)	37 67,3 %
seltener als 1x pro Monat	2 (2,2)	1 (0,8)	3 5,5 %
nie	8 (10,9)	7 (4,1)	15 27,3 %
Spaltensumme	40 72,7 %	15 27,3 %	55 100,0 %

$$\chi^2: 4,20180; df: 2; p: 0,12235$$

Was sahen die Leiter der befragten ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen bei ihren Klienten als häufigste Ursache für ein Scheitern der Abstinenz an? Genannt wurden folgende Ursachen:

5 In Klammern sind die statistisch erwarteten Häufigkeiten der einzelnen Felder angegeben.

- die Konfrontation mit unbekanntem Krisensituationen,
- mangelndes Bewußtsein der Klienten dafür, daß sie süchtig und Alkoholiker sind,
- fehlende Aufgaben, Perspektiven und Sinn,
- die Lücke, die durch das Aufgeben des Trinkens entstanden ist, nicht füllen zu können,
- Isolation,
- Einsamkeit,
- fehlende soziale Einbindung,
- mangelnde positive Ziele (Sinnhaftigkeit),
- die Unfähigkeit oder Unmöglichkeit, Liebe und Arbeit zu erleben,
- die mangelnde Stabilität innerer Struktur in Situationen, in denen die äußere Struktur gefährdet ist,
- die mangelnde Mitwirkung der Angehörigen bzw. des sozialen Umfeldes,
- die zu geringe Anzahl von Therapieeinheiten für Angehörige,
- die Verschlechterung der Rahmenbedingungen, in denen eine Rehabilitation geschieht.

Sie sehen in den Ursachen gleichzeitig Bestandteile therapeutischer Ziele, die in einer 8-16-wöchigen stationären Therapie verständlicherweise nicht abschließend erarbeitet werden können und somit neben der eigenständigen Weiterentwicklung des Patienten/Klienten häufig einer ambulanten Weiterbehandlung bedürfen, will man den bisherigen Behandlungserfolg nicht leichtfertig gefährden.

Für eine effektive ambulante Therapie sind möglichst optimale Rahmenbedingungen (Räumlichkeiten, Supervision, wenig Druck von außen auf die Mitarbeiter) erforderlich sowie eine ausreichende Kontaktmöglichkeiten mit dem Klienten und ein Spielraum bei der Wahl der Dauer der Therapie für den Klienten.

Eine „Vernetzung“ der Suchtkrankenbehandlung durch eine engere Kooperation ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlungsphasen könnte günstige Voraussetzungen für qualitative Veränderungen im Suchtkrankenhilfesystem schaffen, die sich rückfallminimierend und zudem kostensenkend auswirken dürften. Voraussetzung ist allerdings, wie es heute vormittag bereits gesagt wurde, daß adäquate Verbund-/Kooperationskonzepte entwickelt werden, die eindeutige Zuständigkeiten definieren und Konsens über die Kostenträgerschaft hergestellt wird. Soll eine dauerhafte und effiziente

Kooperation zwischen Einrichtungen des Suchtkrankenhilfesystems erreicht werden, müssen klare Strukturen zwischen den beteiligten Institutionen gebildet werden.

Folgende Fragen und Thesen möchte ich nun in Zusammenfassung bzw. Ergänzung der Ausführungen zur Diskussion stellen:

- Als Hauptmotiv einen Rückfall zu vermeiden, ist die Angst vor einem Rückfall kein ausreichendes Kriterium. Wie sind die positiven „Stützen“ wie Perspektive, Sinn, Liebe und Arbeit als mögliche Ressourcen zur Rückfallvermeidung effektiver nutzen?
- Das „Drama Rückfall“ sollte von Seiten der behandelnden Einrichtungen und dem Kosten- und Leistungsträger neu bewertet werden.
- Wie läßt sich bei den an der Behandlung beteiligten Institutionen und den Klienten ein Bewußtsein für eine Alkoholentwöhnungstherapie schaffen, die in verschiedenen Stufen (ambulant, teilstationär, stationär) über einen Gesamtbehandlungszeitraum von sechs bis zwölf Monaten läuft?
- Ist die absolute Abstinenz für alle Patienten das Ziel im Umgang mit dem Alkohol, oder sollte eine individuelle Zielformulierung vorgenommen werden? Wenn ja, wie läßt sich so etwas in einer stationären Einrichtung oder einer ambulanten Gruppentherapie umsetzen?
- Das Training zum Umgang mit Krisensituationen/Rückfall sollte in den behandelnden Institutionen intensiviert werden.
- Welche Optimierungsmöglichkeiten werden im Bereich der „Schnittstelle“ zwischen stationärer Entwöhnungsbehandlung und ambulanter Weiterbehandlung (Nachsorge) gesehen?
- Wie läßt sich das Doppelleben mancher Personen („Klient in stationärer Therapie, der Regeln und Abstinenz für einen gewissen Zeitraum aushält“ – „alkoholkranker Bürger, dem Perspektive und Energie fehlt“) beheben?
- Wie sieht der bestmögliche Umgang mit dem Nicht-Erscheinen der Klienten bei abgesprochener und bewilligter ambulanter Weiterbehandlung aus? Ist die „Komm-Struktur“ der richtige Weg?
- Wie soll der Kontakt von der Klinik, vom Bezugstherapeuten oder einer anderen Institution/Person zum Klienten gehalten werden und wie läßt es sich vermeiden, dass das als Unterstützung gedachte Hilfesystem nicht zu einem verfolgenden System wird?
- Wenn es richtig ist, dass die Beratungsstelle keine oder lediglich eher zaghafte Versuche der Kontaktaufnahme bei Nicht-Erscheinen des Klienten zur Nachsorge macht, in dieser poststationären Zeit jedoch ein hoher Pro-

zentsatz von Klienten rückfällig wird, müßte die Endphase (Abschiedsphase) der stationären Therapie modifiziert werden.

Soweit einige Ergebnisse und Anregungen aus der Studie. Vielleicht waren einige provokante Fragen bzw. Thesen dabei - aber um Bewegung und Veränderung zu erreichen, muß manchmal auch ein wenig provoziert werden.

Literatur

- BEYER, Heinz (1997): Flexibilisierung der Rehabilitation durch Verbundsysteme aus der Sicht des Leistungsträgers. In: Zeitschrift Partner-Magazin. 31. Jahrgang, Heft 12/1997 und 1/1998, Kassel, S. XII - XVI
- FINNEY, J.W./MOOS, R. H. (1991): The long-term course of treated alcoholism: I. Mortality, relapse, and remission rates and comparisons with community controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 52
- FÖRSTER, C. (1993): Emotionales und körperliches Befinden sowie kognitive Faktoren als Rückfallprädiktoren nach Entlassungen aus stationären Therapien. In: de Jong-Meyer, R./Heyden, T. (Hrsg.): Rückfälle bei Alkoholabhängigen. IFT-Texte 26, München, S. 137 - 154
- KÖRKELE, J./LAUER, G. (1988): Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand. In: Körkel, J. (Hrsg.). *Der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht?* Berlin
- KÖRKELE, J./LAUER, G. (1995): Rückfälle Alkoholabhängiger: Ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und -trends. In: Körkel, J./Lauer, G./Scheller, R. (Hrsg.): *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung.* Stuttgart, S. 158 - 185
- KÖRKELE, J./SCHINDLER, C. (1996): Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35): Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationshinweise. Nürnberg
- KRASNEY, O.-E. (1997): Das Recht des Versicherten auf Behandlung - Gibt es Veränderungen durch die Budgetierung? In: Gesamtverband der Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD (GVS) (Hrsg.): *Schneller. Kürzer. Billiger? Diagnostik und Therapie unter dem Zwang der Spargesetze.* Partner 6/1997, Kassel, S. I - X

- KÜFNER, H./FEUERLEIN, W./FLOHRSCHÜTZ, T. (1986): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse. In: Suchtgefahren. Jahrgang 32, Heft 1, Hamm, S. 1 - 86
- KÜFNER, H./FEUERLEIN, W./HUBER, M. (1988): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnese, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren, 34, S. 157 - 272
- MARLATT, G. A. (1978): Craving for Alcohol, loss of control, and relapse: Acognitive bahavioral analysis. In: Kendall, P.C./Hollon, S.D. (Eds.): Cognitive-behavioral interventions. Theory, research, and procedures. New York: Academic Press, pp. 319-355
- SCHINDLER C./KÖRKELE J. (1995): Rückfallbezogene Attributionen, Emotionen und Kompetenzerwartungen. Eine empirische Prüfung sozial-kognitiver Theorieannahmen. In: Körkel, J./Lauer, G./Scheller, R. (Hrsg.) Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung (1995). Stuttgart, S. 61 - 79
- SÜß, H.-M. (1988): Evaluation von Alkoholismustherapie. Freiburger Beiträge zur Psychologie 3, Freiburg im Breisgau

Josef Müller

Erfahrungen und Einschätzungen eines stationären Leistungsanbieters zum Schwerpunkt „Rückfall“

Das Thema „Rückfall“ ist in der Behandlung Suchtkranker verbunden mit einer Vielfältigkeit an theoretischen Modellen und einer stark emotionsgeladenen Betrachtungsweise von Betroffenen, Mitgliedern familiärer, beruflicher oder sozialer Bezugssysteme und nicht zuletzt auch von Fachleuten, die sich als Behandler oder auf theoretischer Ebene mit diesem Phänomen auseinandersetzen.

Es würde den zeitlichen Rahmen in dieser Arbeitsgruppe sprengen, die vielen theoretischen Modelle der Rückfalltheorien zu diskutieren, wenngleich ich auch davon überzeugt bin, daß zukünftig insbesondere neurobiologische Erkenntnisse nichtärztliche Therapeuten mehr beschäftigen müssen, als ihnen vielleicht lieb ist.

Für mich ist ein Rückfall verbunden mit einer Anzahl vieler Faktoren unterschiedlicher Bedeutung und Gewichtung. Auch wenn es möglich ist und so praktizieren wir es auch in der stationären Behandlung, allgemeine und individuelle Rückfallprophylaxe anzubieten in speziellen Indikationsgruppen, gibt es doch einen äußerst bedeutsamen Teil, den es meines Erachtens stärker zu betrachten gilt: ich meine die Beziehung und die zwischenmenschlichen Kontakte zwischen Therapeuten und Patienten.

Für die anschließende Diskussion möchte ich einige Aspekte vortragen zum Rückfall *während* der stationären Behandlung. Nach der SEDOS-Statistik des vergangenen Jahres werden fast 12 % der Patienten während ihrer stationären Behandlung rückfällig, Kufner und Feuerlein sprechen von 10 % aller Alkoholabhängigen, wobei es zwischen den Einrichtungen Variationen von 0-26 % gibt. Es ist noch nicht lange her, als es durchaus gängige Praxis in stationären Einrichtungen war, rückfällige Patienten ausnahmslos sofort zu entlassen. Auf dem ärztlichen Entlassungsbericht war dann als Entlassungsform „disziplinarisch“ angekreuzt. Dieses Vokabular gehört, und daher

kommt es ja wohl auch, in die Pädagogik, nicht aber in den Kontext einer Suchterkrankung. Körkel, der sich wie kein anderer mit der Rückfallthematik ausgiebig befaßt hat, sieht so auch den Rückfall als ein Symptom der Grunderkrankung, die wie auch bei internistischen Erkrankungen z.B. Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankungen behandlungsbedürftig ist. Die Rückfallentstehung ist multikausal und nur unter Betrachtung des Individuums in seinem sozialen Kontext zu erklären und zu verstehen. Körkel hat 1995 ein hypothetisches Bedingungsmodell aufgestellt, in dem eine Vielzahl von Faktoren als rückfallbegünstigende Bedingungen in Frage kommen können:

- ungünstiges therapeutisches Klima
- Trinkverführungen durch Mitpatienten
- Fehlende Abstinenzsicherheit
- Stimmungstiefs und Stimmungsschwankungen
- fehlende Unterstützung
- akute häusliche Krisensituation

Im Rahmen ihrer kürzlich abgeschlossenen Diplomarbeit hat eine Studentin der Sozialpädagogik sich mit dem Rückfall *während* der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker befaßt. Im Rahmen dieser Arbeit hat sie eine Fragebogenuntersuchung in 2 Fachkliniken durchgeführt, die beide ca. 25 Jahre medizinische Rehabilitationen mit hauptsächlich alkoholabhängigen Männern durchführen. Die Befragung zielte u.a. darauf ab, zu erforschen, welche Faktoren aus den Erfahrungen der Therapeuten zum Rückfall führten, ob Unterschiede zwischen dem Rückfallkonzept der Klinik und den Ansätzen der Rückfallaufarbeitung festzustellen sind und welche Bewältigungsmechanismen Therapeuten nach einem Patientenrückfall anwenden.

Die befragten Therapeuten waren in der einen Klinik zu 83,3% seit mehr als 2 Jahren in der Suchtarbeit tätig, in der anderen zu 66,7 %. So wurden von den Therapeuten dieser Kliniken als Faktoren zum Rückfall während der stationären Behandlung genannt:

- auffällig viele persönliche Probleme
- geringe Krankheitsakzeptanz
- begrenzte oder fehlende Eigenmotivation
- fehlende Problembewältigungsstrategien (z.B. bei unvorhergesehenen Ereignissen, bei Überbelastungen etc.)
- Perspektivlosigkeit, Zukunftsängste
- Schwierigkeiten in der Klinik mit der Gruppe oder dem Therapeuten

- co-abhängiges soziales Umfeld
- fehlende soziale Kompetenzen
- Arbeitslosigkeit
- Einsamkeit

Von 27,7 % der Therapeuten wurden genannt, daß häufig diejenigen Patienten stationär rückfällig werden, die auffällig viele Probleme mit sich, ihrer Lebenssituation und ihrem sozialen Umfeld aufweisen. Die Vorstellung, aufgrund nicht ausreichender Krankheitsakzeptanz kontrolliert Trinken zu können, sehen 22,3 % der befragten Therapeuten als Hauptgrund für den Rückfall in der stationären Therapie. Das sich beide Aspekte gegenseitig bedingen können, berichten insgesamt 88,8 % der Befragten. Hiermit ist gemeint, daß Patienten mit auffällig vielen Problemen oftmals auch eine nicht ausreichende Krankheitsakzeptanz aufweisen oder umgekehrt, daß Patienten mit zu geringer Krankheitsakzeptanz bzw. zu geringer Motivation auffällig viele Probleme haben und diese nicht während der Therapie thematisieren. Bei Patienten, die ein gewisses Maß an Krankheitsakzeptanz aufwiesen, wurde auch ein höheres Maß an Problembewußtsein mit einer stärkeren Motivation für das Erlernen von Konfliktbewältigungsstrategien festgestellt. So werden Patienten, die sich nicht mit ihren Gefühlen, Stimmungen und dem eigenen Verhalten während der Therapie konstruktiv auseinandersetzen, häufiger rückfällig. Soweit die Sichtweise erfahrener Therapeuten.

Körkel berichtet, daß der stationäre Rückfall bevorzugt und einseitig als Verschulden des nicht abstinent motivierten Rückfälligen ausgelegt wird.

Bei der Befragung der Therapeuten ergab sich, daß insgesamt 44,4 % der Meinung waren, daß die Verantwortlichkeit allein beim Patienten liegt. 55,6 % waren der Auffassung, daß die Hauptverantwortung beim „mündigen Patienten“ liegt, der behandelnde Therapeut aber ein gewisses Maß an Mitverantwortung trägt. Die Mitverantwortlichkeit wird darin gesehen, daß seitens der Therapeuten „Hilferufe“ des Patienten oder ähnliches nicht rechtzeitig gesehen wurden. Ein weiterer Aspekt wird in der Störung der Patient-Therapeuten-Beziehung angenommen, die vom Therapeuten nicht angemessen oder nicht rechtzeitig wahrgenommen wurde und ein mögliches Rückfallverhalten auslösen kann.

Mit dem Patienten wird zu Behandlungsbeginn ein Therapievertrag abgeschlossen, in dem die Abstinenz von Suchtmitteln während der stationären Therapie festgelegt ist. In unserer Klinik werden stichprobenartige Alkohol-

kontrollen über die Atemluft durchgeführt. Bei Verdacht auf unerlaubte Medikamenteneinnahme oder den sogenannten illegalen Drogen erfolgen Screening-Untersuchungen über Urintests.

Wir haben über die Jahre die Erfahrung sammeln können, daß es seltener zu Rückfällen in der Klinik kommt, die durch diese Formen der Kontrolle aufgedeckt werden. Vielleicht liegt es auch an der Art und Weise der Kontrolle, daß der Konsum von Suchtmitteln während des Klinikaufenthaltes von den Patienten nicht riskiert wird.

Wir haben als häufigste Formen von Rückfällen während der stationären Behandlung 2 Arten beobachten können:

1. Patienten verlassen überstürzt die Klinik nach einschneidenden Erlebnissen in der Therapiegruppe, Auseinandersetzungen mit Mitpatienten oder negativen brieflichen oder telefonischen Kontakten mit dem sozialen Umfeld. Sie sind in dieser starken emotionalen Erregung häufig nicht bereit oder nicht in der Lage, angemessene Bewältigungsstrategien einzusetzen, sich Hilfe zu holen und reagieren mit traditionellen Verhaltensmustern durch Aufsuchen einer Gaststätte oder Erwerb von Alkoholika an Tankstellen oder im Supermarkt, wobei es dann meistens zu exzessivem Trinken kommt.
2. Die häufigsten Rückfallsituationen erleben wir anlässlich von Familienheimfahrten an Wochenende und den sogenannten Reha-Tagen zu Hause. Trotz entsprechender Vorbereitung (Familiengespräch, Besprechung möglicher Rückfallsituationen, Erörterung und Einübung von Bewältigungsstrategien bei Trinkwünschen, Frustrationen etc.) kommt es nur höchst selten zur vorzeitigen Rückkehr oder zur Kontaktaufnahme von zu Hause mit der Klinik. Bei erfolgten Rückfällen zeichnet sich häufig ab, daß Patienten dann nicht mehr zur Rückkehr in die Klinik bereit sind und sich die Frage einer Rückfallaufarbeitung und Fortsetzung der Behandlung erst gar nicht stellt. Auch Versuche der telefonischen Kontaktaufnahme durch die Therapeuten sind selten von Erfolg gekrönt. Inwieweit hier die Suchtdynamik, die Korrektur von vorheriger starker Fremdmotivation für den Antritt einer Behandlung oder eine belastete Therapeut-Patient-Beziehung o.ä. eine Rolle spielt, laß ich mal offen.

Trotz der Rückfälle bleibt festzustellen, daß die durchgeführten prophylaktischen Maßnahmen eine hohe Wirkung erzielen, weil es verglichen mit der

Vielzahl der Beurlaubungen letztlich doch nur zu wenigen Rückfällen kommt. Dennoch stellt sich die Frage, ob durch Erweiterung von Maßnahmen die Rückfallprophylaxe noch optimiert werden kann (z.B. Einbeziehung der Beratungs- und Behandlungsstelle vor Ort).

Wenn wir uns in der Fachklinik nach Rückkehr des rückfälligen Patienten für eine Weiterbehandlung entscheiden, müssen verschiedene Kriterien erfüllt sein:

- nach Abklingen der Intoxikation offenes Eingestehen des Rückfalls, Wunsch nach Weiterbehandlung und aktive Mitarbeit nach der Suche von Ursachen und neuen Lebenslösungswegen
- Patient muß vor dem Rückfall gut motiviert gewesen sein
- Offenbarung des Rückfalls in der Therapiegruppe

Wir haben in der Vergangenheit rückfällige Patienten in der bisherigen Therapiegruppe bei gleichen Therapeuten weiterbehandelt und die Entwicklung mehr als 1 Jahr beobachtet. Bis auf eine Ausnahme sind diese Weiterbehandlungen quasi alle gescheitert. Entweder kam es zu einem weiteren Rückfall, zu einer vorzeitigen Behandlungsbeendigung oder zu einem Rückfall unmittelbar nach Entlassung. Obwohl es unterschiedliche Gruppenkonstellationen und unterschiedliche Therapeuten waren, konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Nach eingehender Reflexion und Diskussion sind wir zu dem Ergebnis gekommen, daß unseres Erachtens 2 Faktoren von besonderer Bedeutung für das Scheitern sind:

1. Die neue Rolle des Rückfälligen in seiner Therapiegruppe. Er hat die bei allen Patienten vereinbarte Abstinenz nicht eingehalten, sich in der Gruppe als „Nestbeschmutzer“ erwiesen und ungestraft sich etwas erlaubt, was sich mancher Gruppenkollege vielleicht gerne erlaubt hätte oder: die Mitpatienten sehen im Rückfälligen den Hilfsbedürftigen, dem sie ihre ganze Aufmerksamkeit schenken. Diese Dynamiken konnte meines Erachtens nicht ausreichend konstruktiv genutzt werden.
2. Obwohl jedem Therapeuten klar ist, daß es bei der Suchterkrankung Rückfälle gibt, auch während der Behandlung, fühlt er sich doch persönlich verletzt und in seiner Eitelkeit gekränkt, daß gerade bei ihm jemand rückfällig geworden ist. Trotz Entlastungsmöglichkeiten im Team, bei der Supervision oder anderen Situationen gelingt es meines Erachtens höchst selten, daß der Therapeut sich hier vollends ohne wei-

tere Auswirkungen auf den fortzusetzenden Therapieprozeß von seinem emotionalen Erleben lösen kann.

Wir haben uns von daher entschlossen, daß bei Fortsetzung der Behandlung nach einem Rückfall zunächst die Klärung in der bisherigen Therapiegruppe erfolgt und anschließend die Behandlung in einer anderen Gruppe bei anderen Therapeuten fortgesetzt wird. Wir haben seit vielen Jahren eine spezielle Therapiegruppe für Patienten, die nach einer stationären Behandlung rückfällig wurden und einen erneuten Behandlungsversuch unternehmen. Eine Integration in dieser Therapiegruppe hat den Vorteil, daß Mitpatienten den Rückfall auch aus eigenem Erleben heraus anders beurteilen und eine gewisse Solidarität von rückfälligen Patienten als positiv und für den weiteren Prozeß als konstruktiv erlebt wird. Auch die mögliche Gekränktheit des Therapeuten besteht in diesem Setting nicht. Für abschließende Ergebnisse ist es derzeit noch zu früh, tendenziell zeigt sich aber eine deutliche Verbesserung dieser Vorgehensweise gegenüber dem früheren *Procedere*.

Abschließend noch ein paar Bemerkungen zur Rückfälligkeit *nach* stationärer Behandlung. In verschiedenen Studien ist nachgewiesen worden, daß sich ca. $\frac{3}{4}$ aller Rückfälle in den ersten 4 Wochen nach der Entlassung ereignen. Im Rahmen seiner Dissertation hat ein Diplom-Psychologe unserer Klinik eine Katamnese durchgeführt bei Patienten, die sich in unserer Klinik einer erneuten Entwöhnungsbehandlung unterzogen haben. Bei einer Gesamtstichprobe von 116 Patienten wurde eine Abstinenzquote von 56,4 % erreicht, über $\frac{1}{4}$ der Patienten wurden während der ersten 2 Wochen nach Ende der Behandlung rückfällig. Die ersten 2 Wochen nach der Therapie scheinen also eine besonders kritische Zeit zu sein. Dies bestätigte sich auch dadurch, daß in den Ergebnissen deutlich wurde, daß die Rückfälle in den weiteren Wochen des Katamnesezeitraums relativ gleichmäßig über den verbleibenden Zeitraum verteilten.

Warum die Rückfallquote gerade in den ersten 2 bzw. 4 Wochen nach der Therapie so groß ist, wird mit vielen Faktoren zusammenhängen. Aus dem klinischen Alltag wissen wir von Patienten, daß ihnen das Einleben zu Hause in der Familien, in der Partnerschaft, am Arbeitsplatz sehr schwer gefallen ist und dies häufig auch von unerwarteten Enttäuschungen oder extrem positiven Erfahrungen begleitet war. Bemerkenswert finde ich, daß durch die Katamnese nachgewiesen wurde, daß mehr als $\frac{1}{3}$ der rückfälligen Patienten die Dauer ihres Rückfalls auf eine kurze Zeit (1 oder 2 Wochen) begrenzen

konnte. Ich bringe dies in Zusammenhang mit der Optimierung von Rückfallprophylaxe in der Klinik, die sich nicht nur auf die Verhinderung eines Rückfalls, sondern bei einem Rückfall auch auf mögliche Bewältigungsstrategien bezieht.

Da die Fähigkeit zur Abstinenz auch davon abhängt, ob und wie intensiv nach der stationären Behandlung Selbsthilfe-, Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten genutzt werden, ist sicherlich unumstritten. Trotz intensivster Bearbeitung, entsprechender Vorbereitung und Anbahnung nimmt aber ein Großteil der Pat. diese Nachsorgemöglichkeit nicht oder zumindest nicht rechtzeitig in Anspruch. Auch zeigt sich, daß ein Wechsel vom Bezugstherapeuten der Klinik zu einem Therapeuten der ambulanten Behandlungsstelle eine Schwelle darstellt, die nicht jeder Patient überwindet. Ich bin davon überzeugt, daß ein zeitnaher Beginn der ambulanten Weiterbehandlung enorm wichtig ist, leider in der Praxis in vielen Fällen nicht klappt.

Erfolgreich scheint mir zu sein, wenn noch während der stationären Behandlung Patient und ambulante Weiterbehandler einen Termin vereinbaren, der kurz nach der Entlassung liegen sollte. Interessant fände ich auch die Durchführung eines Modellversuchs, entlassene Patienten am 2. und 4. Wochenende nach der Entlassung, also in der kritischen Phase, zu einem sogenannten Ehemaligentreffen mit den engsten Familienangehörigen in die Klinik einzuladen und ihn bei akuter Krise bis zur Stabilisierung in der Klinik behalten zu können.

Es scheint mir im stationären Bereich weitgehend gelungen zu sein, Rückfälle nicht mehr dramatisch zu sehen und einhergehend damit nicht zu verbinden, nun sei „alles umsonst“ gewesen. Rückfälle gehören zur Sucht und deren Behandlung dazu und sind nicht selten Schlüssel für die Einleitung und den Erfolg von Veränderungen. Es muß unser aller Aufgabe sein, den Rückfall zu entdramatisieren und diese Sichtweise Betroffenen, Angehörigen, Selbsthilfegruppen und involvierten Personen und Institutionen nahe zu bringen.

So sehr auch die dauerhafte Suchtmittelabstinenz als Therapieziel berechtigt ist und durch keine ernsthafte Alternative grundsätzlich ersetzbar ist, so muß u. a. im Hinblick auf geänderte gesellschaftliche Bedingungen und vielfache Veränderungen in der „Suchtlandschaft“, durch Zunahme an Vielfältigkeit in den Ausprägungen der Abhängigkeitserkrankung (Comorbidität) als auch in ihren Behandlungsmöglichkeiten das Festhalten am alleinigen Parameter der lebenslangen Suchtmittelabstinenz nicht mehr immer gerechtfertigt erschei-

nen. Alternative Behandlungsziele und -strategien wie z. B. im belgischen Brügge (Patient entscheidet sich zwischen dem Therapieprogramm „Abstinenz“ oder „Kontolliertes Trinken“ mit der Möglichkeit, das Programm auch zu wechseln), halte ich für durchaus interessant, dürften allerdings im Setting einer Fachklinik, die med. Rehabilitation betreibt, derzeit oder mittelfristig nicht umsetzbar sein.

Ich freue mich auf eine fruchtbare Diskussion.

Herbert Wulf

Zum Umgang mit dem Rückfall in der ambulanten Rehabilitation

1 Zur Unterscheidung des Rückfallgeschehen zwischen der ambulanten und stationären Rehabilitation

Anders als in der stationären Rehabilitation, die mit ihrem eher durchstrukturierten, in sich geschlossenen Rahmen einen geschützten Raum bereithält, der Abstinenz Erfahrung ermöglicht und fördert, befindet sich die ambulante Rehabilitation immer eher an der Lebenswirklichkeit des Patienten, in der die Stabilität seiner Abstinenz oder Abstinenzabsicht immer wieder durch Alltagserfahrungen auf die Probe gestellt wird.

Das Ausmaß einer Abstinenzentscheidung auf die persönlichen Lebensumstände des Patienten werden in der stationären Behandlungsphase vom Patienten sicherlich erahnt und rational erfaßt, in der ambulanten Rehabilitation aber unmittelbar erlebt und bekommt damit eine andere Qualität. Vor diesem Hintergrund ist der Rückfall ein Prüfstein an dem sich zeigen muß, wie emotional sicher und damit wie psychodynamisch wirksam die Abstinenzabsicht überhaupt ist und wie konkret die Konsequenzen aus dieser Abstinenzabsicht für die individuellen Lebensumstände des Patienten aussehen. Vereinfacht gesagt: Der Rückfall ist keine Aufkündigung der Rehabilitation, sondern „dann geht es erst richtig los“.

Stellen wir der Gruppe der Patienten, die sich einer ambulanten Rehabilitation als Fortsetzung (früher: Nachsorge) einer stationären Entwöhnungsbehandlung unterziehen, die Gruppe der Patienten gegenüber, die eine ambulante Maßnahme ohne vorhergehenden stationären Aufenthalt absolvieren, so läßt sich beobachten, daß dem Rückfall von der stationär-ambulanten Patientengruppe eine einschneidendere Bedeutung zugemessen wird („Es war alles umsonst“), als bei Rückfällen innerhalb der ambulanten Patientengruppe („Ich habe wieder getrunken“).

Ein zentraler Inhalt der ambulanten Rehabilitation ist daher die Arbeit mit dem Rückfall bzw. die Rekonstruktion des Rückfalls. Die Patienten sagen immer wieder: „Ich habe einen Rückfall gebaut.“ Daraus läßt sich die rehabilitationsrelevante Frage formulieren: „Wie sehen die Bausteine aus?“ Ein Rückfall ist immer Anlaß, das zugrundeliegende Faktorenbündel zu analysieren. Ein Rückfall heißt daher nicht, daß „der Kampf verloren ist“, sondern daß eine Situation vorliegt, die neue kostbare Hinweise auf reaktivierte Verhaltensmechanismen zuläßt. Der Rückfall bietet neue Erkenntnismöglichkeiten im Kontext der Behandlungsphase und muß im Zusammenhang mit den individuellen Veränderungsprozessen gesehen werden (vgl. KÜFNER, 1990).

Ambulante Rehabilitation hat gegenüber der relativ zeitlich begrenzten stationären Rehabilitation die Möglichkeit, auch wiederholte Rückfallsituationen über einen längeren Zeitraum hin aufzufangen, zu bearbeiten und sie damit dem weiteren Rehabilitationsprozeß bzw. dem weiteren Stabilisierungsprozeß nutzbar zu machen.

2 Analyse der Bedingungsfaktoren des Rückfalls

In Anlehnung an Körkel/Kruse (1997) lassen sich 3 große Bereiche unterscheiden, die bei der Analyse der Bedingungen, unter denen der Rückfall geschieht, von Bedeutung sind: Die rückfällige Person, der soziale Kontext und das vorhandene Suchthilfesystem.

2.1 Bedingungen der rückfälligen Person

2.1.1 Rückfallstadien

Im Ablauf des Rückfalls bzw. im Vorfeld sind Stadien auszumachen, die oft durch typische Redewendungen der Patienten angekündigt werden.

Stadium 1: Totale Abgrenzung und Absolutheitsanspruch.

- „Nie wieder“-Haltung.
- „Jetzt ist aber endgültig Schluß.“
- „Das darf mir nie wieder passieren, denn dann ist alles aus.“

Stadium 2: Die umschriebene indirekte Annäherung.

- „Ich war mal wieder in meiner Stammkneipe, habe aber nur einen Kaffee getrunken.“

- „Ich habe zwar noch alkoholische Getränke zu Hause, aber damit kann ich umgehen und die sind nur für meine Gäste.“

Stadium 3: Direkte Annäherung bzw. erster Konsum.

- „Andere können ja auch damit umgehen, warum soll ich das nicht können.“
- „Ich kann ja jetzt damit umgehen, darum kann ich auch mal wieder einen probieren.“
- Eine Annäherung aus Unzufriedenheit mit der trockenen Situation

Stadium 4: Kontrollverlust („Dambruch“)

- Zusammenbrechen der Abstinenzabsicht.
- „Scheiß-egal-Haltung“.
- Verlust des Wirklichkeitsbezuges.

Nebenwirkung auf die Umgebung:

- Der Rückfall wirkt oft als Stabilisierung und Bestätigung der Abstinenznotwendigkeit für andere Personen
- Ggf. Schadenfreude. („Das geschieht dem recht“)
- Bestätigung der Gruppenideologie in Selbsthilfegruppen auf Kosten des Rückfälligen. („Wir haben es immer schon gesagt, das mußte ja schiefgehen.“)

2.1.2 Zeitpunkt des Rückfalls

Die Berücksichtigung des Rückfallzeitpunktes (wo und wann?) kann nützliche Hinweise auf „spannungsintensive Schnittstellen“ im Rehabilitationsprozeß geben und lassen besonders bei wiederholten Rückfällen Vergleiche und Rückschlüsse auf ähnlich gelagerte Situationen zu. Rückfallzeitpunkte die häufiger auftreten sind z. B.:

- Rückfall direkt nach Entzug.
- Rückfall im Verlauf der stationären Behandlung (zu Beginn, in der Mitte, in der Abschlußphase)
- Rückfall direkt nach Abschluß der stationären Behandlung.
- Rückfall in den ersten Wochen nach der stationären Behandlung.
- Rückfall im Verlauf der ambulanten Rehabilitation.
- Rückfall unmittelbar vor Abschluß der ambulanten Rehabilitation
- Rückfall nach Abschluß der ambulanten Rehabilitation
- Rückfall nach langer Abstinenzphase

2.1.3 Persönliche Stimmungslagen

- Unzufriedene Abstinenz („wozu das alles, es macht keinen Spaß mehr.“)
- Streßsituationen, Überforderungen („Es wird mir alles zu viel, ich schaffe das nicht“)
- Rettung des Selbstwertgefühls („Es muß doch zu schaffen sein, mit dem Alkohol umzugehen, andere schaffen das doch auch, warum ich nicht?“)
- Trotzverhalten, Wut, („Jetzt zeige ich es euch.“ „Ihr könnt mich alle mal“)
- Hochstimmung, Euphorie („So ein Tag, so wunderschön wie heute...“)
- Distanzlosigkeit zu alten Trinkgewohnheiten

2.2 Sozialer Kontext

- Mangelnde soziale Integration
- Griffnähe, z. B. durch trinkfreudige Arbeitsumgebung
- Arbeitslosigkeit, Langeweile

2.3 Bedingungen im Suchthilfesystems

Das Suchthilfesystem beeinflusst durch konzeptionelle bzw. strukturelle Aspekte die Sichtweisen und Umgangsweisen mit dem Rückfallgeschehen. Die Problematik des Begriffes „Rückfall“ muß berücksichtigt werden. In der bisherigen Rehabilitationspraxis impliziert der Begriff „Rückfall“ immer noch einen Rückschritt auf eine überwunden geglaubte Stufe, der den bisherigen vermeintlichen „Fortschritt“ in der Behandlung bzw. in der Abstinenzbemühung zunichte macht, mit dem Ergebnis, „wieder von vorn anfangen zu müssen“.

Im Sinne des Satzes von Hermann Hesse: „Niemand steigt zweimal in den gleichen Fluß“, ist ein „Rückfall“ nicht mit einem folgenden weiteren „Rückfall“ identisch. Dazwischen ist immer ein Stück fortschreitende Biographie des Patienten, die letztlich immer wieder die Rahmenbedingungen verändert. In der Systemischen Therapie wird daher der Begriff „Rückfall“ durch den Begriff „Vorfall“ ersetzt. Eine besonders für die ambulante Rehabilitation geeignete Betrachtungsweise wird von Marlatt (vgl. Schindler/Körkel 1995) vorgeschlagen. Er differenziert zwischen den Begriffen „Ausrutscher“ und „schwerer Rückfall“. Ob ein einmaliger Schluck ein Ausrutscher bleibt, oder sich zu einem schweren Rückfall entwickelt ist nach Marlatt letztlich abhängig von der gedanklich-gefühlsmäßigen Verarbeitung des Ausrutschers. Werden die Ursachen für das erneute Trinken von der Per-

son als nicht selbst kontrollierbar erlebt und von starken Scham- und Schuldgefühlen begleitet, wird der „Abstinenzverletzungseffekt“ wirksam, der aus dem Ausrutscher im weiteren Verlauf einen schweren Rückfall werden läßt.

Idealerweise sollten daher gerade in der ambulanten Rehabilitation „Ausrutschersituationen“ so wenig wie möglich tabuisiert sein, damit der Abstinenzverletzungseffekt nicht wirksam werden kann, bzw. früh genug aufgefangen werden kann. Rigide disziplinarische Entlassungen sowie moralisierende Beurteilungen in Rückfallsituationen unterstützen die Tabuisierung und verhindern die Aufarbeitung des Rückfallgeschehens für den weiteren Rehabilitationsprozeß.

3 Einordnung des Rückfalls vor dem Hintergrund lebensstiltypischer Verhaltensmuster

Eine Suchtrehabilitation ist um so nachhaltiger, je mehr sich der Abhängige nicht mehr nur als „Opfer“, sondern auch als „Täter“ seiner Sucht versteht, der mit seinem Suchtverhalten und damit auch mit seinem Rückfallverhalten je nach persönlicher Disposition aktiv oder passiv auf die Anforderungen seiner Umgebung reagiert.

Die Individualpsychologie Alfred Adlers geht hier mit ihrem Konzept einer subjektiven Zielgerichtetheit der Person über eine ausschließlich kausale Verhaltensdetermination hinaus. Wahrnehmungsbereitschaft und Verhalten und damit auch der Gebrauch bzw. Mißbrauch von Alkohol, sowie die spezifische Rückfallsituation sind Ausdruck eines in der Regel unbewußten Lebenskonzeptes, einer inneren „privaten“ Logik gehorchenden Wahrnehmungs- und Verhaltensbereitschaft, eine immanente Bewegungsrichtung, die als Lebensstil bezeichnet wird (vgl. Wulf 1997).

Als methodisch geeignetes Verfahren empfiehlt sich hier die „Individualpsychologische Lebensstil-Fokal-Analyse“, die von Reinert (1996) für das stationäre Behandlungssetting entwickelt wurde, die sich aber nach meinen Erfahrungen auch gut für den ambulanten Bereich modifizieren läßt. Mit diesem Verfahren läßt sich gemeinsam mit dem Patienten seine individuelle lebensstiltypische Herangehensweise an die Lebensaufgaben herausarbeiten. Für das Rückfallgeschehen bedeutet das: Welche Aufgaben, welche Entwicklungsschritte stehen an, aktiv „gemeistert“ zu werden?

Der Rückfall signalisiert, daß der Mut und das Vertrauen in die eigene Kraft, die anstehenden Aufgaben anzugehen noch nicht stark genug ist und mit dem

Rückgriff auf Alkohol „sicherheitshalber auf etwas Bewährtes“, aber letztlich doch auf einen Nebenschauplatz ausgewichen wird. Der Patient bedarf nicht der argwöhnenden Kontrolle, sondern der Ermutigung.

Literatur

- KÖRKELE, J.; KRUSE, G.: Mit dem Rückfall leben; Psychiatrie-Verlag, Bonn 1997
- KÜFNER, H.: Die Zeit danach – Alkoholranke in der Nachsorgephase; in: Suchtkranke – Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie; Enke-Verlag, Stuttgart 1990
- REINERT, T.: Theorie und Praxis der Individualpsychologischen Lebensstil-Fokal-Analyse; in: Hennig, H.; Fikentscher, E.; u.a. (Hrsg.): Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis; Papst-Verlag, Lengerich 1996
- SCHINDLER, C./KÖRKELE, J.: Rückfallbezogene Attributionen, Emotionen und Kompetenzerwartungen; in: Körkel, J.; Lauer, G.; Scheller, R. (Hrsg.): Sucht und Rückfall – Brennpunkte deutscher Rückfallforschung; Enke-Verlag, Stuttgart 1995
- WULF, H.: Von der Suchtkarriere zur Suchtbiographie; in: Lehmkuhl, U. (Hrsg.): Beiträge zur Individualpsychologie, Bd. 23: Biographie und seelische Entwicklung, Ernst-Reinhardt-Verlag, München, Basel 1997

Ferdinand Mantel

Erfahrungen und Einschätzungen der LVA Oldenburg-Bremen zum Schwerpunkt „Rückfall“

Sehr geehrte Damen und Herren,

in kurzen Thesen soll das gestellte Thema abgehandelt werden.

1. Nach der neuesten Veröffentlichung des VDR, Reha-Kommission aus 1999, bleibt die generelle Abstinenz oberstes Ziel der Entwöhnungsbehandlung. Die LVA Oldenburg-Bremen ist in den VDR eingebunden.
2. Der Erfolg einer Entwöhnungsbehandlung wird an der Abstinenz gemessen. Begriffe wie Effektivität, Prozess- und Strukturqualität, Ergebnisqualität werden an dem unter 1. beschriebenen Reha-Ziel gemessen. Andere Therapieziele wie kontrollierter Suchtmittelgebrauch werden in der Diskussion darüber zumindest stark eingeengt. Politische Zwänge erschweren hier sicherlich das Umdenken und Nachdenken.
3. Therapiekonzepte sind meist auf die Abstinenzvorgaben abgestimmt, die Studie belegt, dass 72,6 % (112 der Befragten) einen Rückfall für das schlimmste Ereignis in ihrem Leben ansehen.
4. Nationale (z. B. Kufner 1988), internationale (amerikanische Studien: Finney/Moos 1991) Katamnesestudien belegen, dass die Gruppe der Patienten, die in den ersten Monaten abstinent leben, die stabilste Gruppe darstellen, impliziert wird hier dann sicherlich auch die prognostisch günstigste. Gedankengänge, dass Rückfall evtl. ein therapeutischer Fortschritt sein könnte, wird in großen Studien wenig reflektiert.
5. Der Rückfall ist hochgradig angstbesetzt bei Patienten, bei Therapeuten wird er eher mit Unannehmlichkeiten wie vermehrter Auseinandersetzung, Konsequenzen ziehen, Spielräume verlieren, sich negativ festlegen müssen, verbunden.

Daneben bestehen jedoch sicherlich auch Gedanken wie verwertbar für therapeutischen Fortschritt, Kristallisationspunkt der eigentlichen Problematik, Aufarbeitungsmöglichkeit für ambivalente Strebungen beim Patienten. Rückfall bedeutet Chance und Disqualifikation in Einem.

6. Der Rückfall und die Angst des Patienten vor dem Rückfall ist oft so stark, dass sie ihn handlungsunfähig macht und nur noch das altgewohnte Reaktionsschema zulässt. Der Wunsch bei 95,3 % (148 der Patienten) nach sofortiger Behandlung kennzeichnet die Situation. 68,2 % erwarten Hilfe sogar gegen ihren ausdrücklichen Willen.
7. Da Rückfall auf der einen Seite zum Krankheitsbild gehört, auf der anderen Seite aber immer wieder zu erheblichen Kosten führt (z. B. erneute Entwöhnungsbehandlung), einige mögliche Gedankenansätze:
 1. Rückfallthematik sollte in jedem Konzept, in jeder Einzeldiagnostik bearbeitet werden.
 2. Auf entsprechende Kooperation und Information sollte insbesondere im Schnittstellenbereich stationärer Behandlung zu ambulanter Nachsorge Wert gelegt werden, um überflüssige neue Therapien zu vermeiden, die nur zu Kostensteigerung und restriktiver Politik führen.
8. Die Angst vor dem Rückfall herrscht auch bei beurteilenden Sozialmedizinerinnen und bei der Verwaltung. Weiterführende Maßnahmen wie BF-Maßnahmen werden verzögert, blockiert, da der stabilisierende Aspekt von Arbeit und Belastung nicht gesehen wird, wohl aber die Angst vor Verschwendung von Geldern der öffentlichen Hand ständig mitberücksichtigt wird.

Eigene These: Bisher ist das Abstinenzgebot so absolut gesehen worden, dass man sagen kann, dass es über den Patienten übergestülpt wird, ohne seine eigene Entscheidung in irgendeiner Form zu berücksichtigen. Denkbar wären auch andere Teilziele, die die Entscheidung des Patienten mehr berücksichtigen, die an seine Motivation anknüpfen, damit er das Ziel nicht nur als von außen gemacht erlebt.

Hier ist sicherlich noch Forschungsarbeit zu leisten.

Ein wesentlicher Aspekt wäre langjährig gewohnte Vorstellungen auf ihren Realitätsgehalt zu überprüfen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Heiko Hedden/Ihno Schild

Nachfolgend sind grundlegende Aspekte der Diskussion in der Arbeitsgruppe stichwortartig zusammengefaßt. Die Ausführungen enthalten exemplarisch Forderungen und Ergebnisse der geführten Diskussion.

In der Diskussion angeführte Forderungen:

- Das Abstinenzdenken muß vom individuellen Fall abhängig gemacht werden, d. h. es ist zu prüfen, ob die Abstinenz wirklich in jedem Fall das vorrangige Ziel der Behandlung ist
- Die Eigenverantwortung sollte dem/der Betroffenen bewußt gemacht werden
- Die Fokussierung sollte auf die Trockenphase und nicht auf den Rückfall erfolgen: Wie kam es dazu, daß die Trockenphase solange angedauert hat?
- Es sollte stärker über den Mythos der Alkoholsucht gearbeitet werden
- Die Bürokratie müßte vereinfacht werden, um Unsicherheitsfaktoren beim Übergang von stationärer in die ambulante Behandlung auszuräumen
- Im Vorfeld stationärer Therapien sollten den Patienten bei der Auswahl der Klinik Hilfestellungen angeboten werden
- Der Rückfall darf nicht als mißlungene Therapie und damit als zwangsläufiges Abgleiten der Betroffenen betrachtet werden, sondern ist als ein Ansatzpunkt der Therapie zu verstehen
- Der/die PatientIn sollte schon während der stationären Therapie eine „Kommstruktur“ erlernen, indem klare Terminabsprachen getroffen werden. Nach der Therapie sollte die Entscheidung, Termine einzuhalten, dem/der Patienten/in überlassen werden; dennoch sollten seitens des/der Therapeuten/in Interesse und auch Anstöße zur Weiterarbeit gemacht werden.
- Gravierende Schnittstellen sollten für den/die Patienten fließender gestaltet werden, um eine Überforderung zu vermeiden (z. B. Probewohnen)

Ergebnisse:

- Eine individuelle Betrachtungsweise ist in der Behandlung Alkoholabhängiger notwendig, d. h. die Therapieform ist vom Einzelfall abhängig zu machen
- Die Schnittstellenproblematik muß verstärkt betrachtet werden: Optimierungen sind insbesondere innerhalb des medizinischen Rehabilitationssystems erforderlich, d. h. bei den ambulanten und stationären Leistungsanbietern und den Kosten-/Leistungssträgern; aber auch in der Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen
- Das Thema Rückfall darf nicht dramatisiert werden. Dazu bedarf es der Beweglichkeit in den Denkstrukturen, d. h. Paradigmen müssen geändert und der Mythos über die Alkoholsucht entschärft werden
- Ein wichtiger Faktor ist die Zeit: "Neuerungen erst wirken lassen, um sie dann zu überprüfen."

ReferentInnen/AutorInnen

Finkelmeier, Bernd, Dipl.-Soz.	Geschäftsführer des vbsTeam, Verband betrieblicher Sozialberatung, Bremen
Grubitzsch, Siegfried, Prof. Dr.	Präsident der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg
Hedden, Heiko, Dipl.-Psych.	Mitarbeiter der Arbeitsstelle „Sucht- und Drogenforschung“, Oldenburg
Künzler, Ingrid, Dr.	Stellvertretende Geschäftsführerin der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, Oldenburg
Malkowski, Kirsten Soz.Päd	Koordinatorin der Maßnahmen zur beruflichen Orientierung (MbO) der Fachklinik Fredeburg, Schmallerberg
Mantel, Ferdinand, Dr.	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie; Ärztlicher Gutachter des sozialmedizinischen Dienstes der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, Oldenburg
Meyenberg, Rüdiger, Prof. Dr.	Leiter der Arbeitsstelle „Sucht- und Drogenforschung“, Oldenburg
Müller, Josef, Dipl.-Päd, Dipl.-Soz.Päd.	Leitender Therapeut der Fachklinik St. Matienstift - Dammer Berge, Neuenkirchen-Vörden
Paul, Klaus, Dr.	Leitender Psychologe der Fachklinik Fredeburg, Schmallerberg
Schild, Ihno	Mitarbeiter der Arbeitsstelle „Sucht- und Drogenforschung“, Oldenburg
Tielking, Knut Dipl.-Hdl.	Mitarbeiter der Arbeitsstelle „Sucht- und Drogenforschung“ Leiter der Studie „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit“, Oldenburg

Weiss, Isabelle	Mitarbeiterin der Arbeitsstelle „Sucht- und Drogenforschung“, Oldenburg
Wulf, Herbert, Dipl.-Psych.	Leiter der Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke für die Stadt Oldenburg, Oldenburg
Ziegler, Herbert	Geschäftsführer der SYSTEAM Consult GmbH, Bonn

Arbeitsstelle „Sucht- und Drogenforschung (SAUS)“

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Institut Politikwissenschaft II
Arbeitsstelle „Sucht- und Drogenforschung (SAUS)“
Postfach 25 03
26111 Oldenburg
Tel.: (0441) 798-5156
Fax: (0441) 798-5180
e-mail: Alkohol@hrz1.uni-oldenburg.de
Internet: www.uni-oldenburg.de/saus